

CAMPUS VÉTÉRINAIRE DE LYON

Année 2022 - Thèse n° 118

CONTRIBUTION À L'ÉTUDE DES IMPLICATIONS ÉTHIQUES DU CONCEPT DE PERSONNE NON HUMAINE EN MÉDECINE VÉTÉRINAIRE

THÈSE

Présentée à l'Université Claude Bernard Lyon 1
(Médecine – Pharmacie)

Et soutenue publiquement le 2 décembre 2022
Pour obtenir le titre de Docteur Vétérinaire

Par

CHADUC Lily-Marie

CAMPUS VÉTÉRINAIRE DE LYON

Année 2022 - Thèse n° 118

CONTRIBUTION À L'ÉTUDE DES IMPLICATIONS ÉTHIQUES DU CONCEPT DE PERSONNE NON HUMAINE EN MÉDECINE VÉTÉRINAIRE

THÈSE

Présentée à l'Université Claude Bernard Lyon 1
(Médecine – Pharmacie)

Et soutenue publiquement le 2 décembre 2022
Pour obtenir le titre de Docteur Vétérinaire

Par

CHADUC Lily-Marie



Cette œuvre est mise à disposition sous licence Attribution - Pas d'Utilisation Commerciale - Pas de Modification 4.0 International. Pour voir une copie de cette licence, visitez <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/> ou écrivez à Creative Commons, PO Box 1866, Mountain View, CA 94042, USA.

LISTE DES ENSEIGNANTS

Liste des enseignants du Campus Vétérinaire de Lyon (14-09-2022)

Mme	ABITBOL	Marie	Professeur
M.	ALVES-DE-OLIVEIRA	Laurent	Maître de conférences
Mme	ARCANGIOLI	Marie-Anne	Professeur
Mme	AYRAL	Florence	Maître de conférences
Mme	BECKER	Claire	Maître de conférences
Mme	BELLUCO	Sara	Maître de conférences
Mme	BENAMOU-SMITH	Agnès	Maître de conférences
M.	BENOIT	Etienne	Professeur
M.	BERNY	Philippe	Professeur
Mme	BONNET-GARIN	Jeanne-Marie	Professeur
M.	BOURGOIN	Gilles	Maître de conférences
M.	BRUTO	Maxime	Maître de conférences Stagiaire
M.	BRUYERE	Pierre	Maître de conférences
M.	BUFF	Samuel	Professeur
M.	BURONFOSSE	Thierry	Professeur
M.	CACHON	Thibaut	Maître de conférences
M.	CADORÉ	Jean-Luc	Professeur
Mme	CALLAIT-CARDINAL	Marie-Pierre	Professeur
M.	CHABANNE	Luc	Professeur
Mme	CHALVET-MONFRAY	Karine	Professeur
M.	CHAMEL	Gabriel	Maître de conférences
M.	CHETOT	Thomas	Maître de conférences Stagiaire
Mme	DE BOYER DES ROCHES	Alice	Maître de conférences
Mme	DELIGNETTE-MULLER	Marie-Laure	Professeur
Mme	DJELOUADJI	Zorée	Professeur
Mme	ESCRIOU	Catherine	Maître de conférences
M.	FRIKHA	Mohamed-Ridha	Maître de conférences
M.	GALIA	Wessam	Maître de conférences
M.	GILLET	Benoît	AERC
Mme	GILOT-FROMONT	Emmanuelle	Professeur
M.	GONTHIER	Alain	Maître de conférences
Mme	GREZEL	Delphine	Maître de conférences
Mme	HUGONNARD	Marine	Maître de conférences
Mme	JOSSON-SCHRAMME	Anne	Chargé d'enseignement contractuel
M.	JUNOT	Stéphane	Professeur
M.	KODJO	Angeli	Professeur
Mme	KRAFFT	Emilie	Maître de conférences
Mme	LAABERKI	Maria-Halima	Maître de conférences
Mme	LAMBERT	Véronique	Maître de conférences
Mme	LE GRAND	Dominique	Professeur
Mme	LEBLOND	Agnès	Professeur
Mme	LEDOUX	Dorothée	Maître de conférences
M.	LEFEBVRE	Sébastien	Maître de conférences
Mme	LEFRANC-POHL	Anne-Cécile	Maître de conférences
M.	LEGROS	Vincent	Maître de conférences
M.	LEPAGE	Olivier	Professeur
Mme	LOUZIER	Vanessa	Professeur
M.	LURIER	Thibaut	Maître de conférences Stagiaire
M.	MAGNIN	Mathieu	Maître de conférences Stagiaire
M.	MARCHAL	Thierry	Professeur
Mme	MOSCA	Marion	Maître de conférences
M.	MOUNIER	Luc	Professeur
Mme	PEROZ	Carole	Maître de conférences
M.	PIN	Didier	Professeur
Mme	PONCE	Frédérique	Professeur
Mme	PORTIER	Karine	Professeur
Mme	POUZOT-NEVORET	Céline	Maître de conférences
Mme	PROUILLAC	Caroline	Professeur
Mme	REMY	Denise	Professeur
Mme	RENE MARTELLET	Magalie	Maître de conférences
M.	ROGER	Thierry	Professeur
M.	SAWAYA	Serge	Maître de conférences
M.	SCHRAMME	Michael	Professeur
Mme	SERGENTET	Delphine	Professeur
M.	TORTEREAU	Antonin	Maître de conférences
Mme	VICTONI	Tatiana	Maître de conférences
M.	VIGUIER	Eric	Professeur
Mme	VIRIEUX-WATRELOT	Dorothée	Chargé d'enseignement contractuel
M.	ZENNER	Lionel	Professeur

REMERCIEMENTS AU JURY

Je tiens à sincèrement remercier l'ensemble des membres de mon jury de thèse :

Merci à Monsieur le Professeur François MION, de l'Unité de Formation et de Recherche Médecine Lyon Sud – Charles Mérieux, pour avoir accepté d'être le président de ce jury de thèse.

Merci à Madame la Professeur Denise RÉMY, de Vetagro Sup, Campus vétérinaire de Lyon, pour avoir accepté d'encadrer ma thèse et m'avoir permis de réfléchir à ce sujet. Merci également pour ses cours d'éthique et pour toutes ces œuvres qu'elle nous a fait découvrir et qui résonneront toujours en nous.

Merci à Monsieur le Professeur Jean-Luc CADORÉ, de Vetagro Sup, Campus vétérinaire de Lyon, pour avoir accepté d'être mon second assesseur de thèse. Merci pour sa rigueur et sa bienveillance à notre égard en clinique.

REMERCIEMENTS PERSONNELS

Je tiens à sincèrement remercier mes proches :

Merci à mon père et à ma mère, pour m'avoir fait découvrir ce métier, transmis cette passion et m'avoir soutenue tout au long de ce parcours. Merci pour leur aide et leur amour au quotidien, pour m'avoir toujours acceptée pour ce que je suis. Merci à ma mère, pour son aide et son soutien tout au long de cet écrit.

Merci à ma sœur, que j'admire pour sa créativité, sa curiosité, son intelligence, sa liberté, sa sensibilité, sa profondeur, son empathie et sa compassion, son grain de folie. Merci d'être si simplement et si incroyablement ma sœur. J'espère qu'elle aura toujours des rêves, en réalisera certains, en gardera d'autres et en imaginera de nouveaux.

Merci à mes grands-parents pour tous ces moments partagés si simples et si profondément nourris de rire, de bienveillance, d'amour, de plaisir et d'idées. Merci également au reste de ma famille.

Merci à mes amis, j'espère qu'ils pourront tous accomplir ce qui compte le plus pour eux. Tout particulièrement, merci à Isabelle Canonico, mon amie et mon extraordinaire professeur de lettres modernes et de lettres classiques, qui a accepté la relecture de ma thèse, pour ses corrections et ses remarques pertinentes et empreintes de gentillesse.

Merci à tous les vétérinaires, les patients et les clients que j'ai pu rencontrer, et qui, chacun à leur manière, m'aident dans ma pratique soignante.

Merci aux animaux non humains, avec qui j'ai partagé une partie de ma vie ou dont j'ai croisé le chemin, qui m'ont permis de réfléchir au-delà des relations intraspécifiques. Merci pour leur indulgence à mon égard, la confiance qu'ils peuvent me témoigner et les limites qu'ils m'imposent.

À Anaïs, À Inini,

« Les mots que l'on n'emploie pas sont aussi parlants que ceux que l'on emploie. »

Lola Lafon

TABLE DES MATIÈRES

<u>TABLE DES TABLEAUX</u>	17
<u>LISTE DES ABRÉVIATIONS</u>	19
<u>INTRODUCTION</u>	21
<u>I - APPROCHE PHILOSOPHIQUE ET SCIENTIFIQUE DU CONCEPT DE PERSONNE : LA PERSONNE ET L'ÊTRE HUMAIN SONT-ILS LIÉS PAR UNE RELATION D'ÉQUIVALENCE ?</u>	25
<u>A - Mise en évidence de la complexité du concept de personne et délimitation du sujet</u>	25
1) Une concept pluridisciplinaire.....	25
2) Le concept de « personne » et ses conséquences normatives : un concept exclusif.....	26
3) Le concept d' « animal » et ses conséquences normatives.....	28
4) Vers une réflexion non anthropocentrée de la philosophie et de la personne.....	30
<u>B - Approches monadiques cognitivistes de la personne</u>	32
1) La conception lockéenne de la personne et ses dérivés : entre subjectivité sophistiquée et agentivité supérieure.....	32
2) La subjectivité sophistiquée.....	35
a) La conscience de soi.....	35
i - Liens entre conscience de soi et rapport à la mort.....	36
ii - Liens entre conscience de soi et langage.....	39
iii - Confrontation de la conscience de soi à la science.....	42
b) La volonté et le raisonnement humain contre l'instinct animal.....	43
3) L'agentivité supérieure.....	46
a) La raison kantienne, une raison de l'idéal.....	47
b) La raison pratique naissant de l'empathie et du jeu.....	48
4) Les limites de l'approche monadique du concept de personne.....	50
<u>C - La personne, un être de relation</u>	52
1) La reconnaissance d'un individu en tant que personne repose sur l'appartenance à l'espèce <i>Homo Sapiens</i>	52
a) La valeur morale de l'espèce <i>Homo Sapiens</i> à l'aune des capacités cognitives de certains de ses membres.....	52
b) La valeur inhérente à tout <i>Homo Sapiens</i> par la simple appartenance à cette espèce.....	55
2) La reconnaissance d'un individu en tant que personne repose sur la reconnaissance de ce statut par autrui.....	58
a) L'autonomie relationnelle contre la dépendance passive.....	59
b) La reconnaissance de la personnalité confrontée à la perception d'autrui.....	61
c) La personne en tant qu'entité à la fois perçue et reconnue : un concept subjectif.....	62
3) La personne : une entité sociale, indépendante et normative par essence.....	63

a) La personne, une entité nécessairement sociale	63
b) La conscience pré-réfléchie de l'existence de l'autre à l'origine d'une relation sociale	63
c) Le lien entre conscience pré-réfléchie de l'existence d'autrui et implications normatives	66
d) L'importance du respect de la dignité de la personne	67
e) Les questions soulevées par la mise en pratique du respect de la personne dans le soin	70

II - RESPECTER LA DIGNITÉ DE LA PERSONNE MALADE DANS LA RELATION DE SOIN : COMMENT CONCILIER LE RESPECT D'UN A TOUTE PERSONNE IMPLIQUÉE DANS UNE RELATION DE SOIN TOUT EN S'ADAPTANT AU CONTEXTE PARTICULIER DANS LEQUEL S'INSCRIT CETTE RELATION ?..... 71

A - Le cadre éthique de la relation de soin en médecine individuelle..... 71

1) Les quatre principes fondamentaux de la médecine : non-malfaisance, bienfaisance, justice et autonomie	71
2) Les cinq devoirs du vétérinaire	73
a) Les devoirs envers le patient	74
b) Les devoirs envers le client.....	75
c) Les devoirs envers la profession	77
d) Les devoirs envers la santé publique.....	78
e) Les devoirs envers lui-même.....	79
3) La complémentarité de l'éthique du <i>care</i> et de l'éthique déontologique dans et pour la relation de soin.....	80
a) Les liens et les points de rupture entre la justice et l'éthique.....	80
i – Les intérêts et les limites de la justice pour l'avènement d'un monde plus juste	80
ii - De la confrontation des responsabilités légales et des responsabilités éthiques à la délégation	82
b) L'éthique déontologique.....	83
i - Les principes fondamentaux de l'éthique déontologique	83
ii - Les limites de l'éthique déontologique dans une relation de soin	84
c) L'éthique du <i>care</i>	85
d) Conclusion	86
4) La relation de soin, une relation asymétrique.....	88
a) La position de responsabilité du soignant	89
i - Le soignant doit développer et maintenir ses connaissances théoriques et ses compétences pratiques	89
ii - Le soignant doit s'engager pour le patient et non pas uniquement contre la maladie	90
iii - Le soignant ne doit pas abuser de la confiance d'autrui.....	90
iv - Le soignant doit pouvoir se révolter et faire preuve de sagesse pratique	91
b) La position de dépendance du patient et du client	92

c) La position de responsabilité du patient et la position de dépendance du soignant	93
5) La clinique de l'incertitude.....	94
<u>B - Les buts de la médecine : agir dans le meilleur intérêt du patient en le prévenant des affections, en le soulageant, et en le guérissant.....</u>	<u>95</u>
1) La douleur et la souffrance	95
a) La distinction théorique entre douleur et souffrance.....	95
i - La douleur.....	96
ii - La souffrance.....	97
b) Les manifestations de la douleur et de la souffrance	98
i - Des manifestations physiques.....	98
ii - Des manifestations comportementales	98
iii - Des manifestations émotionnelles	99
c) La complexité de l'évaluation de la douleur et de la souffrance	99
2) La qualité de vie	100
a) La distinction des termes de « bien-être », de « bienveillance » et de « qualité de vie » ...	100
i - Le bien-être.....	100
ii - La bienveillance	101
iii - La qualité de vie	102
b) Les significations d'une « bonne » qualité de vie.....	103
i - La durée de vie	103
ii - Le <i>telos</i>	105
c) La complexité et l'exigence relative à l'évaluation de la qualité de vie	107
i - L'évaluation de la qualité de vie par rapport à la nature et à la physiopathologie de la maladie.....	108
ii - L'évaluation de la qualité de vie par l'observation comparée de l'individu malade et de l'espèce à laquelle il appartient	109
iii - L'évaluation de la qualité de vie par l'observation comparée de l'individu avant et après l'apparition de la maladie, avant et après l'apparition de symptômes.....	109
3) La modulation de l'impact de la douleur, de la souffrance, de la qualité de vie sur le patient par le stress et la résilience	110
a) La définition du stress et de la résilience	110
i - Le stress.....	110
ii - La résilience	111
b) Les liens entre stress, résilience et cognition	112
i - Les effets des glucocorticoïdes.....	112
ii - Les effets des acides aminés.....	113
c) Les manifestations du stress.....	113
i - Des manifestations physiques et comportementales pathologiques	113
ii - Des manifestations physiques et comportementales inappropriées par rapport à la	

situation dans laquelle l'individu se trouve.....	114
d) Les manifestations de la résilience.....	114
4) Conclusion.....	115
<u>C - La triade du soin en médecine vétérinaire : du choix tragique au compromis</u>	116
1) Le patient.....	117
a) L'analyse du patient par le propriétaire/l'entourage.....	118
b) L'analyse du patient par le vétérinaire/le soignant.....	119
c) L'importance du regard critique de ces analyses : décalage possible entre l'impact estimé des symptômes sur le patient et l'impact réel de ces symptômes pour le patient.....	121
d) Conclusion	124
2) Les facteurs liés au client	125
a) Le fardeau financier	125
b) La compliance, l'observance, ses perspectives et ses motivations dans le soin.....	127
c) Le « fardeau du soignant » en lien avec le statut mental et psychologique du client.....	128
d) De l'importance de la communication pour établir une relation de confiance entre le client et le vétérinaire	128
3) Les facteurs liés au soignant.....	130
a) Les motivations du soignant : développement professionnel et personnel, réputation, apports et gains financiers	130
b) Les souffrances du soignant.....	132
i - La confrontation à l'incertitude, à la souffrance, à la désespérance et à la mort	132
ii - La dissonance cognitive entre ce qu'il faudrait faire, ce que le soignant voudrait faire et ce qu'il peut faire	133
4) La conciliation de ces trois groupes de facteurs par le compromis : importance et nécessité du compromis en éthique médicale	134
a) Définir le choix tragique	135
b) Différencier les justifications morales des explications morales	136
c) Conclusion.....	137
 <u>III - ABOUTISSEMENT DE LA RELATION DE SOIN : JUSQU'OUÙ ALLER POUR UNE PRISE EN CHARGE MÉDICALE ÉTHIQUE DE LA PERSONNE MALADE ?</u>	141
<u>A - De l'acte de négligence à l'obstination déraisonnable</u>	141
1) L'acte de négligence : restriction de l'accès aux « soins standards ».....	141
a) La classification des actes de cruauté chez les animaux non humains.....	141
b) La distinction entre les « soins standards » et les « soins avancés ».....	143
i - La définitions des soins « standards » et des soins « avancés »	143
ii - Le rapport entre « soins standards » et « soins avancés »	144
c) La complémentarité des « soins standards » et des « soins avancés » : le cas particulier des soins palliatifs	146

i - Les dilemmes soulevés par les soins palliatifs dans la relation de soin.....	146
ii - Des réponses pratiques adaptées à la particularité de la relation de soin et tournées vers un respect minimal d'égalité et d'équité dans l'accès aux soins pour tous les patients.....	148
2) L'obstination déraisonnable.....	149
a) La définition de l'obstination déraisonnable et de l'acharnement thérapeutique.....	149
b) Entre raison d'être et condamnation de l'obstination déraisonnable : reconnaître une situation d'obstination déraisonnable.....	151
c) Des solutions contre l'obstination déraisonnable.....	154
B - Les rapports à la mort dans le soin.....	155
1) Les questions soulevées par la mort et la fin de vie dans le soin	156
a) Définir la mort et la fin de vie.....	156
i - Qu'est-ce que la mort ?.....	156
ii - Qu'est-ce que la fin de vie ?.....	156
b) Le deuil : témoin du rapport à la mort et au défunt de nous-même, d'autrui, d'une société.....	157
i - Les significations du deuil.....	157
ii - Le refoulement du deuil	159
c) La mort et la fin de vie pour le soignant : attitudes médicales distinctes et complémentaires face à l'incertitude dans le soin.....	160
i - Un activisme pour la vie.....	161
ii - Un activisme pour la mort.....	162
iii - Les points communs et les différences entre attitude passive ou activisme pour la mort.....	163
2) Définir l'euthanasie	165
a) Les différentes définitions de l' « euthanasie » en médecine humaine	165
b) Les différentes définitions de l' « euthanasie » en médecine vétérinaire	167
c) Les conséquences de l'acceptation du terme d' « euthanasie de convenance »	170
i - Les liens entre « euthanasie de convenance » et « abattage humanitaire »	170
ii - La confusion entre « euthanasie non volontaire » et « euthanasie involontaire »	172
d) Conclusion : définition de l'euthanasie.....	173
3) Les dilemmes inhérents à la pratique de l'euthanasie dans une relation de soin.....	174
a) Les liens entre une demande d'euthanasie et les facteurs du client	174
i - Les liens entre économie et demande d'euthanasie.....	174
ii - Les liens entre « fardeau du soignant » et demande d'euthanasie.....	175
b) La question du pouvoir du soignant dans la relation de soin	176
c) La question de la déresponsabilisation de celui qui fait la demande.....	177
d) La question de la culpabilité éprouvée par le passage à l'acte.....	178
4) Conclusion : peut-il être légitime d'euthanasier une « personne » ?.....	180

a) Le poids de la religion sur l'interdiction de tuer des humains et sur l'autorisation de tuer des animaux non humains	180
b) Le poids et les effets de l'interdiction et de la dépénalisation de l'euthanasie dans les sociétés humaines	181
c) Euthanasier une personne peut-elle être une décision éthique ?	183
<u>C - Aborder une demande d'euthanasie au sein de la triade de soin en médecine vétérinaire.....</u>	<u>188</u>
1) Ecouter et analyser une demande d'euthanasie	188
2) Confronter la légalité ou non de la demande d'euthanasie à la légitimité ou non de cette demande.....	192
3) Répondre positivement ou négativement à une demande d'euthanasie	194
a) Les deux temporalités par rapport à la souffrance pouvant conduire à une demande d'euthanasie anticipée	194
b) Les implications de l'acceptation d'une demande d'euthanasie anticipée.....	196
c) Les intérêts de la mise en place d'un traitement avant d'accéder à une demande d'euthanasie.....	198
d) La place à accorder aux facteurs secondaires pour répondre à une demande d'euthanasie.....	201
e) Conclusion.....	204
<u>CONCLUSION.....</u>	<u>207</u>
<u>BIBLIOGRAPHIE</u>	<u>211</u>

TABLE DES TABLEAUX

Tableau I : Adaptation de la grille de recueil de données face à une demande d'euthanasie du SFAP (93) à la médecine vétérinaire.....	190
---	-----

LISTE DES ABRÉVIATIONS

AAEP : American Association of Equine Practitioners

Anses : Agence Nationale de Sécurité Sanitaire de l'Alimentation, de l'Environnement et du Travail

AVMA : American Veterinary Medical Association

BLM : Bureau of Land Management

CCNE : Comité Consultatif National d'Ethique

CSMU : Couverture de Santé Maladie Universelle

HARC : The Hoarding of Animals Research Consortium

HAS : Haute Autorité de Santé

IAAHPC : The International Association for Animal Hospice and Palliative Care

IASP : The International Association for the Study of Pain

Neu PSIG : The International Association for the Study of Pain Special Interest Group on Neuropathic Pain

OIE : Organisation Internationale des Epizooties

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

OMSA : Organisation Mondiale de la Santé Animale

ONU : Organisation des Nations Unis

SFAP : Société française d'Accompagnement et de Soins Palliatifs

INTRODUCTION

L'article 1 de la *Déclaration universelle des droits de l'Homme* (1948) stipule que « tous les êtres humains naissent libres et égaux en dignité et en droits. Ils sont doués de raison et de conscience et doivent agir les uns envers les autres dans un esprit de fraternité ». (1) Dans le sens commun, la personne désigne « l'être humain en tant que sujet conscient et raisonnable, capable de distinguer le bien et le mal, le vrai du faux, et pouvant répondre de ses actes ou de ses choix. Elle implique le respect et la dignité ». (2) Ici se dessinent les deux grandes approches de la « dignité » :

-l'une, telle qu'abordée par la *Déclaration Universelle des droits de l'Homme*, exprimant « l'idée selon laquelle il n'y a aucune vie humaine qui n'en vaud une autre : la dignité est une qualité liée à l'humanité, elle ne supporte aucune autre condition, elle n'est conditionnée que par l'humanité de l'être qu'elle protège ». (1) Dans ce cas tout être humain est une personne.

-l'autre considère que « c'est parce que les hommes sont tous et également dépositaires de la même dignité qu'il est inacceptable que l'un d'entre eux exerce une véritable domination sur son prochain ». (3) Or ils en sont dépositaires au travers de certaines capacités telles que l'autonomie, la capacité à faire des choix. (3) Dans ce cas toute personne est un être humain mais tout être humain n'est pas une personne.

Le droit français repose sur la première approche de la dignité. Tout être humain est une « personne physique » et a donc des obligations et des droits subjectifs subordonnés au respect de sa dignité ; selon l'article 16 du *Code civil* « la loi assure la primauté de la personne, interdit toute atteinte à la dignité de celle-ci et garantit le respect de l'être humain dès le commencement de sa vie ». (3) La « personne physique » peut profiter - directement ou indirectement par l'intermédiaire d'un tiers - de sa « personnalité juridique » (être titulaire de droits et de devoirs) en fonction de son âge et de ses capacités d'autonomie propres, mais quoi qu'il en soit elle doit toujours être respectée et traitée dignement. (4) Ne pas avoir la capacité de faire ses choix, ne pas avoir conscience de ses droits n'implique en rien que ceux-ci puissent être niés et/ou négligés. C'est illégitime et illégal. Dans ces cas où la personne physique n'est pas capable seule d'assurer sa personnalité juridique, « l'autonomie et la liberté » de ceux qui en disposent « doivent veiller à prendre en compte la vulnérabilité des personnes en vertu de la dignité qui fait leur commune humanité. » (3) C'est à ce titre que la personne malade est protégée par le *Code de la santé publique* : « le droit fondamental à la protection de la santé doit être mis en œuvre par tous moyens disponibles au bénéfice de toute personne » (5), tout patient ayant le « droit au respect de sa dignité » (5). En pratique, le respect de la dignité humaine se fonde sur trois points : « le respect du corps, l'inviolabilité de ce corps et son extra-patrimonialité. » (3) Aux yeux du droit, international et français, la notion d'« être humain » et le concept de « personne » se confondent car la conception de la « dignité » repose sur la première approche : appartenir à l'espèce humaine est ce qui fait automatiquement de nous des « personnes ». Pour autant, lorsque l'on s'interroge sur la frontière nette qui existerait entre « être humain » et « animaux » pour justifier que seulement les humains puissent être des personnes, on se rattache à la conception de la dignité définie précédemment par la seconde approche : le respect de la dignité repose sur des capacités intellectuelles telles que l'autonomie, la conscience morale, la conscience de soi. En premier lieu, dans le sens commun, l'être humain est à considérer comme un être différent de l'ensemble des autres animaux, parce qu'il possède la capacité, au moins en essence, de concevoir le Bien et le Mal. On peut le comprendre car cette capacité est un des moteurs des sociétés humaines : elle est notamment mise en application à travers les lois qui, bien que pouvant dans certaines circonstances être perçues comme facteurs d'oppression,

semblent nécessaires à l'expression de la liberté de chacun. A travers les droits et les devoirs qui nous sont accordés se dessine l'importance de l'engagement moral et personnel envers autrui ainsi que la capacité à prendre en compte nos responsabilités vis-à-vis d'autrui. En second lieu, la conscience de soi est également considérée comme une frontière nette entre l'être humain et la majorité des individus composant le règne animal. La conscience de soi permet à l'individu de nouer avec son passé et d'envisager son futur tout en étant dans le présent. Ces deux capacités sont au cœur des changements sociétaux et permettent aux opprimés de revendiquer leur dignité. Si les femmes se sont battues pour obtenir le droit de vote, c'est parce qu'il était essentiel pour elles de pouvoir s'exprimer et de faire ainsi pleinement partie de la société de 1944 et de celle à venir, au lieu d'être en marge. L'importance accordée à ces deux capacités est un point central dans les débats actuels concernant le statut moral des êtres humains ayant de profonds retards mentaux ou se trouvant dans un coma végétatif irréductible.

Toutefois, les progrès dans le domaine des neurosciences, les recherches scientifiques réalisées dans les niches écologiques propres à certains animaux non humains, comme celles de l'éthologue britannique Jane Goodall, ou dans des centres de recherche, comme celles du professeur Frans de Waal, ou même les « simples » observations réalisées dans les parcs zoologiques, tendent à remettre en question la conscience de soi comme étant le propre de l'Homme. Les dauphins se désignent par des noms, les orques de différents *pods* ne communiquent pas avec les mêmes fréquences d'ultrasons, les déplacements des troupeaux d'éléphants reposent sur la mémoire de la matriarche, etc. (6) Le cas de Dolly, un petit grand dauphin (*Tursiops truncatus*) vivant dans un aquarium d'Afrique du Sud, n'est pas sans poser question. A l'âge de 6 mois, après avoir observé son soigneur fumer une cigarette devant son bassin, Dolly a rejoint sa mère, l'a tétée et est revenue se placer devant ce soigneur pour déglutir un nuage de lait, peut-être « une fumée sous-marine ». (6) De ces observations et découvertes scientifiques naissent des questionnements éthiques, des projets scientifiques, des changements juridiques. En 1994 est fondé « The Great Ape Project » regroupant des primatologues, des psychologues, des philosophes, des anthropologues et autres experts des grands singes, dont l'objectif est de protéger les orangs-outans (*Pongo spp.*), les gorilles (*Gorilla spp.*) et les chimpanzés (*Pan spp.*) en leur accordant 3 droits fondamentaux : le droit de vivre, l'interdiction de la torture et la protection de leur liberté individuelle. (7) En 1997, le *Traité d'Amsterdam* réclame, à l'échelle européenne, « le respect des animaux en tant que créatures douées de sensibilité ». (8) En 2012, la *Déclaration de Cambridge* reconnaît, à l'échelle internationale, que des animaux non humains possèdent une conscience et que celle-ci est équivalente à celle de l'être humain. (9) En 2013 en Inde, les dauphins se sont vus accorder le statut de personne non humaine, mettant un terme aux delphinariums dans le pays. (10) En 2019 en France, la *Déclaration de Toulon* (2019) reconnaît aux animaux non humains leur intelligence propre et revendique la reconnaissance de leur statut de personnalité juridique. (11) Tout en signant la fin de la réification des animaux non humains, en leur accordant des droits qui leur seraient propres, cette déclaration affirme « [qu]'aux yeux du droit, la situation juridique de l'animal changera par son exhaussement au rang de sujet de droit. » (11)

Autant d'exemples qui témoignent d'une remise en question du concept de « personne » comme incluant uniquement et nécessairement l'« être humain » et ce même dans le cadre juridique. Toutefois, le but de ce travail n'est pas d'aborder le concept de personne ou de le remettre en cause d'un point de vue juridique, mais bien d'interroger ce concept et ses

implications dans le cadre de l'éthique. L'éthique s'inclut dans un domaine à la frontière entre droit et morale, entre règles anciennes des sociétés et nouvelles pratiques, entre évolution des mœurs et tradition : « l'éthique pose des questions sans apporter de réponse alors que la morale ne pose pas de questions mais apporte des réponses. » (3) Face aux découvertes de plus en plus importantes en éthologie, en cognition animale, et face à l'évolution de la place des animaux non humains dans les sociétés humaines, il semble légitime de réfléchir sur le concept de personne et ses implications éthiques en médecine vétérinaire. Dans une première partie, je m'attacherai à définir le concept de personne en me livrant à une étude philosophique et scientifique de ce concept. Dans une seconde partie, je réfléchirai sur les implications éthiques de la considération de l'animal non humain comme une personne dans la relation de soin en pratique vétérinaire. Enfin, dans une troisième partie, je poserai la question des limites de la prise en charge d'une personne dans la relation de soin et aborderai donc les questions de l'obstination déraisonnable et de l'euthanasie.

I - APPROCHE PHILOSOPHIQUE ET SCIENTIFIQUE DU CONCEPT DE PERSONNE : LA PERSONNE ET L'ÊTRE HUMAIN SONT-ILS LIÉS PAR UNE RELATION D'ÉQUIVALENCE ?

A - Mise en évidence de la complexité du concept de personne et délimitation du sujet

1) Un concept pluridisciplinaire

Le nom « personne » est dérivé du mot latin *persona* qui désigne les masques portés par les acteurs dans la Rome antique. Le terme de « personne » fait donc référence à des « attributs », et par voie de conséquence à un « statut » : la « personne » est un concept juridique désignant l'individu qui « a une existence civile et des droits ». (12) L'esclave n'est pas une personne. Les humanistes de la Renaissance, tel que Doneau, s'appuient sur le concept de personne pour établir les fondements systématiques de la loi, la personne désignant un individu ayant « un *status libertatis, civitatis et familiae* » positif. (12) Actuellement, la personnalité juridique soulève de nombreux questionnements : la possession de droits est-elle suffisante pour déclarer qu'une entité est une personne, ou doit-elle être un sujet de droit, c'est-à-dire posséder la capacité légale d'avoir des droits et des devoirs ? (13) Et si ces capacités lui sont accordées, est-ce plus parce qu'un être humain est doté de sentience ou bien parce qu'il est un être avec des intérêts soumis au respect du devoir ? (13) Enfin ces dernières années la personnalité juridique a été accordée à quelques animaux non humains : en 2013 en Inde avec la reconnaissance de la personnalité juridique des cétacés (10), en 2015 en Argentine où Sandra, orang-outan du zoo de Buenos Aires, a obtenu le statut de personne non humaine par la chambre de cassation pénale lui déclarant ainsi son droit de ne pas être enfermée sans jugement (10).

C'est avec Kant que la personne devient un concept moral : la personne est sujet de droits et objet de devoirs. L'impératif catégorique impose le respect absolu de la personne : « Agis de telle sorte que tu traites l'humanité aussi bien dans ta personne que dans la personne de tout autre, toujours en même temps comme une fin, et jamais seulement comme un moyen ». (14) L'impératif catégorique serait le devoir humain fondamental et ce devoir fondamental est le respect de la dignité de la personne. Respecter la dignité de la personne, « c'est dépasser la simple affirmation de ses droits. C'est dire qu'elle doit être protégée et respectée, même lorsqu'elle est empêchée ou incapable d'agir librement » (2). Mais sur quoi repose cette dignité ? Elle repose sur la raison et la capacité à se donner ses propres lois qui font de l'être humain un être libre. Ainsi d'après Kant, toute personne est nécessairement un être humain, que cet être humain dispose réellement de ces capacités cognitives (autonomie, délibération) ou seulement en essence. (14) L'ontologie (l'étude de l'essence de l'être, de ce qui fait qu'un être est, sans s'attarder sur l'appartenance à une catégorie particulière) joue ici un rôle important dans la compréhension et la caractérisation du concept de « personne morale » au travers notamment de l'« être humain », de la « conscience », de la « raison », de la « responsabilité ». Une telle conception de la personne est au cœur des débats éthiques relatifs à l'avortement, à l'euthanasie, à la disposition des corps humains et non humains etc.

Le lien étroit établi entre « être humain » et « personne » ne peut être complètement dissocié du passé religieux de certaines sociétés humaines. On peut reconnaître au concept de personne une appartenance théologique naissant de la place de l'être humain dans le règne

animal, telle que décrite notamment par le christianisme, le judaïsme et l'islam. Par exemple, dans la religion chrétienne, la personne est une entité immortelle qui peut être jugée de ses actes par delà la mort biologique, son âme (et donc sa conscience) n'étant pas soumise au processus mortel. (2)

Enfin le concept de personne intervient également dans le domaine de l'éthique. L'éthique de la personne correspond à l'étude du statut moral de la personne et de la responsabilité morale de chacun à son égard. Le concept de « personne » intervient dans des domaines aussi variés que le droit, la morale, la religion mais également l'éthique. Peut-être est-ce parce que « la religion révèle ; la morale impose ; l'éthique interroge » (3). Quoi qu'il en soit, il faut veiller à distinguer ces différents domaines, notamment à ne pas confondre éthique, morale et droit. Premièrement, il faut distinguer les droits et devoirs moraux des droits et devoirs légaux :

- les droits moraux « correspondent à des obligations auto-contraignantes. La règle que nous suivons est celle que nous nous tenons pour juste. Afin d'être garantis, d'être opposables, les droits moraux aspirent à quitter la sphère de l'exigence simplement morale pour entrer dans celle de la contrainte légale. » (15)

- les droits légaux sont, quant à eux, « hétéro-contraignants », c'est-à-dire qu'« ils nous sont imposés par une règle extérieure qui pèse sur nous et nous contraint à agir selon une direction qui peut éventuellement heurter nos convictions les plus fortes ». (15)

De même, concernant les devoirs moraux et les devoirs légaux :

- le devoir moral ne s'accompagne pas symétriquement chez autrui de droits car son essence même repose sur l'absence de contrainte des autres sur moi. Par exemple, si un individu a le devoir d'aider les autres, pour autant ces derniers n'ont pas le droit de l'obliger à les aider.

- le devoir juridique s'accompagne d'une obligation vis-à-vis de quelqu'un et ce quelqu'un a le droit de réclamer l'exécution de ce devoir.

La morale et le droit sont donc différents. Deuxièmement, l'éthique se distingue du droit car elle « ne vise pas à créer des normes mais oblige à une réflexion sur les valeurs [...]. Le droit définit la loi, non l'éthique. » (3) Troisièmement, l'éthique se distingue de la philosophie et de la morale en ce que l'éthique pose la question de la responsabilité des individus à l'égard de la personne, la philosophie étudie le statut ontologique et le statut moral - droits et devoirs moraux - de la personne. (16) Toutefois l'éthique s'appuie sur la philosophie pour définir ces concepts. Cette première partie a pour but de définir le concept de personne à partir d'une étude philosophique et scientifique, pour ensuite déduire les implications morales de ce concept.

2) Le concept de « personne » et ses conséquences normatives : un concept exclusif

En 1740, la *section XXVIII du South Carolina Slave Code* pénalisait le meurtre délibéré d'esclaves par une amende de 700£. (12) Cette pénalisation est justifiée de la manière suivante : tuer un être humain est un acte de cruauté, et la cruauté « est odieuse aux yeux de tous les hommes qui ont le sens de la vertu et de l'humanité », aux yeux de tout chrétien dans le texte. (12) L'esclave dispose ici de droits moraux négatifs comme le droit de ne pas être traité avec cruauté et/ou de ne pas être tué et l'humain dit libre a des devoirs moraux indirects à son égard. On parle de devoir indirect car ici ce n'est pas le respect de la dignité de l'esclave qui entre en jeu mais la manière d'agir de tout humain libre à son égard car elle révèle ses penchants. L'esclave est un patient moral et l'humain libre est un agent moral : « l'agent moral est celui

dont les actions peuvent être évaluées en termes de bien et de mal, caractérisées de bonnes ou mauvaises. Le patient moral est celui dont les actions qu'il subit de la part d'un agent moral peuvent également être sujettes à une évaluation morale et caractérisées de bonnes ou mauvaises. » (17) Les agents moraux ont des devoirs directs entre eux, et des devoirs indirects envers les patients moraux. L'esclave est reconnu comme un patient moral par son appartenance à l'espèce humaine. Par conséquent, il est considéré que si un être humain libre est capable de maltraiter un autre humain, même de statut moral inférieur, il traduit sa propension naturelle à faire du mal à autrui et donc menace potentiellement la communauté morale à laquelle il appartient. Mais en revanche que l'esclave soit un patient moral, n'implique pas qu'il soit une personne et donc que sa vie soit reconnue et respectée pour elle-même. Si les esclaves n'étaient et ne sont pas considérés comme des personnes, d'autres êtres humains se sont vus accorder le statut de quasi-personnes. Une quasi-personne « n'a pas la gamme complète des droits [juridiques ou moraux] accordés à une personne, mais bénéficie au moins de la plupart des protections de la personnalité » (18). C'est ce sur quoi repose les mesures et restrictions légales et sociales paternalistes auxquelles les jeunes enfants, les personnes invalides ou handicapées, et les femmes devaient et doivent se soumettre. (18) C'est, par exemple, dans un tel contexte que les défenseurs de l'eugénisme sont parvenus en 1907 en Indiana, en 1915 dans treize états nord-américains, en 1929 dans les pays scandinaves, en 1933 en Allemagne, etc., à faire voter des lois en faveur de la stérilisation des personnes handicapées mentales. (19)

Ainsi comme nous venons de le voir, le statut moral inférieur accordé à certains êtres humains a permis et a servi à justifier nombre de barbaries antiques et contemporaines. Dorénavant, certains penseurs modernes affirment, au vu des événements passés, qu'« [e]n l'absence de contre-preuves très lourdes ou de raisons impérieuses de retirer un jugement, la présomption, concernant tout être humain qu'il est une personne, n'est pas seulement épistémiquement admissible ou raisonnable, elle est moralement obligatoire » (20). *La Déclaration Universelle des Droits de l'Homme* découle d'une telle affirmation : « la reconnaissance de la dignité inhérente à tous les membres de la famille humaine et de leurs droits égaux et inaliénables constitue le fondement de la liberté, de la justice et de la paix dans le monde » (1). C'est grâce à cette déclaration, grâce au parallèle établi entre « personne » et « être humain », que la réduction en esclavage de tout être humain est condamnée à l'échelle internationale et grâce à elle que chacun peut penser et croire en son émancipation face à l'oppression. Ainsi, la profondeur de la perspective éthique associée au concept de personne met en lumière le caractère exclusif de ce concept : « [l]a personnalité est le critère de toute notion d'indépendance en éthique – sans elle, l'être peut être secondaire ou relatif. Autrement dit, en termes moraux, *la personnalité équivaut à l'existence*. » (8)

Les êtres humains « sont considérés comme ayant une valeur objective et indépendante parce qu'ils sont des personnes » (8). En établissant un lien étroit entre « personne » et « être humain » et face aux preuves scientifiques de leur état sensible et conscient, les animaux non humains se retrouvent actuellement dans un entre deux : ils ne sont à la fois pas des personnes, étant considérés comme des moyens en vue d'une utilisation par l'être humain, sans pour autant appartenir à la catégorie des choses immatérielles. (8) Or « l'indépendance est basée soit sur la pleine personnalité, soit sur le matérialisme complet, et ce sont les êtres qui se situent entre les deux qui manquent toujours de cette qualité. » (8)

3) Le concept d' « animal » et ses conséquences normatives

En latin *anima* veut dire « le souffle », *animalis* l'« être animé ». (2) En biologie, le monde animal se définit par opposition au monde végétal, l'animal étant un être vivant organisé, se nourrissant exclusivement de matière organique et capable, généralement, de se déplacer. (2) En philosophie, la séparation être humain/animal est envisagée soit sous le mode de la séparation absolue, soit sous le mode d'une gradation interne au monde animal avec au sommet l'être humain. Cette séparation s'appuie notamment sur le langage et la liberté : l'être humain est capable de libre arbitre, tandis que l'animal est mû par l'instinct. Ainsi « [l]a définition d'*animal* ne se fonde pas sur un quelconque point commun constitutif d'une catégorie aussi vague qu'on voudra. Elle ne se construit que par déterminations négatives. Est animal ce qui n'est ni végétal, ni homme » (15). Cependant les recherches scientifiques, en éthologie, en physiologie, en anthropologie [...] ont remis en question un quelconque « propre de l'Homme », soulignant que cette coupure entre l'être humain et l'animal ne se fonde que sur un ordre tautologique : « l'animal est un animal parce que l'homme en a décidé ainsi ». (15) Regrouper l'ensemble des espèces animales non humaines sous le concept au singulier d' « animal » est, selon Derrida, un « crime » au sens où ce nom que les êtres humains « se sont donné le droit et l'autorité de donner à l'autre vivant » est une faute « contre l'exigence de la pensée, la vigilance ou la lucidité, l'autorité de l'expérience ». (21) Il peut sembler de prime abord excessif de considérer comme un crime l'emploi du terme « animal » au singulier pour se référer à tout autre espèce animale qu'*Homo Sapiens*. Toutefois ce serait nier les liens qui existent entre l'emploi des mots et les faits. La fragmentation verbale de l'ensemble du monde animal en deux mondes a ouvert la voie à la fragmentation de la responsabilité morale à l'égard des êtres de ces deux mondes. Et cette fragmentation de la responsabilité morale a pour conséquence un rapport différent à la souffrance et à la mise à mort des êtres vivants.

D'un côté « [d]ans ce concept à tout faire, dans le vaste camp de l'animal, au singulier général, dans la stricte clôture de cet article défini, seraient enclos, comme dans une forêt vierge, un parc zoologique, un territoire de chasse ou de pêche, un terrain d'élevage ou un abattoir, un espace de domestication, tous les vivants que l'homme ne reconnaîtrait pas comme ses semblables, ses prochains ou ses frères ». (21) En effet à l'échelle humaine, l'opprimé est souvent rabaissé au rang d'animal au travers de son physique, de sa culture, de sa vie mentale, pour souligner le fait que les éléments biologiques et culturels sont considérés comme imparfaits par l'opresseur. Comme le souligne Claude Lévi-Strauss : « [o]n a commencé par couper l'homme de la nature et par le constituer en règne souverain ; on a cru ainsi effacer son caractère le plus irrécusable, à savoir qu'il est d'abord un être vivant. Et en restant aveugle à cette propriété commune, on a donné champ libre à tous les abus [...]. En s'arrogeant le droit de séparer radicalement l'humanité de l'animalité, en accordant à l'une tout ce qu'il retirait à l'autre, l'homme occidental ouvrait un cycle maudit. La même frontière, constamment reculée a servi à écarter des hommes d'autres hommes et à revendiquer, au profit de minorités toujours plus restreintes, le privilège d'un humanisme corrompu, aussitôt né, pour avoir emprunté à l'amour-propre son principe. » (22) Marjoerie Spiegel, dans *The Dreaded Comparison : Human and Animal Slavery* (1997), témoigne du parallélisme qui peut être établi entre certains actes esclavagistes et certains faits commis à l'encontre des animaux non humains : port de collier, marquage au fer rouge, confinement lors de la traversée Atlantique, port de masques couvrant entièrement la face, emploi d'ouvre-bouche, etc. (17) Aimé Césaire dans *Discours sur le colonialisme* (1955) rapporte les propos du politicien Joseph de Maistre concernant

l'esclavage : « il ne faut pas oublier que [l'esclavage] n'a rien de plus anormal que la domestication du cheval ou du bœuf ». (23) Insulter un être humain en utilisant un nom d'animal « n'implique pas seulement une agression verbale, mais une agression qui consiste à dégrader, abaisser, dévaluer, contester quelqu'un dans sa dignité ». (21) En témoigne l'emploi de nom d'animaux pour désigner l'ennemi en temps de guerre, notamment lors de génocides. (19)

D'un autre côté, la mort d'un animal est-elle équivalente à la panne ou à la destruction complète et irrémédiable d'une chose immatérielle ? Le vétérinaire est quotidiennement confronté à la souffrance des propriétaires face à la perte de leur animal non humain. Suivant la relation établie entre cet animal non humain et ce propriétaire, suivant le lien établi entre la maladie de l'animal et la maladie d'un proche, la mort apparaît plus ou moins difficile à accepter par le client et le vétérinaire ressent souvent le devoir d'accompagner son client face à la perte de son animal. Certains considèrent qu'il s'agit là des marques d'une société au regard de plus en plus anthropomorphique vis-à-vis des animaux non humains. Mais ce serait négliger un rapport humain plus profond à la mort d'un animal. Chez de nombreux peuples chasseurs, la mise à mort d'un animal non humain est très codifiée, en témoigne cet exemple : « Si l'on a vraiment faim de viande, il faut flécher le gibier avec attention qu'il meurt sur le coup. Si c'est le cas, il est satisfait d'avoir été tué avec droiture ». (24) L'animal non humain qui souhaite être tué est un thème récurrent du penser sa mise à mort par l'être humain : on le retrouve chez les peuples chasseurs mais également dans les sociétés où la viande est fournie par l'élevage comme en témoignent les publicités présentant des animaux de rente ravis d'être élevés pour produire de la viande à l'être humain. M. Terrot, député à l'Assemblée nationale, rapporte le malaise éprouvé par les techniciens en abattoir de se retrouver face à une vache gestante sur la chaîne d'abattage. (25) Ainsi « l'obstination avec laquelle [l'être humain] repousse ce regard - " ce n'est qu'un animal " - réapparaît irrésistiblement dans les cruautés commises sur des hommes dont les auteurs doivent constamment se confirmer que " ce n'est qu'un animal " , car même devant un animal ils ne pouvaient le croire entièrement. » (17) Selon Derrida, la distinction qu'établit un être humain entre la mise à mort d'un animal et la mise à mort d'un autre être humain reposerait « basiquement » sur la rencontre ou non avec un visage : « [s]i l'animal ne meurt pas, si en tout cas on peut le mettre à mort sans le « tuer », sans l'assassiner, sans commettre de meurtre, sans que le « Tu ne tueras point » le regarde ou me regarde à son sujet, c'est que l'animal reste étranger à tout ce qui définit la sainteté, la séparation et donc l'éthique de la personne comme visage [...] [L] 'animal est donc privé à la fois du pouvoir et du droit de répondre, certes, donc de la responsabilité (donc du droit, etc.) ; mais il est aussi privé de la non-réponse, du droit de non-réponse qui est accordé au visage humain dans le secret ou dans la mort ». (21) Toutefois même le théoricien de l'éthique du visage, Emmanuel Levinas, à la question posée, lors d'une interview par John Llewelyn, de savoir si l'animal non humain a ou non un visage, répondait : « Je ne peux pas dire à quel moment vous avez le droit d'être appelé « visage ». Le visage humain est absolument différent et c'est seulement après coup que nous découvrons le visage d'un animal. [...] Je ne peux pas répondre à cette question ». (22)

Regarder l'animal qui nous fait face, ne conduit peut-être pas à voir un visage, mais donne accès à une partie de son individualité. Jane Goodall avec les chimpanzés (*Pan spp.*), Shaun Elis avec les loups (*Canis lupus*), Diane Fossey avec les gorilles (*Gorilla spp.*), Cynthia Moss avec les éléphants d'Afrique (*Loxodonta spp.*), Biruté Goldikas avec les orangs-outans

(*Pongo spp.*), etc., sont autant de chercheurs qui, en faisant preuve d'imagination, d'humilité et de rigueur scientifique, ont su voir et montrer qu'ils étaient plus que des « machines vivantes » toutes identiques au modèle de leur espèce agissant sans intérêt et sans objectif. Et ces premiers pas vers la reconnaissance de l'individualité de chaque animal non humain, a ensuite ouvert la voie vers des recherches en laboratoire ou en milieu naturel sur « leur mémoire, leur capacité à se représenter le passé et le futur, le principe de la métacognition, leur autonomie, leur créativité. La dimension individuelle et subjective des animaux est une approche qui [...] va se développer de plus en plus. » (26) Mépriser les recherches dans le domaine de la conscience animale, de l'intelligence, et même de l'agentivité morale, repose sur des préjugés et non sur un véritable raisonnement scientifique, car cela va à l'encontre même de la théorie de l'évolution : « [l]e monde réel se compose uniquement d'individus plus ou moins étroitement liés les uns aux autres en vertu de la descendance d'un ou de plusieurs ancêtres communs [...]. La réalité biologique est que toutes les classifications sont artificielles. Elles imposent un certain ordre dans le désordre plutôt chaotique du monde naturel ». (27) Puisque la continuité physiologique et anatomique entre les espèces est reconnue, pourquoi n'en serait-il rien vis-à-vis de la conscience et des comportements ? (28) Hypothèse confirmée et rendue publique en 2012, avec la *Déclaration de Cambridge*, reconnaissant l'existence d'une conscience chez les mammifères, les oiseaux, les poulpes et d'autres animaux non humains. (9) Selon, Boris Cyrulnik découlera de ces découvertes « le début d'une attitude morale envers les animaux, d'une prise de conscience de leurs intérêts. » (26)

4) Vers une réflexion non anthropocentrée de la philosophie et de la personne

Selon Descartes, ce qui différencie l'être humain des autres animaux c'est la pensée qui ne peut être présente que chez un être doté de raison et de langage (29). Dans *Gaspard de la nuit* (2018), Elisabeth de Fontenay témoigne de l'ambiguïté des implications de la pensée cartésienne. D'un côté, dans son choix à concevoir le langage, l'âme et la pensée comme les caractères propres à l'être humain, Descartes aurait contribué à « refonder méthodologiquement et métaphysiquement une égalité entre les hommes, quelle que soit l'accidentelle faiblesse de ceux qu'on tient pour les derniers d'entre eux » (30). En effet pour Descartes, le langage des êtres humains atteints de folie ne peut être exclu du langage humain « qui ne cesse pas d'être à propos des sujets qui se présentent, bien qu'il ne suive pas la raison » (30). Ce n'est pas la qualité du langage qui compte et c'est pourquoi même si un perroquet peut dire des mots avec un langage articulé pour autant on ne peut pas dire que l'animal parle et surtout qu'il a une pensée. (30) Mais d'un autre côté, en magnifiant le *cogito*, il aurait contribué à assoir pouvoir et autorité sur les animaux non humains et sur certains êtres humains : « [i]l ne suffit pas de dire que cette croyance a privé les bêtes de tout droit, il faut ajouter qu'elle a autorisé le travers criminel qui conduit à exclure de l'humanité ceux qui ne remplissent pas les critères décisifs : les peuples qui manquent de rationalité et d'historicité, les handicapés mentaux, qui sont dépourvus de liberté et de perfectibilité, les vieillards amoindris, les nourrissons, autant d'êtres humains dépourvus des marques qui caractérisent, de manière aussi autoritaire que précaire, le propre de l'homme. » (30)

Mais d'autres courants de pensée existent et sont également à prendre en compte. Les études de Philippe Descola ont souligné « qu'à côté de ce qu'il nomme le naturalisme occidental [...] existent, sur les autres continents, un animisme qui distingue d'après les différences

physiques, un totémisme qui postule une ressemblance interne et externe de tous, un analogisme qui les différencie tous, au contraire, pour en faire des singularités. » (31) De plus, les découvertes en sciences naturelles, telles que mentionnées précédemment, « incitent à ne plus définir l'animal par le défaut, l'absence, la privation de facultés, et à réduire le mur construit entre lui et l'homme – au titre de la possession exclusive par ce dernier de la pensée, du langage, de la culture – en parlant de pensées, de langages et de cultures de degrés variables, de capacité de vie, de mouvement, de réaction, de souffrance. On peut alors intégrer l'animal dans une communauté avec l'homme où l'étude des jeux, évidemment inégaux, de relation et d'influence, prend tout son sens et son intérêt ». (31) Pour autant, les réflexions philosophiques et éthiques relatives au concept de personne pourraient-elles élargir leur spectre aux animaux non humains ?

Concernant la philosophie, l'ontologie a pour vocation de déterminer si une entité A peut être incluse dans la catégorie des personnes. Pour cela : « Une entité A appartient à la catégorie ontologique distincte des personnes si et seulement si elle possède l'ensemble des conditions ontologiquement constitutives de la personne x. L'appartenance à une espèce n'a aucune incidence sur cette taxonomie ontologique. Autrement dit, des entités appartenant à la même espèce naturelle pourraient, en principe, avoir un statut moral différent. » (32) Le concept de personne n'est donc pas par essence anthropocentrique. De plus nous avons vu que le fait d'être une personne entraîne des conséquences normatives importantes. Or un principe est normatif lorsqu'il règle la conduite de quelqu'un, c'est un principe auquel on se réfère pour porter un jugement de valeur : « Une entité A a le même statut moral particulier que les personnes ont si et seulement si elle possède l'ensemble de conditions normativement constitutives de la personne ». (33) Ainsi toutes les entités ayant les critères de la personne, même d'espèces différentes, peuvent avoir en principe le même statut moral.

L'éthique étant une discipline humaine n'est-ce pas se méprendre que d'intégrer les animaux non humains à ces réflexions éthiques ? Dans *Victims of Science* (1983), Ryder rapporte les propos des exploitants vis-à-vis des esclaves dans les plantations de coton aux Etats-Unis (17). Les exploitants insistaient auprès des visiteurs des exploitations sur le fait que leurs esclaves étaient bien traités ; qu'ils se portaient de toute façon mieux dans l'exploitation que s'ils étaient laissés seuls dans la jungle ; soulignaient la loyauté et le dévouement de leurs esclaves ; et laissaient entendre une soi-disant compassion envers eux. (17) Cependant les visiteurs, êtres humains civilisés, étaient conviés à ne pas juger la situation de l'esclave selon leurs propres critères car « le sauvage n'étant pas comme lui [l'homme civilisé], on ne peut pas postuler qu'il souffre et qu'il ressent de la même manière que lui » ce qui lui arrive. (17) Il était par ailleurs déconseillé aux visiteurs d'assister au travail des esclaves car ne connaissant pas le travail dans une exploitation, ils ne pouvaient pas appréhender de manière « objective » la manière de fonctionner des plantations et la nature des esclaves. (17) Les divers faits historiques précédemment évoqués concernant l'oppression des êtres humains « permise » par le déni de leur personnalité et la mise en avant de leur animalité, et les justifications associés à ce déni font écho à ce qui est observé dans le rapport des sociétés occidentales, anciennes et modernes, avec les animaux non humains. Dans *The Universal Kinship* (1906), Moore considère que « [l]e déni des relations éthiques avec le reste du monde animal par les animaux humains est un phénomène qui ne diffère ni par sa nature ni par sa cause du déni des relations éthiques avec le reste du monde humain ». (17) Tous seraient « des manifestations du même phénomène. Le fait

que ces diverses actions soient accomplies par différents individus sur différents individus, exécutées en des époques et des lieux différents, n'invalide par l'identité essentielle de leurs natures. Les crimes ne sont pas classés (excepté les crimes sauvages ou ce qui en dérive immédiatement) selon la ressemblance de ceux qui les commettent ou de ceux qui en souffrent, mais en les regroupant d'après la ressemblance de leurs qualités intrinsèques ». (17) Ce qu'il faut entendre par « manifestations du même phénomène », c'est qu'il existe, en parallèle des disparités, des similitudes entre les différents crimes commis par les humains entre eux et vis-à-vis des animaux non humains. Il ne s'agit pas de dire que toute mise à mort soulève les mêmes questions, que l'abattage des animaux de rente est équivalent à une extermination humaine de masse, de même qu'il ne s'agit pas de dire que tout assassinat d'un être humain constitue un crime contre l'humanité, etc. En revanche ce que cela dit, c'est que reconnaître et faire des liens entre des similitudes tout en tenant compte des différences, des oppositions, invite à réfléchir et permet de nous poser des questions sur des faits proches ou éloignés d'un point de vue temporel, spatial, affectif, etc., et vis-à-vis de nous-mêmes.

Tenir compte de notre passé, avoir conscience du déni de personnalité de certains êtres humains sur des bases fébriles empreintes de racisme, de sexisme, de nationalisme pour répondre à des intérêts économiques et politiques, doit nous inciter à nous questionner sur la pertinence philosophique, morale, éthique, historique voir juridique du déni de personnalité non humaine. Sans compréhension approfondie de ces discussions sur le concept de personne humaine, toute discussion sur le concept de personne non humaine ne peut-être que confuse. Hegel écrivait : « Chacun est fils de son temps ; de même aussi la philosophie, elle résume son temps dans la pensée. Il est aussi fou de s'imaginer qu'une philosophie quelconque dépassera le monde contemporain, que de croire qu'un individu sautera au-dessus de son temps ». (29) Ainsi, au vu des connaissances actuelles, exclure les animaux non humains de la sphère de la personnalité par négligence (et non par démonstration), nuit à l'élaboration d'une description objective du concept de personne. Au vu de son importance dans les relations inter- et intraspécifiques vis-à-vis de la réflexion éthique, il conviendra dans la suite de cette première partie de proposer une définition de la personne, à partir d'une analyse critique de la philosophie morale occidentale et des sciences naturelles. Certains dilemmes moraux que nous avons actuellement différent des dilemmes moraux d'autrefois, et si nous n'avons pas combattu les réflexes moraux de nos anciens, « nous ne pratiquerions ni l'autopsie, ni la vaccination, ni la transfusion sanguine, ni la transplantation d'organes, ni l'amniocentèse, toutes pratiques considérées jadis comme parfaitement immorales.... Nos facultés de raisonnement, la science et la technologie peuvent également ouvrir la voie à une vie plus éthique. » (34)

B - Approches monadiques cognitivistes de la personne

1) La conception lockéenne de la personne et ses dérivés : entre subjectivité sophistiquée et agentivité supérieure

Selon Locke, la personne est « un être pensant et intelligent, doué de raison et de réflexion, et qui peut se considérer soi-même comme soi-même, une même chose pensante en différents temps et lieux ». (32) La conception lockéenne de la personne a fortement influencé la pensée philosophique occidentale : la personne est un être disposant d'une conscience et d'une mémoire, ces deux capacités assurant l'unité physique et intellectuelle de l'individu au

cours du temps. Et grâce à la conscience qu'elle peut avoir de son unité, la personne peut reconnaître la continuité de ses actes à travers le temps et est donc capable d'en répondre, et ce d'autant plus qu'elle est également un être de raison et de réflexion. Ici se dessine un lien fort entre identité personnelle et jugements moraux. (20) A la suite de Locke, la psychologie néo-lockéenne s'efforce de déterminer plus précisément quels sont les facteurs de continuité de la personne. Elle considère que chez l'être humain coïncident exactement et en permanence la personne et l'espèce animale *Homo Sapiens*. (35) Et les jugements de responsabilité suivent « la continuité psychologique plutôt que biologique » (35) de l'être humain, la personne se trouve du côté de la psychologie et non du côté de l'espèce. (35) Par conséquent une personne à un temps t qui sombre dans la démence à un temps $t+1$, continuera au temps $t+1$ d'exister en tant qu'animal mais ne sera plus une personne. De même, une personne se met à exister à partir du moment où les capacités lockéennes sont acquises : les fœtus, les enfants en bas-âge, certains individus handicapés mentaux, certains malades, etc. ne sont pas encore, ne sont plus ou ne seront jamais des personnes. Cette conception s'oppose à l'animalisme. L'animalisme est un courant de pensée qui reconnaît une part biologique dans l'identité personnelle. (35) L'être humain est essentiellement un animal soumis à des paramètres biologiques et la continuité psychologique ne serait pas uniquement ce qui ferait que nous existons dans le temps. (35) Bien que s'opposant sur l'appartenance de l'identité personnelle à la psychologie et/ou à la biologie, ces différents courants de pensée décrivent la personne comme une entité humaine possédant l'agentivité morale, la raison, et la conscience de soi réfléchie. (36)

Dans *Practical Ethics* (1979), Peter Singer définit la personne de manière similaire à Locke mais s'en différencie en y incluant certains animaux humains. Une personne est un être « ayant conscience de sa propre existence dans le temps, et la capacité d'avoir des désirs et des projets pour l'avenir » et « capable de raisonner ». (36) Selon lui « la personnalité n'est pas quelque chose que l'on a et une personne n'est pas quelque chose que l'on est [...] la personnalité est quelque chose que l'on fait ». (36) En tant qu'utilitariste, il considère que pour prendre une décision éthique, il faut tout d'abord évaluer de manière égale les intérêts de chaque individu, quelle que soit l'espèce animale. (36) L'égalité de considération est un principe éthique fondamental à respecter car « il n'y a pas de raison logique qui impose de faire découler d'une différence de fait dans les capacités que possèdent deux personnes une différence quelconque dans la quantité de considération que nous devons porter à la satisfaction de leurs besoins et intérêts ». (37) Dans le cadre de l'utilitarisme, la condition nécessaire pour avoir des intérêts est la capacité à souffrir et à éprouver du plaisir. (37) Dans un second temps, par contre, il faut évaluer les différences entre les intérêts des différents partis impliqués. (37) Ainsi si le philosophe condamne l'utilisation de souris pour le test des produits de beauté, car les rongeurs souffrent avec ces tests, alors que ces produits ne sont pas nécessaires à la vie humaine, d'un autre côté il conçoit l'utilisation de ces mêmes rongeurs dans le domaine de la recherche médicale humaine. (37) Les êtres humains possèdent « la conscience de soi, l'intelligence, la capacité à entretenir des relations significatives avec les autres », et ces capacités si elles « ne sont pas pertinentes par rapport à la question de la douleur, [...] ces caractéristiques peuvent au contraire être pertinentes en ce qui concerne le problème de tuer. Il n'est pas arbitraire de dire que la vie d'un être conscient de lui-même, capable de penser arbitrairement, d'élaborer des projets d'avenir, de communiquer de façon complexe, et ainsi de suite, a plus de valeur que la vie d'un être qui n'a pas ces capacités » (37). L'« égalité de considération des intérêts », qui repose sur la capacité à éprouver du plaisir et de la douleur, se distingue de l'« égalité des

droits », qui repose sur la cognition. (37) Le degré de complexité cognitive implique une différence de valeur et donc de statut moral. Et ce degré de complexité repose sur les capacités intrinsèques propres à l'individu, le lien intraspécifique n'ayant aucune justification morale objective. Dans ce contexte, d'une part certains animaux non humains, comme les grands singes par exemple, seraient peut-être au vu de leurs capacités intellectuelles, des personnes. (7) D'autre part, l'attachement aux ces capacités cognitives complexes remet en question l'existence d'une dignité humaine universelle, tous les membres de l'espèce *Homo Sapiens*, n'étant pas des individus rationnels et autonomes, se révélant au travers de leur agentivité morale (38), comme le souligne la proposition suivante : « puisque ni un nouveau-né humain ni un poisson n'est une personne, le mal de tuer de tels êtres n'est pas aussi grand que le mal de tuer une personne ». (36) Toutefois si le philosophe considère qu'aucune justification morale d'un acte ne peut découler de l'appartenance à l'espèce, ce qui le pousse à dire que certains êtres humains sont moins dignes de vivre que d'autres, à l'inverse lorsqu'il s'agit des animaux non humains, comme des grands singes ou des souris, ce sont les capacités cognitives intrinsèques de l'espèce qui conduisent à la reconnaissance ou à la négation de la dignité des individus appartenant à cette espèce.

Dans *Human Agency and Language : Philosophical Papers* (1985), Charles Taylor propose une définition de la personne similaire à celle proposée par Peter Singer mais en incluant l'individu dans le contexte de son espèce. En effet « [une] personne est un être doté d'un certain statut moral, ou titulaire de droits. Mais il existe certaines capacités sous-jacentes au statut moral, comme sa condition. Une personne est un être qui a un sens de soi, a une notion du futur et du passé, peut détenir des valeurs, faire des choix, bref peut adopter des projets de vie. Au moins, une personne doit être le genre d'être qui est en principe capable de tout cela, aussi endommagées que ces capacités puissent être en pratique ». (39) Les capacités cognitives s'inscrivent ici à l'échelle de l'espèce et ainsi tous les membres d'une même espèce, quelles que soit leurs capacités intrinsèques individuelles se voient toutes accorder le même statut moral. Et il ne limite pas la reconnaissance de capacités cognitives supérieures aux seuls êtres humains. Toutefois, cette conception de la personne pose les questions suivantes : d'une part comment définir la « normalité » d'une capacité cognitive ? D'autre part si un individu possède des capacités cognitives suffisantes pour être considéré comme étant une personne, mais appartient à une espèce pour laquelle le degré de capacité cognitive moyen est considéré comme insuffisant pour que ses membres soient considérés comme des personnes, peut-il endurer sans conséquences morales et éthiques les effets d'un statut moral « spécifique » (dans le sens de l'espèce) inférieur ?

Les différents penseurs cités précédemment, malgré leurs divergences, recherchent ce qui ferait l'unité de la personne, par une approche dite monadique du concept de personne. La personne se définit au travers d'une ou de plusieurs capacités valorisées chez un individu, le fait que cet individu possède des capacités valorisées le valorise en retour. Dans la philosophie occidentale, les capacités associées au concept de personne sont regroupées en deux catégories :

- la subjectivité sophistiquée fait référence à un certain degré de pouvoir mental, et est caractérisée par les concepts suivants : intentionnalité, conscience de soi, raison, délibération, richesse de la vie émotionnelle (appréhension de la peur et de la mort), choix libre, réflexion, cognition dite « supérieure », pensée conceptuelle, etc. (39)

- l'agentivité fait référence à la capacité à entretenir des interactions sophistiquées, c'est-à-dire pouvant faire intervenir l'action libre, la prise de responsabilité, la délégation de responsabilités, la réponse à des recommandations morales, la réalisation d'actions conjointes, etc. (39)

La possession partielle ou complète de ces capacités confère un certain statut moral. Elle justifierait le fait qu'une personne ne puisse être considérée comme un moyen en vue d'une fin pour des individus, des groupes, des sociétés, mais une fin en elle-même et pour elle-même. La « communauté des égaux » est une communauté morale au sein de laquelle les membres ont le droit à la vie, le droit à la protection de la liberté individuelle et le droit à ne subir aucune maltraitance. (28) Cette communauté des égaux n'est composée actuellement que d'êtres humains. Mais les recherches scientifiques dans le domaine de la cognition animale notamment à propos de la pensée, de la conscience de soi, et de la conscience morale, poussent certains scientifiques à demander l'ouverture de cette communauté aux orangs-outans (*Pongo spp.*), gorilles (*Gorilla spp.*) et chimpanzés (*Pan spp.*). (28) C'est pourquoi il semble intéressant de réfléchir sur ce sujet en confrontant la philosophie aux données scientifiques actuelles.

2) La subjectivité sophistiquée

Avoir une « subjectivité sophistiquée » est depuis longtemps invoqué pour définir le propre de l'être humain. De ce fait, au moins une partie des êtres humains peuvent prétendre être des personnes. Cette capacité ne fait pas appel à l'espèce et de fait tout être qui possède des capacités cognitives sophistiquées peut prétendre à un statut moral particulier. Mais il convient ici de se demander en quoi le fait de disposer d'une subjectivité sophistiquée octroierait un statut moral particulier par rapport à des entités n'en disposant que partiellement ou pas du tout. Les cognitivistes conçoivent le lien entre degré de subjectivité et implications normatives pour l'individu de la manière suivante : « il y a des animaux [humains et autres], [...] qui, en plus de leur capacité à subir des contraintes et des douleurs physiques, ont conscience d'eux-mêmes comme des entités distinctes dont l'existence est temporellement continue. Seuls ces individus peuvent souffrir de leur propre disparition, ou de la pensée de leur propre non-être dans le futur, eux seuls possèdent le droit à la vie au sens strict. Il y a aussi des animaux qui manquent de conscience d'eux-mêmes mais qui sont sensibles et capables d'être affligés s'ils sont emprisonnés - ils ont le droit de jouir de la liberté et d'éviter la torture. Enfin, les êtres simplement sentients, c'est-à-dire uniquement sensibles à la souffrance physique, ont droit à une protection contre la douleur délibérément infligée. » (40) Cette proposition sera étudiée au prisme des différents facteurs témoignant de l'existence d'une subjectivité sophistiquée de l'être. Ces capacités varient suivant les courants de pensées et les époques tout en restant plus ou moins incluses les unes dans les autres. Dans la suite de cette partie, seront en particulier étudiées la conscience de soi et la raison au sens de la réflexion, de l'intelligence.

a) La conscience de soi

Tout comme Locke, nombre de philosophes considèrent la conscience de soi comme une condition nécessaire (mais pas toujours suffisante suivant les auteurs) pour avoir un statut moral particulier : « [u]n organisme ne possède un droit sérieux à la vie que s'il possède le concept d'un soi en tant que sujet continu d'expériences et d'autres états mentaux, et croit qu'il est lui-même une telle entité continue ». (32) Mais que faut-il entendre par conscience de soi ?

Le terme de « conscience » peut être employé pour désigner trois capacités différentes :

- la « conscience immédiate » qui correspond à la capacité d'établir une relation au monde, d'avoir conscience des objets qui nous entourent, de percevoir et de réagir à ce monde. (41) C'est la présence à soi-même au moment où l'on agit. (2)

- la « conscience réfléchie » qui correspond à la capacité de se percevoir soi-même comme percevant (41), de faire retour sur ses actions ou ses pensées, de les analyser.

- la « conscience morale » qui correspond à la capacité de juger par soi-même du bien et du mal, d'évaluer ses actions. (41) Cette dernière est liée à la notion d'agentivité et sera évoquée dans la sous partie I - B - 3.

Ainsi la conscience de soi regroupe à la fois la conscience immédiate et la conscience réfléchie, car elle implique un retour sur soi-même. Dans la suite de cette partie, nous étudierons les critères philosophiques et scientifiques les plus fréquemment invoqués pour dire qu'un être a conscience de lui-même ou non.

i - Liens entre conscience de soi et rapport à la mort

D'un point de vue philosophique, pour avoir un droit à la vie, il faudrait avoir la capacité de se voir en tant qu'existant, ce qui impliquerait d'être capable de concevoir la mort. La capacité à concevoir la mort, justifierait la composante normative associée au concept de personne. Mais sur quoi repose la capacité à concevoir la mort ? Pour pouvoir appréhender la mort, il semble tout d'abord nécessaire d'avoir la capacité de se projeter dans le temps, d'établir une continuité dans le temps entre notre passé, notre présent et notre futur. Cette capacité fut longtemps niée aux animaux non humains, faisant de leur existence une existence de l'instant, comme la qualifiait Heidegger. Mais de nombreux travaux scientifiques ont depuis mis en évidence cette faculté de voyager dans le temps chez les mammifères et les oiseaux. (42) Des expériences sur la mémoire ont également été menées chez certains poissons. Culum Brown a par exemple travaillé sur la mémoire des poissons arcs-en-ciel (*Melanotoenia duboulayi*). (43) Après leur capture dans un cours d'eau, le chercheur les place dans trois aquariums différents pendant un mois. (43) Au bout d'un mois il prélève trois mâles et deux femelles au hasard et les place dans un bac contenant un filet. (43) Les poissons ne peuvent sortir du filet que par un trou de deux centimètres placé au bas du filet. (43) Après un temps d'habituation des poissons, il rabat rapidement le filet contre une extrémité du bac et le seul moyen pour les poissons de ne pas rester plaqués contre la paroi est de sortir par ce trou. (43) Cette expérience est réalisée à plusieurs reprises : la première fois les poissons se retrouvent tous plaqués entre la paroi et le filet, mais au bout de la cinquième fois tous les poissons ont réussi à trouver le passage dans le filet. (43) Il fait une pause de onze mois avant de recommencer l'expérience : cette fois tous les poissons trouvent l'issue du premier coup. (43) Brown en conclut que ces poissons ont une mémoire, comme ceci a été démontré chez les carpes (*Cyprinus carpio*) et les saumons (*Oncorhynchus nerka*). (43) Intervient également la familiarité avec les conditions de détention en aquarium, se traduisant par une diminution des signes de stress lors de l'expérience réalisée 11 mois plus tard. (43) L'intérêt du stress sur la mémoire et l'apprentissage a été également démontré chez d'autres espèces notamment les saumons (*Oncorhynchus nerka*). (43) En terme évolutif, la mémoire est un atout majeur : grâce à elle un individu pourra s'adapter d'autant plus facilement et rapidement à des problèmes équivalents à ceux rencontrés dans le passé. La capacité à « voyager dans le temps » est vraisemblablement nécessaire à envisager la mort d'autrui. Cynthia Moss rapporte le comportement d'un groupe d'éléphants observé dans

le parc national d'Amboseli au Kenya suite à la mort de l'un de leur membre : « rassemblés autour du cadavre de Tinia, ils l'effleurèrent doucement de la trompe et des pieds [...]. Lorsqu'ils parvenaient à ramasser un peu de terre, ils la répandaient sur le corps de Tinia. Trista, Tia et quelques autres s'éloignèrent pour aller casser des branches dans les buissons environnants puis ils les rapportèrent et les déposèrent sur le cadavre [...]. A la tombée du jour, ils l'avaient presque ensevelie sous la terre et les branchages. » (42) Le lendemain ils quittèrent les lieux, mais la mère de l'éléphante toucha le cadavre avec l'une de ses pattes arrière à plusieurs reprises avant de partir également. (42) Le fait de rester près d'un corps puis de s'en aller définitivement témoigne au minimum du lien établi entre un corps inerte, immobile, à l'odeur probablement putride et l'arrêt définitif de toute interaction possible avec l'individu. Elle implique une certaine compréhension du rapport au temps. Cette observation témoigne de la capacité des éléphants à comprendre l'arrêt de la vie d'un membre de leur groupe au moment où ils y sont confrontés. De plus en fonction des liens affectifs établis avec l'individu, sa disparition module de manière plus ou moins intense et plus ou moins longue leurs comportements.

Mais l'aptitude à voyager dans le temps est-elle à elle seule suffisante pour envisager sa mort ? Elle est vraisemblablement nécessaire pour envisager la mort d'autrui. Mais bien que nécessaire, elle ne serait pas suffisante pour que l'individu se conçoive lui-même comme mortel. Le langage conceptuel permet certainement d'aller plus loin dans les réflexions sur la mort car la diversité des mots employés dans le langage humain permet à un individu d'étayer sa pensée et d'affirmer l'unité et l'unicité d'un concept aussi vague que la mort. Selon Hegel les animaux non humains ne sauraient avoir un droit à la vie : « leur âme est possédée par leur corps ; mais ils n'ont aucun droit sur leur vie, car ils ne la veulent pas » (29). Dire que les animaux ne veulent pas leur vie, fait référence ici à l'incapacité des animaux non humains à concevoir leur mort car ils ne disposent pas de conscience et sont soumis à leurs instincts, et s'ils sont soumis à leurs instincts, ils n'ont donc pas de but, d'intérêts particuliers à rester en vie. (29) Dans *Traité des animaux* (1755), Condillac établit le lien entre l'absence de langage conceptuel et l'incapacité à concevoir la mort : « aucun ne se dirait voyant ses semblables privés de mouvement : " elles ont fini, je finirai comme elles " . [Les bêtes] n'ont donc aucune idée de la mort ; elles ne connaissent la vie que par sentiment ; elles meurent sans avoir prévu qu'elles pouvaient cesser d'être ». (29) Concevoir la mort reposerait donc sur le langage conceptuel c'est-à-dire « le mot, le langage nominal du mot, la voix qui nomme, et qui nomme la chose en tant que telle, telle qu'elle apparaît dans son être ». (8) Hegel différencie la mort des animaux non humains avec celle des êtres humains, en considérant que la mort des premiers est toujours un processus naturel tandis que la mort des seconds ne l'est pas nécessairement, en seraient la preuve les cas d'automutilation et de suicide. (29) L'automutilation et le suicide seraient des témoins de la capacité de l'être humain à suivre sa vie et son corps comme des choses étrangères dans la mesure où ce serait sa volonté. (29) Mais dire que l'automutilation et le suicide font uniquement appel à la volonté de l'individu, c'est mettre de côté le poids des facteurs externes à l'individu et le poids des facteurs internes à l'individu (maladie, douleur, génétique, etc.) pesant sur l'être et modulant nécessairement ses capacités de réflexion, sa perception du monde dans lequel il vit. L'individu dans sa détresse n'agit jamais en pleine possession de ses moyens quelle que soit l'impression qu'il a de décider de ce qui lui arrive. Pour bien comprendre cette ambivalence du soi-disant pouvoir de la volonté sur la mort, on peut réfléchir sur le cas de la peine de mort. La justification de la peine de mort fait écho à la pensée hégélienne à propos du

rapport entre l'être humain, sa volonté, la conscience de la mort et donc de la valeur de sa vie. La peine de mort devrait dissuader les êtres humains de tuer, ceux-ci ayant un intérêt à poursuivre leur existence, ayant conscience de l'irréversibilité de la mort et ayant la faculté de suivre leur propre volonté. Mais dans *Réflexions sur la guillotine* (1957), Camus condamne cette sanction radicale, la considérant comme inefficace et seulement source de détresse pour les détenus car ne tenant pas compte du paradoxe de la nature humaine : « L'instinct de vie, s'il est fondamental, ne l'est pas plus qu'un autre instinct dont ne parlent pas les psychologues d'école : l'instinct de mort, qui exige à certaines heures la destruction de soi-même et des autres. Il est probable que le désir de tuer coïncide souvent avec le désir de mourir soi-même ou de s'anéantir. L'instinct de conservation se trouve ainsi doublé, dans des proportions variables, par l'instinct de destruction. Ce dernier est le seul à pouvoir expliquer entièrement les nombreuses perversions qui, de l'alcoolisme à la drogue, mènent la personne à sa perte sans qu'elle puisse l'ignorer. L'homme désire vivre, mais il est vain d'espérer que ce désir règnera sur toutes ses actions. Il désire aussi n'être rien ». (44) De plus, les comportements d'autodestruction ne sont pas le propre de l'être humain. Il est actuellement reconnu que tout animal humain ou non humain, placé dans des situations qui vont à l'encontre du mode de vie de son espèce, voire même à l'encontre de sa propre manière (consciente ou inconsciente) de vivre sa vie, est susceptible de s'automutiler. Ceci est observé chez les animaux de rente, les animaux de compagnie, les animaux sauvages détenus en captivité, etc. Enfin, il ne faut pas négliger les cas où des animaux non humains se laissent dépérir suite à un événement traumatisant. Dans *Les chimpanzés et moi* (1971), Jane Goodall rapporte le cas de Flint, un chimpanzé (*Pan troglodytes*) de 8 ans et demi, qui cessa de se nourrir et d'interagir avec les autres membres de son groupe à la mort de sa mère Flo et qui dépérit en trois semaines. (45) L'éthologue souligne que leur relation était particulière, peu habituelle : Flo était âgée, elle avait continué de allaiter Flint bien au-delà de l'âge du sevrage, elle cédait à toutes ses demandes sans lui inculquer de véritables règles et elle le laissait monopoliser excessivement son attention sans le reprendre. (45) Dans ce cas, il semble légitime de postuler l'hypothèse selon laquelle ce comportement pourrait être la manifestation non humaine d'un deuil pathologique, secondaire à la compréhension définitive de la perte d'un être cher. Pour autant peut-on parler de suicide ? On peut se poser les mêmes questions dans le cas d'un être humain endeuillé. Dans la détresse, où et comment s'affirme la volonté ? L'individu non humain souffrant d'un deuil pathologique décide-t-il de se laisser dépérir ? Ou est-il complètement soumis à ses émotions ?

L'absence de langage conceptuel n'implique pas de fait que tous les animaux non humains ne comprennent rien à la mort lorsqu'ils y sont confrontés. La plupart des individus animaux sont capables de faire la différence entre autrui vivant et autrui qui ne vit pas. Pour autant la puissance du langage conceptuel humain pour appréhender la mort ne doit pas être niée. Elle permet certainement à l'être humain de penser la mort à travers la réalité, l'imaginaire, la morale, etc., comme en témoigne l'attrait pour la réflexion sur la mort dans des domaines aussi différents que la religion, la philosophie et les sciences. Elle pousse les scientifiques à poursuivre leurs recherches en physiologie pour mieux comprendre le temps de la fin de vie et le temps de la mort pour peut-être continuer de repousser son avènement. Réfléchir sur la mort, nous permet de chercher des réponses, des solutions, des explications, un sens, voir même un intérêt à la détresse dans laquelle la mort place les endeuillés. Mais toute cette énergie intellectuelle, émotionnelle et spirituelle, que l'être humain dépense pour concevoir et chercher un sens à sa propre mort, est-elle totalement détachée de sa nature d'être vivant ? Est-elle

totallement indépendante de ce que l'on appelle vulgairement « l'instinct de survie » ? La plupart des individus d'espèces non domestiques, vivant en captivité et relâchés ensuite dans la nature, ne survivent pas, incapables de se débrouiller seuls, d'anticiper le danger, de se trouver de la nourriture, de chasser, etc. Ce que l'on nomme « instinct », s'il est encadré par la génétique, est également soumis et modelé par l'expérience, l'apprentissage. L'« instinct de survie » est au minimum un témoin de la volonté de vivre et fait prendre conscience que sa propre existence est menacée, est en danger. Il est donc une des voies, en parallèle du langage, qui mène à la conscience de soi.

ii - Liens entre conscience de soi et langage

Le langage correspond à la « faculté ou l'aptitude à constituer un système de signes » (2). Il ne faut pas le confondre avec la langue ou la parole. La langue est « l'instrument de communication propre à une communauté humaine. Une langue est un ensemble institué et stable de symboles verbaux ou écrits propres à un corps social, et susceptible d'être bien ou mal traduit dans une autre langue » (2). La *Convention relative aux droits des personnes handicapées* (2006) élargit cette définition en incluant également les symboles non verbaux employés dans « la langue des signes et autres formes de langue non parlée ». (46) La parole quant à elle correspond à « l'acte individuel par lequel s'exerce la fonction linguistique » (2), c'est la faculté de s'exprimer par le langage articulé. Selon la tradition occidentale, le langage peut être divisé en deux types : le langage gestuel et le langage dit « humain ». (47) Le langage gestuel, aussi qualifié de langage « animal », est un ensemble de signes non verbaux remplissant une fonction de communication, mais aucune fonction de réflexion ou de pensée. (47) L'individu l'employant ne se révèle pas en tant qu'être pensant. (47) Le langage dit « humain » permet à l'être humain, en plus de communiquer, d'exprimer sa pensée. (47) Un lien de réciprocité est ainsi établi entre le langage « humain » et la pensée :

- sans pensée, ce langage ne saurait exister car nous serions incapables d'établir un système de signes (il faut penser le monde qui nous entoure pour le désigner ensuite par un mot)
- sans langage, la pensée ne saurait exister ni l'individu être conscient de lui-même. Pour appréhender cette hypothèse, on peut s'appuyer sur les réflexions de Derrida à propos du langage et de la pensée dans *L'animal que donc je suis* (2006). Selon Derrida un des deux critères qui distinguent ce qui est authentique de ce qui relève du mimétisme de l'automate est la capacité à répondre, cette capacité dépendant de la capacité à poser de vraies questions (c'est à dire des questions concernant le *logos*, la raison de l'être et de l'autre), elles-mêmes ne pouvant se faire qu'à travers le langage. (21)

Considérons tout d'abord l'hypothèse selon laquelle le langage gestuel serait indépendant de toute pensée. Est-il légitime de distinguer le langage dit animal du langage dit humain par une notion aussi vague et vaste que la pensée ? Ne serait-ce pas une conception réductrice du langage gestuel ? Frans de Waal relate les résultats de l'expérience suivante : « Quand les scientifiques tentaient de dérouter leurs sujets [humains] en collant un visage en colère sur un corps apeuré, et un visage apeuré sur un corps en colère, l'incongruité de la chose ralentissait le temps de réaction. Mais la posture corporelle l'emportait lorsqu'on demandait aux sujets de juger l'état émotionnel de la personne décrite. Apparemment, nous nous fions plus aux postures qu'aux expressions faciales ». (48) Or « [l]a façon dont notre corps – voix, humeur, posture, etc. – est influencé par les corps qui nous entourent reste un mystère de l'existence

humaine, mais qui soude des sociétés entières. C'est aussi l'un des phénomènes les plus sous-estimés, en particulier dans les disciplines qui voient dans les humains des décideurs rationnels ». (48) Dans cette expérience, le langage gestuel répond à la définition proposée plus haut, il est un moyen de communication chez les animaux humains et non humains ne faisant pas intervenir la pensée. Ce langage nous révèle aux autres en permanence : il peut être un révélateur indirect et non choisi d'un état mental, d'émotions, de souffrance physique, de stress, de sentiments d'affection, d'un état de bien-être, etc., d'un individu à un autre. Dans ces cas, l'émission de renseignements par l'individu et la perception de ceux-ci, voire la réponse à ceux-ci, ne font pas intervenir la pensée réfléchie.

Toutefois les travaux de la primatologue Sue Savage-Rumbaugh avec le bonobo (*Pan paniscus*) Kanzi permettent d'élargir le spectre d'action potentielle du langage gestuel. (42) La primatologue établit le contact avec Kanzi par la parole et non par la langue des signes comme d'autres primatologues pouvaient le faire et Kanzi lui répond par le langage corporel. (42) Sue Savage-Rumbaugh se rend compte que Kanzi comprend la structure logique de ses phrases, par exemple, la différence entre « fais mordre le serpent par le chien » et « fais mordre le chien par le serpent », et l'exprime par son langage corporel. (42) Or reproduire une phrase en geste témoigne de la compréhension des mots et de la structure des phrases d'autrui et donc du schéma de pensée d'autrui. De plus dans ce cas le langage corporel n'est pas employé par Kanzi seulement comme un moyen de communication, mais comme le témoin de la compréhension de la pensée d'autrui. Ainsi ce serait une vision réductrice que de considérer le langage gestuel comme étant toujours dépourvu de toute pensée. Il suffit de penser au nombre de fois où nous utilisons le langage gestuel avec intention dans notre vie de tous les jours. Nous pouvons penser à nos expériences avec d'autres êtres humains, mais également à nos interactions avec les animaux non humains. Par exemple, lorsqu'un chien veut sortir, il aura tendance à se placer entre la porte et son propriétaire et regarder fixement son propriétaire jusqu'à ce que celui-ci réagisse, ou bien agiter la queue lorsque le propriétaire lui demande s'il veut aller dehors, ou aboyer devant la porte, ou gratter la porte, etc., mais quoiqu'il en soit, tous ces gestes indiquent une intentionnalité propre répondant à l'envie d'aller dehors. Or il ne peut y avoir d'intention sans pensée et donc la pensée interviendrait dans le langage gestuel.

Ensuite, si le « langage gestuel » et le « langage animal » sont synonymes, que faire des « cris » et des manifestations vocales des animaux non humains ? Une équipe de chercheurs a établi un algorithme capable de classer 6000 aboiements enregistrés, et en a conclu que les aboiements ont un sens, dépendant du contexte et de l'individu : « L'aboiement pourrait donc recéler une richesse sémantique plus grande qu'on ne le croit habituellement. Il constituerait une adaptation au compagnonnage avec l'homme, pas seulement pour traduire un état affectif global, mais aussi en tant que protolangage ». (42) Le terme de « protolangage » ne doit pas ici être confondu avec la « parole » qui elle est nécessairement humaine car elle repose sur le langage articulé. (42) Il signifie simplement que les aboiements employés ont une signification précise et sont émis dans un but précis. (42) Le « protolangage » témoigne d'une intentionnalité de l'émetteur. D'autre part il a été démontré que les cris du singe vert (*Chlorocebus sabaues*), du macaque rhésus (*Macaca mulatta*), du macaque de Barbarie (*Macaca sylvanus*), du cercopithèque diane (*Cercopithecus diana*), du maki catta (*Lemur catta*), du suricate (*Suricata suricatta*), de la poule domestique (*Gallus gallus domesticus*), de la mésange à tête noire (*Poecile atricapillus*), etc., varient en fonction du type de prédateur qui risque de surprendre la

proie. (42) Concernant la mésange à tête noire, par exemple, la longueur du cri et le nombre de sonorité « dee » en fin d'appel sont associés au degré de risque face à un prédateur (à savoir s'il s'agit d'un gros ou d'un petit rapace), ce qui a pour effet de mobiliser plus ou moins d'oiseaux. (42) Ainsi, dans certaines situations, les manifestations vocales des animaux non humains sont le fruit d'un processus mental, sont adaptées à une situation et traduisent une intentionnalité, elles sont émises dans le but d'être entendues et comprises par d'autres congénères. Certains diront que les manifestations vocales face à un danger, même si elles indiquent le type de prédateur aux autres congénères, relèvent du domaine de l'instinct, mais nous verrons par la suite que le lien entre instinct et intentionnalité est bien plus mince qu'il n'y paraît, que ce soit pour les animaux non humains que pour les animaux humains (voir la partie I - B - b). On peut tout de même tout de suite rapporter l'observation suivante : lorsque des congénères voleurs approchent de leur réserve de nourriture, les singes verts (*Chlorocebus sabaues*) sont capables d'émettre des cris d'alerte annonçant la présence d'un léopard (*Panthera pardus*) pour les faire fuir. (42) C'est pourquoi il me semble que l'on puisse au minimum classer ces manifestations vocales et ces comportements dans le domaine de l'« autonomie motivationnelle » et donc le « langage gestuel » et le « langage dit humain » ne pourraient être séparés simplement en invoquant la pensée.

Enfin, la dernière question que l'on peut se poser est la suivante : le langage « humain » est-il nécessaire pour avoir conscience de soi ? La capacité à formuler le fameux « je pense » serait nécessaire pour être conscient de soi. Un tel lien établi entre langage et pensée repose sur une tradition cartésienne, comme évoqué précédemment. Mais il faut noter la différence entre utiliser le langage comme moyen pour démontrer qu'un individu est conscient de lui-même et considérer que le langage est nécessaire à l'acquisition de la conscience de soi. Il est évident qu'un être humain muet n'est pas considéré comme étant un être inconscient parce qu'il n'a pas la capacité de parler. De plus, le concept de soi a été démontré chez l'enfant de plus de 18 mois, alors que celui-ci ne possède pas le langage articulé. (32) Ceci s'explique par le fait que la conscience de soi n'est pas indépendante de l'anatomie et de la physiologie, comme on a pu le soutenir dans le passé, mais repose sur des organes également présents chez l'ensemble des mammifères et des oiseaux. (9) Chez ces animaux, les organes de la conscience sont le tronc cérébral, la formation réticulée ascendante, le thalamus, le cortex cérébral. (49) La formation réticulée présente des efférences ascendantes et des efférences descendantes. Une lésion au niveau de la formation réticulée ascendante conduit à une diminution de la conscience voir à un état de coma dans lequel la conscience disparaît. (49) A l'inverse, une lésion au niveau de la formation réticulée descendante peut conduire à une tétraparésie voir à une tétraplégie sans que la conscience de l'individu soit atteinte. (49) Par ailleurs, la place de la conscience émotionnelle dans la conscience de soi ne doit pas être niée ou négligée : « l'homme et d'autres animaux apportent la preuve de leur capacité de conscience émotionnelle à travers leur possibilité d'anticiper une douleur. De toute évidence, cette aptitude ne relève pas du simple tropisme, et elle semble impliquer une réelle conscience. » (42) Ceci est notamment dû à l'intervention du système limbique. (49) Les recherches dans le domaine des neurosciences, de la douleur, de la souffrance, du stress et de la résilience soulignent le rôle joué par ces facteurs dans l'affirmation ou l'effacement du soi. (50), (51) (Nous reviendrons sur ces différents facteurs plus en détail dans la partie II).

Si avoir conscience de soi peut se révéler de manière flagrante, car proche de la représentation de la conscience de soi que se fait l'être humain, au travers par exemple des signatures ultrasonores individuelles chez les dauphins, elle ne se réduit pas. La conscience de son propre corps, de ce qu'il peut subir et de ce qu'il subit, en est une manifestation également, une manifestation tellement évidente qu'on a tendance à l'oublier alors même que celle-ci est la plus à même d'assurer la survie de cet être conscient.

iii - Confrontation de la conscience de soi à la science

Scientifiquement, la conscience de soi réfléchie, c'est-à-dire la capacité à se voir soi-même comme percevant, est évaluée à travers le test du miroir. Le test du miroir, mis au point en 1970 par Gordon G. Gallup, consiste à mettre une tache sur une portion du corps d'un animal et à regarder les réactions de l'animal vis-à-vis de cette tache face à un miroir. (52) Si l'animal adopte une attitude comme si son reflet était un autre animal ou s'il ne cherche pas à s'enlever cette tache, le résultat est négatif ; si au contraire en voyant sa tache sur le miroir il s'inspecte et cherche à se l'enlever alors le résultat est positif. (52) Cette expérience permettrait de mettre en évidence si un individu a conscience de lui-même ou non à partir de l'hypothèse suivante : « si la conscience de soi est la capacité à devenir l'objet de sa propre attention, alors les miroirs peuvent mesurer et objectiver cette capacité » (52). Les animaux ayant répondu positivement à ce test sont les humains (*Homo Sapiens*) (9), les orangs-outans (*Pongo spp.*) (9), les chimpanzés (*Pan troglodytes*) (9), les bonobos (*Pan paniscus*), certains cétacés (9), les éléphants d'Asie (*Elephas spp.*) (9), les pies bavardes (*Pica Pica*) (9), le labre nettoyeur (*Labroides dimidiatus*) (52), etc. Toutefois l'obtention d'un résultat négatif est-il réellement interprétable en tant que preuve de l'absence de conscience de soi ? Ce qu'un miroir renvoie c'est uniquement un reflet du corps de l'individu. Ainsi, lorsqu'un individu échoue au test du miroir, cela signifie avant tout qu'il ne comprend pas la notion de reflet (6). Même lorsqu'un animal, humain ou non humain, attaque, invite au jeu ou prend peur de son reflet, il montre que précisément « il croit que le reflet est *un autre* individu – *et non lui-même*. Cela prouve qu'il comprend qu'il est distinct des autres. Cela démontre l'existence d'un concept de soi ». (6) Le soi s'exprime alors de manière indirecte, mais affirme tout de même son existence par la confrontation à l'autre, par la distinction du « soi » et du « non soi ». Et si on conclut qu'un animal non humain qui ne réagit pas du tout au test du miroir, qui reste « placide » face à son image, n'a pas conscience de soi, il faudra aussi conclure que tous les êtres humains qui ne répondent pas au test du miroir n'ont pas conscience d'eux-mêmes. En effet dans les pays où les miroirs sont très présents, les enfants âgés de plus de 18 mois (voire encore plus jeunes) obtiennent un résultat positif au test du miroir, alors que les enfants entre 18 mois et six ans vivant dans des cultures sans miroir, obtiennent un résultat négatif. (52) De même, si le test du miroir devait révéler les êtres conscients d'eux-mêmes ou non, on devrait aussi affirmer que les aveugles, certains malades atteints d'Alzheimer, certains autistes, et certains schizophrènes etc., ne seraient pas conscients d'eux-mêmes (52), ce qui est faux. De nombreux paramètres entrent en compte dans la réponse au test du miroir : l'importance accordée aux informations visuelles par l'individu, le champ visuel, l'acuité visuelle, la compréhension de ce qu'est un reflet, et pourquoi pas le narcissisme, etc. Les interprétations qui peuvent être faites de ce test sont :

- face à un test positif, on peut dire que l'individu a une conscience de soi réfléchie.
- face à un test négatif, si l'animal n'a aucune réaction on ne peut rien en conclure ; si l'animal s'agite, a une réaction on peut dire que l'individu a une conscience immédiate, mais

on ne peut pas en déduire qu'il a ou non une conscience de soi réfléchie. Frans de Waal souligne l'importance de ne pas faire une interprétation hâtive d'un résultat négatif : si des animaux obtiennent un résultat négatif à ce test, « [c]ela ne veut pas dire qu'ils restent sans réaction devant les miroirs ou n'ont aucune conscience d'eux-mêmes. Ils en ont forcément une. Aucun animal ne s'en sortirait sans elle. Un animal, quel qu'il soit, doit pouvoir distinguer son corps de ce qui l'entoure et avoir conscience de ce qu'il fait. Un singe dans un arbre sait forcément comment son corps atterrira sur la branche inférieure qu'il vise ». (48) Sans quoi l'expérience n'influerait pas sur le taux de réussite de l'acte.

Dans la conception lockéenne de la personne, est-ce la conscience de soi immédiate ou la conscience de soi réfléchie qui est impliquée ? Rowlands rappelle les différents points faisant d'un individu une personne selon Locke : « [i]l y a d'abord l'acte intentionnel – *considérer*, que nous pouvons comprendre comme un type de pensée ou de reconnaissance. Il y a, deuxièmement, l'objet de l'acte – *lui-même*. Et il y a, troisièmement, le mode de présentation de cet objet : *la même chose pensante* ». (53) Pour prétendre au statut de personne, l'individu conscient doit prétendre à l'unité de son être : « nous avons besoin d'un moyen de lier une vie mentale en un tout unifié ». (53) Il est évident que la conscience de soi réfléchie assure cette unité de l'être soit parce qu'elle permet à l'individu de se voir soi-même comme percevant, soit par la métacognition. La métacognition correspond à la « cognition de la cognition » c'est-à-dire à la capacité à savoir que nous savons. (42) L'individu a des pensées et par la métacognition il a conscience de ses propres pensées, il peut dire que ses pensées lui appartiennent. (53) Est-ce également le cas de la conscience immédiate qui, rappelons-le, correspond à la capacité d'établir une relation au monde, d'avoir conscience des objets qui nous entourent, de percevoir et de réagir à ce monde ? Lorsque nous changeons d'angle de vue sur un objet en nous déplaçant à droite ou à gauche, en nous rapprochant ou en nous éloignant de lui, bien que celui-ci change d'aspect à nos yeux, nous, les animaux humains et non humains, ne considérons pas que cet objet est un objet différent. Ceci peut s'expliquer par le fait que « la perception pour l'action est la perception du monde par les diverses possibilités qu'elle offre pour l'action [...]. C'est la conscience pré-réfléchie de mon objectif : je suis conscient de mon objectif de manière pré-réfléchie en vertu du fait que certaines caractéristiques du monde plutôt que d'autres sont les objets de mon acte conscient de voir ». (53) Cette conscience pré-réfléchie, implicite, assure donc également l'unité de l'être, sans qu'intervienne la conscience réfléchie, « l'unité d'une vie mentale n'est pas quelque chose de séparé de cette vie » (53). Ainsi d'après cette approche de la personne, tout animal, humain ou non humain, capable de conscience de soi immédiate pré-réfléchie ou d'une conscience réfléchie est une personne.

b) La volonté et le raisonnement humain contre l'instinct animal

Au XVIIIème siècle, Bouyer de Fontenelle définit l'instinct comme « quelque chose de surajouté à ma raison et qui produit un effet avantageux pour la conservation de mon être ; quelque chose que je fais sans savoir pourquoi et qui m'est cependant très utile » (29). Si l'instinct est purement mécanique et ne laisse pas de place à l'imprévu, à l'inverse ce qui caractérise la raison « c'est l'incertitude, le doute, l'hésitation, la délibération » (29). Au XXème siècle, Merleau-Ponty considère que l'instinct permettrait aux animaux non humains de s'adapter favorablement à une situation parce que tout stimulus déclencheur « n'agit qu'en actualisant un certain style de conduite. Il n'est pas cause, mais évocateur d'un comportement

donné. C'est dire qu'il y a un caractère onirique, sacré et absolu de l'instinct, comme si l'animal voulait et en même temps ne voulait pas son objet. L'instinct est à la fois en lui-même et tourné vers l'objet, c'est à la fois une inertie et une conduite hallucinatoire, onirique, capable de faire un monde et de s'accrocher à n'importe quel objet du monde ». (29) Cette conception de l'instinct aboutit à la négation de toute forme d'intelligence propre à l'individu animal non humain. Ses comportements et ses actes sont des phénomènes purement mécaniques reposant sur la génétique de l'espèce. Et tout comportement individuel s'éloignant du comportement décrit comme étant la norme de l'espèce est mis de côté, consciemment ou inconsciemment, considéré comme insignifiant ou comme relevant de l'erreur.

Le « faux évolutionnisme » consiste en la distinction « entre deux sortes d'histoires : une histoire progressive, acquisitive, qui accumule les trouvailles et les inventions pour construire de grandes civilisations, et une autre histoire, peut-être également active et mettant en œuvre autant de talents, mais où manquerait le don synthétique qui est le privilège de la première ». (54) Lévi-Strauss emploie ce terme pour dénoncer la négation des cultures autres que la culture européenne, cultures qualifiées de « primitives » car considérées comme n'ayant pas évolué depuis leur création par les premiers êtres humains ayant peuplé la terre. Alors que ces cultures stagneraient, la culture européenne évoluerait sans s'arrêter, se rapprochant peu à peu de la culture idéale. (54) Bien que l'espèce soit un fait biologique, alors que la race n'en est rien, il est des cas où lorsque l'être humain cherche à étudier l'intelligence animale non humaine, il s'éloigne de la « théorie de l'évolution » pour tomber dans une forme de « faux évolutionnisme ». C'est le cas lorsque les chercheurs comparent les capacités cognitives des animaux non humains à partir de la même grille d'évaluation que celle employée pour évaluer un être humain et en déduisent ensuite en âge mental ou un QI par rapport à l'être humain. Ceci repose sur l'idée que si l'être humain n'est pas le seul animal à posséder certaines caractéristiques, il est celui dans lequel se révèle leur aboutissement. Or cela présuppose « que l'on puisse leur attribuer, de façon linéaire, une position dans une évaluation universelle de l'intelligence » à l'aune de ce que nous pensons savoir de la nôtre, mais ceci ne peut être une attitude scientifique raisonnable, car « l'évolution n'a rien ou pas grand-chose à voir avec cette vision d'une échelle menant vers l'homme conçu comme l'aboutissement de l'histoire de la vie. » (42) Ce modèle est nécessairement faux car pour des raisons physiques, biologiques, et écologiques il n'est pas possible qu'un modèle de perfection parmi les vivants existe : « S'il existait un modèle de perfection dans la nature, doué d'une absolue supériorité en tous domaines, il se serait imposé à tous, par le moyen de la sélection naturelle. En fait, les circonstances font qu'une multitude de possibilités conviennent. Toutes présentent des avantages et des inconvénients ». (42) Le registre cognitif existe et s'exprime « en rapport avec les conditions et contraintes de notre existence ». (42)

Considérer que l'animal non humain répondrait à son instinct dans tous ses actes alors que tous les actes de l'être humain seraient le fruit de la raison relève-t-il également d'une forme de « faux évolutionnisme » ? Selon James Gould, les animaux non humains répondent à une situation soit en suivant leur instinct soit par raisonnement. Pour déterminer si une action relève de l'une ou de l'autre, il s'appuie sur l'affirmation suivante : « On ne peut attribuer une pensée à un animal que si l'on a d'abord vérifié que le comportement par lequel s'exprime cette pensée potentielle n'est ni instinctif ni engendré par un comportement inné ». (42) Mais est-il si simple de dissocier le savoir raisonné du savoir instinctif ? La réponse est négative. Par exemple si l'on

confronte un spécialiste et un individu novice à un problème relevant du domaine du spécialiste, le premier résoudra ce problème beaucoup plus rapidement que le second parce qu'étant habitué à ce type d'exercice, il dispose d'une procédure accélérée lui permettant de trouver la solution sans refaire l'ensemble du raisonnement contrairement à l'individu novice. (42) L'automatisme du savoir du spécialiste repose sur une connaissance profonde. Robert A. Rescorla considère que « le conditionnement pavlovien n'est pas un processus stupide » (42), car il souligne la capacité d'un individu à établir des liens logiques. Or si l'instinct est une réponse automatique, « [s]ans doute ne s'agit-il pas d'autre chose que de la mise en place d'un système de connexions sélectionnant la réponse la plus opportune ». (42) L'instinct ne peut-être quelque chose d'immatériel qui assurerait tel un ange gardien la survie d'un animal. Il doit reposer sur des structures anatomiques, notamment des câblages neuronaux, et un fonctionnement physiologique assurant ainsi un certain savoir permettant une réponse adaptée à une situation attendue. A titre d'exemple, on peut citer la chasse chez toutes les espèces prédatrices, mais également le langage chez l'être humain. Certains linguistes considèrent le langage comme instinctif chez l'être humain, mais ils reconnaissent dans le même temps que son acquisition nécessite un apprentissage conscient, dans le sens où il repose sur l'interaction avec un autre être humain pour s'acquérir : « La programmation génétique ne conduira pas nécessairement à ce que le comportement en question se produise de façon automatique, elle signifie plutôt qu'il s'intègre dans un répertoire qui en comprend bien d'autres. La logique voudrait qu'il en aille de même pour toutes les marques d'intelligence humaine : pour qu'elles se traduisent par des faits, des déterminants génétiques doivent les rendre possibles. Leur activation actualisera ou non, en fonction du contexte, la séquence comportementale en question ». (42)

L'animal, humain et non humain, se construit et s'affirme de manière instinctive et de manière raisonnée. D'un côté chaque génome est différent et cette différence de génome ne saurait épargner la mise en place du système nerveux « le système nerveux n'est qu'un outil pour créer une image du monde. Ce monde subjectif est notre esprit. De même, le comportement animal ne doit pas être considéré comme un affleurement d'expériences intérieures ou de forces motrices à l'intérieur de l'animal, mais comme le tissu de significations qui sont projetées dans le monde extérieur par l'animal » (55) et d'un autre côté le contexte social et environnemental joue aussi son rôle dans la modification ou la rupture ou le renforcement de circuits neuronaux préétablis, formant un être unique. (55) Un exemple célèbre, est celui de la troupe de macaques japonais (*Macaca fuscata*) de l'île de Kojima. (56) Après qu'une jeune femelle a nettoyé ses patates douces dans la mer, ce qu'aucun ne faisait auparavant, tous les membres de la troupe exceptés les vieux mâles se sont mis à le faire. (56) Par l'intermédiaire de l'imitation, ce comportement acquis par un individu s'est transmis aux autres membres du groupe, et est devenu petit à petit « une habitude collective qui continue à se transmettre après la mort de l'individu qui l'a acquise pour la première fois ». (56) Cet exemple témoigne de la difficulté de distinguer un comportement inné, d'un comportement acquis (résultat d'une « socialisation ») et ce notamment lorsque que les animaux vivent en groupes sociaux permanents et adaptent leur comportement à cela. (56) Lévi-Strauss écrivait : « Le hasard existe sans doute mais ne donne par lui-même aucun résultat ». (54) Les différences individuelles ne sont « ni des erreurs de la nature ni des artefacts, mais un élément tangible du jeu social, conservé [ou non] au cours de l'évolution des espèces et tout au long de la vie de l'individu ». (42) Ainsi toute personne, même humaine, ne peut pas être uniquement un être de réflexion, ou se vanter d'être dépourvue de tout instinct.

3) L'agentivité supérieure

La philosophie occidentale fut fortement influencée par le stoïcisme, courant de pensée selon lequel les êtres humains possèdent une dignité certaine en vertu de leurs capacités rationnelles, cette dignité impliquant plus de respect que tout autre chose. (57) Avec Kant l'importance de la « conscience morale » est réaffirmée et prend le sens qui lui est actuellement accordé, à savoir être à la fois son propre législateur (c'est-à-dire être autonome), son propre juge (c'est-à-dire rechercher ses motivations et ses intentions) et son propre gouvernement (c'est-à-dire assumer les conséquences de ses actes). En effet, s'inspirant de Rousseau, Kant affirme que la raison a une destination pratique (et non théorique) en inscrivant en nous une exigence qui nous révèle la dignité de l'être humain. (14) La personne se définit alors comme un être autonome à vocation d'agir dans un sens moral. (14) Elle est le seul être qui peut prétendre à être libre, car elle a la capacité à prendre une décision par volonté raisonnable, c'est-à-dire fondée sur la connaissance et la volonté qui prescrit de faire ce qui est bon. (14) Parce que la personne a la capacité de se donner sa propre loi, la voie morale est en elle et, si elle choisit de répondre à cette exigence, alors elle devient libre. (14) La morale indique donc à l'être humain sa tâche fondamentale : faire advenir en nous et hors de nous, les conditions grâce auxquelles nous serons dignes d'être nommés humains et non pas seulement des animaux perfectionnés ou des machines particulièrement sophistiquées. (14) L'horizon de l'espèce humaine, c'est la dignité de la personnalité : « Toute chose a un prix ; seul l'homme, considéré comme personne, c'est-à-dire comme sujet d'une raison moralement pratique, est élevé au-dessus de tout prix ; car, en tant que tel (*Homo noumenon*), il est à estimer non pas simplement comme moyen en vue des fins d'autrui, ni même de ses propres fins, mais comme fin en soi, c'est-à-dire qu'il possède une dignité (une valeur interne absolue), par laquelle il force à son égard le respect de tous les autres êtres mondains rationnels ». (14) Mais l'autonomie ne se limite pas à accorder la dignité à l'être humain, elle fait de lui le « seigneur de la nature ». (29) Ainsi alors que les personnes ont des devoirs directs entre elles : « Agis de telle sorte que tu traites l'humanité aussi bien dans ta personne que dans la personne de tout autre toujours en même temps comme une fin et jamais simplement comme un moyen » (29), elles ont par contre des devoirs indirects vis-à-vis des animaux non humains : « Nos devoirs envers les animaux ne sont que des devoirs indirects envers l'humanité. Ainsi, si un chien a servi longtemps et fidèlement son maître, son service, sur l'analogie du service humain, mérite une récompense, et quand le chien est devenu trop vieux pour servir, son maître doit le garder jusqu'à sa mort. Une telle action contribue à nous soutenir dans nos devoirs envers les êtres humains, envers qui ce sont des devoirs impérieux ». (58) Sur cette base kantienne, Carl Cohen, bien que reconnaissant l'individualité aux animaux non humains, leur nie toute possibilité d'avoir une personnalité : « Les animaux peuvent être considérés comme des individus au sens ontologique (les animaux sont des êtres individuels), mais pas au sens moral. La personnalité est un terme normatif qui implique la notion kantienne d' " être une fin en soi " ». (8)

Mais le 15 octobre 1978 à Paris, *La Déclaration universelle des droits de l'animal* sur la base d'une réflexion philosophique et scientifique internationale nomme les droits moraux qui devraient être reconnus aux animaux non humains et les principes généraux d'une éthique applicable, au niveau mondial, aux conduites de l'homme à l'égard de la vie animale. (59) A l'article 1, il est mentionné que « tous les animaux ont des droits égaux à l'existence dans le cadre des équilibres biologiques », c'est-à-dire que « toutes les espèces ont le droit fondamental de vivre sur la planète et de ne pas être définitivement rayées de la Terre par la faute de

l'homme. » (59) L'article 2 reconnaît le droit au respect à toute vie animale. (59) Tout animal au travers de cette déclaration est considéré comme une fin en soi, remettant en cause l'administration kantienne des vies animales non humaine.

a) La raison kantienne, une raison de l'idéal

Dans la tradition aristotélicienne, « [e]st en effet esclave par nature celui qui est destiné à être à un autre (et c'est pourquoi il est à un autre) et qui n'a la raison en partage que dans la mesure où il la perçoit chez les autres mais ne la possède pas lui-même. Quant aux autres animaux, ils ne perçoivent même pas la raison, mais sont asservis à leurs impressions. Mais dans l'utilisation, il y a peu de différences : l'aide physique en vue d'accomplir les tâches nécessaires, on la demande aux deux, esclaves et animaux domestiques. » (29) Le fait de « percevoir » la raison n'est pas suffisant, il faut pouvoir l'exercer pour être considéré comme un homme libre. Dès lors que ce passe-t-il si un être humain n'utilise pas la raison pour conduire sa vie, ne cherche pas à être vertueux et sombre dans l'immoralité ? Considérons le cas d'un être humain ayant tué un autre être humain en dehors d'un contexte de légitime défense, ou sous l'emprise de stupéfiant ou d'alcool. Puisqu'il se conduit de manière immorale, puisqu'il n'obéit pas à la raison, que devient son droit à la vie, que devient le respect de ses droits fondamentaux ?

La peine capitale est défendue sur la base de l'immoralité intrinsèque du criminel qui agit. La certitude de sa mort remplaçant l'incertitude de l'absence de récidive. (60) La peine de mort dans sa radicalité présuppose que cet être humain en commettant ce meurtre, renonce à sa raison au moment où il commet le meurtre et pour toujours. Implicitement la peine de mort dit « qu'il existe des hommes totalement coupables, c'est-à-dire des hommes totalement responsables de leurs actes ». (60) L'homme ou la femme libre en tuant se retrouve vis-à-vis de la raison au même niveau que l'esclave, ainsi se trouve-t-il peu de différence entre la mise à mort d'un criminel, d'un esclave et d'un animal non humain. Même Diderot, philosophe des lumières et fervent défenseur de la dissection et de l'apprentissage de l'anatomie, en vient sur la base de l'immoralité du condamné à invoquer la dissection d'un criminel, qui en permettant de sauver d'autres par les connaissances acquises à partir de son corps, en viendrait en quelque sorte à racheter sa peine : « Qu'est-ce que l'humanité ? sinon une disposition habituelle de cœur à employer nos facultés à l'avantage du genre humain. Cela supposé, qu'a d'inhumain la dissection d'un méchant ? Puisque vous donnez le nom d'inhumain au méchant qu'on dissèque, parce qu'il a tourné contre ses semblables des facultés qu'il devait employer à leur avantage, comment appellerez-vous l'Erasistrate, qui surmontant sa répugnance en faveur du genre humain, cherche dans les entrailles du criminel des lumières utiles ? Quelle différence mettez-vous entre délivrer de la pierre un honnête homme, et disséquer un méchant ? L'appareil est le même de part et d'autre. Mais ce n'est pas dans l'appareil des actions, c'est dans leur objet, c'est dans leurs suites, qu'il faut prendre les notions véritables des vices et des vertus ». (61) Ainsi selon le philosophe, la cruauté de l'acte de mise à mort se substituerait en « pénitence » pour le condamné (29) et en acte rationnel voire raisonnable pour le philosophe et la société car elle apporterait des connaissances scientifiques directes et précises à propos de l'être humain à partir d'un corps qui a renoncé à sa moralité et donc à son humanité et à sa personnalité. (29) Mais les justifications en faveur de la peine de mort et de la dissection de criminels sont-elles véritablement légitimes ? Chaque être humain dans sa vie est susceptible de faire du mal et

comme l'écrit Albert Camus, « [l']instinct de conservation des sociétés, et donc des individus, exige [...] que la responsabilité individuelle soit postulée. Il faut l'accepter, sans rêver d'une indulgence absolue qui coïnciderait avec la mort de toute société. Mais le même raisonnement doit nous amener à conclure qu'il n'existe jamais de responsabilité totale ni, par conséquent, de châtiement ou de récompense absolus. Personne ne peut être récompensé définitivement, même pas les prix Nobel. Mais personne ne devrait être châtié absolument, s'il est estimé coupable ». (44) Personne ne peut prétendre agir toujours de manière juste, personne n'est donc absolument innocent, or « [s]ans innocence absolue, il n'est point de juge suprême ». (44) Ainsi ni un criminel, ni un système judiciaire ne peut légitimement condamner un être humain à mort. La reconnaissance du droit à la vie est nécessaire au possible exercice d'une vie morale : sans le droit de vivre, « la vie morale est strictement impossible ». (44)

Enfin la personne morale définie par Kant ne relève-t-elle pas d'un idéal ? Peut-elle être une entité pratique ? L'autonomie selon Kant est ce qui caractérise la personne. Or en tant qu'êtres humains, il n'est pas évident que nous possédions tous « une nature rationnelle, et certainement pas dans la même mesure ». (57) Dès lors « si le statut de personne peut uniquement être attribué à des individus capables de mener des réflexions rationnelles et de respecter consciemment les principes qui en découlent, il ne peut répondre qu'à des critères fluctuants selon les individus et selon les étapes de la vie de chaque individu ». (62) Dans une communauté morale reposant sur les fondements kantien, que faire des individus qui n'ont pas ou ont perdu leur capacité d'autonomie ? De plus, la faculté à délibérer étant une « capacité fragile que les humains possèdent à des degrés divers et à différents moments de leur vie » (62), la personne serait une entité fluctuante au cours du temps. Dès lors il devient de plus en plus difficile de concevoir la personne comme une entité pratique, une entité définissable. Kant le reconnaît dans *La Religion dans les limites de la simple raison* (1793), « ce n'est pas l'humanité de l'homme qui fait sa personnalité. » (63) La personnalité morale « n'est ainsi rien d'autre que la liberté d'un être rationnel sous des lois morales [...], d'où il suit qu'une personne n'est soumise à aucune autre loi que celles qu'elle se donne à elle-même (soit seule, soit au moins en même temps que d'autres) » (14), ainsi la personne « ne désigne pas la substance individuelle d'une nature rationnelle » (14), mais le « sujet d'une raison moralement pratique ». (14) On voit donc mal comment on pourrait bâtir une réflexion éthique à partir d'une conception de la personne aussi impalpable, idéale, et éloignée de la réalité biologique du vivant, et donc de la vie pratique, de la véritable vie d'animal humain.

b) La raison pratique naissant de l'empathie et du jeu

Kittay rejette « l'idée que des capacités psychologiques intrinsèques telles que la rationalité et l'autonomie sont des conditions préalables aux revendications de justice, à une bonne qualité de vie et à la considération morale de la personne - c'est-à-dire que ces capacités sont la principale qualification pour l'appartenance à un groupe moral. » (64) Si elle reconnaît que ces capacités sont utiles pour faire partie d'une communauté morale, elle ne voit pas pourquoi elles seraient nécessaires pour faire partie de cette communauté morale et en quoi leur absence pourrait justifier l'exclusion de cette communauté. (64) Car tout comme ces capacités sont utiles à la vie sociale et morale, d'autres le sont également « comme donner des soins et répondre de manière appropriée aux soins, à l'empathie et aux sentiments secondaires ». (64) Si les capacités psychologiques « supérieures » étaient nécessaires à la vie sociale, très peu

d'animaux, humains et non humains, pourraient former des groupes stables d'individus. Ces groupes seraient des assemblages d'individus qui vivraient ensemble dans un désordre égoïste, chacun cherchant à assouvir ses pulsions sans prêter véritablement attention aux autres. La loi du plus fort serait en vigueur. Or, si l'on regarde les groupes d'animaux sociaux, cela ne semble pas être l'attitude qui semble dominer : par exemple les cachalots (*Physeter macrocephalus*) (6), les mustangs (*Equus caballus*) (48) et les bœufs musqués (*Ovibos moschatus*) (6) se rassemblent en cercle autour des plus jeunes face à un danger. Frans de Waal rappelle que « beaucoup d'animaux survivent non pas en s'éliminant les uns des autres, mais en coopérant et en partageant ». (48) Et tout comme pour d'autres mammifères, « tout cycle de vie humaine comporte des stades pendant lesquels nous dépendons d'autrui (quand nous sommes jeunes, vieux ou malades) et d'autres où cet autrui dépend de nous (quand nous prenons soin des jeunes, des vieux ou des malades) » (48), ainsi la vie sociale semble bien découler « avant tout de la sécurité » plutôt que de la « création délibérée d'hommes autonomes ». (48) Mais quelles seraient alors les autres sources de la moralité expliquant de tels comportements chez les animaux humains et non humains ?

L'empathie « nous attire irrésistiblement dans la situation d'autrui » (48), elle correspond à la capacité de saisir autrui de l'intérieur. (48) L'empathie permet à un individu de partager les souffrances et les plaisirs d'un autre. (48) Or en ressentant la situation dans laquelle se trouve autrui, l'individu empathique est d'autant plus susceptible d'éprouver le besoin de lui venir en aide et d'agir de manière d'autant plus appropriée à son besoin qu'il s'identifie intimement à lui. (48) Et ce « ciment » est « le même pour nous, humains, que pour de nombreux autres animaux. Être en harmonie avec autrui, coordonner des activités et s'occuper des démunis n'est pas le propre de notre espèce. L'empathie humaine s'appuie donc sur une longue histoire évolutionniste ». (48) Nombre d'espèces animales sont capables d'empathie, notamment chez les mammifères. (48) Mais ce comportement moral observé qu'est l'entraide relève-t-il d'une réelle intention morale ? (42) Cette question ne se réduit pas au seul cas des animaux non humains. Même si nous pouvons avoir accès au sentiment de l'autre par le langage, « nous ne savons pas pour autant ce qui se passe dans son cerveau, et, même lorsque les techniques modernes d'imagerie cérébrale nous en offrent la possibilité, cela ne nous en dit pas beaucoup sur le caractère désintéressé du remords ou de la compassion ». (42) Et quand bien même je réconforterais un ami pour le faire cesser de pleurer, parce que la perception de sa détresse me fait souffrir, mu par un altruisme autoprotecteur, il n'en découlerait « pas que les humains ou les animaux ne s'entraident [toujours] que par égoïsme [...]. Ainsi l'homme qui bondit sur la voie ferrée pour protéger un inconnu, le chien qui s'expose à des blessures considérables en s'interposant entre un enfant et un serpent à sonnette, ou encore les dauphins qui forment un cordon de protection autour des nageurs humains dans une eau infestée de requins. On imagine mal que ces acteurs recherchent une rétribution future. De même que l'activité sexuelle ne vise pas nécessairement à la reproduction [...], l'aide apportée à autrui n'exige pas que l'acteur sache, quand et comment il en tirera profit ». (48)

Le jeu, largement répandu dans le monde animal (chez les mammifères, les oiseaux, les poissons, les reptiles, etc.) (65) a une valeur « pédagogique ». Pour pouvoir parler de jeu, il faut que ces cinq critères soient respectés : l'action doit être « (1) incomplètement fonctionnelle dans le contexte exprimé ; (2) volontaire, agréable ou gratifiante ; (3) différente structurellement ou temporellement des systèmes de comportement sérieux apparentés ; (4) exprimée à plusieurs

reprises pendant au moins une partie de la durée de vie d'un animal ; et (5) initiée dans des situations sans danger ». (65) Bekoff explique que le jeu repose toujours sur quatre règles : demander avant d'agir, être honnête, suivre les règles et admettre lorsque l'on se trompe. (65) Si un individu souhaite trouver quelqu'un avec qui jouer, l'interaction doit être équitable, il doit ensuite tout au long du jeu assurer que même s'il en donne l'impression, il ne souhaite pas vraiment se battre, « que ses mimiques belliqueuses ne doivent pas être prises au sérieux ». (42) Chez les canidés, il a été observé que ceux qui ne respectaient pas les règles du jeu, notamment en cherchant à dominer les autres, recevaient par la suite moins d'invitations au jeu et leurs invitations se voyaient plus souvent rejetées. (65) Ainsi « lorsque les règles du jeu sont violées et lorsque l'équité est rompue, le jeu aussi » (65) et c'est pourquoi le jeu semble être un moyen d'inculquer l'impartialité et l'équité en même temps d'initier les petits au monde des adultes. (42) Le jeu apprend aux individus à faire la confiance et à donner leur confiance.

Ainsi tout comme la raison, le sentiment d'empathie et le jeu ouvrent la voie à la moralité. La vision selon laquelle il existerait un mur entre le monde de la raison morale et le monde des sentiments est petit à petit remise en question au vu des données scientifiques et sociologiques. D'une part certains enfants, singes et canidés en carence affective cessent d'éprouver de l'empathie : ainsi « en dépit de l'équipement génétique qui est le nôtre, s'il n'existe autour de soi aucune niche sensorielle et affective, nous ne développerons rien de nos promesses génétiques » (26) et donc de notre moralité. A l'inverse en recréant une bulle affective autour des enfants, soit par le biais de liens humains, soit par le biais de liens avec des animaux non humains, ils redeviennent capables de faire preuve d'empathie : « le fait d'avoir éprouvé un lien d'attachement avec un autre être vivant met en place une sorte de " morale " qui le conduit à éprouver un sentiment de devoir l'obligeant à ne plus pouvoir tout se permettre ». (26) D'autre part, l'empathie peut peut-être expliquer pourquoi « si je suis obligé de ne faire aucun mal à mon semblable, c'est moins parce qu'il est un être raisonnable, que parce qu'il est un être sensible ». (15) Cette partie ne doit pas conduire à penser qu'il faille « renoncer complètement à la rationalité et à l'autonomie » (64), mais plutôt à penser que d'autres voies existent et mènent à la moralité. De plus, ces autres voies possibles témoignent que le fait « qu'un individu possède ou non un ensemble de propriétés intrinsèques n'est pas suffisant pour déterminer si cet individu peut ou non avoir une vie morale et faire partie d'une communauté morale ». (64)

4) Les limites de l'approche monadique du concept de personne

L'approche cognitive de la personne peut reposer sur le modèle perfectionniste à partir duquel la personne se définit sur la base d'un seul critère ou sur le modèle en grappe dans lequel la personne est définie par l'association de plusieurs critères. (8) Les critères cognitivistes invoqués sont notamment les suivants : « intelligence minimale, conscience de soi, maîtrise de soi, sens du temps, sens de l'avenir, sens du passé, capacité d'entrer en relation avec les autres, souci des autres, communication, contrôle de l'existence, curiosité, changement et évolutivité, équilibre entre rationalité et sentiment, idiosyncrasie et fonctionnement néocortical » etc. (8)

Premièrement, concernant les deux modèles, nous avons vu que ces capacités sont difficiles à évaluer en pratique. Mettre en évidence l'existence du « sens de l'avenir », de l'« équilibre entre rationalité et sentiment » etc., relève bien plus d'une réalité philosophique que

d'une réalité pratique. Comment ces capacités se matérialisent-elles dans notre vie de tous les jours pour définir un concept avec des implications normatives pratiques quotidiennes ? (8) Dans le cas du modèle en grappe, on peut également se demander comment il peut être affirmé de façon objective que la liste proposée est exhaustive, et non pas excessive ou insuffisante. (8)

Deuxièmement, le perfectionnisme a souvent été employé pour définir le propre de l'Homme et cette capacité proposée pour définir le propre de l'Homme est également utilisée pour définir la personne. (8) La démonstration de la valeur morale spécifique de l'être humain repose alors sur un syllogisme : « (1) les humains diffèrent des autres animaux d'une manière moralement pertinente ; (2) [donc] les aspects moralement pertinents doivent être spécifiques à l'homme ; (3) [par conséquent] les humains diffèrent des autres animaux d'une manière moralement pertinente » (8). Il faut se méfier de la valence anthropocentrique que peut recéler cette approche, sans quoi les conclusions sur la valeur morale à accorder aux animaux non humains et aux animaux êtres humains ne sauraient être objectives. (8), (39) De plus, si l'égalité universelle entre les êtres humains se fonde sur une telle conception cognitiviste de la personne, alors elle conduit à la revendication de trois propositions mutuellement incompatibles : « 1) Tous les êtres humains ont droit à un respect égal et à un statut moral égal (souvent exprimé en termes de dignité humaine et de droits de l'Homme), 2) Le statut moral est basé sur le fait que l'individu possède des caractéristiques pertinentes à la « formation » de la personne, 3) Tous les êtres humains n'ont pas ces caractéristiques ». (39)

Troisièmement, le monde du vivant n'est peuplé d'aucun être identique, mais seulement par des êtres plus ou moins semblables, des individus uniques, elle introduit, quoi qu'en décide la philosophie, la notion de seuil, de degré de capacité. Dès lors se pose la question de savoir à partir de quel seuil on considère que la capacité est suffisamment présente. Et faire intervenir la notion de degré sous-entend l'existence de quasi-personnes. (8) Les théories psychologues occidentales définissent de deux manières différentes les personnes handicapées :

- la théorie du retard de développement, à savoir que « les personnes handicapées mentales sont à peu près les mêmes que tout le monde, si ce n'est qu'elles se développent plus lentement et atteignent un niveau de développement inférieur à celui des personnes non handicapées. » (33)

- la théorie du déficit, à savoir qu'« un comportement intelligent résulte d'un ensemble de processus cognitifs dont un ou plusieurs peuvent être déficients chez les personnes handicapées mentales. » (33)

Ainsi ces individus sont définis par rapport au fait qu'ils ne seraient pas totalement capables de se joindre à la vie humaine. (33) Mais la manière de définir une ou des capacités cognitives supérieures et la valeur qui leur est accordée sont variables selon les cultures humaines et de ce fait : « [l]e jugement selon lequel quelqu'un est retardé mental reflète l'interaction entre les capacités cognitives de l'individu et celles requises par la société à un moment historique donné ». (33) Au Nepal, pour le peuple Tamang, l'intelligence se révèle dans la capacité de l'individu à réciter des partitions de mantras. (33) De même, en Occident, l'importance accordée aux capacités lockéennes pour reconnaître qu'un individu est une personne ou une personne aboutie, repose bien plus sur notre histoire et notre culture philosophique que sur la connaissance de la Vérité. Par conséquent : « Si, socialement, nous décidons d'exclure des personnes, peut-être parce que leurs compétences ne correspondent pas à notre culture, nous ne pouvons pas utiliser le fait que des personnes soient exclues de la pleine participation à la vie

sociale, et de tous ses avantages et ressources, pour indiquer qu'elles doivent être exclues ». (33) Face à toutes ces incertitudes qu'ajoutent les sciences naturelles aux concepts philosophiques, on peut se demander comment dans ce cas l'attribution du concept de personne dans le monde pratique, naturel, pourrait être objectif : « en l'absence d'un seuil clair, l'attribution de la personnalité devient une question ambivalente qui dépend de facteurs tels que la sympathie pour des groupes d'êtres donnés plutôt que de critères réels. » (8)

Quatrièmement, le lien établi entre la valeur de la capacité cognitive de l'individu et la valeur morale de l'individu tombe dans ce que Wagner appelle « l'erreur normative ». (32) Pour déterminer les capacités définissant la personne, les cognitivistes commencent par définir le statut moral de la personne, puis cherchent les caractéristiques ontologiques qui pourraient justifier ce statut moral, et enfin déduisent de ces caractéristiques ontologiques que les personnes ont un statut moral total. Ainsi les capacités cognitives supérieures sont déterminées à partir des implications normatives que l'on associe au concept de personne et une fois définies elles justifient à leur tour l'unicité normative de la personne. (32) Le problème est qu'elles ne sont pas déterminées de manière indépendantes pour déterminer les conditions ontologiques et le contenu normatif du concept de personne. (32)

C - La personne, un être de relation

1) La reconnaissance d'un individu en tant que personne repose sur l'appartenance à l'espèce *Homo Sapiens*

La *Déclaration universelle des droits de l'Homme* (1948) affirme ce principe de l'inviolabilité du droit à la vie et du droit à une vie décente de chaque être humain, indépendamment « de leurs contributions respectives au bien commun, et il ne peut être violé pour servir l'intérêt général » (1) et ce sans distinction « de race, de couleur, de sexe, de langue, de religion, d'opinion politique ou de toute autre opinion, d'origine nationale ou sociale, de fortune, de naissance ou de toute autre situation » (1). Mais sur quoi repose cette déclaration ? Qu'est-ce qui fait de l'être humain un être de valeur ?

a) La valeur morale de l'espèce *Homo Sapiens* à l'aune des capacités cognitives de certains de ses membres

Carl Cohen écrit que l'agentivité morale n'a pas besoin d'être testée sur chaque être humain pour déterminer si chacun d'entre nous la possède car tous les êtres humains font partie du même type. En effet d'après l'approche humaniste du concept de personne, être humain est un critère suffisant pour se voir attribuer le statut de personne et si ce critère est suffisant c'est parce que les êtres humains possèdent en général des capacités cognitives spécifiques. (8) Nous avons vu dans la partie I - B que si la personne était une entité se définissant par la possession de capacités cognitives supérieures et si nous revendiquions dans le même temps l'égalité entre les êtres humains, nous nous retrouvions face un trilemme moral insoluble : « 1) Tous les êtres humains ont droit à un respect égal et à un statut moral égal (souvent exprimé en termes de dignité humaine et de droits de l'homme), 2) Le statut moral est basé sur le fait que l'individu possède les caractéristiques pertinentes à la « formation » de la personne, 3) Tous les êtres humains n'ont pas ces caractéristiques ». (39) Face à ce trilemme, Laitinen propose de

reformuler l'intitulé 2) de la manière suivante : « 2') Le statut moral est basé sur le fait que l'individu a une *relation appropriée* aux caractéristiques pertinentes à la formation de la personne ». (39) Ce qu'il évoque par « relation appropriée » est l'appartenance à l'espèce : le fait que l'espèce à laquelle nous appartenons possède ces caractéristiques les rend potentiellement nôtres, indépendamment de notre faculté à les développer. (39) Et ceci permet de modifier la proposition 3) par la proposition « 3') Tous les êtres humains peuvent en fait avoir une relation appropriée avec les caractéristiques pertinentes à la formation de la personne ». (39) Les êtres humains qui possèdent ces facultés potentiellement par leur appartenance à l'espèce humaine ont par conséquent une relation normative avec ces capacités. (39) Le concept de personne se définit alors toujours en termes cognitivistes mais à l'échelle de l'espèce et non plus à l'échelle individuelle. L'espèce *Homo Sapiens* tire toute sa valeur morale grâce aux capacités cognitives que certains de ses membres sont capables de développer.

Lévi-Strauss écrivait : « Les grandes déclarations des droits de l'homme ont, elles aussi, cette force et cette faiblesse d'énoncer un idéal trop souvent oublié du fait que l'homme ne réalise pas sa nature dans une humanité abstraite, mais dans des cultures traditionnelles où les changements les plus révolutionnaires laissent subsister des pans entiers et s'expliquent eux-mêmes en fonction d'une situation strictement définie dans le temps et dans l'espace. Pris dans la double tentation de condamner des expériences qui le heurtent affectivement, et de nier des différences qu'il ne comprend pas intellectuellement, l'homme moderne s'est livré à cent spéculations philosophiques et sociologiques pour établir de vains compromis entre ces pôles contradictoires, et rendre compte de la diversité des cultures tout en cherchant à supprimer ce qu'elle conserve pour lui de scandaleux et de choquant ». (54) Si l'être humain, pour ce qu'il considère être le bien de tous, en vient à nier les différences culturelles, il fait de même vis-à-vis des différences cognitives entre les individus. Définir l'être humain et le concept de personne à partir des capacités cognitives de certains et en déduire que pour protéger l'ensemble des êtres humains, il faille recouvrir les « cas marginaux » (par ailleurs nombreux : les nouveaux nés, les enfants en dessous d'un certain âge, certaines personnes malades, certaines personnes âgées, certaines personnes handicapées mentales, etc.) d'un voile protecteur, le voile de l'appartenance à la même espèce que les individus doués de ces capacités, c'est se tromper sur ce que signifie le respect et la dignité de l'individu reconnu par ce biais comme étant une personne. Considérer quelqu'un, lui témoigner du respect, c'est faire un effort d'identification : « il ne doit pas être considéré comme la surface sur laquelle une certaine étiquette peut être appliquée, mais il faut essayer de voir le monde [...] de son point de vue ». (66) Définir certains êtres humains comme représentant la normalité de l'espèce et de la personne, met des œillères à ceux-là mêmes qui pensaient avoir accès à la Vérité, accès à la compréhension du monde tel qu'il est et conduit au mieux à « une fausse croyance d'empathie et de capacité à évaluer ce qu'est une bonne vie pour cette autre personne. » (66) Et cette fausse croyance augmente le risque que le propre point de vue d'une personne ayant en fait ces fameuses capacités cognitives soit projeté sur les personnes les ayant « seulement » en essence par appartenance à la même espèce, « comme si elles n'avaient pas leur propre vie » (66), comme si elles n'avaient pas leur propre approche de la vie, leur propre manière de vivre, leur propre manière de concevoir le monde qui les entoure, même leur propre manière de concevoir ce lien qui lie si particulièrement chacun des membres de notre espèce et dont nous cherchons en vain à déterminer la cause.

Respecter une personne « requiert la considération de son point de vue non pas parce qu'il est invariablement correct ou qu'il faut s'y conformer, ni en vertu de ce dont il s'agit - car certains points de vue méritent d'être ignorés ou condamnés. La raison réside plutôt dans son potentiel à révéler la personne distincte qu'elle est ; révéler, à l'occasion, qu'elle est bien une personne ». (66) En faisant l'effort de considérer le point de vue de l'autre, on témoigne du fait qu'on le reconnaît en tant que personne : « quand je te respecte, ce n'est pas simplement parce que je fais l'effort de voir ton point de vue, mais que je le fais parce que tu es une personne ». (66) Que la source de respect relève du domaine de la moralité ou non, elle contribue dans tous les cas à donner de la valeur à celui qui a ces intentions et ces objectifs. (66) Nous admirons des artistes, dans certains cas pour leur engagement, mais dans d'autres cas pour les nuances de couleur, pour le mouvement des corps et pour les émotions qu'ils déclenchent chez nous, pour le mélange de beauté et la violence d'un acte immoral ainsi représenté ; nous admirons des individus capables de vivre et survivre dans des milieux qu'un citoyen qualifierait d'hostile ; etc. Et si ce respect nous permet d'approcher l'individualité de l'autre et sa personnalité, cela ne signifie pas que nous devons distinguer les personnes entre elles pour leur accorder le respect : « Toutes les personnes, par exemple, ont des droits fondamentaux, et tout acte humain qui, à dessein, les viole, est également un acte qui manifeste un manque flagrant de respect. De même, toutes les personnes ont des besoins de base, et si nous agissons délibérément pour empêcher quelqu'un de satisfaire les siens, alors là aussi nous lui manquons de respect. [...] Mais il peut être difficile de déterminer si une pratique ou un environnement est dégradant pour quelqu'un si nous n'avons aucune idée de ce à quoi ressemble son expérience ». (66)

Une autre conséquence de l'approche humaniste du concept de personne, c'est que si elle accorde à tout être humain ce statut, en contrepartie elle refuse ce statut à tout être non humain même s'il possède les capacités cognitives supérieures invoquées pour définir ce principe car l'appartenance à l'espèce humaine est un critère majeur dans cette approche. C'est notamment sur la base de cet argument que les cétacés, les éléphants (éléphant d'Asie et éléphant d'Afrique) et les « grands singes » (bonobo, chimpanzé, orang-outan, gorille) se voient refuser le statut de personne non humaine, alors même qu'ils possèdent nombre de caractéristiques que l'on considérerait par le passé comme étant le propre de l'Homme et à des degrés de développement proches de ceux de l'être humain. Dès lors, refuser à ces animaux non humains le statut de personne sur la base qu'ils ne sont pas des êtres humains et assurer la reconnaissance de la personnalité à l'ensemble des êtres humains sur la base de la possession potentielle de ces capacités conduit à la confusion suivante : « qui vient en premier, les capacités ou l'humanité ? L'espèce humaine est-elle pertinente en raison de capacités données [...] ou les capacités sont-elles pertinentes en raison de l'espèce humaine » ? (8) Or fonder le concept de personne sur les capacités générales d'une espèce et faire reposer le destin de l'individu sur ces considérations générales sans les confronter à ses propres capacités individuelles est contraire à l'essence même de l'éthique car elle ne tiendrait pas compte du contexte, de l'individu. (8) Ainsi, l'association entre capacités cognitives et espèce ne permet pas de justifier de manière éthique la conception d'une personne nécessairement humaine et ne va pas de pair avec le respect et la reconnaissance de la dignité qui doit être accordée à ce concept.

b) La valeur inhérente à tout *Homo Sapiens* par la simple appartenance à cette espèce

La conception d'une personne humaine universelle signifie que « tout être humain possède une « dignité intrinsèque » qui découle du simple fait d'être humain, cette dignité ne dépend d'aucun autre attribut ni d'aucune autre capacité fonctionnelle ». (62) Mais pourquoi la personnalité devrait-elle se définir à l'aune de l'humanité ? Qu'est-ce qui ferait que les membres de l'espèce *Homo Sapiens* seraient des personnes en puissance ? Les êtres humains ont-ils une valeur intrinsèque simplement parce que certains le ressentent ? L'argument selon lequel le fait de ressentir cette valeur intrinsèque est suffisant pour justifier que l'humanité aspire à la reconnaissance de sa personnalité par rapport aux autres espèces, a également été utilisé par le passé pour justifier l'accès de certains êtres humains à la reconnaissance de leur personne tout en refusant ce même accès à d'autres, notamment dans le contexte du colonialisme. (23) La valeur intrinsèque des peuples européens prend forme dans « l'idéal d'évangélisation et le devoir de civilisation » qui leur incomberait (67). Eric Navet explique que cet « idéal d'évangélisation » et ce « devoir de civilisation » restent confondus dans les années 1960 et « la priorité est donnée à l' " élévation " de l'âme (par le prêtre), sur celle du corps (par le médecin) et de l'esprit (par l'instituteur) ». (67) C'est ainsi que s'est justifiée la création de *Home* pour « éduquer » les Amérindiens d'Amérique du Nord, du Canada, de Guyane Française et les Aborigènes d'Australie : « Il faut enlever l'Amérindien mais sauver l'Homme. Il faut enlever toute la culture amérindienne de cet enfant-là, et lui imposer autre chose ». (67) Les Européens ressentent leur valeur intrinsèque, ce qui ne serait pas le cas des Amérindiens à qui il faut « imposer » les choses, car ils sont des êtres de dépendance. Les Européens, en proclamant leur dignité et en niant celle des Amérindiens sans justification autre que la race et la culture, dévoilent leur perception du monde mais ne démontrent pas comment ce monde est en réalité. (8) Le concept d'espèce est un concept ambigu à la fois en terme scientifique et en terme biologique. Proclamer la dignité humaine de cette manière, sans justification autre que l'appartenance à l'espèce, met en avant « l'idée, aujourd'hui discréditée, que les humains sont d'un type particulier ». (68) Tout comme la race, le sexe, et tout autre facteur biologique, l'espèce ne possède pas en elle-même de pertinence morale. (69)

Mais est-ce que le facteur espèce ne se distinguerait pas du facteur sexe, race, et autres par le fait que l'appartenance à la même espèce, à l'espèce humaine, assure une base commune pour le développement physique, le langage gestuel et parlé, la manière d'exprimer ses émotions et d'appréhender le monde ? Et est-ce que de la sollicitation de cette base commune se développeraient des relations profondes uniques en leur genre faisant naître des sentiments moraux pertinents à l'origine de la dignité humaine et du respect d'autrui ? Mary Migdley considère que « ce qui fait des créatures nos semblables, dignes d'une considération fondamentale, n'est sûrement pas la capacité intellectuelle mais la fraternité émotionnelle ». (33) L'amour que l'on éprouve pour un autre être humain lui donne de la valeur, « ce n'est pas toujours en reconnaissant la valeur de quelqu'un qu'on finit par l'aimer ; elle acquiert plutôt de la valeur pour nous parce que nous l'aimons ». (66) L'amour est la première source de ce à quoi nous accordons de la valeur et nous incite à appréhender une situation qui nous semble étrangère, difficile. (70) L'amour et les émotions ont longtemps été conçus comme relevant du monde des passions, un monde s'opposant à la raison, à la vérité, à la morale. Mais les électro-encéphalogrammes obtenus après avoir soumis des participants au dilemme du

Trolley remettent en cause l'existence d'une séparation nette entre ces deux mondes. En 1986, Thomson étudie la manière dont les candidats à l'expérience répondent à un dilemme dans deux situations différentes. (71) La première situation est celle du « spectateur »: un homme conduit un train dont les freins ont lâché et arrive à toute allure vers cinq personnes qu'il va tuer parce que celles-ci n'auront pas le temps de s'enlever. (71) Mais un autre homme se trouve sur la voie et a la possibilité d'activer l'aiguillage du wagon afin de le faire dévier sur une autre voie où se trouve une seule autre personne, qui n'aura pas non plus le temps de s'enlever de la voie à temps. (71) La question posée est : est-il moralement acceptable que le « spectateur » actionne le levier d'aiguillage pour tuer une seule personne au lieu de cinq ? La seconde situation est celle du « gros homme » : un wagon menace de tuer cinq personnes, nous nous trouvons sur un pont surplombant la voie ferrée entre le wagon qui arrive et les cinq personnes et à côté de nous se trouve une personne corpulente. (71) Dans cette situation, la seule façon de sauver les cinq personnes est que nous poussions cette personne sur la voie : celle-ci mourra, mais par son corps, elle protégera les cinq autres personnes. (71) La question posée est : est-il moralement acceptable que le candidat condamne le « gros homme » pour en sauver cinq autres ? Ces deux dilemmes se distinguent par l'implication ou non du candidat dans la mise à mort d'un être humain pour en sauver d'autres. En 2001, Greene et son équipe, ont demandé à neuf participants de juger l'acte proposé pour sauver les cinq personnes. (71) Dans le même temps leur activité cérébrale est évaluée grâce à l'imagerie par résonance magnétique. (71) L'analyse de ces images repose sur les principes suivants : les aires corticales associées à la gestion des émotions sont le gyrus frontal moyen, le gyrus cingulaire postérieur, le gyrus angulaire bilatéral et les aires corticales associées au processus cognitif sont le lobe pariétal bilatéral et le gyrus frontal médian. (71)

- Concernant la réponse directe des participants : dans le cas du « spectateur », le dilemme est impersonnel, et la majorité des candidats jugent l'action de dévier la trajectoire du wagon pour tuer une personne au lieu de cinq comme moralement justifiée car cette décision assure le bien-être du plus grand nombre. (71) Dans le cas du « gros homme », à l'inverse, la majorité des individus considèrent que la mise à mort d'un homme pour en sauver cinq n'est pas justifiée, et font preuve dans ce cas d'un jugement déontologique en respectant la règle morale du « je ne dois pas tuer ». (71)

- Concernant les résultats d'imagerie des participants : les scientifiques observent que les aires corticales associées à la gestion des émotions sont davantage activées lorsqu'il s'agit d'un dilemme personnel que lorsqu'il s'agit d'un dilemme impersonnel. (71) Ainsi lorsqu'il s'agit d'actes jugés inappropriés, ce sont les processus émotionnels qui s'activent, « ce type de réponses sociales émotionnelles aiderait à respecter des interdictions absolues, nécessaires pour préserver la survie de l'espèce, et donc déontologiquement indispensables ». (71) A l'inverse les aires corticales associées aux processus cognitifs sont moins actives dans le cas d'un dilemme personnel que lorsqu'il s'agit d'un dilemme impersonnel. (71)

En 2004, cette expérience sera reproduite avec soixante et un participants et les résultats seront les mêmes. (71) Le lien entre déontologie et émotions, entre jugements moraux, raisons et émotions, ainsi mis en évidence, aide à mieux comprendre le lien que Frans de Waal établit entre l'empathie et la justice. (48) En effet, si l'empathie ne doit pas être confondue avec la justice et si ces deux notions ne se recoupent pas, l'empathie assure tout de même un mouvement politique qui permet de reconnaître la dignité de chaque être humain quelles que soient la législation et les idées politiques et sociales en vigueur. On se souviendra des termes d'Abraham Lincoln, qui face aux esclaves entravés par des fers dit à son ami : « Ce spectacle

fut pour moi une torture incessante ; et j'en vois qui y ressemblent beaucoup chaque fois que je fais escale dans l'Ohio ou à n'importe quelle autre frontière esclavagiste. [C'est] quelque chose qui a et exerce continuellement le pouvoir de me rendre infiniment malheureux ». (48)

Le visage jouerait un rôle fondamental dans le développement de ces émotions et de l'empathie à l'égard des autres êtres humains : « l'empathie a besoin d'un visage. L'appauvrissement de l'expression faciale s'accompagne de l'étiollement de la compréhension empathique et d'une interaction incolore, dénuée de l'écho corporel que se renvoient constamment les humains ». (48) Serait-ce le visage qui impliquerait que nous devons reconnaître tous les humains et seulement les humains comme des personnes ? Le visage humain a-t-il à lui seul une pertinence morale, autrement dit est-ce lui qui nous impose de respecter autrui et de ne pas avoir le droit de lui ôter la vie ? D'après Levinas, dans la relation interpersonnelle, « il ne s'agit pas de penser ensemble moi et l'autre, mais d'être en face. La véritable union ou le véritable ensemble n'est pas un ensemble de synthèse, mais un ensemble de face à face » (72) car c'est par le visage que je me retrouve soumis à autrui. A la vue du visage prend sens l'interdiction « [t]u ne tueras point », il interdit de tuer, même si « l'exigence éthique n'est pas une nécessité ontologique ». (72) Le visage « est sens à lui seul », il est signification sans contexte, son sens ne tient pas dans sa relation à autre chose. (72) Et cette relation avec autrui va beaucoup plus loin que le simple espace interpersonnel, car il faut l'établir avec les autres êtres humains. (72) Or cette relation à autrui souligne la responsabilité que j'ai envers lui : « autrui n'est pas simplement proche de moi dans l'espace, ou proche comme un parent, mais s'approche essentiellement de moi en tant que je me sens - en tant que je suis – responsable de lui ». (72) Cette relation avec autrui est donc asymétrique, « [e]n ce sens, je suis responsable d'autrui sans attendre la réciproque, dût-il m'en coûter la vie ». (72) C'est pourquoi, en étendant ce type de relation à l'ensemble des êtres humains, j'assure les bases du lien biologique et normatif entre eux. Pour comprendre ce lien, il faut bien faire la différence entre faire face au visage de quelqu'un et percevoir quelqu'un. Percevoir quelqu'un ne permet pas d'être en relation avec autrui : car lorsqu'on perçoit autrui, lorsqu'on décrit ses yeux, son nez, son front, son menton, autrui est assimilé à un objet. (72) Ainsi concevoir le visage comme proprement humain ne se justifie pas par la physionomie de la face devant laquelle on se trouve, mais relève du sacré. Sacré parce qu'il s'élève au-dessus de la face des animaux non humains et sacré parce qu'il survit à la mort du tué en restant dans la mémoire du tueur : « Les yeux de celui qu'on tue sont immortels, s'ils vous font face au moment fatal. Ils ont une couleur noire terrible. Ils font plus sensation que les dégoulinements de sang et les râles des victimes, même dans un grand brouhaha de mort. Les yeux du tué, pour le tueur, sont sa calamité s'il les regarde. Ils sont le blâme de celui qui tue ». (73) Les animaux non humains quant à eux n'ont pas de visage mais une face. Si lorsque l'on regarde un être humain, on doit considérer son visage d'une manière tellement intense qu'on ne devrait pas prêter attention à sa physionomie, à l'inverse pour les animaux non humains nous ne saurions faire abstraction de leurs poils. (55) Et si le philosophe ne peut que percevoir la face qui se trouve devant lui, s'il ne peut s'empêcher de voir les poils de l'animal, c'est que Levinas le considère comme « pauvre au monde » au même titre qu'Heidegger, il n'a pas de *Dasein*, il n'existe pas. (29) Il ne possède donc pas de visage et donc la mise à mort de tout animal non humain ne visant pas le visage, ne questionne pas notre conscience. (22) Or le *Dasein* de Heidegger, repose sur la capacité à concevoir la mort et son existence. Ainsi nous nous retrouvons dans le même cas de figure que la partie I - B - 2) a) i, ce qui remet en question cette conception du visage spécifiquement

humaine, et rendant arbitraire la négation du champ de l'éthique et du droit à la vie des animaux non humains, cette négation reposant sur une conception sacrée de l'être humain par l'être humain lui-même.

Ainsi l'empathie, le visage, l'amour peuvent-ils être considérés comme des voies vers le développement d'une relation profonde avec autrui, et est-ce que de cette relation profonde naîtrait « spontanément », « instinctivement » des implications normatives vis-à-vis d'autrui ? Si l'empathie, le visage, l'amour, etc., interviennent dans l'établissement d'un lien passif ou actif avec autrui, il est dangereux de les employer pour accorder le statut de personne à un individu, car la « profondeur de la relation » est variable en fonction de la propension à faire abstraction de la perception des visages, du degré d'empathie, de la capacité à accorder de l'amour. Que le président Lincoln éprouve de l'empathie pour les esclaves noirs américains n'impliqua pas qu'il en éprouve vis-à-vis des peuples autochtones nord-américains et deux jours seulement après la signature de la *Proclamation de l'émancipation* (1863), le même président ordonnait l'exécution par pendaison de trente Sioux, suite au soulèvement de Sioux Santee dans le Minnesota après la signature *Homestead Act* (1862), loi sur la propriété autorisant la colonisation par les colons des terres indiennes. (48) Sans nier « la complexité sociale et émotionnelle du genre [humain] qui s'exprime par la formation de profondes, relations subtiles et durables » (33), accorder la personnalité à un individu en s'appuyant uniquement sur le visage, l'empathie, l'amour, fait de la personne un concept profondément subjectif et de la personne un être totalement dépendant de la reconnaissance d'autrui en tant que tel.

2) La reconnaissance d'un individu en tant que personne repose sur la reconnaissance de ce statut par autrui

Il semble en effet que si une personne a droit à la vie c'est plus par l'absence d'acte néfaste entrepris par autrui à son égard, que par une disposition spécifique à la personne l'empêchant d'être mise à mort. Comme l'écrit Houellebecq : « Je ne ressens pour ma part, dans ma propre personne, aucune dignité spéciale : on peut me faire souffrir, me soumettre à de mauvais traitements ; on peut certainement me briser, me faire subir des dommages physiques ou psychologiques irréversibles. Je me plaindrai de souffrir, et d'être mal traité ; je m'en plaindrai en tant qu'animal, et non, spécifiquement, en tant qu'homme ». (74) Tout être humain est précaire (75) : seul il ne peut pas vivre mais avec les autres il peut disparaître. Le degré de dépendance repose sur des facteurs individuels (maladie, handicap, tempérament, etc.) mais aussi sur des facteurs environnementaux matériels et sociaux. (70) Toutefois si l'indépendance se distingue de la dépendance, elle n'est pourtant pas incompatible avec la dépendance et l'interdépendance, parce qu'elle n'est pas un concept de type tout ou rien, mais un concept de degré, et relative à un contexte et à une certaine dimension. (70) Par exemple je suis dépendante des agriculteurs pour me fournir en légumes et en féculents, mais je suis indépendante pour cuisiner ces aliments ; et, si actuellement je suis indépendante, plus tard je deviendrai dépendante de quelqu'un pour préparer mes repas ; à ce moment-là, je serai peut-être encore indépendante pour utiliser mes couverts et manger. (70) Suivant les méthodes employées, un aide-soignant, un professeur, un parent, etc., peut renforcer la dépendance de toute personne, qu'elle soit handicapée ou non, ou au contraire lui permettre de faire preuve d'indépendance et d'autonomie. (70) En effet, une autre manière de concevoir l'autonomie que celle proposée par Kant, une autonomie plus pratique et moins théorique, est d'y voir la capacité à initier une

action en vue de satisfaire un désir, un but, une préférence. (76) Dans ce cas, pour être autonome, il suffit « que ces désirs ou ces objectifs soient satisfaits ou atteints en agissant d'une certaine manière ». (76) L'être doit être actif mais cette « autonomie pratique » s'inscrit dans un contexte de relation avec autrui (77) : l'« autonomie relationnelle » situe le problème de l'autonomie (sa présence ou son absence) non pas dans l'individu mais dans un contexte de conditions et de relations sociales. (77) Grâce à l'autonomie, être dépendant n'implique donc pas la passivité et la dépendance n'est pas en elle-même oppressive, par contre elle le devient lorsque « la fausse hypothèse est faite que l'autonomie nécessite l'autosuffisance ». (77)

L'ontologie sociale est un domaine de la philosophie qui interroge sur la façon dont apparaissent et existent les phénomènes sociaux en général. (78) Appliquée au concept de personne, elle permet de ne plus envisager l'attribution de la personnalité à un individu sur la *seule* base de ses caractéristiques propres, mais par rapport à la manière dont les autres le traitent. (39) Ce n'est pas parce que quelqu'un est une personne que nous adaptons notre attitude à son égard, l'attitude adoptée à son égard est constitutive de la personne. (39) Par « attitude », il faut entendre le genre de position implicite qui se trouve dans notre manière d'être en relation avec les autres. (79) La reconnaissance de l'autre en tant que personne passe par le langage employé pour le décrire, la manière de s'adresser à lui, la manière de le toucher, par nos actions à son égard. (79) Cette reconnaissance de l'individu A en tant que personne par l'individu B doit être indépendante de ses caractères particuliers, de ses accomplissements, de son genre, de sa naissance, de toutes les perceptions que l'individu B peut avoir de l'individu A, de toutes les représentations que l'individu B se fait de l'individu A. (39) (Sans quoi on risquerait de retomber dans une approche monadique de la personne et ses limites comme précédemment expliquées dans la partie I - B - 4). La reconnaissance de l'autre en tant que personne indépendamment de ses caractéristiques particulières, assure dans le même temps le respect des droits fondamentaux de la personne, ainsi reconnue, « tel qu'un droit sérieux à la vie, le droit de ne pas être empêchée dans la poursuite de [ses] propres objectifs (conformément à la liberté similaire des autres), le droit de ne pas être dominée ». (39) Cette approche du concept de personne est dite « dyadique », dans la mesure où être une personne et avoir des droits fondamentaux se complètent de façon réciproque à partir de cette reconnaissance par autrui.

a) L'autonomie relationnelle contre la dépendance passive

Eric Baratay en tant qu'historien s'appuie sur les récits des poilus et des mineurs, sur les traités d'agronomie, les travaux des zootechniciens, d'éthologie, les travaux zoologiques, les thèses et rapports vétérinaires, les rapports des psychologues, et même les fictions romanesques, etc. pour retracer l'histoire d'animaux non humains utilisés par l'être humain entre le XIXème et le XXIème siècle (31). Il rapporte que dans les mines de charbon : « [a]vec les conducteurs brutaux et les exigeants, qui veulent faire travailler plus et vite pour transporter beaucoup, bien gagner ou finir tôt, les chevaux [*Equus caballus*] endurent ou se rebiffent selon leur « caractère » et l'intensité de l'épreuve. S'ils résistent, ils refusent de travailler (ce que les vétérinaires de terrain analysent toujours comme la conséquence d'un surmenage ou d'une brutalité) ou se font agressifs en ruant ou en mordant immédiatement, voir ultérieurement, lors d'une rencontre fortuite avec le coupable, reconnu grâce à une très bonne mémoire des formes et des odeurs humaines. A l'inverse, le même animal est apaisé et remobilisé avec l'arrivée d'un conducteur plus attentionné, qui fait entretenir la voie, qui bloque les roues dans les pentes pour

que le convoi ne pèse pas sur l'arrière-train, etc. » (31) Dans le même contexte, un vétérinaire rapporte qu'un cheval blessé au passé du collier « refuse le travail entre les mains d'un conducteur alors que, conduit par un autre plus soigneux, il fait un parfait service ». (31) A propos des vaches laitières (*Bos taurus*), au XIX^{ème} siècle, le vétérinaire Grogner, explique que des vaches donnent leur lait au vacher qui « leur inspire de l'attachement » (31), alors qu'au contraire, elles se retiennent, si celui-ci est étranger ou brusque. (31) Certaines ne se laissent traire qu'après des caresses ou des friandises. (31) Il ajoute qu'il ne faut pas « méconnaître les effets de la sympathie ou de la répugnance que les filles de basse-cour inspirent aux vaches ». (31) Tous ces comportements témoignent de la flexibilité comportementale des chevaux et des bovins. Au travers de l'acceptation ou du refus de certains êtres humains en fonction de leur comportement à leur égard, ces animaux non humains témoignent de leur implication dans l'espace interspécifique établi. Même si les chevaux sont contraints à rester dans les mines et si les vaches laitières sont enfermées et entravées à l'étable, ces animaux modulent activement la manière dont les autres les traitent, ce qui souligne leur part active dans l'environnement social interspécifique établi.

On peut étudier le lien entre autonomie relationnelle et reconnaissance de l'autre par-delà ces caractéristiques au sein d'une relation de dépendance. Pour traiter cette question, il est intéressant de comparer la manière de traiter les chiens (*Canis lupus familiaris*) militaires pendant la première guerre mondiale au Royaume-Uni et en France (cette comparaison s'appuiera sur l'étude des tendances générales dans chaque pays). Lors du recrutement, les chiens français sont directement dressés à l'obéissance immédiate c'est-à-dire à s'asseoir et se coucher au premier ordre, à ne pas aboyer, à ne pas être effrayés des détonations (80), alors que les chiens anglais recrutés sont testés, sur la base de leur initiative, pour trois fonctions différentes : messager, sentinelle, garde. (80) En France, les chiens-sentinelles sont dressés par le conditionnement : « le chien en dressage se voit d'abord attaché dans une niche à double entrée, pour déclencher son sens territorial et l'inviter à garder. Puis, il est, d'un côté, agacé par un homme déguisé en Allemand et, de l'autre, incité par le dresseur à grogner sans aboyer. Lorsqu'il sait faire cela, la niche est modifiée de manière à ce qu'il ne puisse plus guetter l'assaillant que par une fente ». (80) Au Royaume-Uni, la formation du chien ne repose pas sur le conditionnement mais sur la formation d'un couple soldat-chien : le chien et le soldat s'impliquent ensemble, guettent ensemble les attaques factices de la nuit. (80) A ce propos, Richardson explique que : « le chien devient bien conscient qu'on attend de lui qu'il soit sur le qui-vive, et ses sens, déjà naturellement aigus, se développent d'une manière remarquable. La formation est un peu lente, car il n'est pas possible de faire plus de deux ou trois attaques chaque nuit, et une bonne dose de patience et de compréhension est nécessaire chez le formateur ». (80) Enfin en France, les chiens estafettes sont aussi conditionnés par des récompenses, car ainsi : « l'animal, fonctionnant comme une machine, peut être confié à n'importe quel conducteur, même sans connaissances spéciales, à la seule condition qu'il soit porteur du fanion ». (80) Au contraire en Angleterre, c'est à nouveau le lien établi avec le soldat qui compte (80), ce qui impose à l'éducateur de faire preuve de douceur et de patience (80), « [e]n aucun cas, quel qu'il soit, il ne faut le maltraiter ou mal lui parler [...]. Si l'un des hommes en cours d'instruction est observé affichant une rugosité ou une absence de sympathie avec les chiens, ils devront être immédiatement enlevés ». (80) Du côté du chien il est laissé libre de choisir sa manière de venir, par contre il doit venir. (80)

A partir de ces exemples, on peut se demander si dans une telle relation de dépendance ou d'interdépendance, les êtres humains peuvent faire des animaux non humains des personnes sans tomber dans une considération anthropomorphique de ces derniers, considération qui par ailleurs nierait toute personnalité à ces derniers par le fait même qu'ils ne seraient pas reconnus pour ce qu'ils sont mais tels qu'ils seraient perçus, imaginés. Au Royaume Uni, chaque chien n'est pas vu comme simplement un membre de l'espèce *Canis lupus familiaris*, mais comme un individu qui possède une place dans un milieu social interspécifique en contexte de guerre. Si un rôle lui est attribué auquel il doit répondre, dans le même temps, sa manière d'y répondre est seulement dépendante de lui. En ne le conditionnant pas, les soldats recherchent délibérément des interventions actives de sa part. Le chien répondra à la situation imposée à sa manière, à la manière qui lui convient le mieux. La reconnaissance et la manière de traiter les chiens est une reconnaissance de personne à personne, car les chiens sont valorisés pour eux-mêmes, et non pas secondairement grâce à la possession de caractéristiques valorisées par les soldats. A l'inverse en France, la reconnaissance du chien soldat repose sur des caractéristiques recherchées par les soldats, le chien est reconnu au travers de sa capacité à obéir, à faire ce qui lui est imposé. Cette reconnaissance, n'équivaut pas à la reconnaissance de la personne. Mais la reconnaissance en l'autre d'une personne peut-elle se détacher de toute perception d'autrui ?

b) La reconnaissance de la personnalité confrontée à la perception d'autrui

Kittay définit la relation sociale comme « une place dans une matrice de relations ancrées dans des pratiques sociales à travers lesquelles les relations acquièrent des significations. C'est en vertu des significations [...] que les devoirs sont délimités, les façons d'entrer et de sortir des relations sont déterminées, les réponses émotionnelles sont jugées appropriées, et ainsi de suite. » (64) La variabilité des pratiques sociales repose en partie, si ce n'est complètement sur le fait que « [l]e monde interhumain est un monde de sens autant qu'un monde de sens, un monde où nos sens prennent sens, un monde où notre sensorialité se charge d'histoire, elle qui gouverne nos émotions autant que nos perceptions ». (81) Car il y a de la cognition dans la perception : « voir, sentir, toucher, écouter, ne sont pas des actes d'une grande banalité. Il s'agit au contraire de comportements à travers lesquels s'effectue notre représentation du réel ou, si l'on préfère un terme plus philosophique, l'élaboration de notre conception du monde ». (42) Même si on nous dit que juger du Beau dans l'art est complexe et demande réflexion pour que ce jugement soit véritablement objectif, face à une œuvre d'art nous ressentirons tout de même une émotion aversive ou attractive ou aucune émotion et nous la qualifierons de ce fait de belle, de laide, de répugnante, avant tout acte de réflexion plus large sur le courant de l'œuvre, l'artiste, etc. Et tout comme nous « jugeons » de cette manière l'art, nous « jugeons » ce que nous percevons des animaux humains et non humains autour de nous. On ne peut s'empêcher de percevoir : quand bien même l'individu A souhaiterait que ce ne soit pas le cas, il s'adressera toujours à l'individu B d'une manière qui sera dépendante de ses perceptions de l'individu B confronté à son propre monde interne et soumis au monde qui l'entoure. Cette perception est modulée par des facteurs internes à l'individu et notamment par le degré d'empathie dont est capable un individu envers un autre. Un individu empathique, parce qu'il cherche à comprendre l'autre pour ce qu'il est, à entrer dans son monde pour appréhender le monde tel que l'autre le perçoit, aura naturellement plus tendance à reconnaître la personnalité d'un individu que tout autre individu et ce justement parce « plus on cherche à découvrir l'Autre, homme ou animal, à comprendre son univers, plus on le considère. » (26)

Cette perception est modulée par des facteurs externes à l'individu qui perçoit : la culture, la religion, la philosophie, l'histoire, les sciences, la société, la législation, etc. Ces facteurs influencent, sans que cela soit le résultat d'un processus consciemment réfléchi, la perception de l'individu qu'il a du monde qui l'entoure. Certains auront tendance à valoriser les attitudes morales, que l'individu ait « de bonnes intentions et de bons objectifs » et qu'il voie « le monde d'un point de vue moral » (66), ce qui conduira certainement à dévaloriser fortement un individu ayant commis un délit et éventuellement à lui refuser le droit à la vie et à ne pas être maltraité. D'autres valoriseront la sentience, dans ce cas « tous les êtres qui sont capables d'éprouver du plaisir, de la douleur, de la joie, de la souffrance, de la peur, de l'espoir, etc. – en bref, qui sont capables de sentir et d'avoir des expériences conscientes – sont dignes de considération morale pour eux-mêmes ». (82)

c) La personne en tant qu'entité à la fois perçue et reconnue : un concept subjectif

D'une part, les différents exemples tirés des œuvres d'Eric Baratay, témoignent de la variabilité entre les pratiques sociales suivant la société et la culture dans lesquelles elles s'expriment, ce qui implique une variabilité de contrainte exercée par un animal (humain ou non humain) sur un autre, modulant l'intensité de sa révélation au monde. Par voie de conséquence la possibilité de reconnaître autrui en tant que personne est inévitablement subjective. D'autre part, il n'est pas évident que la reconnaissance de l'autre puisse toujours et même rien qu'une fois se détacher complètement de la perception d'autrui à son égard. Et si reconnaître la personnalité de quelqu'un sur cette base est si dangereuse c'est qu'en pratique, contrairement à la théorie, il est très rare, si ce n'est impossible, de pouvoir se libérer complètement de la perception que l'on a d'autrui. Ainsi même la reconnaissance d'autrui devient subjective. Enfin de ces deux critiques en naît une troisième, à savoir qu'au travers de cette approche le statut de personne est un statut instable. Un individu oscille entre personne et non personne en fonction des attitudes adoptées par autrui à son égard et la faculté d'un individu à reconnaître un individu en tant que personne : « l'histoire crée aussi des moments et des situations où l'animal [non humain mais j'ajouterai également humain] est pris et traité comme un vivant sensible, plus ou moins respecté, voire comme un individu, une " personne ", avec qui s'établit un rapport privilégié, quelquefois d'égal à égal. Et cela, pas obligatoirement en des situations différentes ou contraires aux précédentes. Il n'y a pas un fossé béant entre les circonstances où l'animal est objet et celles où il est personne, mais un lien relatif, plus ou moins fort, certaines fois dans l'espace, d'autres dans le temps. Ainsi, dans de nombreux cas, où l'animal est d'abord matière ou machine, s'établissent tout de même, en plus, par intermittence ou avec constance, des connivences, des complicités individuelles entre des utilisateurs et des utilisés qui deviennent du coup, ponctuellement, des animaux-machines individualisés ». (31) Si cette approche a des limites, elle a tout de même l'intérêt de souligner l'inscription de la personne dans la sphère sociale.

3) La personne : une entité sociale, indépendante et normative par essence

a) La personne, une entité nécessairement sociale

Nous avons vu que le concept de personne était lié à des implications normatives : la personne a des droits fondamentaux qui sont le droit de ne pas être tuée, le droit de ne pas être maltraitée, en somme le droit au respect de sa dignité. Evoquer l'existence de droit sans autrui, en dehors d'un contexte social, n'a pas de sens. La préoccupation morale s'inscrit à l'échelle sociale dans le sens où elle surgit lorsque nos actions sont liées à celles des autres. Le fait qu'une personne ne soit pas tuée, pas maltraitée repose bien plus sur le comportement et les intentions d'autrui à son égard que sur une disposition spécifique de la personne qui agirait, telle une aura protectrice, contre tout attentat à sa dignité et/ou à sa vie. (74) La personne est enracinée socialement et l'identification de la personne en tant que telle, en tant qu'un être ayant une valeur morale particulière, n'est pas indépendante de la position qu'adopte autrui à son égard. (66) Si la personnalité s'exprime dans la sphère sociale, pour autant cette identification de la personne ne saurait être pleinement dépendante d'autrui, sans quoi, la définition de ce concept risque, comme nous l'avons précédemment évoqué :

- de tomber dans l'erreur normative. C'est le cas lorsqu'autrui reconnaît qu'un individu est une personne parce qu'il possède une ou des capacités que cette individu valorise. La valorisation de cette ou ces capacités conduit à la valorisation morale de l'individu. (32)

- ou de tomber dans l'erreur subjective. C'est le cas lorsque la reconnaissance de l'individu est accordée sur la base du lien intellectuel, affectif, historique, familial, etc., qui unit consciemment ou inconsciemment l'individu à autrui, plutôt que sur la véritable reconnaissance de sa dignité c'est-à-dire une reconnaissance indépendante de toute perception d'autrui. (32)

En somme, toute la puissance du concept de personne réside dans le fait que tout en s'inscrivant dans le social, par la normativité à laquelle elle est liée par essence, c'est également elle qui assure toute notion d'indépendance « sans elle, l'être peut-être secondaire ou relatif ». (8) En terme éthique, la personnalité équivaut à l'existence. (8) Comment lier indépendance et socialité dans un même concept ? Qu'est-ce qui fait qu'une entité est par essence liée à la normativité, que la personne a des droits fondamentaux, qu'on les lui reconnaisse ou non ?

b) La conscience pré-réfléchie de l'existence de l'autre à l'origine d'une relation sociale

La condition essentielle pour s'inscrire dans une relation sociale est d'être capable d'apprécier l'existence d'autrui. Un environnement social est un environnement qui se rapporte aux relations avec les autres. Dans l'espèce humaine, les bébés interagissent avec des adultes par le langage gestuel. (32) L'imitation néonatale face à un adulte exprimant de la tristesse, de la surprise, de la joie sur son visage est présente chez les nourrissons dès l'âge de 36 heures. (79) L'imitation gestuelle et faciale est également rapportée chez les bébés de 12-21 jours (32), mais aussi chez les nouveau-nés dès 3 heures d'âge (83). Il s'agirait d'une véritable interaction avec une intentionnalité émise par le nouveau-né ou le bébé : les nourrissons âgés de 3 heures à 54 heures sont capables d'imiter mais aussi d'initier l'imitation et d'attendre une réponse de l'adulte après protrusion de leur langue. (83) L'imitation dans ces cas est une capacité innée qui ne peut reposer sur des circuits corticaux, ces derniers se développant plus

tard dans l'espèce humaine. (83) Chez les nouveau-nés ce sont probablement les structures sous-corticales qui sont impliquées dans la perception, la vision et la mémoire relative à l'acte d'imiter. (83) Les organes impliqués seraient notamment : le thalamus, le cortex associatif sensori-moteur, le vermis du cervelet, les ganglions de la base, et le tronc cérébral. (83) Les nouveau-nés anencéphales réalisent un sourire en réponse à la stimulation du tegmentum pontique, (83) Les enfants aveugles de naissance réalisent également ces imitations faciales pendant leur premier mois de vie, laissant supposer que le cortex visuel n'est pas impliqué non plus dans ce phénomène. (84) Chez les nouveau-nés des lésions au niveau du ganglions de la base conduisent à une altération de leur capacité visuelle. (83) Ces exemples, sont en faveur d'une origine sous-corticale de ce comportement social chez les nouveau-nés humains. Bien évidemment lorsque le cortex se développe, les structures corticales interviennent également dans ce comportement (83) (la vision en appel au cortex visuel ; une lésion du lobe temporal chez l'adulte entraîne une incapacité à imiter ; chez les macaques rhésus (*Macaca mulatta*), il a été démontré que l'imitation des mouvements de mains entraînait une activation des « neurones miroirs » dans le cortex préfrontal, etc. (83)). Quoi qu'il en soit l'intention est donc innée, l'imitation ne repose donc pas nécessairement sur des structures corticales mais également des structures sous-corticales. Cette capacité à créer un espace de relation, à reconnaître dans l'individu qui nous fait face une existence, découle de la capacité à établir une relation au monde, d'avoir conscience des objets qui nous entourent, de percevoir et de réagir à ce monde, ce qui correspond à ce que nous avons précédemment nommé en terme philosophique « la conscience immédiate ». (41) Cette conscience qualifiée d'« immédiate » en philosophie, correspond à la conscience « pré-réfléchie » en biologie. Agir dans un monde nécessite de percevoir ce monde. (53) La vie mentale est faite de ce que nous éprouvons face à ce qui nous entoure et éprouver le monde qui nous entoure fait intervenir notre conscience pré-réfléchie. (53)

La *Déclaration de Cambridge sur la conscience* (2012) affirme l'existence de la conscience non pas seulement pour l'être humain mais pour d'autres animaux non humains. Elle indique que : « [l]'absence d'un néocortex ne semble pas exclure qu'un organisme puisse expérimenter des états affectifs. Des preuves convergentes indiquent que des animaux non humains ont les substrats neuroanatomiques, neurochimiques et neurophysiologiques de la conscience ainsi que la capacité de manifester des comportements intentionnels. Par conséquent, le poids de la preuve indique que les humains ne sont pas uniques à posséder les substrats neurologiques qui produisent la conscience. Les animaux non humains dont tous les mammifères et les oiseaux et aussi de nombreuses autres créatures, y compris les poulpes, possèdent ces substrats neurologiques. » (9) La conscience à laquelle il est fait référence dans cette proclamation correspond au minimum à la conscience pré-réfléchie. Ainsi l'« ensemble des mammifères et des oiseaux » ont une conscience pré-réfléchie de l'existence de l'autre, ainsi que « nombreuses autres espèces » qui restent à être précisées, mais parmi lesquelles on peut déjà citer les céphalopodes. (9) Au vu des exemples précédemment cités, au moins certaines espèces de poissons pourraient se voir reconnaître cette conscience pré-réfléchie de l'existence de l'autre, car certaines facultés qu'ils expriment, comme certains comportements de prédation, témoignent d'un apprentissage s'appuyant sur l'observation d'autres membres de l'espèce. Il est possible que dans les années à venir, cette capacité soit au moins admise pour l'ensemble des autres vertébrés.

La conscience pré-réfléchie de l'autre est nécessaire pour entrer en relation avec autrui, même pour des actes qui peuvent sembler aussi « instinctifs », « mécaniques », « inconscients » dirait-on que la coordination des mouvements. A titre d'exemple Frans de Waal évoque le cas des animaux de trait : « Les chevaux de trait attelés à la même charrette montrent parfois un énorme attachement les uns aux autres. Au début, ils se bousculent et leurs mouvements se contrarient, chacun allant à son rythme. Mais après avoir travaillé des années ensemble, les deux chevaux d'un attelage finissent par ne faire qu'un, emportant hardiment la carriole à une vitesse débridée pour franchir l'eau des obstacles lors des courses d'attelage, se complétant l'un l'autre et refusant d'être séparés même pour un temps infime ». (48) Ces comportements et liens affectifs sont également observés chez les autres espèces employées pour le trait : des ânes (*Equus asinus*), des chiens (*Canis lupus familiaris*), des bœufs (*Bos taurus*), etc., ainsi « [l]a coordination des mouvements exprime les liens tout en les renforçant ». (48) Les conditions de vie des deux individus et la conscience pré-réfléchie de l'existence de l'autre permet l'adaptation à son mouvement, la coordination, l'imitation de son mouvement, et par voie de conséquence la naissance et le développement de sentiments d'attachement, de comportements d'affection, de comportements d'entraide qui renforcent en retour cette coordination. Au travers de cet exemple, se dessine la potentialité morale de la conscience pré-réfléchie. Elle est à la base du développement de comportements plus complexes tels que la capacité de se mettre à la place d'autrui « pour » lui venir en aide, « pour » comprendre qu'autrui n'a pas la même perception du monde que nous. A titre d'exemple, on peut prendre le lien entre les adultes et les petits dans les groupes d'animaux sociaux : les suricates (*Suricata suricatta*) adultes enseignent aux petits comment s'approvisionner en nourriture : à la fin du premier mois de vie, les adultes commencent à livrer un scorpion mort ou vivant après lui avoir enlevé l'aiguillon mortel, puis ils le leur livrent intact et enfin ils les laissent l'attraper seuls et en retour les cris de mendicité des petits témoignent des connaissances acquises, modulant le comportement de l'adulte qui s'adapte au petit (42) ; les femelles orangs-outans (*Pongo spp.*) pratiquent la technique de la passerelle lorsque leur petit ne parvient pas à les suivre d'un arbre à un autre. (48) L'entraide, les apprentissages sociaux, reposent au départ sur la conscience de l'existence de l'autre. Et c'est cette capacité qui fait que les groupes sociaux qui se forment dans le monde animal, humain et non humain, ne sont pas de simples agrégats d'individus mentalement solitaires et qu'un « savoir commun » et que des comportements et des pratiques sociales particulières propres à un groupe peuvent découler du vivre ensemble. (42)

La conscience pré-réfléchie, si elle est à l'origine de l'expression de tout comportement d'empathie, de protection, d'entraide, de jeu, etc., est également à l'origine de l'expression des comportements de prédation, d'agression, de compétition, etc. L'espace social créé par deux entités ayant chacune la conscience pré-réfléchie de l'existence de l'autre est un espace dans lequel la vie d'au moins une des deux, sinon des deux, est en jeu, l'une n'est pas à l'abri d'être éliminée par l'autre. Dans une relation sociale, tantôt l'un se révolte ou s'empote contre l'autre, tantôt il cherche à s'adapter à l'autre ; tantôt l'existence de l'un est niée, tantôt elle paraît essentielle à l'autre. (31) Toute relation entre ces deux individus, conscients de manière pré-réfléchie de l'existence de l'un et de l'autre, soulève des questionnements et des réflexions éthiques desquelles découlent des implications normatives, que ces deux entités aient pleinement conscience de ces enjeux ou non. Si la coopération et le partage ont un intérêt évolutif, si « beaucoup d'animaux survivent non pas en s'éliminant les uns des autres, mais en coopérant et en partageant » (48), il n'en demeure pas moins que dans le même temps, il est des

cas, où pour rester en vie, l'élimination de l'autre peut être également nécessaire. Ainsi la conscience pré-réfléchie, en nous faisant prendre conscience de l'existence de l'autre, est le terreau vers une considération plus profonde de l'autre d'un point de vue moral, éthique, juridique. En somme, elle nous invite, en fonction de nos possibilités cognitives, à réfléchir sur les implications normatives de la relation sociale mise en place par la reconnaissance pré-réfléchie de l'existence de l'autre.

c) Le lien entre conscience pré-réfléchie de l'existence d'autrui et implications normatives

Ainsi une personne est définie d'une part par son bagage génétique en tant qu'elle est un individu, c'est-à-dire une entité vivante distincte de toutes les autres par la combinaison d'un certain physique, un certain tempérament et un certain intellect et d'autre part par sa socialité, sans laquelle il n'y a pas lieu de parler de statut moral. Cette socialité repose « basiquement » sur la capacité de cet individu à appréhender de manière pré-réfléchie l'existence d'autrui. En cela, la conscience pré-réfléchie de l'existence d'autrui est une faculté innée de la personne, elle repose sur son bagage génétique qui code la faculté à avoir une « conscience pré-réfléchie » et est indépendante du développement ou non, voire de l'étiollement des « capacités cognitives supérieures » (telles que mentionnées et décrites dans les précédentes sous parties). En cela « [t]out comme une personne atteinte d'une maladie cardiaque est toujours un animal humain, mais sans certaines des fonctionnalités typiques d'un animal humain, une personne souffrant de déficits cognitifs est toujours une personne. Il en est ainsi parce que les personnes sont essentiellement des êtres relationnels, de sorte que leurs conditions d'individuation et d'identification ne peuvent être données indépendamment de leur position par rapport aux autres. Pour cette raison, une conception plausible de la personne doit prendre en compte l'enracinement social des personnes comme leur condition la plus saillante. » (32) Cette socialité s'appuie sur la capacité à appréhender l'existence d'autrui de manière pré-réfléchie « indépendamment de toute cognition d'ordre supérieur. » (32)

D'une part, la capacité à reconnaître de manière pré-réfléchie l'existence d'autrui, fait de la personne un être essentiellement indépendant en tant qu'elle se distingue de manière pré-réfléchie d'autrui. D'autre part, cet être indépendant ne peut se détacher de sa socialité, il est dépendant d'autrui pour se définir, mais également parce que, quoi qu'il arrive, autrui a le pouvoir de vie ou de mort sur cet être vivant, de maltraitance ou de bienfaisance sur cet être sensible. En effet, la conscience pré-réfléchie de l'existence d'autrui implique que celui qui la possède est un être vivant sensible, car percevoir de manière pré-réfléchie le monde repose sur les sens et les sensations : la vue, le toucher, l'odorat, le goût, l'ouïe, la capacité à éprouver de la douleur, du plaisir, de l'affection, à avoir peur, etc. La personne ainsi définie est donc un être vivant sensible indépendant et social, ce qui pose la question de sa normativité. En effet, de cette relation sociale, où deux individus sont conscients de manière pré-réfléchie l'un de l'autre, chacun vivant sensible, indépendant et social, peuvent naître des comportements d'ignorance, de domination, d'agression, de prédation, etc. Alain Barthez souligne l'importance de la conscience pré-réfléchie de l'existence d'autrui dans la prédation : « Pour survivre, nous n'avons en général qu'une seule chance, un seul coup à jouer mais qui engage nos muscles et notre masse corporelle en déplacement. Pour attraper une proie qui se déplace à 36 kilomètres à l'heure, c'est-à-dire de dix mètres en une seconde, il faut anticiper sa position en moins de

100 millisecondes et se diriger là où elle sera dans un instant. Il faut aussi préparer le geste de capture, préparer les muscles à compenser son poids et vaincre sa résistance. Il faut anticiper, deviner, parier sur son comportement, il faut se constituer une « théorie de l'esprit » en devinant quelles peuvent être les esquives de cette proie en fonction du contexte. Il s'agit donc de processus extrêmement rapides, fondamentalement dynamiques, au cours desquels tout se joue en quelques dizaines de millisecondes. » (29) Mais peuvent naître également des comportements altruistes d'empathie, d'entraide, d'affection assurant le partage des ressources (alimentaires, protectrices, affectives), le maintien des groupes sociaux (hordes, meutes, troupes, etc.), la protection des plus dépendants, ouvrant le champ social à l'appréhension de l'autre au travers de la morale, de l'éthique, et donc aux questionnements normatifs à propos du droit à la vie, du droit de ne pas être maltraité ou souffrir, du droit à la reconnaissance de la dignité, en somme du droit au respect de la personne au sein de cette relation sociale.

Mais est-ce que le lien ainsi établi entre valeur morale, implications normatives et concept de personne tombe dans l'« erreur normative », à savoir que la valeur morale accordée à la personne serait la conséquence de la valorisation d'une ou de plusieurs capacités qu'elle posséderait ? La personne est définie par rapport à sa capacité pré-réfléchie à appréhender l'existence d'autrui, par conséquent « les personnes sont sociales par défaut, pour ainsi dire, et doivent donc organiser leur vie collective en conséquence » (32) car la majorité du temps on ne survit pas « en s'éliminant les uns des autres, mais en coopérant et en partageant ». (48) La préoccupation morale surgit lorsque nos actions sont liées aux autres et donc prendre la capacité qui nous permet de nous relier les uns aux autres pour commencer à expliquer la valeur normative associée à la personne semble être un bon début (32) Appréhender de manière pré-réfléchie l'existence d'autrui est une condition nécessaire pour attribuer une valeur morale à autrui, pour s'intéresser moralement et éthiquement à autrui. (32) Or la personne est l'individu possédant cette capacité. Ainsi la condition ontologique de la personne est la nature normative. (32) Et cette définition de la personne ne tombe pas dans l'erreur normative.

d) L'importance du respect de la dignité de la personne

D'après cette définition de la personne, on ne tombe pas dans l'erreur subjective car autrui peut (dans le sens de la capacité) nier les droits fondamentaux de la personne, pour autant cela n'empêche qu'elle est une personne, car être une personne ce n'est pas quelque chose que l'on a, c'est quelque chose que l'on est. Pour autant, si toutes les personnes sont dépendantes les unes des autres en ce sens que toutes peuvent (au sens de la possibilité pratique) être anéanties par la relation sociale qu'elles établissent de manière pré-réfléchie, certaines le sont plus que d'autres en termes de protection vis-à-vis d'un danger, de soins apportés, de réalisation des fonctions vitales, en fonction de leur espèce, de leur âge, de leur génétique, de leur santé, de leur résilience, de leur niche affective, etc. L'ampleur de la dépendance à autrui pour vivre varie entre les personnes en fonction de l'espèce à laquelle elle appartient, de son bagage génétique propre, de ses capacités cognitives, émotionnelles et relationnelles.

Considérant l'espèce, le degré de dépendance existant « spécifiquement » entre ses membres les uns envers les autres module l'impact de la relation sociale sur eux. Pour les espèces grégaires et les espèces pour lesquelles le soin apporté au petit est présent, l'isolement d'individus ou la disparition d'un proche conduit à une augmentation du taux d'hormones de

stress (85), au développement potentiel de comportements d'agressivité (86), à l'incapacité à s'adapter à une nouvelle situation ou bien à stresser davantage (86), à un développement altéré du cerveau ou de la mémoire (86), de même qu'à un développement d'automutilation (87) ou de déperissement (88). Le nanisme affectif observé chez des enfants orphelins au Royaume-Uni pendant la seconde guerre mondiale témoigne de l'importance du lien entre affection et développement dans l'espèce humaine. (89) En effet dans certains orphelinats anglais, les enfants avaient une taille et une tête plus petites que la moyenne et de longs doigts. (89) Ces enfants étaient en fait en carence affective, et par conséquent ne s'endormaient que par épuisement. (89) Les phases lentes préparatoires au sommeil durant lesquelles sont secrétées les hormones de croissance et sexuelles se retrouvaient saccadées chez ces enfants. (89) Ainsi des enfants sains génétiquement et biologiquement en carence affective présentent pourtant un développement différent de la trajectoire indiquée par leur génétique et leur biologie. Une fois placés dans des familles d'accueil formant des niches affectives, ces enfants récupéraient très vite une partie de leur retard. (89) Ainsi la présence de l'autre apparaît, au moins chez les mammifères, nécessaire à la survie et au développement d'un individu, indépendamment de la présence réelle d'un danger et d'un accès suffisant (pour survivre) à la nourriture, alors que probablement que dans des espèces non grégaires, ces paramètres affectifs n'ont pas le même impact sur le développement de l'individu. De même la propension de l'espèce à avoir de la mémoire module la forme prise par la relation sociale entre deux individus. La mémoire joue un rôle dans le maintien et la profondeur de la relation sociale grâce à la confiance. Quelles que soient les raisons du partage des ressources (alimentaires, affectives, de protection, etc.) et de la coopération, la confiance joue un rôle majeur dans le maintien à long terme de la relation. La confiance correspond à « la foi en la loyauté ou la coopération de l'autre, ou au moins [à] l'espérance qu'il ne vous trompera pas [...]. Nous utilisons nos expériences antérieures pour décider à qui nous accordons notre confiance, et tablons parfois sur notre connaissance générale des membres de notre société ». (48) Sans confiance naissent des tensions, de l'insécurité, des clivages, des exclusions, de la peur.

L'affirmation de la personnalité passe par une relation interpersonnelle fondée sur le respect. Dans une relation interpersonnelle où les personnes impliquées ont en plus de la conscience pré-réfléchie de l'existence de l'autre, une conscience de soi réfléchie, l'importance du respect témoigné à la personne est évidente. L'image que la personne capable de conscience réfléchie se fera d'elle-même, sera en partie dépendante des autres, de la manière dont les autres lui font éprouver ou ressentir ce qu'elle est selon eux. Le véritable respect aura tendance à lui faire ressentir qu'elle est une personne, avec toutes les implications normatives associées à savoir qu'elle est unique, irremplaçable et qu'on lui doit le respect, tandis que le manquement de respect tendra au contraire à lui faire perdre le sentiment qu'elle est une personne. Dans les cas de violences familiales, les enfants ont tendance à justifier les comportements violents (agressivité physique ou verbale, négligence, négation de l'être, etc.) des parents en considérant qu'ils l'ont mérité. (90) Les femmes et les enfants dans un tel contexte de violence peuvent présenter une souffrance psychique d'origine sociale (89) liée à la perte de trois confiances : la confiance en soi, la confiance en autrui, la confiance en l'avenir. (75) Par souffrance psychique il faut entendre une douleur d'existence soumise au travail psychique en tant qu'« elle peut être sidérée, utiliser tel ou tel mécanisme de défense plus ou moins élaboré » (89), et souffrance d'origine sociale parce qu'un « individu isolé, ça n'existe pas ». (89) Lorsque son intensité est extrême, lorsque la personne ne parvient plus à dire « non » à autrui (75), la souffrance

psychique d'origine sociale peut se muer chez la personne en un syndrome d'« auto-exclusion » qui consiste « à s'exclure de soi pour ne plus souffrir, sortir du désespoir, de l'agonie, de l'effondrement, de la révolte impossible. De ce fait, le sujet ne se sent plus ni dans son corps ni dans sa subjectivité. Il perd ainsi le sentiment de la continuité de son existence, et entre dans un cycle de destructivité, avec des défenses paradoxales très coûteuses qui accélèrent la spirale de l'exclusion ». (91) La réduction en esclavage, l'exploitation, les génocides, les violences familiales sont autant de situations dans lesquelles la personne humaine est susceptible d'enfouir sa personnalité, jusqu'à, dans des cas extrêmes, ne plus ressentir qu'elle est une personne : comme si elle n'avait pas le droit de vivre, de ne pas être maltraitée, de ne pas subir des actes « inhumains », cette personne ne se révolte plus contre ces traitements. Consciemment ou non, la personne renonce à sa liberté pour survivre. Pour autant toutes les personnes subissant ces violences ne développent pas nécessairement un « syndrome d'auto-exclusion », toutes ne renoncent pas. Même pour certaines avoir vécu ces souffrances la structure de la manière suivante : « quoi qu'il arrive, je m'en sortirai ». (89) Cela souligne bien que, si conscientes d'elles-mêmes que les personnes soient de manière réfléchie et si capables qu'elles soient de concevoir intellectuellement ce qu'est le respect et la dignité de quelqu'un d'autre, elles n'ont pas toutes la même faculté de résilience. La résilience est « l'aptitude d'un corps à résister aux pressions et à reprendre sa structure initiale ». (92) C'est la capacité à faire face à l'adversité, à se développer malgré un traumatisme physique, verbal ou social. (92) La résilience contribuera à l'affirmation de sa personnalité dans des contextes graves de souffrance ou de négation de cette personnalité. Et elle repose sur la combinaison de la génétique, de la niche affective, du moment, du contexte culturel et social, dans lequel le traumatisme s'inscrit. (92)

La proposition disant que « l'affirmation de la personnalité passe par une relation interpersonnelle fondée sur le respect » reste valable même dans le cas où les personnes impliquées dans la relation sociale ne disposent pas des moyens pour comprendre la profondeur philosophique, morale, éthique, sociale des termes de « personne », de « respect » et de « dignité ». Ce n'est pas parce qu'une personne n'a pas conscience d'être bafouée dans ses droits, qu'autrui peut légitimement le faire. S'il est important d'essayer de comprendre le monde selon la perspective des personnes, c'est que ce n'est pas parce que des personnes ne comprennent pas ces concepts que leur agir dans la relation sociale n'est pas influencé par l'attitude adoptée à leur égard : « par leur comportement et leur répertoire expressif, elles peuvent fournir la preuve d'une estime de soi croissante ou défaillante en réponse à la façon dont elles sont traitées. » (57) Par ailleurs, même si le respect dû à une personne apparaît comme en partie lié à sa capacité à souffrir de ce manque de respect, celui-ci doit être octroyé indépendamment de son degré de souffrance (57), et ce quelle que soit la raison pour laquelle elle n'a pas conscience de sa valeur de manière réfléchie que ce soit pour des raisons génétiques, anatomiques, physiologiques, de santé, relationnelles, etc. Car avoir une conscience réfléchie d'être une personne est un phénomène différent d'être une personne. (8)

e) Les questions soulevées par la mise en pratique du respect de la personne dans le soin

Toute relation interpersonnelle peut faire intervenir le respect ou le laisser de côté. Mais tout l'intérêt de la réflexion éthique et de son expression en acte repose sur le fait justement que le respect de la dignité d'une personne peut prendre différentes tournures en fonction du contexte et des individus impliqués. Dans le contexte médical, respecter la dignité d'une personne ce peut être lui venir en aide parce qu'elle nous le demande ou parce que nous sentons qu'elle en a besoin. Mais venir en aide avec respect implique de ne pas s'imposer complètement, de ne pas chercher à dominer, et parfois de ne pas vouloir régler l'ensemble de ses difficultés en même temps, de prioriser. Dans certains cas, respecter la dignité d'une personne repose sur la vérification que les besoins de la personne qui se trouve en face de nous sont bien assouvis, qu'elle n'est pas abusée de quelque manière que ce soit, qu'aucune personne ne se permet des actes avec elle simplement parce qu'elle ne peut pas se défendre elle-même, qu'elle ne peut pas se révolter (physiquement, mentalement, psychiquement). (57) Faire preuve de respect vis-à-vis d'une personne, ce peut-être se laisser étonner, se laisser surprendre, se laisser guider (57) et même dans des cas plus extrêmes, ce peut-être accepter qu'elle ne soit pas « normative » (75) vis-à-vis d'elle-même et/ou vis-à-vis des autres. Mais parfois respecter la personne va à l'encontre de ce que la personne, ou l'opinion générale, considèrent être une marque de respect : respecter une personne qui se drogue, c'est essayer de lui faire cesser l'absorption de toute drogue lorsqu'elle en sera capable, respecter une personne qui souffre intensément de sa maladie peut être de l'inciter à choisir un traitement qui pourra augmenter ses souffrances où en faire intervenir de nouvelles, le temps qu'elle guérisse. Et parfois le respect de la dignité s'inscrit dans le rapport à la mort : respecter une personne peut passer par la transgression son droit à la vie parce qu'elle n'a plus de projet de vie et demande au soignant de l'aider à mourir ou par le refus de cette demande par le soignant. C'est dans le contexte de la médecine vétérinaire, avec l'aide des données issues de la médecine humaine, que nous étudierons dans les parties suivantes comment s'exprime le respect de la dignité associée au concept de personne. En effet, au vu de la définition de la personne, au minimum les mammifères et les oiseaux seraient des personnes. Ceux-ci sont les animaux les plus fréquemment rencontrés en pratique vétérinaire généraliste. Les implications éthiques du concept de personne non humaine seront étudiées dans le cadre de la relation de soin en médecine vétérinaire individuelle.

II - RESPECTER LA DIGNITÉ DE LA PERSONNE MALADE DANS LA RELATION DE SOIN : COMMENT CONCILIER LE RESPECT DÛ A TOUTE PERSONNE IMPLIQUÉE DANS UNE RELATION DE SOIN TOUT EN S'ADAPTANT AU CONTEXTE PARTICULIER DANS LEQUEL S'INSCRIT CETTE RELATION ?

A - Le cadre éthique de la relation de soin en médecine individuelle

Le soin est « la manière appliquée, exacte et scrupuleuse de faire quelque chose » (93) ou « l'effort, le mal qu'on se donne pour obtenir ou éviter quelque chose. » (93) D'après le *Code de déontologie médical*, le soignant se doit de « préserver la santé physique et mentale des personnes et d'alléger leurs souffrances. Il doit prodiguer les soins nécessaires avec humanité en respectant la dignité des personnes concernées et sans discrimination aucune, en temps de paix comme en période de conflit armé ou dans d'autres situations d'urgence. » (94) Dans le *Code de déontologie de la profession vétérinaire*, il est également indiqué que le vétérinaire doit dans la limite de ses possibilités s'efforcer d'atténuer la souffrance des animaux dont il a la charge. En cas d'urgence, il doit administrer les premiers secours à un animal, c'est-à-dire « les mesures immédiates nécessaires pour éliminer le risque pour la vie de l'animal ou pour soulager des douleurs ou des souffrances immédiates » (95), et ce avant l'obtention du consentement du propriétaire.

En pratique, en médecine humaine et vétérinaire, les patients sont inclus dans un contexte social et les soins dépendent du malade, de la famille, des médecins, des gouvernements, de la religion, de la justice et des lois (96), voire de l'opinion publique et de la presse. (97) Tout soin revêt donc un aspect collectif, ne serait-ce que par l'inscription de principes moraux fondamentaux dans la loi assurant un minimum de normes élémentaires concernant le soin. Pour que l'acte soignant, soit en pratique, « l'expression la plus sensible de nos obligations à l'égard de l'autre » (98), il faut qu'il soit légitime d'une part, ce qui suppose que les besoins du patient aient été évalués, qu'ils soient justifiés et que l'action qui doit en découler soit efficace ce qui nécessite des compétences théoriques et pratiques de la part du praticien. (99) Ainsi l'acte soignant repose sur l'éthique de la responsabilité et l'éthique de conviction :

- l'éthique de la responsabilité, car le soignant cherche un consensus pour répondre à un problème au travers d'une réflexion collective. (99)

- l'éthique de la conviction, car le soignant fait des choix pour être en accord avec lui-même par rapport aux conséquences de ses actes sur les « autres » (terme recouvrant ici l'altérité et la temporalité). (99)

1) Les quatre principes fondamentaux de la médecine : non-malfaisance, bienfaisance, justice et autonomie

En médecine, l'acte soignant repose sur quatre principes éthiques : la non-malfaisance (100), la bienfaisance (101), la justice (100) et l'autonomie (101).

- Le principe de bienfaisance indique que le médecin doit agir dans le but d'améliorer la qualité de vie du patient. La difficulté de ce principe repose sur différents points. D'une part, il se confronte au principe d'autonomie du patient. (99) D'autre part, « il est essentiel que le bien visé soit en même temps son bien, ce qui oblige à différencier le bien tel que le conçoit

l'humanitaire et le bien tel que l'appréhende la personne aidée. » (99) Pour ces deux raisons, il se trouve des cas où il est remplacé par le principe de non-malfaisance.

- Le principe de non-malfaisance stipule que si le médecin ne peut rien faire pour le patient, il a en revanche l'obligation de ne pas lui ajouter de souffrance. (102) Il existe des situations où, le principe de bienfaisance n'étant plus applicable, ne pas réaliser un acte ou arrêter tout ou une partie des traitements peut être dans le meilleur intérêt du patient. (103), (99)

- Le principe de justice revêt un aspect éthique au travers de l'accès aux soins et un aspect juridique au travers de la législation. (104) Il s'exprime au travers de l'égalité et l'équité dans l'accès aux soins, par exemple : deux patients doivent recevoir les mêmes traitements tant que des preuves cliniques et scientifiques ne permettent pas de révéler que deux situations sont différentes. (103)

- Le principe d'autonomie reconnaît la faculté du patient à avoir un point de vue, à évaluer une situation et à faire des choix. (103) Le soignant doit fournir au patient l'ensemble des informations nécessaires à la compréhension de la situation médicale dans laquelle il se trouve, les procédures pouvant être mises en place ou non, leurs avantages et leurs inconvénients (103), afin que le patient puisse analyser et décider de la prise en charge qu'il souhaite à l'instant t, pour agir sur sa maladie et son destin à cet instant t. (104) De ce principe découle la notion de consentement éclairé.

Si le principe d'autonomie a permis de remettre en cause une approche paternaliste du soin, elle rend d'autant plus complexe la relation patient-soignant. Premièrement cette relation reste asymétrique. D'une part, le patient n'a jamais autant de connaissances sur la maladie et sa prise en charge que le soignant, et, d'autre part, le soignant n'a jamais autant accès au vécu et au ressenti de la maladie que le patient. Canguilhem écrit que « l'acte médico-chirurgical n'est pas qu'un acte scientifique, car l'homme malade n'est pas seulement un problème physiologique à résoudre, il est surtout une détresse à secourir. » (101) Dès lors se pose le problème de l'autonomie, car si de prime abord le langage et l'écriture paraissent être de bons moyens pour s'assurer que l'autonomie du patient est respectée, les soignants n'ont cessé de se demander comment être sûr que le malade veut ou peut réellement comprendre ce qui lui arrive : « tout serait facile si la maladie pouvait se réduire à une simple question d'information et le malade se présenter comme un simple corps à réparer. » (101) Deuxièmement, elle peut entrer en conflit avec les principes de bienfaisance et de non-malfaisance lorsque différents types de traitements existent et que le patient, une fois informé, refuse le traitement qui serait d'un point de vue scientifique celui qui semblerait être le plus à même de conduire à de bons résultats. (104) Se posent alors les questions suivantes : si le patient choisit de ne pas se conformer à ce qui est proposé par le médecin, s'agit-il d'un refus informé ? (104) Est-ce une marque d'autonomie ? Ou bien est-ce l'expression d'une incapacité à comprendre ce qui est recommandé par le soignant ? (104) En anglais, le terme « autonomy » regroupe à la fois les notions : d'autodétermination, correspondant à « la capacité d'opérer des choix sans contrainte » (93) ; et d'autonomie, au sens en français d' « obéissance à une loi (*nomos*) qui ne s'impose pas de l'extérieur (hétéronomie), mais qui est élaborée par soi-même (*autos*), en tant que sujet libre et rationnel ». (93) Dès lors on constate que le principe de bienfaisance ne s'oppose pas à l'autonomie mais à l'autodétermination. En effet, employer ces deux termes comme des synonymes « fait courir le risque de remplacer le pacte de soins et sa dimension d'alliance thérapeutique par l'affrontement brutal de deux volontés : la bienfaisance du médecin opposée à l'autonomie du patient. » (93) Au contraire, si l'autonomie fait uniquement référence

à la capacité de se donner ses propres lois, cela ouvre un espace d'échanges, au sein duquel le consentement est à la fois implicite et explicite : le « consentement aux soins est tacite et implicite [...] du fait même de la demande de consultation médicale » (93) mais il doit aussi être explicite « l'information la plus claire et la plus complète doit être fournie au patient dans le but d'établir la relation de confiance indispensable à sa participation aux décisions qui le concernent » (93) afin que ce consentement devienne consentement éclairé. Troisièmement, il est des situations où le patient n'est pas autonome comme par exemple, lorsqu'il se trouve dans un état critique, dans ce cas le soignant prend « la décision qui respecte le mieux l'intérêt du malade et qui donne du sens à l'acte médical qu'il effectue ». (105)

En médecine vétérinaire, on retrouve dans le *Code de déontologie de la profession vétérinaire* les repères éthiques de bienfaisance, de non-malfaisance et de justice, mais pas d'autonomie. Ce dernier point permet de distinguer la différence d'attitude du soignant à l'égard du patient en cas de refus du traitement par celui-ci :

- dans le cas d'un patient humain, le contraindre à prendre le traitement sans son consentement est considéré juridiquement et éthiquement comme une violation du droit à disposer de son corps (106)

- dans le cas d'un patient non humain en revanche, le vétérinaire a toujours la responsabilité d'essayer de défendre au mieux les intérêts du patient, même si celui-ci ne les perçoit pas. (106) Mais tout comme il existe des cas particuliers à l'application de l'autonomie en médecine humaine, il existe des cas en médecine vétérinaire où il est recommandé de tenir compte du manque de compliance du patient.

Le principe d'autonomie est accordé au propriétaire en médecine vétérinaire et se manifeste par le consentement éclairé. Pour autant, vis-à-vis des patients, l'approche du vétérinaire n'est pas nécessairement paternaliste, elle dépend de sa manière d'en prendre soin : « bien que nous fassions pour eux ce qu'ils ne peuvent pas faire eux-mêmes, *nous ne leur imposons pas notre volonté* » pour leur bien ». Au contraire, parce que nous faisons ce qui doit être fait s'ils veulent que leurs préférences soient satisfaites, *nous nous conformons à leur volonté*, telle que nous la connaissons. Ce que nous faisons *est* pour leur bien, mais ce que nous faisons *n'est* pas paternaliste. » (76)

2) Les cinq devoirs du vétérinaire

Le vétérinaire Louis-Furcy Gronier, professeur de matière médicale, chimie et botanique, illustre bien, dans son discours à la remise des prix aux étudiants vétérinaires en 1803 à l'Ecole vétérinaire de Lyon, les différents devoirs du vétérinaire : « Vous êtes encore peu avancés dans la carrière de la vie, tous vos pas seront désormais marqués par des bienfaits rendus à la société. Tantôt vous sauverez la chèvre, unique ressource du pauvre, tantôt vous arrêterez l'épizootie formidable qui menace de désoler tout un empire [...]. Vous n'êtes pas seulement appelés à dissiper, à prévenir les maladies qui affligent les animaux domestiques, vous devez encore chercher les moyens d'adoucir leur sort [...]. La justice ne suffit pas pour mettre un frein à la force ; la voix de la morale est presque toujours étouffée par celle de la cupidité. Jeunes vétérinaires, parlez le langage de l'intérêt particulier à des hommes qui seraient sourds à celui de la philosophie ; prouvez que c'est à son détriment qu'on abuse de sa force, que la cupidité méconnaît presque toujours ses intérêts les plus évidents, que celui qui excède de fatigue le compagnon de ses travaux, qui refuse une nourriture suffisante est insensé autant

que barbare [...]. Si vous êtes assez heureux pour changer la déplorable destinée des animaux domestiques, vous aurez donc contribué à rendre les hommes meilleurs [...]. L'habitude au contraire, de voir souffrir dessèche la sensibilité ; elle efface la pitié, la pitié que J.-J. [Jean-Jacques Rousseau] a regardée comme le caractère frappant de la bonté originelle de la nature humaine. Protecteurs nés des esclaves de l'homme, gardez-vous d'autoriser par votre exemple coupable les atrocités dont les animaux sont les tristes victimes. » (107) Les cinq devoirs de ces jeunes vétérinaires sont donc : le devoir envers le patient, le devoir envers le client, le devoir envers la santé publique, et le devoir envers la profession et le devoir envers lui-même.

a) Les devoirs envers le patient

Une relation de responsabilité implique l'existence d'un « agent » et d'un « objet » : l'agent est l'être qui « a la responsabilité d'agir d'une certaine manière » et l'objet est l'être dont l'agent a la responsabilité. (106) Dès lors, le client est un *agent* et l'animal dont il s'occupe un *objet*. Pour le vétérinaire, s'il est un *agent* envers l'animal, il l'est également envers le client. En tant qu'agent envers le patient, le vétérinaire et le client ont des responsabilités dont certaines sont communes, telles que « ne pas causer de dommages inutiles à un animal », lui venir en aide lorsqu'il se trouve en détresse, etc. ; et des responsabilités spécifiques. (106) Les responsabilités spécifiques du vétérinaire sont inscrites dans le *Code de déontologie de la profession vétérinaire*. En médecine humaine, le *Code de déontologie médical* indique qu'« en toutes circonstances, le médecin doit s'efforcer de soulager les souffrances du malade par des moyens appropriés à son état et l'assister moralement. » (108) Il doit toujours intervenir dans l'intérêt du patient. Notamment, si son patient n'est pas en capacité légale (âge, état physique, état psychique) de se défendre c'est-à-dire de faire valoir ses droits, le soignant doit s'assurer que sa santé est comprise et préservée par son entourage, et si à l'inverse il est victime de son entourage, s'il subit des sévices et des privations, il doit s'efforcer de lui venir en aide, même de manière non médicale, en alertant les autorités judiciaires ou administratives. (108) Tout comme le médecin, le vétérinaire doit s'efforcer dans les limites de ses possibilités, d'atténuer la souffrance de l'animal, comme ceci le souligne l'article R-242-48 du *Code rural et de la pêche maritime* : « lorsque le vétérinaire se trouve en présence ou est informé d'un animal malade ou blessé d'une espèce pour laquelle il possède la compétence, la technicité et l'équipement adapté, ainsi qu'une assurance de responsabilité civile professionnelle couvrant la valeur vénale de l'animal, il s'efforce, dans les limites de ses possibilités, d'atténuer la souffrance de l'animal et de recueillir l'accord du demandeur sur des soins appropriés. » (109) Cet article souligne l'importance du poids de l'« entourage » en médecine vétérinaire, poids différent de celui observé en médecine humaine. Le vétérinaire pour pouvoir assurer ses devoirs envers le patient, doit veiller à ce que le client comprenne ce qui arrive à l'animal et les différentes possibilités de soins et attendre qu'il donne son accord. (110) En France, si depuis 2015 l'animal non humain est reconnu légalement comme étant un être doué de sensibilité, conformément au *Code rural et de la pêche maritime* et au *Code civil*, il « reste soumis au régime des biens meubles, c'est-à-dire que son propriétaire en dispose sous réserve du respect des lois qui protègent cet animal ». (111)

En médecine vétérinaire individuelle, la relation de soin est dans la majorité des cas tripartite. Or la confrontation de ces deux agents responsables de l'animal, mais également la position d'agent du vétérinaire par rapport au client, soulève de nombreuses questions. Si leur

conception du soin de l'animal est différente, laquelle privilégier ? (112) Certaines responsabilités étant spécifiques, ne pas répondre à ses obligations à l'égard d'un animal a-t-il le même degré de gravité lorsqu'il s'agit du propriétaire ou du vétérinaire ? Il semble légitime de considérer que l'agent qui possède le plus de connaissances à l'égard d'un objet a une plus grande responsabilité à l'égard de cet objet. Puisqu'un vétérinaire a plus de moyens qu'un autre agent d'empêcher l'apparition de souffrance chez un animal non humain ou de les arrêter par « ses capacités techniques et sa connaissance médicale des animaux, qu'un autre agent, s'il cause des dommages envers un animal, ceux-ci seront considérés comme plus graves que s'ils sont causés par un autre agent, car il est censé avoir plus de connaissances. » (106) Pour autant faut-il en déduire que si, à l'inverse, les deux agents sont d'accord sur la procédure à suivre pour l'animal, il faudrait s'arrêter de réfléchir et considérer que la décision qui en découle est la meilleure d'un point de vue éthique ? (112) Ainsi si l'éthique médicale vétérinaire est une éthique médicale de responsabilité et de conviction, elle est aussi une éthique de la possession, par le fait que les animaux se situent légalement sur un continuum entre objet et sujet. (113) Ce qui explique l'existence du paradoxe du pédiatre-mécanicien en médecine vétérinaire : le modèle du mécanicien correspondant à l'assimilation du patient à une voiture et l'individu à satisfaire est le client et le modèle du pédiatre correspondant à l'assimilation du patient à un enfant qui dans le même temps est l'individu à satisfaire. (113) La profession étant passée d'une profession de santé à une profession de service, et les patients étant d'après la loi des êtres doués de sensibilité soumis au régime des biens meubles, le modèle du pédiatre relève davantage d'un idéal moral que d'un idéal éthique. (113) Les vétérinaires témoignent qu'au cours de leur vie leur attitude à l'égard des patients s'est déplacée sur un continuum entre ces deux extrêmes. (113)

b) Les devoirs envers le client

Conformément à l'article R-242-48 du *Code rural et de la pêche maritime*, le vétérinaire « conserve à l'égard des propriétaires ou des détenteurs des animaux auxquels il donne des soins une attitude empreinte de dignité et d'attention, tenant compte en particulier des relations affectives qui peuvent exister entre le maître et l'animal ». (109) Le client et le vétérinaire sont des agents face à au patient. L'échange entre ces deux agents est donc nécessaire et doit être fondé sur le respect, l'écoute, l'accompagnement, la bienveillance, et l'empathie. (114) Le vétérinaire devant évaluer pourquoi et comment le client accorde de la valeur à sa relation au patient : comment a-t-il obtenu le patient ? pourquoi s'en occupe-t-il ? comment ? La relation entre le patient et le client peut reposer sur des liens d'amour, de soin et de dépendance (115), et/ou sur des liens de propriété parfois même économiques (115), et/ou sur des liens de considération morale (l'individu est reconnu comme un être sentient avec des besoins fondamentaux et envers qui le propriétaire reconnaît avoir des devoirs moraux) (115). Les liens principaux qui entretiennent la relation sont aussi ceux qui modulent la conception que le client a de ses devoirs envers son animal. L'implication du propriétaire, dans la prise en charge thérapeutique et dans l'appréhension de la maladie, est susceptible d'être différente si elle est mue par des sentiments d'amitié, de connivence ou d'utilité. Le vétérinaire doit comprendre l'unicité de cette relation ainsi que l'unicité de sa propre relation avec le client. Cela ne signifie pour autant pas que les croyances, les interprétations, les attentes du client doivent primer sur celles du patient et du vétérinaire. Mais en comprenant l'unicité de cette relation, le vétérinaire sera plus à même de débiter et d'entretenir une relation de confiance avec le client et donc

d'offrir un traitement égalitaire et équitable entre ses patients (bien que ses clients et les relations qu'ils entretiennent avec leur animal soient différents), en cherchant et aboutissant à un compromis en faveur du patient. Toutefois, il est des situations où un compromis entre le client et le vétérinaire n'est pas trouvé. Lorsque l'accord de soin n'est pas donné par le client « ou lorsque [le vétérinaire] ne peut répondre à cette demande, il informe le demandeur des possibilités alternatives de prise en charge par un autre vétérinaire, ou de décisions à prendre dans l'intérêt de l'animal, notamment pour éviter des souffrances injustifiées. En dehors des cas prévus par le précédent alinéa, le vétérinaire peut refuser de prodiguer des soins pour tout autre raison légitime. » (109)

Les responsabilités du vétérinaire à l'égard du client sont de trois types :

- Les « responsabilités neutres », telles que « ne pas voler, frauder ou désinformer » son client. (106)

- Les « responsabilités acquises », qui impliquent que la relation de soin est liée à des obligations statutaires telles que les lois sur la santé. (106) Le vétérinaire doit s'efforcer de comprendre la demande du client, ce qui passe par l'écoute, le questionnement, l'intérêt, l'évaluation de ses croyances et de ses attentes par rapport à l'état du patient ainsi que de sa relation avec lui. (112) Il doit ensuite expliquer et annoncer avec tact la réalité de la situation médicale dans le cadre du consentement médical éclairé. (114) L'information qu'il délivre « doit être claire, identique pour tous les soignants, adaptée à l'évolution de l'état de réceptivité de ceux qui la reçoivent et loyale par la description de l'état d'avancement de la réflexion éthique face à la réalité clinique. » (114) Le vétérinaire doit ensuite trouver des solutions en fonction de l'intérêt du patient et des capacités du client à appréhender la situation (en terme physique, psychique, intellectuel, financier, matériel, etc.).

- Les « responsabilités professionnelles » en lien avec la législation. (106) Par exemple, dans le cadre de maltraitances, il peut faire appel aux instances officielles qui peuvent dans ce cas supplanter la volonté du propriétaire dans l'intérêt du patient.

Le vétérinaire doit donc faire preuve de « savoir être » et de « savoir être avec », tout au long de l'échange avec le client, ce qui signifie notamment ne pas transférer ses propres responsabilités sur les épaules de client. (114) Cette manière d'être avec le client est aussi importante que de fournir une information éclairée, car c'est elle qui permet la mise en place d'un compromis dans le meilleur ou l'intérêt le moins pire pour l'animal. Tout d'abord, pour faire un choix rationnel dans un contexte d'incertitude, il faut que le client ne soit pas dépassé par ses émotions. (113) Sinon, le vétérinaire doit s'efforcer de rester calme et rationnel, jusqu'à ce que les faits médicaux puissent être appréciés « plus raisonnablement ». (113) Puis, le client doit comprendre le dilemme médical auquel ils sont tous trois confrontés. Le vétérinaire doit adapter son discours à la personne en face de lui tout en s'efforçant de rester exhaustif dans les informations fournies. Le vétérinaire doit essayer de proposer différentes possibilités de prise en charge du patient, afin de répondre au mieux aux besoins médicaux du patient en lien avec les possibilités du client. Face à une même maladie, il existe une plus ou moins grande diversité de prises en charge possibles, avec leurs avantages et leurs inconvénients, qu'il convient de mentionner et d'expliquer. (116) Lorsque la décision est prise, il se doit d'informer le client et de le former sur les signes à prendre en compte pour évaluer l'état de l'animal au long court, les signes d'aggravation de la maladie (état général, activité, prise alimentaire, capacités respiratoires, douleur, etc.) (113) ou sur l'évolution probable de la maladie, et sur les effets

secondaires possibles des médicaments. Par ailleurs, la décision prise quant à la prise en charge thérapeutique n'est pas immuable, pas irrémédiable. Le vétérinaire doit pouvoir reconnaître que la prise en charge initiale doit dans certains cas être changée (non-réponse du patient, impossibilité du client à poursuivre le traitement, etc.). Ceci n'est pas un signe d'échec mais un signe de flexibilité. (116) La flexibilité est un aspect de la prise en charge à accepter dans un contexte d'incertitude par le vétérinaire et le client. Enfin, si le client et le vétérinaire ne parviennent pas à aboutir à un compromis et que la décision est prise en fonction d'un seul des deux agents, c'est au vétérinaire d'assumer la réalisation de l'acte qui en découle.

c) Les devoirs envers la profession

L'Organisation Internationale des Epizooties (OIE) incite les vétérinaires à « fournir un leadership à la société sur les considérations éthiques impliquées dans l'utilisation et le soin des animaux par les humains ». (118) Les vétérinaires doivent jouer un rôle proactif « (1) en identifiant et en résolvant les problèmes de bien-être, (2) en recherchant des méthodes pour réduire [...] les blessures, et (3) en s'assurant que le traitement [...] est fondé sur des preuves plutôt que sur des considérations économiques » (121) à la fois pour leurs patients mais aussi pour assurer l'intégrité de la profession. Tout acte individuel ou pluriel, public ou privé, peut entraîner des répercussions sur la scène publique et modifier le regard du public sur l'ensemble de la profession. (112) Car pour le grand public, tout vétérinaire, avant d'être un soignant particulier, est un soignant parmi tant d'autres, garant d'un savoir commun et d'une attitude morale commune : « tout comme un médecin serait incapable d'exercer s'il n'y avait qu'un seul patient, le malade choisit un médecin parmi d'autres parce qu'il pense indirectement/inconsciemment que le médecin qu'il choisit est garant de l'ensemble de sa profession autant qu'il est garanti par elle, et le médecin doit d'abord avoir un comportement de médecin. » (117) Et cette idée est renforcée et garantie par l'existence même du *Code de déontologie de la profession vétérinaire*.

Si l'art de la médecine est personnel, « [l]a prise en charge ne peut en aucun cas être strictement individuelle ». (117) D'un part, cela passe par le respect de la loi encadrant la profession. Le cadre réglementaire permet de définir et de fixer un certain standard de soins afin de poser des limites entre les actes qu'il est possible de faire et ceux qui sont inadmissibles. (118) Il assure un socle commun, un minimum d'égalité et d'équité en termes d'accès au soin. Et ce socle commun est nécessaire à l'existence d'une éthique du consensus social. En effet, si chaque individu organise sa vie au prisme de son éthique personnelle, dans une société libre, une multitude d'éthiques personnelles se confrontent. (119) Dans ce cas, si la société décidait de s'appuyer sur l'éthique personnelle d'une seule personne pour fonctionner, il faudrait que tous ses membres partagent les mêmes valeurs, ce qui est impossible. (119) C'est donc pour permettre à l'ensemble de ces éthiques personnelles d'exister que l'éthique du consensus social est nécessaire « pour contrôler ceux dont l'éthique personnelle peut impliquer de profiter des autres [...]. Cette éthique du consensus social est invariablement articulée dans la loi, avec des sanctions manifestes en cas de violation. » (119) En retour la loi doit être responsable, équitable, intègre, respectable et respectée. (99) Le *Code de déontologie de la profession vétérinaire* encadre la conduite générale du vétérinaire, ses actes, ses devoirs et le protège. Il doit également veiller à respecter les lois relatives à la protection animale, car il est en première ligne pour déceler des actes de maltraitance et de négligence. La *loi 76-629* de

1976 reconnaît que « tout animal étant un être sensible doit être placé par son propriétaire dans des conditions compatibles avec les impératifs biologiques de son espèce » (120) ; il est interdit d'exercer de mauvais traitements envers les animaux domestiques apprivoisés ou tenus en captivité (120) ; et elle interdit d'utiliser des animaux de façon abusive. (120) L'article R-214-17 du *Code rural et de la pêche maritime* (120) complète cette loi. Il interdit à toute personne « de priver ces animaux de la nourriture et, lorsqu'il y a lieu, de l'abreuvement nécessaire à la satisfaction des besoins physiologiques propres à leur espèce et à leur degré de développement, d'adaptation et de domestication » (120) ; il interdit toutes conditions d'hébergement et autres modes de détention inadaptés à l'espèce animale (120) ; il oblige les détenteurs à leur fournir des soins en cas de maladie ou de blessure. (120) Les lois restreignent la marge de manœuvre du vétérinaire mais dans le même temps elles peuvent « aussi la favoriser en facilitant dans certains cas l'engagement des clients dans la prise en charge de leur animal. » (118)

d) Les devoirs envers la santé publique

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit la santé publique comme « la science et l'art de prévenir les maladies, de prolonger la vie et d'améliorer la santé et la vitalité mentale et physique des individus par le moyen d'une action collective ». (122) Elle définit plus particulièrement la santé publique vétérinaire comme étant la « somme de toutes les contributions au bien-être physique, mental et social complet des humains grâce à la compréhension et à l'application de la science médicale vétérinaire ». (123) La santé publique est perçue comme « un bien commun et universel qui est nécessairement partagé entre les barrières d'espèces » (124), d'où l'importance du rôle des vétérinaires pour « prévenir, contrôler et éliminer la souffrance et la perte économique » engendrées par les maladies transmises entre et/ou par les animaux non humains. (123) Les principales responsabilités de la santé publique vétérinaire sont : de promouvoir la santé animale (125) ; d'améliorer la production et la productivité pour assurer une quantité et une qualité alimentaire suffisante (124) ; de protéger les ressources alimentaires d'origine animale pour assurer leur salubrité et leur sécurité (125) ; de surveiller, prévenir et contrôler des zoonoses et des maladies communes chez les animaux humains et non humains, causant des altérations de santé dans les populations plus vulnérables (125), (126) ; de promouvoir la protection de l'environnement. (124)

La santé publique s'inscrit dans une temporalité variable : « (1) les crises et l'urgence, qu'il s'agit d'anticiper et de préparer, (2) le moyen terme avec la mise en place des équilibres et arbitrages, sanitaires, économiques, sociaux, politiques en général, la simplification des institutions de concertation, de participation, et de décision [...], (3) le long terme avec notamment l'éducation et l'enseignement dans une dimension globale de la santé publique, mais aussi l'organisation du système de santé sur un fondement éthique de la santé publique. » (122) Les mesures mises en place dans le cadre de la gestion de la santé publique dépendent de cette temporalité variable et des possibilités scientifiques, fonctionnelles, pratiques, en lien avec cette temporalité :

- sur les patients non humains : dépistage (127) ; vaccination pendant ou après l'épidémie (123), (128), (129) ; traitement (128), (129) ; abattage de masse (128), (129) ; restriction des mouvements. (127), (129)
- sur les êtres humains : dépistage, soin, quarantaine, vaccination, etc.

- sur les sources de contaminations : contrôle des vecteurs, des réservoirs, des véhicules biologiques et technologiques (130) ; en plus des vecteurs existe aussi le cas des contaminations indirectes au travers des sols et de l'eau qui peuvent être des réservoirs primaires ou secondaires et il faut comprendre la vie des agents pathogènes dans ces milieux (128) ; restriction des mouvements (127), (129) ; recherches sur les agents pathogènes, les vecteurs, leur biologie et leur écologie. (128)

- sur les pratiques : amélioration des gestes sanitaires (128) ; évaluation des pratiques d'élevage : hygiène, production, génétique animale, contrôles des infections réglementées dans les élevages (130) ; amélioration de la surveillance des épidémies à partir des données transmises par les abattoirs, les vétérinaires, les structures médicales humaines, les centres de recherche. (123)

Dans le cadre de la santé publique, de la recherche, ou de soins gouvernementaux, les médecins doivent se soumettre à la loi, à la hiérarchie, ils doivent aussi s'engager pour défendre la santé, voire pour pouvoir faire changer les choses au travers d'associations. (96) Le médecin doit assurer la défense de la valeur de la santé face à d'autres valeurs pesant fortement dans la sphère publique : « La santé, qu'elle soit définie comme un état, un capital, un bien ou une norme, est d'abord une valeur, qu'il faut défendre contre d'autres valeurs, notamment des valeurs économiques telles que la productivité et la compétitivité. » (131) Toutefois, il reste de manière officielle soumis à la loi et aux ordres gouvernementaux qui peuvent lui être donnés : le « médecin ne peut pas abandonner ses malades en cas de danger public, sauf sur ordre formel donné par une autorité qualifiée, conformément à la loi. » (108) Ainsi, que ce soit en médecine humaine ou en médecine vétérinaire, la santé individuelle et la santé publique s'affrontent tout en s'entraînant, en s'entrelaçant, faisant appel aux deux repères éthiques suivant :

- l'individu et le critère de respect de la personne

- le bien commun et les critères de justice et d'équité dans l'accès aux soins

Le soignant se retrouve pris en « tension entre le devoir de protéger au mieux la collectivité dans laquelle la personne souffrante évolue et le devoir d'aider cette personne au mieux ». (122) La santé de chacun dépend du développement, de la performance des moyens et de la possibilité d'avoir accès aux soins mais aussi des « conditions de travail, de vie, aussi bien aux plans économiques que sociaux, environnementaux, alimentaires. » (122) La santé individuelle n'est jamais séparée de la santé publique. Et le succès de la santé publique repose sur la politique publique mais aussi sur les membres de cette société, sur l'engagement de chacun dont celui des médecins et des vétérinaires dans leur pratique personnelle. (122) Si ces deux médecines sont liées et complémentaires, pour une question de moyen et de pertinence, cette thèse inscrira son étude dans la médecine individuelle et la relation de soin bi- ou tripartite entre soignant (vétérinaire/ médecin), client/ personne de confiance, patient (animal humain ou non humain) et la relation de soin ne sera liée qu'indirectement à la santé publique.

e) Les devoirs envers lui-même

Les professionnels de santé sont sans cesse confrontés à une diversité de situations pour lesquelles ils doivent soutenir le patient et ses proches, soutien adapté à la situation en fonction du contexte, de sa marge de manœuvre, de sa cadence de son travail, etc. A cela s'ajoutent les dilemmes éthiques auxquels tout soignant doit faire face et s'efforcer de trouver une solution. Le dilemme éthique naît de l'incapacité ou de l'impossibilité de prioriser un intérêt sur un

autre (118) ou « lorsqu'il y a une priorisation des intérêts d'un choix éthique clair mais qu'il est difficile à exécuter en raison d'un facteur contextuel. » (118) Face à ces situations diverses, chaque soignant « vit, soigne et réagit en fonction de son référentiel personnel et de sa capacité de contrôle émotionnel » (105) et de son entourage médical et personnel (familial et amical).

L'article R-4127-47 du *Code de la santé publique* mentionne qu'il est admis que : « Hors le cas d'urgence et celui où il manquerait à ses devoirs d'humanité, un médecin a le droit de refuser ses soins pour des raisons professionnelles ou personnelles. S'il se dégage de sa mission, il doit alors avertir le patient et transmettre au médecin désigné par celui-ci les informations utiles à la poursuite des soins. » (108) Selon Jean Furtos, la santé mentale est « la capacité de vivre et de souffrir dans un environnement donné et transformable, sans destructivité, mais non sans révolte ; c'est-à-dire la capacité de vivre avec autrui et de rester en lien avec soi-même, mais aussi d'investir et de créer dans cet environnement, y compris des productions atypiques et non normatives. » (132) Ainsi, au travers de ce texte de loi, est assuré un minimum d'espace légal au médecin pour se révolter, pour rester en lien avec lui-même et cet espace est renforcé au travers de la clause de conscience. La clause de conscience est « le droit de refuser la réalisation d'un acte médical pourtant autorisé par la loi mais qu'il estimerait contraire à ses propres convictions personnelles, professionnelles ou éthiques. » (108)

Contrairement au médecin, le vétérinaire ne dispose pas d'une clause de conscience. Or cette différence est majeure quant à la prise de conscience pour le soignant de ce devoir envers lui-même. La législation ne le confortant pas dans son droit à ne pas agir contre sa conscience, l'exercice de la délibération prend tout son sens pour le vétérinaire. La délibération lui permet de prendre conscience de la légitimité ou non de sa révolte face aux situations auxquelles il est confronté. Mais que cette révolte soit légitime ou non, « [u]ne décision éthiquement bonne non seulement ne saurait jamais contraindre les interlocuteurs à agir contre leur conscience, mais doit chercher positivement un consensus respectant les personnes dans leurs référentiels propres et communs. » (105) Tout vétérinaire doit en avoir conscience, quelle que soit la pression exercée sur lui, et peut, dans la mesure où il ne nuit pas à autrui, chercher un compromis qui tienne également compte du patient, du client, de la santé publique et de ses valeurs.

3) La complémentarité de l'éthique du *care* et de l'éthique déontologique dans et pour la relation de soin

a) Les liens et les points de rupture entre la justice et l'éthique

i – Les intérêts et les limites de la justice pour l'avènement d'un monde plus juste

Le soignant s'engage pour la personne malade, par conviction personnelle ou par nécessité et engagement en tant que personnel de santé. *La Déclaration Universelle des droits de l'Homme*, assure une certaine protection à l'endroit des patients vis-à-vis d'une conception trop subjective de l'engagement des soignants à leur égard. La reconnaissance légale de la dignité humaine assure qu'un individu ne sera pas abusé par un autre : « nul ne sera soumis à la torture, ni à des peines ou des traitements cruels, inhumains ou dégradants. En particulier, il est interdit de soumettre une personne sans son libre consentement à une expérience médicale

ou scientifique. » (46) Cette reconnaissance de la dignité humaine protège les patients et soutient les médecins dans leur engagement envers tous leurs patients. Pourquoi si chacun peut avoir le sentiment d'être en mesure de situer ce qui est juste ou non, a-t-on besoin d'un système de justice ? Le sentiment d'injustice est ponctuellement identifié de manière adéquate, mais il est nécessairement partiel, car il est orienté selon des intérêts. La subjectivité étant toujours menacée par l'arbitraire, sans pour autant nécessairement s'y réduire, une position unanime ne saurait être trouvée, chacun défendant son point de vue. La loi, une fois décidée, nous permet de nous entendre sur un certain nombre de règles communes et de faire preuve d'isonomie, c'est-à-dire d'« égalité de partage ». Avec l'isonomie, la loi évite l'arbitraire du jugement et en préservant l'objectivité du jugement, préserve la justice.

Mais la justice ainsi évoquée peut-elle se réduire au droit ? Les mots de justice et de droit s'entrappellent. Le droit est perçu comme le garant d'un minimum de justice. Mais le juste se situe-t-il toujours du côté de la justice ? L'objectivité de la loi est-elle une garantie absolue contre l'injustice ? Dans *l'Ethique à Nicomaque*, Aristote s'interroge sur les rapports de justice et d'équité. (41) Il écrit : « la difficulté, c'est que l'équitable, tout en étant juste, n'est pas le juste selon la loi, mais un correctif de la justice légale. » (41) Ainsi donc « le juste est ce qui est conforme à la loi et ce qui respecte l'égalité ». (41) La régularité précède la loi grâce à l'ordre théorique, mais l'irrégularité est caractéristique de l'ordre pratique, qui énonce une réalité qui va advenir. Ainsi si l'essence de la loi est une généralité qui préserve d'une évaluation arbitraire, dans sa manière d'application au particulier, elle fait en partie défaut parce que la loi ne peut pas s'appliquer de façon mécanique aux cas particuliers. Est équitable ce qui permet de corriger cet écart sans pour autant remettre en cause la qualité qu'est la généralité. De fait il ne semble pas qu'on puisse faire l'impasse total sur la qualité morale des individus, même si le système législatif est orienté vers un idéal de justice.

Hannah Arendt insiste sur l'importance et le pouvoir de la subjectivité au travers de l'engagement et de la conscience morale et sur l'importance de l'autre dans le développement et l'aboutissement de ce processus. Elle considère que le mal s'exprime là où les consciences individuelles dans une situation problématique ne font pas l'effort de penser. A titre d'exemple historique, les régimes totalitaires sont apparus dans des pays où les êtres humains étaient isolés politiquement, c'est-à-dire qu'ils ne s'intéressaient plus aux autres, mais avaient aussi perdu la capacité de s'adresser aux autres. (133) Il ne s'agit pas d'un renoncement, mais d'une résignation. (133) En abandonnant le dialogue, ils ont abandonné leur conscience et ont répondu à leur devoir d'obéissance en respectant la loi. (133) Leur « liberté » était liée à une obéissance et un engagement aveugle vis-à-vis de leur loi. Ainsi certains commirent des actes effroyables sans intention délibérément mauvaises de leur part. L'expérience de Milgram témoigne de cette faculté de l'individu humain A à s'en remettre à l'individu humain B qui a le pouvoir à partir du moment où ce dernier dit qu'il prend la responsabilité des actes commis sous ses ordres par l'individu A. (134) Mais cette expérience montre par ailleurs que plus l'individu A commet des actes condamnables sous l'emprise de l'individu B, moins il a tendance à remettre en question ce qui lui est demandé de faire et ce qu'il fait. Car s'il s'arrête, l'individu A devra admettre que ce qu'il a commis est terrible et inutile, que le premier acte condamnable n'aurait jamais dû être fait. (134) La législation ne peut donc assurer à elle seule la justice et l'existence pratique de la justice ne peut se détacher de l'engagement plus ou moins conscient de chacun pour autrui.

ii - De la confrontation des responsabilités légales et des responsabilités éthiques à la délibération

La subjectivité doit être défendue « parce qu'elle constitue, selon Levinas, le seul et véritable rempart contre la barbarie, parce qu'elle est la responsabilité infinie de chacun, pour chacun, devant chacun » (36), la conscience morale. La défense de la subjectivité n'est pas « la défense d'un égoïsme ou d'un individualisme ». (36) On considère qu'un individu agit dans une visée éthique à partir du moment où il est prêt à défendre et à justifier ses pensées et ses actes. (36) C'est cette tentative de justification qui fait que ses principes ont une visée éthique. (36) Mais il faut aussi veiller à ce que les actes égoïstes soient « démontrés compatibles avec des principes éthiques plus larges s'ils doivent être éthiquement défendables, car la notion d'éthique porte en elle l'idée de quelque chose de plus grand que l'individu. » (36) En plus de défendre ses positions, il faut prendre en compte les intérêts de tous ceux susceptibles d'être affectés par la décision. (36) Selon Levinas, les deux faces de l'éthique sont « les enchevêtrements qui font naître la subjectivité et le refus de justifier ou d'ignorer la souffrance des autres [...]. Le cœur de l'éthique est l'appel de l'autre. » (36)

Ainsi la responsabilité morale et éthique des individus et la justice doivent se confronter pour que chacune se nourrisse l'une de l'autre, directement ou indirectement, qu'elles aillent dans le même sens ou dans des directions opposées. En médecine humaine, ce principe est assuré par le fait même que la « dignité » de la personne n'est nulle part clairement définie mais s'exprime dans les faits par « le principe de bienfaisance, le principe de non-malfaisance, le principe de justice, le principe d'autonomie ». (135) L'absence de définition précise de la dignité permet, paradoxalement, de souligner l'importance éthique de son respect et d'assurer un espace de liberté au médecin pour venir en aide à son patient. (135) Si les médecins font preuve de courage moral lorsqu'ils font face à des dilemmes éthiques dans leur pratique, dans les pays où les droits de l'Homme sont respectés, au vu de la reconnaissance légale et « universelle » de la dignité humaine et de leurs devoirs vis-à-vis du patient tels que définis par l'Ordre des médecins dans le *Code de déontologie*, ils n'ont pas besoin de faire preuve, au moins en théorie, d'un grand courage social dans leur engagement pour soigner leur patient, excepté dans le cas des pays où les droits ne sont pas respectés, en temps de guerre, etc. Ceci est bien différent en médecine vétérinaire. A l'inverse, comme légalement les animaux non humains n'ont pas de dignité reconnue, le vétérinaire doit faire preuve de plus ou moins de courage social pour assurer ses devoirs envers le patient, degré de courage variable selon les espèces, (en fonction de la place de l'espèce dans l'imaginaire humain, les données éthologiques (136), etc.) l'utilisation de l'animal, le contexte environnemental et le contexte socio-économique dans lequel il vit.

Ces différents devoirs du vétérinaire peuvent entrer en contradiction les uns vis-à-vis des autres, et face à aux pressions morales et sociales qui en découlent, le vétérinaire doit essayer, comme tout autre soignant, de trouver la solution la plus éthique possible. Pour ce faire le soignant doit s'efforcer de délibérer. Délibérer repose sur trois temps, sur trois modalités et sur trois niveaux. Tout d'abord, les trois temps de la délibération sont :

1. Le « temps de l'écoute » (137) au cours duquel se passe la reconnaissance de la demande, l'évaluation de sa pertinence par le soignant. (137)
2. Le « temps de la délibération personnelle » (137) au cours duquel le soignant évalue

s'il a la possibilité et la volonté de s'associer au cheminement d'autrui. (137) S'associer au cheminement d'autrui, c'est-à-dire s'abandonner « dans le service désintéressé », n'est pas « l'anéantissement » de soi, sans quoi le soignant ne serait plus capable de prendre ses responsabilités et d'y répondre. (137) Pour cela, le soignant doit être clair vis-à-vis de lui-même, avoir conscience de « ses propres croyances, perceptions, et valeurs » (112), et de l'influence de ses propres « expériences de vie de souffrance, de chagrin, de pertes » (138) sur sa manière d'appréhender et d'agir dans le monde, seul et avec les autres.

3. Le « temps de la délibération collective » (137) au cours duquel le soignant réfléchit pour savoir si, en pratique, il lui serait possible de procéder à l'acte. (137) La délibération permet de se rapprocher de la solution la plus juste et de moins souffrir d'un désaccord entre la situation à laquelle on doit répondre et soi-même. Par ailleurs, il est important de noter que, même dans la souffrance, la personne qui délibère peut trouver « une signification, une satisfaction dans l'accomplissement de soi » (137). Ensuite, les trois modalités de la délibération sont : l'intuition, l'évidence (137) ; la relecture des scénarios modelés par le mélange de perceptions, d'émotions, de raison, d'imagination (137) ; et l'argumentation. (137) Il ne faut en négliger aucune : par exemple considérer uniquement l'argumentation, sans tenir compte de l'intuition, de l'évidence et de la relecture des scénarios, conduit à simplifier les situations et à les réduire à des situations à réponse binaire. (137) Enfin la réflexion délibérative s'articule sur trois niveaux :

1. Le « niveau prudentiel » (137) tient compte de la particularité de la situation, en son unicité. (137) La réflexion sur ce malade ne peut pas être élargie à l'ensemble des malades.

2. Le « niveau déontologique » (137) considère les normes encadrant cette relation particulière. (137)

3. Le « niveau réflexif » (137) cherche à légitimer l'association du jugement prudentiel et du jugement déontologique. (137)

b) L'éthique déontologique

i - Les principes fondamentaux de l'éthique déontologique

L'éthique déontologique tient compte des intentions de l'agent et ses actions s'organisent autour de règles morales strictes, inflexibles. L'éthique déontologique repose sur les principes suivants :

1. Le principe de respect : le respect de la personne est un droit fondamental et absolu en ce sens qu'il ne peut jamais être ignoré ou dépassé. (139) Le bafouer revient à dire qu'une personne n'a pas de valeur inhérente, et ceci revient à considérer qu'une personne est soit un réceptacle de valeur - ce n'est alors pas elle qui a une valeur inhérente mais les bienfaits ou les méfaits qui peuvent lui être causés et qui ont à eux seuls une valeur morale pertinente pour déterminer « ce qui doit être fait » (139) -, soit comme une ressource, c'est-à-dire que ni la personne ni les bienfaits ou les méfaits qui peuvent lui être causés n'ont de valeur morale. (139) Lorsque le principe de respect n'est pas reconnu à un individu, « non seulement nous estimons qu'il est permis de nuire à des individus afin d'obtenir les meilleures conséquences globales, mais nous traitons également le mal qui leur est infligé comme moralement insignifiant. » (139) En effet du principe de respect découlent les droits fondamentaux de la personne, qui sont « les droits liés à la subsistance, à la sécurité physique et à la liberté » (139), principes se traduisant dans la relation patient – soignant par les quatre principes éthiques médicaux : la non-

malfaisance, la bienfaisance, la justice et l'autonomie.

2. Le « principe de préjudice » : il ne faut pas traiter une personne d'une manière qui lui porte préjudice. (139) Si une action constitue un traitement injuste, il faut considérer l'attitude de celui qui cause le préjudice à l'égard de l'individu ainsi que la raison pour laquelle il le fait. (139) Car il est des situations où traiter un individu de façon injuste est inévitable, dans ce cas s'applique le « principe du moindre mal », que nous allons évoquer ensuite.

3. Le « principe de liberté » : sous réserve que le principe de respect à l'égard d'autrui ne soit pas violé, tout individu innocent peut agir de sorte à éviter d'être malmené, même si son action peut nuire à d'autres innocents. (76) Ce qui signifie que le « principe de respect » peut dans certains cas être compatible avec le fait de faire du mal à quelqu'un pour le bien d'un autre parce que tous les préjudices ne sont pas tous équivalents. (139)

4. Le « principe d'égalité » : tous les patients doivent être considérés comme des êtres dotés d'une certaine valeur qui est la même pour chacun d'eux. (136)

5. Le « principe du moindre mal » : ce principe fait référence aux situations dans lesquelles, quelle que soit la décision prise, une personne subira des méfaits. (139) Dans ce cas ce n'est pas l'équilibre entre la somme des maux et la somme des biens qui est pris en compte, mais la comparaison entre le poids des maux sur chaque individu, la prise en compte de « l'ampleur du tort causé aux personnes directement impliquées » (76) et le fait de ne pas négliger les « droits fondamentaux » d'un individu pour assurer l'expression de « droits non fondamentaux » d'un autre individu. (139) Ainsi, selon la logique déontologique, puisque « nous devons témoigner un respect égal pour la valeur et les droits des individus, par conséquent, nous ne pouvons pas compter un moindre mal à N comme égal ou supérieur à un plus grand mal à M. » (139) Témoigner un égal respect à deux personnes, implique de considérer leurs préjudices égaux de manière égale, et de considérer leurs préjudices inégaux de manière inégale. (139) Le « principe de respect » prime toujours, ce qui empêche de pouvoir justifier moralement le fait d'« infliger un préjudice de prime abord plus important à un individu donné si l'ensemble des préjudices moindres causés à autrui l'emporte sur le préjudice total causé à l'individu. » (76) La taille du groupe ne peut compter que si les préjudices exercés sur les deux groupes sont les mêmes « alors nous devrions choisir de passer outre les droits de quelques-uns plutôt que de passer outre les droits du plus grand nombre. » (140) En revanche, si les préjudices exercés sur le groupe le plus petit sont plus graves que ceux exercés sur le groupe le plus grand, alors nous devrions choisir de passer outre les droits du plus grand nombre. (140) En cela, la déontologie s'oppose à l'utilitarisme.

ii - Les limites de l'éthique déontologique dans une relation de soin

L'éthique déontologique ne peut à elle seule fournir une réponse adaptée à la situation particulière au contexte unique dans lequel s'inscrivent les relations entre individus. Elle impose des règles universelles qui, si elles orientent, ne permettent pas de répondre pleinement à la réalité pratique de la relation de soin. Notamment, l'éthique déontologique ne tient pas compte des conséquences pour juger de la moralité de l'action, ce qui n'est pas sans poser question notamment dans le cadre de la relation de soin. En effet, si l'intention de se soucier de l'autre est nécessaire pour prendre soin, elle ne définit en revanche pas un comportement éthique à elle seule, car « la sollicitude peut s'avérer inadéquate, le soin peut mal répondre ou ne pas répondre au besoin. » (141) La pitié du soignant peut également conduire à un sentiment de souffrance et à une envie d'abandonner la situation. C'est associée à la compétence qu'une

action devient éthique. (141) La responsabilité d'une personne A envers une personne B naît et est mue par l'engagement, l'empathie, et la responsabilité légale. L'engagement du soignant dans la relation de soin est un engagement physique, intellectuel (théorique et pratique), émotionnel et moral : le soignant « doit veiller à maintenir une médecine à la fois technique, scientifique et humaniste. » (142) De ce fait, pour répondre aux dilemmes éthiques émanant de toute relation de soin, il semble légitime de combiner les éthiques déontologique et du *care*.

c) L'éthique du *care*

Dans le *Dictionnaire de l'Académie de Médecine* (2015), le soin est défini comme l'« ensemble des mesures et actes visant à faire bénéficier une personne des moyens de diagnostic et de traitement lui permettant d'améliorer et de maintenir sa santé physique et mentale. » (143) Le soin repose sur « un équilibre entre le combat contre la maladie et le soulagement des souffrances, qu'elles soient physiques ou psychiques » (144) et vise à valoriser la capacité à fournir une réponse adéquate à une situation particulière dans un contexte particulier. (141) Pour cela, le soignant doit prendre compte les données scientifiques, ses capacités propres mais également le contexte de vie du patient, notamment « la progression de la maladie et le pronostic, les ressources physiques, émotionnelles et financières de la famille du patient » (102), les liens entre les individus au sein de la famille, le tempérament de l'individu (102), ainsi que les préférences et les valeurs du patient. (112) Mais sur quoi repose l'appréhension des préférences et des valeurs du patient ?

La compassion et l'empathie sont importantes. En termes philosophiques, la compassion est considérée comme un synonyme de la pitié « le refus de voir souffrir un être semblable à soi fonde aussi, malgré les divergences d'intérêt et l'égoïsme aggravé par l'amour-propre, la possibilité d'un lien social : l'idéal d'un bonheur partagé et d'une liberté réciproque peut s'édifier sur ce sentiment et constituer une alternative à l'appétit de domination ». (2) La personne qui éprouve de la pitié « n'utilise pas son pouvoir pour utiliser les impuissants mais utilise le pouvoir pour les aider et les protéger. » (145) La compassion est « passive », car le simple fait que l'individu se trouve en face d'un autre qui souffre le fait se sentir « proche et responsable » d'autrui (137) et « active », car cette responsabilité s'exprime en une « action, intervention, créativité » et un « appel au discernement éthique ». (137) En médecine, elle est nécessaire au « jugement médical » et à la recherche d'une réponse éthique sans pour autant nécessairement assurer que l'acte médical qui en découle soit éthique. (137) Elle serait donc « la forme la plus accomplie de cette combinaison paradoxale entre le cœur et la raison : c'est la sympathie ressentie devant l'infortune du prochain qui produit l'indignation morale susceptible de générer une action visant à la faire cesser. » (146) D'un autre côté, l'empathie est la faculté intuitive de s'identifier à quelqu'un, de se mettre à sa place pour ressentir ce qu'il ressent. Elle a un rôle important dans la relation de soin pour « prendre soin » du patient car elle attire l'attention du soignant sur ses besoins, ses intérêts, ses désirs et ses vulnérabilités. (147) Les informations sont obtenues par la « perception directe » (148) de certains besoins et désirs d'autrui, soit par la « transposition imaginative » (148) parce que le soignant n'a pas accès aux besoins et aux désirs du patient. La compassion et l'empathie ont des intérêts et des limites pour appréhender les préférences et les valeurs du patient. Le soin des personnes repose à la fois sur les compétences intellectuelles et sur les compétences émotionnelles du soignant (147), toutes deux étant complémentaires dans la relation de soin.

En anglais, le « soin » est désigné par deux termes différents : « care » et « cure ». (93) Le « care », correspond au « soin s'adressant à la personne dans sa globalité », tandis que le « cure », correspond à « l'ensemble des moyens mis en œuvre pour guérir ou soutenir des fonctions atteintes par la maladie. » (93) « Care » dérive de *caru, caeru* qui signifie « soins, souffrance, douleur, chagrin » (143) et « to cure » vient du verbe latin *curare* qui signifie « s'occuper de, prendre soin de ». (143) Le « care » regroupe donc intrinsèquement à la fois les notions de « soin » et de « sollicitude ». De ce fait, Joan Tronto, déduit du « care » quatre attitudes morales:

1. « caring about » soit « se soucier de », c'est-à-dire être capable de reconnaître l'existence d'un besoin chez autrui. (141)

2. « taking care of » soit « prendre en charge », c'est-à-dire être capable d'assumer une responsabilité par rapport à ce qui est constaté (141). Cette attitude repose sur un apprentissage (théorique et pratique). (141)

3. « care giving » soit « prendre soin », c'est-à-dire être capable de rencontrer autrui directement au travers de son besoin. (141)

4. « care receiving » soit « recevoir le soin », c'est-à-dire que le donneur du soin s'efforce d'évaluer au mieux comment le soin qu'il prodigue est perçu et vécu par le receveur. (141) Elle souligne l'importance de la réceptivité dans le soin.

L'éthique du *care* associe donc « émotion, cognition, et action » et cherche à répondre à « ce qui est important » pour la personne malade. (143) Ainsi la visée du *care* vis-à-vis d'une personne malade est bien sûr d'assurer la réponse médicale au besoin du malade, mais surtout d'« offrir à l'autre les conditions d'éprouver sa dignité » en tant que personne. (141) Pascale Molinier catégorise le lien entre professionnalisation de l'activité et le *care* :

- le « *care* comme douceur » (143), dans le sens où il est associé à la capacité de s'ajuster à des situations particulières. (143)

- le « *care* comme savoir-faire discret » (143), dans le sens où le travail est efficace mais sans marque de la présence. (143)

- le « *care* comme sale boulot » (143), dans le sens où il est des instants où il est nécessaire de faire des choses que l'on voudrait s'éviter. (143)

- le « *care* comme travail inestimable » (143), dans le sens où la reconnaissance n'est pas nécessairement égale à l'engagement. (143)

- le « *care* comme récit éthique » (143), où se mêlent les sphères personnelle, affective et professionnelle. (143)

d) Conclusion

Face à un dilemme éthique il faut d'abord se demander s'il existe une loi en lien avec cette situation. (149) Puis, s'il en existe une, il faut se demander si elle est permissive, c'est-à-dire si elle laisse le choix de la décision au soignant et s'« il ne risque aucune poursuite judiciaire dépendant de son choix » (149), ou si elle est impérative, auquel cas elle est « catégorique, imposant ou interdisant certaines actions au praticien vétérinaire et l'exposant à des poursuites criminelles ou civiles s'il ne la respecte pas. » (149) Face à une loi qui imposerait de violer les normes éthiques, les membres du corps médical doivent se mobiliser. Et ce parce que le patient, étant une personne, « a le droit de jouir du meilleur état de santé susceptible d'être atteint, lui permettant de vivre dans la dignité ». (97) En médecine humaine c'est un droit « qui ne souffre aucune dérogation, encourageant les Etats à adopter une approche non

discriminatoire de l'accès aux soins. En temps de conflit armé, le droit international humanitaire (DIH) entre également en jeu ». (97) Et l'absence de définition précise de la dignité de la personne « permet au domaine éthique de se déployer dans l'appréciation qui sera faite de situations concrètes ». (135) La légitimité d'un acte n'est pas liée à sa légalité, mais à la réflexion éthique (137) comme en témoignent les cas de jurisprudence qui interviennent pour fixer des limites au pouvoir de la loi. L'éthique déontologique protège l'ensemble des personnes impliquées directement ou indirectement dans la relation de soin grâce aux principes inviolables qu'elle pose. Ces principes peuvent conduire à transgresser la loi si elle s'avère injuste. La transgression implique que la loi transgressée soit impérative. Transgresser, c'est passer de l'autre côté, dépasser une limite fixée. (137) Respecter une limite, c'est faire preuve de retenue face à « un type d'envie jugé irrespectueux » (137), ainsi la « limite contrecarre un excès de mouvement vers l'autre, une domination physique qui instrumentalise un des acteurs. » (137) La limite sépare les personnes or « un univers sans limite est un monde où tout serait mélangé, confus. La frontière maintient une distinction et invite à une différenciation. » (137) L'éthique de la transgression définie par Malherbe repose sur trois facteurs :

- assumer « le paradoxe d'une conscience morale autonome qui se soumet à la norme qu'elle découvre à l'œuvre dans son propre exercice. » (137)
- échanger, discuter puis délibérer, car « une élaboration intersubjective permet de limiter l'arbitraire des décisions. » (137)
- accepter le fait que des « incertitudes irréductibles » existent et qu'elles « affectent en profondeur la vie morale des humains ». (137)

Si le soignant doit se former tout au long de sa vie parce que le renouvellement de ses connaissances est indispensable pour son métier et ses patients, ses connaissances et ses compétences scientifiques ne peuvent à elles seules rendre un acte soignant éthique. Si la compétence seule intervenait, alors l'éthique médicale équivaldrait à l'application du code de déontologie, à suivre une liste de critères préétablis. (141) L'éthique du *care* permet de combiner la rationalité de la situation et la particularité du contexte : elle est rationnelle en tant que le soignant s'appuie sur ses connaissances médicales théoriques et pratiques pour appréhender la maladie, la prendre en charge, pour assurer le moins d'inconfort possible au patient lors des examens et de son hospitalisation, sans pour autant négliger la particularité du contexte. L'éthique du *care* n'hésite pas à approcher de manière rationnelle des situations étudiées dans le même temps au cas par cas (103), sa visée ne reposant pas sur les termes « de bien ou mal agir » (143), elle offre un espace dans lequel s'affirme la priorité de la pratique sur la théorie éthique et les principes moraux. Il reconnaît les principes qui émergent par un processus de généralisation de l'analyse des cas, mais considère ces principes comme toujours ouverts à une révision future. » (103) En retour, on comprend l'importance de la confrontation de l'éthique du *care* à l'éthique déontologique pour faire des choix dans la relation de soin, des choix les plus objectifs et les plus adaptés à la situation, des choix répondant à la singularité de la relation de soin, tout en étant encadrés par des principes déontologiques généraux assurant la reconnaissance et le respect de la singularité des individus impliqués dans la relation.

4) La relation de soin, une relation asymétrique

La responsabilité médicale se rapproche de la définition de la responsabilité donnée par Levinas. Être responsable ne signifie pas « *répondre* d'une action, mais *répondre à* ce qui a été identifié comme « l'appel » d'autrui [...]. L'existence d'autrui me convoque à la responsabilité : à ne pas faire comme s'il n'existait pas, et à orienter ma vie en fonction non plus de moi mais de lui [...]. L'origine de ma responsabilité n'est pas en moi, mais en autrui – dans le fait de son existence vulnérable. » (141) L'expérience clinique fait intervenir « un affrontement simple, sans concept, d'un regard et d'un visage, d'un coup d'œil et d'un corps muet, sorte de contact préalable à tout discours et libre des embarras du langage, par quoi deux individus vivants sont « encagés » dans une situation commune mais non réciproque. » (150) Si avoir de l'empathie et de la compassion est nécessaire, pour agir en faveur du malade, pour lui, il faut comprendre sa maladie et sa demande par rapport à sa souffrance et à ses maladies. Ecouter le patient ouvre permet « de lutter contre ces rapports réifiantes et de considérer chacun comme une fin en soi. » (142), de ne pas considérer le patient uniquement comme un corps malade sur lequel il pourrait exercer son savoir. (142) La politique de la compassion est une politique de la solidarité en ce que « les sentiments moraux ont généralement pour condition de possibilité la reconnaissance des autres comme semblables » mais également une politique de l'inégalité car souvent « les sentiments moraux visent principalement des individus plus pauvres, plus malheureux, plus fragiles ». (146) Si la volonté d'améliorer le sort de celui qui est dans la détresse revêt une dimension égalitaire, on ne peut minimiser l'asymétrie de la relation qui est en jeu. (146) Cette asymétrie de la relation découle d'un phénomène sociologique : « ce n'est pas la condescendance éventuelle de l'aidant qui est en cause, pas plus que la signification de son acte d'aider, ce sont les conditions du rapport social liant les deux parties qui, au-delà de toute intention des agents, font de la compassion un sentiment moral sans réciprocité possible. » (146)

Pour autant si cette relation est asymétrique elle n'implique pas que responsabilité et dépendance soient séparées et que le mouvement de l'un à l'autre soit unilatéral : le soignant sachant et compétent n'est pas seul responsable et le patient vulnérable n'est pas seul dépendant de cette relation de soin. Tout d'abord, le soignant est vulnérable par rapport à la maladie en fonction de ses compétences, de ses connaissances, du stade de la maladie le patient quand elle se présente à lui, de toutes les inconnues biologiques qui font que la maladie répond ou non au traitement. Puis comme le patient ne se réduit pas à un conglomérat d'organes, le soignant est vulnérable par rapport au patient (médecine vétérinaire et humaine) et/ou au client (médecine vétérinaire) en fonction des commémoratifs et de l'anamnèse fournis, de la façon dont les faits lui sont présentés, mais aussi de ses attentes, de ses croyances, de sa compréhension ou non de la maladie et de l'intérêt et des limites du traitement mis ou à mettre en place, etc., cet ensemble modulant le choix, les actes, l'observance du patient/client. Ensuite un message « n'est un message que s'il a un destinataire : le message que le malade délivre n'est pas ce que le malade a dit mais ce que le médecin a entendu. C'est la base de toute théorie de la communication [...]. Cela pose le problème de la vérité des faits psychologiques, puisque le médecin n'a aucun accès au monde intérieur du malade [...]. L'idée que seul le malade sait ce qu'il en est de lui-même est une fausse évidence ; bien au contraire l'homme est ainsi fait qu'il est des choses de lui-même qui ne sont accessibles qu'aux autres. C'est la base de toute pratique médicale. » (117) Le client, lorsque l'animal est malade, est la personne qui a la capacité potentielle de s'approcher au mieux de la réalité de la maladie, telle qu'elle est vécue par le patient. Pour

autant c'est une capacité de l'ordre du « potentiel » et non de « l'évidence » car « vivre avec un malade » n'est, comme dans les relations interhumaines, pas équivalent à « vivre la maladie ». Il ne faut pas non plus penser que, parce que le patient et le client vivent ensemble, l'un connaît tout de l'autre et aborde de manière objective l'état de l'autre. Par exemple, pour certains propriétaires, le simple fait que leur animal vieillisse, les conduit à penser qu'il se trouve dans un état de souffrance permanent (113) ; alors que d'autres propriétaires refusent de reconnaître les douleurs arthrosiques éprouvées par certains animaux vieillissants ou bien les considèrent comme étant « normales » et donc ne nécessitant pas d'être traitées. (113) Enfin le soignant est vulnérable par rapport à lui-même, à ses expériences passées, à son propre contexte de vie.

D'où la notion de « chaîne éthique » pour décrire le processus de décision dans le cadre de l'éthique médicale : « le caractère éthique de l'agir médical n'est pas le fruit d'une personne isolée, même si celle-ci montre beaucoup de volonté, mais d'une stratégie commune intégrant l'ensemble des acteurs, malade et proches compris [...]. Pour que la démarche éthique fonctionne correctement, chaque maillon doit assumer ses responsabilités propres. » (105) Par exemple en médecine vétérinaire, la chaîne éthique tient compte de : « la relation entre le patient et le tuteur ; la capacité du tuteur à comprendre adéquatement et à traduire avec précision les besoins et les préférences du patient ; la disponibilité d'options de traitement alternatif ; et la disponibilité des ressources nécessaires (temps, argent, compétences) pour fournir ces options de traitement alternatives. » (147)

a) La position de responsabilité du soignant

La responsabilité du soignant est inscrite dans le *Code de déontologie de la profession vétérinaire* : « l'exercice de la médecine est personnel ; chaque médecin est responsable de ses décisions et de ses actes ». (109) Sa personnalité s'exprime dans sa manière d'aborder les différents éléments liés à la maladie et à la personne malade, par ses connaissances et compétences théoriques et pratiques propres, par son expérience pour expliquer les faits. Elle influence le devenir des patients, de leur entourage et éventuellement de la santé publique.

i - Le soignant doit développer et maintenir ses connaissances théoriques et ses compétences pratiques

Les connaissances du soignant modulent sa façon d'appréhender la maladie : sa manière d'expliquer la maladie, d'envisager la prise en charge, d'imaginer le pronostic. En médecine, l'exploration du malade passe par une évaluation en quatre temps (151) :

1. L'évaluation subjective de l'état du patient, qui repose sur l'impression clinique du médecin et l'intuition (151)

2. L'évaluation objective de cet état. (151) L'exploration du corps malade, l'évaluation des signes cliniques doivent reposer sur « un examen scrupuleux, précautionneux, attentif, délicat, de ce corps souffrant, dans le respect de son intimité ». (142) En cas de nécessité, cet examen est complété par des examens complémentaires.

3. L'évaluation analytique (151). Le vétérinaire et le médecin ont une obligation de moyen. Ainsi l'article R.242-32 du *Code rural et de la pêche maritime*, stipule qu'il est interdit au vétérinaire d'établir un diagnostic sans avoir pris des commémoratifs et une anamnèse corrects et sans avoir réalisé les examens « indispensables ». (109)

4. L'évaluation du plan thérapeutique choisi. (151) Lorsque ce diagnostic est établi, le vétérinaire, d'après l'article R-242-48 du *Code rural et de la pêche maritime*, « formule ses conseils et ses recommandations, compte tenu de leurs conséquences avec toute la clarté nécessaire et donne toutes les explications utiles sur le diagnostic, sur la prophylaxie ou la thérapeutique instituée, sur la prescription établie, afin de recueillir le consentement éclairé de ses clients ». (109) L'expertise et l'expérience du vétérinaire doivent guider le client vers les prises en charge les plus à même d'être « bénéfiques, réalistes, et bien tolérées, pour le client et pour le patient. » (116) L'évaluation de l'intérêt du traitement et des soins doit porter sur la réceptivité du soin par le patient (le patient bénéficie effectivement de ce traitement) et la flexibilité de la prise en charge (si elle est inadaptée, elle doit être modifiée).

ii - Le soignant doit s'engager pour le patient et non pas uniquement contre la maladie

Le soignant doit respecter les principes fondamentaux de la médecine : bienfaisance, non malfaisance, justice et autonomie. Le soignant doit veiller à ce que ces principes soient respectés dans la relation de soin particulière dans laquelle il est engagé et ce face aux attentes et aux demandes du patient/client. Pour cela le soignant doit s'efforcer de s'accorder au patient et au client. Quoi qu'il arrive, c'est toujours au soignant de faire le nécessaire pour s'accorder du mieux qu'il peut au patient et au client. S'accorder ne veut pas dire faire ce que le patient/client lui demande de faire, mais c'est être disponible, ne pas s'imposer, être patient pour faire naître un espace d'échange pour comprendre et répondre (positivement ou négativement) aux attentes et aux doutes mentionnés. La création de cet espace d'échanges, de cet espace de vie, témoigne de la conscience que le médecin/ le vétérinaire a d'être un « gardien du projet de vie » (117) c'est-à-dire qu'il a non pas l'obligation de maintenir en vie, mais l'obligation de veiller sur la vie. (117)

iii - Le soignant ne doit pas abuser de la confiance d'autrui

L'article R.242-35 du *Code rural et de la pêche maritime* indique que « la communication du vétérinaire ne doit pas porter atteinte au respect du public ni à la dignité de la profession. Toute communication préserve le secret professionnel [...]. Elle doit être loyale, honnête, et scientifiquement étayée. Elle ne doit pas induire le public en erreur, abuser de sa confiance ou exploiter sa crédulité, son manque d'expérience ou de connaissances. » (109) Il est à noter que l'abus de confiance peut s'exprimer dans la négation des limites. Le monde des limites inclut les limites des connaissances, les limites du pouvoir médical et les limites personnelles (techniques, matérielles ou intellectuelles, émotionnelles, spirituelles) du soignant.

Les limites des connaissances font référence au fait que si le soignant s'efforce d'actualiser ses connaissances, celles-ci sont susceptibles d'être remises en cause par la réalité biologique. (152) Les connaissances que l'on a, dont les connaissances scientifiques, sont avant tout « connaissance des similitudes » c'est-à-dire que « ce que je sais ne me sert qu'à prévoir ce qui va se passer, et je ne peux le faire qu'en apprenant à repérer en quoi les objets, les êtres, les situations se ressemblent. » (117) Et c'est pourquoi les erreurs d'appréciation et les miracles existent : « quand le médecin dit que son malade peut s'améliorer et qu'il faut se battre, il se trompe souvent ; quand il déclare que tout est perdu et qu'il faut cesser les soins, il est rare qu'il

soit démenti. » (117) Il est à noter qu'en médecine vétérinaire cette limite soumet le vétérinaire à de fortes tensions éthiques, car les demandes d'euthanasie sont souvent formulées par les clients par anticipation d'un futur sombre et par l'impossibilité pour le vétérinaire de garantir que les investissements médicaux, économiques et émotionnelles aboutiront avec certitude à un futur positif.

Les limites du pouvoir médical témoignent du fait que si le soignant ne sait pas tout, il ne peut pas non plus tout et dans ce cas, le soignant doit s'abstenir de chercher obstinément à traiter (152) : même s'il est « souvent salutaire voir vital de s'obstiner [...] il arrive un moment clé qui est celui de la rencontre avec les limites » (153) L'impuissance face à la guérison ou au contrôle des symptômes à un niveau acceptable est souvent vécu comme un échec. (94) Mais c'est oublier que « parfois, agir c'est aussi renoncer à tout faire ». (154) Par conséquent chaque acte médical, d'autant plus que l'état du patient se dégrade, doit être pesé afin de minimiser au maximum les souffrances ou le sentiment de mal-être associé à la prise en charge, « ne laissant que ceux nécessaires pour gérer la présence de signes cliniques tels que douleur, essoufflement, nausées, excès de sécrétions, délire terminal, et convulsions. » (155) Le soignant doit être capable d'admettre se trouver dans une impasse thérapeutique, afin d'agir, malgré la détresse dans laquelle s'inscrit la relation de soin, dans le meilleur intérêt du patient souffrant.

iv - Le soignant doit pouvoir se révolter et faire preuve de sagesse pratique

Le vétérinaire doit s'efforcer de trouver une solution à la situation médicale dans laquelle se trouve le patient et assumer qu'il se trouve des cas où le choix à faire n'est pas le choix idéal mais relève « [du] compromis, [de] la transgression ou [de] la rupture ». (137) Ce type de choix relève de la sagesse pratique. La sagesse pratique « reconnaît l'écart entre le singulier et l'universel. » (137) Elle permet de distinguer les situations où le respect des normes est éthique et les exceptions justifiables, c'est-à-dire les cas où, si on ne transgresse pas, on se rendrait « complice d'un mal plus grand. » (137) Elle ne repose pas sur le suivi strict de « lignes directrices médicales », et n'est « pas non plus l'application des convictions ou de principes normatifs qui détermineraient la meilleure option possible. Elle ne vise pas le général, l'universel. Elle ne concerne que l'unicité d'une situation. » (137) Elle repose sur la compréhension de la relation patient/client/soignant, sur le dialogue et les échanges entre eux, sur la délibération et sur la recherche d'alternatives à la transgression, d'alternatives proposées, comprises et tentées pour le mieux. (137) D'un côté, le compromis recherche la solution la moins pire pour les différents acteurs impliqués dans la situation : « les problèmes vraiment difficiles de la morale ne sont pas à choisir entre le Bien et le Mal. Les cas les plus difficiles sont ceux où l'on choisit entre le gris et le gris... C'est aussi choisir entre le mal et le pire. » (137) D'un autre côté, la transgression intervient lorsque le décideur est dans une impasse morale, qu'aucun compromis ne peut être trouvé (137) : « Quoi qu'il fasse, il ne peut éviter que se produise un mal qu'il se ferait un devoir d'éviter. Son optique est alors de limiter les dégâts dans une logique du moindre mal. L'acteur est alors dans une position paradoxale. Il transgresse un principe éthique qu'il approuve. Il vit une contradiction entre ce qu'il respecte et ce qu'il fait. » (137) Il faut bien comprendre que transgresser « n'implique pas systématiquement la critique du bien-fondé de la règle. Bien au contraire, elle peut s'associer à la reconnaissance de sa pertinence » (137) comme souligné dans la partie II - A - 3) d.

b) La position de dépendance du patient et du client

Lorsqu'il vient à la rencontre du soignant, le patient/le client est tiraillé entre la « peur de savoir » et une « demande d'espoir ». (101) La position de demande du patient/du client qui vient voir son médecin/vétérinaire s'oppose à l'existence d'une relation d'équivalence entre le soignant et le patient/client. (137) La relation de soin est et sera toujours asymétrique du fait de la dépendance physique, mentale et intellectuelle du patient/du client vis-à-vis du soignant. (137) Cette position de dépendance varie au cours du temps, en fonction :

- du patient : de l'apparition de maladies, de facteurs externes (conditions de vie, entourage, coût des soins, etc.) et de facteurs internes (psychologie, dégâts de la maladie, génétique, etc.) qui modulent son projet de vie. En médecine vétérinaire, cet état du patient est également confronté à l'état actuel du client.

- de l'information comprise par le patient/le client : du degré et de la manière dont les informations sont fournies par l'équipe soignante, et de la capacité du patient/du client à intégrer et à penser ces informations.

- des connaissances, des compétences, de l'investissement du soignant.

Dans la production thérapeutique la dépendance du patient est tridimensionnelle : l'espace soigné-soignant (156), l'espace social propre au patient (156), et l'espace médical et thérapeutique dans lequel s'inscrit sa maladie. (156) En médecine humaine, cette situation de dépendance atteint son paroxysme dans le cadre des urgences ou de situations de conflits, lorsque le patient est incapable donner son consentement « en raison, par exemple, de la nature de la maladie ou de la blessure qui l'a conduit au soignant » (97) et/ou l'équipe médicale ou le patient/le client manquent de ressources.

En médecine vétérinaire, la position de dépendance du patient par rapport au soignant est évidente et permanente. Le cas des animaux non humains se rapproche de ceux qui n'ont pas la parole, des nouveau-nés et des jeunes enfants, des personnes dans le coma, de certaines personnes handicapées. Dans ces cas, le patient ne peut pleinement dévoiler son état et ne peut comprendre complètement le traitement qui lui est fait. Toutefois si la parole peut-être un atout, le malade peut cacher des éléments sur sa maladie ou employer des termes qui ne sont pas adaptés à ce qu'il ressent simplement à cause de l'état de mal-être dans lequel il se trouve. (113) Mais la situation du patient non humain se distingue de celle des patients humains ne pouvant pas parler par la présence du client. Le vétérinaire s'appuie sur le client pour refaire l'histoire de la maladie, mais aussi pour déterminer ses besoins propres et ses préférences toutefois il doit garder en tête que le client est aussi susceptible d'avoir une « conception anthropomorphique des préférences, des émotions et du bien-être de l'animal [non humain]. » (157) Au vu de l'accès plus ou moins limité du monde du patient par le client, le pouvoir du soignant devient très important : « les types de décisions que prend le client à l'égard de son animal dépendront, dans une large mesure, de la quantité et du type d'informations fournies par son vétérinaire, et de la manière dont ces informations sont fournies. » (116) Le soignant doit en avoir conscience pour se méfier de lui-même et ne pas abuser de ce pouvoir potentiel.

c) La position de responsabilité du patient et la position de dépendance du soignant

La plupart du temps, avant toute rencontre avec un professionnel de santé, le patient/le client choisit un soignant au hasard du contexte dans lequel il se trouve. Car le patient/le client considère que tous les médecins/vétérinaires reçoivent la même formation, il les considère comme des êtres interchangeable par leur savoir scientifique reposant sur une formation commune et reconnue par l'état. (158) De ce point de vue, ce n'est pas le soignant qui a une « autorité indiscutable, mais c'est la science à laquelle il fait référence qui est l'autorité suprême. » (158) Si le soignant exerce un certain pouvoir sur ses patients et sur la santé publique, la possibilité de l'exercer repose sur la confiance que lui accorde la société. La confiance accordée par la société au soignant est fondamentalement assurée à partir du moment où « ces derniers servent les patients, les clients et le bien-être de la société avant leurs intérêts personnels. Grâce à son engagement envers cet idéal social, le public établit une sorte de « contrat social » avec la profession. » (149) Ainsi la pratique du soignant repose sur la confiance que lui accordent ses patients/ses clients. (149) Max Weber distingue trois manières de fonder la légitimité du pouvoir quel qu'il soit : des fondements rationnels, des fondements traditionnels et des fondements charismatiques. (159) Les « fondements rationnels » se basent sur « la reconnaissance de la légalité des règles écrites » (159), c'est le cas du médecin. (159) Les « fondements traditionnels » se fondent sur « la croyance dans le caractère sacré de traditions immémoriales », (159) c'est le cas du guérisseur. (159) Les « fondements charismatiques » reposent sur « la dévotion, la sainteté, l'héroïsme ou le caractère exemplaire d'un individu, et aux normes ou à l'ordre qu'il révèle ou impose » (159), c'est le cas du prophète. (159) Ces trois régimes se mêlent généralement, construisant une légitimité du pouvoir patient/client dépendante. (159) Ce qui explique en partie pourquoi certains se tournent vers des alternatives de prise en charge en complément de la médecine « conventionnelle » jusqu'à, parfois, rompre la relation de soin avec le soignant et ce malgré la légitimité légale et scientifique des actes du soignant.

Le principe d'autonomie du patient/du client impose au soignant de s'efforcer, d'indiquer et d'expliquer au mieux pourquoi il privilégierait telle prise en charge plutôt qu'une autre. La responsabilité du patient/du client s'exprime alors dans son acceptation ou son refus du soin. Actuellement, en médecine humaine, il est considéré que l'intérêt supérieur du patient ne repose pas « sur le jugement d'un autre, mais sur ce que le patient pense être le mieux pour lui, surtout lorsqu'il s'agit de déterminer si une vie gravement contrainte par la maladie ou une blessure « vaut la peine d'être vécue ». » (97) Pour cela le patient/la personne de confiance/le client indique comment les soins sont ou semblent être vécus par le patient notamment en évaluant sa qualité de vie et son état de souffrance pour ensuite dialoguer avec le soignant. (115) Cette étape d'évaluation de la réceptivité du soin est nécessaire sans quoi la « sollicitude peut rapidement sombrer dans une forme de paternalisme ou de contrôle quand la personne à qui elle est adressée ne la reçoit pas comme telle. » (160) La responsabilité du patient/client dans ce cas est essentielle. En médecine vétérinaire, il vaut mieux parler de dépendance du soignant que de responsabilité du patient. Dans ce contexte, le vétérinaire doit évaluer la réponse de l'animal par rapport à la prise en charge aux soins effectués, demander au client d'évaluer l'état du patient (ce qu'il pense de son évolution), et juger de l'observance du traitement.

Le soignant est vulnérable car son autonomie est patente : « L'autonomie a partie liée avec la compétence. Mais celui qui donne le soin est aussi en situation de vulnérabilité dans la relation elle-même : il s'expose à mal comprendre ou mal évaluer le besoin, à l'erreur ou à la maladresse. Sans parler de la possible violence de l'autre, ni de la fatigue ou du *burn out*, ni des conditions sociales de ceux dont le *care* est le métier. » (141) Le patient et le client, dans leur présence, dans leur manière d'être propre, participent à l'intensité des sentiments moraux éprouvés par le soignant. (141). L'accompagnement n'est pas une position passive et neutre (137). Ainsi la responsabilité n'élimine pas le sentiment de vulnérabilité qui peut par ailleurs être considéré comme nécessaire, car « intégrer sa propre vulnérabilité, c'est apprendre un *care* qui doute, qui ne se satisfait pas d'apparentes évidences, qui sait que l'adéquation de la réponse demande adaptation et tâtonnements. » (141)

5) La clinique de l'incertitude

Nous avons vu que le soignant était à la fois responsable et dépendant du patient/client et le patient/client était dépendant et responsable du soignant et ceci ne saurait jamais changer car « si le malade n'a pas accès autant qu'on le dit au savoir du médecin l'inverse est vrai : le médecin n'a pas accès au savoir du malade. » (117) Il y a donc entre le soignant et le patient/client des rapports de pouvoir. Or il est important de comprendre, que « si des rapports de pouvoir existent - et il est inévitable qu'il y en ait -, ça n'annule pas automatiquement notre capacité d'agir, pas plus que ça ne prouve qu'un abus de pouvoir a eu lieu. Exercer sa capacité d'agir implique toujours de négocier entre les possibles et les sources de pression ; il n'existe pas d'univers où le « libre arbitre » ou la « volonté individuelle » se tient en dehors des réseaux relationnels, lesquels incluent des rapports de pouvoir. » (160) Ainsi d'une part, si le patient/le client a le droit et parfois le devoir envers lui-même ou envers l'animal de contester les soins proposés, cela n'implique pas qu'il soit « acceptable de déroger aux valeurs éthiques fondamentales ni que les médecins [ou les vétérinaires] doivent immédiatement cesser toute tentative d'aider le patient » (97) suite à sa demande ou à la demande du client. Et si dans ce cas le soignant a le devoir d'entendre cette contestation (141), il n'en demeure pas moins que « personne, patient compris, ne peut forcer les médecins [ou les vétérinaires] à proposer des soins médicaux qu'ils jugent inappropriés ou contraire aux intérêts du patient. » (97)

Tout l'intérêt de la réflexion éthique et de son expression en acte repose sur le fait justement que le respect de la dignité d'une personne peut prendre de multiples formes suivant le contexte et les individus impliqués et ce parce que la relation de soin s'inscrit dans l'incertitude. Le concept de « clinique de l'incertitude » est fondé sur l'inéluctabilité de la mort, quels que soient les traitements mis en place, ce qui par conséquent remet en cause le degré de profondeur de la connaissance des soignants face à la maladie et à la mort. (154) Face à la mort, le savoir, les recommandations et les traitements deviennent incertains, mais pour autant la présence incertaine du soignant n'est pas vaine. (154) Cette clinique se définit comme une clinique « hantée par le risque de la méconnaissance et du malentendu » (154) et à la croisée des regards « ce que l'un voit, l'autre ne perçoit pas toujours ; ce que l'un ressent, l'autre moins, différemment ou pas ; ce que l'un sait, l'autre ne le sait peut-être pas [...]. A la croisée de ces visions différentes d'un même sujet se trouvent souvent un éclairage nouveau et de nouvelles approches possibles, qui semblent plus justes, plus respectueuses de la personne. » (161) L'incertitude assure une certaine forme de réciprocité dans le soin et invite à la flexibilité en

maintenant un état de responsabilité et de dépendance du soignant vis-à-vis du patient et du client, elle lui interdit l'accès au plein pouvoir sur le vivant : « que personne ne confonde ses convictions avec des certitudes que chacun sache écouter autrui qui a un savoir ». (161) Cette incertitude ne doit pas être assimilée à une forme d'incompétence, mais à une incitation à la prise de conscience des différents intervenants que cette situation est véritablement complexe, qu'aucun n'a et n'aura jamais l'ensemble des cartes en main. (116) Elle maintient la porte ouverte à l'espoir car « entre la certitude du fait et l'incertitude de la date, s'engouffre l'espérance indéterminée. » (142) L'incertitude brouille les limites comme en témoigne les situations extrêmes où la vie semble se battre contre l'avènement de la mort pourtant ressentie comme proche. En brouillant les limites toutefois, cette notion met le soignant en garde contre un agir qui serait toujours nécessairement mieux qu'un « laisser-aller » : ce n'est pas parce que l'on peut faire qu'il faut le faire ou qu'il vaut mieux le faire. (116) A ce propos le refus d'un traitement ne doit pas être confondu avec un refus de prendre soin. (116)

La capacité du soignant à mettre en avant sa vulnérabilité, témoigne de sa volonté de trouver la meilleure réponse, de son engagement envers le malade. La certitude rassure quant aux choix faits, car elle ne laisse pas de questions en suspens, elle évite les cas de conscience. Or les cas de conscience sont aussi nécessaires que les connaissances scientifiques du soignant pour progresser. Ainsi le fait pour le soignant de reconnaître au moins à lui-même ses incertitudes est un facteur éthique important et de ce fait sa dépendance est aussi louable que sa responsabilité. Pour autant, si la dépendance du soignant est nécessaire à l'exercice correct de la médecine, ses émotions ne doivent pas le noyer tout comme elles ne doivent pas non plus le désert. (137) Le soignant doit agir selon sa conscience, par devoir envers lui-même mais aussi envers ses patients et ses clients. Si les affects sont enfouis, leur disparition ne sera qu'une illusion et même pire, elle sera « une porte ouverte à l'action pour compenser le refoulement [...]. Ce qui semblait contenu déborde en un passage à l'acte intempestif » (137) (comme le souligne entre autres l'expérience de Milgram. (134))

B - Les buts de la médecine : agir dans le meilleur intérêt du patient en le prévenant des affections, en le soulageant, et en le guérissant

1) La douleur et la souffrance

a) La distinction théorique entre douleur et souffrance

L'épreuve de la douleur a été démontrée « pour les mammifères puis les oiseaux au XXe siècle, pour des reptiles à la fin des années 1990, des poissons, des mollusques et des crustacés dans les années 2000 ». (107) La directive 2010/63/UE du 22/09/2010 reconnaît « la capacité des animaux à éprouver de la douleur, de la souffrance, de l'angoisse et un dommage durable ». (15) En médecine humaine et vétérinaire, le « droit de souffrir » pour le bien du patient est désormais condamné. Les soignants interviennent pour stopper la douleur aiguë et la douleur chronique, ce qui passe par l'investigation des composantes « somatiques, neurophysiologiques et psychologiques ». (50)

i - La douleur

En 1979, The International Association for the Study of Pain (IASP) définit la douleur comme « une sensation et une expérience émotionnelle désagréable en réponse à une atteinte tissulaire réelle ou potentielle ou décrite en ces termes ». (162) Par « émotionnelle » il faut entendre l'affect et par « potentielle » il faut entendre « les douleurs sans lésions [...], des souffrances fonctionnelles [...] et les douleurs construites. » (162) En 1986, Zimmerman définit la douleur comme « une expérience sensorielle aversive déclenchée par une atteinte réelle ou potentielle qui provoque des réactions motrices et végétatives protectrices, [qui] conduit à l'apprentissage d'un comportement d'évitement et peut modifier le comportement spécifique de l'espèce y compris le comportement social. » (162) Au travers de ces définitions se dessine l'aspect multidimensionnel de la douleur. Les composantes fondamentales de ce modèle sont (162) :

- la composante sensori-discriminative qui renseigne sur « le lieu, la durée, la qualité et l'intensité de la douleur » (162) ;
- la composante affective et émotionnelle qui module le ressenti de la douleur par l'individu (162) ;
- la composante cognitive qui intervient dans la « construction de l'image de la douleur et son devenir » (162) ;
- et la composante comportementale représentée par « l'expression verbale (vocalises, plaintes), non verbale (mimiques, postures), motrice (jeux, sauts, dynamisme), relationnelle (agressivité). » (162)

Ces composantes de la douleur ne sont pas séparées les unes des autres, même elles reposent sur un fond anatomique commun chez tous les mammifères. De manière très simplifiée :

- la formation réticulée ascendante module le comportement (163) ;
 - le cortex, le thalamus, le système limbique interviennent dans « la perception de l'inconfort, de la peur, de l'anxiété ou de la dépression » (163) ;
 - l'hypothalamus, le système nerveux autonome et le système limbique interviennent pour l'activation réflexe du système adrénopituitaire, cardiovasculaire et pulmonaire. (163)
- Elle se distingue de la nociception par l'intervention de la conscience par succession d'intégration dans le système nerveux : « la réponse nociceptive primaire du tronc cérébral, le vécu douloureux du système limbique et l'interprétation cognitive du néocortex. » (162)

L'ensemble de ces composantes font de l'expérience douloureuse une expérience subjective. (163) En fonction de l'intensité et du seuil de déclenchement de la douleur on distingue :

- la douleur physiologique qui correspond à une réponse caractérisée par « une relation simple et positive entre l'intensité du stimulus et l'ampleur des réponses » (164),
 - l'hyperalgésie qui correspond au déclenchement d'une réponse douloureuse exacerbée par rapport à la stimulation douloureuse exercée (164),
 - l'allodynie qui correspond au déclenchement d'une réponse excessivement douloureuse secondairement à un stimulus non douloureux normalement (164),
 - la douleur totale qui « englobe l'ensemble de la détresse physique et mentale, de l'inconfort, des symptômes, des problèmes ou des besoins qu'un patient peut éprouver ». (114)
- On distingue également la douleur chronique de la douleur aiguë. La douleur est mémorisée dans l'hippocampe modulant les comportements d'immobilité, de fuite et d'évitement : « la mémorisation émotionnelle est particulièrement performante et rationalise la prise de

décision. » (162) La douleur « chronique » se distingue de la douleur « aiguë » par le remplacement de l'effet protecteur physiologique de la douleur par un processus pathologique inutile et délétère sur le plan médical, psychologique et social. (164) Enfin, par son intégration, la douleur peut conduire à un état d'anxiété, de détresse, de souffrance.

ii - La souffrance

La souffrance vient du latin *subferre* qui signifie « supporter ». L'être souffrant se définit comme « un être qui supporte, endure, ou subit une douleur physique et morale, un état de mal-être, c'est-à-dire un sentiment de non-adaptation au monde, d'étrangeté aux êtres et aux choses, d'indifférence douloureuse. » (165) Comment distinguer souffrance et douleur ? La souffrance se distingue-t-elle de la douleur au travers de la temporalité ? Dans le dictionnaire *Larousse*, la souffrance est définie comme étant « un état prolongé de douleur physique ou morale. » (47) La durée et la fréquence d'occurrence du processus douloureux module l'expérience du patient et de la douleur peut naître un état de souffrance. L'absence de perspective autre que d'éprouver de la douleur encore et encore, de manière continue ou discontinue mais fréquente, place le patient dans une situation de détresse et donc dans laquelle il éprouve de la souffrance. Pour autant, toute douleur chronique ne conduit pas nécessairement à un état de souffrance, et tout individu victime d'une douleur aiguë n'est pas nécessairement épargné par la souffrance.

Lors du décès d'un être cher, certaines personnes disent qu'elles souffrent. Elles le disent parce qu'à la suite de cette perte, elles ont l'impression que plus rien ne va changer, plus rien de nouveau ne va se produire, que le monde est immobile, elles ont la sensation d'être vidées. Mais ce sentiment d'absence de perspective, est-ce de la souffrance ou du chagrin, une marque de tristesse profonde ? Lorsqu'un individu présente une douleur physique, cette douleur devient-elle souffrance lorsqu'il perd le sentiment de tout contrôle ? Lorsque l'individu soumis à la douleur a peur qu'elle ne le perde ? Lorsqu'il a peur que cette douleur ne le conduise à la mort ou du moins ne s'arrête jamais ? En somme la souffrance est-elle un des paliers de la douleur et de la détresse, le palier le plus élevé, le palier à partir duquel « celui qui souffre devient un étranger dans un monde étranger » ? (166) La douleur totale somatique, « entretenue par des facteurs organiques, psychologiques, environnementaux, spirituels », aboutit à une situation de souffrance. (167) Mais la souffrance ne se définit pas uniquement au travers de l'existence d'une douleur physique ou mentale « mais par la diminution, voire la destruction de la capacité d'agir, du pouvoir-faire, ressenties comme une atteinte à l'intégrité de soi. » (142) Dès lors la souffrance se distingue-t-elle de la détresse ? Dans le dictionnaire *Larousse*, la détresse est définie comme une « angoisse causée par un sentiment d'abandon, d'impuissance, par une situation désespérée ». (47) MacMillan définit la détresse comme étant un « état affectif désagréable, semblable ou identique à l'angoisse, par une incapacité à contrôler ou à faire face ou à s'adapter à l'affect désagréable généré par l'homéostasie altérée ou menacée ». (114) La détresse est un état qui s'exprime lorsqu'« un animal ne peut pas échapper ou s'adapter à des facteurs de stress externes ou internes qui entraînent des effets négatifs sur le bien-être. » (168) La détresse est donc liée à l'absence de perspective (réelle ou non) de s'en sortir, de se débarrasser de l'affect désagréable. (114) Ainsi la distinction entre détresse et souffrance repose sur une différence de perspective par rapport à la situation : la détresse est liée à la situation et la souffrance est liée au vécu de la situation. L'individu est dans une situation de détresse et dans cette situation il éprouve de la souffrance. En pratique, dans le contexte médical, la

distinction entre douleur et souffrance n'est pas évidente. L'expression clinique étant souvent la même, et la prise en charge peu impactée par l'absence de distinction formelle entre ces deux, la douleur et la souffrance seront étudiées en parallèle quant à leur évaluation et leurs implications dans le soin des personnes humaines et non humaines.

b) Les manifestations de la douleur et de la souffrance

i - Des manifestations physiques

L'individu présentant de la douleur ou souffrant peut présenter des modifications physiques. La posture peut être modifiée : posture rigide ou tendue, tremblements, queue basse, repos dans une position anormale, position du prier, accroupi, dos arqué, port de tête bas, etc. (169) Le faciès peut changer avec : des yeux ternes, écarquillés, plissés, strabisme, yeux mi-clos ou clos (169) (170) ; et/ou une modification du port des oreilles : aplatissement, port de l'oreille vers l'avant, l'arrière, sur les côtés (169) (170) ; et/ou des moustaches resserrées, notamment chez le chat. (170) Enfin, l'individu peut éprouver des sensations de brûlure, de décharge électrique, de fourmillements, de faiblesse musculaire, des épisodes d'hypersensibilité ou d'hyposensibilité (171)

ii - Des manifestations comportementales

Les modifications comportementales qui peuvent survenir en cas de douleur ou de souffrance, sont à évaluer en comparant le comportement de l'individu depuis qu'il est malade par rapport au comportement de l'espèce en général à laquelle il appartient et par rapport à ses habitudes et particularités comportementales individuelles avant la maladie. En effet en cas de souffrance, le comportement de l'individu s'éloigne du comportement naturel de l'espèce. (51) Mais s'il est un signe d'appel, il est nécessaire de pouvoir compléter cette remarque en étudiant la propension naturelle de l'individu à adopter ces « comportements de l'espèce », indépendamment de sa maladie, dans le contexte environnemental dans lequel il se trouve. (51)

Les troubles cognitifs observés en cas de douleur ou de souffrance sont : « la désorientation, la diminution des interactions sociales, la modification des cycles du sommeil, la perte des apprentissages de base, l'anxiété augmentée, le changement du niveau d'activité » (162), l'agressivité. (116) Les troubles cognitifs associés à la douleur reposent sur l'activation de l'amygdale par la douleur chronique qui entraîne ensuite l'inhibition du cortex préfrontal. Le lien entre douleur et cognition est fort et ambivalent : lorsqu'un animal dirige son attention « vers la douleur [il]augmente la douleur post-opératoire alors que la distraction augmente les seuils de douleur et de tolérance et diminue les réactions comportementales. » (162) Mais d'un autre côté, les déficits cognitifs induits par la douleur chronique diminuent l'anticipation voire augmentent le seuil de tolérance à la douleur. (162)

Les activités de l'individu risquent d'être modifiées (116), (169) : l'individu est prostré, léthargique, ou au contraire agité, dort moins ; il vocalise bien plus pour manifester l'état d'inconfort qu'il éprouve que pour interagir (douleur, anxiété, besoin d'uriner ou de déféquer, désir de boire ou de manger (169)) ; le rapport à la nourriture est modifié : hyporexie, anorexie, polyphagie (116), (169) ; son attention peut être focalisée sur une zone de son corps : « regard

fixe, automutilation, frottement, léchage excessif, mastication ou toilettage excessif d'une zone particulière du corps, ou comportement de garde d'une zone douloureuse » ou la réaction à la manipulation d'une zone (169) ; en cas d'état dépressif associé, de la stéréotypie peut être observée : « hallucinations, polydipsie, mâchonnements, ingestion de denrées non alimentaires, mordillements, succion des flancs, tournis, aboiements compulsifs », etc. (162) Le nombre d'interactions sociales avec les membres de son espèce ou le propriétaire risque d'être réduit : isolement, mise à distance, agression (116), diminution des activités de grooming, passivité.

iii - Des manifestations émotionnelles

La douleur fait intervenir les émotions. Les neurones spinaux transmettent le message de la douleur à l'amygdale puis au cerveau. (172) Elle est ensuite mémorisée par relais du message de douleur des aires corticales au thalamus. (172) Dans le cadre de la douleur chronique ininterrompue, la persistance de l'envoi de messages douloureux dans les aires cérébrales limbiques modifie le fonctionnement normal du cerveau. (172) La douleur induite donne naissance à des expériences négatives qui en retour la module et qui sont :

- la frustration (114)

- le désespoir (114)

- la solitude (114)

- la dépression ou l'« impuissance acquise ». (116) Elle se développe lorsque l'animal ne peut échapper à une situation ou à des stimuli aversifs. (116) En médecine humaine, il a été montré que la « comorbidité dépressive » est 3 à 5 fois plus importante chez les patients souffrant de douleurs chroniques, ainsi 20% des patients souffrant de douleurs chroniques souffrent d'une dépression majeure. (162) La douleur et la dépression présentent des neurotransmetteurs communs favorisant la mise en place d'un cercle auto-aggravant et s'expriment par des modifications comportementales décrites ci-dessus. A cela s'ajoute une plus forte propension à la stéréotypie. (162)

- la colère (162). Si elle est une émotion aversive, elle a toute de même pour effet de diminuer les réponses corticales à la stimulation douloureuse. (162)

- la peur, qui est « un état émotionnel fugace d'alarme et d'agitation déclenché par un danger spécifique et identifié. » (162) En cas de douleur, par stimulation persistante du système amygdalien, peut naître un sentiment de peur s'exprimant par un état d'hypervigilance, une attitude d'évitement exagérée conduisant à un état pessimiste, qui en retour accroît la peur liée à l'expérience douloureuse. (162)

- l'anxiété, qui se distingue de la peur par l'absence de cause identifiée. L'anxiété est un « état émotionnel généralisé, déclenché par une menace non spécifique, non identifiée, souvent imaginaire et attendue : l'anticipation appréhensive d'un danger ou d'un malheur s'accompagne de sentiments d'inquiétude, de détresse, et de symptômes somatiques de tension. » (162) L'anxiété participe à la chronicisation de la douleur. (162)

c) La complexité de l'évaluation de la douleur et de la souffrance

La douleur est avant tout un signal d'alerte, et ne devrait donc jamais être négligée. (167) Toutefois en pratique sa détection et son évaluation ne sont pas évidentes, car si d'un côté la douleur est spécifique de l'individu mais d'un autre côté les signes exprimés par un animal présentant de la douleur ne sont pas spécifiques de la douleur. (167) Tout d'abord la douleur est

spécifique de l'affection, mais une même maladie peut conduire à de la douleur par différents processus et donc la manière de les soulager sera différente : dans le cadre d'un cancer la douleur peut être liée directement à la tumeur par les lésions somatiques et viscérales induites, liée directement à la tumeur par des lésions nerveuses, liée à une hypertension intracrânienne provoquée par la tumeur, liée à des lésions méningées à l'origine de maux de tête, de douleurs à la nuque et au dos, liée au traitement (notamment douleur post chirurgicale chronique (173), chimiothérapie), ou liée à un mécanisme inconnu. (174) Ensuite, elle est spécifique de l'individu dans lequel elle s'exprime : elle dépend de son organisation nerveuse, de sa capacité à gérer ses émotions positives et négatives, de sa tendance au stress et de ses facultés de résilience, de sa conception et de son appréhension de la vie et de son monde, de sa capacité à agir dans son monde, de la compréhension qu'il a de sa douleur, de sa manière de l'exprimer, de son mode de vie, de son soutien familial et médical, etc. Mais son expression n'est pas spécifique. Les signes cliniques observés dans le cadre de la douleur sont également observés dans le cadre du mal-être et du stress. De plus certaines maladies débilitantes peuvent réduire les indicateurs comportementaux et physiques relatifs à l'expérience de la douleur. (169)

Pour souligner ces différents points, on peut prendre l'exemple des douleurs neuropathiques. Pour mesurer à quel point la prise en charge de la douleur d'un patient est relativement complexe, on peut s'appuyer sur le cas de la douleur neuropathique. En 2018, the International Association for the Study of Pain Special Interest Group on Neuropathic Pain (IASP Neu PSIG) définit la douleur neuropathique comme étant « une conséquence directe d'une lésion ou d'une maladie affectant le système somatosensoriel » (171) et la décrit à partir d'un un système de trois échelons. Sont distinguées :

- la « douleur neuropathique possible » : lorsqu'un lien neuroanatomique peut être établi entre des antécédents de lésions ou de maladies du système nerveux somatosensoriels et la douleur présente. (171)

- la « douleur neuropathique probable » : lorsque l'examen neurologique révèle des anomalies sensorielles associés à la distribution de la douleur. (171)

- la « douleur neuropathique définie » : lorsque le diagnostic d'une lésion ou d'une maladie du système nerveux somatosensoriel est établi et explique la douleur ressentie. (171)

Ainsi un plan de gestion complet de la prise en charge de toute douleur devrait reposer sur « (i) la reconnaissance et la compréhension précoces des signes cliniques de la douleur ; (ii) anticiper le niveau perçu de douleur ressentie en fonction du processus morbide présent ; (iii) la mise en place d'un plan multimodal de prise en charge de la douleur ; et (iv) la poursuite de l'évaluation et de la réévaluation de la réponse aux traitements administrés. » (169)

2) La qualité de vie

a) La distinction des termes de « bien-être », de « bientraitance » et de « qualité de vie »

i - Le bien-être

En 2008, l'OIE définit le bien-être animal comme la manière dont « un animal fait face aux conditions dans lesquelles il vit. Un animal est dans un bon état de bien-être si (comme indiqué par des preuves scientifiques) il est en bonne santé, confortable, bien nourri, en sécurité,

capable d'exprimer un comportement inné et s'il ne souffre pas d'états désagréables tels que la douleur, la peur et détresse ». (175) A l'échelle nationale, en 2018, l'Agence Nationale de Sécurité Sanitaire de l'Alimentation, de l'Environnement et du Travail (Anses) définit le bien-être animal comme « l'état mental et physique positif lié à la satisfaction de ses besoins physiologiques et comportementaux, ainsi que de ses attentes. Cet état varie en fonction de la perception de la situation par l'animal. » (120) Dans le domaine de l'éthique, il existe de nombreuses approches du « bien-être », qui peuvent être regroupées sous trois grandes approches :

- l'approche naturaliste du bien-être (120) : pour que l'animal soit dans un état de bien-être, il faut qu'il se trouve « dans un milieu se rapprochant le plus du milieu naturel, milieu dans lequel l'animal peut satisfaire ses besoins, montrer ses préférences, ses motivations. » (120)

- l'approche adaptative du bien-être (120) : pour que l'animal éprouve un état de bien-être, il faut qu'il puisse au travers de ses capacités physiologiques et comportementales s'adapter aux caractéristiques du milieu dans lequel il vit. (120) La faculté d'adaptation nécessite d'avoir « le contrôle de la stabilité mentale et corporelle. » (176) Un échec prolongé à faire face conduit à l'« échec de la croissance, l'échec de la reproduction ou la mort. » (176)

- l'approche mentale du bien-être (120) : le bien-être résulte de l'animal « de l'absence d'émotions négatives (peur, douleur, frustration), et de la présence d'émotions positives (joie, plaisir). » (120) Le bien-être repose sur les émotions et les états mentaux et est donc nécessairement un concept subjectif. (120)

Le point commun qui semble lier ces différentes approches est que le bien-être dépend de la réponse de l'individu soumis à des pressions extérieures. Broom définit le bien-être de l'individu comme « son état en ce qui concerne ses tentatives pour faire face à son environnement. » (176) Ainsi l'état de bien-être est une caractéristique d'un individu à un temps donné, en un lieu donné, et modulé par des facteurs extrinsèques et intrinsèques à celui-ci. (176)

ii - La bientraitance

Il est important de distinguer le bien-être de la bientraitance. L'Organisation Mondiale de la Santé Animale (OMSA) définit la bientraitance comme étant « l'ensemble des mesures mises en œuvre par l'Homme pour assurer le bien-être animal. » (120) Ainsi la réglementation animale impose des normes dans le but d'assurer la bientraitance des animaux non humains et non leur bien-être : « bientraitance et bien-être sont ainsi deux notions fondamentalement différentes même si l'on peut supposer que le respect de normes de bientraitance pourrait garantir un niveau minimum de bien-être. » (120) A ce titre, on peut citer Les « 12 critères de bien-être » établis par le Welfare Quality Project en 2009, ne sont en réalité pas des critères de bien-être mais des critères de bientraitance (175) : ne pas souffrir de la faim (en qualité et en quantité) ; ne pas souffrir de la soif (en qualité et en quantité) ; disposer d'un lieu confortable pour se reposer ; ne pas souffrir d'inconfort thermique ; disposer de suffisamment d'espace pour se mouvoir ; être libre de toute blessure physique, de toute maladie ; être libre de douleur induite par de mauvaises conditions de détention, d'abattage, de chirurgie (l'écornage, castration) ; être libre de pouvoir exprimer des comportements normaux de l'espèce, des comportements sociaux non nocifs ; de ressentir le moins d'émotions négatives possibles (peur, détresse, frustration, apathie) et le plus d'émotions positives (sécurité, plaisir, satisfaction). (175)

Le risque émanant de la confusion des critères de bien-être et de critères de bientraitance réside dans le fait que bien souvent les critères de bientraitance reposent sur une « éthique communautaire » justement parce que ce concept présuppose que « la communauté humaine » doit agir d'une certaine manière sur « la communauté animale ». Le *Traité de Lisbonne* (2004) souligne l'aspect communautaire que revêt la bientraitance : « l'Union et les États membres, les animaux étant des êtres sensibles, tiennent pleinement compte des exigences du bien-être animal, dans le respect des dispositions législatives ou administratives et des coutumes des États membres relatives notamment aux rites religieux, aux traditions culturelles et au patrimoine régional. » (175) L'éthique communautaire s'appuie sur les valeurs, les idées et les buts de la communauté pour répondre à un dilemme. (103) Ce qui pose tout de même question quant à la valeur accordée aux individus et notamment aux personnes (appartenant ou non à la communauté) face aux besoins de la communauté et quant à la manière de justifier que les valeurs d'une communauté puissent être imposées sur une autre. A la « bientraitance » est associée l'idée d'une « obligation de moyens » alors qu'au concept de « bien-être » est associée l'idée d'une « obligation de résultats ». (120) La bientraitance fait du bien-être animal un concept lié aux intérêts humains et non un concept lié à l'individu lui-même.

iii - La qualité de vie

En 2012, l'OMS définit la qualité de vie comme « les perceptions qu'ont les individus de leur position dans la vie dans le contexte de la culture et des systèmes de valeurs dans lesquels ils vivent et par rapport à leurs objectifs, attentes, normes et préoccupations ». (177) La qualité de vie est liée à la santé physique, l'état psychologique, l'état d'indépendance, aux relations sociales, aux croyances personnelles, aux relations, à l'environnement de vie. (177) Or cette définition est semblable à la définition du bien-être. Dès lors comment ces deux notions se distinguent-elles ? Le terme de « qualité de vie » est d'abord apparu en médecine humaine en 1970. C'est donc à l'origine un terme médical, s'appliquant aux personnes malades ou en période de convalescence. (176) Alors que le bien-être s'inscrit dans un corps « sain », la qualité de vie s'inscrit dans un corps qui subit une maladie et tient compte des effets de la maladie et du système de santé engagé sur la capacité de l'individu à « contrôler ses interactions avec son environnement. » (176) A partir de 2010, il devient également un terme de la médecine vétérinaire et s'évalue au prisme de la capacité de l'animal malade à vivre sa vie d'animal. (108) Quels sont les facteurs modulant les facultés d'adaptation d'un individu face à une certaine situation ? Quels sont les facteurs qui influencent la capacité d'un animal malade (humain ou non humain) à vivre sa vie d'animal ?

Premièrement, le facteur physique (176) prend en compte la condition physique du malade, c'est-à-dire sa « capacité de fonctionner », sa « perception de ce fonctionnement » et sa « satisfaction de fonctionner » par rapport à ce qu'il imagine être possible. (176) Par exemple, la condition physique peut impacter la réalisation des activités habituellement réalisées par l'individu (comme manger, dormir, se déplacer) ce qui est susceptible d'avoir un fort impact sur sa qualité de vie. (114) Deuxièmement, le facteur social (176) prend en compte des interactions du malade avec ses proches (dans le cas de l'animal non humain il s'agit des interactions entre le propriétaire et l'animal, entre l'animal et ses congénères, son intégration dans la famille), avec les soignants, voire avec la société. (114) En lien avec le facteur physique, ce facteur peut accroître ou diminuer le niveau de dépendance du malade. Troisièmement le

facteur cognitivo-psychologique (176) prend en compte le degré de conscience, les capacités cognitives, le sens que le malade accorde à sa qualité de vie (114), le rapport à la spiritualité. (177) Quatrièmement le facteur environnemental (177) détermine l'accessibilité aux soins du patient. Ces facteurs s'entremêlent chez le patient. D'une part, les facteurs pouvant contribuer à une baisse de qualité de vie du malade sont : « les douleurs, les nausées, l'inappétence, la détresse respiratoire, la perte de mobilité, l'incontinence, la déshydratation, le confinement, l'isolement social, la confusion, l'agitation, l'ennui, la frustration, l'anxiété, la peur, la dépression et l'incapacité à se livrer à des activités significatives et agréables ». (114) D'autre part les facteurs pouvant contribuer à une amélioration de la qualité de vie du malade sont : « la stimulation tactile et sensorielle, la stimulation mentale, la compagnie, la bonne nourriture, la literie confortable, le jeu et le sentiment de contrôle sur soi-même et sur son environnement. » (114) Mais s'ils s'entremêlent, tous ces facteurs ne pèsent pas le même poids dans la balance dégradation/ amélioration de la qualité de vie entre les malades mais également chez un même malade suivant son état de santé. (177) Par exemple, la détresse respiratoire est probablement plus difficile à vivre que l'inappétence.

Ainsi tout comme le bien-être, la qualité de vie dépend de facteurs internes et de facteurs externes au patient : la capacité de s'adapter à l'environnement, les moyens de faire face aux affections, les réponses comportementales et physiologiques et les processus cognitifs liés au plaisir et à la souffrance. (176) Mais le poids des facteurs internes dans l'évaluation de la qualité de vie est plus fort que dans l'évaluation du bien-être. Par conséquent, si pour le bien-être, différentes grilles d'évaluation du bien-être ont été élaborées, ce n'est pas le cas pour la qualité de vie. Toute la difficulté de l'appréhension de la qualité de vie, c'est qu'elle repose nécessairement en partie sur l'intuition du soignant, c'est-à-dire sur sa capacité à appréhender les émotions et les sentiments du patient, or l'intuition n'est pas toujours fiable. (116) Se pose donc la question de l'évaluation objective et pertinente de la qualité de vie dans le « prendre soin ».

b) Les significations d'une « bonne » qualité de vie

Le concept de « qualité de vie » est un concept éthique, de ce fait réfléchir à ce qu'est une bonne ou une mauvaise qualité de vie revient à se demander « ce que nous devons à l'animal, et dans quelle mesure » (119) pour l'aider à maintenir ou à améliorer sa qualité de vie. Dès lors il faut comprendre ce que signifie « vivre sa vie d'animal malade (humain ou non humain) » d'un point de vue éthique et biologique ?

i - La durée de vie

La durée de vie des patients s'est vue prolongée par le développement de la médecine et des soins palliatifs, de l'avènement de la ventilation artificielle, du sondage urinaire, de la dialyse, des perfusions hydriques et alimentaires, des sondages nasogastriques ou d'oesophagostomie, de la diversité des médicaments, etc., si bien que dans les années 1960, la politique médicale était de maintenir en vie le patient coûte que coûte. (178) Une manière d'interpréter le soutien d'une telle politique est qu'être en vie est une condition nécessaire au patient pour éprouver et évaluer sa qualité de vie. (178) Une certaine durée de vie est nécessaire au développement de capacités spécifiques, dont le répertoire comportemental de l'espèce ; la

durée de vie serait donc un élément constitutif du bien-être et de la qualité de vie d'un animal. (178) Priver un animal d'un futur positif revient à le priver d'un état potentiel d'émotions et de sensations positives dans ce futur. (178) Mais la politique des années 1960 a depuis été remise en question comme en témoigne les *lois Leonetti* (2005) et *Claeys-Leonetti* (2016). Les médecins (et les vétérinaires) sont incités à questionner l'intérêt des soins médicaux notamment lors de maladies chroniques associées à des souffrances majeures et avec un pronostic sombre : dans ces cas-là « il existe une incertitude sur le bien-fondé de l'usage de certains traitements. Est-il juste de prolonger la vie de ces patients ? » (179) Faire intervenir la durée de vie dans les décisions médicales amène à se poser la question de l'âge par rapport à l'accès aux soins. En médecine humaine, dans le cadre d'un système de santé soutenu par la sécurité sociale ou ses équivalents au sein des différentes nations, la question de l'âge est posée dans les situations où le triage est nécessaire, lorsque plusieurs individus sont impliqués en même temps dans un processus morbide nécessitant du matériel et une logistique précise mais faisant défaut à l'instant t. En médecine vétérinaire, au vu du poids financier qui repose presque exclusivement sur le client, l'âge du patient intervient dans le cadre de la médecine individuelle, indépendamment de l'existence d'une situation de triage.

L'âge peut être directement impliqué dans l'accessibilité au soin. C'est la théorie du principe du « cycle de la vie », de « la vie complète » (180), qui considère que pour répondre au principe de justice en médecine, il faut assurer à tous les patients une durée de vie « normale » c'est-à-dire dans la moyenne de la durée de vie de l'espèce. (180) Cependant, d'une part, cela présuppose que l'âge physiologique est équivalent à l'âge chronologique et qu'il se trouverait certaines périodes de la vie qui vaudraient davantage la peine d'être vécues que d'autres (180), ce qui est faux, la vie étant un processus dynamique avec des aspects positifs et négatifs à chaque stade (181). De plus en niant la grande hétérogénéité du statut cognitif, psychologique, fonctionnel (physiologique) et du poids des comorbidités au sein d'une population âgée (181), cette théorie va à l'encontre même du principe de justice qu'elle se vante de défendre. (180) D'autre part, ce principe repose sur l'idée selon laquelle le vieillissement favorisant l'apparition de problèmes de santé (178), l'augmentation de l'espérance de vie grâce à la prise en charge médicale des plus âgés, conduirait à davantage de fins de vie dégradées voir indignes. (179) Toutefois une telle idée ne tient pas compte de la distinction entre « usure » et « dégénérescence ». L'usure est « une dimension temporelle ineffaçable de l'activité organique : elle mesure le travail sourd qui désorganise les tissus par le seul fait qu'ils assurent leurs fonctions, et qu'ils rencontrent « une foule d'agents extérieurs » capables de l' « emporter sur leurs résistances ». » (150) La dégénérescence par contre est semblable au « mouvement de chute à partir d'un statut d'origine », elle est la dimension pathologique de son évolution propre. (150) Ainsi le vieillissement en tant que tel fait partie du processus d'usure de l'organisme, c'est un état physiologique, et non pas du processus de dégénérescence, qui est un état pathologique, même si celui-ci peut frapper tout être vivant quel que soit son âge. Tout cela remet en question le lien entre justice et durée de vie.

L'âge peut être indirectement impliqué dans l'accessibilité au soin. C'est la théorie du principe des « années de vie sauvées », de l'« espérance de vie prévue à long terme », des « années de vie vécues » (180) qui fait intervenir l'âge comme un des critères éthiques de la prise de décision et non pas comme le seul critère. (181) Des modèles ont été réalisés pour évaluer la prédictivité de la durée de vie en fonction de l'âge du patient mais n'ont pas pu établir de

corrélation entre les deux. (181) En revanche, l'existence de comorbidités s'est avéré être un facteur prédictif de la durée de vie. (181) Lorsque plusieurs fonctions organiques se mettent à défaillir, parallèlement la prise en charge médicale devient de plus en plus intense et incertaine. Le but de cette prise en charge est toujours de soulager le patient. Mais les examens cliniques, complémentaires et les traitements s'intensifient en fréquence et/ou en complexité, le soignant, bien qu'il cherche à améliorer l'état du patient, risque d'induire de l'inconfort, de la souffrance, du stress : invasion des manœuvres diagnostiques et thérapeutiques, risque accru de l'apparition d'effets secondaires des traitements, amoindrissement des connaissances et de la marge de manœuvre des soignants à mesure que le processus morbide envahit le corps du patient, etc. A titre d'exemple, on peut citer le cas de la réalimentation forcée. Lors des séances de réalimentation forcée, la qualité de vie du patient peut être plus ou moins diminuée par la procédure, les sensations déclenchées, les nausées liées à la maladie, etc. Il est des situations où l'alimentation forcée peut permettre au patient de s'en sortir, de survivre le temps de la maladie et de la convalescence, que son état s'améliore. Mais dans d'autres cas lorsque le patient présente un cancer en stade terminal ou une insuffisance organique avancée, lorsque les traitements ne fonctionnent pas ou peu ou plus, la réalimentation peut être chaque jour un épisode de douleur ou de souffrance susceptible de prolonger significativement un état global de qualité de vie médiocre et de souffrance. (102) Et ce parce que le maintien de la vie n'équivaut pas au maintien de la qualité de vie. Les notions d'« obstination déraisonnable » ou d'« acharnement thérapeutique » soulignent l'importance de cette distinction car si « le médecin a les moyens d'augmenter l'espérance de vie du malade, encore faudrait-il que pour son malade la vie soit espérance. » (117) Les personnes âgées étant d'autant plus susceptibles d'avoir des comorbidités, l'âge intervient indirectement dans l'accessibilité aux soins en situation de triage, lorsque les ressources médicales viennent à manquer. (181) Cette théorie ne viole pas le principe de justice, car si l'âge intervient dans la prise de décision, c'est indirectement, au travers de la probabilité de développer des comorbidités lorsque l'âge augmente. Le critère de l'âge n'agit pas directement sur la prise de décision c'est la présence de comorbidités qui assombrit le pronostic avec et sans traitement. Toutefois il ne faut pas oublier que si les comorbidités impactent la qualité de vie, toutes n'entraînent « pas nécessairement une mauvaise qualité de vie chez les humains gériatriques, d'autres facteurs contribuant à l'évaluation par les patients de leur qualité de vie ». (182)

ii - Le *telos*

En grec, il existe deux termes pour désigner la « vie », *zôê* et *bios*. Le terme *zôê* correspond au « simple fait de vivre, commun à tous les êtres vivants (animaux, hommes ou dieux) » (183). Le terme *bios* correspond à « la forme ou la façon de vivre propre à un individu ou à un groupe ». (183) Deux interprétations de ce terme existent : soit le *bios* est nécessairement politique et humain (telle est la conception de Hannah Arendt), soit elle englobe toute forme de vie particulière (telle est la conception d'Aristote : « les différences entre animaux [*zôôn*] sont relatives à leurs vies [*bios*], leurs caractères et leurs organes ». (183) La notion de *telos* qu'invoquent par les philosophes modernes se rapproche de la notion de *bios* d'Aristote, le *telos* étant défini comme « l'ensemble unique de traits et de pouvoirs qui font de l'animal ce qu'il est ». (184) Pour comprendre l'importance du *bios* ou du *telos* dans l'évaluation de la qualité de vie, il est nécessaire de se rapporter aux notions de « besoin » et de « privation ».

Un besoin est « une exigence de survie et de qualité de vie liée au maintien de l'homéostasie et aux motivations comportementales ». (120) La reconnaissance de certains besoins est impérative comme en témoigne l'article R-214-1 du *Code rural et de la pêche maritime* qui stipule que « tout animal étant un être sensible doit être placé par son propriétaire dans des conditions compatibles avec les impératifs biologiques de l'espèce. » (185) Mais quels sont ces « impératifs biologiques », ces besoins ? L'« exigence de survie » fait appel aux « besoins de bases » tels que l'accès à la nourriture, à l'eau, à un abri, à du repos, éventuellement à la reproduction. (76) L'« exigence de qualité de vie » fait référence au fait qu'un individu A a un intérêt pour X « avoir ou faire X serait (ou nous pensons que cela serait) bénéfique pour A » (76), c'est l'exigence d'éprouver de la satisfaction, de la motivation pour ce que l'on fait. Or s'il ne peut pas accomplir un certain comportement, une motivation, il « peut être sérieusement affecté en étant incapable d'accomplir l'activité. » (176) Ne pas pouvoir l'accomplir déclenche un sentiment de frustration qui peut aller jusqu'à la souffrance mentale. (176) L'« exigence de qualité de vie » ne doit pas être minimisée par rapport à l'« exigence de survie ». Pour le comprendre, on peut prendre l'exemple des animaux anorexiques ou dysorexiques en fin de vie (cancer, insuffisance organique en phase terminale, animaux très âgés, etc.). Les clients/les proches, les vétérinaires/les médecins considèrent la prise alimentaire comme étant une nécessité, elle est une « exigence de survie », mais aussi un facteur et/ou un témoin de plaisir, de satisfaction minimale du patient. Ainsi face à ces animaux anorexiques ou dysorexiques en fin de vie, la tentation est grande de remédier à leur état. Or en médecine humaine, dans les hospices médicaux, il a été démontré qu'il vient un moment, lorsque l'organisme n'a plus la capacité de digérer et d'assimiler les nutriments, où la nourriture perd de son attractivité, et où même manger devient un inconfort. (102) Il est important pour aborder ce cas de se souvenir de la distinction entre ne pouvoir assouvir sa faim et sa soif et présenter un appétit diminué (102) : alors que dans le premier cas ne pas pouvoir assouvir son besoin de manger et de boire conduit à de l'inconfort et à du stress, dans le second cas « [il] peut ne pas être pénible jusqu'à ce que des humains bien intentionnés essaient de forcer un animal qui ne le désire plus à consommer de la nourriture et de l'eau. » (102) Ainsi, dans le cas particulier des patients anorexiques ou dysorexiques en fin de vie dans les hospices humains, le rapport à la nourriture ne relève plus de l'« exigence de survie » mais de l'« exigence de qualité de vie », il n'intervient plus dans le cadre d'une nécessité de se nourrir mais « est réservé au plaisir ou au confort, mais n'est pas utilisé pour la nutrition du soutien vital. » (102) Dans ce contexte particulier de la fin de vie, il en va de même pour les apports hydriques qui ne sont plus employés pour assurer le maintien d'un état d'hydratation physiologique mais utilisés « pour humidifier les muqueuses et donnés pour le confort si désiré. » (102)

Le « besoin » se distingue de l'« attente », cette dernière étant « processus mental généré par l'anticipation d'un événement auquel l'animal va se référer pour évaluer la valence de cet événement. » (120) La privation intervient lorsque le besoin est empêché d'être assouvi, pas lorsque l'attente ne se transforme pas en acte. Si l'attente fait nécessairement intervenir la conscience, un besoin - qu'il fasse ou non intervenir la conscience - reste toujours un besoin pour l'individu. Il ne faut pas avoir conscience de son besoin ou de sa privation pour qu'ils soient qualifiés comme tels. La victime de la privation n'a pas besoin d'être consciente d'être privée pour que la privation existe (76) : « Une ménagère « contente » et un esclave domestique « heureux » peuvent avoir été lésés à leur insu. En effet parfois le mal est d'autant plus grand précisément que ceux qui ont été lésés ignorent le mal qui a été fait. » (76) Ce n'est pas parce

que l'on est pas « blessé » que l'on ne souffre pas d'un « préjudice ». (76) Une privation est souvent une source d'angoisse, de colère, de frustration voir de souffrance par l'impossibilité pour l'individu d'éprouver de la satisfaction mais aussi « par les méthodes utilisées pour priver l'individu de ces opportunités. » (76) Ceci souligne l'importance qui doit être accordée aux « exigences de survie » du patient d'un côté et à ses « exigences de qualité de vie » de l'autre. L'évaluation du *telos* repose donc sur une évaluation du patient pour lui-même, afin d'essayer d'améliorer ou du moins de ne pas diminuer sa propre qualité de vie. La limite de l'approche par le *telos* est que le contenu de ses exigences est variable entre les individus d'espèce différentes, entre les individus d'une même espèce et fluctuante au cours de la vie chez un même individu.

c) La complexité et l'exigence relative à l'évaluation de la qualité de vie

La qualité de vie d'un malade est dépendante de sa capacité à « contrôler ses interactions avec son environnement » (176), à vivre sa vie bien qu'il soit malade, ce qui signifie en somme qu'elle est liée à l'expression « unique de traits et de pouvoirs qui font de l'animal ce qu'il est ». (184) Elle est donc liée au *telos* du patient pris dans son contexte de vie, à la possibilité du patient d'exprimer son *telos* dans ce contexte de vie. L'évaluation de la qualité de vie et risque fort d'être subjective si l'on n'y prend pas garde. D'une part les besoins du malade sont subjectifs et donc difficiles à appréhender : il faut s'appuyer sur des connaissances générales à propos de l'espèce et de l'âge du malade mais aussi sur des connaissances individuelles de l'individu. (114) Cela implique que le soignant soit attentif au patient, qu'il interagisse et échange avec le patient, le client/la personne de confiance, le reste de l'équipe soignante, pour confronter ses intuitions et ses connaissances à la réalité du patient dans son contexte de vie. D'autre part, ces besoins sont fluctuants, en lien avec l'évolution de la maladie et de ses conséquences sur la personne malade prise dans son contexte, ce qui peut moduler la perception de sa qualité de vie par autrui, mais aussi sa qualité de vie éprouvée au cours du temps. Il est nécessaire de « tenir compte des variations individuelles dans les tentatives de faire face à l'adversité et dans les effets de l'adversité sur l'animal. » (176) Mais malgré la difficulté de leur évaluation, s'il est si important de considérer les intérêts et les préférences d'autrui, c'est qu'ils sont nécessaires pour ne pas basculer du côté du pur paternalisme qui favoriserait l'expression de comportements de frustration et du refus complet de tout soin de la part du patient et nuirait à sa personne. L'étude des préférences est importante : les tests de préférence réalisés dans des conditions expérimentales révèlent que les animaux non humains sont capables de se confronter à des situations désagréables en vue d'accéder à ce qu'ils souhaitent. (170) Tout comme en médecine humaine, les soins palliatifs et les hospices vétérinaires s'efforcent de tenir en partie compte des besoins, désirs et préférences de leurs patients. (170) Toutefois il est important de noter que répondre à ses vœux et ses désirs, n'est pas forcément dans l'intérêt du patient, l'intéressé n'étant pas forcément le meilleur juge de son intérêt même si il est le meilleur juge de ses vœux et de ses désirs (76). Et ceci est valable pour le patient humain et le patient non humain.

Ainsi l'évaluation de la qualité de vie, s'efforce d'apporter de l'objectif à une notion dont les déterminants sont profondément subjectifs, propres à chaque individu : « dans un sens réel, la science dure ne détermine pas votre concept de bien-être ; c'est plutôt votre concept de bien-être qui détermine ce qui compte comme science dure. » (119) Les sentiments de

satisfaction ou de frustration naissent de la possibilité ou non d'exprimer son *telos*. L'évaluation de la qualité de vie s'appuie donc sur la nature de la maladie, sur l'observation comparée de l'individu malade à l'espèce à laquelle il appartient et sur l'observation comparée de l'individu malade par rapport à lui-même avant qu'il n'ait cette maladie ou qu'elle n'impacte trop sa vie. Cette évaluation dans son ensemble est dynamique. Il faut réévaluer cette qualité de vie suite à la mise en place d'un traitement.

i - L'évaluation de la qualité de vie par rapport à la nature et à la physiopathologie de la maladie

Les grilles d'évaluation de la qualité de vie en médecine humaine sont spécifiques de l'affection. Il se trouve une méthode d'évaluation de la qualité de vie pour les maladies cardiaques, les lésions de la moelle épinière, l'arthrose, l'insuffisance rénale, le cancer, la douleur chronique, les maladies dermatologiques, la maladie intestinale inflammatoire chronique. (186) Elles rendent compte des effets physiopathologiques de la maladie et des signes cliniques chez le patient. En médecine humaine, les maladies impactant considérablement la qualité de vie sont : « les maladies cardiaques, la douleur chronique et la douleur liée au cancer. » (187) Les symptômes tels que « l'essoufflement, la douleur (de plusieurs types), la débilitation, la faiblesse, le malaise, la nausée, l'étourdissement et l'épuisement physique » (189) affectent sévèrement la qualité de vie. Ainsi la souffrance et la douleur modulent la qualité de vie. Notamment en gériatrie, l'évaluation de la qualité de vie se focalise sur les effets de la douleur et de la souffrance en lien avec des maladies chroniques (182), les effets du vieillissement (182) et la réponse thérapeutique.

Mais il faut veiller à ne pas réduire la qualité de vie à la considération de la douleur et/ou de la souffrance. Se focaliser uniquement sur ces deux paramètres restreint la marge de manœuvre pour continuer à vivre malgré l'existence d'une maladie « handicapante ». En médecine humaine, il a été montré que la « qualité de vie ne peut être réduite à un équilibre entre plaisir et douleur » justement parce que les êtres humains sont des personnes, que le sens (conscient ou inconscient) que nous donnons à notre vie et/ou à nos projets, influence la matière de cette qualité de vie. (114) A partir du moment où l'on ne considère plus la qualité de vie comme se mesurant exclusivement au travers de la douleur et la souffrance mais où l'on tient également compte « [du] désir ou [de] la volonté de vivre de l'animal, [des] sources potentielles de plaisir et de paix émotionnelle, et [des] possibilités de faire face à la souffrance » (116), le pouvoir de la « souffrance » commence alors à diminuer et elle reprend la place qui lui est véritablement due dans le processus décisionnel. (116) De plus l'affection principale peut être compliquée par l'existence de comorbidités associées à des effets variables sur le patient. Les questions qui se posent alors sont notamment : le patient dispose-t-il de l'environnement socio-économique nécessaire à sa prise en charge ? Que la réponse soit positive ou négative, un niveau de qualité de vie minimal pourra-t-il être respecté, autrement dit le patient pourra-t-il exprimer son *telos* ou ne sera-t-il que souffrance et/ou désespoir ?

ii - L'évaluation de la qualité de vie par l'observation comparée de l'individu malade et de l'espèce à laquelle il appartient

L'observation comparée du patient par rapport à son espèce est guidée par les questions suivantes :

- Premièrement le patient a-t-il la possibilité d'exprimer les comportements typiques de son espèce et les exprime-t-il ? (187) Pour que le patient puisse être satisfait de sa qualité de vie, il faudrait que les besoins de base tels que l'accès à la nourriture, à l'eau, à un refuge, aux soins lui permettant d'échapper à la douleur et aux souffrances inutiles, soient assouvis. (170) Mais l'animal doit aussi pouvoir avoir accès aux activités réalisées en général par les membres de son espèce et de son âge. (187) Ce peuvent être des activités aussi basiques que se toiletter, s'étirer, se déplacer, mastiquer, sauter d'un meuble à l'autre, etc. (170), (187), mais c'est également avoir « des occasions d'exercices et de jeux appropriés » (170), des « opportunités de stimulation mentale » (170), et des « opportunités de contacts sociaux agréables avec les autres membres de l'espèce, et avec les gens. » (170)

- Deuxièmement, le patient exprime-t-il des comportements anormaux par rapport aux comportements attendus pour un membre de son espèce ? Le patient présente de la stéréotypie, pratique l'automutilation, adopte des postures étranges. (187)

- Troisièmement lors des manipulations, d'interactions, de modifications ou d'aménagement de l'environnement, exprime-t-il des comportements inattendus au vue de son espèce et de la situation : évitement (187), aversion (187), apathie (188) ou stéréotypie (188) ? Ou bien présente-t-il des signes d'intérêt, interagit-il de manière positive ?

iii - L'évaluation de la qualité de vie par l'observation comparée de l'individu avant et après l'apparition de la maladie, avant et après l'apparition de symptômes

L'observation des changements survenus chez le patient à partir du moment où il est tombé malade repose sur des questions similaires à celles précédemment évoquées mais adaptées au patient lui-même.

- Premièrement le patient exprime-t-il des comportements et des activités qui lui sont typiques ? Cette question prend en compte la différence « physiologique » qui peut exister entre les comportements spécifiques et les comportements individuels. Ceux qui s'occupent de l'animal sont familiarisés avec les comportements normalement exprimés lorsque l'animal se porte « bien », ses activités habituelles, ses préférences. (170) A l'inverse ces comportements peuvent ne pas être reconnus ou mal-interprétés par des observateurs extérieurs.

- Deuxièmement le patient exprime-t-il des comportements anormaux, inhabituels ? Les interactions avec autrui et son environnement sont modifiées en qualité et en quantité ; le patient perd la capacité de se déplacer librement ou présente des modifications dans la séquence normale de la locomotion (170) ; il est léthargique, dépressif, a du mal à focaliser son attention sur une seule chose et pendant un certain temps, est épuisé, ne présente pas de signes de relaxation, présente des signes de stress (170) ; il est inconfortable, présente des signes de douleur, une baisse des fonctions motrices (170) ; par la douleur (170) ; il présente des difficultés à répondre aux demandes du propriétaire, ses rapports de domination/soumission avec les autres membres de l'espèce sont modifiés. (170) Pour évaluer l'impact de ces

comportements sur la qualité de vie, il faut en plus tenir compte de leur durée.

- Troisièmement le patient éprouve-t-il encore des préférences ? Que sont devenues ses préférences passées vis-à-vis d'un environnement, de situation, de stimulus ? (187) Sont-elles encore présentes ? Ou bien le patient est-il devenu réticent à s'engager dans une activité ou un comportement qu'il aimait adopter ? Cela se manifeste notamment par l'adoption de comportements de diversion lorsque des situations relatives à ses anciennes préférences se manifestent. Ceux-ci sont notamment le bâillement et le toilettage chez le chien et le chat. (170) Ses anciennes préférences sont-elles remplacées par d'autres préférences ? lesquelles ? Ou bien est-il devenu complètement ou partiellement indifférent ?

3) La modulation de l'impact de la douleur, de la souffrance, de la qualité de vie sur le patient par le stress et la résilience

La qualité de vie, la douleur, la souffrance sont fonction des différents paramètres précédemment évoqués, mais aussi des capacités de la personne malade à s'adapter à son environnement (interne avec la maladie, le tempérament, et externe avec l'environnement physique et social), elle prend en compte « un plus large éventail de sentiments et d'autres mécanismes d'adaptation que ceux qui affectent la santé. » (176) Jean Furto définit la santé mentale comme « la capacité de vivre et de souffrir dans un environnement donné et transformable, sans destructivité, mais non sans révolte ; c'est-à-dire la capacité de vivre avec autrui et de rester en lien avec soi-même, mais aussi d'investir et de créer dans cet environnement, y compris des productions atypiques et non normatives. » (132) Ainsi l'ensemble des paramètres tels que la douleur et la souffrance, le tempérament, l'environnement physique et social ont un fort impact sur le ressenti positif ou négatif de l'individu concernant ce qui lui arrive, en mettant en jeu son « circuit du stress » et/ou son « circuit de la résilience », elle-même modulant les sensations de douleurs, de souffrances, de limitation et d'autres symptômes et la capacité à avoir des expériences positives. (114) Les mécanismes d'adaptation et de non-adaptation chez l'être humain reposent sur des modifications cognitives comme « le changement de valeurs, de but, d'attention et d'interprétation face à une situation » (114) et des modifications neurochimiques (114). Les recherches chez les animaux non humains mettent en évidence l'existence de modifications semblables permettant de réduire le stress et/ou de favoriser la résilience. (114) Le stress et la résilience modulent le seuil de tolérance à la douleur, à la souffrance, à la modification de la qualité de vie, à l'appréhension et à l'avènement d'expériences positives entre les individus et chez un même individu au cours du temps.

a) La définition du stress et de la résilience

i - Le stress

Le stress est « une *réaction* biologique à des événements ou à des conditions environnementales (facteurs de stress) qui *ont perturbé* l'équilibre ou l'homéostasie de l'animal ». (170) Il naît d'une incapacité ou de l'impression d'être dans l'incapacité de faire face, « les systèmes de contrôle régulant l'état du corps et répondant aux dangers ne sont pas en mesure d'empêcher le déplacement de cet état en dehors du seuil de tolérance ». (176) Le stress peut être subdivisé en trois catégories en fonction de la situation dans lequel il s'inscrit : le « stress physiologique » causé par « une blessure, une maladie, la famine et une

chirurgie » (168) ; le « stress psychologique » causé par « la peur, l'anxiété, l'ennui, la solitude et la séparation » (168), (170) ; le « stress environnemental » causé par « la contrainte, la surpopulation, le bruit, les odeurs, l'habitat, [les individus], les produits chimiques, et les phéromones. » (168) En fonction de la temporalité et des effets du stress, on distingue le « stress aigu » du « stress chronique ». Le stress chronique « provoque des changements de réactivité plus forts et plus permanents, et après la cessation de l'activité du facteur générant le stress, il n'y a pas de retour spontané homéostatique au schéma opératoire caractéristique du repos. » (190)

Les facteurs internes et externes au patient modulent la réponse aux potentiels éléments stressants : il n'y a pas d'activation de la sécrétion de corticostéroïdes et de libération de catécholamines face à des facteurs potentiellement stressants si l'individu ne les perçoit pas comme tels. (170) C'est pourquoi il est difficile d'établir quel évènement déclenchera une réaction de stress chez un individu donné et, s'il en déclenche une, de savoir quelle sera cette réaction : « Ce ne sont pas seulement les évènements stressants dramatiques qui font des ravages, mais plutôt les nombreux évènements de la vie quotidienne qui élèvent et maintiennent les activités des systèmes physiologiques et provoquent la privation de sommeil, la suralimentation et d'autres comportements préjudiciables à la santé, produisant le sentiment de stress ». (191) La réaction à un stress potentiel dépend des capacités de résilience de l'individu.

ii - La résilience

La résilience est un concept écologique né en 1970 et associé à la capacité des écosystèmes à s'adapter aux perturbations c'est-à-dire à trouver un nouvel état de stabilité dans un contexte instable, à s'adapter à des circonstances changeantes. (192) Il s'est ensuite étendu à d'autres domaines dont le domaine de la santé. En médecine, elle correspond à la « capacité à s'adapter aux aspects physiques, émotionnels, sociaux et cognitifs de la santé ». (192) Elle concerne tout autant le patient que les soignants et les proches. (193) La résilience est un processus dynamique, adaptable, qui dépend de la physiologie de l'individu (gènes, protéines, hormones, neurotransmetteurs, cellules, organes) (192), des interprétations personnelles de ses expériences (tempérament, intelligence, capacités cognitives, expériences passées vécues, sécurité physique et affective, accès à la connaissance, activités (190)) et du contexte environnemental (environnement physique, proches, société, communauté) (192) à l'origine d'une réponse physique et mentale (consciente ou non) individuelle permettant le dépassement de la situation de stress (190).

Dans le cadre de la relation de soin la résilience est évaluée :

- à l'échelle physiologique, comme étant la capacité de la fonction cellulaire à maintenir l'homéostasie (192) (comme par exemple, le maintien d'une maladie cardiaque par l'organisme seul ou après la mise en place d'un traitement) ;

- à l'échelle psychologique (192), comme étant la capacité à faire face à l'adversité (190) voire à la dépasser (193). La résilience s'exprime par « l'espoir, l'activité, le but et le sens, la communauté, la gratitude et la joie, qui surmontent la vulnérabilité qui comprend le désespoir, l'impuissance, l'absurdité, l'isolement, la colère et la tristesse. » (190) Elle peut permettre de prévenir l'apparition d'une maladie (résilience primaire), d'assurer le rétablissement après le déclenchement d'une maladie (résilience secondaire), ou d'assurer le maintien d'une certaine

qualité de vie malgré une maladie chronique (résilience tertiaire). (190) Elle intervient donc dans le maintien d'un état de santé correct ou dans le cas d'une maladie chronique dans la promotion de la qualité de vie. (190)

Tout comme pour le stress, le contexte est important à considérer dans le cadre de l'évaluation de la résilience : l'individu peut être résilient dans un domaine et pas du tout dans un autre, on peut l'être à un temps t et plus à un temps $t+1$. La capacité de résilience d'une personne, si elle repose sur sa génétique, provient également de ses expériences passées et présentes, etc. (190)

b) Les liens entre stress, résilience et cognition

Le stress agit sur différentes fonctions de l'organisme. De manière schématique, il agit : sur le métabolisme en augmentant les niveaux de cortisol et de l'insuline dans le sang (191), (194) ; sur l'inflammation et l'immunité en induisant la sécrétion de cytokines pro-inflammatoires (191), (194) ; sur la fonction cardio-vasculaire en diminuant l'activité parasympathique en stimulant l'activité orthosympathique (191), (194) ; sur la fonction nerveuse en induisant le remodelage des gènes neuronaux par acétylation et méthylation ce qui conduit au vieillissement cellulaire et neurologique, à l'origine d'une modification de la vigilance, d'un état plus ou moins dépressif, plus ou moins anxieux. (195) Le stress et la résilience font appel aux mêmes structures cérébrales : l'hippocampe, l'amygdale et le cortex préfrontal. (191) Le cerveau est l'organe du stress et de la résilience, il détermine ce qui est stressant ou non et induit la réponse de l'organisme à la stimulation. (191) La réponse et la sensation éprouvée face à une situation de stress dépend de la génétique : différentes lignées de souris n'ont pas la même résilience. (196) Mais le stress et la résilience en retour agissent sur ces mêmes structures cérébrales, et modulent ainsi les réponses physiologiques et comportementales futures. (191), (194)

i - Les effets des glucocorticoïdes

En cas de douleur, de souffrance, un état de stress chronique se manifeste biochimiquement par la production accrue de glucocorticoïdes (194) ; à l'inverse, lorsque le milieu est enrichi, lorsque l'individu est résilient, la sécrétion de glucocorticoïdes est diminuée. (194) Les glucocorticoïdes agissent sur l'état inflammatoire et sur le cerveau de manière directe et indirecte. (191) De manière directe, ils agissent par l'activation de la libération de glutamate par fixation sur les récepteurs minéralocorticoïdes et glucocorticoïdes. (194) Ces récepteurs sont surexprimés dans l'hippocampe, l'amygdale, le cortex préfrontal et les autres structures limbiques et le mésencéphale. (196) Les souris présentant de l'anxiété possèdent plus de récepteurs glucocorticoïdes dans l'amygdale basolatérale que les souris moins anxieuses : cette activation accrue supprime l'expression du gène *mGlu2* et augmente le comportement de dépression et d'anxiété. (194) Ces modifications comportementales s'estompent lorsque les récepteurs glucocorticoïdes sont bloqués. (194) En cas de stress chronique, la sécrétion accrue de glucocorticoïdes induit également des modifications épigénétiques (194) : l'association des glucocorticoïdes et des acides aminés module la neurogénèse et la densité dendritique chez les rongeurs et chez les singes notamment au niveau de l'hippocampe. (194), (196) De manière indirecte, ils agissent en régulant la libération de GABA et de glutamate dans le cerveau et la synthèse d'endocannabinoïdes. (194)

ii - Les effets des acides aminés

L'activité glutamatergique agit également sur le cerveau. Ce système est particulièrement stimulé dans les cas de dépression et d'anxiété. Le stress chronique conduit à une hyperactivation de ce système dans l'amygdale, et le noyau accumbens à l'origine d'une hypertrophie de ces structures par densification dendritique (194), (196) Or ces régions interviennent dans l'expression de la peur, l'anxiété et l'agression. (191) A l'inverse il conduit à une hypo-activation de ce système dans l'hippocampe et le cortex préfrontal à l'origine d'une réduction de l'arborisation dendritique, de la densité glutamatergique et de la neurogénèse de ces structures cérébrales. (194), (196) Or ces régions interviennent dans la mémoire, l'attention sélective et la fonction exécutive. (191) Le stress chronique peut donc être responsable de difficultés pour apprendre, se souvenir, et prendre des décisions. (191)

c) Les manifestations du stress

Le stress peut être déclenché par la maladie, la douleur, la souffrance, la baisse de la qualité de vie ou les induire. Il est à l'origine de troubles physiques, comportementaux et neuropsychiques, nutritionnels et métaboliques, immunitaires. (167) Le stress est subjectif et spécifique de l'individu mais les modifications comportementales et physiques ne sont pas spécifiques du stress, non spécifiques d'une situation de stress, c'est pourquoi il est difficile de les aborder. (187) Face à des signes en faveur du stress, il est important d'observer et d'analyser le contexte dans lequel ces signes se manifestent pour en déduire s'il s'agit véritablement de signes de stress ou non. (170) Dans un contexte stressant, c'est la qualité et la quantité des manifestations comportementales ou émotionnelles normales et anormales, positives et négatives, qui sont employées pour évaluer son impact sur l'individu (intensité, durée).

i - Des manifestations physiques et comportementales pathologiques

Les manifestations physiques du stress sont :

- des signes de peur tels que le port des oreilles basses sur le côté ou en arrière, la queue basse voir plaquée contre l'abdomen, une posture accroupie, des tremblements du corps, le report du poids sur les membres pelviens, le port de tête bas, les yeux plissés ou fermés, les pupilles dilatées, l'évitement du contact visuel, la commissure des lèvres retractée vers l'arrière, des vocalises (170).

- des signes de douleur. Avec le stress le seuil de douleur peut se trouver abaisser ou augmenter, la biodisponibilité des antalgiques et autres médicaments peut être modifiée (167)

- le développement de troubles métaboliques notamment avec un stress chronique tel que le diabète sucré (191), (195)

- le développement de maladies cardiovasculaires telles que l'hypertension, l'insuffisance cardiaque, l'ischémie du myocarde (190), (191), (195)

- l'apparition de difficultés locomotrices, de l'ostéoporose. (191), (195)

Les manifestations comportementales du stress sont : l'ennui c'est-à-dire la « difficulté à trouver du sens aux activités dans lesquelles on s'engage » (170) ; la dépression, l'« impuissance acquise » (190), (195), (196) ; la peur (170) ; l'anxiété qui se manifeste par l'automutilation, la stéréotypie ; l'apparition de déficits et de troubles cognitifs, de signes de démence. (190), (191), (195), (196)

ii - Des manifestations physiques et comportementales inappropriées par rapport à la situation dans laquelle l'individu se trouve

Le stress se manifeste également par la modification de comportements normaux qualitativement et/ou quantitativement. Il peut se traduire par des modifications de l'appétit (augmentation ou diminution), de la prise alimentaire (ingestion de corps étranger, coprophagie). Il peut aussi se manifester par des modifications du temps de repos et du temps dédié aux activités : troubles du sommeil, insomnie (190), (191), ou au contraire augmentation du temps de sommeil (197). Le « faux sommeil » d'un animal (observé notamment chez le chat) ne doit pas être confondu avec un état de détente : des études menées dans les refuges ont montré que les animaux qui dormaient le plus étaient en fait les animaux les plus stressés et les plus anxieux. (187) Les modifications comportementales qui peuvent survenir sont : l'exacerbation en intensité et en fréquence de comportements normalement observés tels que les vocalises, les bâillements, le léchage des babines, l'auto-toiletage, le changement accru de position, la fuite, l'agression, etc., et les manifestations de crainte dans des situations qui ne l'étaient pas auparavant, l'incapacité de s'adapter à une nouvelle situation (187). On constate la diminution des comportements exploratoires qui témoignent de l'engagement de l'individu dans son environnement et permettent en retour à l'animal de jouir de sa vie. (170) Ne pas explorer diminue l'intérêt pour l'environnement, contribue à perpétuer l'ennui mais également à accroître le stress par la persistance d'un sentiment d'incertitude quant à l'environnement autour de soi. (170) Enfin l'animal peut aussi manifester son stress par de la malpropreté.

d) Les manifestations de la résilience

Face à des événements indésirables, l'individu peut également développer des stratégies comportementales et physiques l'aidant à faire face à l'adversité. Tout d'abord, un des témoins de la résilience chez un patient est l'expression de comportements adaptés à l'espèce et au contexte (187), notamment l'individu est capable d'auto-régulation (190), il est capable de maintenir ou de développer des compétences sociales, d'établir des liens forts avec la famille et les aidants (190), d'accorder sa confiance au monde environnant (187). Chez le patient en médecine humaine et le client en médecine vétérinaire, la résilience se traduit également par un niveau de déni plus faible, une acceptation raisonnée de ce qu'il se passe, la capacité à discuter de ce qui arrive. (190) Puis un autre signe de résilience est la capacité du patient à maintenir ses activités propres dans ce contexte modifié et potentiellement en défaveur de l'individu : l'apport de nourriture est maintenu (187), (195), il se déplace (195), joue, explore, etc., les activités qu'il réalise semblent lui procurer de l'excitation, de la joie, du plaisir (187). Ces activités peuvent être nouvelles et adaptées à sa maladie mais aussi habituelles, en ce sens qu'elles étaient déjà pratiquées avant la maladie. (195) De plus, il ne présente pas ou peu de comportements anormaux. (187) Ensuite le patient exprime des émotions positives (190), des signes d'apaisement et de relaxation. (187) Il accorde sa confiance à son entourage. (187) Il est également confiant dans son environnement et capable de s'adapter à de nouveaux stimuli. (187) Enfin la résilience chez certains patients peut contribuer à une diminution de l'intensité et de la durée des symptômes : diminution de la sensation de douleur (196), temps de récupération plus court et meilleure réponse aux soins. (190), (195)

4) Conclusion

La maladie est susceptible d'occasionner de la douleur, de la souffrance, une baisse de la qualité de vie. La maladie peut provoquer du stress par :

- l'inconfort physique qu'elle occasionne (169). C'est notamment le cas lorsque le patient présente les symptômes suivants : une douleur sévère notamment neuropathique, de la dyspnée, de l'incontinence urinaire ou fécale, une paralysie. (169) Lorsque ces symptômes sont présents il est très important de rechercher des signes de stress.

- les modifications sociales qu'elle peut induire : séparation des propriétaires, hospitalisation, interactions possibles et place sociale avec les congénères, etc. (169)

- les modifications psychiques notamment le sentiment de perte de contrôle (169), l'impuissance acquise, etc.

En retour le stress et la résilience influencent la douleur, la souffrance, la qualité de vie. (173). Le stress chronique est « à l'origine de l'épuisement des capacités de régulation neuroendocriniennes » augmentant la perception de la douleur et induisant un état de vieillissement pathologique (162) c'est-à-dire un état dégénérescence, à l'inverse de la résilience. Mais les modifications neuronales induites par le stress ou la résilience sont fluctuantes et réversibles (194). De même que le stress peut disparaître, que les modifications cellulaires ne sont pas permanentes, toute personne résiliente un temps peut décompenser. Par exemple, le simple fait de vieillir influe sur les capacités de résilience : le vieillissement peut conduire à des modifications du fonctionnement de l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien modulant les facultés de résilience de l'individu à travers le temps. (195) La réversibilité du stress et de la résilience du patient ne dépend pas de l'intensité du stress éprouvé par le patient (191), mais est fortement modulée par le moment où le « traumatisme » se produit. De même que le vieillissement est susceptible de diminuer les capacités de résilience de l'individu, un « traumatisme » survenant chez l'individu à un stade juvénile peut « conférer des changements biologiques durables aux processus nécessaires au maintien de la résilience tels que les systèmes nerveux, endocrinien, immunitaire et génétique ; ces changements affectent la réponse d'un individu aux futurs facteurs de stress et conduisent à un vieillissement plus rapide et à la maladie. » (195)

Appréhender la douleur, la souffrance, la qualité de vie, le stress et la résilience, c'est s'ouvrir sur l'état physique, émotionnel et social du patient. S'inquiéter de la qualité de vie et de la souffrance, de l'état de stress et des facultés de résilience d'un patient présuppose une médecine individuelle qui s'efforce d'offrir des soins adaptés non plus à l'individu malade mais à la personne malade. Le soignant doit soulager le patient, adapter son soin à l'évaluation qu'il fait de l'état du patient (sa maladie, ses signes cliniques, sa douleur, sa souffrance, son stress, sa résilience, sa qualité de vie) et à la manière dont le soin est vécu par le patient. La personne de confiance ou les proches/le client donnent des réponses sur l'expérience observée et intuitive qu'ils ont de la maladie, comment agir et interagir avec le patient, ce qu'ils savent de ses intérêts et ses préférences. Le patient doit être reconnu pour lui-même, sa personnalité, son vécu de malade, sa dépendance et ses limites diverses, sa vulnérabilité, ses sensations.

L'optimisation des soins passe par la prise en compte « de l'état général, thymique et fonctionnel de la personne malade » (167), et donc elle repose sur une prise en charge multimodale. On peut évoquer :

- premièrement les traitements médicaux symptomatiques (analgésiques, anti-inflammatoires, anti-dépresseurs) et spécifiques de l'affection.

- deuxièmement la thérapie physique, qui vise à la prévention de l'apparition de comorbidités, à la lutte contre l'apathie, à procurer de la satisfaction au patient et à développer sa résilience. Par exemple, ce peut être en l'incitant à avoir de nouveaux centres d'intérêts (195), en adaptant d'anciennes activités appréciées à la situation actuelle pour qu'il puisse de nouveau les réaliser et les réussir afin qu'il puisse éprouver une sensation de maîtrise de son environnement. (195)

- troisièmement la thérapie comportementale, qui passe par le partage de moments positifs, d'activités enrichissantes avec le patient, par des échanges affectifs. Cela peut passer par le renforcement positif de comportements d'adaptation aux interactions et procédures subies pour « améliorer de manière proactive le sentiment de contrôle d'un animal ». (116) Par exemple, il est intéressant pour « donner aux animaux un sentiment de contrôle en utilisant des techniques de renforcement positif pour les entraîner à approcher le vétérinaire et à « consentir » à une prise de sang ou à un examen physique. Des techniques de renforcement positif similaires peuvent être tentées dans le but de réduire le fardeau du traitement à domicile - le stress associé à l'administration de médicaments et d'autres traitements. » (116)

C - La triade du soin en médecine vétérinaire : du choix tragique au compromis

Parler d'« accessibilité du soin », c'est étudier le degré d'ouverture du soin en termes de quantité, de qualité, socio-économique, géographique, d'efficacité/d'adaptation à la maladie. (198) Ces cinq paramètres reposent sur l'engagement de chacun, quelles que soient sa place, sa discipline, son rôle dans la sphère médicale :

- l'observance du traitement et du suivi par le patient/la personne de confiance (198) ;
- les connaissances pratiques et théoriques, la formation continue, les capacités de communication pour éclairer le patient/le client tout en créant un climat de confiance et d'empathie par les soignants (198) ;

- le choix de ses investissements et la gestion économique par les soignants et éventuellement par les prestataires (198) ;

- assurer la qualité et l'innocuité des produits, le prix des médicaments, la création de génériques, le prix du matériel médical, la véracité des propos tenus à l'égard des produits proposés par les laboratoires pharmaceutiques et par les commerciaux (198) ;

- les lois générales de respect de chacun ou de discrimination d'autres, les lois relatives aux soins en médecine humaine et vétérinaire, la lutte contre la contrebande, etc. par les gouvernements (198) ;

- la protection de la profession et des professionnels de santé par l'Ordre des médecins, de l'Ordre des infirmières (198), de l'Ordre des vétérinaires ;

- le stockage correct des produits par le vendeur, les centrales d'achat et les structures médicales, le maillage géographique de la distribution des produits par les livreurs (198) ;

- la perception des malades, du poids de la maladie, de ce qui est tolérable ou non en termes d'accès aux soins et de soins des citoyens, etc. (198)

La triade patient-vétérinaire-client s'inscrit dans un contexte réel particulier mêlant des considérations scientifiques, émotionnelles, psychologiques, physiques, financières, morales et publiques. Et dans ce contexte cette triade, quoi qu'il arrive, le soignant doit toujours se

demander si la décision concernant la prise en charge du patient dans son contexte de vie est éthiquement justifiable et s'efforcer d'agir en tant que telle. La conjonction des facteurs liés au patient, au client, au vétérinaire fait de la situation médicale une situation unique, de la relation de soin une relation unique et du choix de la prise en charge un choix unique. Au sein d'une triade, il se trouve un risque important de conflits d'intérêts entre le patient, le client et le vétérinaire. (200) Dans une relation de type triade en médecine vétérinaire, si le client a la responsabilité, à l'égard de son animal, de lui donner accès à un niveau minimal de soin et si le vétérinaire doit concilier ses devoirs à l'égard du patient, du client et de lui-même, on peut se demander comment aboutir à un consensus dans la prise en charge ? Comment évaluer si ce consensus est éthiquement justifiable ? Quels devoirs doivent primer ? Pourquoi ? Est-ce légitime d'accorder plus de poids à certains devoirs plutôt qu'à d'autres ou au contraire de tous les placer sur le même plan ? En somme comment aboutir à un compromis ?

1) Le patient

Concernant le patient (199), le traitement doit respecter au moins un critère : être dans le meilleur intérêt du patient. Dans certains cas un traitement invasif est dans le meilleur intérêt de l'animal, même s'il est invasif, pour rétablir ou maintenir un certain niveau de santé et de qualité de vie. (199) Il est communément admis, qu'une intervention qui bénéficie à l'animal mais qui dans le même temps cause une baisse de la qualité de vie ou l'apparition ou l'aggravation de la souffrance à court terme, est probablement dans l'intérêt de l'animal (il n'y a pas de certitude car cela dépend de la réponse de l'animal à la prise en charge), alors qu'une intervention très invasive et ayant un potentiel de succès dans l'amélioration de la qualité de vie ou de la diminution ou l'effacement de la souffrance n'est quant à elle pas forcément dans son intérêt. (199) Dans d'autres cas, comme dans des cas de souffrance majeure ou de baisse importante de qualité de vie, le traitement « idéal » concernant la maladie du patient indépendamment de son état actuel et de la manière dont elle est subie par lui, peut conduire à un prolongement de sa souffrance, d'une qualité de vie médiocre, voire à une aggravation de l'une ou des deux. La décision de réaliser une telle intervention avec peu de chance de réussite doit faire l'objet d'un questionnement et d'une réflexion éthique préalable. Enfin il est de rares cas où aucune prise en charge, même idéale théoriquement, ne parvient à soulager le patient.

Ainsi pour réfléchir sur le principe de « meilleur intérêt » pour le patient, il convient de se poser les questions suivantes : quel est l'état actuel du patient en terme de douleur, de souffrance, de qualité de vie, de stress, de résilience ? quel est l'objectif du soin : la guérison ou l'amélioration de la qualité de vie et/ou la diminution de la douleur, de la souffrance, du stress du patient ? le clinicien perçoit-il la prise en charge médicale qu'il propose comme étant faite dans le meilleur intérêt du patient ? (199) Est-ce celle perçue comme telle par le patient ? Est-ce que cette prise en charge est susceptible de véritablement améliorer la santé du patient ? (199) Les bénéfices escomptés dépassent-ils les risques de souffrance et de baisse de la qualité de vie à court terme et à long terme ? (199) Des mesures ont-elles été prises pour minimiser les potentiels effets délétères ? (199) Mais également, passé l'épisode critique de la maladie, le patient aura-t-il besoin d'un support de soin important ? Pourra-t-il disposer de ce support de soin ? Si la réponse est négative, mais également si elle est positive, quelles sont les conséquences imaginées et anticipées sur le « projet de vie » du patient ? Enfin que faire par rapport à ce scénario anticipé ? Les trois facteurs à prendre en compte alors sont : la qualité de

vie actuelle et qualité de vie estimée avec et sans le traitement ; la souffrance actuelle et la souffrance estimée avec et sans traitement à court et à long terme ; le pronostic à court et long terme sans et avec traitement. Nous avons déjà mentionné l'importance de faire l'effort d'évaluer qualitativement et quantitativement les effets de la maladie sur le patient notamment de tenir compte des signes cliniques, des signes de douleur, de souffrance, de qualité de vie, de stress, de résilience et d'en tenir compte dans le choix du soin. Si chacun de ces paramètres pris à part a ses limites, la combinaison des cinq au travers de la lecture et de l'écoute du patient et de l'entourage de ce dernier et des autres soignants est un moyen d'appréhender de manière plus fiable le vécu du patient. Pour approcher au mieux l'état de santé de l'individu et ses effets sur la personne malade, le soignant doit rester le plus objectif possible quant à ses échanges avec le client, avec les autres soignants, à ses observations, à ses évaluations sans pour autant tomber dans la neutralité, dans la négation du patient pour ce qu'il est dans sa globalité et non comme simple support de la maladie.

a) L'analyse du patient par le propriétaire/l'entourage

Qu'en est-il de l'implication du client dans l'évaluation de la qualité de vie de son animal malade ? Il faut que les évaluations de la douleur, de la souffrance et de la qualité de vie permettent de trouver des solutions pour diminuer la contrainte de la maladie et des traitements pour le patient et le client. L'implication du client dans ces évaluations est importante car c'est lui qui vit au quotidien avec le patient. Il est le plus familier avec son tempérament, son comportement, ses activités, ses habitudes, ses besoins, ses intérêts, etc. Il est le plus susceptible de déterminer ce qui compte pour l'animal. (182) On peut guider le client dans l'accomplissement de cette responsabilité au travers des questions suivantes :

- l'animal éprouve-t-il encore des moments de plaisirs ? (187) Quelles sont les émotions positives, les sensations positives qu'il éprouve encore ? Quelles sont leurs causes, leur intensité, leur durée lors de journées typiques ?

- quels sont les sensations et sentiments positifs qu'il ne peut plus éprouver dans sa vie présente ? (187) Quels sont les sentiments négatifs qu'il exprime ? Quels sont leur intensité et leur durée lors des journées types ?

- quels sont ses centres d'intérêts ? Quel est l'investissement de l'animal dans ces centres d'intérêts ? Ont-ils changé ? Sont-ils remplacés ?

Toutefois il est important de noter que le point de vue du client n'est pas celui du patient. Premièrement le client peut minorer la qualité de vie du patient notamment lorsque les signes cliniques que le patient présente le renvoie à ce qu'il qualifierait pour lui-même d'état de déchéance, d'état indigne. (182) En médecine humaine, il a été montré que les signes cliniques ne sont pas perçus de la même manière entre les soignants et les familles non habituées à la confrontation aux maladies. Or « spontanément le spectre de la déchéance mobilise le fantasme des grands délabrements, des escarres profonds et malodorants, des agonies bardées de tubulures. Dans la pratique [...] ce mot de déchéance est prononcé à l'occasion de situations qui tout de même semblent bien anodines : c'est qu'il s'agit bien plus de souffrance de la famille que de celle du malade. » (117) Cela découle bien souvent d'une projection de nos peurs sur autrui ou d'un sentiment d'impatience extrême qui pousse à vouloir que la situation face à laquelle nous nous trouvons se termine (117) et pour cette raison, inconsciemment, nous aurons tendance à la percevoir comme catastrophique.

Deuxièmement, à l'inverse, le client peut majorer la qualité de vie du patient et minorer le stress, la douleur, la souffrance, les autres effets de la maladie sur le patient. Par exemple, en gériatrie des équidés, les facteurs importants selon les propriétaires sont la prise alimentaire, la gestion du confort physique notamment lors de la locomotion, la capacité d'avoir des interactions sociales, et enfin le maintien de l'exercice physique. (182) Or dans le même temps la plupart des propriétaires, s'ils admettent que le cheval est âgé et boiteux, continuent tout de même de l'utiliser pour le loisir, minimisant l'impact réel des boiteries sur la douleur et la qualité de vie du cheval. (182) Alors qu'une boiterie identique présente chez un cheval plus jeune serait considéré comme un signe de douleur appelant à la mise en place d'un traitement pour la soulager, chez un cheval âgé elle est considérée comme normale, comme une conséquence du vieillissement qu'il n'est pas nécessaire de traiter. (182) C'est également ce qui est observé en médecine vétérinaire canine, le développement de certaines maladies avec l'âge est considéré comme étant « normal » car lié au processus biologique du vieillissement, et ne nécessiterait pas forcément une prise en charge même si l'animal présente des signes cliniques relatifs à la maladie. On peut expliquer une telle attitude par une méconnaissance des signes cliniques de la douleur, de la souffrance, du stress, faisant que le client a du mal à croire ce que lui annonce le vétérinaire, mais aussi par une confusion entre vieillissement physiologique et vieillissement pathologique, entre vieillissement et usure organique (voir partie II - B - 2) b) i).

Troisièmement en fonction de nos connaissances, de notre marge de manœuvre et de notre conception de la vie, nous ne réagissons pas tous pareil face à un même évènement, face à un proche malade. Et ce pour le client (par exemple, peut faire preuve d'anthropocentrisme et/ou d'anthropomorphisme (182)), mais aussi entre soignants d'une même équipe. Ce que certains qualifieront de « temps nécessaire à la réponse au traitement » d'autres l'appelleront « acharnement thérapeutique ». C'est pourquoi la réflexion et les échanges autour du sens des mots sont des éléments essentiels dans la relation de soin ainsi que la confiance mutuelle.

b) L'analyse du patient par le vétérinaire/le soignant

Le soignant peut sous-évaluer les effets de la maladie sur le patient, notamment passer à côté de signes de souffrance, de douleur, de défaut de qualité de vie, de stress. D'une part, il peut ne pas les reconnaître, parce que leur expression clinique n'est pas commune ou pas celle attendue dans ce contexte. C'est le cas de la somnolence, mode d'expression de la souffrance chez certains enfants, et chez certains animaux non humains, notamment lors de souffrance majeure : « on a cru pendant longtemps que la quiétude des enfants cancéreux en phase terminale signifie qu'ils ne souffraient pas. En réalité, cette quiétude recouvre une atonie motrice induite par la douleur qui disparaît après administration de morphine. » (164) La somnolence chez un enfant peut être un signe de plus grande souffrance que des pleurs. (201) De plus il est des cas où le soignant peut passer à côté de certains effets de la maladie sur le patient par négligence ou parce que le patient ne peut pas les exprimer ou ne les exprime pas (sciemment ou non). D'autre part, il peut ne pas vouloir les voir, ne pas les accepter et donc les nier ou les minimiser (le plus souvent inconsciemment). C'est notamment possible une fois que le patient a été mis sous traitement. En effet lorsque le soignant s'engage pour son patient, soit par compassion, soit par devoir en tant que professionnel médical, soit les deux, il attend en retour (souvent inconsciemment) que son patient réponde positivement à la prise en charge, qu'il coopère, qu'il « fasse les efforts nécessaires » pour que le traitement mis en place

fonctionne. (146) Il est des cas où nous savons que le seul moyen de pallier l'affection est la prise d'un traitement précis sans quoi nécessairement l'état du patient se dégradera. Dans ces cas-là, au fond, le soignant attend du patient qu'il accepte sans rien dire ce que le soignant sait être bon pour lui. Cependant si l'engagement et/ou la compassion sont des moteurs de rencontre et d'actions pour le patient, ils n'impliquent pas une relation sociale égalitaire. (146) La compassion poussée à son paroxysme peut réduire les patients à « leur condition de victime, en ignorant leur histoire, en se faisant sourd à leur parole. La raison humanitaire est plus attentive à la vie biologique des démunis et des malheureux – celle au nom de laquelle on leur apporte assistance – qu'à leur vie biographique – celle par laquelle ils seraient en mesure de donner eux-mêmes, de manière autonome, un sens à leur existence. » (146) Dans ce cas, le soignant peut ne plus distinguer la limite des soins, ne plus être capable de distinguer la demande d'arrêt de la prise en charge par le patient, car cette demande lui serait trop difficile à accepter et donc à concevoir, notamment parce que répondre favorablement à une telle demande est souvent vécu comme un échec de l'acte soignant par le soignant

Le soignant peut surévaluer les effets de la maladie sur le patient. Ce risque est d'autant plus élevé que le patient présente une capacité restreinte à communiquer sur son état et le soignant la faculté de comprendre ce message. Deux erreurs sont possibles :

- le soignant peut se projeter à la place du patient, ce qui peut conduire à une conception erronée de la vie éprouvée, vécue par autrui. Dans le cadre de la médecine vétérinaire on peut citer le cas de l'incontinence urinaire. Dans un contexte d'incontinence urinaire, l'animal n'éprouve pas nécessairement de la douleur ou de souffrance (cela dépend de l'étiologie de l'incontinence) et l'impact de ce symptôme sur sa qualité de vie dépend fortement de son mode de vie (100) : conséquences de la malpropreté sur la relation avec les propriétaires, vie en zones de couchage constamment souillées ou au contraire vie dans un jardin où le couchage n'est donc pas souillé.

- le soignant peut également interpréter des signes cliniques ressemblant à de l'inconfort, de la douleur, de la souffrance, du stress comme tels alors que ce n'est pas pour ces raisons qu'il présente ces signes cliniques. C'est possible car nous avons vu que les signes qui leurs sont associés n'étaient pas spécifiques. Par exemple, un animal peut ne pas manger à cause de la douleur, de la souffrance, du stress mais aussi pour d'autres raisons telles que la sécrétion de substances anorexigènes.

Enfin le soignant peut adopter une position de neutralité à l'égard de son patient. La neutralité est-elle une marque d'objectivité du praticien ? Dire « il souffre » et « il a mal », est différent de connaître la « qualité de ses sensations de douleur. Ce qui se passe dans ce " dit " se positionne dans une relation d'un " je " à un " tu ", d'un « *je dis* qu'il souffre », d'un " *je prétends* qu'il souffre " énoncé à un interlocuteur. » (202) Or en médecine poser un diagnostic, consiste à faire une estimation scientifique qui engage le praticien à adopter ensuite une attitude par rapport à la maladie et au patient et donc à une certaine exigence de cohérence dans la démarche médicale. (202) En tant que professionnel dont le but est avant tout de soulager les maux d'assurer le confort du patient et si possible de le guérir, le soignant se doit de faire son possible pour évaluer de manière la plus objective possible la douleur, la souffrance, la qualité de vie, le stress et la résilience de son patient. Pour les individus ne présentant pas de communication verbale, c'est l'emploi d'outils scientifiques qui a permis d'appréhender leur degré de souffrance. (201) Il est désormais considéré que l'évaluation de la douleur et de la

souffrance repose sur « l'évaluation clinique, [...] l'observation du comportement, le diagnostic présomptif, l'utilisation de score de douleur, et la réponse thérapeutique. » (114) Des grilles d'évaluation, des lignes directrices médicales et des arbres décisionnels existent pour essayer d'harmoniser les observations et la prise en charge de la douleur et de la souffrance. Si le score obtenu ne tend pas à diminuer au cours de la prise en charge du patient, malgré les procédures médicales mises en place, et si l'état du patient se dégrade et que le pronostic devienne de plus en plus sombre, ce score permettra d'avoir une discussion rationnelle sur la proportionnalité de cette souffrance par rapport aux buts de la conduite soignante. (189) Ces grilles permettent de suivre la réponse du patient aux traitements mis en place et d'envisager leur efficacité et leurs limites vis-à-vis du patient de manière objective par la position de neutralité de l'évaluateur qu'elles s'efforcent d'assurer. Toutefois si la « neutralité » permet « de se dégager de la dimension émotionnelle et injonctive », elle ne doit pas glisser vers une position plus simple, d'« aveuglement volontaire » (201), où le soignant déciderait de se déposséder d'une partie de son autonomie. Si différents groupes d'individus ont la même capacité à souffrir, ceci n'implique pas « une identité entre les souffrances respectives des uns et des autres, ni même d'ailleurs au sein de chacun de ces groupes. » (203) Il en va de même pour la prise en charge. Les grilles et les lignes directrices médicales ne doivent donc pas être conçues comme des chemins menant à la vérité mais comme une aide pour se rapprocher de la vérité vécue par le patient. Et il faut avoir conscience que quoiqu'il arrive ce que le soignant ou quiconque voit des vécus et des signes d'autrui est toujours partiel et au moins partiellement interprété selon ses propres codes (203) : « Qu'est-ce qu'un ethnologue européen comprend d'autres populations ? On sait qu'il oscille entre l'application de ses grilles de lecture, jusqu'aux plus savantes comme le structuralisme, et le désir de saisir une réalité, et toute l'histoire de l'ethnologie, comme celle de l'éthologie, est marquée par ce dilemme » (31), tout comme celle du soignant face à son patient.

c) L'importance du regard critique de ces analyses : décalage possible entre l'impact estimé des symptômes sur le patient et l'impact réel de ces symptômes pour le patient.

Cette sous-partie a pour vocation de résumer les différents facteurs modulant l'impact de la maladie sur le patient. Pour évaluer cet impact, il faut tout d'abord prendre en compte la maladie : les causes de la maladie, les organes atteints, les fonctions vitales atteintes, les handicaps occasionnés, l'intensité, la durée et la gravité des symptômes, la présence ou non et la qualité de douleur et/ou de la souffrance associée, le pronostic, la possibilité de rechute ou non, la présence ou l'absence de stress, les raisons de son déclenchement et son expression, etc. Par exemple, le patient cachectique présente un état général sévèrement altéré, ce qui amplifie potentiellement les phénomènes douloureux, modifie la cinétique des médicaments, perturbe l'immunité, et perturbe l'état nutritionnel. (167) Si on se focalise sur la douleur chez le patient cancéreux, celle-ci est à la fois spécifique de la manière d'agir de la tumeur sur les tissus environnants (compréhension, infiltration, œdème) et de la nature de la tumeur : « les douleurs en mosaïque des cancers de la prostate, les douleurs osseuses des métastases du cancer du sein, les crises hyperalgiques des poussées blastiques des leucémies, les céphalées rebelles de l'infiltration méningée des leucémies, les douleurs pariétales des cancers bronchiques évolués et les douleurs radiculaires. » (167) Puis il faut également considérer la personne dans laquelle cette maladie s'inscrit, l'individu génétique qu'elle est et les relations sociales dans lesquelles

elle s'inscrit ou non. Son individualité et son environnement, de manière générale son contexte de vie modulent sa manière de s'exprimer, la compréhension de ce qui lui arrive, sa mémoire du vécu et sa manière de concevoir l'avenir, l'écoute et l'entente de ce qui lui arrive par les autres, la manière d'y faire face. (167) En somme, tout cela intervient dans la modulation du stress, de la résilience, du seuil de douleur.

Premièrement, il faut prendre en compte l'espèce, car les individus d'espèces différentes expriment la douleur, la souffrance, le stress, la résilience, de manière commune mais également de manière différente (167). Leur qualité de vie n'est pas non plus forcément impactée de la même manière par la maladie. Par exemple, une boiterie chez un cheval est considérée comme plus délétère pour l'individu qu'une boiterie chez un chat ou un chien ; on considère souvent que les procédures vétérinaires réalisées sur les vaches ne leur font pas mal, parce que physiquement elles n'expriment que discrètement la douleur, alors qu'elles présentent les mêmes capacités à ressentir la douleur et la souffrance que les autres mammifères. Deuxièmement, il faut prendre en compte l'âge : chez les patients jeunes se pose davantage la question des effets secondaires du traitement (167), chez les patient âgés il faut rechercher l'existence de comorbidités. De plus, les phénomènes physiologiques liés à l'âge modulent l'expression des phénomènes pathologiques. Par exemple, en vieillissant, les patients sont d'autant plus susceptibles de présenter une moindre tolérance aux stimuli et aux changements. (167) Troisièmement, il faut prendre en compte ses capacités physiques, ses capacités sensorielles, relationnelles et affectives. Le lien patient-soignant et le lien patient-client ont potentiellement une forte influence dans le rapport à la maladie. Autrui assure-t-il ses responsabilités vis-à-vis de l'animal, ce dernier a-t-il accès au soin ? Le lien affectif est-il maintenu ? Autrui s'adapte-t-il aux changements de l'animal ? Par exemple, les états qui nécessitent une surveillance constante des animaux, incontinence urinaire et fécale ou malpropreté, les maladies chroniques conduisant à des troubles digestifs (diarrhée, vomissements), les maladies chroniques associées à un fort impact économique pour le client, un comportement destructeur, un comportement agressif, un animal qui fait énormément de bruits (la nuit, en dormant, aboiements) etc. sont autant de symptômes qui peuvent conduire à des actes de maltraitance à son égard. (168) Ce sont également des causes de maltraitance en médecine humaine notamment chez les enfants, les personnes âgées, les personnes handicapées. (168) Un autre exemple est celui de l'effet du « deuil anticipé » d'autrui sur le patient, ce qui peut influencer fortement son envie de se battre. Quatrièmement, il ne faut pas négliger l'importance des capacités cognitives passées et présentes.

Concernant les capacités cognitives, revenons sur le lien d'influence réciproque entre cognition et souffrance, douleur, qualité de vie, résilience, stress. Pour comprendre l'importance du rôle joué par la cognition sur la douleur et la souffrance, on peut rappeler les résultats de l'étude réalisée par Beecher dans laquelle il compare le besoin d'antalgiques pour combattre la douleur entre 150 soldats blessés au cours de la seconde guerre mondiale et 150 civils blessés soumis à un accident, tous de même âge et soumis à une intervention chirurgicale. (162) Il constate que « seuls 32% des soldats exprimaient un besoin d'analgésique pour combattre la douleur, alors qu'ils étaient 83% chez les civils. La signification des blessures était glorieuse et salvatrice pour les premiers, menaçante et injuste pour les seconds. » (162) Ainsi certains considèrent que « l'idée de la douleur est parfois pire que la douleur » (162) et que donc les êtres humains, dans leur capacité à anticiper la douleur, la souffrance, un avenir sombre en lien

avec leur dépendance, souffriraient davantage de leur maladie que les autres êtres vivants. En médecine humaine, l'impact d'une maladie létale notamment sur la souffrance du patient est liée aux effets de la maladie sur le corps mais aussi à l'anticipation de la mort, sa contemplation par l'imagination et à la prise de conscience que sa propre vie a véritablement une fin. (137) La conscience de cette fin fait naître chez le patient, la confusion entre le réel et l'imagination conduisant l'humain souffrant à s'« engouffrer en anticipation dans la mort. » (137) La notion de « souffrance anticipée » fait référence à une souffrance liée à l'anticipation d'un devenir proche que l'être rejette avec effroi. (152) Mais qui peut dire que lorsque la situation apparaîtra, le patient souffrira autant qu'il l'avait imaginé ? En cela l'être humain peut souffrir davantage qu'une autre espèce de ce qui lui arrive ou est susceptible de lui arriver parce qu'il peut anticiper un futur sombre et d'ores et déjà en souffrir dans le présent, alors que ce futur sera peut-être bien différent et plus agréable qu'il ne l'avait imaginé. D'autres à l'inverse considèrent que de ne pas avoir la capacité de réfléchir par des concepts, et donc de ne pouvoir les penser et imaginer un avenir sans symptôme pour le patient rend le vécu de sa maladie, de ses symptômes, beaucoup plus dur. Le client et le soignant délibèrent sur le rapport bénéfice/risque et choisissent pour eux « idéalement sur la base d'avantages clairs supérieurs au coût, comme lorsque nous choisissons la chirurgie et quelques semaines de douleur pour traiter le cancer animal afin d'assurer des années de vie supplémentaires. » (184) Les animaux ne peuvent pas peser le pour et le contre face à un traitement. Ils ne peuvent savoir que la souffrance associée au traitement ou à l'attente de la réponse au traitement mis en place pourra peut-être leur permettre de guérir, de ne plus souffrir à la fin. Or l'attente et l'espoir, l'anticipation de la douleur ou de son soulagement vont en moduler sa perception. Dès lors toutes les expériences de douleur, de souffrance, de qualité de vie médiocre seraient pires pour les animaux non humains que pour les humains (184), car vivant dans l'instant toute douleur, toute souffrance ne peut être atténuée par l'espoir d'un horizon sans sensation et émotions négatives. Pourtant les effets placebo et nocebo existent chez les animaux humains et non humains (162). L'éthologie et les expériences en laboratoire témoignent de la capacité de certains animaux non humains à faire preuve de résilience. De même les études sur les bases neurologiques et chimiques de la résilience sont menées sur des animaux de laboratoire. (191, 194) La résilience ne passe pas nécessairement par l'anticipation du futur. Elle passe aussi par la sensation de contrôle. En médecine humaine, il a été montré que des patients se trouvant dans la même situation médicale, s'ils avaient la possibilité de contrôler leur douleur en s'administrant eux-mêmes une dose d'analgésique, éprouaient une sensation de douleur moindre que s'ils étaient placés sous perfusion à débit constant d'analgésiques pour une même dose d'analgésique administrée ou reçue. (170) La sensation de douleur est donc modulée par la sensation de contrôle sur elle. (170) En médecine vétérinaire, il est reconnu qu'il est nécessaire d'enrichir les lieux de vie des animaux pour leur permettre au moins d'exprimer certaines préférences ou certains intérêts mais aussi, dans le cas des malades de revitaliser leurs intérêts et leur plaisir. (170) Chez les animaux non humains donc, « l'engagement créatif est ce qui donne du « sens » à une activité » (170) tout comme pour l'être humain. Rendre une activité attractive pour l'individu est susceptible de lui procurer des émotions positives et de focaliser son attention et en retour ces émotions positives et cette focalisation de l'attention sur une activité interviennent dans l'apaisement de la douleur. (162) Rendre une activité attractive donne un intérêt à vivre, à faire diversion. (162) A l'inverse lorsque le patient ne dispose pas d'une certaine marge de manœuvre, il risque de présenter de l'ennui c'est-à-dire « un état mental se manifestant par une combinaison d'apathie, d'agitation, de frustration, d'anxiété, d'hostilité et

de dépression. » (170) Les maladies graves diminuent la capacité du patient à trouver un sens aux choses qu'il fait et ceci risque fortement d'être aggravé par la nécessité d'une hospitalisation, d'un confinement non volontaire, etc. si les soignants n'y prennent garde : « [L]'ennui chronique se développe lorsque de telles conditions ne sont pas de nature transitoire mais permanente, et peuvent entraîner des perturbations de l'organisation psychologique et comportementale, liées à la perte d'autonomie et à la désintégration de l'identité. L'ennui chronique impliquait indiscutablement de la détresse et de la souffrance. » (170) Il n'est donc pas si évident que le fait d'avoir la capacité d'appréhender plus concrètement les tenants et les aboutissants de la souffrance, la douleur, et de la maladie rende nécessairement plus simple la manière de vivre la maladie et le soin plus simple pour le patient. Mais, d'un autre côté, il n'est pas évident que, si l'on ne dispose pas de ces capacités, on puisse percevoir et apprécier les effets du soulagement, avoir envie ou non de se battre, de faire le lien entre la diminution ou la disparition des signes cliniques et la mise en place d'un traitement. Même, la capacité naturelle à trouver un sens aux choses, peut être très sévèrement réduite par le confinement involontaire d'un patient (disposant pourtant de ses facultés) dans le cadre des soins. Ceci souligne par ailleurs le poids que peut avoir l'environnement physique sur le patient : comment la maladie s'intègre-t-elle dans le cadre physique de vie ? Le patient est-il hospitalisé ou pris en charge à domicile ? Vit-il en refuge ou dans une maison ? Est-il en hospice vétérinaire, dans un service de soins intensifs, dans un service de soins palliatifs ou dans un autre service médical ?

d) Conclusion

La douleur, la souffrance, la qualité de vie, le stress et la résilience sont profondément individuels/personnels. Le patient existe dans un contexte de vie particulier qui module la lecture de ses symptômes par autrui et la réponse à sa demande d'aide directe ou indirecte (c'est-à-dire par sa seule présence physique devant le soignant). Mais, si quoi qu'il arrive, « nul ne peut savoir la réalité et la profondeur de la souffrance de la personne » (161), cela ne doit pas nous empêcher d'essayer d'agir. Si on dit toujours que le client est responsable du patient, pour autant, dans la loi et le *Code de déontologie de la profession vétérinaire* ce sont les vétérinaires qui sont considérés comme responsables. Le vétérinaire a donc le devoir de comprendre et prendre en compte sa douleur, sa souffrance, et sa qualité de vie. Il semble intéressant d'établir des échelles de la souffrance, de la douleur, de la qualité de vie. Leur traduction en chiffres permet d'appréhender et d'évaluer plus objectivement la souffrance, la douleur, la qualité de vie. Mais pour se rapprocher du plus près du vécu du patient il faut confronter ces chiffres aux différents points de vue du reste du personnel médical, à son propre point de vue et au point de vue du client face au patient. Mais il faut également être capable de rester prêt à se laisser surprendre par la réalité subjective de celui-ci par rapport aux chiffres. En conclusion, « la démarche éthique soignante n'est possible qu'à partir du moment où se trouvent réunis plusieurs composants tels que : une motivation et une réflexion constante centrées sur la relation à l'autre, un engagement humainement professionnel, une éthique soignante collective, un savoir-faire régulièrement entretenu et développé, l'intégration du temps nécessaire à la réflexion faisant partie intégrante du soin, une organisation du travail permettant l'atteinte des objectifs de soins fixés tels que des soins palliatifs dans un contexte d'urgence et l'accompagnement des familles dans leur processus de deuil. » (114)

2) Les facteurs liés au client

Du fait de la législation indiquant la place de l'animal non humain dans les sociétés humaines et du pouvoir décisionnel accordé aux clients dans la prise en charge de l'animal, les facteurs clients intervenant dans leur rapport à la prise en charge médicale doivent être pris en compte. Le choix de la prise en charge doit répondre aux besoins du patient et de la maladie sans négliger totalement le client, le facteur client intervenant à la fois dans la relation client-patient et dans la relation client-soignant (199). Par conséquent il convient d'évaluer ses perspectives et ses motivations quant à sa visite chez le vétérinaire notamment par rapport à l'état actuel de son animal et à la prise en charge thérapeutique : son but, l'investissement temporel et physique dont il lui semble capable, ce qu'il attend du traitement, ce qu'il s'imagine du traitement et de la prise en charge etc. (199) ; sa compliance et son observance quant à la réalisation des examens (199) ; aux visites de suivi, à l'administration des traitements et le poids économique de la prise en charge (199) ; le poids économique du traitement (traitement en lui-même, consultation de contrôle et examens de suivi, frais de déplacement, absence au travail, etc. (199) Cette évaluation passe par les questions suivantes : Comprend-il la démarche éthique ? Comprend-il la prise en charge son but, ses intérêts, ses inconvénients, ses limites ? Et dans la relation client-soignant (199) : le traitement est-il financièrement viable, quel est son impact économique ? Le client est-il capable de donner le traitement ? Est-il capable d'offrir un cadre de vie acceptable en lien avec l'état clinique de l'animal ? Le traitement choisi aurait-il un impact positif sur cette relation entre le patient et le client ? La réalisation du traitement a-t-elle un impact bénéfique sur la qualité de vie du client ? Il est important de noter que les paramètres significativement impliqués dans une demande d'euthanasie sont d'une part les revenus du client et d'autre part son état psychologique et mental : « fardeau du soignant, deuil anticipé, dépression, stress ». (204)

a) Le fardeau financier

Le lien étroit réel entre accessibilité aux soins et moyens financiers contraste avec la vision populaire utopique du soin : « des soins universels, continus et accessibles à tous ». (200) L'accessibilité au soin est un défi éthique majeur dans le domaine de la santé. Cette accessibilité conditionne le présent et le futur du patient : elle augmente le risque d'évolution défavorable de la maladie, d'apparition de chronicisation ou d'aggravation de la douleur, de la souffrance ou de qualité de vie pauvre pour une maladie qui pourrait être « facilement » ou relativement bien contrôlée. Et par voie de conséquence elle augmente le risque d'une prise en charge agressive de la maladie ou d'euthanasie par évolution trop importante de la maladie. Enfin, à cause du prix des soins, elle accroît le risque de ruine financière du patient/du proche/du client ou le risque d'endettement face à la culpabilité de ne pas pouvoir tout faire pour le malade.

Premièrement le fardeau financier en médecine (humaine et vétérinaire) dépend de la maladie : des difficultés diagnostiques (signes cliniques, examens complémentaires, outils, infrastructures) ; des traitements qu'elle requiert (de la prise de génériques à la réalisation de chimiothérapie, radiothérapie, chirurgie, dialyse, des alternatives thérapeutiques ou non, etc.) ; du type de suivi (nécessité thérapeutique ou non d'un suivi rapproché, type d'examen à réaliser) ; de la durée de la maladie (il est difficile de rétablir l'équilibre financier à court et à long terme pour certaines maladies chroniques : cancer, infection, dysendocrinie, maladie rénale, maladie hépatique, blessure, maladie respiratoire, maladie cardiovasculaire. (205)) ; de

l'intensité des symptômes ; de l'association de comorbidités (dans ce cas, si l'impact financier est trop fort, le traitement des affections aiguës est priorisé sur le traitement des affections chroniques notamment lorsque ces dernières sont asymptomatiques ou peu symptomatiques. (205)) Deuxièmement, il dépend du statut socio-économique de la personne et/ou de sa famille, de ses proches : du salaire gagné, du coût des déplacements, du temps pris et donc non rémunéré pour les consultations de suivi, du prix des examens et des médicaments (206) ; de l'adhésion au système de santé (disposition d'une assurance santé, compréhension de l'importance de la prévention des maladies) (207) ; de l'éducation et l'autonomisation des patients et/ou des proches. (207) Troisièmement, il dépend également du personnel de santé : du nombre de personnel formé, d'installations, de travailleurs de la santé (207), de l'achat et de l'approvisionnement en médicaments, du prix fixé pour les interventions médicales et les médicaments (207), de la sensibilisation à la prévention. (207) Quatrièmement, il est plus ou moins dépendant des gouvernements et des grandes organisations de santé (gouvernementales ou non) : de l'organisation mondiale du système de santé en médecine humaine (207) ; de la législation nationale quant à l'accessibilité au traitement au sein du pays, à l'accessibilité en fonction de l'espèce animale (207), de la disposition des médicaments en fonction de la structure médicale ; de l'environnement politique qui module l'approvisionnement (guerre, catastrophe naturelle, etc.) ; de l'engagement des organisations non gouvernementales, et des associations pour pallier les coûts. (207)

En médecine vétérinaire, tous les soins réalisés sont payés par le salaire du propriétaire sans aide pratiquement, sauf investissement dans une assurance santé ou financement de certains soins par des associations non gouvernementales. En médecine humaine, cette prise en charge financière presque complète ou complète des soins par le patient ou ses proches est aussi présente dans les pays ne disposant pas de système équivalent à la sécurité sociale en France, et où les patients manquent de ressources pour avoir une assurance santé. On peut se demander si ce système de financement de ses soins par le patient lui-même et ses proches/le client répond en lui-même à l'adjonction morale et éthique d'une accessibilité aux soins pour tous. Ce système de santé est inefficace. En l'absence de maladie, il ne favorise pas directement la prophylaxie, les dépistages. Et en présence d'une maladie, il incite à attendre avant de se rendre ou d'être présenté dans un centre de soin, dans certains cas il rend impossible l'accès à des soins nécessaires et ce d'autant plus que la maladie s'aggrave (205), il peut rendre impossible de payer les traitements après le diagnostic, de maintenir le traitement au long cours, et il est des cas où, lors de maladies chroniques notamment, le malade n'est pris en charge que lors des épisodes de crise, le patient/le client ne pouvant financer une prise en charge de la maladie au long cours. (205) Or tout ceci conduit :

- à augmenter les coûts globaux de la prise en charge ;
- à augmenter les risques liés à une prise en charge agressive pour pallier la perte de temps. On peut évoquer la perte de chance au travers de l'exemple en médecine humaine des cancers infantiles en Afrique. Certains enfants ne peuvent se voir proposer un traitement efficace du fait de leur présentation tardive : maladie locale et métastatique avancée rendant le traitement potentiellement inefficace, des chances de survie réduites. (206) En outre, de multiples comorbidités, notamment le paludisme, la tuberculose et le syndrome d'immunodéficience acquise, lorsqu'elles sont ajoutées à la malnutrition aiguë ou chronique, aggravent le pronostic et la toxicité liée au traitement (206) ;
- à augmenter le risque d'inertie thérapeutique. (208) L'absence de suivi empêche

l'ajustement de la prise en charge, d'adapter les doses thérapeutiques à l'affection du patient, et donc empêche le contrôle de la maladie et des effets secondaires liés au traitement mis en place à l'origine. (208) Ce risque est accru dans le cadre des dysendocrinies et des maladies chroniques.

A titre d'exemple, on peut citer le cas de la prise en charge d'un patient atteint de diabète de type 1 en médecine humaine au Liberia face à la pauvreté et à l'insécurité alimentaire. (209) Si le patient prend le traitement mais n'a pas accès à la nourriture, il risque une hypoglycémie, et si la famille privilégie l'achat du traitement, le trajet pour les contrôles, les analyses de suivi sur l'accès à la nourriture, le reste de la famille est mis en péril. (209) De ce fait la plupart des familles payent l'insuline les jours où elles ont assez d'argent pour les achats alimentaires et pour l'insuline ; et seulement dans un second temps elles réalisent les suivis ; et seulement dans un troisième temps, elles achètent des machines de contrôle de la glycémie à domicile. (209)

Le fardeau économique contribue donc à la perte de chance, à une mortalité précoce, à une baisse de la qualité de vie (208) et en même temps perpétue la pauvreté et le risque de ruine. (205) Ce système est donc inefficace mais également inéquitable : alors que 80% des enfants dans les pays développés survivent à un cancer juvénile en Afrique, les enfants meurent de cancer et 20% des enfants seulement ont accès à un traitement curatif (206) ; l'absence d'accès au traitement après le diagnostic d'un diabète de type 1 conduit à une durée de vie de 1 an en Afrique subsaharienne et au Mali, 30 mois au Mozambique (207) ; en médecine vétérinaire, le praticien est confronté en permanence à l'inégalité des chances face à une maladie entre ses patients du fait du poids accordé aux aspects financiers dans le cadre de la prise en charge médicale.

b) La compliance, l'observance, ses perspectives et ses motivations dans le soin

L'observance du traitement et du suivi du malade par le client repose : sur des possibilités financières du client, comme nous venons de le mentionner ; sur la méthode et les aspects pratiques de la réalisation du traitement (galénique, durée du traitement notamment) ; sur le lien établi avec l'animal qui intervient fortement lorsque le patient ne comprend pas que le traitement qu'il prend fait que son état s'améliore, qu'il ne coopère pas et que le client doit, pour aider le patient, agir contre les envies de l'animal (et non contre ses intérêts) ; et sur la compréhension que le client a de la maladie de l'animal, la compréhension des enjeux liés à cette maladie sur la vie et la qualité de vie de l'animal et la compréhension des intérêts des soins et du traitement mis en place. Ce dernier point est important. En effet, par exemple, certains clients refusent d'augmenter les doses thérapeutiques ou d'augmenter le nombre de médicaments nécessaires à la prise en charge, même si ces deux procédures pourraient assurer un meilleur état de santé et une meilleure qualité de vie au patient, car ils associent toute intensification du traitement de base à de l'acharnement thérapeutique. (208) Cela peut s'expliquer par le fait que la conception qu'a le client de la maladie, de ses effets sur le patient et du traitement, repose sur les propos explicites et, autant que faire se peut, raisonnés et raisonnables du soignant, mais également sur son propre « état » émotionnel, intellectuel, spirituel voire religieux.

c) Le « fardeau du soignant » en lien avec le statut mental et psychologique du client

Ce que l'on qualifie par « fardeau du soignant » est « une réaction aux nombreuses difficultés rencontrées par une personne qui s'occupe d'un être cher malade » (210), qui intervient « en réponse à des exigences objectives liées à la prestation de soins (par exemple, le temps, les exigences physiques) ainsi qu'à des expériences émotionnelles subjectives (par exemple, la frustration, la culpabilité). » (210) En somme il est « associé aux exigences émotionnelles, financières et pratiques de la prise en charge d'un patient ». (200) En plus des conséquences financières et pratiques de la maladie et de sa prise en charge, la modification des comportements et des activités du patient a un fort impact sur le statut mental et psychologique du client. A ce titre les comportements des patients particulièrement lourds à gérer pour le client/le proche et le personnel soignant lors d'hospitalisation (en médecine humaine et vétérinaire) sont : « 1. La nécessité d'une surveillance constante/ 2. La miction et la défécation dans la maison/ 3. Les maladies chroniques pouvant entraîner des diarrhées et/ou des vomissements ou entraîner une charge financière importante/ 4. Le comportement résistant ou destructeur/ 5. Le comportement agressif/ 6. Le bruit excessif. » (168)

Les exigences relatives au « prendre soin » conduit chez la personne qui s'occupe du malade à un état de tension général, d'inconfort affectif et relationnel, à la naissance de sentiments de culpabilité et d'incertitude. (204) Le « fardeau du soignant » s'exprime chez la personne qui s'occupe du malade par un état dépressif, une augmentation du niveau de stress, une baisse de la qualité de vie (204) et la volonté d'échapper à tout prix à l'expérience du « prendre soin ». (204) Plus particulièrement, la volonté d'échapper à l'expérience du « prendre soin » peut venir à s'exprimer en acte de trois manières différentes :

- par le placement d'un proche en institut en médecine humaine (204), par demande d'euthanasie anticipée en médecine vétérinaire : le proche/le client ne supportant plus de voir le patient se dégrader à ses yeux, élimine physiquement le patient de sa vue. Il ne s'agit pas ici de juger une telle attitude qui repose notamment sur le désespoir, l'incapacité à imaginer un avenir positif mais à expliquer les attitudes des proches vis-à-vis du malade.

- par des actes de négligence (168) : le proche/le client ne supportant pas de voir souffrir et se dégrader la personne dont il s'occupe, en vient à nier inconsciemment cette souffrance et cette dégradation de la qualité de vie du patient et/ou de la sienne.

- par des actes de maltraitance (168) : dans ce cas la négation des douleurs, des souffrances et/ou d'une qualité de vie médiocre est consciente et peut conduire à des actes violents à l'égard du malade. C'est notamment le cas lors de la manifestation de comportements indésirables, ces « comportements mettent en danger les enfants, les personnes âgées et les personnes handicapées » (168) et les animaux non humains.

d) De l'importance de la communication pour établir une relation de confiance entre le client et le vétérinaire

En médecine vétérinaire, concilier la prise en charge médicale du patient avec le facteur client repose fondamentalement sur les échanges entre le client et le vétérinaire. La communication est essentielle, indispensable à l'établissement d'une relation de confiance en faveur d'une prise en charge qui soit dans le meilleur intérêt du patient dans son contexte de

vie. Mais comment communiquer, échanger avec le client pour réfléchir et aboutir à une décision de soin objective et adaptée à la personne malade dans son contexte de vie (contexte au sens large) ?

Dans un premier temps, le soignant doit écouter le client. Pour cela il doit commencer par poser des questions ouvertes. Poser une question ouverte permet de mieux comprendre quels sont ses peurs, ses doutes, ses observations, ses appréhensions à propos de la maladie et de sa prise en charge. (211) De plus, avec une question ouverte, le client a moins le sentiment d'être jugé qu'avec une question courte qui présuppose l'existence d'une bonne ou d'une mauvaise réponse. S'il pense qu'il se trouve une bonne réponse, le client aura consciemment ou inconsciemment tendance à donner cette réponse plutôt que sa propre réponse. La question ouverte est donc très importante pour aborder la manière de réaliser le traitement : poser des questions fermées peut inciter le propriétaire à dire oui alors même qu'il ne visualise pas comment faire, ou qu'il ne donne pas le traitement de cette manière. (211) Ensuite, il est intéressant que le soignant pratique l'« écoute réfléchie » des paroles du client, c'est-à-dire les résume à haute voix, afin de montrer au client que ses observations, ses doutes, ses peurs, ses questionnements sont clairement entendus, écoutés, et compris par le soignant. (211)

Dans un second temps, il doit renseigner le client c'est-à-dire lui apporter les connaissances scientifiques qu'il n'a pas : expliquer la maladie diagnostiquée, parler des différents traitements possibles, donner les avantages et les inconvénients de chacun, donner le pronostic attendu de la maladie seule et avec traitement. Le soignant doit ensuite confronter ces remarques à la particularité du contexte de vie du patient et aider le client à évaluer quel est le traitement le plus adapté pour l'animal. Pour cela le vétérinaire doit considérer le patient en tant que personne : ses caractéristiques individuelles dans son intégralité, les relations sociales dans lesquelles il s'inscrit, ses droits (à ne pas souffrir, à ne pas être maltraité, à ne pas être tué, à être respecté, à être libre), l'environnement matériel et physique dans lequel il vit, notamment les possibilités du propriétaire dans la prise en charge, en somme le contexte dans lequel il vit sa maladie. (211) Dans l'ensemble des prises en charge thérapeutiques possibles face aux mêmes symptômes et à une même maladie, il faut choisir celle qui, tout en répondant aux intérêts et aux besoins du patient, répond le mieux aux attentes du client. Cela implique de veiller à ce que le client soit capable de recevoir l'information qui lui est transmise et que le soignant soit capable de transmettre cette information.

Le soignant doit tenir un discours intelligible pour la personne qui se trouve en face de lui et le soignant ne doit pas hésiter à demander si certains points abordés lui posent encore question. D'une part, pour qu'un discours soit intelligible, il faut que le soignant donne des explications le plus objectivement possible à la lumière de ses connaissances, mais il faut également qu'il communique correctement. La manière de présenter les différentes options thérapeutiques influence la prise de décision du propriétaire. (211) Cela passe directement par la tournure des phrases, employées délibérément ou non par le vétérinaire, qui orientent vers le choix thérapeutique qui lui semble le plus approprié dans ce cas, mais aussi, indépendamment de sa volonté, en lien avec une interprétation imaginative du client de ce que dit le vétérinaire. Il a été montré que le premier traitement proposé au sein d'une liste est souvent perçu par le client comme étant la prise en charge que le vétérinaire considère comme étant la meilleure à suivre. (211) De plus, lorsque le soignant présente l'ensemble des possibilités de prise en

charge, leur déroulement et leurs caractéristiques propres, certains clients croient qu'ils ne répondent pas à leur devoir de soins envers leur animal de compagnie « si l'option la plus intensive, la plus chère ou la plus avancée technologiquement n'est pas choisie ». (211) De ce fait ils sont prêts à se mettre en danger financièrement pour leur animal ou au contraire en déduire que s'ils ne peuvent réaliser le traitement plus cher, alors aucune solution n'est la bonne et qu'il vaudrait mieux euthanasier l'animal. Le vétérinaire doit alors avoir conscience et faire prendre conscience au client que face à un objectif commun (soulager la douleur, la souffrance, améliorer la qualité de vie, diminuer le stress, favoriser la résilience), il se trouve très souvent plusieurs possibilités. Que s'il se trouve plusieurs manières de prendre en charge une maladie, toutes ont des intérêts et des inconvénients. Et cette diversité permet la prise en charge quel que soit son contexte de vie. Le résultat de la prise en charge dépend des facteurs liés au patient, au client et au vétérinaire, et de toutes les inconnues de la médecine, de tout ce qui reste inconnu et à découvrir et à comprendre sur le vivant et sur les maladies : « il n'y a pas une seule option de traitement qui donnera systématiquement le meilleur résultat ou il n'y a pas suffisamment de recherches ou de preuves pour déterminer quelle option de traitement donnera le meilleur résultat ». (211) D'autre part, pour qu'un discours soit intelligible, il faut que le client soit disposé à écouter. Or lorsque la maladie est complexe et/ou que la situation est sous forte tension émotionnelle, il peut être bon de laisser du temps au client pour assimiler la nouvelle et revenir sur ce qu'il est possible de faire, la prise en charge plus tard, si cela est possible, c'est-à-dire si le patient ne se trouve pas dans un état critique. En effet, si le client semble submergé par les émotions ou s'il exprime clairement qu'il souhaite arrêter et reprendre la discussion plus tard, le soignant doit l'entendre. Il ne faut jamais oublier que le but du soignant est qu'il comprenne ce qui se passe, afin que la prise en charge soit efficace pour le patient et par voie de conséquence pour le client. En effet s'il comprend ce qu'il doit et ce ne doit pas attendre du soin, il sera plus à même de l'exécuter et moins enclin à souffrir du « fardeau du soignant ».

3) Les facteurs liés au soignant

Concernant le vétérinaire lui-même, la prise en charge repose d'une part sur son engagement professionnel qui recouvre sa responsabilité professionnelle (agir dans le meilleur intérêt de son patient, dispose des capacités requises pour réaliser la procédure qu'il indique, prouver la thérapie engagée, prendre en compte la situation du client, etc.) (199) et sa responsabilité institutionnelle (respect du code de déontologie et de la législation en générale) (199), et d'autre part sur des motivations autres (développement personnel et professionnel, réputation, gain économique, etc.). (199)

a) Les motivations du soignant : développement professionnel et personnel, réputation, apports et gains financiers

Que le soignant agisse dans le meilleur intérêt du patient ou persiste dans une prise en charge qui n'est plus dans l'intérêt du patient ou ne tienne compte que des attentes du client, il peut agir selon trois motivations. Une des motivations du soignant peut être de répondre à une certaine exigence de la qualité des soins fournis, qu'il s'impose à lui-même suivant ses valeurs, et de jouir d'avoir une bonne réputation. (199), (200) Une autre motivation peut être le profit économique pour lui-même, son personnel, sa structure (199), ou au moins la rentabilité ses investissements dans des formations et du matériel. (200) Enfin, une autre motivation peut être

le développement et l'avancement professionnel (199), ce qui passe par la réalisation de formation, l'apprentissage et le développement de nouvelles pratiques médicales, de nouvelles techniques et l'investissement dans de nouvelles technologies. (200) La formation continue des vétérinaires (comme de tout autre soignant) est une exigence déontologique. (109) Cependant tout comme le facteur client doit être confronté aux intérêts du patient, le facteur soignant doit être confrontés aux intérêts du patient et aux attentes du client.

Tout d'abord, avoir la possibilité ou les capacités de réaliser une technique peut inciter à proposer cette technique plutôt qu'un autre traitement peut-être plus simple et moins stimulant intellectuellement. Avoir la capacité de réaliser une certaine méthode, incite à la mettre en œuvre. (200) Mais il est des cas où cette motivation intellectuelle peut aller à l'encontre du patient malade. Tannenbaum écrit : « les spécialistes sont formés, ils existent, pour fournir des procédures avancées. Un cas médical difficile peut non seulement exciter la curiosité intellectuelle d'un spécialiste (il n'y a rien de mal à cela) mais aussi mettre à l'épreuve la perspicacité du spécialiste, voire l'état des connaissances de la spécialité elle-même ». (200) Face au désir de mettre en pratique sa spécialité, ses connaissances dans un certain domaine de la médecine, le soignant spécialiste, mais aussi dans une certaine mesure le soignant généraliste, courent le risque, s'ils n'y prennent garde, de réaliser un acte pour agir contre la maladie et non pas pour le patient. (200)

Ensuite, dans le cas inverse, lorsqu'il ne se trouve pas de solution satisfaisante scientifique démontrée face à une maladie, il est également difficile pour le soignant de résister à la motivation de trouver un traitement « expérimental », à la fois pour répondre à son devoir de venir en aide à son patient, mais aussi pour se faire sa propre expérience du traitement. Mais le diagnostic et la prise en charge thérapeutique doivent être, d'après la loi et *le Code de déontologie de la profession vétérinaire*, basés sur les connaissances scientifiques disponibles les plus fiables et ne doivent pas utiliser de techniques dont l'efficacité et la sécurité n'ont pas été démontrées scientifiquement, ni en limiter l'emploi. (109) Toutefois la notion de « seuil de connaissance » est soumise à l'interprétation de chacun. (200) De plus on peut objecter que les techniques innovantes ont été créées alors qu'au départ il n'y avait de preuve de leur efficacité et de leur sécurité. Ainsi l'importance pour le soignant et pour le patient et la médecine en général de rester curieux ne peut être niée, de même que l'importance de « continuer à développer des méthodes innovantes, même s'il est impossible de prévoir d'éventuelles complications ». (200) Si réaliser un traitement expérimental peut être dans l'intérêt intellectuel du vétérinaire et dans l'intérêt du malade et de la médecine, le soignant doit rester critique quant à ce qu'il veut faire, fait ou a fait, ne pas avoir seulement conscience des avantages imaginés mais également de ses inconvénients et de ses risques : il doit avoir conscience que l'hypothèse testée peut entrer en conflit avec les intérêts du patient, que la méthode initiale peut être incomplète et ne pas aboutir aux résultats escomptés, que les complications ne pourront pas toutes être anticipées. (200) Car réaliser un traitement expérimental n'est pas anodin. Si en médecine vétérinaire sa mise en œuvre est moins réglementée et moins régulée, il ne faut pas oublier qu'à l'inverse en médecine humaine ou en expérimentation animale, le projet de réalisation d'une étude expérimentale d'un traitement est supervisé par un comité d'éthique dont le rôle est de garantir « que l'étude répond[e] aux normes scientifiques, éthiques, de qualité et de bien-être animal ». (200) A titre d'exemple, les directives européennes imposent pour évaluer un projet de recherche en expérimentation animale au prisme de l'éthique : « (A) [d]'identifier

un objectif légitime de la recherche, (B) [de] rechercher des alternatives, (C) [de] réduire les dommages et les souffrances (principe des 3R) et (D) [d]’entreprendre une analyse des avantages et des inconvénients.» (199)

Le soignant doit être capable de se méfier de lui-même, de ses motivations, ses intentions, de ses actes, même si ce n’est pas toujours évident. Pour se faire, pour s’efforcer de ne pas franchir des limites qu’il ne percevrait pas ou plus directement par lui-même, le soignant peut s’appuyer sur sa relation soignant-profession et se poser les questions suivantes : la prise en charge et le traitement que je propose sont-ils reconnus, bien documentés ? Est-ce que la prise en charge choisie pour mon patient serait une bonne décision éthique à présenter à la profession ? Est-ce que je ne serais pas gêné de présenter les décisions que j’ai prises à des collègues ? Ces questions sont des aides au soignant pour prendre du recul sur sa propre pratique.

b) Les souffrances du soignant

i - La confrontation à l’incertitude, à la souffrance, à la désespérance et à la mort

Tout d’abord, quel que soit le traitement choisi, les éléments recueillis par et sur le patient, les éléments recueillis par et à propos du client, la compréhension qu’il a du contexte dans lequel s’inscrit la maladie, la conscience qu’il a de ses connaissances et de ses motivations, le soignant ne sera jamais certain du résultat du choix délibéré qu’il fait. En tant que responsable, le soignant doit faire face à l’incertitude diagnostique, l’incertitude quant aux conséquences de la décision prise, l’incertitude de la réponse du patient au traitement mis en place, l’incertitude quant à l’observance du traitement et l’incertitude quant au suivi et à la possibilité de pallier à l’évolution de la maladie. De plus, le soignant est susceptible de commettre des erreurs diagnostiques ou un diagnostic tardif de la maladie ou des erreurs thérapeutiques. Or les erreurs médicales risquent fortement de conduire à des situations de tension entre le client et le soignant et le soignant vis-à-vis de lui-même.

Ensuite, l’évaluation du rapport bénéfice/risque est une des responsabilités majeures du vétérinaire, si ce n’est la plus importante, ce qui en fait aussi une des plus importantes sources de stress. Concernant la qualité de vie, « l’absence de consensus sur ce qui constitue une qualité de vie minimale pour les animaux de compagnie et sur ce qui constitue un risque de morbidité acceptable complique les décisions de poursuivre le traitement malgré une mauvaise qualité de vie. » (200) Concernant la douleur et la souffrance, lorsqu’elles ne répondent pas à la mise en place de traitements « standards », il est difficile de ne pas éprouver en tant que soignant un sentiment d’impuissance. (152) Se pose alors la question du « que faire de plus » et du « jusqu’où aller » ? Dans le flou entre manque et excès de ressources disponibles, le soignant court toujours le risque de devenir complice de la souffrance du patient, car si le manque de ressources peut limiter la prise en charge au strict nécessaire ou moins (113), à l’inverse le développement de la médecine vétérinaire, l’accès à un matériel et à des traitements de plus en plus performants peuvent conduire à des situations semblables à celles qualifiées d’obstination déraisonnable en médecine humaine (157).

Enfin, le soignant fait lui aussi face aux aléas tragiques de la vie et de la souffrance. La maladie ou la souffrance que le patient éprouve peut renvoyer le soignant à l'agonie d'un proche en médecine humaine (152) ou d'un animal proche. Dans le cadre d'une relation à long terme où l'implication a été forte, le soignant est susceptible d'éprouver le syndrome du « fardeau du soignant ». (212) Et tout comme les autres soignants, le vétérinaire peut éprouver un sentiment de solitude face à la mort dans le soin.

ii - La dissonance cognitive entre ce qu'il faudrait faire, ce que le soignant voudrait faire et ce qu'il peut faire

Les lignes directrices médicales ont été développées dans le but d'orienter le praticien dans sa démarche diagnostique et sa prise en charge thérapeutique, d'assurer une certaine égalité entre les patients ainsi qu'un certain confort intellectuel et moral pour le praticien. Cependant entre théorie et pratique intervient la réalité pratique qui peut rendre bien différente l'une de l'autre. D'une part, les lignes directrices médicales se confrontent aux possibilités pratiques des patients ou des clients. Si les lignes directrices ont pour but de soulager les professionnels de santé d'une partie des responsabilités qu'ils ont en tant que professionnel de santé, dans la relation de soin le respect des lignes directrices médicales se confronte à la réalité socio-économique dans laquelle le patient et le client vivent. D'un point de vue économique, la limite des lignes directrices est évidente. A titre d'exemple, on peut citer le cas de la prise en charge du diabète dans les pays à faible revenu en médecine humaine. Le suivi des lignes directrices médicales internationales pour la prise en charge du diabète (pourtant si évidente dans les pays à plus haut revenus) est illusoire : « Cela oblige souvent les cliniciens des pays en développement, lorsqu'ils sont confrontés à de tels dilemmes éthiques liés au diabète, à se fier uniquement à leur jugement clinique, qui pourrait être éthiquement injuste et médicalement sujet à l'erreur. » (208) D'un point de vue social, le vétérinaire doit prendre sur lui pour s'efforcer d'établir en toute circonstances une relation respectueuse et de confiance avec le client. Or prendre sur soi peut être compliqué dès lors que les points de vue par rapport au rôle de chacun vis-à-vis du patient divergent et notamment lorsque le client est sourd au discours médical et qu'il considère que la relation vétérinaire-client doit être davantage une relation de service plutôt qu'une relation médicale, une relation de soin. Et d'un autre côté, si le spécialiste a tendance à fournir un soin « avancé » et le généraliste un soin « standard », alors le généraliste est susceptible d'être menacé de poursuites judiciaires pour accompagnement incomplet du patient, par incompetence voir négligence (200), et ce même s'il a agi à son échelle et avec ses compétences dans le meilleur intérêt du patient. D'autre part, les lignes directrices médicales se confrontent à l'intuition du soignant. Si par intuition, on entend « des jugements impulsifs, subjectifs et idiosyncrasiques de médecins » (213), il n'est évidemment pas légitime de suivre cette intuition (213). Le soignant fait alors preuve d'égoïsme et de prétention et ne pas suivre les lignes directrices médicales dans ce cas ne répond pas à la volonté d'agir dans le meilleur intérêt du patient mais uniquement dans un intérêt égoïste. Si en revanche elle concerne « la perception expérimentée de ceux qui sont depuis longtemps engagés dans la mise en œuvre des critères de triage dans des cas particuliers, dans une variété de contextes, et dont les jugements ont été considérés comme raisonnables au cours d'une histoire de cas » (213), il est intéressant d'en tenir compte quitte à passer outre ces lignes directrices médicales.

De cette dissonance entre théorie idéale et réalité pratique peut se développer un « stress moral ». Le stress moral intervient dans le cadre d'une « expérience de détresse psychologique qui résulte de l'engagement ou de l'incapacité à empêcher des décisions ou des comportements qui transgressent ou en viennent à transgresser des croyances morales ou éthiques personnelles ». (118) Dans le cadre de la médecine vétérinaire, elle s'exprime lorsque le vétérinaire doit s'efforcer de concilier les intérêts du patient et les demandes et possibilités du client. (113) La médecine vétérinaire est beaucoup plus complexe que la médecine humaine « en termes d'établissement clair des priorités de soins ». (116) Selon une étude, 80% des vétérinaires « ont accepté d'effectuer un traitement demandé par un propriétaire même s'ils ne l'estimaient pas médicalement nécessaire [...] Environ 35 % ont effectué des actes invasifs, contre leur jugement professionnel, pour éviter une plainte du client, lorsque le propriétaire a exigé ce traitement ». (200) A ceci s'ajoute l'absence de « clause de conscience » en médecine vétérinaire dans la législation. De là naît un sentiment de contradiction : « une contradiction entre ce qu'ils croient devoir faire (par exemple, protéger les animaux) et la réalité de ce qu'on leur demande de faire (par exemple, tuer des animaux) » (113), la sensation de faire dans le même temps quelque chose de juste en terme légal et quelque chose d'injuste en termes d'intuition morale. (157) La dissonance cognitive correspond à « une dichotomie entre ce que la personne fait en réalité et la raison pour laquelle elle a choisi ce métier, entre ce qu'elle sent qu'elle devrait être et ce qu'elle est, entre l'idéal et la réalité ». (214) Ce stress moral est considéré comme une cause de stress plus grave qu'une autre source de stress car elle est « constante, écrasante et inéluctable. » (214) Face à une telle souffrance, les personnes cherchent à se débarrasser plus ou moins consciemment de cette souffrance. Si le soignant ne parvient pas à s'attaquer à la base du problème, cela conduit à une aggravation du problème « de sorte que l'on peut finalement tomber d'épuisement ou, de manière analogue, trouver le stress trop grand à supporter. » (214) Une manière de ne pas sombrer, de faire face à ce stress moral, est de redéfinir les concepts : redéfinir les concepts médicaux, redéfinir les devoirs du vétérinaire, redéfinir la dignité, le respect, etc. permet de neutraliser la dissonance cognitive et d'éviter au soignant de considérer ses actes comme immoraux (113) : « la théorie est que les gens s'efforcent d'obtenir une cohérence interne entre les croyances et le comportement, et plus la distance entre les deux est grande, plus l'effort qu'ils doivent faire pour éviter la tension est important. Les gens réagissent à la dissonance cognitive en changeant leurs attitudes ou en modifiant leur comportement » (113).

4) La conciliation de ces trois groupes de facteurs par le compromis : importance et nécessité du compromis en éthique médicale

Prendre soin en médecine vétérinaire, tout comme en médecine humaine, c'est assurer un soin « dont les réponses dépendent des circonstances uniques de chaque patient, y compris la progression et le pronostic de la maladie, les ressources physiques, émotionnelles et financières de la famille du patient pour fournir des soins infirmiers et, à ne pas sous-estimer, le tempérament et la coopération du patient animal ». (102) Or en tant que vétérinaire « nous avons un patient qui ne sait pas parler en langage humain mais dont nous voulons respecter les préférences ; nous avons des clients (souvent compliqués et confus) avec ce qu'ils veulent pour eux-mêmes, ce qu'ils veulent pour leur animal, ce qu'ils sont prêts à payer ; et nous sommes susceptibles d'être confrontés à un large éventail de croyances et d'attitudes concernant la maladie, la mort, l'au-delà et la valeur de la vie animale. » (116) Le patient non humain exprime

ce qu'il vit au travers de son langage corporel et des relations qu'il entretient et donc, en médecine vétérinaire, il est important de veiller au maintien du lien client-patient. (215) La compassion à l'égard de cette relation et la transmission de connaissances à propos de l'état du malade par le soignant sont les deux moyens pour maintenir cet équilibre précaire, déstabilisé par les transformations physiques et/ou cognitives et/ou émotionnelles de l'animal malade. Ainsi le dilemme éthique naît de la nécessité pour le vétérinaire de répondre à ses devoirs envers le patient, le client et lui-même et de la confrontation des facteurs liés au patient, des facteurs liés au client et des facteurs liés au vétérinaire. Si les différents facteurs doivent être étudiés et pris en compte dans la réflexion éthique, tous ne pèsent pas le même poids dans la prise de décision sans quoi il ne serait pas possible de prendre une décision. Comment fonctionne cette balance entre les différents facteurs ?

a) Définir le choix tragique

Un choix est tragique lorsqu'il confronte des valeurs fondamentales, le résultat conduisant nécessairement, au moins en partie, à « l'acceptation de l'inacceptable », puisqu'une valeur fondamentale prendra le dessus sur l'autre. Toutefois, puisqu'il s'agit d'un choix entre des valeurs fondamentales, la valeur la moins prise en compte ne peut être totalement niée sans quoi elle ne serait plus considérée comme fondamentale. (216) Ceci implique la nécessité de ne pas totalement nier cette valeur et explique pourquoi il se trouve toujours un résidu moral à l'issue de ce choix, perpétuant le conflit moral et renforçant son caractère tragique. (216) Il existe trois axes possibles pour réaliser un choix dans une situation où se confrontent des valeurs fondamentales :

- l'optimisation (216) dont le principe est que, puisqu'aucune des valeurs en conflit ne pourra être pleinement satisfaite, il vaut mieux en choisir une seule et la satisfaire complètement. (216) Mais comment choisir la valeur morale fondamentale qui se trouve supérieure aux autres ?

- l'équilibrage (216) qui présuppose qu'un certain poids est accordé à chacune des valeurs, ce qui permet ensuite de les comparer et d'en déduire leur place respective. (216) Le choix réalisé est un choix mathématique et il ne se trouve alors pas de résidu moral à l'issue du choix. (216) Or s'il n'y a pas de résidu moral, alors les intervenants dans la réalisation du choix ne s'efforceront pas de repenser à leurs actes et de chercher pour le futur une meilleure attitude morale. (216)

- le compromis (216) qui cherche à satisfaire chacune des valeurs en conflit proportionnellement à leur importance dans le contexte donné. (216)

Pour prendre une décision médicale, il semble que le compromis soit la méthode de choix. Premièrement, le compromis souligne l'importance de l'étude du contexte dans son entièreté pour trouver une solution particulière, qui satisfait au mieux les valeurs fondamentales impliquées même si aucune ne peut l'être complètement. (216) Deuxièmement, en tenant compte de chaque valeur, il incite les différents protagonistes à s'engager ensemble, à fournir ensemble les efforts nécessaires à dépasser la situation actuelle. (216) L'aspect fluctuant du compromis en fonction du contexte et cette prise en compte de l'ensemble des valeurs au moins au départ pour réfléchir sur la décision à prendre reconnaît aux acteurs l'importance de poursuivre leur engagement quel que soit le résultat. (216) Troisièmement il préserve le conflit moral et maintient en chacun de nous un degré variable de résidu moral face à l'impossibilité de

satisfaire l'ensemble des valeurs en jeu. (216) Or le résidu moral, le regret éprouvé rappelle à l'individu ses erreurs et ses dilemmes et l'incite à s'améliorer dans sa pratique médicale et éthique présente et future. Mais comment accorder un certain poids à une valeur et un autre à une autre valeur ?

b) Différencier les justifications morales des explications morales

Il faut tout d'abord distinguer une justification morale d'une explication morale. (199) La justification morale est en lien avec la morale. Elle est contraignante en ce sens qu'elle repose sur « des valeurs, des normes et des principes ». (199) Elle donne des droits et des devoirs : « [l]es droits structurent les relations de pouvoir, de responsabilité, de confiance et d'obligation. Les droits responsabilisent les gens. Ils nous font prendre conscience de notre propre pouvoir et de notre responsabilité envers les autres moins fortunés que nous, en particulier envers les personnes dans les groupes et les situations les plus vulnérables et défavorisés. » (217). Les droits doivent tous être pris en compte. (217) Mais, dans la réalité du contexte, il est des cas où « les droits d'une personne peuvent être en conflit avec les droits d'une autre. » (217) C'est là qu'intervient l'explication morale, qui, elle, est liée au contexte. Elle n'est pas contraignante au sens strict mais influence « la décision thérapeutique via une contextualisation intégrée aux aspects de la situation prédominante » (199). Il est important de distinguer ces deux notions, car accorder le même poids à la justification morale et à l'explication morale ouvre la voie à une grande diversité de réponses face à une même situation et à un choix thérapeutique qui finalement sera profondément arbitraire et subjectif. Si le patient est une personne dès lors, d'après l'étude réalisée dans la partie I, assurer le meilleur intérêt pour le patient fait partie de la catégorie des justifications morales. Le respect de la dignité de la personne est un droit fondamental et de fait agir dans le « meilleur intérêt du patient » est également inhérent le concept de personne. Cependant le vétérinaire et le client sont aussi des personnes, ainsi quels intérêts doivent primer pour faire des choix dans la relation de soin ?

L'éthique médicale dans le cadre de la médecine individuelle, repose sur l'éthique déontologique et l'éthique du *care*. La justification morale relève de l'éthique déontologique. Pour répondre à cette question, il semble donc nécessaire de se référer aux principes de l'éthique déontologique définit en début de cette seconde partie : le principe de respect, le principe de préjudice, le principe de liberté, le principe d'égalité et le « principe du moindre mal ». Le « principe de respect » pose que le respect de la personne est un droit fondamental et absolu en ce sens qu'il ne peut jamais être ignoré ou dépassé. (139) Le « principe de liberté » pose, sous réserve que le principe de respect à l'égard d'autrui ne soit pas violé, que tout individu innocent peut agir de sorte à éviter d'être malmené, même si son action peut nuire à d'autres innocents. (76) Tous les préjudices ne sont pas équivalents. (139) En effet, le « principe du moindre mal » intervient lorsque deux personnes se trouvent dans une situation dans laquelle, quelle que soit la décision prise, une personne subira des méfaits. (139) Dans certains cas « il est obligatoire de causer un préjudice à un ou des individu(s) ayant une valeur inhérente afin d'éviter de causer un préjudice plus important à autrui. » (139) Mais comment évaluer qu'un préjudice est supérieur à un autre ? Tom Regan, distingue les intérêts fondamentaux, qui sont des intérêts qui ne doivent jamais être niés, négligés (comme l'intérêt à ne pas souffrir, l'intérêt à ne pas être maltraité, l'intérêt à rester en vie, etc.), et les intérêts non fondamentaux. (139) Un intérêt non fondamental ne prévaut pas sur un intérêt fondamental. Et concernant les intérêts

fondamentaux, si deux individus éprouvent de la souffrance, cela ne signifie pas que le même degré de souffrance soit éprouvé. Il est parfois plus éthique de faire souffrir quelques individus pour préserver d'autres individus d'une plus grande souffrance. (139)

Or dans le contexte médical, le patient est toujours celui qui vit la maladie, qui la vit viscéralement. Le proche/le client et le médecin/le vétérinaire la vivent au travers de leur relation avec le patient et non pas viscéralement. Le patient ne peut pas décider de se débarrasser de sa maladie. A l'inverse le proche/le client et le médecin/le vétérinaire peuvent (au sens de la capacité) s'extraire de la relation, ne plus s'impliquer. Au vu de ces faits et de ce que nous avons étudiés dans les sous parties II - B et II - C, il semble que les intérêts fondamentaux du patient prévalent sur les intérêts non fondamentaux du proche/du client et du médecin/du vétérinaire et que dans le cas où les intérêts fondamentaux notamment la souffrance du patient se confronte à la souffrance du proche/du client et la souffrance du médecin/du vétérinaire, et donc que la souffrance de ces derniers soit un « moindre mal » par rapport à celle du patient. Toutefois la prise en compte des facteurs liés au vétérinaire/au médecin et des facteurs liés au client/au proche font de la décision médicale une décision éthique et non une décision morale. Les facteurs liés au client et les facteurs liés au vétérinaire jouent nécessairement un rôle dans la prise de décision (199), mais non pas en tant que justification morale mais en tant qu'explication morale. (199) Il ne s'agit pas de négliger l'importance des facteurs secondaires et la nécessité de les prendre en compte - ce serait absurde car le concept de personne s'inscrit dans les relations sociales -, mais plutôt de remettre en question la place à accorder à ces facteurs secondaires par rapport aux facteurs primaires. Ainsi lorsque l'on réfléchit sur la décision éthique à prendre, il faut se demander si l'explication d'une décision clinique répond au moins au problème de l'intérêt supérieur du patient : « si la réponse n'est pas « oui », la justification morale de la décision devient discutable. » (199) La justification morale perd de sa valeur lorsque les explications morales deviennent dominantes et déterminantes dans la décision relative au soin. (199)

c) Conclusion

Si le soignant doit agir dans le « meilleur intérêt du patient », cet intérêt s'inscrit dans un contexte particulier auquel il doit adapter sa pratique mais sans pour autant se limiter complètement, sans quoi les quatre grands principes éthiques de la médecine (bienfaisance, non-malfaisance, justice, autonomie) et les aspects normatifs du concept de personne seraient négligés et les décisions prises ne reposeraient pas sur un raisonnement éthique mais sur des décisions arbitraires dans le sens où le soignant pourrait déterminer arbitrairement à quel facteur il souhaiterait accorder le plus de valeur. La prise en charge médicale doit être justifiée « par des attentes réalistes concernant la santé du patient (norme 1) et la qualité de vie (norme 2). Les deux normes morales traduisent le principe de l'intérêt supérieur pour guider et justifier la prise de décision clinique au sens moral. Outre les justifications, nous avons identifié des explications qui manquent de pouvoir justificatif, mais contextualisent les décisions cliniques. Les explications influencent, mais ne devraient pas avoir la priorité dans la prise de décision clinique puisque les justifications sont plus importantes » (199) La prise en compte des facteurs secondaires est nécessaire, car sans eux la relation de soin et les décisions relatives au soin relèverait de l'utopie. Chaque relation est particulière, dépendante des personnes impliquées et du contexte. Les relations dans la pratique médicale sont des relations de dépendance, de

vulnérabilité et de responsabilité vis-à-vis d'autrui. L'éthique du *care* cherche à répondre aux intérêts de la personne malade, telle qu'elle-même les envisage, grâce à la conciliation de l'émotion, la cognition, et l'action. (143) Elle veille au principe de réceptivité voir au principe de réciprocité. Mais si l'éthique du *care* « affirme la priorité de la pratique sur la théorie éthique et les principes moraux » (103), sa démarche est tout de même encadrée par le respect des quatre principes éthiques déontologiques de l'acte soignant. Or les quatre principes éthiques de l'acte soignant (autonomie, bienfaisance, justice et non-malfaisance) font écho aux principes éthiques associés au concept de personne (respect de sa dignité, de sa liberté, de sa vie, du droit à ne pas être abusée). Ainsi si le soignant est tenu de les respecter vis-à-vis de son patient, le proche/le client se doit également de les respecter, au travers de la décision qu'il prend après que le soignant lui ait expliqué la situation, car il est en relation avec un patient qui est une personne.

Dans le cas d'un choix tragique (mais aussi d'autres contextes où la réalisation d'un choix est nécessaire), l'association entre éthique du *care* et éthique déontologique ouvre la porte à une solution éthique : le compromis. Le compromis est coexistant à la démarche éthique parce que tout comme le compromis, cette démarche « n'appelle pas de solutions toutes faites mais essaye humblement, en fonction du meilleur des données de la science, de concilier les intérêts parfois contradictoires entre le patient, ses proches, son médecin, les soignants et la société. » (105) Le compromis est « un accord obtenu entre deux ou plusieurs parties après que chacun a accepté de faire à l'autre des concessions minimales nécessaires à la formulation de l'accord. » (137) Un compromis n'est pas éthiquement neutre, « il persiste une base commune attestée par un choix fait singulièrement. Le fondement suprême est le maintien de la rencontre soignant – soigné. » (137) Le compromis permet au patient, au client et au vétérinaire de rester dans la relation, car le compromis « ne renonce pas, ne refond pas ou ne diminue pas les valeurs, et par conséquent il ne supprime pas les conflits entre les valeurs ou l'insatisfaction de ne pas pouvoir les satisfaire pleinement ». (216) Il est adapté aux fluctuations des processus vitaux mais aussi socio-économiques environnementaux modelant le contexte de vie du patient ce qui favorise la réalisation d'un choix adapté au contexte dans lequel s'inscrit la relation de soin à un temps t qui pourra être différent de celui réalisé à l'instant $t+1$: « il englobe un éventail complexe de valeurs de fond et de procédure relatives à la question en cause, aux contextes institutionnels et sociaux et aux opinions morales individuelles ». (216)

En conclusion de cette seconde partie, le compromis doit s'inscrire dans toute pratique médicale humaine et vétérinaire. Il est nécessaire pour protéger le meilleur intérêt du patient dans le contexte particulier et personnel dans lequel il vit en tant que personne malade. Il confronte justifications morales et explications morales pour trouver la solution contextuelle la plus adaptée pour le patient, pour agir dans le meilleur intérêt du patient dans son contexte de vie. « Agir dans le meilleur intérêt du patient » n'est en effet pas toujours évident et l'éthique du *care* et l'éthique déontologique doivent aider le soignant à déterminer ce que signifient ces propos dans le contexte dans lequel s'inscrit la relation de soin. Pour en témoigner et résumer ce que nous avons étudié dans cette partie, nous pouvons citer les propos de ce médecin concernant la prise en charge de patients humains atteints d'un diabète sucré au Liberia : « Les cliniciens qui traitent des patients diabétiques avec un contrôle glycémique sous-optimal tout en manquant de soutien social et de protection financière peuvent rencontrer un dilemme en préconisant strictement l'insulinothérapie, compte tenu de la difficulté de son acquisition et de sa sécurité lors d'une application régulière. Le défi éthique d'équilibrer le désir de bienfaisance

(meilleur contrôle glycémique) tout en évitant de nuire (thérapie inadéquate, épisodes hypoglycémiques) aux patients est bien établi. Certains autres dilemmes éthiques apparentés émergent également lorsque l'on envisage l'intensification du traitement médical chez les patients à risque de non-observance médicamenteuse. Les patients qui manquent de ressources financières peuvent avoir du mal à répondre à leurs besoins en médicaments antidiabétiques, en particulier dans les systèmes de santé dysfonctionnels. La non-observance des médicaments dans ces populations vulnérables peut également survenir lors de l'ajout d'agents hypoglycémisants oraux de nouvelle génération au régime du patient qui ne sont pas disponibles via l'approvisionnement gouvernemental ou en l'absence d'équivalents génériques bon marché. De plus, toute intensification du traitement avant la correction de la non-observance médicamenteuse préexistante implique le risque de réduire davantage l'observance en raison de problèmes d'acquisition de médicaments et de facteurs tels que la complexité accrue du régime. Cependant, dans les milieux à forte charge de patients et aux ressources limitées, une évaluation correcte de l'observance des médicaments dans les maladies chroniques comme le diabète peut être difficile pour le clinicien en raison du temps plus court disponible pour la consultation des patients. De plus, les patients ont souvent tendance à surévaluer leur niveau d'observance thérapeutique en raison d'un biais d'autodésirabilité. Le clinicien envisageant tous les scénarios peut poursuivre le traitement existant en attendant l'amélioration des résultats glycémiques d'une amélioration anticipée de l'observance médicamenteuse et des modifications du mode de vie. Une telle décision clinique est apparemment conforme au principe de non-malfaisance qui donne la priorité à la non-malfaisance du patient plutôt qu'à la bienfaisance. Cependant, paradoxalement, le choix délibéré d'opter pour l'inertie thérapeutique chez un diabétique mal contrôlé peut aggraver une survenue précoce de complications diabétiques, mettant en danger le respect éthique du médecin du principe de non-malfaisance. » (208)

Dans la partie suivante, ces principes seront employés pour répondre aux dilemmes suscités par les limites dans la relation de soin et notamment au travers de la confrontation à la mort dans le soin. Comment la mort est-elle perçue par les différents membres de la relation ? Comment détecter, comprendre et éviter ou mettre fin à une situation d'obstination déraisonnable ? Arrêter les traitements est-ce euthanasier passivement un patient ? Comment définir l'euthanasie ? Quelles sont ses implications éthiques ? D'un point de vue éthique peut-on légitimement euthanasier une personne au vu des études menées dans la partie I et la partie II ? Si oui dans quelles circonstances accepter et réaliser une demande d'euthanasie dans le cadre de la médecine vétérinaire ?

III - ABOUTISSEMENT DE LA RELATION DE SOIN : JUSQU'OU ALLER POUR UNE PRISE EN CHARGE MÉDICALE ÉTHIQUE DE LA PERSONNE MALADE ?

A - De l'acte de négligence à l'obstination déraisonnable

Le soignant est soumis au patient, à la famille, au code de déontologie, à la législation, mais également aux instances gouvernementales et internationales gérant l'approvisionnement des systèmes de santé. En cela, la décision thérapeutique prise repose sur un compromis qui, s'il vise à agir dans le meilleur intérêt du patient, s'inscrit dans un contexte donné. Ce contexte est propre à chaque patient, ce qui remet en question un accès égalitaire et équitable aux soins. Si tous les contextes ne sont pas en faveur de la même prise en charge face à une même maladie, pour autant un minimum d'équité et d'égalité dans l'accès au soin des patients est nécessaire, sans quoi le soignant ne répond pas à ses devoirs moraux et au respect de la dignité de la personne malade. Mais à partir d'où commence le soin minimal acceptable ? Et où se termine le soin maximal acceptable ?

1) L'acte de négligence : restriction de l'accès aux « soins standards »

a) La classification des actes de cruauté chez les animaux non humains

Certaines des relations sociales établies entre les êtres humains et les animaux non humains (notamment dans le cadre de la domestication), conduiraient à l'établissement d'une sorte de contrat tacite : d'un côté, les animaux non humains amélioreraient la santé physique et mentale des humains avec lesquels ils vivent en leur apportant « amitié, soutien émotionnel, estime de soi, fiabilité, sécurité physique, toucher, relaxation, exercice et activités, interaction avec les autres, plaisir, jeu, éducation, plaisir esthétique, présence constante, membres de la famille, liens avec la nature, éducation ». (115) De l'autre, les êtres humains leur fourniraient en retour « de la nourriture, un foyer, de l'attention, des soins vétérinaires », de l'affection. (115) Dans certains cas, ce lien est assez fort pour être considéré comme « une relation mutuellement bénéfique et dynamique entre les humains et les animaux qui est influencée par des comportements essentiels à la santé et au bien-être des deux. » (178) La protection de ce contrat tacite (et non pas de la personne non humaine pour elle-même) s'inscrit dans la loi qui définit notamment les responsabilités, les devoirs et les droits des êtres humains vis-à-vis de animaux non humains avec lesquels ils entrent en contact. Notamment, les devoirs légaux fondamentaux auxquels tout être humain qui a à sa charge un animal non humain doit répondre sont :

- celui défini par l'article L.214-1 du *Code rural et de la pêche maritime* : « Tout animal étant un être sensible doit être placé par son propriétaire dans des conditions compatibles avec les impératifs biologiques de son espèce. » (120)

- et ceux définis par l'article L.214-17 du *Code rural et de la pêche maritime* : il est interdit à toute personne « de priver ces animaux de la nourriture et, lorsqu'il y a lieu, de l'abreuvement nécessaire à la satisfaction des besoins physiologiques propres à leur espèce et à leur degré de développement, d'adaptation et de domestication » (120) ; il est interdit de détenir ces animaux dans des conditions d'hébergement et autres modes de détention inadaptés (120) ; enfin la personne responsable de l'animal est dans l'obligation de fournir les soins nécessaires en cas de maladie ou de blessure. (120)

La loi définit également les actes de cruauté à l'égard des animaux non humains. Elle distingue deux grands types d'acte de cruauté en fonction de la nature, de la sévérité du mal causé et de l'intention de l'auteur : les actes de maltraitance et les actes de négligence. (218)

- Les actes de maltraitance sont le fait de causer « des blessures graves et la mort (coups de feu, coups de couteau, etc.) » à l'individu avec l'intention de faire du mal. (218) Par exemple la *loi n°76-629* du 10 juillet 1976 relative à la protection de la nature dit qu'il est interdit d'exercer de mauvais traitements envers les animaux domestiques apprivoisés ou tenus en captivité (120) ; et qu'il est interdit d'utiliser des animaux de façon abusive. (120)

- Les actes de négligence, quant à eux, sont le fait de « ne pas fournir à un animal sous sa garde ou à sa garde (que ce soit de manière temporaire ou permanente) la nourriture, l'eau, un abri ou les soins vétérinaires nécessaires. » (218) The Hoarding of Animals Research Consortium (HARC) identifie trois caractéristiques de l'acte de négligence : premièrement, l'individu possède plus d'animaux qu'il ne peut en assumer et est par conséquent incapable de leur fournir les soins de base tels que la nourriture, les soins vétérinaires et un environnement de vie propre et sûr (218) ; deuxièmement il ne reconnaît pas la détérioration de la santé de l'animal ou des animaux dont il a la charge (maladie, infirmité et famine), ni la détérioration du milieu dans lequel il vit ou ils vivent (conditions extrêmement insalubres et surpeuplées) (218) ; troisièmement, il ne reconnaît pas l'effet délétère de ces conditions de vie « sur sa propre santé et son bien-être et ceux des membres de la famille ou du ménage. » (218)

Que faut-il entendre par « obligation de soins » ? Selon l'opinion générale, la négligence médicale en médecine vétérinaire est associée à la non prise en charge du parasitisme, des blessures, de la souffrance, des carences alimentaires et de la famine, l'absence de prévention vaccinale contre des maladies graves et non traitables, etc. (168), (218) A l'inverse, le refus d'une chimiothérapie ou d'une chirurgie orthopédique telle que la pose d'une prothèse totale de hanche ne relèveraient pas des actes de négligence, car ces traitements sont considérés comme des « mesures exceptionnelles ». (218) Dès lors on peut se demander quels sont les critères objectifs qui permettent de classer une absence d'acte en acte de négligence du moment que tous les soins n'ont pas été tentés pour remédier à la situation dans laquelle se trouve l'animal (humain ou non humain) malade ? En médecine humaine, l'Organisation des Nations Unies (ONU) fait une distinction entre des traitements dits « essentiels » et des traitements dit « non essentiels » et répertorie ensuite les traitements pour chacune de ces deux catégories. (219) Ces listes sont ensuite adaptées à l'échelle nationale en fonction du contexte, du budget national, du poids de la maladie dans le pays. (219) L'accessibilité des médicaments essentiels dans les pays à faible ou moyen revenu « peut être atteinte avec une variété d'interventions de gestion, de réglementation et de politique, y compris l'utilisation d'informations sur les prix, disponibles et impartiaux ; permettre la concurrence des prix sur le marché local ; promouvoir l'approvisionnement en gros ; mettre en œuvre des politiques de génériques solides ; négocier des prix équitables pour les nouveaux médicaments essentiels ; entreprendre des négociations sur les prix des médicaments essentiels nouvellement enregistrés ; éliminer les barrières commerciales sur les médicaments essentiels ; réduire les marges grâce à des systèmes de distribution plus efficaces ; encourager la production locale de médicaments essentiels de qualité garantie ; et inclure des sauvegardes compatibles avec les aspects des droits de propriété intellectuelle liés au commerce de l'Organisation Mondiale du Commerce dans la législation nationale ». (219) L'établissement de telles listes souligne le poids du facteur économique dans le soin, mais impose dans le même temps une limite à ce

facteur, une limite en dessous de laquelle il n'est pas acceptable de ne pas assurer l'accès au soin à une personne malade. Elle vise à assurer l'accessibilité d'un soin minimal et acceptable pour tous, à avoir accès à un minimum de soins pour limiter l'impact de la maladie sur le patient et secondairement sur son entourage voire la société. Ces soins dit essentiels sont ensuite pris en charge par la couverture maladie universelle afin de protéger les ménages contre la ruine financière. (205)

b) La distinction entre les « soins standards » et les « soins avancés »

i - La définitions des soins « standards » et des soins « avancés »

En médecine, une manière de catégoriser les soins peut être de les répartir en « soins standards » et « soins avancés ». Dans le contexte du soin médical, l'adjectif « standard » peut faire référence :

- à la qualité, à ce qui est « acceptable » (200) ;
- à la mesure d'une règle, d'une démarche standardisée, répondant à des critères ;
- à ce qui est nécessaire. Dans ce cas le « soin standard » est le « soin essentiel » mentionné par l'ONU, c'est-à-dire un soin « crucial pour réduire le fardeau financier des soins et améliorer la santé de la population dans le monde. » (198)

- à ce qui relève de la base, de ce qui est à la racine du soin. Dans ce cas le « soin standard » est un soin réalisé par un soignant « raisonnablement prudent et compétent ». (211) Il est perçu comme faiblement coûteux et/ou nécessitant des compétences de base et/ou ne nécessitant pas de moyens matériels très poussés, c'est un soin moins dépendant des ressources. (200) A l'inverse, dans le même contexte du soin médical, l'adjectif « avancé » peut faire référence :

- au progressisme, à l'avance d'une pratique sur son temps, au fait d'avoir des méthodes modernes, récemment développées. Le soin ainsi qualifié repose sur des compétences, des techniques et des équipements de pointe. (200)

- à la difficulté de sa mise en œuvre liées aux moyens et aux compétences nécessaires ou recommandés.

- à ce que l'on qualifierait de luxueux. (200) Il faut entendre l'adjectif luxueux dans le sens où, ajouté au soin standard ou remplaçant le soin standard, le soin avancé peut améliorer d'avantage l'état du patient, limiter les effets secondaires, ou améliorer l'état d'un plus grand nombre de patients, en ce sens que sans lui, les cas les plus désespérés ne verraient pas ou que peu leur état s'améliorer. (200) L'adjectif « luxueux » signale que si ce soin peut augmenter les chances de survie pour un plus grand nombre, pour autant ce soin reste un luxe car il est plus dépendant des ressources (matériel, personnel qualifié, compétences particulières). (200)

- à ce qui va plus loin, ce qui va au-delà de ce que les soignants « généralistes » ont l'habitude de pratiquer. (200)

Parmi les « soins avancés » se trouvent par exemple : « la chimiothérapie anticancéreuse, la radiothérapie, l'immunothérapie, le traitement par cellules souches, la médecine personnalisée, l'arthroplastie de la hanche, le remplacement valvulaire, la dialyse, l'impression 3D de prothèses, la radiologie interventionnelle, la radiochirurgie stéréotaxique, la cardiologie interventionnelle et l'innovation chirurgicale, etc. » (200)

Toutefois cette distinction entre les deux notions n'est pas si évidente. D'une part avec les progrès et le développement de la médecine un « soin avancé » à un instant t peut devenir un « soin standard » à un instant $t+1$. D'autre part, un soin nécessaire, même un soin vital, peut reposer sur des compétences théoriques et pratiques, pour certaines basiques et pour d'autres plus complexes, sur un matériel commun et nécessaire à tout service médical ainsi que sur un matériel de pointe, spécifique, rare et/ou coûteux. Le rapport de l'ONU reconnaît la nécessité des soins palliatifs dans la prise en charge de la souffrance physique, psychologique, sociale et spirituelle, secondaire aux maladies suivantes : cancers, maladies cardiovasculaires, maladies pulmonaires, blessures, tuberculose, traumatismes, naissance de prématurés, syndrome d'immunodéficience acquise, maladie hépatique, démence, et autres. (220) Dans ce cas la description des soins palliatifs se caractérise par des critères employés pour définir les soins standards, mais également par des critères employés pour définir les soins avancés.

ii - Le rapport entre « soins standards » et « soins avancés »

Le rapport entre « soin standard » et « soin avancé » repose-t-il sur un rapport entre le moins bien et le mieux, entre l'incomplet et le complet par essence ? Si tel est le cas, alors cela implique qu'il y ait d'un côté une mauvaise solution et de l'autre une bonne solution pour traiter un être vivant malade. Or que ce soit en biologie, en médecine et en éthique, il ne se trouve jamais une seule solution face à un même problème pour tout individu, mais plutôt une solution pour un contexte donné chez un individu malade donné. Tout traitement réfléchi, tout traitement mis en place suite à un raisonnement peut être envisagé, car aucun n'est parfait mais chacun peut apporter plus ou moins et enlever plus ou moins au patient. Tout d'abord, dans certains cas un « soin avancé » peut permettre de guérir un patient alors qu'un « soin standard » ne pourrait être que palliatif ; dans d'autres cas le « soin standard » permet à lui-seul de guérir le patient ; dans encore d'autres cas aucun des deux ne peut le guérir et parfois même aucun des deux ne peut le soulager. Ensuite dans certains cas, traiter un patient avec des « soins avancés », associés à une prise en charge par des « soins standards », permet de limiter les effets secondaires à long terme, mais en contrepartie, en cas d'erreur dans la procédure, les conséquences de cette erreur peuvent conduire à une aggravation réversible ou non de l'état actuel du patient. Enfin dans d'autres cas, si la mise en place de « soins avancés » est nécessaire à la survie du patient, ils peuvent conduire à des « soins violents ». Ce que l'on qualifie de « soin violent » repose sur la perception qu'a le patient et/ou le client et/ou le soignant des soins reçus par le patient. (221) Il est généralement évoqué lors de la prise en charge initiale d'un patient avec une maladie en stade terminal (221) : ce qui est qualifié de « soins violents » correspond par exemple au fait d'administrer une chimiothérapie dans les deux semaines de fin de vie, ou pour le patient de réaliser des visites en soins intensifs, ou de faire des visites multiples aux urgences, ou d'être hospitalisé dans les trente jours avant la mort, etc. (221) La prise en charge thérapeutique dans un tel contexte est nécessairement agressive et intensive, mais difficilement vécue par le patient et son entourage.

D'un point de vue éthique, les « soins avancés » et les « soins standards » font face à des dilemmes communs, mais la tournure que prennent ces dilemmes est différente. A l'échelle de la triade de soins, les dilemmes se retrouvent quantitativement exacerbés dans le cadre des « soins avancés » par rapport aux « soins standards » :

- A cause de l'investissement économique (fourni par les patients, les clients ou les collectivités, etc.) et de la dépendance vis-à-vis des ressources. Les soins avancés posent la question de l'équité et de l'égalité dans l'accès aux soins et ce même à propos de l'accès aux « soins standards ». En médecine vétérinaire, par exemple, l'accès aux « soins avancés » est inégal, une faible partie des clients peut offrir et/ou décide d'offrir ce type de soins au patient. En effet, si les soins avancés ont permis et permettent à des patients humains et non humains de vivre, de supprimer la douleur ou les souffrances des patients pour lesquels les soins standards n'auraient ou n'ont pu permettre un tel résultat, il ne faut pas perdre de vue qu'en raison des ressources sur lesquels ils reposent, leur accessibilité n'est pas toujours égalitaire et équitable (200) entre les patients, notamment lorsque le patient ou son entourage/le client ont à financer eux-mêmes leurs soins. Les soins avancés demandent un investissement matériel, humain et intellectuel. (200) Et de fait, introduire les « soins avancés » dans une structure médicale a des répercussions sur les coûts de l'ensemble des soins : compensation du matériel acheté pour les « soins avancés », compensation du salaire dû aux spécialistes, compensation de la dette étudiante du vétérinaire (fait notamment rapporté aux Etats-Unis), etc. (200) Or assurer l'équité et l'égalité est un principe fondamental de la médecine, tous les patients « devraient avoir accès à un minimum décent de soins. » (116) Les membres du personnel médical doivent discuter, réfléchir et s'engager ensemble pour assurer un accès à tous aux « soins standards » (200). Entre autres, ils doivent veiller à ce que le développement des soins avancés dans l'intérêt de certains patients ne se fasse pas au détriment des patients ou des clients les moins aisés.

- Et/ou à cause de l'investissement personnel (du patient, du client, des soignants) mis en jeu. Il faut mentionner l'investissement du patient par rapport au caractère relativement invasif de la technique sur lui : le risque de douleur, de souffrance, de baisse de la qualité de vie, de stress, de ne plus être autonome ou du moins d'avoir de moins en moins de contrôle sur sa propre vie, d'avoir de moins en moins de choix lorsque les soins deviennent de plus en plus techniques. A ceci s'ajoute l'espoir, que porte en lui le soin avancé, de repousser de plus en plus loin les portes de la mort et qui rend de plus en plus floues les limites entre la volonté du soignant d'agir dans le meilleur intérêt du patient et la possibilité qu'il a de tomber dans l'obstination déraisonnable. L'investissement du soignant, du client/des proches, du patient, dans l'intérêt de ce dernier, témoigne d'un espoir profond en la médecine, qui peut se transformer en une foi absolue qu'elle peut tout, ce qui est dangereux et d'autant plus susceptible de se manifester dans le cas des « soins avancés ».

Ainsi, il n'y a pas lieu de considérer que le « soin standard » ou que le « soin avancé » soit supérieur à l'autre. Ils sont complémentaires : « [l]a disponibilité d'un éventail de soins est nécessaire pour garantir que les besoins de bien-être de la majorité des animaux de compagnie puissent être satisfaits. » (200) Mais là où la distinction entre les deux est importante est que si le client ne doit pas faire preuve de négligence, le vétérinaire ne doit pas l'y inciter. Pour cela le vétérinaire a le devoir de « fournir un continuum de soins acceptables qui tient compte de la médecine factuelle disponible tout en restant sensible aux attentes des clients et aux limites financières ». (211) Ainsi s'il existe un seuil de tolérance quant aux possibilités du vétérinaire en termes de développement et d'incitation des clients à avoir recours à des « soins avancés », il se doit en toutes circonstances de fournir les « soins standards » nécessaires à l'animal, tout comme le client doit assurer à son animal la possibilité de recevoir des « soins standards », sans quoi le soignant et/ou le client commet au moins un acte de négligence à son encontre. Il y a

acte de maltraitance ou acte de négligence (suivant l'intentionnalité ou non du client et/ou du vétérinaire) si l'animal, humain ou non, n'a pas accès aux soins « standards » dont il a besoin. Le respect de la dignité de la personne malade impose qu'un minimum de soin lui soit fourni quel que soit le contexte : « Il y aura des différences entre ce que les gens peuvent se permettre et ce qu'ils sont prêts à payer - et il n'y a rien d'intrinsèquement injuste à cela. Il existe cependant un seuil de prudence en dessous duquel il est considéré comme indécent de tomber. » (116) La distinction entre soins avancés et soins standards permet de mettre l'accent sur la nécessité de reconnaître un minimum d'accès aux soins pour chacun. Du côté du « soin standard » se trouve un seuil minimal de soins à réaliser pour essayer d'apporter et de maintenir un certain confort et/ou d'aider à la guérison du patient ; ce seuil ne peut être franchi sous l'impulsion de facteurs secondaires sans quoi l'acte soignant se transforme en acte de maltraitance ou en acte de négligence. La complémentarité entre « soins standards » et « soins avancés » se dessine le mieux dans le cadre des soins palliatifs.

c) La complémentarité des « soins standards » et des « soins avancés » : le cas particulier des soins palliatifs

i - Les dilemmes soulevés par les soins palliatifs dans la relation de soin

Les difficultés de soin dans un contexte de maladies « incurables » sont liés à la grande diversité des maladies « incurables » (152) (le diabète, les rhumatismes, l'arthrose, l'insuffisance cardiaque, l'emphysème, l'insuffisance hépatique, l'insuffisance rénale chronique, la bronchite chronique, etc. (152)) ; à l'association de plusieurs maladies ne causant pas une souffrance indépendamment les unes des autres mais qui ensemble conduisent à une souffrance et à une baisse de la qualité de vie globale ; à la prise en charge, à la réponse au traitement (222) ; à l'évolution de la maladie, à l'apparition de comorbidités compliquant les soins et la compréhension de la maladie du patient (222), ou au contraire dans des cas rares à sa régression spontanée (cancer, sida, etc.). (179) Les soins palliatifs « naissent de l'aveu d'impuissance à guérir, du consentement à la finitude humaine [et non humaine], de l'humilité devant le tragique de la mort. Cette impuissance acceptée et assumée est la condition d'une nouvelle puissance, celle d'offrir à la fin de la vie les conditions d'un accomplissement et le réconfort d'un accompagnement. » (223) Les objectifs des soins palliatifs sont dans un premier temps, en toutes circonstances, d'allonger la tolérance de la vie en soulageant et en prévenant la souffrance et l'inconfort liés à la maladie et, lorsque cela est possible, d'augmenter son confort en créant un environnement permettant l'expression d'une certaine liberté de mouvements et d'actes au patient. (148), (220), (224) Cela passe par l'emploi d'analgésiques, le traitement symptomatique d'autres symptômes inconfortables pour le patient mais aussi par « la disponibilité du soignant et par la minimisation des processus médicaux invasifs. » (114) Et dans un second temps, si cela est possible, le but d'allonger la durée de vie en palliant la carence des fonctions vitales par la technique car « la reconnaissance de la finitude ne signifie pas pour autant que le soignant soit du côté de la mort. » (137) Mais ce point doit rester secondaire car « les soins palliatifs sont une question de qualité, de compassion et de dignité dans la vie avec une maladie et pas nécessairement de vivre plus longtemps. » (215) Ces objectifs des soins palliatifs s'inscrivent dans une « clinique de l'incertitude » face à laquelle le soignant s'efforce d'agir avec et pour le patient (se trouvant dans un état d'extrême de

vulnérabilité) par le biais de connaissances et de techniques médicales standards et avancées, et en reconnaissant dans le même temps que le patient a une vie, est en vie, que sa vie à une fin, que la mort est à la fois un phénomène palpable et impalpable. (154)

En médecine humaine, les soins palliatifs sont parvenus à atteindre leurs objectifs pour un nombre important de patients dans le monde : ils permettent de diminuer la « souffrance physique, psychologique et spirituelle » de nombreux patients souffrant de maladies graves et complexes, d'améliorer leur qualité de vie, voire de prolonger leur durée de vie. (220) Ils ont également permis d'améliorer la qualité de vie des personnes accompagnant le malade : professionnels de santé, familles, personnes de confiance. (221) Cependant, malgré les preuves de leur intérêt et de leur efficacité, leur disparité à l'échelle mondiale est réelle : alors que le recours aux soins palliatifs est fréquent dans les pays à revenu élevé, il reste rare dans les pays à revenu faible ou moyen. (220) Ce qui limite l'accès aux soins palliatifs dans le monde entier est le manque de ressources matérielles et humaines, le statut socio-économique du patient (malgré sa prise en charge par la Couverture de Santé Maladie Universelle (CSMU) (220)) et de sa famille, la non-compréhension et de fait l'appréhension erronée des soins palliatifs. (221)

De même les soins palliatifs restent limités dans leur expansion en médecine vétérinaire par l'impact des facteurs secondaires sur la prise en charge palliative. Les principales raisons sont :

- l'aspect financier : les soins palliatifs du fait de leur implication dans la durée, du fait des méthodes complexes employées, et du nombre limité de structures et de places à l'échelle des pays, présupposent un certain investissement financier de la part du client. (220)

- la peur que l'animal ne souffre (127) : « Avec la peur de la souffrance d'un animal incapable de communiquer clairement et succinctement ses besoins, les familles recourent très tôt à l'euthanasie comme seule garantie d'une fin pacifique. » (225) Dans le cas des soins palliatifs, si passé un certain stade de la maladie le patient doit être fréquemment hospitalisé sur de longues périodes, se pose la question de sa qualité de vie même si la douleur et les souffrances autres peuvent être contrôlés par les traitements. Se retrouver dans un chenil, en cage, avec d'autres animaux inconnus, dans un milieu plus ou moins calme, plus ou moins bruyant, sans les êtres avec qui il partage habituellement des relations sociales, etc. peut être contraignant pour l'animal hospitalisé et doit être pris en considération par le vétérinaire et le client. Tout comme en médecine humaine, l'hospitalisation au long court d'un patient non humain n'est peut-être pas idéale. Le type de relation sociale établie avec le personnel soignant joue aussi un fort rôle dans la manière de vivre le soin par l'animal, humain ou non humain, ce qui a un véritable impact sur sa qualité de vie lorsque les hospitalisations durent ou sont de plus en plus fréquentes. Le soignant et les proches/le client perçoivent la situation et le soin du patient différemment de ce patient (humain et non humain), peut-être de manière plus optimiste ou plus pessimiste. C'est pourquoi il est plus que nécessaire dans ces situations critiques d'évaluer avec des facteurs objectifs l'état dans lequel se trouve le patient. Enfin, si les soins palliatifs permettent d'augmenter la durée de vie de l'animal, le soignant doit impérativement évaluer au cours du temps l'évolution de la tension entre quantité et qualité de vie, pour adapter le soin, car, passé un certain stade, « les interventions curatives peuvent parfois compromettre la qualité du temps restant du patient. » (102)

ii - Des réponses pratiques adaptées à la particularité de la relation de soin et tournées vers un respect minimal d'égalité et d'équité dans l'accès aux soins pour tous les patients

Le praticien doit veiller à prendre en compte toutes les options possibles et peser le pour et le contre pour pallier le problème de santé de l'animal dans son contexte de vie. Si toutes les options ne sont pas réalisables au vu des facteurs primaires (liés au patient) et des facteurs secondaires (liés au client et au vétérinaire), des « soins standards », s'ils sont dans l'intérêt du patient, doivent lui être rendus accessibles. Qu'il s'agisse des soins palliatifs ou de tout autre soin, le but de la médecine est de guérir le patient et/ou de diminuer les douleurs, de diminuer les souffrances, d'améliorer la qualité de vie du patient.

La Commission Lancet a proposé, dans le cadre de la médecine humaine, un pack minimal pour la gestion de la douleur et des souffrances pour le patient tout en évitant la ruine financière des familles et en étant facilement délivrable. (220) Cette partie a pour but d'être plus pratique et d'adapter cette liste à la prise en charge de la douleur et de l'inconfort des animaux non humains. Un pack minimal de lutte contre la douleur, quel qu'il soit, doit s'appuyer sur des preuves scientifiques, « aider les patients à accéder à un traitement optimal de la maladie et à s'y conformer » (220) dans leur contexte de vie et être le plus accessible possible à domicile. (220) Les médicaments recommandés sont :

- la morphine pour tout patient présentant une dyspnée terminale, des douleurs modérées ou intenses soit aiguës, chroniques et associées. (220) Elle est utilisée sous surveillance stricte du personnel hospitalier. (220) En médecine vétérinaire, la morphine est remplacée par la méthadone (en respect du principe de la cascade) mais ne peut être administrée qu'en clinique. De plus, on peut ajouter pour la prise en charge de certaines douleurs l'emploi de corticoïdes (prednisolone, méthylprednisolone, dexaméthasone).

- l'halopéridol pour lutter contre les nausées, les vomissements, l'agitation, les délires et l'anxiété. (220) En médecine vétérinaire, dans la lutte contre les nausées, les vomissements, voir stimuler l'appétit on peut recommander l'emploi de métoclopramide, et de mirtazapine.

- la fluoxétine pour l'anxiété persistante, la dépression (inhibiteurs de recaptage de la sérotonine qui limitent la dépression et l'anxiété liées à la douleur chronique) (220). En médecine vétérinaire, la fluoxétine est également indiquée.

En termes de matériel, la structure médicale humaine, mais également la structure vétérinaire, devraient disposer de compresses, de bandes pour réaliser des pansements, de gants d'examen non stériles, de seringues, d'aiguilles, de cathéters, de sondes urinaires, de sondes nasogastriques, de matelas anti-escarres, de couches (220) ou d'alèses en médecine vétérinaire. En terme psychologique et social, le pack doit être adapté à la situation clinique et sociale du patient en médecine humaine et vétérinaire. Ceci est un pack minimal, si les moyens financiers le permettent, ce pack peut être complété par d'autres traitements. (220)

Les traitements mis en place doivent ensuite être suivis. Le suivi du traitement est très important sans quoi la prise en charge peut devenir pire que la maladie elle-même ou du moins la remplacer par une autre souffrance ou prolonger la souffrance ou l'inconfort vécu. Or dans le cadre des soins palliatifs, le « prendre soin » a pour objectif premier de maintenir la qualité de vie de l'individu à chaque instant et non de la réduire. (102) Le respect du principe de non-malfaisance est ici primordial : « Si nous ne pouvons rien faire de plus, au moins ne faisons pas

de mal. » (102) Il faut :

- évaluer l'efficacité : « fond douloureux contrôlé – sommeil respecté – accès douloureux réduits – traitements des accès efficaces – activités préservées » (167)

- évaluer les effets secondaires des médicaments : « prescriptions anticipées (transit – fréquence respiratoire – état de conscience) avec une surveillance accrue en cas d'associations d'antalgiques. » (167) Il faut tout de même garder en tête que certains effets secondaires potentiels des médicaments administrés peuvent être négligés (dans la mesure où ils n'affectent que pas ou peu sa qualité de vie) lorsque le patient n'a plus que quelques jours à vivre et donc ne pas freiner la prise en charge. (102)

- prendre en charge les complications qui peuvent découler de l'état du patient même si sa douleur est contrôlée et pouvant conduire à un état algique ou à une baisse de la qualité de vie. (167)

- considérer l'apparition de nouveaux signes cliniques telle qu'une décompensation viscérale ou cardiovasculaire.

Il faut considérer l'évolution du patient dans son ensemble, et pas uniquement au prisme de la réponse positive ou négative à certains traitements mis en place. Il faut reconnaître les limites de la médecine, soutenues par la fin de vie ou par des douleurs incurables conduisant à un état de souffrance extrême et intolérable chez le patient. Les incertitudes qui en découlent concernant le rôle du soignant vis-à-vis d'autrui et de ses capacités en tant que « garant du projet de vie » doivent le prévenir de lutter contre l'obstination déraisonnable.

2) L'obstination déraisonnable

Pour tout soin, les principes de bienfaisance et de non-malfaisance doivent être respectés : « si le traitement favorise les besoins et les intérêts fondamentaux d'un patient ou augmente son bien-être, et que la fréquence, la durée et l'intensité des effets secondaires sont compensés par ceux-ci, le traitement peut être justifié pour des raisons éthiques. » (200) Mais il est des cas, en médecine humaine et en médecine vétérinaire, où, même si les facteurs secondaires ne limitent pas la mise en place d'une prise en charge médicale complète, l'état du patient ne s'améliore pas : « l'administration de soins dont les effets escomptés en termes de confort, de qualité et de durée de vie du patient sont insuffisants par rapport aux moyens engagés ». (226) En 1999, l'Assemblée au parlement du Conseil de l'Europe déclare que persister à engager des traitements dans un tel contexte constitue un « prolongement artificiel de l'existence des incurables et des mourants » (105) et représente « une menace sur les droits fondamentaux que confère à tout malade incurable et à tout mourant sa dignité d'être humain. » (105) Ce n'est pas parce que l'on *peut* faire quelque chose, qu'il *faut* le faire. (105)

a) La définition de l'obstination déraisonnable et de l'acharnement thérapeutique

L'acharnement thérapeutique consiste en « tout examen et traitement médical extraordinaire, inapproprié par rapport à l'état du malade en fin de vie et qui, selon les connaissances médicales du moment n'apporteraient au malade ni soulagement ni amélioration de son état, ni surtout, espoir de guérison » (226). Les pratiques médicales « sont jugées trop interventionnistes par rapport aux bénéfices escomptés » (226) et prolongent l'agonie. (105) Dans le *Code de déontologie des médecins*, l'obstination déraisonnable désigne « l'attitude des

médecins qui utilisent systématiquement tous les moyens médicaux pour garder une personne en vie ». (93) C'est « l'emploi de moyens thérapeutiques intensifs avec comme but la prolongation de la vie d'un malade au stade terminal, sans réel espoir d'améliorer son état. » (93) Le remplacement du terme d'« acharnement thérapeutique » par le terme d'« obstination déraisonnable » par la *loi Leonetti* en 2005, affirme explicitement la responsabilité de celui qui s'obstine à maintenir en vie, ce terme porte en lui l'idée de jugement de l'acte médical et ce jugement doit se fonder « sur une argumentation médicale et éthique solide ». (105)

La lutte contre l'obstination déraisonnable s'inscrit dans la loi. En 2002, la *loi n°2002-303 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé* stipule que : « Le médecin doit respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix. Si la volonté de la personne de refuser ou d'interrompre un traitement met sa vie en danger, le médecin doit tout mettre en œuvre pour la convaincre d'accepter les soins indispensables » (105), et ce en vertu du fait que le patient humain est une personne. En 2005, la *loi Leonetti* décrit les droits des malades en fin de vie. (227) Ces droits sont : le droit au refus de l'obstination déraisonnable ; le droit à l'arrêt ou la limitation des traitements pour soulager le patient de sa souffrance ; le droit de refuser un traitement qui pourrait prolonger la vie après avoir réitéré sa demande dans un « délai raisonnable ». (227) Il est également indiqué au soignant que pour soulager une souffrance intolérable, ce dernier peut prendre le risque de faire un traitement dont les effets secondaires peuvent conduire à l'arrêt de la vie. (227) En 2016, la *loi Leonetti* est complétée par la *loi Clayes-Leonetti*. L'article R. 4127-37 du *Code de la santé publique* réaffirme alors qu' « en toutes circonstances, le médecin doit s'efforcer de soulager les souffrances de son malade, l'assister moralement et éviter toute obstination déraisonnable dans les investigations et la thérapeutique et peut renoncer à entreprendre ou poursuivre des traitements qui apparaissent inutiles, disproportionnés ou qui n'ont d'autre objet que le maintien artificiel de la vie. » (227) Ces articles de lois reconnaissent la technicité de plus en plus performante de la médecine, permettant de faire reculer la souffrance et la mort sans pour autant se débarrasser d'une part d'incertitude, sans pouvoir nécessairement empêcher la maladie d'envahir le patient. Ils réaffirment et respectent les principes fondamentaux de la médecine : bienfaisance, non-malfaisance, justice et autonomie. En médecine vétérinaire, l'obstination déraisonnable n'est pas clairement mentionnée dans le *Code rural et de la pêche maritime*, mais les praticiens se posent également la question de l'obstination déraisonnable dans les soins qu'ils prodiguent, au vu des progrès de la médecine vétérinaire.

La *loi Leonetti* ne définit pas précisément les notions d'acte « inutile » et d'acte « disproportionné ». (227) Or si parler d' « obstination déraisonnable » est un jugement porté sur un soignant à propos de ses actes médicaux, il est légitime de se demander quels sont les critères pour juger qu'un soignant fait preuve d'obstination déraisonnable et que la situation dans laquelle se trouve le patient est une situation d'acharnement thérapeutique ? Si aucun critère n'est posé, alors la condamnation d'un acte médical en tant qu'il serait une marque d'obstination déraisonnable, reposerait sur une perception de l'acte et d'une situation en tant que tel et non sur un véritable jugement. En effet, la perception du soin et de l'avenir du patient peut être différente entre le soignant et le patient, entre le soignant et les proches/le client et si l'accusation d'« obstination déraisonnable » repose uniquement sur la perception que chacun a du soin, dès lors chacun est susceptible de vouloir imposer sa propre vision de l'« obstination

déraisonnable ». Par exemple, en médecine vétérinaire il arrive que l'amputation soit considérée par les propriétaires comme de l'acharnement thérapeutique, de même que la mise en place d'un traitement de fond pour une maladie chronique chez un patient âgé. Les vétérinaires reconnaissent également que lorsqu'il se trouve un conflit entre le vétérinaire et le client face à l'intérêt de continuer les soins, celui qui est contre la continuité des soins va considérer que l'autre fait preuve d'obstination déraisonnable. (227) Ne pas définir des critères objectifs de l'« obstination déraisonnable » fait encourir le risque de considérer comme équivalentes des expériences profondément différentes.

b) Entre raison d'être et condamnation de l'obstination déraisonnable : reconnaître une situation d'obstination déraisonnable

Une étude menée auprès des vétérinaires pour savoir comment ils définiraient l'obstination déraisonnable et les facteurs pris en compte pour suspecter une telle situation a abouti aux résultats suivants (108) : le patient devait présenter un pronostic sombre (108) ; une qualité de vie altérée dans la vie de tous les jours (108) ; une souffrance physique dans le cadre d'une vie prolongée sans espoir de guérison dans de mauvaises conditions (108) ; et une absence de bénéfice du traitement pour l'animal (état clinique, qualité de vie, acceptabilité versus hostilité à certains ou tous soins) et pour son propriétaire (capacité à assumer les soins physiquement, matériellement, psychologiquement, et financièrement). (108) Ainsi les trois éléments clés de l'obstination déraisonnable qui ressortent de l'étude sont : que le traitement est « inutile », que le bénéfice thérapeutique est possible mais incertain et que ces constatations s'inscrivent dans le temps. (108) La limite entre soins raisonnables et soins déraisonnables se dessinerait lorsque le « vétérinaire a essayé les différentes options thérapeutiques envisageables, que l'animal n'a pas répondu aux traitements, que son pronostic vital est engagé et que son état se dégrade. » (108)

Que ce soit en médecine humaine ou en médecine vétérinaire, la raison fondamentale pour laquelle un soignant essaie de maintenir en vie un patient coûte que coûte, c'est que le soignant ne peut jamais être sûr qu'en arrêtant les traitements et certains soins, il ne condamne pas de manière anticipée le patient. Le soignant n'est pas à l'abri d'une erreur de jugement quant au pronostic de son patient. Il n'existe que très peu de situations pour lesquelles le soignant est certain que la mise en place d'un traitement est une forme d'obstination déraisonnable et que la meilleure réponse serait l'abandon thérapeutique. Ces situations sont décrites par la Société Française de Médecine d'Urgence et sont au nombre de quatre :

- les « signes de mort évidents et délai d'intervention connu supérieur à 10 minutes (sauf circonstances d'hypothermie) » (105)
- l'« inefficacité physiologique : rupture du cœur, arrêt circulatoire sur hémorragie massive interne à distance d'un bloc opératoire » (105)
- l'« absence de reprise de l'activité circulatoire après 30 minutes de réanimation cardiopulmonaire, à l'exception des états d'hypothermie et des intoxications » (105)
- le « sentiment clair et ferme conviction pour un médecin urgentiste expérimenté que la réanimation n'a pas de chance d'aboutir. » (105)

Si l'obstination déraisonnable existe, ce n'est pas que les médecins et les vétérinaires cherchent à démontrer leur pouvoir sur le vivant ou qu'ils soient malsains, qu'ils veulent à tout prix avoir raison, qu'ils soient fiers et égoïstes et stupides. Elle existe parce que dans certains cas

l'acharnement thérapeutique s'est avéré efficace (117) : « si l'acharnement thérapeutique n'était pas efficace, personne n'en ferait. La réalité est que le malade sur qui on s'acharne a souvent une chance de guérir, et que c'est par simplification abusive qu'on dit qu'il n'en a pas. Si l'acharnement thérapeutique n'était jamais efficace, il ne poserait pas de problème éthique, ce serait une simple faute professionnelle. C'est au contraire *parce qu'il est efficace* qu'il pose questions. » (117) Et ceci découle du fait que le pronostic envisagé repose sur l'anticipation du devenir du patient. Or l'imagination du soignant est dépendante de l'individu (ses capacités imaginatives, sa manière de réfléchir, de concevoir le monde, ses croyances), de ses connaissances théoriques et pratiques, de son expérience clinique, de ses expériences personnelles et familiales, de son état mental (optimisme ou dépression), etc.

Dans les services de réanimation, il se trouve certains cas où les réanimateurs se retrouvent face à des patients engagés « dans un processus mortel, irréversible, sans survie possible » (179) et/ou pour qui la poursuite de la réanimation irait à l'encontre de leur qualité de vie « en raison des séquelles lourdes à craindre. » (179) Si ce constat est commun, il n'empêche pas pour autant une diversité de réponse à cette situation :

- absence de réanimation
- réanimation « compassionnelle » qui consiste à maintenir le patient en vie « dans le but de préparer la famille et l'entourage au travail de deuil » ou pour attendre leur arrivée afin « qu'ils voient le patient encore en vie » (105)
- réanimation « d'attente » (105), dans le cadre du don d'organe
- réanimation « de validation » visant à poursuivre ce que les secouristes ont entrepris, ce qui a la double fonction de gagner un peu de temps pour peser le pour et le contre d'une décision irrévocable, mais aussi au sein du groupe de soignants « de maintenir, d'exercer et de valider la pratique de la chaîne de survie » en reconnaissant également le travail des secouristes. (105)

Le maintien en vie dans ces trois derniers cas n'est pas considéré comme de l'obstination déraisonnable, même s'il s'agit d'un maintien artificiel de la vie et que l'espoir de sauver le patient est inexistant, car il n'est pas maintenu en vie dans le but d'être maintenu en vie pour lui-même, mais pour d'autres raisons en dehors de lui et pendant un temps court. Dans d'autres situations d'urgence, par contre, le soignant urgentiste doit veiller à ne pas tomber dans une situation d'obstination déraisonnable, il « doit faire preuve [...] de discernement pour reconnaître un état d'agonie, une évolution fatale attendue, les complications inéluctables - « normales » - d'un état chronique irréversible et que son intervention dans ces situations l'engagerait dans une obstination déraisonnable en retardant l'heure d'une mort imminente. Dans ces cas, il doit accepter de ne pas s'engager dans des gestes techniques inutiles, même si une telle décision est susceptible de rapprocher l'échéance de la mort. » (105) Comment se fait dès lors la distinction entre les trois premières situations ne relevant pas de l'obstination déraisonnable et cette quatrième situation dans laquelle le soignant a le devoir de détecter une situation dans laquelle certains de ses actes médicaux pourraient relever de l'acharnement thérapeutique ?

Dans les deux cas le pronostic envisagé par le soignant au vu de la clinique du patient, du pronostic de la maladie en général et de son expérience professionnelle est sombre et sans espoir et pourtant le soignant s'obstine à maintenir le patient en vie (et ce même pour un court instant dans l'attente de la famille, du don d'organe). Par contre le sens du soin fourni dans les deux cas n'est pas le même. L'utilité de l'acte soignant s'évalue par rapport à la réponse clinique

du patient (227) et la proportionnalité de l'acte par rapport à la situation repose sur le rapport « bénéfiques/risques ». (227) Par conséquent tout acte médical (ou presque) peut devenir un acte d'obstination déraisonnable et aucun acte n'est en lui-même uniquement acte d'obstination déraisonnable. La confrontation au patient pour juger qu'un acte relève de l'obstination déraisonnable est donc nécessaire. Dans les trois premières situations, on ne tombe pas dans de l'obstination déraisonnable, la vie est maintenue mais l'acte soignant est encadré par la limitation thérapeutique active (nous reviendrons sur cette notion dans la sous partie suivant partie III - A - 2) c) alors que ce n'est pas le cas dans la dernière situation. En 2016, la *loi Claeys-Leonetti* réaffirme que, dans le cadre de la lutte contre l'obstination déraisonnable en médecine humaine, « la volonté du patient doit être impérativement respectée et s'impose au médecin, même si ce dernier pense que l'acte en question ne relève pas de l'obstination déraisonnable. » (227) La volonté du patient est appréciée de manière décroissante : interrogation directe, examen des directives anticipées, interrogation de la personne de confiance (c'est-à-dire un « adulte majeur choisi par le patient afin d'exprimer à sa place sa volonté, dans le cas où il ne serait plus en mesure de le faire lui-même » (227)), interrogation des proches, et si aucune réponse n'est obtenue mise en place d'une procédure collégiale définie par voie réglementaire (227). Le pouvoir accordé au patient sur sa propre vie au travers de cette loi souligne l'importance du projet de vie sur la vie (la vie en tant que phénomène physiologique ou physiopathologique). Et l'obstination déraisonnable intervient lorsque le soignant ne « regarde » pas le patient mais uniquement l'être vivant, il ne constate pas ce qui arrive au patient et/ou ferme les yeux sur ce qui arrive au patient : face à un problème éthique difficile « soit on ne *sait* pas le discerner, soit on ne *veut* pas le faire. » (105)

Si on peut comprendre que le soignant comme quiconque ne sache pas toujours discerner clairement une situation, on peut se demander pourquoi le soignant ne voudrait pas (consciemment ou inconsciemment) constater une telle situation. Il peut être difficile pour le médecin ou pour le vétérinaire de reconnaître qu'une situation n'avance pas et qu'il n'y a pas de solution adaptée au patient : cas du patient ne répondant pas au traitement mis en place et où aucun autre traitement ne pourrait être envisagé d'un point de vue scientifique ; cas du patient ne répondant pas aux traitements mis en place et où aucun autre traitement ne lui est accessible car limité par les facteurs liés au patient et/ou au client et/ou au vétérinaire. C'est le cas du patient refusant le traitement qui pourrait le sauver (par exemple, en médecine vétérinaire, cas du chat hyperthyroïdien à qui les propriétaires ne parviennent pas à donner le traitement, cas du chat insuffisant rénal qui ne mange pas l'alimentation dédiée etc.). Or accepter cela est difficile parce que la compassion (et d'autres paramètres) mobilise le soignant vers le patient, l'incitant à agir pour et sur ce patient. Mais si de prime abord la compassion pousse les soignants vers leur patient, dans un second temps si les soignants n'y prennent garde, ils risquent de négliger la relation de responsabilité-dépendance que chacun des deux parties exerce sur l'autre (voir partie II - A - 4), et de réduire la relation de soin à une relation paternaliste. Et ce paternalisme réduit les patients à « leur condition de victime, en ignorant leur histoire, en se faisant sourd à leur parole. La raison humanitaire est plus attentive à la vie biologique des démunis et des malheureux – celle au nom de laquelle on leur apporte assistance – qu'à leur vie biographique – celle par laquelle ils seraient en mesure de donner eux-mêmes, de manière autonome, un sens à leur existence. » (146) Dans le cadre d'une relation paternaliste, celui qui s'engage pour l'autre, attend, en contrepartie, que celui-ci réponde positivement à sa prise en charge, qu'il n'aille pas contre les décisions médicales, qu'il accepte sans rien dire ce qui lui est fait. (146)

Par ailleurs, dans le contexte où naît une situation d'obstination déraisonnable, le patient est dans un état d'extrême vulnérabilité par les effets de la maladie sur lui qui l'affaiblissent et par l'image qu'il renvoie d'une mort latente imaginée par autrui à son contact. Le refus de la mort (105), la peur de la mort, peut aveugler et fait oublier les principes d'une relation de soin, les buts initiaux et fondamentaux de la mise en place de cette relation, la faisant basculer vers une relation exclusivement pour la vie physiologique, car « [l]e refuge dans l'acte technique permet souvent de masquer l'absence de volonté ou l'incapacité à reconnaître une situation qui nécessiterait une réflexion morale. L'urgence *du "faire"* masque la dimension éthique de la situation. La technique acquiert alors le statut d'unique *référence* partagée et comprise par tous. Elle devient le moyen d'unification du groupe ». (105) Mais c'est se méprendre sur quoi se fonde l'unification dans le soin. Nous avons vu dans la partie II que l'unification dans la relation de soin reposait au minimum sur le principe de réceptivité de soin. L'évaluation de l'efficacité du soin, n'est pas indépendante de la façon dont le soin est vécu par le malade. L'importance de la réceptivité dans le soin, explique en partie la différence d'aborder les soins palliatifs en médecine vétérinaire et en médecine humaine : à partir du moment où le patient non humain en fin de vie doit être hospitalisé au long cours en soins palliatifs, pour recevoir une prise en charge similaire à celle observée en médecine humaine, afin de pallier les troubles, de plus en plus présents, liés à sa ou ses maladies, ce placement en structure palliative pose la question de l'obstination déraisonnable du soignant vis-à-vis d'eux. Comme déjà évoqué précédemment : « étant donné que les animaux ne sont pas en mesure de relier les avantages futurs possibles d'un traitement long et intensif à la souffrance actuelle, les vétérinaires doivent être prudents lorsqu'ils conseillent des soins vétérinaires très avancés sans la perspective d'un temps de récupération court » (115), sans possibilité d'allègement net de cette souffrance, sans bon pronostic. (115) Si cette incertitude quant au ressenti du soin par l'animal pèse en permanence sur les épaules du vétérinaire et du client, elle pèse d'autant plus lourd lorsqu'un animal se trouve dans un état majeur de souffrance et en perte majeure de qualité de vie avec un pronostic sombre malgré la mise en place d'un traitement.

c) Des solutions contre l'obstination déraisonnable

L'Avis 137 du Comité Consultatif National d'Éthique pour les Sciences de la Vie et de la Santé (CCNE) dit que : « la décision de ne pas entreprendre une réanimation, de ne pas la prolonger ou de mettre en œuvre une sédation profonde [...] peut avancer le moment de la mort. Il ne s'agit pas d'un arrêt délibéré de la vie mais d'admettre que la mort qui survient est la conséquence de la maladie ou de certaines décisions thérapeutiques qu'elle a pu imposer. En fait, ces situations de limitations de soins s'inscrivent dans le cadre du refus de l'acharnement thérapeutique et ne sauraient être condamnées au plan de l'éthique. » (122) En terme éthique la limitation des soins repose sur quatre options : la limitation des traitements, l'abstention des traitements, l'arrêt des traitements, l'euthanasie.

- Premièrement, la limitation des traitements (ou la limitation thérapeutique active) correspond à « la non-instaurat[i]on ou la non-optimisation d'une ou plusieurs thérapeutiques curatives ou de suppléance des défaillances d'organes, dont la conséquence peut être d'avancer le moment de la mort. » (93) Cette décision repose sur les « principes de proportionnalité et d'inutilité médicale des soins » incitant ainsi à « renoncer à mettre en œuvre, par rapport à ceux qui sont déjà en cours, un traitement supplémentaire, tout en poursuivant les soins de confort » (93), ces derniers pouvant être maintenus, voire intensifiés selon les cas. (93)

- Deuxièmement, l'abstention des traitements consiste à « n'entreprendre aucune intervention autre que celles concernant les soins de confort. » (93)

- Troisièmement, l'arrêt des traitements consiste en « l'arrêt d'une ou plusieurs thérapeutique(s) curative(s) ou de suppléance des défaillances d'organes déjà instituée(s), dont la conséquence peut être d'avancer le moment de la mort. » (93) Certains considèrent que ces trois options posent en médecine humaine la question de la non-assistance à personne en danger (228). En effet l'article 223-6 du *Code Pénal* stipule que « sera puni des mêmes peines quiconque s'abstient volontairement de porter à une personne en péril l'assistance que, sans risque pour lui ou pour les tiers, il pouvait lui prêter soit par son action personnelle, soit en provoquant un secours. » (117) Cependant je pense que ceci relève de la confusion entre limitation/abstention/arrêt des traitements et limitation/abstention/arrêt des soins, ce qui n'est pas équivalent. Si les « soins avancés » peuvent être des supports vitaux pertinents dans le cas de maladies aiguës, dans le cas de maladies chroniques leur nécessité peut poser question et aller contre l'intérêt du patient. (200) C'est notamment le cas de « la ventilation artificielle, l'hémodialyse, la nutrition parentérale, l'usage de médicaments (en particulier les amines sympathomimétiques vasoactives) et la réanimation ». (200) La dysthanasie correspond à la « mauvaise mort », à une mort douloureuse marquée par une longue agonie. En médecine humaine, ce terme est employé dans les services de soins intensifs pour désigner une mort survenue après « un traitement excessif par rapport à l'état clinique et à son pronostic attendu ». (200) Or la limitation/abstention/arrêt des traitements ne refuse pas le soin, mais se limite plus que toutes les autres options aux soins strictement nécessaires pour le confort du patient. Les « soins standards » peuvent devenir supérieurs aux « soins avancés » dans des situations de désespoir. Par exemple dans des cas de souffrance extrême intolérable et non traitable, la mise en place d'une sédation peut être indiquée. (93)

- Quatrièmement, en 2013, The International Association for Animal Hospice and Palliative Care (IAAHPC) met l'accent sur le fait que les soins palliatifs et les hospices vétérinaires se doivent de prodiguer les soins nécessaires « au patient et à sa famille avant, pendant et après la mort, y compris la mort par euthanasie ou naturellement assistée. » (224) Parmi les moyens de lutte contre l'obstination déraisonnable, la médecine vétérinaire, à l'échelle internationale, inclut l'euthanasie dans la profession. Elle est considérée comme un moyen de lutte à part entière contre l'obstination déraisonnable dans la profession. (113) Cette quatrième option existe également en médecine humaine dans les pays ayant dépenalisé l'euthanasie.

B - Les rapports à la mort dans le soin

Les « hospices médicaux » sont nés aux Etats-Unis dans les années 1970 et visent à assurer un certain idéal du mourir, ils se focalisent sur le soin, la qualité de vie, le confort des personnes en fin de vie. (102) Ils reposent sur quatre concepts philosophiques : mourir a du sens (229), le patient et ses proches doivent être accompagnés dans cette expérience de fin de vie (229), la souffrance et son soulagement doivent être pris en compte de manière large (229), et le patient doit pouvoir honorer ce qui a le plus de valeur et le plus de sens dans sa vie. (229) Les hospices et les soins palliatifs ne sont pas opposés mais plutôt complémentaires : les hospices intègrent explicitement la fin de vie dans le soin, et en phase terminale les hospices s'associent aux soins palliatifs pour assurer le maximum de confort au patient. Ce système d'hospice n'existe pas en France.

1) Les questions soulevées par la mort et la fin de vie dans le soin

a) Définir la mort et la fin de vie

i - Qu'est-ce que la mort ?

D'un point de vue biologique, la mort est la condition irréversible dans laquelle se trouve un individu incapable d'assurer les fonctions vitales, « une cessation ou une fin de toutes les fonctions biologiques qui soutiennent un organisme vivant. » (155) La mort est la résultante d'une « insuffisance fonctionnelle progressive des organes ou d'une défaillance polyviscérale et/ou d'une altération des grandes fonctions de vie. » (161) D'un point de vue médical, d'après l'article R.1232-1 du *Code de la santé publique*, la mort est constatée par « l'absence totale de conscience et d'activité motrice spontanée, l'abolition de tous les réflexes du tronc cérébral, l'absence totale de ventilation spontanée. » (36) Toutefois la physiologie de la mort reste peu connue. Le fardeau de la maladie se réfère à l'impact de la maladie sur la mortalité, la morbidité et la perte de la qualité de vie. (222) Il existe quatre trajectoires de la maladie en lien avec la mort, exprimées en médecine humaine et extrapolées et adaptées à la médecine vétérinaire pour évaluer l'évolution de la maladie et l'avènement de la mort :

- type 1 : l'individu présente une « courte période de déclin avant la mort » c'est-à-dire que la mort survient sur quelques semaines à quelques mois. (222) C'est par exemple le cas de certaines néoplasies, des insuffisances organiques aiguës, des processus infectieux. (222)

- type 2 : l'individu présente une maladie chronique qui se termine par une mort subite. Avec l'avancée de la maladie, les symptômes augmentent en quantité et en intensité. (222) C'est par exemple le cas de l'insuffisance cardiaque congestive, de la maladie rénale chronique, des insuffisances organiques chroniques. (222)

- type 3 : l'individu présente une maladie chronique associée à une détérioration progressive au cours de laquelle les soins nécessaires augmentent, les complications secondaires rendant de plus en plus difficile la prise en charge, sans pour autant que la mort se profile nettement. (222) C'est le cas par exemple de la myélopathie dégénérative, des dysfonctionnements cognitifs. (222)

- type 4 : l'état de santé est remis en cause par « une blessure ou une lésion neurologique ou une lésion circulatoire soudaine et grave » qui conduit à un état fortement dégradé, à un handicap sévère, qui requiert l'emploi de moyens de soutien extraordinaires. (222) C'est par exemple le cas des traumatismes, de la hernie discale, de la thromboembolie aortique (222) Ceci souligne le fait que l'avènement de la mort repose sur des causes variables et une physiopathogénie complexe et incertaine. Si les progrès de la science ont fait reculer la mort, la mort échappe toujours à la médecine en termes diagnostique et thérapeutique. Du fait de cette méconnaissance « l'instant de la mort est toujours incertain et contingent tandis que la mort en tant que phénomène de la durée est inévitable et donc admise. Si elle est inévitable en théorie et en durée, elle est insupportablement contingente et révoquant en pratique et en instant. » (230)

ii - Qu'est-ce que la fin de vie ?

La vie est force et faiblesse, « affronter l'essence de la vie, c'est en revanche admettre qu'elle a une fin ». (179) La vie parce qu'elle est unique, parce qu'elle va cesser avec certitude, mais le peut à tout moment, pose la question du temps et des limites « limites de la vie, limites du savoir, limites de soi, limites du sens ». (161) Ce que la maladie mortelle induit et qui est

extrêmement pesant c'est la modification de l'espace-temps, c'est la prise de conscience que la fin ne peut plus être rejetée à un avenir lointain. (161) La notion de fin de vie se distingue de la mort, car elle est présente chez un mourant en devenir. (161) Ce terme fait donc appel à l'anticipation. La fin de vie, en lien avec la médecine moderne et le développement de structures telles que les soins palliatifs, est une période complexe de la vie où se mêlent dans un laps de temps plus ou moins court une vie qui commence à disparaître et une mort qui commence à s'engouffrer dans le malade. (231) La fin de vie en terme physiopathologique et symptomatologique est abordée sur trois niveaux :

- la phase terminale d'une maladie qui apparaît lorsque « le décès est imminent et inévitable. C'est une bascule dans l'évolution de la maladie annoncée par la défaillance des grandes fonctions vitales parfois provoquée par un épisode aigu (occlusion intestinale, infection, embolie pulmonaire, etc.) » (93)

- la phase pré-agonique reposant sur « la défaillance d'une ou de plusieurs principales fonctions vitales que sont le cœur, le poumon, le cerveau [...]. Autrement dit, il s'agit d'un état de choc qui évolue le plus souvent vers la phase agonique et le décès. Mais cette phase peut être réversible et évoluer alors vers une situation de phase palliative avec les stratégies thérapeutiques qui y correspondent » (93)

- la phase agonique qui correspond à « l'apparition des premiers signes de décérébration et l'altération inéluctable des fonctions régulatrices neurovégétatives. Cette phase est irréversible et aboutit à la mort. » (93)

Si le corps médical s'accorde pour dire que la fin de vie est une période que l'on se doit de préserver au travers d'un soin raisonné, en ce sens que « les thérapeutiques intensives devenues inutiles doivent faire place à un " prendre soin " donnant au patient la possibilité de vivre dignement et intensément cette ultime étape, jusqu'à la mort » (231), il n'en reste pas moins qu'en tant que temps et espace de l'incertitude, elle suscite les questionnements : Combien de temps cette phase va-t-elle durer ? Comment la mort va-t-elle survenir ? Le patient va-t-il souffrir lorsqu'elle adviendra ? Comment le patient va-t-il répondre physiologiquement aux moyens mis en œuvre pour le soutenir ? Comment va-t-il y répondre psychologiquement ? Mérite-t-elle d'être vécue ? Est-il nécessaire qu'elle soit vécue ? Et ces questions sont d'autant plus légitimes, qu'« il est des cas fréquents de patients ne devant pas survivre à une nuit qui vivent encore plusieurs années après » (179), que ce soit en médecine humaine et en médecine vétérinaire.

b) Le deuil : témoin du rapport à la mort et au défunt de nous-même, d'autrui, d'une société

i - Les significations du deuil

Dans un cimetière, ce sont les traits décrits ou le souvenir des traits du défunt, et non la présence de son corps dans la tombe, qui font que les personnes l'ayant connu se le remémorent et que les personnes ne l'ayant pas connu se le représentent. (232) Les cimetières animaliers d'Hyde Park à Londres, d'Hartsdale à New York et d'Asnières-sur-Seine à Paris, sont des espaces de commémoration des animaux non humains morts au combat pendant la première guerre mondiale. (232) L'existence de ces cimetières sont les témoins d'un « deuil social » d'êtres humains envers des animaux non humains : au travers des plaques écrites reposant sur

les tombes, « les émotions humaines envers un animal mort sont dominantes mais, comme le suggèrent de nombreuses inscriptions, un tel sentiment reflète une relation traversant les frontières des espèces. » (232) D'un autre côté, le chagrin éprouvé par un propriétaire lors de la mort ou de l'anticipation de la mort de l'animal non humain avec lequel il vit est une marque de l'importance de celui-ci dans la vie du propriétaire (233) et témoigne implicitement de la reconnaissance d'une certaine valeur de la vie de cet animal. (228) Ce chagrin est la témoin d'un « deuil psychologique » éprouvé par le propriétaire. Le deuil n'est pas propre à l'être humain. Pour les animaux sociaux, lorsqu'un membre du groupe disparaît, il faut un temps d'adaptation pour que les membres du groupe retrouvent leur place sociale ou la change. (188) La présence d'un autre animal dans la maison est considérée comme pouvant être un paramètre bénéfique pour aider l'animal à s'adapter à la perte d'un être cher : « l'animal en bonne santé aura alors l'opportunité de construire une nouvelle relation, qui peut rompre ou réduire la dépendance totale à l'égard de l'animal mourant. » (188) Les animaux non humains d'un foyer peuvent également éprouver un sentiment de deuil face à la perte de l'être humain. Tout comme pour l'être humain, sa capacité de résilience face à la perte d'un être cher, humain ou non humain dépendra : de son âge, de la durée de la relation, de l'exclusivité ou non de la relation, du support de l'entourage (propriétaire, famille du propriétaire ou proche, autres animaux du foyer), du maintien ou du changement des routines, etc. (188), (234)

Le deuil est l'expression paroxystique de la reconnaissance d'une personne par une autre personne au travers du chagrin qu'il exprime à son égard. (188) Le deuil est un phénomène social et un phénomène individuel. Louis-Vincent Thomas distingue le « deuil social » qui codifie « le chagrin et son expression, à la fois en l'imposant quitte à contraindre le survivant à faire semblant, en le règlementant et en y mettant un terme » (235) et le « deuil psychologique » qui est le « vécu pénible et douloureux de la perte de l'être aimé ». (235) Le deuil est une attitude paradoxale de refus et d'acceptation de la mort : il est le marqueur de la perte et de la recherche de repère face à la mort survenue ou à la mort anticipée de l'être. (138), (188) La gestion d'un animal, humain ou non, en fin de vie affecte plus ou moins la santé mentale du proche ou du propriétaire. (138) Le deuil « anticipé » naît de la perception de la maladie d'autrui, de sa souffrance ou de la perte de sa qualité de vie réelle ou imaginée par celui qui prend soin du malade, le *caregiver* (soignant ou client). Le deuil anticipé est une douleur ou souffrance émotionnelle. (204) En plus des changements observés ou imaginés chez le patient, le *caregiver* fait face à des changements d'activité : la perte des activités partagées habituellement dans le passé font naître un sentiment de « perte relationnelle ». (204) De cette « douleur émotionnelle » et de cette « perte relationnelle », naît un sentiment de « perte absolue » à la fois de la personne connue et de tout avenir plaisant avec cette personne car nécessairement différent du passé. (204) Le passé est idéalisé et le futur inquiétant par la disparition anticipée de celui dont le *caregiver* s'occupe. La détresse émotionnelle dans laquelle se trouve le *caregiver* est donc multifactorielle : elle naît du sentiment de perte imminente de l'autre, de l'anticipation de sa mort, et du degré de confort que la personne dont elle s'occupe semble ressentir par rapport à son investissement pour elle. (138)

Pour pouvoir aider celui qui s'occupe de l'animal, qu'il s'agisse du propriétaire ou du personnel soignant, il est important de comprendre la fonction du deuil et d'en détecter les signes afin de pouvoir agir dans le meilleur intérêt du patient et non pas sous le coup d'émotions positives ou négatives « égoïstes », sans prendre en considération autrui pour ce qu'il est

véritablement. La fonction évolutive du deuil est appréhendée au travers de deux théories différentes. D'un côté la « théorie de la réunion », selon laquelle ce qui déclenche la douleur, la souffrance émotionnelle, c'est la séparation, l'éloignement, plutôt que le décès en lui-même. (235). Par le deuil l'individu rechercherait les retrouvailles. (235) Le deuil, selon cette théorie, serait « un sous-produit inévitable d'une réaction de séparation qui a évolué pour maintenir des relations qui améliorent la condition physique. » (235). D'un autre côté, la « théorie de la réorientation », selon laquelle ce qui déclenche la douleur, la souffrance émotionnelle, c'est la perte définitive et l'investissement dans une nouvelle relation, favoriser le désengagement et la réorientation. (235) Par le deuil, l'individu rechercherait « le désengagement du défunt et la réorientation vers un nouveau statut grâce à un processus de réévaluation des plans, des priorités et des relations. » (235) La vérité concernant le rôle du deuil se situerait peut-être entre ces deux fonctions : « premièrement, dans les cas où la réunion est possible, le deuil augmente la probabilité qu'il se produise, tirant ainsi parti des investissements existants dans une relation précieuse et évitant le temps, l'énergie et les coûts d'opportunité d'établir une relation de remplacement. Deuxièmement, dans les cas où la réunion n'est pas possible - la mort du partenaire relationnel étant la variante la plus définitive de celle-ci - le deuil facilite la reconceptualisation de l'autre comme n'étant plus un partenaire relationnel vivant et viable, ouvrant la porte à l'investissement dans de nouvelles relations. » (235)

ii - Le refoulement du deuil

Le deuil peut être refoulé, car il n'est pas considéré comme légitime par la société ou la personne qui l'éprouve elle-même, par rapport au défunt. Dans une étude menée à propos du sentiment de reconnaissance du deuil qu'ils éprouvaient à la perte de leur animal de compagnie, la moitié des propriétaires ont répondu que leur entourage ne reconnaissait pas ce deuil et que « la société [en général] ne considérerait pas la mort d'un animal de compagnie comme une perte digne de chagrin. » (236) Si à l'échelle microsociologique, l'animal non humain est reconnu comme une personne non humaine par son propriétaire, sa famille, son vétérinaire, à l'inverse à l'échelle macrosociologique l'animal non humain est du fait de l'histoire, la législation et les intérêts économiques qu'il suscite et génère, considéré par rapport à son utilité. Un corps mort considéré est un corps utile : « si nous perpétons le point de vue suspectement égoïste selon lequel il est respectueux vis-à-vis des animaux non humains d'instrumentaliser leurs cadavres, [...] nous sommes également susceptibles de perpétuer le point de vue selon lequel il est respectueux d'élever et tuer des animaux non humains dans le seul but d'une telle instrumentalisation. » (228) L'histoire et l'actualité témoignent de la violence et du danger qui naît de la reconnaissance d'un corps au travers de son utilité. Ceci est conforté par le fait que le respect du corps (vivant et mort) est un principe fondamental associé au concept de personne. La non-reconnaissance du deuil d'une personne envers une autre personne dans le but d'assouvir ses intérêts n'est pas légitime mais même illégitime en ce qu'elle conduit à la négation de la personnalité du défunt. Le refoulement du deuil peut aussi être la conséquence d'un approche moderne du vécu de la mort, indépendamment de la « valeur » accordée à l'individu décédé. Les raisons évoquées sont : « 1/Le processus d'individualisation de la mort (désocialisation, désolidarisation, privatisation, évitement, pudeur et réserve, isolement) ; 2/L'allongement de l'espérance de vie, le « manque d'expérience » ; 3/Les processus de rationalisation, laïcisation, désacralisation (déréalisation, désymbolisation) ; 4/La bureaucratisation (hospitalisation, dépersonnalisation), la médicalisation et la croyance en la science. » (235) Mais quelles que

soient les causes du refoulement du deuil, celui-ci s'organise dès lors non pas à l'échelle macrosociologique mais à l'échelle microsociologique en incluant les soignants. (235) Le vétérinaire, comme les autres soignants, a sa place dans ce processus et est d'autant plus susceptible d'être impliqué qu'il peut être la seule personne à admettre et peut-être à comprendre, à compatir à la souffrance émotionnelle du client ou d'un autre soignant.

c) La mort et la fin de vie pour le soignant : attitudes médicales distinctes et complémentaires face à l'incertitude dans le soin

Le soignant a à l'égard d'autrui des « devoirs positifs » et des « devoirs négatifs » (237) : un « devoir négatif » réprime les actes allant à l'encontre du bien d'autrui, tandis qu'un « devoir positif » implique de réaliser des actions spécifiques pour autrui et de s'assurer qu'il en bénéficie. (237) Le « devoir positif » est complexe car il nécessite une certaine implication de l'auteur vis-à-vis du receveur et des circonstances dans lesquelles celui-ci se trouve. (237) Lorsque la mort menace le patient, ces devoirs positifs et négatifs ne sont plus aussi simplement distinguables l'un de l'autre. L'exemple donné par Simmons souligne la difficulté d'une telle distinction et toute la complexité du dilemme éthique de l'agir soignant dans ce contexte : « Bien qu'il puisse être préférable de tuer un poisson que de le laisser souffrir lorsqu'il s'agit de souffrances extrêmes, l'idée que la mort elle-même est nocive pour le poisson complique cette conclusion. Si la mort est un mal pour les poissons parce qu'elle exclut de précieuses opportunités dans leur vie, alors peut-être qu'un certain degré de souffrance est justifié s'il y a de bonnes chances que le poisson survive. » (237) Si la mort prive l'individu de réelles et/ou potentielles expériences positives mais aussi de réelles et/ou potentielles expériences négatives, alors, que cet individu soit capable ou non de concevoir la mort de façon réfléchie ne change pas le fait que mourir peut être pour lui dans son meilleur intérêt ou dans son pire intérêt (157).

Face au temps raccourci de la fin de vie mêlée d'angoisse et d'espoir, face à une mort certaine et incertaine (223) et face aux dispositifs de soins accessibles aux soignants, au patient et leur entourage, les membres impliqués dans la relation de soin (directement les soignants, les patients, leur entourage, les clients et indirectement l'ensemble de la société) se retrouvent confrontés à la question des limites : limite temporelle, limite émotionnelle, limite psychologique, limite physique, limite morale, limite économique, limite sociale, limite légale, etc. De l'évocation de la mort dans le prendre soin découlent une multitude de questions plus ou moins proches en médecine humaine et en médecine vétérinaire. D'une part, si le patient en fait la demande, comment le soignant doit-il répondre : « dois-je m'incliner devant la volonté d'un malade qui demande la mort ou dois-je plutôt respecter mon obligation de ne pas retirer la vie à un être vulnérable ? » (238), c'est-à-dire le soignant doit-il privilégier le choix individuel qui réclame la liberté et l'autonomie de la personne ou bien doit-il privilégier le devoir de protection envers la vulnérabilité du patient qui repose sur des valeurs collectives (238), pour un interventionnisme en faveur de la vie ? D'autre part, si le patient est incapable d'exprimer son désir de mourir ou de concevoir la mort, si c'est le soignant, le client ou une personne de confiance qui en fait la demande faut-il la provoquer ? Est-ce que cela peut être dans le meilleur intérêt du patient ? Si c'est dans son meilleur intérêt, le souhaiterait-il ? Enfin, est-ce qu'arrêter les soins visant à maintenir en vie ou provoquer la mort sont les deux faces, la première passive et la seconde active, d'une même pièce ? Laisser venir la mort, de manière passive ou active,

est-ce un échec du prendre soin ? Empêcher la mort d'advenir est-ce un témoignage de la qualité du soin ? Ou du pouvoir du soin sur la mort et sur la vie ? Qu'est-ce que cela implique d'accepter ou de refuser la demande d'arrêt de soin, voire la demande de mise à mort du patient, à l'échelle de la relation de soin à l'échelle individuelle mais aussi sociétale et publique ?

i - Un activisme pour la vie

Dans le cadre de l'« activisme pour la vie » (161), l'individu concerné directement ou indirectement par la fin de vie refait « *in extremis* un petit avenir pour avoir un peu de champ devant soi. » (239). L'incertitude quant au moment de l'avènement de la mort ouvre ici la voie à l'espoir et à l'espérance. (230) Cet espoir « se réduit parfois à être vivant le lendemain, à espérer ne pas avoir mal, à espérer bien dormir ». (161) Une telle attitude peut concerner :

- le patient

- et/ou le soignant : le vétérinaire ou le médecin, les infirmier(e)s, les assistant(e)s vétérinaires, etc. car d'une part la proximité des professionnels de santé avec la mort les incite à respecter la vie, ce qui n'implique pas de chercher à maintenir artificiellement la vie le plus loin possible, mais ce qui n'implique pas non plus de la maintenir à un état de perfection permanent. (137) Et d'autre part, le soignant est confronté en permanence aux incertitudes inhérentes à la biologie, le soignant peut en déduire que tout malade « doit être considéré comme guérissable et soigné en tant que tel ; et ce, jusqu'au dernier soupir inclusivement [...]. Car comment savoir si un soupir est le dernier ? » (239) Une maladie n'est mortelle que rétrospectivement. (239)

- les proches, la personne de confiance, le client, parce qu'ils s'investissent physiquement, émotionnellement, financièrement, ce qui crée de la fatigue, de l'angoisse et de l'espoir, espoir que tous ces efforts ne seront pas vains. (138)

L'activisme pour la vie prend forme dans l'administration de soins palliatifs et l'accompagnement en hospice. Ce mouvement vers la vie se débat avec la souffrance, la qualité de vie, le stress, la résilience ressentis éprouvés par le patient, et ressentis à son égard par les soignants, la personne de confiance/le client.

Toutefois dans certains cas particuliers ce mouvement pour la vie peut se déplacer vers l'irrationnel avec des patients qui espèrent guérir (161) ou des soignants ou des proches qui espèrent que le patient guérira. Le soignant doit avoir conscience de cela, il doit garder en tête que cet activisme pour la vie risque toujours, dans des situations extrêmes, de se déplacer vers l'irrationalité, justement parce que la clinique de l'incertitude n'est pas prédictive (179). Face à une souffrance ou une qualité de vie insoutenable et irréductible, le *serment d'Hippocrate* stipule que le médecin doit « délivrer complètement les malades de leurs souffrances ou émousser la violence des maladies et ne pas traiter les malades qui sont vaincus par la maladie. » (227) Il doit s'abstenir de tout mettre en œuvre pour maintenir la vie. Cette limitation se fonde sur un jugement médical reposant sur le fait que le malade est « engagé dans un processus mortel, irréversible, sans survie possible » (179) et sur un jugement éthique qui « compare la poursuite du traitement avec la qualité de vie du patient en raison des séquelles lourdes à craindre. » (179) Dans ce cas, pour ne pas sombrer dans l'obstination déraisonnable, la limitation, l'abstention ou l'arrêt des traitements peuvent-être envisagés, ce qui n'équivaut pas à la limitation, l'abstention ou l'arrêt des soins (comme expliqué dans la partie III - A - 2).

ii - Un activisme pour la mort

L' « activisme pour la mort » (161) intervient paradoxalement dans une ultime tentative de reprise de contrôle sur la mort lorsque tous les efforts entrepris pour maintenir la vie n'ont pas les effets escomptés et lorsque cette vie devient insupportable, intolérable, voir qualifiée « d'indigne ». (239) Comment l'expliquer, quelles en sont les raisons ?

D'une part, l'une des raisons qui conduit à vouloir accélérer l'avènement de la mort, est la question de la dignité du patient. Cette question s'inscrit dans la relation sociale : si la dignité peut concerner « le regard que le malade pose sur lui-même », elle est aussi « le regard que l'entourage peut poser sur le malade ou, [...] ce que le malade imagine de ce regard. » (117) En médecine humaine, il est démontré qu'il existe une nette différence entre l'appréhension de sa propre vie par le patient lorsqu'il n'est pas malade et l'appréhension de sa propre vie une fois soumis à une maladie invalidante chronique. (240) Pour l'entourage l'altérité et la projection ont un impact fort sur la tolérabilité de la vie d'autrui ou non. La reconnaissance d'une altérité malade et souffrante peut être d'autant plus complexe qu'il s'éloigne de l'image que l'on se fait de l' « individu type » ou de l'individu lui-même lorsqu'il allait bien, des caractéristiques physiques, intellectuelles et psychologiques que l'on associe normalement à l'individu en question (notamment par rapport à son espèce). La projection face à la détresse d'autrui consiste à « attribuer à l'autre des affects, des vécus, qui ne sont en réalité que mes propres représentations, désirs ou craintes – et qui parlent de moi plus que de l'autre » (240), elle met en péril la reconnaissance du malade en tant qu'*alter ego*. (240) La déchéance se préoccupe moins du mourant que du bien portant. (117) Lorsqu'un individu regarde de l'extérieur la manière d'être du malade, il apparaît que « le sujet peut considérer que le fait de se trouver ainsi lui serait une souffrance intolérable [...]. Il peut considérer que le fait de se trouver ainsi serait pour son entourage une souffrance intolérable[...]. Il peut enfin considérer que son corps lui appartient jusqu'à son dernier souffle, et qu'il est libre de ce qu'il accepte de ce point de vue. » (117) Par ailleurs, cette pensée soutient l'idée de l'effacement de la personne « dans le mourant, le malade, celui qui est en perte de facultés. » (240) Il faut donc veiller à ce que cet activisme pour la mort ne soit pas plus soutenu par le soignant ou le proche/ le client pour le dégoût occasionné par la vision du patient que par le patient lui-même.

D'autre part, la volonté d'accélérer le processus du mourir par le patient, le soignant ou le proche/le client, peut avoir un rôle cathartique (137) : « L'angoisse du mourir pousse à vouloir mourir plus rapidement pour stopper cette anxiété, elle transforme la mort redoutée en un impératif. » (179) Lorsque la souffrance du malade dure depuis longtemps ou est insupportable pour le patient ou l'entourage ou le soignant, elle conduit à un état de lassitude. Cette lassitude est liée à un épuisement physique et un épuisement psychologique et s'exprime par « un déchirement entre des sentiments contradictoires » et une volonté que tout s'arrête pour de « bonnes » ou « mauvaises » raisons, et ce quel que soit le lien de proximité entre les êtres. (179) Plus particulièrement, l'engagement dans un « activisme pour la mort » de la part du soignant peut reposer sur l'angoisse de l'échec médical ou par une volonté de redonner du sens à la perte de sens de l'évolution de l'état du patient et ce malgré la prise en charge médicale. En effet d'une part, le soignant a une position de responsabilité vis-à-vis de l'être vivant qu'est le patient, il est celui qui doit s'efforcer de moduler le cours de la maladie et qui peut y parvenir ou non. De ce fait l'angoisse de l'échec médical peut prendre le dessus sur l'espoir et

paradoxalement le pousser à réaliser un ultime acte qui n'échouera pas dans sa visée. D'autre part, dans le cadre de la fin de vie, l'accompagnement médical ne repose plus sur des objectifs, des savoirs précis, mais « vient à se définir, non plus comme un outil au service d'un but à atteindre, mais comme une expérience présente, mutuelle, ouverte et incertaine. » (153) Face à la perte de sens vis-à-vis de ce qu'il fait en tant que soignant, « si agir n'a pas de sens ou de visée, alors autant agir pour limiter, voire arrêter ce non-sens et ce qui retient à la vie. » (161) Dans ce cas il agit pour le patient en cherchant à redonner du sens à sa vie ou à arrêter la perte de sens de sa vie en lui donnant la mort. Ainsi, l'accélération du processus de fin de vie est considérée comme pouvant être un moyen de soulager le mourant et/ou ses proches (179) et/ou le soignant. (161) Ce peut-être également un moyen de lutte contre l'obstination déraisonnable. L'« activisme pour la mort » prend forme dans le suicide assisté et dans l'euthanasie.

iii - Les points communs et les différences entre attitude passive ou activisme pour la mort

Qu'il s'agisse de l'avènement passif de la mort dans un contexte d'activisme pour la vie ou de l'avènement actif de la mort dans un contexte d'activisme pour la mort, il se pose la question de savoir si la mort peut devenir le moins pire pour le patient. Car si le fait de mourir empêche tout, s'il supprime toute souffrance actuelle et future, s'il supprime également toute expérience positive future. En médecine humaine, les causes d'une demande d'abandon thérapeutique, de sédation profonde, de suicide assisté ou d'euthanasie émergent de la considération du patient de sa situation propre et les causes les plus fréquentes sont « la dépression, les douleurs insupportables [et rebelles], les inconforts, le sentiment de solitude, la perte de l'estime de soi, la volonté de se sacrifier pour les autres, le souhait de recouvrer une forme d'autonomie et de libre arbitre sur sa propre destinée » (179), la sensation de perte de dignité (152), la baisse de la qualité de la vie (152), la sensation de perte de contrôle de son corps et des fonctions corporelles (152) notamment en cas de troubles respiratoires (117), de la perte de mobilité, mais aussi en cas de symptômes en apparence anodins tels que « des démangeaisons opiniâtres, un hoquet insupportable, des nausées violentes ». (117) En médecine vétérinaire, ce sont sensiblement les mêmes, à savoir une douleur extrême, une souffrance extrême, une perte majeure de la qualité de vie du patient, des symptômes et signes cliniques potentiellement désagréables pour le patient. L'évaluation de la souffrance, de la douleur, de la qualité de vie doit permettre de répondre à la question suivante : « existe-t-il une probabilité raisonnable que cet état de vie négatif puisse redevenir positif ? » (187) Et si la réponse est négative, alors la qualité de vie est diminuée à un niveau en dessous duquel l'avènement de la mort peut être considéré comme un événement libérateur. (187) Mais à cela s'ajoute l'impact de l'état du patient sur le propriétaire qui est parfois supérieur à l'impact réel de l'état du patient, comme par exemple la malpropreté urinaire et fécale. En somme, une demande d'arrêt des traitements ou d'euthanasie par le patient ou les proches/le client ou les soignants, émerge de la manière dont les individus font face à la maladie, surtout du sens qu'ils donnent à leur vie avec cette maladie.

Si le but est le même, à savoir que le patient ne souffre pas au cours du processus mortel, en terme juridique par contre le sommeil induit et l'euthanasie ne sont pas mis sur le même plan : dans les pays dans lesquels l'euthanasie est interdite, le sommeil induit est légal. De même sur le plan éthique, Carvey les distingue de manière catégorique. Selon lui il y a toujours

mieux à faire que d'arrêter de vivre, que les soins réalisés pour le patient alors que ce derniers n'en a pas conscience « sont des actes éthique. Nier le sens de ces actes d'accompagnement, prétendre qu'au lieu de pratiquer le sommeil induit on ferait tout aussi bien de tuer le malade, c'est nier sur ce point à l'homme sa dimension éthique. » (117) Mais sur quoi repose la légitimité de l'un et l'illégitimité de l'autre ? La sédation consiste en « l'utilisation de moyens pharmacologiques altérant la conscience dans le but de soulager un malade souffrant d'un symptôme très pénible et résistant aux traitements adéquats ou d'une situation de détresse incontrôlée. » (93) La sédation pour détresse « recherche par des moyens médicamenteux, une diminution de la vigilance pouvant aller jusqu'à la perte de conscience dans le but de diminuer ou de faire disparaître la perception d'une situation jugée comme insupportable par le patient » (93) alors que tous les moyens disponibles mis en place n'ont pu permettre le soulagement. (93) Elle peut aussi accompagner le processus de mourir en supprimant les aspects négatifs associés au décès pour le patient : « douleurs incontrôlables, hémorragies cataclysmiques, détresses respiratoires asphyxiques, conséquences de l'interruption de la nutrition et de l'hydratation artificielles chez les patients en état végétatif chronique, états de panique et agitations psychomotrices sévères notamment ». (179)

Cependant la perte de conscience induite par la sédation profonde du patient supprime ses capacités de communiquer, d'échanger, d'avoir des relations avec le monde « or la mort se définit, précisément, comme la perte définitive de cette aptitude ». (117) Dans ce contexte, « la mise en sommeil induit réalise un état qui n'est pas très différent de la mort, et si le projet est de maintenir le patient dans cet état en attendant que le cœur cesse de battre la différence avec l'euthanasie relève plus de l'élégance que de la position de principe. » (117) L'artificialisation extrême du processus vital (137) serait-elle justifiée par une sacralisation extrême de la vie par la religion et en occident le christianisme ? Est-ce que la « sédation » en médecine humaine est considérée par la loi française comme valable par rapport à l'euthanasie simplement parce qu'elle ne rompt pas directement l'interdit de tuer délibérément une autre personne ? Quelle que soit la réponse à ces questions, si la sédation et l'euthanasie n'ont pas les mêmes implications intellectuelles, théoriques, morales, religieuses, émotionnelles, dans les faits cela change peu de choses pour le patient d'être mort mentalement, psychologiquement (par la sédation) ou d'être mort définitivement (par l'euthanasie). En revanche qu'il s'agisse de la sédation et de l'euthanasie, ces deux pratiques médicales s'inscrivent dans des situations d'extrême vulnérabilité du patient, ce qui pose question quant au choix véritable du patient, quelle que soit l'option choisie par celui-ci, notamment parce qu'il est une « personne malade » ancrée dans des relations sociales notamment avec les soignants et avec ses proches. (179) La position de la sédation est très paradoxale, « d'un côté la situation de sommeil induit réalise une euthanasie psychique, et une euthanasie psychique est bien proche d'une euthanasie tout court ; de l'autre son caractère réversible ne peut être tenu pour négligeable. » (117) Mais ce caractère réversible n'est pas négligeable, car c'est lui qui libère la sédation de tout dilemme relatif à la mise à mort à la fois d'un patient et d'une personne par le soignant. A l'inverse l'euthanasie soulève de nombreuses questions et débats : comment définir l'euthanasie ? Quels sont les dilemmes engagés par la réalisation de l'euthanasie ? Peut-on légitimement euthanasier une personne ? Est-ce que l'interdiction de tuer la personne peut être transgressée pour assurer de respect de ses droits fondamentaux en tant que patient ?

2) Définir l'euthanasie

a) Les différentes définitions de l' « euthanasie » en médecine humaine

En médecine humaine, certains pays ont dépénalisé l'euthanasie et/ou le suicide assisté. Pour autant tous les pays ne définissent pas l' « euthanasie » de la même manière. A titre d'exemple, on peut comparer la définition juridique de l'euthanasie en Belgique (euthanasie dépénalisée en 2002), en Hollande (euthanasie dépénalisée en 2002) et au Luxembourg (euthanasie dépénalisée en 2009). En Belgique, l'euthanasie est définie comme le fait qu'une personne mette fin à la vie d'une autre personne à la demande de celle-ci. (152) Elle définit deux conditions distinctes, il est nécessaire de présenter (1) des symptômes sérieux et incurables qui (2) conduisent à une souffrance physique et mentale insoutenable constante ne répondant pas aux traitements (152). En Hollande, l'euthanasie est définie de la même manière qu'en Belgique (152). Mais au Luxembourg, la loi précise que la personne qui met un terme à la vie d'un patient dans le cadre de l'euthanasie doit être un médecin. (152)

L'euthanasie signifie étymologiquement « l'art de bien mourir », la « bonne mort ». (93) A partir du XXème, la signification de l'euthanasie s'est restreinte à « l'acte de donner la bonne mort ». (93) Mais l'emploi de l'adjectif « bon » rend la signification du terme « bonne mort » complexe, et plusieurs manières de donner la mort sont donc regroupées sous ce terme. Il existe cinq manières différentes de définir l'euthanasie en médecine humaine rapportées par les médecins de Société française d'accompagnement et de soins palliatifs (SFAP) :

- définition n°1 : « L'acte d'un tiers qui met délibérément fin à la vie d'une personne dans l'intention de mettre un terme à une situation jugée insupportable » (93) Dans ce cas l'euthanasie est un acte qui a pour but de mettre fin à la vie d'une personne par un tiers, après que celui-ci a analysé la tolérabilité de la situation dans laquelle le patient se trouve par ce tiers.

- définition n°2 : « L'euthanasie est l'acte délibéré de donner la mort à un patient, à sa demande réitérée. » (93) Dans ce cas c'est un acte qui s'inscrit dans un contexte médical et qui a pour but de mettre fin à la vie d'un patient par l'intermédiaire d'un soignant sur la demande claire, consciente et répétée du patient.

- définition n°3 : L'« [a]dministration délibérée de substances létales dans l'intention de provoquer la mort, à la demande de la personne qui désire mourir, ou sans son consentement, sur décision d'un proche ou du corps médical » (93) Dans ce cas l'acte s'inscrit dans un contexte médical, a pour but de mettre fin à la vie du patient à partir de « substances létales » et non d'autres moyens pouvant causer la mort d'un individu, sur demande consciente du patient ou d'un représentant de confiance du patient (proche ou corps médical).

- définition n°4 : « L'acte qui consiste à administrer volontairement à un malade, à un handicapé ou à un blessé incurable, dans le but d'abrèger la durée de leur souffrance, une drogue ou un produit toxique qui met rapidement fin à leur vie » (93) L'acte vise à mettre fin à la vie d'un individu malade ou blessé pour lequel aucun traitement n'est possible (qu'il souffre ou non de cette absence de traitement), et la décision est prise par le soignant.

- définition n°5 : « L'euthanasie consiste dans le fait de donner sciemment et volontairement la mort ; est euthanasique le geste ou l'omission qui provoque délibérément la mort du patient dans le but de mettre fin à ses souffrances. » (93) Dans ce cas, l'euthanasie intervient dans un contexte de souffrance qui doit être arrêté et pour cela un tiers met fin à la vie du souffrant soit par un acte conscient de mise à mort, soit par omission en ne répondant pas à son devoir d'assistance à personne en danger.

Par conséquent, si l'on tient compte de l'ensemble de ces définitions, on se retrouve à regrouper sous le même terme d'euthanasie « des réalités différentes qu'il importe absolument de distinguer » (93) sans quoi on risque de rendre ces réalités différentes très similaires. (152)

En effet, une des différences à ne pas occulter entre ces définitions est la distinction qui est faite entre euthanasie passive et euthanasie active. L'euthanasie active est définie par le Conseil Européen comme étant l'« action de provoquer délibérément la mort en administrant une substance toxique ou une méthode physique aiguë entraînant la mort, idéalement en quelques minutes. » (241) L'euthanasie passive quant à elle consiste à « altérer l'existence de l'être pour provoquer en douceur la fin de la vie. » (241) Elle peut être mise en œuvre de trois manières différentes : soit par la suspension de tous les traitements essentiels pour que le patient perde conscience et n'éprouve plus de souffrance (241), soit par la suspension ou le rejet de tous les traitements irraisonnables qui conduisent à de la souffrance et/ou qui maintiennent le patient en vie de manière artificielle (241), soit par l'administration de sédatifs utilisés pour combattre la douleur et l'anxiété et qui conduisent secondairement à la mort. (241) L'euthanasie passive équivaut donc, au vu de ce qui a été décrit dans les parties III - A - 2 et III - B - 1) c, à la limitation/l'abstention/l'arrêt thérapeutique. Or ces deux notions ne peuvent être équivalentes, car, dans le cas de la limitation/l'abstention/l'arrêt thérapeutique le but est d'apporter du confort au vivant malade et de lutter contre l'acharnement thérapeutique. (93) Au contraire dans le cas de l'euthanasie, le but est de provoquer la mort du patient non guérissable et cette mort secondairement peut permettre de lutter contre l'obstination déraisonnable. (93) Ainsi la notion d'euthanasie passive est impropre et par voie de conséquence la notion d'euthanasie active également car l'euthanasie est toujours un acte réalisé par un tiers. (93)

Une autre différence à ne pas invisibiliser entre ces définitions est la distinction entre euthanasie volontaire, l'euthanasie non volontaire et l'euthanasie involontaire :

- l'euthanasie est dite « volontaire », lorsque le patient donne son consentement de manière explicite au médecin (36), (242) ;

- l'euthanasie est dite « involontaire », lorsqu'elle est réalisée sans la demande du patient, alors que celui-ci est capable de formuler la demande (36), (242) ;

- et l'euthanasie est dite « non volontaire », lorsque le patient n'est pas ou n'est plus capable de donner son consentement mais que la mise à mort semble être dans son intérêt. (36), (157) Cela concerne les cas de « nourrissons gravement déformés ou gravement retardés et les personnes qui, par accident, maladie ou vieillesse, ont définitivement perdu la capacité de comprendre le problème en cause, sans avoir préalablement demandé ou refusé l'euthanasie dans ces circonstances ». (36)

En France, en 2000, le CCNE définit l'euthanasie comme étant « l'acte d'un tiers qui met délibérément fin à la vie d'une personne dans l'intention de mettre un terme à une situation jugée insupportable ». (242) Des cinq définitions mentionnées la SFAP en déduit que toute définition de l'euthanasie doit comporter au moins les deux éléments suivants : l'euthanasie est un acte et l'euthanasie repose sur l'intention de donner la mort à quelqu'un. (93) A ces deux éléments l'équipe de soignants propose d'ajouter « éventuellement un troisième élément : l'évocation du mobile qui est de mettre fin aux souffrances » (93) du patient.

b) Les différentes définitions de l' « euthanasie » en médecine vétérinaire

Or l'Office Internationale des Epizooties (OIE) définit l'euthanasie comme « un acte consistant à provoquer la mort au moyen d'une méthode provoquant une perte de conscience rapide et irréversible, avec un minimum de douleur et de détresse pour l'animal. » (110) L' American Veterinary Medical Association (AVMA) décrit l'euthanasie en termes de technique « humaine » et/ou en termes de disposition « humanitaire ». (163) C'est-à-dire que le vétérinaire réalise une euthanasie lorsqu'il met à mort un animal :

- dans l'intérêt de l'animal lui-même (163), pour abrégé ses souffrances ou lorsqu'il se trouve dans un état de bien-être trop bas ou lorsqu'il présente une qualité de vie trop faible.

- ou en employant des « techniques humaines » pour induire une mort rapide, non douloureuse, sans stress ou détresse c'est-à-dire qu'elle doit induire « perte de conscience rapide suivie d'un arrêt cardiaque ou respiratoire et, finalement, d'une perte de la fonction cérébrale ». (163)

L'AVMA stipule qu'il est de la responsabilité du vétérinaire en tant que vétérinaire mais aussi en tant qu'être humain de « veiller à ce que si la vie d'un animal doit être enlevée, cela se fasse avec le plus haut degré de respect et en mettant l'accent sur une mort aussi indolore et sans détresse que possible. » (163) En revanche, l'AVMA ne s'engage pas sur « l'exigence explicite du meilleur intérêt de l'animal, ni l'intention d'alléger la souffrance » (243) pour répondre positivement à une demande d'euthanasie. Le terme d'euthanasie est donc employé pour parler de l'acte de mettre à mort sans douleur des animaux sains en respectant strictement « les politiques, les directives et les réglementations applicables ». (163) Ce qui signifie que, sous réserve du respect des critères venant d'être évoqués, on peut parler d'euthanasie lorsqu'un animal non humain est mis à mort parce qu'il représente danger physique pour son entourage (zoonose, troubles du comportement, agressivité) (145), parce que le propriétaire est dans l'incapacité de le prendre en charge de manière décente (145), parce qu'il ne le désire plus, etc., et même à l'échelle de la santé publique l'AVMA reconnaît positivement le fait de mettre à mort, « d'euthanasier », un animal non humain « au cours du contrôle des maladies ou de la protection de la santé publique, comme moyen de contrôle des populations d'animaux domestiques ou sauvages, en conjonction avec l'utilisation des animaux dans la recherche biomédicale et dans le processus de production d'aliments et de fibres ». (163) Dans toutes ces situations, la mise à mort d'un animal sain n'est pas considérée comme un acte de maltraitance car relevant de la « nécessité pratique ». (163) Toutefois la « nécessité pratique » dont fait mention l'AVMA n'est pas clairement définie, laissant libre court à l'interprétation de chacun : à l'échelle médicale ainsi, euthanasier par nécessité pratique, signifie pour certains vétérinaires agir dans le meilleur intérêt du patient (en tant que pédiatre), alors que pour d'autres cela signifie agir dans le meilleur intérêt du client (en tant que mécanicien).

La notion de « nécessité pratique » peut être rendue plus explicite avec la distinction établie par Tom Regan dans le cadre de l'euthanasie des animaux non humains, entre l'euthanasie « vraie » et l'euthanasie « contextuellement justifiée », distinction qui se fait par rapport au patient. L'« euthanasie vraie » ou l'« euthanasie respectant la préférence [de l'individu euthanasié] » correspond à la mise à mort sans douleur d'un animal par un vétérinaire sincèrement convaincu que cet acte est réalisé dans l'intérêt de l'animal pour lui-même. (115) C'est le cas de la mise à mort d'un animal qui souffre terriblement, ne répondant à aucun traitement ou pour lequel aucun traitement n'existe. Lors de souffrances intenses, les animaux « non seulement seront conscients de leur douleur à l'heure actuelle, mais ils désireront

également se débarrasser de leur douleur dès que possible, un désir qui se rapporte à leurs préférences quant à leur avenir immédiat. » (76) Il est supposé que dans ce cas ce que les animaux préfèrent est que leur souffrance cesse et ils vont continuer à le désirer tant que leur souffrance continuera. (76) Or cette souffrance continuera tant qu'ils seront conscients et donc « [l]e seul moyen de respecter ce qui sera leur préférence primordiale est donc de mettre fin à leur vie en tant qu'individus conscients. En tuant ces animaux, par conséquent, nous respectons leur préférence - pas leur désir de mourir [...] plutôt nous honorons ou respectons la préférence de ces animaux, à la fois leur préférence actuelle et la préférence que nous prévoyons qu'ils continueront d'avoir, en faisant la seule chose que nous pouvons faire pour les satisfaire - à savoir, en les tuant. » (76) L'euthanasie parce qu'elle abrège la souffrance peut être préférée à l'absence de traitement ou à un traitement inadapté.

L'« euthanasie contextuellement justifiée » ou « euthanasie paternaliste » est définie comme la mise à mort sans douleur d'un animal qui « pourrait avoir une vie digne d'être vécue dans un monde idéal » (157), mais pas dans le monde réel dans lequel il vit. (157) Elle correspond à tous les cas de mise à mort des animaux sans douleur en dehors de la chasse, de l'abattage, de l'« euthanasie vraie » et de la destruction d'habitat (157). L'animal est mis à mort non pour lui-même mais pour des raisons financières, des raisons de sécurité, des raisons de santé publique, par irresponsabilité du propriétaire, etc. (157) Elle peut être subdivisée en trois catégories :

- l'« euthanasie de convenance » (244) qui correspond à la mise à mort sans douleur d'un animal non humain en bonne santé physique et psychologique sur demande d'un propriétaire qui ne souhaite pas explorer d'autres options. (244), (245)

- l'« euthanasie non médicale » (244) qui correspond à la mise à mort d'un animal qui présente des comportements indésirables (de l'agressivité, de la malpropreté urinaire ou fécale) non liés à une maladie, ou qui se trouve dans un contexte familial particulier, ou sous la garde d'un propriétaire présentant des modifications émotionnelles ou comportementales pouvant impacter la qualité de vie de l'animal. (244)

- l'« euthanasie médicale non imminente » (244) qui correspond à la mise à mort d'un animal qui présente une maladie à l'origine de souffrance chez l'animal qui pourrait être résolue ou diminuée par la mise en place d'un traitement, ce qui ne peut être fait en pratique à cause des conditions de vie de l'animal et/ou du propriétaire ou par manque de ressources du propriétaire (matérielles, émotionnelles, financières, etc.) ou du soignant (triage en urgence, triage dans le cadre de la gestion des populations en refuge, etc.). (244) Le nonaccès au traitement conduit à la persistance d'un état de souffrance chez l'animal.

Le terme « convenance » signifie littéralement « ce qui convient à quelqu'un ». (163) Mais si l'animal non humain ne souffre pas et que sa qualité de vie est correcte, on voit mal comment il pourrait souhaiter que sa vie soit arrêtée, la mort empêchant pour toujours de futurs états positifs, de futures opportunités. (163) Le terme de convenance fait référence à ce qui convient à l'être humain en lien direct ou indirect avec l'animal non humain et non à l'animal non humain lui-même. En Allemagne et en Autriche, le bien-être des animaux est un bien protégé et à protéger (246). En accord avec les lois de promotion de la protection animale et du bien-être animal, les deux pays considèrent que mettre à mort un animal sans « raison valable » n'est pas admissible. Par conséquent : il est interdit d'euthanasier les animaux en bonne santé indésirés, blessés ou malades, le propriétaire ayant dans ce dernier cas l'obligation de le faire

soigner (246) ; il interdit d'euthanasier des « animaux handicapés » sauf si le handicap l'empêche d'exprimer les comportements propres à son espèce (246) ; dans le cas des « animaux avec un comportement indésirable » : en cas de morsure il faut évaluer si le propriétaire ou le contexte a provoqué la morsure, et si c'est le cas alors il ne faut pas euthanasier. (246) La seule « raison valable » intervient lorsqu'« un trouble grave du comportement est diagnostiqué, dont le traitement, selon un jugement d'expert, semble désespéré ou impliquerait un effort déraisonnable. Il en va de même si un chien a un potentiel d'agression si élevé qu'il représente un danger général ou si l'accumulation d'agressivité est évidemment liée à la souffrance de l'animal. » (246) En Grande-Bretagne, au Danemark, en France ou en Suisse, les lois sur le bien-être animal ne sont pas opposées à l'euthanasie de convenance (246), l'accent étant d'avantage mis sur les intérêts humains. En France, une part importante de la législation réglementant la présence des animaux non humains au sein des sociétés humaines est dédiée à la description des situations dans lesquelles il est autorisé, obligatoire et interdit de mettre à mort un animal. (247) Dans ce cadre, d'un point de vue légal, la mise à mort d'un animal est soit un « dommage collatéral » (248), soit un acte de maltraitance, soit un acte de négligence. Selon l'article R-655-1 du *Code pénal*, condamne « le fait, sans nécessité, publiquement ou non, de donner volontairement la mort à un animal, qu'il soit domestique, apprivoisé, ou tenu en captivité, est puni de l'amende prévue pour les contraventions de 5ème classe ». (110) Quelles sont les « nécessités » qui distinguent l'euthanasie de convenance d'un acte de mise à mort d'un animal non humain condamnable légalement ?

Accepter l'euthanasie de convenance indique que dans certains pays, tels que la France, la protection animale est vécue sur le plan pathocentrique, c'est-à-dire, qu'elle « réduit la signification de tuer à l'acte de tuer et de [...] la possibilité pratique d'un meurtre absolument indolore ». (246) Pour que la mise à mort d'un animal non humain soit légitime, il faut que cette mise à mort ne soit pas illégale (246). A partir du moment où l'individu est reconnu comme étant une personne, le rapport à sa mise à mort change. Si l'animal non humain est une personne, les facteurs secondaires ne peuvent plus être employés en tant que justifications morales mais en tant qu'explications morales. Dès lors si l'euthanasie de convenance questionne la légitimité de la vie des personnes non humaines par rapport aux intérêts des personnes humaines se pose la question de la légitimité de l'existence même du terme « euthanasie de convenance ». En 2021, l'Ordre national des vétérinaires a établi une liste de « raisons valables » à l'acte d'euthanasie : « l'euthanasie animale est un acte vétérinaire consistant à provoquer la mort d'un animal par voie parentérale en entraînant une perte de conscience rapide et irréversible garantissant un minimum de douleur et de détresse, réalisé conformément aux bonnes pratiques professionnelles. Le vétérinaire procède à l'euthanasie animale après avoir évalué sa nécessité et obtenu le consentement éclairé du détenteur. L'acte d'euthanasie animale peut être justifié par une raison médicale (un état de santé, une souffrance intense ressentie par l'animal ou son entourage), par une raison réglementaire, par une raison impérieuse d'intérêt général sanitaire ou environnementale. » (249) Dans le cadre de la médecine individuelle, l'euthanasie intervient donc pour abrégé les souffrances, mais le réservoir potentiel de la souffrance peut être le patient (euthanasie vraie) ou le client (euthanasie non médicale). (249), (250) L'Ordre parle même d'un « acte médical vétérinaire à visée humanitaire » lorsqu'il est « destiné à abrégé la vie d'un animal présentant une affection physique ou mentale à l'origine de souffrances pour lui-même ou son entourage ». (110) Mais la distinction établie entre « euthanasie de convenance » et

« euthanasie non médicale » est mince et semble bien plus relever d'une envie de garder les mains propres malgré la prise d'une décision allant à l'encontre du « meilleur intérêt pour le patient ». Car qui peut prétendre vivre dans les meilleures conditions ? Est-ce que ces conditions non optimales impactent notre vie ? Est-ce que le fait que nous trouvions nos conditions de vie non optimales nous conduit à souhaiter par-dessus tout mourir ? Ou qu'il serait mieux pour nous par conséquent de ne pas exister du tout ? Ce sont les questions que soulèvent l'euthanasie non médicale si on ne la reconnaît pas comme étant une branche de l'euthanasie de convenance.

c) Les conséquences de l'acceptation du terme d' « euthanasie de convenance »

i - Les liens entre « euthanasie de convenance » et « abattage humanitaire »

A l'échelle européenne, le *règlement CE N°1099/2009* définit l'abattage comme « la mise à mort d'animaux [non humains] destinés à la consommation humaine » (251), par mise à mort il faut entendre « tout procédé appliqué intentionnellement qui cause la mort d'un animal [non humain] ». (251) Les procédés mis en place pour causer la mort d'un animal non humain agissent en détruisant le cortex cérébral et des structures sous-corticales par l'« hypoxie », la « dépression directe des neurones nécessaires aux fonctions vitales » ou la « destruction physique de l'activité cérébrale ». (251) L'objectif de ce règlement est de garantir que tout travailleur impliqué dans la mise à mort de ces animaux prend « les mesures nécessaires pour éviter la douleur et atténuer autant que possible la détresse et la souffrance des animaux pendant l'abattage ou la mise à mort. » (251) Ceci repose sur l'étourdissement qui doit être réalisé avant ou au moment de la mise à mort. L'étourdissement a pour but de provoquer « un état d'inconscience », c'est-à-dire de provoquer une perte de « sa capacité à ressentir des émotions et à contrôler ses mouvements volontaires » (251) ; « une perte de sensibilité » c'est-à-dire une perte de « sa capacité à ressentir la douleur » (251) ; ou une mort immédiate (251). En France, le *Décret n° 64-334* du 16 avril 1964 relatif à l'encadrement de l'abattage des animaux de boucherie est qualifié de « décret de l'abattage humanitaire ». (252) Il établit : qu'il est interdit de conduire les animaux domestiques avec un aiguillon ; qu'avant la saignée « les animaux des espèces chevaline, asine et leurs croisement, les animaux des espèces bovine, ovine, caprine et porcine » (252) doivent nécessairement être étourdis ; et qu'aucune contention brutale susceptible d'induire des lésions, de la souffrance ou un stress trop intense ne doit être réalisé avant la mise à mort de l'animal. (252) De ce décret découle l'idée que tout acte induisant la mort sans perte de conscience et de sensation douloureuse préalablement ou de manière concomitante est considéré comme inacceptable. (163)

Au travers des définitions de l'euthanasie établies par l'OIE, l'AVMA, l'Ordre nationale des vétérinaires et de la description et des implications de l'abattage avec étourdissement telles que définies par le *règlement CE N°1099/2009* et le *Décret n°64-334*, se dessine un parallèle entre abattage avec étourdissement et euthanasie : l'euthanasie tout comme l'abattage avec étourdissement « doit minimiser ou éliminer la douleur, l'anxiété et la détresse avant la perte de conscience » et l'avènement de la mort. (163) Les deux induisent une « bonne mort » en termes de technique de mise à mort « humaine ». (163) L'emploi des adjectifs « humanitaire » ou

« humaine » pour décrire l'abattage avec perte de conscience ou l'euthanasie de convenance (dont l'euthanasie non médicale) n'est pas anodin. Ces adjectifs ont une double signification : d'une part, ils peuvent faire référence à l'appartenance à l'humanité « comme ensemble des êtres humains partageant une même condition » (146), en découle « une demande de droits et une attente d'universel » (146) ; d'autre part ils peuvent faire référence au fait de faire preuve d'humanité : « comme mouvement affectif portant vers ses semblables » (146), en découle « l'obligation d'assister et l'attention pour l'autre ». (146) Ce serait au travers de la seconde signification que l'on pourrait envisager de qualifier l'abattage et l'euthanasie (et d'autres activités comme la guerre, l'aide, l'engagement des organisations non gouvernementales, etc.) d'humanitaire. Or cette seconde signification du terme « humanitaire » justifie des pratiques de gouvernement sur les individus, mais ces pratiques de gouvernement peuvent avoir différents effets sur les individus sur lesquels elles agissent : si dans le droit international humanitaire, l'adjectif « humanitaire » incite à s'engager dans l'assistance et la protection pour les individus dans les situations de conflits armés et autres crises dans le but de limiter l'impact sur ces vies (146) ; dans un contexte de guerre les raisons « humanitaires » invoquées pour justifier des bombardements et d'autres attaques armées (146) font référence à la protection des individus de sa propre patrie. Ceci souligne le lien entre humanitaire et politique, l'humanitaire peut donc être considéré comme étant une « politique de vie ». (146) Par « politique de vie », il faut entendre une politique qui met en jeu « des significations et des valeurs différenciées des vies humaines » (146) et on peut ajouter des vies non humaines. Si l'« humanitaire » est employé pour décrire des actions opposées et incompatibles, on peut se demander « pourquoi on préfère en général parler de souffrance et de compassion que d'intérêt et de justice, et au nom de quoi légitime-t-on des actions en les déclarant humanitaires » ? (146) Les valeurs caractérisant une « politique de vie humanitaire » sont :

- dans certains contextes sauver des vies en en risquant d'autres et en en sélectionnant certaines par rapport à d'autres dans certains contextes. (146) Dans le cadre de l'« abattage humanitaire » les vies sauvées sont celles des êtres humains par la nourriture contre celles des animaux non humains. Dans le cadre de l'euthanasie de convenance la vie sauvée est celle du client et/ou du soignant par l'élimination du fardeau que représente le patient pour eux. Mais les vies non sauvées sont au moins (en théorie) épargnées par la souffrance.

- de considérer que les individus dont elle s'occupe sont « soumis à un risque de disparition physique et incapables d'assurer eux-mêmes le maintien de leur existence », de défendre certaines causes, d'en délaissier d'autres et « de construire des causes en choisissant la meilleure manière de représenter les vies des personnes assistées. » (146) Dans le cadre de l'abattage humanitaire les animaux sont représentés comme des victimes des souffrances qu'ils sont susceptibles d'éprouver mais pas comme des victimes du fait de les mettre à mort. De même pour l'euthanasie de convenance, mais ce qui pose question ici, c'est que ces animaux sont dépendants des êtres humains parce que ceux-ci les placent dans des situations de dépendance et de victimes en évoquant leurs souffrances, pourtant induites par ces êtres humains, ces derniers deviennent les aidants des animaux non humains dans le cadre d'une « situation victime/sauveur » qu'ils ont eux-mêmes créée. Dès lors employer le terme d'« humanitaire » en toutes circonstances ne serait-il « qu'une duperie jouant sur la sentimentalité pour imposer » une réalité plus abjecte (146) : la loi du plus fort, la loi de l'inégalité ? Quels en sont les dangers ?

ii - La confusion entre « euthanasie non volontaire » et « euthanasie involontaire »

Par conséquent, à partir du moment où l'euthanasie se définit par la mise à mort décidée par un individu sur un autre via une méthode n'occasionnant pas de douleur, de stress et de souffrance, l'abattage humanitaire des animaux apparaît comme une forme d'euthanasie de convenance, et ne s'en distingue que par ce qui est fait du corps de l'animal après sa mort. L'abattage humanitaire et l'euthanasie de convenance ne sont plus réellement dissociables dans les faits excepté dans la disposition des corps morts. Ne prendre en compte que la technique de la mise à mort, s'attarder uniquement sur la souffrance, la douleur et le stress que peuvent occasionner la procédure pour considérer qu'il s'agit d'une « bonne mort », confondre « bonne pratique de mise à mort » et « bonne mort », ne pas réfléchir sur les causes de la mise à mort revient à négliger la volonté de celui qui est mis à mort vis-à-vis de sa vie, la volonté explicite ou implicite, réelle ou potentielle de la personne ou de l'individu vis-à-vis de sa propre mort. Dans ce cadre l'euthanasie de convenance est une euthanasie involontaire. En effet, la distinction entre euthanasie involontaire et euthanasie non volontaire s'articule autour de deux pôles :

- proposition n°1 : dans le premier cas l'individu peut exprimer sa volonté (en à la capacité) alors que dans le second en est incapable

- proposition n°2 : dans le premier cas la mise à mort de l'individu est dans son intérêt ou non alors que dans le second elle est dans son intérêt tel que perçu par celui qui réalise l'acte.

Il n'y a pas uniquement la proposition n°1 à prendre en compte, sans quoi toute mise à mort indolore de personnes humaines ne pouvant exprimer leur volonté (pour des raisons d'incapacité à s'exprimer de manière conventionnelle, par absence de conception de la mort, du futur, par un état comateux ou tout simplement de sommeil, etc.) serait une euthanasie et jamais un crime. La prise en compte uniquement de la proposition n°1 a permis de qualifier d'« euthanasie » et de ce fait à justifier en tant que « bonne mort » la mise à mort de nombres de personnes handicapées dans les années 1930 aux Etats-Unis et en Europe. (36) De plus tenir uniquement compte de cette première proposition sous-entend que, parce qu'un individu ne peut pas s'exprimer ou n'a pas de conception de son futur, il n'a pas d'intérêt à vivre. Or confondre soins « involontaires » et « non volontaires » ou euthanasie « involontaire » et « non volontaire », nie le fait qu'« un certain bien est dans l'intérêt d'un être même si cet être n'apprécie pas ce bien ». (237) Ce n'est pas parce qu'un acte n'est pas considéré par l'individu concerné comme ayant de la valeur que l'acte n'en a pas. (237) Cela a longuement été évoqué et discuté dans la partie II. Dans le cadre de la mort, on peut tout de même par rapport aux précédentes réflexions, évoquer les propos de Visak concernant le contexte dans lequel on peut considérer qu'une mort est un préjudice : « le préjudice de la mort n'est pas déterminé par combien un être désire l'avenir qu'il aurait eu, mais par la perte de valeur que l'avenir aurait procuré à l'être. » (237) Il faut que cet individu ait la capacité d'avoir des expériences qui comptent pour lui et dont il pourrait être privé par la mort. (237) De plus avoir un faible intérêt à continuer sa vie n'est pas équivalent à l'absence total d'intérêt à continuer à vivre. (237) Et ce d'autant plus que cette notion de « faiblesse » peut être liée à la quantité, à la diversité ou à la qualité d'une ou de plusieurs expériences donnant libre court à une grande diversité d'interprétations individuelles. Ainsi, le fait de ne pas concevoir le futur n'est pas une raison suffisante pour accepter l'euthanasie involontaire. En revanche, par rapport à ce que nous avons vu précédemment, le fait d'être une personne est une raison suffisante pour faire de l'acte

d'euthanasie involontaire un acte au moins illégitime en terme éthique ou illégal en terme juridique. L'euthanasie involontaire n'est pas admise dans les pays où l'euthanasie en médecine humaine est dépénalisée car elle reviendrait à un meurtre, à l'assassinat d'une personne humaine. Enfin dans le cadre de l'euthanasie, celle-ci est considérée comme « humanitaire » par l'Ordre nationale des vétérinaires si elle prend en compte l'état de l'animal et l'état du propriétaire, notamment le vétérinaire devrait veiller à ce que la santé de l'animal ne nuise pas à la santé du client : il appartient « au praticien d'évaluer le caractère insoutenable pour le propriétaire de ces contraintes et de pratiquer l'euthanasie à la lumière de cette évaluation. » (110) Cependant ceci revient à mettre sur le même plan et à accorder la même valeur aux facteurs secondaires (liés au client et au soignant) et aux facteurs primaires (liés au patient).

d) Conclusion : définition de l'euthanasie

Si les définitions précédemment mentionnées pour définir l'euthanasie conduisent à envisager l'euthanasie involontaire comme éthiquement justifiable parce qu'elle garantit une mise à mort sans douleur, remettant en cause le principe de droit à la vie d'une « personne », et si l'euthanasie de convenance et l'abattage humanitaire sont des synonymes en terme de disposition du corps d'autrui pour le mettre à mort, dès lors sont regroupées sous le terme d'« euthanasie » des situations radicalement opposées. Tout acte même réalisé sans douleur qui conduit délibérément à la mort de l'individu, ne peut être nommé euthanasie. (253) L'intention derrière la volonté de mettre à mort un individu a une grande importance dans l'évaluation éthique de l'action et du tueur. (237) L'euthanasie s'inscrit dans le domaine médical, et en tant qu'acte médical, avant de le réaliser, le soignant doit avant toute chose considérer les besoins du patient et veiller à ne pas lui nuire. (226) Il doit en somme agir dans le meilleur intérêt du patient. Dire que la mise à mort sans douleur du patient est dans son intérêt propre, signifie qu'il n'a plus d'intérêt à vivre. La douleur, la souffrance, la qualité de vie éprouvée, le stress et la résilience modulent fortement l'intérêt à vivre du patient. Dès lors pour essayer d'évaluer de manière objective l'intérêt à vivre, il faut s'efforcer d'évaluer ces cinq facteurs qui eux-mêmes dépendent de l'individu malade, mais également plus ou moins fortement des relations sociales, de l'accessibilité matérielle, financière, etc., en somme du contexte de vie du malade. Ainsi l'existence d'une souffrance insupportable et/ou d'une qualité de vie médiocre pour le patient n'est pas un critère facultatif mais un critère nécessaire pour pouvoir parler d'euthanasie car il témoigne du respect accordé au malade au moins d'un point de vue de l'état dans lequel il se trouve, le respect de ses intérêts en tant que malade souffrant. Ne pas prendre en compte cette troisième proposition conduit à l'effacement des frontières entre abattage et euthanasie en médecine vétérinaire, entre meurtre/assassinat et euthanasie en médecine humaine sous prétexte que ces mises à mort sans douleur seraient réalisées par le personnel soignant. En effet, en prenant la responsabilité de mettre à mort l'animal, le vétérinaire transformerait selon l'opinion générale, l'acte de mise à mort en un acte d'euthanasie (157), et ce quels que soient le patient et la situation dans laquelle il se trouve. Cette opinion par ailleurs, incite le vétérinaire à réaliser cette demande par la pression morale exercée sur lui. (157)

En 2013, le CCNE a retenu la définition suivante de l'euthanasie : « un acte destiné à mettre délibérément fin à la vie d'une personne atteinte d'une maladie grave et incurable, à sa demande, afin de faire cesser une situation qu'elle juge insupportable ». (254) Cette définition

est bien différente de celle proposée par l'AVMA en 2020. (163) Mais le terme d' « euthanasie » étant employé en médecine humaine et en médecine vétérinaire, il faut que la définition de l'euthanasie soit adaptée à un emploi commun entre ces deux médecins, sans quoi établir deux définitions distinctes reposerait bien plus sur des préjugés qu'une véritable volonté d'exactitude de langage. De plus il faut que la définition de l'euthanasie la distingue de la limitation/abstention/arrêt thérapeutique lorsque les traitements n'apportent pas d'espoir réel d'amélioration. (93) Ainsi il semble légitime, au vu de ce qui a été analysé précédemment, de proposer la définition suivante de l'euthanasie : l'euthanasie est un acte réalisé par un médecin ou un vétérinaire dans l'intention de donner la mort sans douleur à un individu malade, afin de mettre fin à une souffrance ou à une qualité de vie jugées insupportables et irrémédiables par le patient, c'est-à-dire sur sa demande explicite, ou pour le patient, c'est-à-dire sur demande explicite d'un proche ou sur décision du corps du corps médical en vue d'agir dans son meilleur intérêt lorsqu'il est incapable de donner son consentement.

3) Les dilemmes inhérents à la pratique de l'euthanasie dans une relation de soin

a) Les liens entre une demande d'euthanasie et les facteurs du client

i - Les liens entre économie et demande d'euthanasie

Tout d'abord, qu'il s'agisse d'un patient humain ou d'un patient non humain, il ne peut être nié que le coût du traitement renforce la question de son sens. (161) A l'échelle de la santé publique, la Haute Autorité de Santé (HAS) et l'Académie nationale de médecine soulignent que « [l]a prescription des molécules onéreuses implique un effort très important de la collectivité en faveur d'un malade. Cet effort, dont le résultat inévitable est de réduire les moyens financiers disponibles pour d'autres usages, comme la prévention et la recherche, ne peut se justifier sur le plan éthique que s'il est assorti d'une efficacité notable. » (255) A l'échelle de la médecine individuelle, la même question se pose directement sur le patient et son entourage. Les soins reposent sur les revenus du client en médecine vétérinaire pour ceux n'ayant pas d'assurance et en médecine humaine sur les revenus de la famille et/ou des proches et/ou du patient dans les pays ne disposant pas de systèmes de prise en charge des soins tels que la sécurité sociale en France.

En médecine vétérinaire, le lien est établi entre le choix du traitement, le salaire reçu, la place de l'animal dans la famille, la valeur financière et émotionnelle qui lui est accordée et l'orientation des dépenses : certains clients abandonnent leur animal alors que leur maladie est curable, tandis que d'autre dépensent des sommes conséquentes pour maintenir un animal en vie alors qu'il n'est pas certain que ce soit dans son meilleur intérêt. (113) Les « non-valeurs économiques » sont les animaux non humains « acquis ou obtenus à des fins économiques mais qui ne peuvent apporter aucun bénéfice économique à leur propriétaire (animaux surnuméraires, chevaux qui ne peuvent plus concourir, etc.) et dont le maintien dans des conditions de vie adéquates représente une charge financière parfois difficilement supportable » (110) pour le propriétaire. Les « non-valeurs économiques » soulignent ce poids de l'argent sur l'accessibilité aux soins pour les animaux non humains et du lien entre ce rapport et la valeur émotionnelle qui leur est accordée. Ces animaux sont à fort risque d'être euthanasiés en cas de maladie. (110)

En médecine humaine, les défenseurs de l'euthanasie en France considèrent que légaliser l'euthanasie serait une manière d'assurer une durée de vie égalitaire dans le sens où actuellement, ce seraient les personnes riches qui y auraient accès en partant à l'étranger, alors que les personnes modestes seraient contraintes à subir des soins palliatifs poussés à leur extrême en restant en France. (179) Pourtant les opposants à la légalisation ou à la dépénalisation de l'euthanasie considèrent que ce serait la situation inverse qui risquerait de se produire. Les pauvres pourraient être amenés à choisir le « cocktail lytique présenté comme le moyen d'accéder à la distinction sociale » (179) et les riches bénéficieraient eux « jusqu'à la fin, de soins palliatifs de plus en plus sophistiqués. » (179) Les personnes privilégiées ayant accès à une médecine intervenant au-delà de la sphère dévolue aux conceptions de santé, les abandonnés aux marges des dispositifs performants. (98) Ainsi « l'idée de la bonne mort choisie serait une façon d'effacer l'égalitarisme séculaire devant la mort et de faire se perpétuer l'inégalité durant la vie, jusque-là insupportablement abolie avec le trépas. » (179) Déjà aux Etats-Unis, dans les états ayant dépénalisé l'euthanasie, certains êtres humains sont implicitement désignés comme des « non-valeurs économiques », les compagnies d'assurance rappelant aux malades leur droit de demander l'euthanasie « tout en leur refusant de nouveaux traitements médicalement indiqués mais coûteux. » (152)

ii - Les liens entre « fardeau du soignant » et demande d'euthanasie

En médecine humaine, il a été montré qu'une demande d'euthanasie n'était pas toujours émise dans le but de demander véritablement la mort, mais peut être la marque d'une souffrance morale, un moyen d'exprimer un mal-être profond. (137) Si l'euthanasie doit permettre de résoudre certaines situations très complexes en se basant sur des critères objectifs, il ne faut toutefois pas perdre de vue que d'un point de vue relationnel ce sont davantage les émotions qui dominent « sur un registre de désespérance, d'angoisse, de peurs, de colère ou autres. » (137) Même, lorsque c'est une autre personne que le patient qui émet une demande d'euthanasie pour un patient dans l'incapacité physique ou mentale de faire cette demande, s'ajoute un sentiment de culpabilité à faire cette demande, et ce même dans les cas où la mort est inévitable et dans le meilleur intérêt du patient. (188) Lorsque la désespérance est trop forte, que les perceptions de la maladie d'autrui et de ses impacts deviennent insupportables, la personne prenant soin du malade est susceptible de sombrer dans un « deuil anticipé » qui peut conduire à une demande d'euthanasie anticipée :

- d'une part, parce que la perception qu'elle a du souffrant lui étant insupportable, elle considère que la vie du patient est effectivement insupportable pour lui-même

- et d'autre part, parce que cette souffrance perçue lui semble insurmontable pour elle, submergée par ses émotions, elle en vient à penser qu'elle n'est effectivement pas surmontable pour le patient.

Toutefois le deuil anticipé peut avoir l'effet inverse si la personne qui s'occupe du patient est à l'étape du déni. Dans ce cas, tout état morbide ou toute aggravation de l'état du patient ou tout état catastrophique dans lequel le patient se trouve effectivement sont niés. Paradoxalement, le processus de deuil est « un double mouvement de désocialisation et de resocialisation par ajustement et appropriation » (235) qui devrait permettre à l'individu de passer d'un état de chagrin à un état d'apaisement partiel voir absolu. Ainsi le deuil anticipé, s'il peut conduire lorsque le chagrin est très fort à une demande d'euthanasie anticipée, à l'inverse, lorsqu'il

progresses, il peut, parce qu'il permet à l'individu de s'apaiser vis-à-vis de la situation, mener à la recherche d'alternative. De même si le chagrin qui s'exprime par le déni de l'état du patient conduit à des actes de négligence, le processus de deuil, lorsqu'il progresse positivement, peut permettre à l'individu de supporter le changement du malade, d'ouvrir les yeux et d'agir ensuite pour le patient en connaissance de cause.

D'où l'importance dans le cadre d'une telle demande (peut-être plus que tout autre demande dans un contexte de soin) de l'écoute et de la reformulation précise de la demande car « [l]’emploi des mots et le respect de ceux-ci et du malade doit inciter à ne pas regrouper les propos d’emblée dans une classification préexistante. » (137) Il faut, entre autres, distinguer les phrases suivantes : « " *j'en ai marre* ", " *je voudrais mourir* ", " *je voudrais être tué* " [...] seule la dernière phrase est une demande d'euthanasie. » (137) La demande d'euthanasie peut être dans certains cas « plus une modalité, à un moment, de mettre des mots sur sa souffrance ou une manière de quémander une aide plutôt qu'une réelle volonté de mourir. » (137) Les phases d'écoute et de reformulation doivent permettre de distinguer une réelle demande d'euthanasie d'une demande d'aide déguisée par l'évocation de l'euthanasie, de ne pas tomber dans le piège de la focalisation sur la demande à la place de la focalisation sur le patient dans son entièreté et son contexte de vie. (137) Par exemple, en médecine humaine « l'euthanasie s'inscrit souvent dans un moment où l'image de soi est contestée et où aucune représentation de soi-même ne semble possible. » (137) Les auteurs citent l'exemple d'une femme cadre dans une entreprise prise en charge pour un cancer qui disait ne plus savoir qui elle était parce qu'elle ne se reconnaissait plus et ne pouvait plus se voir dans un miroir. (137) Les interventions d'une esthéticienne et d'une psychomotricienne firent disparaître la demande. (137) De même en médecine vétérinaire, le vétérinaire doit veiller à distinguer une demande d'euthanasie véritable, faite dans l'intérêt de l'animal, d'un appel au secours face à une situation qui dépasse le client. Certains clients émettent une demande d'euthanasie par perception de la souffrance ou de la baisse de la qualité de vie sans imaginer de solution et/ou par désespoir et par dépassés par les événements intervenant dans leur propre vie (des injustices, la perte d'un proche, une rupture amoureuse, la perte d'un travail, etc.). Dans les deux cas, la demande d'euthanasie apparaît comme une manière détournée de demander de l'aide dans le premier cas pour l'animal et dans le second cas pour lui-même : le client demande de l'aide pour autrui parce que le désespoir dans lequel il se trouve fait qu'il ne peut demander de l'aide pour lui-même. (88) Il est important de penser à cette seconde situation où respecter la demande conduira à la mort non légitime de l'animal et, d'autre part, pourra conforter le client dans son désespoir de vivre dans un monde d'injustice et où il ne se trouve pas de solution véritable, aucune aide possible. Même il est des cas où une demande d'euthanasie à l'égard de l'animal peut être la première étape d'un processus de suicide. (188) Il est reconnu que dans le cadre d'une rupture ou d'un deuil, maintenir l'animal en vie est souvent nécessaire pour maintenir le client en vie (188), car l'animal est perçu comme un ami, un membre de la famille, ou comme le dernier lien spirituel que le client peut établir avec le défunt.

b) La question du pouvoir du soignant dans la relation de soin

L'euthanasie interrompt tout le processus vital physiologique et physiopathologique. Légaliser ou dépénaliser l'euthanasie revient donc à transformer, déplacer ou supprimer la limite du pouvoir du soignant lui donnant le pouvoir absolu sur la vie et la mort. (152) L'un des

arguments contre la dépénalisation de l'euthanasie est que l'interdiction de l'euthanasie assurerait, au moins en théorie, une relation médecin/patient/famille horizontale. (137) Même, si le soignant considère qu'il ne peut pas mieux venir en aide au patient qu'en arrêtant sa vie, certains considèrent que le soignant rompt son devoir de gardien du « projet de vie ». Mais en accédant à la demande d'un patient se trouvant dans une situation qu'il juge insupportable, le soignant n'arrête-t-il pas d'être le gardien de la « vie » plutôt que le gardien du « projet de vie » ? Pour aborder cette distinction entre la « vie » et le « projet de vie », on peut s'appuyer sur la distinction établie par Hannah Arendt et de Giorgio Agamben entre la *zoe* et la *bios*. La *zoe* est « bornée par un commencement et par une fin [...], cette vie suit un mouvement strictement linéaire, causé néanmoins par le même moteur biologique qui anime tous les êtres vivants et qui conserve perpétuellement le mouvement cyclique naturel. » (256) La *bios* quant à elle est « le riche accomplissement de la vie » (256). La distinction entre ces deux notions serait nécessaire, la confusion entre ces deux conduisant au « risque mortel que le fait de vivre prît de plus en plus le pas sur l'accomplissement de la vie. » (256) Au vu de la définition de chacun, la *bios* se rapproche du *telos* et la *zoe* de la vie, du phénomène d'être vivant. Le *telos*, comme nous l'avons déjà expliqué dans la partie II - B - 2) b) ii, est « l'ensemble unique de traits et de pouvoirs qui font de l'animal ce qu'il est ». (184) Or le *telos* d'un individu, d'une personne, est lié à ses besoins et à ses privations et s'exprime au travers de ses exigences. Le « projet de vie » du patient c'est d'assouvir son *telos*. Être le gardien du « projet de vie », c'est être le gardien du *telos*, le gardien des exigences de survie et des exigences de qualité de vie du patient. Or lorsque la souffrance est insupportable et/ou que la qualité de vie se retrouve sous le seuil du supportable et du tolérable pour le patient, et lorsque dans le contexte dans lequel se trouve le patient cette situation devient irrémédiable, dès lors le patient ne peut plus prétendre à des exigences de qualité de vie. Le soignant dans de telles conditions ne peut être considéré comme le gardien des exigences de qualité de vie car il n'y a plus d'exigence de qualité de vie qui existe. En revanche, le patient survit et le soignant reste donc le gardien des exigences de survie. S'il accepte de pratiquer l'euthanasie, dès lors il cesse d'être le gardien des exigences de survie, c'est-à-dire le gardien de la vie, mais ne cesse pas d'être le gardien du projet de vie, le projet de vie ayant quitté le patient à partir du moment où la souffrance est devenue intolérable et irréversible, la qualité de vie insupportablement médiocre et irréversible.

c) La question de la déresponsabilisation de celui qui fait la demande

Le suicide est l'« acte de se donner soi-même la mort. Le suicide est soit un acte rationnel [...] ou au contraire un acte pathologique. » (93) En terme pathologique, il intervient par volonté de fuir, par volonté autodestructrice ou par « un appel au secours, une sorte de message désespéré adressé à un entourage jugé trop indifférent ou hostile. » (93) Tout comme le suicide, l'euthanasie pose la question de la relation et de l'attachement à autrui : demander au soignant de tuer son patient « pourrait être une manière de vérifier l'attachement de l'autre pour la personne qui lui demande via sa capacité de résister à une telle sollicitation ou, inversement, la révélation à soi-même ou à l'autre de la haine que ce dernier éprouve envers le demandeur de mort qui le conduit à répondre favorablement à sa demande ou tout au moins à l'appuyer. » (179) De même en médecine vétérinaire où une demande d'euthanasie peut être un appel au secours indirect du client pour le patient ou pour le client lui-même, une manière d'exprimer un mal-être profond qui recherche de l'aide sans savoir la demander de manière adéquate. (188) En revanche l'euthanasie se distingue du suicide en soulevant un problème

juridique, philosophique et éthique en ce qui concerne les définitions d'assassinat lorsqu'il s'agit de l'être humain (228), car s'il est concevable « qu'un homme mette fin à ses jours, il ne s'ensuit pas qu'il soit licite de se faire tuer par un autre [...] il n'est pas possible de dire que la mort qu'on se donne équivaut à celle qu'on reçoit. » (117) Le recours à un tiers permet d'extérioriser l'objet de la préoccupation de la personne en rendant la décision à prendre plus facile (179), car « le recours à un tiers prive l'intéressé de cette confrontation indispensable qui permet d'étalonner le degré du désir d'en finir avec la vie. » (179) Il permet au demandeur de se passer ou au moins de réduire la culpabilité qu'il pourrait éprouver si c'était lui qui agissait directement. A l'inverse, cet acte responsabilise fortement le soignant, car autoriser le soignant à réaliser un tel acte lui offre le pouvoir sur la vie, alors même que la médecine n'est pas une science certaine et donc qu'il n'est jamais possible (ou seulement dans de très rares cas) de dire que c'est le moment exact où il faut arrêter le processus vital. L'euthanasie permet donc une certaine déresponsabilisation du demandeur qui va de pair avec une culpabilisation du réalisateur de l'acte.

d) La question de la culpabilité éprouvée par le passage à l'acte

Initialement, les professionnels de santé choisissent de travailler dans un métier de la santé parce qu'ils sont préoccupés par le sort des malades, ils souhaitent agir pour leur vie et leur projet de vie. Par conséquent, une demande d'euthanasie dans le contexte du soin peut être perçue par le soignant comme une demande violente, car il se retrouve face au paradoxe d'être à la fois un soignant et un tueur (138) (il condamne le patient à une fin certaine alors qu'il devait être gardien de sa vie et de son projet de vie) et à la violence psychologique qui lui est associée. (147) La violence psychologique découle notamment du sentiment de culpabilité, lui-même à l'origine de conflits intérieurs, pouvant aller de la tristesse (138) à de la dépression, au *burn out* (116) voire au développement de signes de stress post-traumatique. (257) La réaction et la réponse d'un soignant face à la fin de vie, face à la mort, face à une demande d'euthanasie, et à la réalisation effective de celle-ci va dépendre de sa « position de témoin ou d'acteur d'euthanasie dans le passé, à la relecture qui en a été faite ou non, à la trace émotionnelle persistante. » (137) Elle dépend également de sa structure psychique, de sa manière d'aborder les thèmes « de l'ordre de la puissance, de la culpabilité, de l'angoisse, du rapport à la limite ou à l'autorité » (137). Elle dépend aussi de son éducation, son milieu social, ses repères philosophiques et ses croyances. (137) Enfin « la relation à la personne malade est bien sûr un élément déterminant avec des affects, des identifications, des projections. » (137)

L'intensité des émotions éprouvées par le soignant dépend du contexte dans lequel la demande est faite. Le vécu de la demande d'euthanasie n'est pas la même s'il semble au soignant que des alternatives existent mais que le patient ou le client les refuse ou s'il lui semble qu'il ne s'en trouve pas. En médecine vétérinaire particulièrement, il est important de distinguer le stress moral « en raison du fait de tuer des animaux en soi » et le stress moral « en raison du fait de tuer des animaux pour les mauvaises raisons ». (157) La souffrance des soignants face à une demande de mise à mort pour de « mauvaises raisons » naît de la confrontation des facteurs suivants : les animaux ne profitent pas de la mise à mort ; les raisons pour lesquelles ils font ce travail et les questions morales soulevées (214) ; la désapprobation de la société alors même que la justification de ces mises à mort est causée par la société ou en faveur de la société (214) ; l'impossibilité de parler de ces actes (214) ; le sentiment de rage et les remords éprouvés envers

les clients et dans certains cas envers eux-mêmes. (214) Selon Yeates, quelles que soient les circonstances dans lesquelles la demande d'euthanasie et l'acte d'euthanasie sont réalisés, le vétérinaire ne doit pas se sentir coupable, car il ne fait qu'exécuter la mauvaise partie du travail qui lui est demandé. (253) D'autres auteurs recommandent aux vétérinaires de diminuer leur empathie à l'égard de leur patient pour pouvoir supporter leur mort et leur mise à mort plus facilement. (157) Mais ces deux propositions remettent en question les principes de la relation de soin. Premièrement, cela revient à nier le fait que le vétérinaire soit le garant des devoirs moraux vis-à-vis des patients, des clients, de la santé publique, de lui-même, de la profession. (111) Nier l'une de ces responsabilités par confort, c'est chercher une « solution simple » à une situation désagréable mais complexe, conditionnelle et nécessaire, de notre statut de garant de la santé animal (non humaine et dans une certaine mesure humaine) et de la santé publique. Être garant c'est « assurer le maintien de quelque chose, son existence, son respect » (47), c'est « assurer, sous sa responsabilité, l'exécution de quelque chose dans des conditions préalablement définies ». (47) Céder à toute pression extérieure, à la véhémence d'un des deux partis ce n'est pas prendre au sérieux sa position de garant, de sachant, de responsable et dès lors « qu'y a-t-il, alors, pour empêcher un vétérinaire de mettre fin à la vie de n'importe quel animal pour des motifs relativement triviaux ? » (253) Deuxièmement, elles risquent de faire plus de victimes que nécessaire, car rechercher un apaisement face à un dilemme en ne faisant pas un compromis mais en accédant complètement à la demande d'un des deux partis, alors même que cette demande va à l'encontre d'autrui, est une illusion. Accéder à la demande du propriétaire pour ne plus avoir à réfléchir, à s'engager intellectuellement (par la créativité que le compromis présuppose) et émotionnellement (par le courage social dont doit faire preuve le soignant pour agir dans le meilleur intérêt du patient sans nier son contexte de vie et sans être soumis aux pressions exercées sur lui-même), peut donner l'illusion de se débarrasser de toute pression morale. La « dissonance cognitive » fait qu' à partir du moment où nous franchissons à plusieurs reprises une barrière morale que nous nous étions fixés, nous avons tendance à perdre la motivation pour analyser nos actions, leurs conséquences et les alternatives : « Au pire, une dissonance cognitive autour de ces questions peut amener un vétérinaire à considérer la mort comme un état zéro-neutre [...] Selon cet argument, la mort – sans souffrance – vaut mieux qu'une vie avec n'importe quel niveau de souffrance ». (253) A partir du moment où il passe par-dessus une restriction morale, une tendance de l'être humain est de recommencer afin de justifier (consciemment ou non) son action et celles des autres. (152) Et le stress moral est donc susceptible de se répéter. Les études menées auprès de la profession ont montré que ceux qui avaient davantage tendance à donner plus de poids aux intérêts humains qu'aux intérêts du patient et à accéder à ces demandes avaient une plus grosse propension au *burn out*, à la dépression, au suicide. (258) A l'inverse, ceux qui incitaient les clients au dialogue lors de demande d'euthanasie et qui dans certains cas refusaient cette mise à mort si la demande ne leur semblait pas légitime présentaient beaucoup plus rarement ces états. (258) Si euthanasier, même pour de bonnes raisons fait souffrir le vétérinaire, cette souffrance sera presque toujours moins grande que d'euthanasier pour de mauvaises raisons ou que ne pas avoir la possibilité d'euthanasier dans certains cas extrêmes notamment lors d'impasse thérapeutique chez un patient souffrant terriblement. (152), (212), (259) Dans ce dernier cas, le burnout, la dépression, la « fatigue compassionnelle » sont également observés. (152) Cela souligne le fait que ce n'est pas parce que l'on se dit que l'on n'est pas responsable que l'on n'éprouve pas de la responsabilité et des remords. Par ailleurs, cela souligne le fait qu'éprouver de la culpabilité est nécessaire au soignant pour encadrer sa

pratique, lui permettre de progresser et de réfléchir sur ses actes, et parce qu'elle assure une non-banalisation de l'acte d'euthanasie. (258) Pour autant, pour que cela soit possible, le soignant ne doit pas se laisser anéantir, envahir par la culpabilité, à un point tel qu'il ne serait plus capable ou ne voudrait plus réfléchir sur ses actes et sur ses responsabilités.

4) Conclusion : peut-il être légitime d'euthanasier une « personne » ?

Réfléchir sur l'euthanasie présuppose de réfléchir à la place accordée à la souffrance, à la qualité de vie, à la mort dans la vie. Dans le cadre de la médecine vétérinaire et de plus en plus dans le cadre de la médecine humaine, l'opinion générale perçoit l'euthanasie comme « l'un des actes les plus douloureux mais les plus aimants et les plus désintéressés de la vie. » (138) En médecine vétérinaire, les réflexions sur l'euthanasie s'articulent autour du rapport à la souffrance comme précédemment mentionné (souffrance du patient indépendamment de l'acte ou par rapport à la méthode employée). En 2017, le Royal College of Veterinary Surgeon considère que la possibilité de réaliser une euthanasie est un privilège pour le vétérinaire car elle lui offre la possibilité de soulager tout animal de toute souffrance. (147) En médecine humaine, les débats sur l'euthanasie s'articulent davantage autour de « l'interdit de tuer » une personne humaine. Mais ce sentiment d'interdiction de tuer un autre être humain relève-t-il d'une intuition, d'un fondement quasi universel, tel qu'il est mentionné par certains auteurs ? (157)

a) Le poids de la religion sur l'interdiction de tuer des humains et sur l'autorisation de tuer des animaux non humains

D'après Hannah Arendt, l'« interdit de tuer » dans nos sociétés occidentales modernes serait une relique d'une histoire chrétienne qui nous pousse à considérer la vie comme un bien suprême : « Si la vie s'est imposée à l'époque moderne comme ultime point de repère, si elle demeure le souverain bien de la société moderne, c'est que le renversement moderne s'est opéré dans le contexte d'une société chrétienne dont la croyance fondamentale au caractère sacré de la vie a survécu, absolument intacte, après la laïcisation et le déclin de la foi chrétienne. » (146) Même l'emploi du terme « humanitaire » dans la sphère publique peut être interprété comme un témoin du rapport des sociétés modernes à la souffrance prenant ses origines dans la religion chrétienne mais s'adaptant à la modernité : « alors que le spectacle de la souffrance a entièrement disparu des lieux publics où l'on montrait autrefois les supplices infligés aux criminels, sa représentation par l'image et le récit est devenu de plus en plus habituelle dans la sphère publique [...]. Cette fascination pour la souffrance s'inscrit également dans une généalogie chrétienne [...]. La singularité du christianisme est à cet égard de faire de la souffrance une rédemption. » (146) Et le débat autour de l'euthanasie des êtres humains se cristallise entre l'aspect ancien et l'aspect moderne de cette conception chrétienne : d'un côté, il est interdit de tuer un être humain et ce même s'il souffre, la vie étant sacrée et sa souffrance un acte de rédemption, et d'un autre côté l'aspect moderne de la pensée chrétienne transformerait la passion en compassion, « l'exaltation de sa propre souffrance en attention à la souffrance des autres. » (146) Il est probable que tout cela soit plus ou moins conscient. Mais ainsi s'expliquerait la différence de traitement des animaux non humains en termes de souffrance et de mise à mort et donc la différence de rapport à l'euthanasie vis-à-vis des animaux non humains et des humains.

A l'inverse certaines religions interdisent la mise à mort d'un animal malade comme c'est le cas de l'hindouisme. L'hindouisme repose sur les principes suivants : « Celui qui attache son destin à l'*ahimsa*, la loi de l'amour, réduit chaque jour un peu plus le cercle de la destruction et promeut par conséquent la vie et l'amour ; celui qui ne jure que par la *himsa*, la loi de la haine, élargit chaque jour un peu plus le cercle de la destruction et encourage ce faisant l'œuvre de la mort et de la haine. » (260) Ainsi pour la communauté hindouiste et bouddhiste de Skanda Vale en Inde, tuer un animal à cause de la souffrance ou de la maladie qu'il endure va à l'encontre du respect de l'*ahimsa*, qui s'exprime « par la reconnaissance et la préservation du caractère sacré de la vie de tous les êtres vivants ». (147) Tuer un animal brise la confiance entre les animaux non humains et les êtres humains s'occupant d'eux, « où le premier fait confiance au second pour agir dans son meilleur intérêt et finalement le respecter en tant qu'être divin à part entière. » (147) De même ils considèrent que le fait que la mort arrive subitement est violence alors que la mort lente est synonyme de paix, de plénitude.

Ces exemples témoignent du poids que peuvent avoir les religions dans les rapports à la souffrance et à la mort même dans les sociétés modernes. Or une décision religieuse n'est pas une décision éthique en elle-même, la religion n'est pas l'éthique : « la religion révèle ; la morale impose ; l'éthique interroge. » (3) Le problème que pose l'approche religieuse, c'est qu'elle n'offre pas de marge de manœuvre, elle impose une limite totale qui est définie, qui ne permet pas, voire n'autorise pas, de réflexions sur le contexte, sur les différences qu'il existe entre les différentes situations de la vie. Quel que soit le contexte, ce qui est mal ou ce qui est bien ne change pas, ces derniers reposant sur des principes religieux stricts.

b) Le poids et les effets de l'interdiction et de la dépénalisation de l'euthanasie dans les sociétés humaines

Dans les sociétés humaines, l'« interdit de tuer » serait le socle de l'équilibre social et c'est pour cela qu'il serait interdit de tuer un être humain quelles que soient les circonstances. L'équilibre entre les intérêts sociaux et individuels est maintenu par un réseau complexe de normes sociales et de normes biologiques. (233) La législation intervient dans ce rapport à la mise à mort. La pratique de l'euthanasie est soit interdite, soit dépénalisée, soit légalisée. En termes de législation, dépénaliser et légaliser sont deux choses différentes :

- la légalisation reconnaît « juridiquement une liberté d'agir, qui peut être encadrée par l'État, chargé de préserver la sécurité et les intérêts de la société. » (261)
- la dépénalisation repose sur « un allègement des sanctions pénales incriminant un comportement déterminé, qui peut aller jusqu'à leur suppression pure et simple. » (261)

En médecine humaine, les opposants à l'euthanasie craignent notamment qu'avec la dépénalisation ou la légalisation de l'euthanasie, cette demande et l'acceptation de celle-ci ne deviennent au bout d'un moment une habitude. (152) Lorsqu'une pratique devient plus courante, plus fréquente, elle a tendance à être perçue comme étant normale car elle se conforme à la norme sociale et « plus une pratique s'enracine profondément, plus elle portera la force présomptive d'un précédent ou d'une approbation sociale » (152) faisant oublier peu à peu les enjeux éthiques qu'elle représente. A partir du moment où un acte est légalisé ou dépénalisé, il est fréquent que l'on en vienne à se dire qu'il n'y a plus à réfléchir sur la signification de cet

acte, agir selon la loi est associé au fait de faire une bonne action en soi. (152) L'interdit pris pour acquis est bien souvent remis en cause à partir du moment où un pays change ses lois : « l'être humain a une réelle capacité à remettre les choix qu'il fait dans un réseau de sens apaisant pour lui-même. La loi serait alors une aide. » (137) Cependant on peut supposer que le médecin serait, si l'euthanasie était dépénalisée en France, le médecin serait protégé par la clause de conscience, et pourrait rediriger le patient vers un confrère, s'il ne se sentait pas répondre à cette demande comme c'est le cas dans les pays ayant dépénalisé cet acte.

En médecine vétérinaire, l'individu pouvant réclamer et/ou ordonner l'euthanasie d'un animal à un vétérinaire est le propriétaire ou le détenteur, une autorité judiciaire (juge d'instruction, procureur de la république, officier de police judiciaire), et une autorité administrative (maire, préfet). (250) Le vétérinaire ne dispose pas d'une clause de conscience derrière laquelle il pourrait se réfugier contre la réalisation d'un acte qui irait à l'encontre de ses convictions propres. Dans une telle situation, il peut seulement essayer de prouver que son refus est légitime, c'est-à-dire que « la mission n'entre pas dans le cadre légal de l'article fondant la réquisition » (250) ; ou par « incompétence technique » (250) ; ou par « inaptitude physique » (250); ou en faisant appel aux articles R-242-33 et R-242-48 du *Code rural et de la pêche maritime* si le maire ordonne l'euthanasie de l'animal contrairement à l'avis du vétérinaire officiel. (250) La légitimité de ces motifs est ensuite laissée à l'appréciation du juge. (110) L'absence de clause de conscience et l'article R-242-33 du *Code rural et de la pêche maritime*, disait que « le vétérinaire est tenu de remplir tous les devoirs que lui imposent lois et règlements » (110) laissent peu de place concernant la mise en pratique d'une réflexion et d'un choix éthique pour le vétérinaire dans un contexte de demande d'euthanasie, et ce notamment dans le cadre de la santé publique. Paradoxalement, dans le même temps, que ce soit dans le *Code of Professional Conduct for Veterinary Surgeons* en Angleterre, ou dans le *Code de Déontologie de la profession vétérinaire* en France, l'euthanasie n'est pas un acte purement vétérinaire (262), et il ne se trouve pas de critères définis dans la loi concernant les conditions d'accès à une demande d'euthanasie en médecine vétérinaire. Pourquoi dans le cas de la médecine humaine, le praticien est-il libre légalement de respecter ses convictions personnelles dans la mesure où il respecte le patient et le redirige vers un confrère pour que ses convictions ne limitent pas l'accessibilité aux soins du patient, alors que ce n'est pas le cas en médecine vétérinaire ? Et ce alors même que le vétérinaire intervient également dans une relation de soin entre le patient, le client et lui-même et qu'il a également des principes. Pourquoi dans le premier cas les principes et valeurs du soignant sont reconnus dans la mesure où ils ne nuisent pas au patient, alors que dans le deuxième cas ils sont considérés comme secondaires à la législation ?

Le terme d'« échelle socio-zoologique » désigne une manière de « classer » les espèces animales non humaines en fonction de la valeur émotionnelle et/ou économique pour un individu humain X. (113) Cette valeur accordée repose sur des critères subjectifs qui sont : la culture de l'individu X et la relation que l'individu X a entretenue ou non avec un membre de cet espèce. (113) Cette échelle est ensuite utilisée pour justifier notre attitude envers les animaux non humains, et notamment module notre manière d'appréhender la mort d'un animal. Le principe qui découle d'une telle échelle est que « plus la position d'un animal est élevée sur l'échelle socio-zoologique, plus sa mort est considérée comme digne du chagrin humain et de la sympathie des autres » (113) et plus il devient illusoire de trouver une justification morale à

sa mise à mort. La reconnaissance ou non d'un autre individu en tant *qu'alter ego* module la raison pour laquelle un animal est tué et enfin les justifications invoquées pour cette mise à mort, les conditions et les critères applicables lors de la mise à mort. (233) C'est pourquoi la mise à mort d'un être humain met potentiellement le soignant face à une crise existentielle (233), car il est difficile de trouver une justification morale à sa mise à mort : si le patient se trouve dans une situation qu'il juge et que le soignant juge insupportable il n'en demeure pas moins que le soignant en réalisant l'acte tuera un membre de son espèce (233), transgressera le tabou (religieux et légal) de tuer un être humain (233), et rompra en tant que médecin le *Serment d'Hippocrate*. Le problème d'une telle échelle est qu'elle est très labile, que dans un même pays, une même espèce peut se situer à différentes positions dans l'échelle socio-zoologique, et par conséquent la solution à des situations complexes devient très arbitraire. Le cheval est certainement l'une des espèces qui se trouve la plus dispersée sur l'échelle socio-zoologique, rendant compte de la fragilité de cette échelle pour prendre des décisions ou pour mener une réflexion éthique dans le cadre des relations entretenues avec cette espèce. On peut prendre à titre d'exemple le cas des chevaux aux Etats-Unis. *The Wild Free-Roaming Horses and Burros Act* (1971), a pour but de protéger les chevaux sauvages et les ânes contre les actes de maltraitance en déclarant qu'ils sont « des symboles vivants de l'esprit historique et pionnier de l'Ouest ; qu'ils contribuent à la diversité des formes de vie au sein de la Nation et enrichissent la vie du peuple américain ». (234) En 2005, l'American Association of Equine Practitioners (AAEP) introduit le terme de « chevaux non désirés » pour désigner les chevaux domestiques, qui ne répondent plus aux critères souhaités par leurs propriétaires, et les chevaux sauvages. (263) En 2007, environ 58 000 « chevaux non désirés » furent envoyés dans les abattoirs aux Etats-Unis, 35 000 exportés dans les abattoirs du Canada, 45 000 envoyés dans les abattoirs du Mexique, 21 000 détenus dans des sanctuaires financés par le Bureau of Land Management (BLM), 9000 mis à l'adoption par le BLM, et les autres furent abandonnés, maltraités, négligés. (263) En 2016, une étude réalisée sur 50 000 foyers rapporte que 38,4% des propriétaires considèrent leur cheval comme un membre de la famille, 56,2% comme un animal de compagnie, 5,1% comme une propriété. (182) Au vue de la superficialité des critères employés pour placer une espèce sur l'échelle sociologique, elle ne semble pas légitime pour répondre à un dilemme. De plus à partir du moment où le patient non humain est une personne, la valeur accordée à l'individu, la différence de valeur estimée entre les espèces en fonction de la place dans l'échelle socio-zoologique n'a plus lieu d'être

c) Euthanasier une personne peut-elle être une décision éthique ?

L'euthanasie est un acte réalisé dans un contexte de soin par un médecin ou un vétérinaire dans l'intention de donner la mort sans douleur à un individu malade afin de mettre fin à une souffrance ou à une qualité de vie insupportables, intolérables et irrémédiables conduisant à une situation jugée insupportable par ou pour le patient, sur demande explicite du patient ou, lorsque le patient est incapable de donner son consentement, sur demande explicite d'un proche ou sur décision du corps du corps médical en vue d'agir dans le meilleur intérêt du patient. Au vu des parties II et III, l'euthanasie d'une personne « s'articule autour d'exigences légitimes et contradictoires : la volonté, les choix, la liberté, l'indépendance et l'autonomie de la personne, d'une part ; la défense des valeurs sur lesquelles se fonde notre organisation sociale, d'autre part. » (179) Elle place le soignant face à un dilemme éthique majeur : peut-il transgresser le principe de respect de la vie de la personne et rompre la relation de soin qui a

pour but d'aider le patient à maintenir son projet de vie malgré la maladie qui s'exprime dans sa personne et dans son contexte de vie, parce qu'il se trouve pris au piège d'une situation jugée insupportable, pour laquelle le soignant ne peut pas ou ne plus rien faire ? Même dans les débats autour de la dépénalisation de l'euthanasie en médecine humaine en France, les défenseurs de cette pratique n'emploient pas le terme « euthanasie » mais le terme « mourir dans la dignité ». Le changement des termes n'est pas anodin : il vise à ouvrir plus facilement le débat autour d'un acte, celui de mettre à mort une personne humaine, qui va pourtant à l'encontre des principes normatifs fondamentaux associés au concept de personne, car au fond l'expression de nos vies éthiques se cristallise dans la façon dont nous agissons dans le contexte de la mort. (264) Pour répondre à la question de savoir s'il peut être légitime d'euthanasier une personne ou non, nous allons nous appuyer sur les réflexions précédemment menées au cours de cette thèse.

Le soin est défini comme l'« ensemble des mesures et actes visant à faire bénéficier une personne des moyens de diagnostic et de traitement lui permettant d'améliorer et de maintenir sa santé physique et mentale. » (143) Le soin repose sur « un équilibre entre le combat contre la maladie et le soulagement des souffrances, qu'elles soient physiques ou psychiques » (144) qui vise à valoriser la capacité à fournir une réponse adéquate à une situation particulière dans un contexte particulier. (141) L'éthique dans la relation de soin, l'éthique de l'acte soignant en médecine individuelle, repose sur l'éthique déontologique et l'éthique du *care*. L'éthique déontologique repose sur cinq principes.

- Tout d'abord, le « principe de respect » de la personne est un droit fondamental et absolu de la personne, le bafouer revient à considérer qu'elle n'a pas de valeur inhérente, soit en étant prise pour un réceptacle de valeur, c'est-à-dire que ce n'est pas elle mais les bienfaits ou les méfaits qui peuvent lui être causés qui ont de la valeur (139), soit en étant prise pour une ressource, c'est-à-dire que les bienfaits ou les méfaits qui peuvent lui être causés n'ont eux non plus aucune valeur morale directe. (139) De ce principe découlent les droits fondamentaux de la personne qui sont « les droits liés à la subsistance, à la sécurité physique et à la liberté » (139), principes se traduisant dans la relation patient – soignant au travers des quatre principes fondamentaux de la médecine : le « principe de bienfaisance » affirmant que le soignant doit agir dans le but d'améliorer la qualité de vie de son patient ce qui passe par le principe d'autonomie et le principe de réceptivité (99) ; le « principe de malfaisance » qui stipule que lorsque le soignant ne peut rien faire pour améliorer l'état du patient il doit au moins ne rien faire pour aggraver son état ; le « principe de justice » qui réclame égalité et équité entre les patients ; et enfin le « principe d'autonomie » qui reconnaît la capacité du patient ou de son entourage ou seulement du soignant pour choisir une prise en charge adaptée à l'état du patient et à sa volonté.

- Puis le « principe de préjudice » indique qu'il ne faut pas porter atteinte à la personne et, si c'est pourtant ce qui arrive, il faut considérer l'attitude de celui qui cause le préjudice à l'égard de l'individu ainsi que la raison pour laquelle il le fait. (139)

- Ensuite, le « principe de liberté » repose sur l'idée que tous les préjudices ne sont pas équivalents et que donc sous réserve que le principe de respect à l'égard d'autrui ne soit pas violé, tout individu innocent peut agir de sorte à éviter d'être malmené, même si son action peut nuire à d'autres innocents. (76)

- Puis le « principe d'égalité » entre les patients présuppose que tout patient doit être considéré comme un être doté d'une certaine valeur, qui est la même que celle d'autrui. (136)

- Et enfin, le « principe du moindre mal » s'applique dans les situations où, quelle que soit la décision prise, une personne subira des méfaits. (139) Dans ce cas c'est le poids des maux touchant les différentes personnes qui permet d'évaluer « l'ampleur du tort causé aux personnes directement impliquées » (76) et de prendre la décision qui aura le moins de méfait pour chacune des personnes et ce en vertu du principe de respect. (76) Témoigner un égal respect à deux personnes, implique de considérer leurs préjudices égaux de manière égale, et de considérer leurs préjudices inégaux de manière inégale. (139)

L'éthique du *care* repose sur quatre attitudes morales : « se soucier de quelqu'un », « prendre soin », « prendre en charge » et « recevoir le soin ». (141) Elle reconnaît la nécessité du soignant de se former, de respecter le code de déontologie, mais elle combine la rationalité de la situation médicale avec la particularité du contexte : elle est rationnelle en tant que le soignant s'appuie sur ses connaissances médicales théoriques et pratiques pour appréhender la maladie, la prendre en charge, pour assurer le moins d'inconfort possible au patient lors des examens et de son hospitalisation, sans pour autant négliger la particularité du contexte dans lequel ce patient vit. Elle approche de manière rationnelle des situations étudiées dans le même temps au cas par cas. (103) Elle offre un espace dans lequel s'« affirme la priorité de la pratique sur la théorie éthique et les principes moraux » (103) afin de répondre à « ce qui est important » pour la personne malade. (143) Ainsi d'un côté, l'éthique déontologique protège l'ensemble des personnes impliquées directement ou indirectement dans la relation de soin grâce aux grands principes inviolables qu'elle pose. Grâce à ses principes, elle préserve la relation de soin de dériver vers une relation de pouvoir arbitraire. D'un autre côté, l'éthique du *care* a pour but d'assurer que l'acte soignant soit adapté aux besoins de la personne malade, afin de lui offrir « les conditions d'éprouver sa dignité » en tant que personne. (141) Elles sont donc complémentaires en ce sens qu'étant profondément tournées vers la personne, visant toutes deux à assurer la dignité de la personne, ensemble elles incitent à reconnaître que le singulier se distingue de l'universel (137) et à reconnaître l'importance de faire preuve de sagesse pratique pour le soignant. La sagesse pratique concerne l'« unicité d'une situation » (137), et donc la valeur éthique accordée à un choix ne repose pas sur le respect de grands principes indépendants du contexte, mais sur un choix délibéré, confrontant et s'efforçant d'associer le contexte singulier de la situation (ici la relation de soin particulière et unique), les grands principes (ici principes fondamentaux de la médecine et devoirs du soignant à l'égard du patient), de la législation et des normes (ici liées au concept de personne). En cela la sagesse pratique permet de distinguer les situations où le respect des normes est éthique et les exceptions justifiables, c'est-à-dire les situations dans lesquelles, si on ne transgresse pas, on se rendrait « complices d'un mal plus grand. » (137) Et dans ce cas pour empêcher une telle dérive vers le plus grand mal, il peut être nécessaire de passer par la transgression. (137) L'éthique de la transgression, comme déjà mentionné, repose sur trois facteurs : assumer « le paradoxe d'une conscience morale autonome qui se soumet à la norme qu'elle découvre à l'œuvre dans son propre exercice. » (137) ; échanger, discuter puis délibérer car « une élaboration intersubjective permet de limiter l'arbitraire des décisions. » (137) ; accepter que des « incertitudes irréductibles » existent et qu'elles « affectent en profondeur la vie morale des humains ». (137)

Nous avons vu que l'euthanasie s'inscrivait dans un contexte où la vie du patient devenait insupportable, par une qualité de vie extrêmement diminuée ou une souffrance intolérable, et que cette situation était irrémédiable. Maintenir le patient en vie dans ces conditions reposerait sur un acte médical qui n'aurait pas pour but de soulager ou d'améliorer

son état, il serait réalisé sans espoir de guérison (226), mais avec un espoir de maintien en vie (et non du projet de vie) à tout prix. L'acte médical dans ce cas se caractérise par « l'emploi de moyens thérapeutiques intensifs avec comme but la prolongation de la vie d'un malade au stade terminal, sans réel espoir d'améliorer son état. » (93) Il s'agit donc d'un acte d'obstination déraisonnable. Or le patient est une personne et la condition ontologique de la personne est la nature normative. Le droit à la vie, le droit à ne pas être maltraité, le droit à la liberté de la personne doivent être respectés. Le respect de la dignité de la personne au sein des relations sociales, qu'elle établit en ayant une conscience pré-réfléchie de l'existence d'autrui, est un devoir et fait de la personnalité « le critère de toute notion d'indépendance en éthique – sans elle, l'être peut être secondaire ou relatif. Autrement dit, en termes moraux, *la personnalité équivaut à l'existence.* » (8) La reconnaissance de la dignité de la personne assure qu'elle ne sera pas abusée par un autre. (46) A l'échelle de la relation de soin, cette reconnaissance de la dignité de la personne protège les patients et soutient les soignants dans leur engagement envers tous leurs patients. Or la dignité de la personne n'est pas clairement définie et ce même légalement. Et c'est justement cette absence de définition précise de la dignité de la personne qui « permet au domaine éthique de se déployer dans l'appréciation qui sera faite de situations concrètes ». (135) Cette absence de définition protège la personne et ses droits : d'une part, comme elle n'est pas clairement définie, aucun individu ne peut prétendre aliéner la dignité d'autrui, et, d'autre part, elle souligne qu'en pratique son respect ne peut se réaliser que par le maintien d'un minimum d'espace de liberté autour et dans ses relations sociales. En effet la légitimité d'un acte ne repose pas sur sa légalité mais sur une réflexion éthique. (137) Ainsi dans le cadre de la relation de soin, elle assure la protection du patient et une certaine liberté au sein de cette relation de soin pour les soignants et pour le patient, afin que les décisions prises relèvent d'une réflexion éthique. Dans le cadre de l'obstination déraisonnable, l'acte soignant ne répond plus aux besoins de la personne malade (rupture avec l'éthique du *care*) et les principes de justice, d'autonomie, de préjudice et de non-malfaisance ne sont pas respectés (rupture avec l'éthique déontologique). Seul le droit à la vie d'une personne est respecté. Mais est-il respecté à l'aune de sa dignité ? Ne pas la mettre à mort dans ce cas est-ce reconnaître en pratique (et non seulement en théorie) la dignité de la personne malade ? Si l'on agit plus pour répondre aux besoins, à ce qui est important pour la personne malade elle-même alors on ne lui offre pas les conditions d'éprouver sa dignité en tant que personne (rupture avec l'éthique du *care* et l'éthique déontologique), que celle-ci soit capable ensuite de la ressentir ou non n'est pas ce qui compte, et dans ce cas persister à la maintenir en vie n'est pas une marque du respect de la dignité de la personne qui nous fait face, elle est une marque du respect de principes fondamentaux religieux ou sociétaux invoquant le respect de la vie des personnes. Le respect de sa vie n'est pas pour la personne malade, qui bien au contraire devient le réceptacle des idéaux religieux ou sociétaux. Ainsi même la personne que l'on cherche à maintenir en vie n'est plus reconnue en tant que personne. Et donc respecter profondément la dignité de la personne peut conduire en pratique à la transgression des normes voire des lois afin que l'acte soignant puisse être jugé de légitime. Ainsi, il peut être légitime d'euthanasier une personne.

Nous allons maintenant nous attarder dans la sous-partie suivante à déterminer les circonstances pratiques faisant de l'euthanasie d'une personne non humaine un acte légitime. Notamment la question est de savoir à partir de quel moment la situation insupportable dans laquelle se trouve le patient devient ou peut être qualifiée d'irréversible. Cette question se pose car la personne, dont la personne malade, existe dans un certain contexte de vie qui fait une

utopie de l'accessibilité à tous les soins pour tous. Jankélévitch définit le destin comme « l'ensemble des finalités matérielles qui affectent mon existence ». (230) Par « finalités matérielles », il entend les « finalités économiques, sociales, physiologiques et biologiques. » (230) Ainsi « le destin est donc clos et rigide, le signe de l'irréversibilité temporelle. Inversement, la destinée est cette aura qui entoure le destin. La destinée est en quelque sorte le destin augmenté de la liberté humaine. Ce que le destin rejette comme absurde, contingent, la destinée l'admet et lui donne une raison *a posteriori*. » (230) La destinée c'est « la liberté prise dans les nécessités du destin, de la fatalité temporelle de la mort. » (230) Le lien entre être humain-animal peut être enrichissant et bénéfique sur plusieurs plans à la fois pour le client et pour le patient, ce qui est souligné par une prise en charge médicale de plus en plus fréquente et de plus en plus avancée des patients. (224) Dans les pays anglo-saxons notamment, les hospices vétérinaires et les services de soins palliatifs se développent de plus en plus. (155) Ces structures palliatives permettent de soulager les patients et les clients tout comme en médecine humaine. (155) Mais leur accessibilité reste limitée du fait du coût financier, du nombre de place, de la répartition géographique de ces structures et de nos limites en tant qu'être humain pour appréhender le poids que peuvent avoir de telles structures sur le patient non humain. Ceci implique que dans la majorité des cas ce sont le client et son vétérinaire traitant qui s'occupent du patient jusqu'à la fin de ses jours. La prise en compte du contexte de vie du patient dans son ensemble, dont les possibilités du client, est indispensable pour assurer une prise en charge susceptible d'agir réellement dans le meilleur intérêt du patient, car l'observance de la prise en charge repose exclusivement sur les épaules du client. Or le client n'étant pas professionnel de santé, cette observance reste relative : défaut de moyens (matériels, financiers), de compétence, de temps, de compréhension de l'importance de sa mise en place. En médecine vétérinaire, l'observance de la prise en charge est un réel défi : patient qui ne prend pas ses traitements, client manque de ressources (financières, pratiques, matériels, psychologiques) pour réaliser l'intégralité des soins, etc. Le patient peut alors vite devenir un poids pour la famille notamment si elle ne parvient pas à prodiguer les soins comme elle le souhaiterait. (95) Comme précédemment mentionné et discuté, le poids de la maladie de l'animal pour le client dépend :

- de la maladie de l'animal, de la manière dont il la perçoit et de l'investissement personnel nécessaire à l'origine d'un fardeau plus ou moins intense « tension générale, inconfort affectif/relationnel et culpabilité/incertitude » (204)

- des revenus, des aspects financiers (204)

- de l'état mental et psychologique du propriétaire indépendamment du patient. (204)

Or si le patient devient un poids pour le client, une demande d'euthanasie risque d'être émise davantage par rapport à la charge que représente l'animal malade pour la famille que par rapport à l'état du patient pour lui-même.

L'évocation de l'euthanasie intervient toujours dans un contexte de manque de ressources, que ce soit en médecine vétérinaire ou humaine : médicales, et/ou financières, et/ou émotionnels, et/ou pratiques. Les facteurs ayant le plus d'importance dans la considération d'une euthanasie par les propriétaires sont : les revenus et le « fardeau du soignant » associés à un deuil anticipé, un état dépressif et du stress. (204) Des lignes directrices médicales en médecine vétérinaire ont été établies pour aider les vétérinaires face à une demande d'euthanasie, et de déterminer « dans quelle mesure la justification de l'euthanasie peut être fondée non seulement sur les intérêts perçus de l'animal, mais aussi sur les intérêts humains, en particulier sur ceux des propriétaires de l'animal, ainsi que sur les intérêts publics en matière de

finances ou de sécurité. » (157) Ces lignes directrices auraient pour but de protéger les praticiens contre des pressions extérieures trop fortes en s'appuyant sur les données scientifiques pour réaliser le traitement le plus adapté face à une maladie. (244) Cependant comme toute ligne directrice, elles ne peuvent tenir pleinement compte de la personne malade et surtout du contexte dans lequel elle vit. Ainsi lors d'une demande d'euthanasie, le vétérinaire se retrouve alors face aux dilemmes suivants : si le propriétaire ne parvient pas ou ne veut pas donner les soins qu'advient-il de l'animal ? Si le vétérinaire est contre l'euthanasie, l'animal sera-t-il maltraité, abandonné, tué ou euthanasié ailleurs ? Les autres animaux (humains et non humains) du foyer vont-ils pâtir de la prise en charge ? Pourquoi le client ne se sent-il pas capable ou n'accepte-t-il pas la prise en charge proposée ? Est-ce le soignant qui ne veut pas voir que la prise en charge proposée n'est pas adaptée et/ou qu'il n'y a plus d'espoir ? Le maintien en vie représente-il un risque pour l'activité professionnelle du vétérinaire ? (110) Existe-t-il des solutions alternatives répondant à l'intérêt du patient et du client ? Est-ce que le coût global (financier, médical, émotionnel) des alternatives proposées est disproportionné par rapport au résultat escompté ? Si ce n'est pas le cas, tant que le client les refuse, est-il éthique/légitime d'euthanasier le patient ? Ou bien est-ce réaliser une euthanasie de convenance ? A partir de quand le terme d' « euthanasie » perd-il de sa profondeur et devient-il la couverture d'un acte de maltraitance ou de négligence ?

C - Aborder une demande d'euthanasie au sein de la triade de soin en médecine vétérinaire

1) Ecouter et analyser une demande d'euthanasie

Face au tissage entre « souffrance, émotions, volonté, relations et significations » (137), quels sont les critères objectifs pour considérer qu'une demande d'euthanasie est légitime ou non ? (117) En médecine humaine, dans un contexte d'urgence médicale, le médecin urgentiste doit prendre une décision quant à la prise en charge du patient en tenant compte des directives anticipées de ce dernier ou stabiliser le patient pour ensuite échanger et prendre une décision avec lui dans « un contexte moins urgent ». (181) En pratique si la souffrance exige une rapidité d'action, la demande de mise à mort d'autrui s'inscrit dans une relation de soin et par conséquent requiert du temps. D'une part, parce que les sciences médicales ne sont pas des sciences exactes et donc la situation médicale est par essence unique et incertaine. D'autre part, parce que la relation de soin a pour but implicite et explicite de maintenir le « projet de vie » du patient, projet qui ne peut exister que si le patient est en vie. L'exigence d'arrêt de la souffrance « est bien compréhensible, mais elle occulte le fait que la demande d'euthanasie sollicite un autre que soi-même, en l'occurrence un praticien. C'est maintenant à lui de délibérer et de décider. Et cela nécessite du temps. » (137) Au cours du temps l'état du patient change, ainsi cette réflexion se doit d'être dynamique, et s'adapter au patient dans son ensemble. (116) Si l'Ordre national des vétérinaires, indique d'évaluer la souffrance du client en parallèle de la souffrance du patient, il invoque toutefois que si « la situation ou l'état de santé de l'animal (des animaux) peut s'améliorer par l'intermédiaire d'une solution alternative ou d'un traitement, la demande d'euthanasie devrait être rejetée. » (110) A partir du moment où l'animal non humain est reconnu comme une personne, dès lors cette demande est légitimement rejetable et donc la discussion avec le vétérinaire doit porter sur la recherche d'une alternative. L'échange entre patient-soignant et client-soignant doit permettre « d'équilibrer l'état de

l'animal et les ressources du client, y compris les limites financières, physiques, émotionnelles et temporelles pour continuer à prendre soin de l'animal de compagnie. Lorsque la question de l'euthanasie est soulevée, en plus d'évaluer la gravité et la durée de l'état de l'animal, le client doit être informé de toutes les options et encouragé à identifier ses propres critères de traitement ou d'euthanasie. » (204)

En médecine humaine, l'écoute de patients ayant appris qu'ils avaient une maladie incurable et qui demandaient à mourir, après une discussion entre patient et le soignant, a permis, dans certains cas, au soignant de percevoir ce qui comptait pour l'individu et de proposer des alternatives adaptées au patient, permettant ainsi l'annulation d'une demande d'euthanasie anticipée. (137) La discussion est nécessaire pour entendre la lassitude potentielle du patient, évaluer le rapport du patient à la vie et à la mort, à la maladie, à la thérapeutique sans quoi si ces questions ne sont pas posées, elles ouvrent dangereusement la voix à l'obstination déraisonnable (179) ou à la réalisation d'une demande d'euthanasie anticipée. En discutant, le soignant prend conscience du projet de vie de son patient. En médecine vétérinaire, la demande directe (plus ou moins explicite) de l'euthanasie émane du client et non du patient. La discussion en médecine vétérinaire a donc pour but d'évaluer une demande d'euthanasie émanant du client, de comprendre ses fondements chez le client (et non directement chez le patient), pour qu'ensuite le soignant puisse (en termes de capacité et de légitimité) agir dans le meilleur intérêt du patient en confrontant cette demande à l'état, au vécu, du patient. L'évaluation du patient en termes de douleur, de souffrance, de qualité de vie, de stress, de résilience, d'évolution des signes cliniques, se fait au contact direct de ce dernier et par confrontation des observations et des analyses des soignants entre eux, et avec le propriétaire.

En 2004, la SFAP a établi la *Grille de recueil de données : face à une demande d'euthanasie*. (93) Elle liste les différents points à aborder dans une discussion autour de la maladie entre patient et soignant ou personne de confiance et soignant la communication, pour comprendre et évaluer le contexte dans lequel s'inscrit une demande d'euthanasie. Au travers de cette grille se dessinent sept facteurs intervenant dans une demande d'euthanasie, que nous sommes efforcée d'adapter à la médecine vétérinaire, dans le tableau I ci-dessous. (tab I) Il faut noter qu'en pratique l'échange entre le soignant et le patient/le client autour de cette grille doit dans la mesure du possible être éloigné dans le temps de l'annonce de la maladie et de la première demande d'euthanasie formulée. (137) Ensuite, le déroulement de cet entretien doit suivre les mêmes étapes que tout autre échange dans le cadre de la relation de soin (voir partie II - C - 2) d) : le soignant doit poser les questions, écouter parler, reformuler en s'assurant que les mots employés sont bien ceux que le patient/le client a voulu dire, analyser et enfin discuter.

Tableau I : Adaptation de la grille de la SFAP relative au recueil de données face à une demande d'euthanasie à la médecine vétérinaire

Facteurs	Médecine humaine (patient, proches)	Médecine vétérinaire (client)	
1-L'origine de la demande d'euthanasie (93)	Par qui et pour qui est-elle adressée ? (93)		
	Quand, à quelle occasion ? (93)		
	Comment, quels sont les mots employés ? « Faites-moi la piqûre... Je veux mourir... Laissez-moi mourir... Faites-moi mourir... Faites quelque chose...Faites-moi dormir... ça ne peut plus durer... » (93)	« Faites-lui la piqûre », « Laissez-le mourir », « Faites-le mourir », « Faites-le dormir », « Faites quelque chose », « ça ne peut plus durer », « Je ne veux plus qu'il souffre », « Il ne faut pas s'acharner »	
	Quels sont les comportements associés ? Arrachage de sonde, de perfusion, refus alimentaire.... (93)	Refus de donner le traitement : épuisement par incapacité à donner les traitements, évocation de l'acharnement thérapeutique même pour des soins standards de confort, refus de payer le traitement	
	Quelle est la réponse du soignant ? (93)		
	Quelle est la fréquence de la demande ? (93)		
2-Le contexte clinique (93)	Communication verbale possible avec le patient : entre le soignant et le patient et entre le patient et son entourage ? (93)	Maintien des échanges non verbaux entre le patient et le client ? Maintien des échanges entre le client et le vétérinaire ?	
	Prise en compte de la douleur ? (93)		
	Prise en compte des symptômes d'inconfort ? « nausées, vomissements, diarrhée, occlusion, dyspnée, asthénie » (93)		
	Prise en compte des troubles de toute sorte ? (93)		
	Rapport du patient à ses symptômes ? (93)	Rapport du client à ces symptômes ?	
	Capacité de l'équipe à prendre en charge ces symptômes et à en informer le patient ? (93)	Capacité de l'équipe à prendre en charge ces symptômes et à en informer le client ?	
	Modification thérapeutique récente ? (93)		
	Impression d'acharnement ou d'abandon thérapeutique ? (93)		
	Compréhension du projet thérapeutique ? (93)		
	Accord et sentiment d'implication du patient dans le projet ? (93)	Accord et sentiment de soutien du client dans ce projet : contexte dans lequel le client donne le traitement ? sa capacité à le faire ? technique employée ? statut coopératif ou non de l'animal ? difficultés ressenties ?	
3-L'information sur la maladie (93)	Comment, quand et avec qui a-t-elle été émise et reçue ? (93)		
	Réaction du patient ? (93)	Réaction du client ?	
	Quelles informations : diagnostic, pronostic, délai de survie ? (93)		
	Connaissances et compréhension de la maladie par le patient/le client, la famille, le soignant ? et leur manière d'en discuter ensemble ? (93)		

4-Le contexte psychologique (93)	Contexte psychopathologique ? expérience traumatisante ? (93) Notamment des personnes de l'entourage ont-elles été atteintes par la même maladie ? Quelles ont été et sont les conséquences sur elles dans ce cas ?	Contexte psychopathologique, expérience traumatisme pour le client ? Mais également contexte psychopathologique du patient tel que perçu par le client. L'animal a-t-il la même maladie qu'un proche ou que lui-même ?
	Vision du patient sur lui en tant que malade : « se considère-t-il comme une charge ? Se sent-il atteint dans son image corporelle, dans son estime de lui-même, dans son « sentiment de dignité » ? » (93)	Vision du client sur le patient : le patient est-il une charge ? la personne malade ressemble-t-elle encore à la personne qu'elle était lorsqu'elle était non malade ? Présente-elle des symptômes que le client considère comme indignes (comme la malpropreté) ?
	Présence de moments de plaisir ? (93)	
	Pertes familiales, sociales, professionnelles ? (93)	
	Projets, centres d'intérêt ? Questionnement sur le sens de sa vie ? (93)	
	Manière de faire face à une situation angoissante : « plutôt en cachant ses émotions, en les annulant, en les exagérant, en les déplaçant sur un autre domaine, en les exprimant » ? (93)	
		Sentiment du « fardeau du soignant » chez le client ? Poser des questions autour des trois facteurs conditionnant se sentiment : - Tension générale : prise en charge du patient en parallèle des responsabilités familiales et professionnelles ? (204) - Inconfort affectif/relationnel vis-à-vis du patient : sensation de colère ou au contraire d'amour en présence du patient ? (204) - Culpabilité, incertitude quant à sa manière de prendre en charge le patient ? (204)
5-Le contexte socio-familial (93)	La façon dont sont fournies, comprises, et ressenties les informations à propos du diagnostic et du plan thérapeutique par le soignant et ressenties par le patient/ le client ? Le lien entre soignant/ patient ou soignant/ client ? (93)	
	Présence familiale ou amicale ? Et son état d'esprit face à la situation (soutenante, épuisée, en détresse) ? (93)	
	Modification de la place du patient dans le groupe social ? (93)	Modification de la place du client dans le groupe social ?
	Existence de difficultés matérielles, financières, d'immigration ? (93)	
	Directives anticipées ? Désignation d'une personne de confiance ? (93)	
	Le client s'occupe ou s'est occupé également d'une personne humaine malade qui est décédée et dont le deuil n'est que peu avancé ?	
6-Le contexte spirituel (93)	Position philosophique ? Croyance religieuse ? Valeurs ? (93)	
7-L'environnement de soins (93)	Répond-il aux attentes et aux choix du patient ? (93)	Répond-il aux attentes et aux choix du patient et du client ?

2) Confronter la légalité ou non de la demande d'euthanasie à la légitimité ou non de cette demande

Tout d'abord, ouvrir les débats sur l'euthanasie, permet de lutter contre la magnification de la mort, et de reconnaître la place naturelle de la mort dans le cycle de la vie. Toutefois, si la mort n'est pas magnifiée, la jeunesse est implicitement valorisée : « ne plus être jeune, [...] représente une déchéance, un échec dans la vie, une dégradation, presque une rétractation de la dignité de l'existence. Si la maladie s'en mêle, à quoi bon continuer dès lors ? L'euthanasie, donc, ne peut se détacher d'une vision idéalisée de la vieillesse. » (179) En médecine vétérinaire, chez un patient âgé, à l'évocation de la mise en place d'un traitement, la peur de l'obstination déraisonnable est rapidement évoquée, et ce même si le traitement proposé vise à soulager le patient de ses douleurs ou de ses souffrances, d'améliorer sa qualité de vie : soutien locomoteur, soutien cognitif, soutien cardiovasculaire, soutien respiratoire, etc. Or, d'une part, établir un tel lien entre vieillesse et accès aux soins relève de la confusion entre vieillissement et déchéance (voir partie II - B - 2) b- i) qui transforme le « prendre soin » compassionnel et empathique vis-à-vis d'une personne dépendante et vulnérable en soin violent. Et, d'autre part, établir un tel lien relève d'une mauvaise compréhension du contexte dans lequel s'inscrit l'obstination déraisonnable. Par rapport à la prise en charge que le patient devra peut-être subir, certains ou tous les individus impliqués dans la relation de soin peuvent imaginer que le patient ne pourra plus avoir de projet de vie dans le futur à cause de leur représentation des soins palliatifs, de l'utilisation d'opioïdes, d'autres traitements de soutien, des soins intensifs, etc. (152) Par ailleurs le regard porté sur les soins palliatifs et l'euthanasie, est fortement influencé par le système de santé dans lequel le patient vit, l'économie, la culture, la religion, etc. (265) L'influence des facteurs secondaires sur ce regard ont été évoqués dans la partie II - C - 2 et II - C - 3. On peut toutefois rappeler le lien fort qu'il existe entre l'état et les conditions du système de santé et le rapport aux soins palliatifs et à l'euthanasie. (265) Les patients humains vivant dans des pays disposant d'un service de santé moins accessible et/ou moins efficace sont en majorité opposés à l'euthanasie, alors que les patients vivant dans des pays avec un système de santé plus accessible et/ou plus efficace ont d'avantage tendance à considérer l'euthanasie comme justifiable. (265) Cette différence de rapport à l'euthanasie peut être due à la sensation de sécurité, un sentiment de confiance, que procure un système de santé fiable et efficace, la sensation qu'un tel système ne lâchera pas ses patients. Une autre hypothèse est que les patients ayant davantage accès à un système de santé fiable et efficace vivent plus vieux car survivent à des maladies graves (engageant leur pronostic vital) et donc sont davantage confrontés à l'association de comorbidités. (265) Mais dire qu'un individu fait preuve d'obstination déraisonnable, c'est le juger. Or le véritable jugement n'est pas l'expression simple du ressenti d'un individu face à une situation à laquelle il est confronté mais repose sur une réflexion (qui par contre peut naître d'un ressenti), sur une argumentation scientifique et éthique de l'acte du soignant. Il y a « obstination déraisonnable » si le traitement est inapproprié par rapport à l'état du malade c'est-à-dire si son emploi n'est pas fondé médicalement par rapport à l'état du patient et/ou s'il ne permet pas de soulager ou d'améliorer l'état du patient et que le soignant persiste à vouloir l'utiliser. La peur de l'obstination déraisonnable ne doit pas rendre aveugle le patient/le client et le soignant aux buts premiers des soins palliatifs et aux nombreux effets positifs qu'ils ont sur les patients et leur entourage. Les soins palliatifs ont bien plus vocation de réduire les souffrances et de s'efforcer d'améliorer, de respecter, de maintenir leur qualité de vie plutôt que l'inverse.

Puis dans les pays ayant introduit l'euthanasie en médecine humaine, les patients sont d'avantage enclins à parler de la maladie dans son ensemble, à entendre qu'ils peuvent ou vont mourir d'une maladie et à parler de leur mort avec leur médecin. (152) Cependant, évoquer cette mort et admettre que, quoi qu'il arrive, elle touchera tout être vivant tôt ou tard ne doit pas se transformer en une obsession, en une focalisation du médecin, du patient, du client sur l'avenir du patient et en oublier son présent de vivant. Cette anticipation et cette focalisation sur un futur peut aboutir à un oubli du présent et est susceptible d'« obturer la possibilité d'être et la dynamique psychique, individuelle et relationnelle. Elle ghettoïse le patient dans une impasse, une solitude insensée. » (137) La demande d'euthanasie répond à un désir d'accélération du temps dans lequel une personne impliquée dans la relation de soin souffre. Face à une maladie grave, se trouve chez le patient/le client, la volonté que cet état du malade passe le plus vite possible, et parfois (notamment dans des situations de forte détresse), quel qu'en soit le moyen : par la mise en place d'un traitement ou par sa mise à mort. Mais répondre à cette demande par la seconde option supprime tout désir ou toute volonté future. En Belgique, suite à la dépénalisation de l'euthanasie en médecine humaine, à l'annonce d'un cancer, les demandes d'euthanasie interviennent de plus en plus tôt dans la prise en charge et même certains patients la réclament sans tenir compte des alternatives thérapeutiques proposées. (152) En médecine vétérinaire, certains propriétaires considèrent l'euthanasie comme « la seule solution face à un phénomène complexe chez un animal âgé » (188) et de ce fait soit reculent à amener leur animal lorsque la maladie s'aggrave, soit demandent une euthanasie sans qu'un traitement ait été tenté.

Ensuite, la détresse d'autrui retentit sur la famille et les soignants « à l'origine d'un état de saturation voire d'usure » de ces derniers lors des crises. (167) Et si avant la mort, le temps est d'autant plus éprouvant que le doute sur ce qu'il est juste de faire s'immisce dans les prises de décisions, le temps après la mort est éprouvant mais différemment, il semble « plus unifié, de l'ordre de l'apaisement, de la tristesse, et peut-être de la culpabilité. » (137) Faire une demande d'euthanasie et/ou répondre à cette demande peut donc être le fruit de la recherche urgente de l'apaisement de l'état du patient et/ou de l'état du client/du proche et/ou du soignant. Si elle peut être dans l'intérêt du patient, il faut s'en méfier car ce passage à l'acte repose davantage sur des émotions que sur une véritable réflexion. Par conséquent l'interdit de la mise à mort permettrait de créer une « distance, induit une séparation, là où l'émotion et la sidération faisaient se confondre désirs, volontés et souffrances. L'interdit invite à un temps d'arrêt. L'absence de solution évidente introduit une suspension qui vient rompre la dialectique complexe entre la demande et la réponse. » (137) Même, les transgressions dans les pays n'ayant pas dépénalisé l'euthanasie « ne font que confirmer la valeur sociale et symbolique de ce repère. Le médecin qui réalise une euthanasie sait qu'il déroge à une règle déontologique et légale qui concerne des aspects essentiels de sa fonction. » (137) L'interdiction permet de créer de la distance et d'éviter, au moins en théorie, de tomber dans cette impasse dans laquelle peut nous enfermer l'annonce d'une maladie incurable et la possibilité de solliciter cet acte d'euthanasie. (137) Lorsque l'interdit est levé, il est plus que nécessaire d'être vigilant pour que, ce qui était au départ une « ouverture exceptionnelle », ne devienne pas un « droit à » pour évoluer en une « exigence » avec « un registre d'accusation en cas de non-exécution. » (137) Peut-être cette pensée peut paraître radicale et catastrophiste, mais ce serait négliger la manière dont les demandes d'euthanasie sont abordées en médecine vétérinaire. Cet interdit, s'il est

considéré comme une protection du patient contre une mise à mort anticipée, protège aussi le soignant en lui accordant un temps de réflexion quant à la prise en charge du patient, à l'émergence et à l'application de son imagination. Il protège son devoir (véritablement un devoir avant d'être un droit) à chercher des solutions aux souffrances du patient, des alternatives. S'il semble que l'accélération du temps de fin de vie induit par l'acceptation de réaliser une euthanasie peut amener une libération plus rapide du patient de ses souffrances, d'un autre côté l'accélération de la procédure augmente le stress du soignant car se pose la question du choix du « bon » moment où réaliser l'euthanasie. La portée de l'euthanasie est irréversible et le but escompté inéluctable. Pour ces deux raisons, elle peut être une ouverture vers la libération ou une privation définitive de toute possibilité d'avenir positif. Ainsi on peut comprendre pourquoi répondre positivement ou négativement à une demande d'euthanasie reste le dilemme éthique le plus fréquemment mentionné par les praticiens vétérinaires. (157) L'interdit de l'euthanasie favoriserait l'expression de la créativité dans les situations complexes et incertaines « puisque la limite est signifiée, puisque la solution envisagée n'est pas possible, chaque acteur recherche une autre issue, un déplacement de ses représentations ou point d'appui, un éventuel compromis [...]. Et si, être créatif, c'était aussi rechercher, douter, tâtonner, mais aussi assumer ensemble cette errance face à l'impossibilité d'une réponse complète au souffrir et au mourir. » (137) L'interdiction légale de l'euthanasie offre une plus grande facilité à proposer des alternatives à une demande d'euthanasie (137), mais ne permet pas toutefois de répondre à toutes les situations auxquelles sont confrontés les soignants.

En conclusion, il faut avoir en tête qu'une demande d'euthanasie n'est pas forcément une vraie demande mais avant tout l'expression d'une souffrance ou d'une douleur qui cherche à être calmée. (137) Les échanges entre soignant et patient/client doivent toujours avoir pour objectif premier de chercher des solutions pour remédier à la souffrance, apporter du confort au patient, augmenter son seuil de tolérance aux effets de la maladie, afin que le soignant n'en arrive pas à devoir accéder à la demande de mise à mort d'autrui si cela n'est pas nécessaire, c'est-à-dire si des alternatives existent. (137) Ainsi on comprend mieux ce que Jankélévitch voulait dire lorsqu'il écrivait : « Théoriquement, je dis oui à l'euthanasie. Mais dire dans tous les cas oui à l'euthanasie, au contraire, c'est méconnaître le temps, la puissance du temps, l'ouverture de l'avenir, le sens des possibles. » (230) Une demande d'euthanasie pose la question du rapport au temps et l'expression de la liberté du patient au travers de cette temporalité (230), de l'imagination du patient, du client, du soignant au sein de ce laps de temps de vie. Il se trouve deux temporalités à considérer par rapport à la demande d'euthanasie qu'il convient de comprendre et de savoir reconnaître pour agir face à cette demande de la manière la plus adaptée possible.

3) Répondre positivement ou négativement à une demande d'euthanasie

a) Les deux temporalités par rapport à la souffrance pouvant conduire à une demande d'euthanasie anticipée

La première temporalité est celle du malade qui ne souffre pas encore ou peu, de sorte que sa qualité de vie est maintenue, mais qui est susceptible de souffrir plus tard. Le malade ou ses proches peuvent anticiper un futur sombre bien que le malade ne souffre pas encore ou que sa qualité de vie soit encore acceptable à l'instant présent. Suivant l'état physique,

intellectuel ou émotionnel dans lequel la maladie met le patient humain, celui-ci est susceptible d'imaginer son avenir par rapport à la maladie et donc d'anticiper de futures incapacités physiques et mentale, son risque de dépendance, de perte de contrôle, de perte de son identité, etc. (152) De même en médecine vétérinaire, certains propriétaires formulent une demande d'euthanasie à l'annonce d'une maladie chronique, d'un cancer, alors même que l'animal présente un état général compatible avec une qualité de vie satisfaisante. Lorsque le client est submergé par le « fardeau du soignant », il peut anticiper les futures modifications physiques et mentales qui affecteront le patient, ses futures souffrances et ses futures incapacités et considérer que dès lors, au vu d'un futur qui semble inévitable, il vaudrait mieux arrêter la vie du patient avant qu'elle ne change et ne se dégrade tant que le patient présente encore une vie « digne » d'être vécue, tant qu'il présente encore « un projet de vie ». Le client éprouve alors un deuil anticipé. Afin de détecter une telle situation il est important de reconnaître les signes de deuil anticipé chez autrui. Le deuil est le témoin visible d'un sentiment interne qu'est le chagrin. Le chagrin fait appel à :

- des mécanismes cognitifs : déni, incrédulité, désorganisation, dépendance, rationalisation (138) ;

- des mécanismes émotionnels : tristesse, solitude, colère, ressentiment, culpabilité, anxiété, peur, honte, soulagement, reconstruction (138), (210) ;

- et des mécanismes physiques : fatigue, apathie, absence de sommeil (210)

Ces différents états cognitivo-émotionnels se succèdent au cours du processus de deuil, témoignant d'un cheminement du chagrin vers un état d'apaisement. Les étapes du processus de deuil qu'il incombe de reconnaître sont :

- 1 - Le déni, le choc, la torpeur. Ils s'expriment par le « si seulement », qui « fait obstacle à l'acceptation de la mort, comme s'il changeait la fin de l'histoire par une répétition des événements encore et encore ». (188)

- 2 - La colère

- 3 - La négociation

- 4 - La dépression, le désespoir. Ils s'expriment par la crainte d'entamer une nouvelle relation de peur de souffrir de nouveau. Ceci est observé en médecine humaine et en médecine vétérinaire. En médecine humaine, s'ajoute également le poids du regard social : s'engager « trop tôt » peut être perçu comme preuve d'un amour relatif du défunt de la part de celui qui commence une nouvelle relation. (188)

- 5 - La désorganisation sociale, émotionnelle, intellectuelle (effondrement des convictions), voire spirituelle. La religion, si elle ne cherche pas à comprendre le monde, se donne pour mission de donner sens à ce monde. Or dans le cadre de la médecine vétérinaire, la conception de la relation être humain/animal non humain par le client est susceptible d'entrer en contradiction avec la conception de cette relation telle qu'abordée par les textes religieux ou spirituels. (138) Dans ce cas, le client peut éprouver « une anxiété considérable et une détresse spirituelle ». (138)

- 6 - La culpabilité. Ce sentiment est exacerbé lorsque la personne prenant en charge le patient est celle qui par erreur a induit la mort du patient ou qui explicitement a demandé et donné son accord pour que l'acte d'euthanasie soit réalisé. (113)

- 7 - L'acceptation, la réorganisation du comportement. Le degré de résilience est variable entre les individus (voir la partie II - B - 3). Dans le cadre du deuil post-mortem ou du deuil anticipé, l'avènement de la mort dans un contexte médical et l'engagement perçu par les proches ou les propriétaires du médecin ou du vétérinaire (engagement envers le patient,

description de sa manière d’appréhender le processus de vie, petites attentions, etc.) modulent la résilience. (138) Pour qu’une personne puisse accepter la mort ou les changements extrêmes d’une autre personne, il faut lui permettre de reconnaître sa mort, ses changements, c’est-à-dire dans un premier temps lui permettre à cette personne d’être triste, de pleurer et dans un second temps lui permettre de s’arrêter de pleurer, de s’arrêter d’être triste. (188) Quelle que soit la valeur accordée à l’animal, la mort d’un animal est souvent associée à une expérience hautement émotionnelle (113) et dans le cadre d’un animal de compagnie, les réactions face à sa mort peuvent se rapprocher de celles éprouvées à la perte d’un parent, d’un enfant, d’une épouse, etc. (188) La perte d’un animal de compagnie est la plupart du temps perçue comme une expérience moins traumatisante que la perte d’un être humain proche, mais plus importante que la perte d’autres êtres humains moins proches. (138) Dans ce cadre, les professionnels de santé vétérinaire ont une place importante pour pallier le « deuil privé de ses droits », c’est-à-dire à un deuil qui n’est pas reconnu par la société. (138)

La deuxième temporalité, le deuxième cas, est celui du malade qui souffre fortement dans le temps présent. Lors de l’annonce d’une maladie incurable, le temps n’est plus perçu de la même manière, tout devenant une urgence et gravissime, la demande d’euthanasie émise par le client repose sur ses volontés ou ses possibilités financières ou sur le sentiment de « fardeau du soignant ». Le patient/le client peut ne plus concevoir de futur ou seulement un futur sombre à cause d’un stress trop important causé par la souffrance, la douleur ou la perte de la qualité de vie perçue. La vision catastrophiste et/ou pessimiste vis-à-vis d’une prise en charge intensive et/ou palliative du patient, associée dans le même temps à la volonté que le patient soit rapidement et/ou complètement rétabli se confrontent à la réalité biologique et médicale. Si ces deux points ou un de ces points ne peuvent être réalisés, sous le coup de l’émotion et de l’incertitude du pronostic, les propriétaires auront tendance faire une demande d’euthanasie anticipée. Elle révèle donc implicitement un manque dans la relation de soin, qu’il faut veiller à corriger, un défaut d’accompagnement du patient face à une temporalité complexe par le mélange entre nécessité d’attente et d’urgence induite par la confrontation de la souffrance au pouvoir médical. Après que la prise en charge a été initiée, si la demande d’euthanasie est maintenue ou apparaît, dans ce cas cette demande témoigne de « l’insuffisance de la prise en charge de la douleur, l’accès inégal aux unités et aux équipes en soins palliatifs, les incertitudes concernant la définition de la dignité, conduisent à s’interroger sur le caractère véritablement libre et autonome des demandes de fin de vie émanant des patients » (179) des clients/des proches.

b) Les implications de l’acceptation d’une demande d’euthanasie anticipée

Les demandes d’euthanasie posées à l’annonce d’une maladie chronique du patient, alors que le patient ne souffre pas encore, ou à l’annonce d’une maladie aiguë ou chronique du patient, lorsqu’il souffre déjà, posent les questions suivantes : vaut-il mieux euthanasier trop vite lorsqu’il a encore une belle vie à vivre ou trop tard lorsque la souffrance est trop grande et la qualité de vie trop faible pour qu’il ait encore un projet de vie ? Faut-il éviter complètement la souffrance et par conséquent euthanasier l’individu avant qu’il ne souffre ; ou attendre et l’euthanasier dès le premier épisode de souffrance ; ou attendre que la souffrance soit insupportable et irrémédiable ? (152), (199) Faut-il euthanasier pour éviter toute souffrance future ? Faut-il euthanasier pour soulager la souffrance du client ? Certains considèrent que

chez les patients non humains, l'euthanasie devrait être réalisée avant que la souffrance ne soit trop intense. (233) La raison évoquée est que n'ayant « pas la capacité de comprendre leur condition médicale et ses conséquences, ni de pouvoir accepter les interventions proposées, de planifier le futur et d'espérer les bons moments qui suivront les épreuves plus difficiles, ils ne font que vivre l'instant présent et toute crainte et douleur qui leur sont imposées par le biais d'interventions diagnostiques ou thérapeutiques ne sont pas faites selon leur volonté. » (226) Quelles sont les implications et les limites de cette proposition ?

Premièrement, elle présuppose que pour avoir la volonté de ne plus souffrir, de pouvoir de nouveau marcher, de ne plus avoir de nausées, etc., il faudrait que le patient puisse comprendre sa « condition médicale et ses conséquences ». Or s'agissant d'un être sentient qui par définition ressent des sensations agréables et des sensations désagréables, il semble légitime de dire que ces êtres-là cherchent la plupart du temps à éviter les sensations désagréables et recherchent à l'inverse les sensations agréables. De plus ceci présuppose que tout individu humain qui ne comprend pas sa condition médicale et ses conséquences ne devrait pas être soigné puisque ce ne pourrait être sa volonté. Dès lors on peut se demander ce que cela signifie que d'avoir conscience de sa condition médicale, car dans les faits certains patients/clients ne comprennent pas véritablement la maladie, même une fois expliquée par le soignant. De plus, comme dit précédemment, pour avoir des droits il n'est pas nécessaire d'avoir conscience de ses droits et le fait qu'une personne n'ait pas conscience que ses droits soient bafoués ne rend pas l'acte de les bafouer moins grave. Tout être sentient a le droit de ne pas souffrir, et toute personne a le droit à un accès aux soins en vertu de sa dignité, ainsi tout être sentient et toute personne non humaine devrait avoir accès à un minimum de soins, sans quoi son existence n'est pas respectée et le client et le soignant deviennent complices d'un acte de maltraitance ou de négligence.

Deuxièmement, elle revient à reporter la faute des souffrances de l'animal sur le vétérinaire. L'animal ne souffre plus à cause de la maladie mais à cause du soignant alors qu'il s'efforce d'instaurer un traitement pour que cette souffrance disparaisse et que le patient puisse poursuivre son projet de vie. Or cela revient à rechercher un fautif dans une situation où il n'y en a pas (excepté le cas particulier des erreurs médicales, ou des actes de maltraitance, ou des actes de négligence). Agir pour arrêter la souffrance ou pour guérir le patient ne répond pas à la définition de l'acte de maltraitance et, si le soignant agit dans le but que l'état de l'animal ne s'aggrave pas, s'améliore et veille à ce que ce soit effectivement le cas dans les faits, tant que le « prendre soin » répond à une démarche clinique dans l'intérêt du patient, on ne peut pas non plus parler d'acte de négligence. Ne pas tenir compte de cela revient à accepter la proposition suivante : « Si éviter la souffrance était vraiment tout ce qui importait, alors chaque animal devrait être tué le plus tôt possible, car cela garantirait l'absence de souffrance » (157), ce qui remet sensiblement en question l'intérêt de l'existence même de la médecine (vétérinaire et humaine) et son développement. Enfin si l'on considère éthique le fait de mettre à mort un animal non humain parce qu'il est actuellement en souffrance et/ou que si cette souffrance est apaisable il n'est pas à l'abri de souffrir de nouveau (155), dès lors il faut également accepter que, si un ami souffre terriblement et en vient à avoir des idées suicidaires, nous ne devrions pas tout faire pour l'en dissuader et le soulager, mais qu'au contraire la décision la plus éthique vis-à-vis de cet ami serait de le laisser aller au bout de son acte afin qu'il soit à jamais privé de toute souffrance, ce qui semble absurde.

Troisièmement, cette proposition dit que le fait de ne pas avoir la capacité de planifier le futur fait qu'on ne peut pas avoir envie de surmonter cette souffrance pour pouvoir vivre ensuite bien et sans elle. Elle présuppose que le fait les animaux non humains n'aient « aucun concept de passé et d'avenir, de vie et de mort » implique qu'ils n'aient « donc aucune préférence individuelle quant à savoir si leur vie doit continuer ou se terminer ». (155) Elle conduit à la devise suivante : la prévention de la souffrance animale est impérative, sa mise à mort étant dans ces circonstances un dommage collatéral de la présence de la souffrance. (157) Or cela va à l'encontre du concept de personne, ne la respecte pas et nie sa dignité. Par ailleurs, dans le cas du patient humain capable de concevoir le concept de vie, de mort, de passé et d'avenir, il n'est pas évident que le soignant se batte parce que le patient est capable d'user de ces concepts. A l'inverse il se bat pour lui parce qu'il voit que le patient ne veut plus souffrir. La préférence du patient à ce que sa souffrance cesse n'équivaut pas à la préférence que sa vie cesse. De plus, si lorsque le patient humain n'était pas malade, il entrevoyait un futur, l'imaginait avec des possibilités diverses, à l'inverse lorsque la douleur ou la souffrance est trop intense, la qualité de vie trop médiocre, le sujet est susceptible de présenter beaucoup de stress, et peu de résilience et donc risque de développer un état dépressif. De fait s'il entrevoit le futur ce futur sera probablement très sombre, sans que l'imagination parvienne à anticiper l'amélioration potentielle de son état, représentant plutôt un avenir stagnant dans le présent. En médecine humaine, il a été démontré que dans une situation de perte totale de repères, d'état de sidération ou dans une situation d'urgence médicale voire vitale, le patient peut faire une demande qui ne correspond pas à ce qu'il souhaiterait réellement plus tard, simplement pour fuir à tout prix une situation désagréable dans le moment présent. Dès lors avoir la capacité de concevoir le passé et le futur ne préserve pas toujours le patient de sa souffrance présente, comme en témoignent les demandes d'euthanasie anticipées en médecine humaine, qui contredisent cette idée (137), de même que la dissociation temporelle demandée aux médecins entre le jour de l'annonce d'une maladie grave ou dans le cadre d'une situation d'urgence et une demande d'euthanasie. (137)

Quatrièmement, même si dans certains contextes l'euthanasie peut être incluse dans la réflexion et discussion à propos de la prise en charge d'un patient se trouvant dans une situation médicale grave, il est important de veiller à prendre en compte la situation dans laquelle se trouve le patient dans son ensemble. Evoquer uniquement la souffrance et l'obstination déraisonnable peut être une manière de rationaliser l'euthanasie lorsque les contraintes financières, de temps et d'engagement émotionnel pèsent sur le propriétaire et le vétérinaire. (155) L'euthanasie, le suicide, et tout ce qui conduit à la mort est définitif, irrévocable et contraste avec l'application de la médecine, qui se base sur ce que la biologie est avant tout incertitude. Or la conjugaison d'une annonce de diagnostic et la possibilité de solliciter l'euthanasie peut mener, si l'on ne fait plus l'effort de réfléchir et d'agir, à une conception binaire du soin : arrêter complètement la maladie par le soin ou par la mort.

c) Les intérêts de la mise en place d'un traitement avant d'accéder à une demande d'euthanasie

La section 3 de la loi belge stipule que le patient humain qui fait une demande d'euthanasie doit se trouver dans une « situation médicale désespérée » c'est-à-dire qu'il doit présenter une souffrance mentale ou physique insupportable et persistante étant le résultat d'un

trouble incurable sévère causé par une maladie ou un accident et ne répondant pas aux traitements. (152) Toutefois il n'est pas nécessaire que le patient ait tenté un traitement et attendu de voir si son état s'améliorait pour solliciter cette demande. (152) S'il s'agit d'une personne mineure il faut que le patient se trouve dans une situation médicale désespérée également mais que la maladie ou l'accident à l'origine de cette situation cause la mort à court terme. (152) Pour formuler cette demande le mineur doit avoir consulté un psychiatre avec ses parents (152). Dans la loi hollandaise, pour avoir accès à l'euthanasie, il faut que la souffrance soit insupportable et qu'il n'y ait pas de possibilité d'amélioration, que le patient soit informé sur sa situation et ses perspectives d'avenir, que le médecin en conclue qu'il n'y ait pas d'alternative raisonnable en vu de la situation du patient et enfin que la mise à mort du patient ou l'aide au suicide soit réalisée avec des soins médicaux et une attention appropriée, sans distinction entre adulte et mineur. (152) En 2000, le Comité Consultatif National d'éthique en France considérait qu'éthiquement l'acte d'euthanasie pouvait être mise en œuvre « dès lors que les démarches de soins palliatifs, d'accompagnement et de refus de l'acharnement thérapeutique se seraient révélées impuissantes à offrir au patient une fin de vie supportable ». (179) Ainsi même en médecine humaine l'avis n'est pas tranché à propos de savoir s'il faut avoir ou non tout tenter un traitement avant de recourir à l'euthanasie d'une personne qui souffre terriblement. De telles différences peuvent peut-être être comprises si on étudie le cas de la législation française concernant les droits du malade versus les devoirs du médecin, qui témoigne de l'ambiguïté de la confrontation entre la volonté du médecin de respecter l'autonomie du patient à faire ses choix et de la volonté du médecin de tout mettre en œuvre pour le guérir ou le soulager et lui permettre de poursuivre son projet de vie. D'une part, l'article L-1111-4 du *Code de la santé publique* indique que « si la volonté de la personne de refuser ou d'interrompre un traitement met sa vie en danger, le médecin doit tout mettre en œuvre pour la convaincre d'accepter les soins indispensables » (5), et, d'autre part, la *loi Claeys-Leonetti* dans le cadre de la lutte contre l'obstination déraisonnable, indique que « la volonté du patient doit être impérativement respectée et s'impose au médecin, même si ce dernier pense que l'acte en question ne relève pas de l'obstination déraisonnable. » (227)

Pour tout soin, les principes de bienfaisance et de non-malfaisance doivent être respectés : « si le traitement favorise les besoins et les intérêts fondamentaux d'un patient ou augmente son bien-être, et que la fréquence, la durée et l'intensité des effets secondaires sont compensés par ceux-ci, le traitement peut être justifié pour des raisons éthiques. » (200) Ne pas tenter de traiter la douleur, la souffrance, de maintenir une certaine qualité de vie, indépendamment de l'existence et de l'accessibilité des soins possibles, est une situation paradoxale dans laquelle il est considéré que le patient est susceptible de souffrir davantage quel que soit le soin mis en place, notamment par le simple fait qu'il doive attendre une réponse clinique. Le patient ou le client qui pense que tout traitement mis en place peut être considéré comme de l'obstination déraisonnable et le refuse, se méprend sur la définition de « l'obstination déraisonnable ». L'obstination déraisonnable intervient si le traitement mis en place n'est pas indiqué dans la situation pour laquelle il est utilisé ou s'il est mis en place sur la base de connaissances médicales adaptées à l'état du patient et que bien que ce traitement semble indiqué de prime abord, il ne s'avère pas efficace sur le patient. Et que malgré cette inefficacité avérée, le soignant s'obstine à le maintenir et à espérer que l'état du patient s'améliore. De plus, la douleur et la souffrance ne doivent pas être les seuls critères pris en compte. La qualité de vie, le stress et la résilience interviennent également :

« Malheureusement, lorsque la « souffrance » devient le seul objet des discussions sur la fin de vie, les animaux courent un risque élevé d'être euthanasiés prématurément. Les soignants et les décideurs qui ne peuvent pas voir au-delà de la « souffrance » ne voient qu'un ensemble sombre d'options : des tentatives de guérison croissantes mais vaines, l'inaction et la souffrance continue, ou l'euthanasie immédiate. Lorsque la discussion passe de la douleur et de la souffrance à la qualité de vie, y compris le désir de l'animal d'avoir une qualité de vie, y compris le désir ou la volonté de vivre de l'animal, les sources potentielles de plaisir et de paix émotionnelle, et les possibilités d'aborder la souffrance, le pouvoir de la « souffrance » commence à se réduire à sa juste place dans le processus de prise de décision. L'éventail complet des possibilités apparaît. » (116) Le stress et la résilience par rapport à cette souffrance modulent aussi fortement leur impact sur l'individu, le vécu qu'il a des événements. Toutefois, il faut bien admettre que face à une souffrance sévère que l'on ne parvient pas à réduire, il est quelque peu irrationnel de considérer que la qualité de vie ne sera que peu impactée par la souffrance. Il se trouve un seuil au-dessus duquel il devient illusoire de considérer que le patient puisse encore avoir un projet de vie mais en dessous duquel d'autres aspects de la qualité de vie et du *telos* peuvent s'exprimer.

Une évaluation scientifique et soignante, se basant sur les critères précédemment décrits pour évaluer la douleur, la souffrance, la qualité de vie, le stress et la résilience, doit être réalisée. L'empathie s'exprime dans la capacité de l'individu à lire réellement ce que le langage corporel et les actes disent d'autrui. (170) L'empathie devrait permettre au soignant de rechercher des signes de détresse ou d'apaisement dans le comportement pendant et après un événement qui pourrait lui paraître à lui insupportable (170). Placer cette évaluation dans un contexte particulier et la faire reposer sur des données scientifiques et empathiques, doit permettre une évaluation la plus objective possible, se rapprochant le plus du vécu réel de l'animal. La difficulté de cette évaluation est de ne pas tomber dans le piège de dire que l'animal se trouve dans une situation de détresse parce que le soignant ou le client imagine, que s'il se retrouvait dans la même situation, il en souffrirait atrocement. (170) Faire preuve d'empathie ce n'est pas se demander ce qu'on éprouverait dans la même situation mais se demander ce que l'autre éprouve dans la situation dans laquelle il se trouve. (170) Mais dans le même temps, il faut reconnaître qu'il est plus difficile de concevoir la situation dans laquelle se trouve autrui si l'on n'a jamais été confronté soi-même à cette situation. Cette évaluation de la personne malade dans son contexte de vie doit permettre au vétérinaire de répondre aux questions suivantes : « Quelle est la qualité de vie de l'animal actuelle et future ? Est-il soumis à de grandes souffrances ? Le vétérinaire s'emploiera à lutter contre l'acharnement thérapeutique. Le vétérinaire prendra en compte le risque de souffrance pour les animaux considérés comme des non-valeurs économiques. Les solutions alternatives, si elles existent, ont-elles été envisagées ? Ces solutions sont à mettre en place par une action à la fois des pouvoirs publics et des professionnels concernés. S'est-on efforcé d'appliquer le meilleur et d'éviter le pire ? » (110)

Nous avons vu les risques que pouvait entraîner une mauvaise évaluation pour le patient. Le cas des animaux fait référence aux cas des individus marginaux en médecine humaine, ce qui implique dans la prise en considération de cette évaluation une part de subjectivité de la part du soignant et du client quant à la description de l'état du patient. (108) Pour ne pas contribuer à un malheur plus grand que celui que le patient est en train de vivre. (108), le soignant doit s'efforcer de rester critique quant à ses propres interprétations et à celles du client.

C'est notamment dans l'anticipation qu'il faut se méfier, anticiper une souffrance qui ne peut être soulagée ou le développement de souffrances extrêmes dans le futur peut conduire à des demandes d'euthanasie anticipées, d'autre part anticiper une amélioration franche, quel que soit l'état du patient, peut conduire à sombrer dans l'obstination déraisonnable. Au vu du contexte émotionnel que fait naître la souffrance d'autrui, il semble légitime de laisser en presque toutes circonstances la possibilité à l'animal d'être stabilisé, afin de quitter cette situation d'urgence dans laquelle prendre une décision réfléchie est plus que discutable. (En « presque » toutes circonstances, car il faut reconnaître également les situations avec un pronostic extrêmement sombre, comme lors d'une phase d'agonie ou de maladies ou blessures non traitables dans lesquelles tout traitement peut être illusoire. (188)) Il faut laisser la possibilité à l'animal de s'en remettre avant de mentionner l'euthanasie, parce que cette personne malade n'est pas autonome et que c'est pourtant elle qui peut subir la plus grosse perte en mourant et pour diminuer les angoisses et la culpabilité du client et du vétérinaire, naissant d'un sentiment d'urgence à prendre une décision. Il faut laisser le temps au patient de répondre à la mise en place du traitement et au client le temps de s'habituer aux changements chez le patient. S'efforcer de rechercher une alternative c'est mettre en valeur que pour vivre ou pour poursuivre son projet de vie, plusieurs chemins sont possibles, et en laissant le temps au praticien de réfléchir, elle donne des éléments en faveur ou en défaveur de la pertinence du moment choisi pour euthanasier et met en valeur le « prendre soin », accompagnant le patient dans sa vie même lorsque cette dernière atteint sa limite. Et s'il est de rares cas où aucune alternative n'est possible, alors il faut également être capable de l'entendre, s'efforcer de l'accepter. L'alternative doit être adaptée au patient mais également aux possibilités du client, possibilités socio-économiques et émotionnelles notamment. Quel est le poids à accorder à ces facteurs secondaires, jusqu'où les respecter dans la prise en charge du patient ?

d) La place à accorder aux facteurs secondaires pour répondre à une demande d'euthanasie

Revenons sur la notion de compromis étudiée dans la partie II - C - 4. Le compromis consiste à rechercher la solution la moins pire pour les différents individus impliqués dans la situation. En fonction de la solution élaborée, les effets ne seront pas nécessairement identiques sur ces individus. Nous avons également vu que l'éthique médicale en médecine individuelle reposait sur l'éthique du *care* et l'éthique déontologique. L'éthique du *care* aide à appréhender le patient dans son ensemble, en tant que personne existant dans son contexte de vie, et incite à agir dans le meilleur intérêt du patient tout en tenant compte des facteurs secondaires liés au client et au vétérinaire susceptibles de l'influencer. Dans le cas de la médecine vétérinaire ces facteurs secondaires sont les facteurs liés au client et les facteurs liés au soignant. L'éthique déontologique distingue les justifications morales des explications morales, les justifications morales étant en lien avec le patient lui-même et les explications morales faisant référence aux intérêts du client et du soignant, et indique qu'accorder le même poids aux justifications morales et aux explications morales conduit à l'élaboration d'une solution arbitraire et par essence (même si ce n'est pas nécessairement le cas dans les faits) irrespectueuse du patient. D'une part agir dans le meilleur intérêt du patient est inhérent au concept de personne et relève des devoirs fondamentaux de la médecine. D'autre part tous les préjudices ne sont pas équivalents, il faut donc, lors de l'établissement d'un compromis éthique, éviter de causer un plus grand préjudice à autrui et à soi en prenant une décision plutôt qu'une autre. Par conséquent lorsque l'euthanasie

est abordée, le patient sera toujours celui qui éprouvera le plus grand préjudice car en vertu de ses droits à ne pas être maltraité, à ne pas être négligé, à ne pas souffrir, c'est son droit éthique et moral à la vie qui se retrouve transgressé. Comme indiqué précédemment, le soignant doit s'efforcer d'améliorer ses connaissances et ses compétences, pratiques et théoriques, mais il doit aussi reconnaître qu'il ne lui sera jamais possible de tout savoir sur la maladie telle qu'elle s'exprime chez le patient et pas forcément possible de tout mettre en œuvre pour le sauver. Dans les cas extrêmes, où la vie cotoie la mort, ses connaissances sur l'avenir du patient sont nécessairement incertaines. Dans ces cas de forte incertitude, il est important que le soignant reste honnête, fasse preuve d'humilité mais aussi s'efforce d'aider le patient en donnant toutes les informations possibles et en étant créatif. (137) Le soignant doit s'efforcer d'expliquer son diagnostic et les soins envisagés au patient/au client, d'écouter et de comprendre une demande d'euthanasie (ce qui ne signifie être en accord avec celle-ci), mais aussi d'avoir conscience de ses devoirs, et d'être capable de les expliquer au patient/au client, de ce qu'il est par conséquent tenu de faire et tenu de ne pas faire, et d'expliquer ce qu'est l'obstination déraisonnable. Il est très important de comprendre et de faire comprendre la situation au patient/au client. Notamment en médecine vétérinaire, car l'euthanasie peut-être un moyen de s'en sortir pour le client et le vétérinaire lorsque le patient souffre et qu'un traitement ne peut être payé ou qu'il(s) souffre(nt) trop face à cette souffrance. (188) Le facteur économique ne doit pas être négligé, toutefois il ne règle pas tout. Il est un des facteurs à prendre en compte dans la prise de décision, mais il n'a pas le privilège de passer par-dessus tous les autres facteurs, le seul facteur qui est au-dessus de tous les autres c'est d'agir dans le meilleur intérêt du patient et ce parce que cela repose sur le respect de sa personne. Il se trouve une limite : des soins standards doivent au moins être tentés pour guérir ou soulager le patient s'ils sont pensés comme susceptibles d'améliorer l'état du patient et il faut évaluer l'évolution de l'état du patient en dehors de la « crise ». (Nous avons vu que dans certains cas il était évident qu'aucun traitement ne pourrait fonctionner ou n'est pas disponible et dans ce cas alors il peut être envisagé une euthanasie en première intention sans quoi le patient risque de souffrir pour « rien » avec certitude). Ne pas tenter de mettre en place des « soins standards », même si ceux-ci n'ont que peu de chance de fonctionner, se rapproche d'un acte de négligence. A l'inverse, dans le cas de « soins avancés », si même avec leur instauration les chances de survie ou d'amélioration de l'état clinique d'un patient sévèrement malade ou blessé sont extrêmement faibles, en somme, si le meilleur intérêt pour l'animal de réaliser ce traitement n'est pas évident, dans ce cas-là le facteur économique mais également les autres facteurs du client peuvent peser plus lourds et d'autres facteurs secondaires tels que les facteurs du soignant (volonté économique, volonté de s'exercer, de pratiquer des actes médicaux de pointe, etc.) peuvent peser moins lourds dans le choix final qui vise à agir malgré tout dans le meilleur intérêt du patient. Ce choix doit reposer sur ses connaissances scientifiques de la maladie et du malade et sur ses connaissances empathiques du malade, et est donc en partie dépendante de la créativité du soignant, témoignant de sa faculté à s'adapter au patient dans son contexte de vie.

La créativité est primordiale en médecine. Elle permet notamment :

- d'essayer un traitement adapté au patient afin que la prise en charge thérapeutique soit la plus efficace pour lui mais aussi à son contexte de vie. En médecine vétérinaire, elle permet d'adapter les traitements et les soins aux possibilités d'observance du client (par exemple, dans le cas d'un chat cardiaque, il n'est pas toujours possible de mettre en place l'ensemble des traitements recommandés, parfois la prise en charge se limite à l'administration de diurétiques),

à ce qu'il arrive à faire avec le patient.

- d'accepter que le mieux n'est pas toujours possible et que si les lignes directrices médicales sont utiles pour aider à organiser la démarche scientifique médicale, elles doivent être adaptées au contexte afin d'assurer qu'au moins une partie du traitement (et non aucune) soit réalisée pour assurer un confort minimal acceptable et toléré par et pour le patient.

Tout cela est à mettre en parallèle avec ce qui est recommandé en médecine humaine : « Si la volonté de la personne de refuser ou d'interrompre un traitement met sa vie en danger, le médecin doit tout mettre en œuvre pour la convaincre d'accepter les soins indispensables. Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment. » (93) En médecine vétérinaire, d'un point de vue légal, le vétérinaire reste soumis à la législation pour qui seulement le consentement du propriétaire compte. Mais d'un point de vue éthique, il doit faire son possible que ce consentement soit engagé dans le meilleur intérêt du patient. Si la demande de mise à mort n'est pas dans l'intérêt du patient, le vétérinaire doit tout mettre en œuvre pour faire changer d'avis le propriétaire en lui faisant comprendre pourquoi, mais sans négliger le fait que c'est lui qui va avoir la responsabilité de poursuivre les soins à domicile. Cet engagement vis-à-vis du client doit être empathique et s'il s'adapte au patient, il doit aussi s'adapter au client. D'un point de vue plus pratique, la créativité face à la fatigue psychologique du client peut s'exprimer en hospitalisant l'animal sur une période raisonnable (tolérée par l'animal) lors d'épisodes de crises de la maladie ou lorsque le client semble dépassé ne plus parvenir à faire face à ce qui arrive à l'animal et à lui-même. Le vétérinaire doit accompagner le client qui est celui qui va devoir assumer tous les soins quotidiens à la maison en lui proposant des solutions aussi simples que possibles, donner des astuces, intervenir sur des mesures hygiéniques simples, être ouvert et réexpliquer la prise en charge, son but, ses limites, ce qu'il a à en attendre et ce qu'il ne faut que faiblement espérer de celle-ci. Il doit montrer au client qu'il comprend sa fatigue, sa détresse et sa frustration, que s'il veut agir pour le patient, il le peut et sera aidé. Si le client est limité par le facteur financier, alors éthiquement et même légalement, puisque le client est celui sur qui repose la prise en charge financière, le vétérinaire doit faire de son mieux pour sélectionner le traitement accessible financièrement mais qui reste efficace pour soulager et apporter au confort du patient sans endetter le client. Si les moyens financiers sont limités, privilégier le confort apporté au patient peut prendre le dessus sur sa durée de vie avec ce traitement, voire sur le potentiel développement d'effets secondaires à long terme. Il faut également dans une telle situation se limiter au traitement des symptômes ayant le plus d'impact désagréable sur le patient. Cette prise en charge de base peut être complétée si les moyens financiers disponibles du client augmentent, par apport direct par le client, ou par le soutien économique d'associations, ou par la création de fonds par le vétérinaire lui-même au sein de sa clinique (la création de ces fonds s'appuie sur l'implication de la partie de la clientèle la plus aisée, qui ayant mesuré l'impact des soins sur leurs animaux et sur eux, s'investissent financièrement pour que les animaux des clients à revenus plus modestes aient d'avantage accès aux soins. (266)) Ne sont cités ici que quelques exemples d'alternatives. Une fois que des soins sont instaurés, la poursuite de l'évaluation du patient est importante, de même qu'être capable de reconnaître et d'admettre que les soins ne parviennent pas à soulager le patient et que le soignant n'est plus le garant du projet de vie car il n'y a plus de projet de vie. Dans ce cas, « l'euthanasie peut alors être une meilleure option. » (115)

e) Conclusion

En conclusion, les décisions concernant la prise en charge du patient impliquent d'évaluer le patient (la personne et la maladie qu'elle subit, ce qui repose sur la connaissance de la maladie, sur la relation de soin établie entre le soignant et le patient, et sur l'évaluation de sa douleur, sa souffrance, sa qualité de vie, son stress et sa résilience à chaque instant) ; il faut considérer les facteurs secondaires qui définissent le contexte de vie de la personne malade et les confronter à la personne malade pour juger des intérêts et des inconvénients de sa prise en charge par des « soins standards » et/ou des « soins avancés » ; avoir conscience de la signification et du contexte dans lequel s'inscrit l'acte de négligence, l'obstination déraisonnable, les soins palliatifs et l'euthanasie ; et enfin avoir conscience des devoirs du client vis-à-vis du patient et des devoirs du vétérinaire vis-à-vis du patient et du client, en tant que les deux sont des personnes, mais qui, si elles sont rassemblées dans un même contexte, ne sont pas impliquées de la même manière dans ce contexte. La réponse éthique doit être adaptée à cette différence de vécu et d'implication par rapport au contexte de la maladie et autour de la maladie pour le patient, le client, le soignant. Elle repose sur un compromis qui puisqu'il est un compromis n'est pas une réponse noire ou une réponse blanche, mais sur une réponse grise qui a pour vocation de trouver la solution pour laquelle il y aura le moins de préjudice. Les effets réels de ce compromis doivent ensuite être évalués pour que le soin et la relation de soin restent véritablement engagés pour et adaptés au patient dans son contexte de vie.

Le vétérinaire doit garder en tête que ce n'est pas parce qu'une décision est juste qu'elle n'est pas associée à de la souffrance. Et cette idée doit retentir d'autant plus dans les cas d'inaccessibilité vraie ou relative à des « soins avancés », dans les cas d'impasse thérapeutique, dans les cas d'inefficacité des traitements. Dans ces situations extrêmes l'incertitude concernant le devenir du patient et le choix de la prise en charge prédomine et ce même en médecine humaine, alors que le médecin dispose de directives anticipées et qu'il peut échanger, discuter, communiquer par la parole directement avec le patient. En effet en médecine humaine, malgré les directives anticipées et lorsque le patient parle, le médecin se pose tout de même les questions suivantes : faut-il accepter la demande de mise à mort du patient ? Est-il lucide ? Existe-t-il d'autres solutions pour que le patient échappe au désespoir et/ou à la souffrance qui l'assaillent ? En Hollande, pour pallier ces incertitudes, il est même demandé à un second médecin d'intervenir dans la prise de décision d'euthanasie, cependant cela soulève la question de savoir « comment un médecin extérieur à la relation va pouvoir se faire une opinion un tant soit peu consistante sur la situation, et encore plus sur la motivation du malade » ? (117) De ce fait, en médecine vétérinaire, il ne faut pas espérer faire mieux qu'en médecine humaine. Quel que soit le moment, le médecin et le vétérinaire se retrouveront presque toujours face au même dilemme : comment savoir si c'est le bon moment pour accepter ou induire la mort ? si l'on attend, que l'on change le traitement, sera-t-il efficace ? Quoi qu'il arrive il faut avoir conscience et accepter qu'« on ne peut jamais être certain que l'animal préférerait continuer à vivre jusqu'au moment de la mort " sans aide ". Quand il s'agit de choisir le moment de l'euthanasie pour un animal aimé, il ne faut pas s'attendre à pouvoir " faire mouche " - choisir le moment exact où l'animal, s'il le pouvait, pourrait dire " C'est l'heure, aidez-moi à partir ". Un objectif plus réaliste est [...] [d'] accepter que nous puissions nous tromper en agissant trop tôt ou pas assez tôt. Pour minimiser l'ampleur de ces erreurs, nous devons faire de notre mieux pour interpréter les préférences de l'animal, en utilisant les meilleures informations disponibles

à partir de la connaissance du comportement animal et de l'observation du comportement des animaux eux-mêmes » (170) mis en rapport avec les connaissances que nous avons de la maladie. Et il est important d'accepter cette incertitude inhérente au soin, à la relation de soin et nécessaire au maintien de l'engagement de chacun dans cette relation de soin.

CONCLUSION

La personne a des droits fondamentaux qui sont le droit de vivre, le droit de ne pas être maltraitée, le droit à la liberté, en somme le droit au respect de sa dignité. La personne, bien qu'étant une entité individuelle, est enracinée socialement et l'identification de la personne en tant que telle, en tant qu'être ayant une valeur morale particulière, n'est pas indépendante de la position qu'adopte autrui à son égard. La condition essentielle pour s'inscrire dans une relation sociale est d'être capable d'apprécier l'existence d'autrui, ce qui repose au minimum sur la conscience pré-réfléchie de l'existence d'autrui. Les « substrats neurologiques », dont découle la conscience pré-réfléchie de l'existence d'autrui, sont au moins présents chez les mammifères et les oiseaux. Par voie de conséquence, l'être humain et la personne ne sont pas des concepts équivalents et il existe des personnes non humaines. Or toute la puissance du concept de personne réside dans le fait que tout en s'inscrivant dans le social, par la normativité à laquelle elle est liée par essence, c'est également elle qui assure toute notion d'indépendance ; grâce à elle, l'existence de l'être ne peut être légitimement considérée comme relative, même si, en pratique, le respect de ses droits repose sur l'attitude d'autrui à son égard.

Le respect de la dignité de la personne est inhérent à la personne, que celle-ci soit malade ou non. Au sein de la relation de soin, le respect de cette dignité se manifeste par l'engagement du soignant pour le meilleur intérêt de la personne malade. Cet acte relève de la justification morale et consiste à prévenir, à guérir et/ou à soulager les douleurs, les souffrances, le stress, à maintenir ou à améliorer la qualité de vie, à favoriser la résilience du patient. Pour évaluer ce qui est « dans le meilleur intérêt » de la personne malade, le soignant s'appuie d'une part sur l'éthique déontologique, de laquelle découlent les principes de respect, de préjudice, de liberté, d'égalité et du « moindre mal » vis-à-vis de la personne malade ainsi que les quatre principes fondamentaux de la médecine : la non-malfaisance, la bienfaisance, la justice et l'autonomie. Et, d'autre part, pour tenir compte de la réalité particulière, et non universelle, de cette relation de soin, il s'appuie également sur l'éthique du *care* qui repose sur quatre attitudes morales : le souci d'autrui, le « prendre soin » d'autrui, la prise en charge d'autrui et la réceptivité du soin par autrui. L'éthique du *care* permet de combiner la rationalité de la situation et la particularité du contexte, elle offre un espace donnant la priorité à la pratique sur la théorie éthique et morale. La complémentarité de l'éthique déontologique et de l'éthique du *care* offre la possibilité aux décisions médicales d'être adaptées à l'unicité de la relation de soin, tout en restant les plus objectives possibles et en assurant l'égalité et l'équité dans l'accès au soin pour tous les patients. Mais la personne malade existe dans un contexte de vie particulier. Ainsi, le dilemme éthique de la prise en charge d'une personne malade repose sur le fait que celle-ci doit être dans l'intérêt du patient tout en tenant compte de son contexte de vie sans que la prise en compte de ce contexte de vie ne prédomine sur l'intérêt de la personne malade. La relation de soin est une relation asymétrique mais une relation d'interdépendance. L'incertitude dans le soin assure en effet une relation de réciprocité en maintenant un état de responsabilité et de dépendance de la part des différentes personnes impliquées dans la relation de soin. Elle invite à la délibération et au compromis. Le compromis n'est pas neutre et permet le maintien de la relation de soin tout en étant ouvert aux changements qui surviennent dans le contexte des soins, c'est-à-dire un contexte de dépendance, de vulnérabilité, de processus morbide voire mortel.

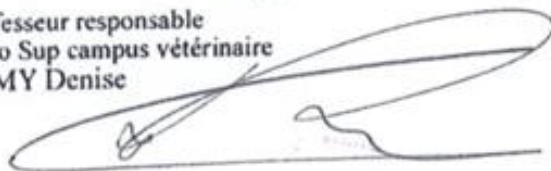
Jusqu'où aller pour une prise en charge médicale éthique de la personne ? L'accessibilité universelle aux soins pour tous, en médecine humaine et vétérinaire, relève encore de l'utopie. De fait, le soin peut être divisé en deux catégories, le « soin standard » et le « soin avancé »,

qui sont complémentaires. Du côté des « soins standards » se trouve un minimum de soins à réaliser afin d'assurer le confort voire la guérison du patient et cela ne peut être négligé ou nié sous l'impulsion du contexte de vie (notamment des facteurs liés au client et au soignant), sans quoi l'acte soignant n'agit plus dans le meilleur intérêt du patient et de fait ne saurait être légitime. La prise en charge médicale doit être justifiée par des attentes réalistes concernant la santé et la qualité de vie du patient. Une « attente réaliste » pose la question des limites : limites de la médecine, de la thérapeutique, du soin, de la vie, de la maladie et de la mort. Reconnaître ces limites est nécessaire pour prévenir et/ou réduire les cas d'obstination déraisonnable, qui, si elle répond au droit à la vie de la personne malade, ne la respecte pas à l'aune de sa dignité, puisqu'elle n'agit plus dans son meilleur intérêt. Respecter la dignité d'une personne malade, c'est aussi accepter qu'en tant qu'être vivant elle ait une fin. Respecter profondément la dignité de la personne peut conduire en pratique à la transgression des normes morales, voire juridiques. En effet, la sagesse pratique permet de distinguer les situations où le respect des normes est éthique et les exceptions justifiables, c'est-à-dire les situations dans lesquelles ne pas les transgresser rend l'acte complice d'un plus grand préjudice : la légitimité d'un acte ne repose pas sur sa légalité ou sa moralité, mais sur la réflexion éthique. La transgression peut s'exprimer dans la relation de soin, dans des situations de détresse médicale extrême pour le patient, en permettant l'accès de la personne malade à l'euthanasie. L'euthanasie est un acte réalisé dans un contexte de soin, par un médecin ou un vétérinaire, dans l'intention de donner la mort sans douleur à un individu malade, afin de mettre fin à une souffrance ou à une qualité de vie insupportables, intolérables et irrémédiables. Cette situation, jugée insupportable par ou pour le patient, conduit à une demande explicite du patient ou bien, lorsque le patient est incapable de donner son consentement – ce qui est le cas de l'animal non humain -, à la demande explicite d'un proche ou à la décision du corps médical en vue d'agir dans le meilleur intérêt du patient.

Dans le cas où la maladie du patient a des répercussions sur la santé publique, les devoirs du soignant vis-à-vis du patient se retrouvent également confrontés à ses devoirs envers la santé publique, ce qui pose la question de savoir s'il est possible d'agir pour la santé publique sans agir contre la personne malade. Dès lors que le patient est une personne, l'étude précise du contexte environnemental, du contexte socio-économique et du contexte politique dans lesquels s'exprime la maladie et s'inscrit la santé publique, devient nécessaire d'un point de vue scientifique, juridique mais également moral et éthique.

Thèse de Mme CHADUC Lily-Marie

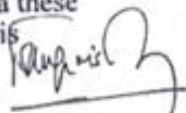
Le Professeur responsable
VetAgro Sup campus vétérinaire
Pr RÉMY Denise



Le Directeur général
VetAgro Sup

Par Délégation
Hélène AGNESSE
Directrice de l'Enseignement
et de la Recherche
VetAgro Sup campus Vétérinaire

Le Président de la thèse
Pr MION François



Vu et permis d'imprimer, Lyon le ...10.11.22

Pour Le Président de l'Université Claude Bernard Lyon 1,
Le Président du Comité de Coordination des Etudes Médicales
Professeur Carole BURILLON



BIBLIOGRAPHIE

- (1) Nations unies. *Déclaration Universelle des Droits de l'Homme de 1948* [en ligne].
URL : <https://www.un.org/fr/universal-declaration-human-rights/>
[consulté le 07/10/2019]
- (2) HANSEN-LØVE, L., et al. (2011). *La philosophie de A à Z*. Paris : Hatier, 480 p.
- (3) BOMMIER, C. (2019). La notion de personne humaine dans le débat public. *Ethics Medicine and Public Health*, 9, pp. 12-18
- (4) Institut national de la statistique et des études économiques. *Personne physique*. [en ligne].
URL : <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1558>
[consulté le 28/08/2021]
- (5) Legifrance. *Code de la santé publique : Droits des personnes malades et des usagers du système de santé. (Articles L1110-1 à L1115-3)*. [en ligne].
URL : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000006154977/#LEGISCTA000006154977
[consulté le 28/08/2021]
- (6) SAFINA, C. (2018). *Qu'est-ce qui fait sourire les animaux ? Enquête sur leurs émotions et leurs sentiments*. Paris : Vuibert, 557 p.
- (7) CAVALIERI, P., SINGER, P. A Declaration on Great Ape. In : CAVALIERI, P., SINGER, P. (dir.) (1994). *The Great Ape Project, equality beyond humanity*. New York : St. Martin's Press, pp. 4-9
- (8) AALTOLA, E. (2008). Personhood and Animals. *Environmental Ethics*, 30, pp.175-193
- (9) LOW, P., et al. (2012). *The Cambridge Declaration on Consciousness*. [en ligne].
URL : <https://fcmconference.org/img/CambridgeDeclarationOnConsciousness.pdf>
[consulté le 07/10/2019]
- (10) La fondation droit animal Ethique & sciences. *Colloque: Droits et personnalité juridique de l'animal* [en ligne].
URL : <https://www.fondation-droit-animal.org/colloque-2019-droits-et-personnalite-juridique-de-lanimal/>
[consulté le 09/09/ 2019]
- (11) BALMOND, L., REGAD, C., RIOT, C. (2019). *Déclaration de Toulon*. Toulon, 2 p.
- (12) KURKI, V.A.J. (2016). Revisiting legal personhood. *VI Spanish-Finnish Seminar in Legal Theory, June-July, 2016, Joensuu, Finland*. pp. 1-21
- (13) KIRSCHENMANN, P.P. Why is the Notion of Person also Descriptively Problematic ?. In : KANZIAN, C., QUITTERER, J., RUNGALDIER, E. (eds.) (2002). *Persons. An Interdisciplinary Approach*. Kirchnerberg am Wechsel : Austrian Ludwig Wittgenstein Society, pp. 103-105
- (14) GRANDJEAN, A. (2016). Personnalité morale et rationalité selon Kant. *Archives de Philosophie*, 79 (2), pp.387-399
- (15) BURGAT, F., LEROY, J., MARGUENAUD, J.P. (dir.) (2016). *Le droit animalier*. Paris : Presses Universitaires de France, 261 p.
- (16) GOFFI, J.Y. Ethique des relations avec l'animal ; éthique des vertus (2011). In : VILMER, J-B.,J. (2011). *Anthologie d'éthique animale Apologies des bêtes*. Paris : Presses Universitaires de France, pp. 391-395
- (17) VILMER, J.-B.J. (2018). *L'éthique animale*. 3ème édition. Paris : Presses Universitaires de France, 126 p.
- (18) MILLER, H.B., The Wahokies. In : CAVALIERI, P., SINGER, P. (dir.) (1994). *The Great Ape Project, equality beyond humanity*. New York : St. Martin's Press, pp. 230-236

- (19) PATTERSON, C. (2008). *Un éternel Treblinka*. Paris : Calmann-Lévy, 334 p.
- (20) WELKER M., (2014). *The Depth of the Human Person, A Multidisciplinary Approach*. Michigan : William B Eerdmans Publishing Company, 396 p.
- (21) DERRIDA, J. (2006). *L'animal que donc je suis*. Paris : Galilée, 232 p.
- (22) DE FONTENAY, E. Les animaux considérés. In : CYRULNIK, B., DE FONTENAY, E., SINGER, P. (dir.) (2013). *Les animaux aussi ont des droits*. Paris : Seuil, pp. 93-183
- (23) CESAIRE, A. (2014). *Discours sur le Colonialisme*. Paris : République des Lettres, 58 p.
- (24) ALBERT, B., KOPENAWA, D. (2014). *La chute du Ciel*. Paris : Pocket, 1010 p.
- (25) TERROT, M.M. 14^{ème} législature, Question N°100877. [en ligne].
URL : <http://questions.assemblee-nationale.fr/q14/14-100877QE.htm>
[consulté le 25/01/2020]
- (26) CYRULNIK, B., Les animaux révélés. In : CYRULNIK, B., DE FONTENAY, E., SINGER, P. (dir.) (2013). *Les animaux aussi ont des droits*. Paris : Seuil, pp. 185-253
- (27) DUNBAR, R.I.M. What's in a Classification. In : CAVALIERI, P., SINGER, P. (dir.) (1994). *The Great Ape Project, equality beyond humanity*. New York : St. Martin's Press, pp. 109-112
- (28) BEKOFF, M. Common Sense, Cognitive Ethology and Evolution. In : CAVALIERI, P., SINGER, P. (dir.) (1994). *The Great Ape Project, equality beyond humanity*. New York : St. Martin's Press, pp. 102-108
- (29) DE FONTENAY, E. (1998). *Le silence des bêtes, La philosophie à l'épreuve de l'animalité*. Paris : Fayard, 1084p.
- (30) DE FONTENAY, E. (2018). *Gaspard de la nuit*. Paris : Stock, 150 p.
- (31) BARATAY, E. (2012). *Le point de vue animal, Une autre version de l'histoire*. Paris : Seuil, 389 p.
- (32) WAGNER, N.F. (2019). Against Cognitivism About Personhood. *Erkenntnis*, 84 (6), pp. 657-686
- (33) BODDINGTON, P., PODPADEC, T. (1991). Who are the Mentally Handicapped ?. *Journal of Applied Philosophy*, 8 (2), pp. 177-189
- (34) HAYNES, R.P. Killing as a welfare issue. In : MEIJBOOM, F.L.B., STASSEN, E.N. (dir.) (2016). *The end of animal life : a start for ethical debate. Ethical and societal considerations on killing animals*. Wageningen : Wageningen Academic Publishers, pp. 41-48
- (35) SCHECHTMAN, M. (2010). Personhood and the practical. *Theoretical Medicine and Bioethics*, 31 (4), pp. 271-283
- (36) SINGER, P. (1979). *Practical Ethics*. Cambridge : Cambridge University Press, 237 p.
- (37) SINGER, P. The Animal Liberation Movement (1985). In : VILMER, J-B.,J. (2011). *Anthologie d'éthique animale Apologies des bêtes*. Paris : Presses Universitaires de France, pp. 303-305
- (38) ARSTEIN-KERSLAKE, A., QUINN, G. Restoring the 'human' in 'human rights' : personhood and doctrinal innovation in the un disability convention. In : DOUZINAS C., GEARTY, C. (dir.) (2013). *The Cambridge Companion to Human Rights Law*. Cambridge : Cambridge University Press, pp. 36-55
- (39) LAITINEN, A. (2007). Sorting Out Aspects of Personhood : Capacities, Normativity and Recognition. *Journal of Consciousness Studies*, 14 (5-6), pp. 248-270
- (40) HÄYRY, H., HÄYRI, M. Who's Like Us ? In : CAVALIERI, P., SINGER, P. (dir.) (1994). *The Great Ape Project, equality beyond humanity*. New York : St. Martin's Press, pp. 173-182

- (41) COURME-THUBERT, C., MARCHAL, A. (2012). *Philosophie Tle L, ES, S*. Paris : Magnard, 590 p.
- (42) CHRISTEN, Y. (2011). *L'animal est-il une personne ?*. 2^{ème} édition, Paris : Flammarion, 698 p.
- (43) BROWN, C. (2001). Familiarity with the test environment improves escape responses in the crimson spotted rainbowfish, *Melanotaenia duboulayi*. *Animal Cognition*, 4(2), pp. 109-1113
- (44) CAMUS, A. Réflexions sur la guillotine. In : CAMUS, A., KOESTLER, A. (dir.) (1957). *Réflexions sur la peine de mort*. Paris : Calmann-Lévy, pp. 119-170.
- (45) VAN LAWICK-GOODALL, J. (1971). *Les chimpanzés et moi*. Paris : Stock, 316 p.
- (46) Nations unies. *Convention relative aux droits des personnes handicapées*. [en ligne].
URL : <https://www.ohchr.org/fr/instruments-mechanisms/instruments/convention-rights-persons-disabilities>
[consulté le 10/10/2020]
- (47) Larousse. *Dictionnaire de Français*. [en ligne].
URL : <https://www.larousse.fr/>
[consulté le 06/09/2019]
- (48) DE WAAL, F.B.M. (2011). *L'âge de l'empathie*. Arles : Actes Sud, 389 p.
- (49) OLBY, N., PLATT, S. (2020). *BSAVA Manual of Canine and Feline Neurology*. 4^{ème} édition. Gloucester : British small animal veterinary association, 542 p.
- (50) HAMRAOUI, E. Douleur, rationalité médicale et existence. In : GUICHET, J-L. (dir.) (2010). *Douleur animale, douleur humaine. Données scientifiques, perspectives anthropologiques, questions éthiques*. Versailles : Quae, pp. 137-142
- (51) DAWKINS, M-S., Comportement et souffrance chez l'animal. In : GUICHET, J-L. (dir.) (2010). *Douleur animale, douleur humaine. Données scientifiques, perspectives anthropologiques, questions éthiques*, Versailles : Quae, pp. 82-90
- (52) HILD, S. (2018). Le poisson, le miroir et la conscience de soi. *Droit Animal, Ethique et Sciences*, 99, pp. 24-25
- (53) ROWLANDS, M. (2016). Are animals persons ? *Animal Sentience*, 10 (1), pp. 1-19
- (54) LEVI-STRAUSS, C. (1987). *Race et histoire*. Paris : Gallimard, 127 p.
- (55) KORTLANDT, A. Spirits Dressed in Furs ? In : CAVALIERI, P., SINGER, P. (dir.) (1994). *The Great Ape Project, equality beyond humanity*. New York : St. Martin's Press, pp. 137-144
- (56) MIYADI, D. (1964). La vie sociale des macaques du Japon. *Revue d'Ecologie, Terre et Vie, Société nationale de protection de la nature*, pp. 417-426
- (57) VORHAUS, J. (2016). *Giving Voice to Profound Disability. Dignity, dependence and human capabilities*. New York : Routledge, 144 p.
- (58) CAVALIERI, P. (2009). The ruses of Reason. *Logos Journal*. [en ligne].
URL : <http://logosjournal.com/2011/cavalieri/>
[consulté le 09/10/2019]
- (59) La fondation droit animal Ethique & sciences. *La Déclaration universelle des droits de l'animal*. [en ligne].
URL : <https://www.fondation-droit-animal.org/la-fondation/declaration-universelle-droits-de-lanimal/>
[consulté le 5 janvier 2020]
- (60) BADINTER, R. (1981). *Discussion du projet de loi portant abolition de la peine de mort*. Paris : Journal officiel – Debats parlementaires – Assemblée nationale, 9 p.

- (61) MANDRESSI, R. (2012). Les limites du cadavre. La tentation de la vivisection humaine, XVIe-XVIIIe siècles. *Histoire, médecine et santé*, 2, pp. 109-135. [en ligne].
URL : <https://journals.openedition.org/hms/296#ftn56>
[consulté le 20/01/2020]
- (62) DONALDSON, S., KYMLICKA, W. (2019). *Zoopolis, Une théorie politique des droits des animaux*. Paris : Alma, 404 p.
- (63) CLARK, S.R.L. Apes and the Idea of Kindred. In : CAVALIERI, P., SINGER, P. (dir.) (1994). *The Great Ape Project, equality beyond humanity*. New York : St. Martin's Press, pp. 113-125
- (64) KITTAY, E.F. (2005). At the Margins of Moral Personhood, *Ethics*, pp 100-131
- (65) BEKOFF, M. Moral Mutts : Social Play, Fairness, and Wild Justice. In : CRANE, J. K. (dir.) (2015). *Beastly Morality : Animals as ethical agents*. Columbia : Columbia University Press, pp. 104-122
- (66) VORHAUS, J. (2006). Respecting Profoundly Disabled Learners. *Journal of Philosophy and Education*, 40 (3), pp. 313-328
- (67) GERY, Y., GRUNER, C., MATHIEU, A. (2014). *Les abandonnés de la République, Vie et mort des Amérindiens de Guyane français*. Paris : Albin Michel, 342 p.
- (68) RACHELS, J. Created from Animals : the moral implications of Darwinism. In : VILMER, J-B. J. (2011). *Anthologie d'éthique animale Apologies des bêtes*. Paris : Presses Universitaires de France, pp.313-316
- (69) SINGER, P. (2012). *La libération animale*. 2^{ème} édition. Paris : Payot et Rivages, 477 p.
- (70) VORHAUS, J. (2007). Disability, Dependency and Indebtedness. *Journal of Philosophy of Education*, 41 (1), pp. 29-44
- (71) LATCHIMY, I., PIOLAT, A. Cognitions et émotions morales : de l'intérêt des études exploitant le dilemme du trolley. In : BEGUE, L. et al. (dir.) (2013). *Psychologie du jugement moral*. Malakoff : Dunod, pp. 59-84
- (72) LEVINAS, E. (1982). *Ethique et infini, Dialogues avec Philippe Nemo*. Paris : Fayard, 121 p.
- (73) HARTZFELD, J. (2003). *Une saison de machettes*. Paris : Seuil, 312 p.
- (74) HOUELLEBECQ, M., Ennemis publics. In : VILMER, J-B. J. (2011). *Anthologie d'éthique animale Apologies des bêtes*. Paris : Presses Universitaires de France, pp. 305-306
- (75) FURTOS, J. (2009). *De la précarité sociale à l'auto-exclusion. Quand l'exclusion sociale conduit à se couper de soi-même : quel accompagnement ?* Paris : Rue d'Ulm, 60 p.
- (76) REGAN, T. (2004). *The case for animal right*. 2^{ème} édition. California : University of California Press, 480 p.
- (77) GRABY, S., GREENSTEIN, A. Relational autonomy and disability: beyond normative constructs and post structuralist deconstructions. In: MALLETT, R., OGDEN, C., SLATER, J. (dir.) (2016). *Precarious Positions: Theorising Normalcy and the Mundane*. Chester : University of Chester Press, pp. 228-259
- (78) L'Encyclopédie philosophique. *Ontologie sociale (GP)*. [en ligne].
URL : <https://encyclo-phil.fr/ontologie-sociale-gp>
[consulté le 05/01/2020]
- (79) JOHNSON, J. (2012). Disability, animals, and the rhetorical boundaries of personhood. *JAC : A Journal of Composition Theory*. 32 (1), pp. 372-382
- (80) BARATAY, E. (2017). *Bêtes des tranchées*. 2^{ème} édition. Paris : CNRS éditions, 350 p.
- (81) CYRULNIK, B. (2000). *Les nourritures affectives*. Paris : Odile Jacob, 252 p.

- (82) FRANKENA, W. L'homme et l'animal : dimension éthique de leur relation. In : VILMER, J-B. J. (2011). *Anthologie d'éthique animale Apologies des bêtes*. Paris : Presses Universitaires de France, pp.297-299
- (83) NAGY, E., MOLNAR, P. (2004). Homo imitans or homo provocans? Human imprinting model of neonatal imitation. *Infant Behavior and Development*, 27 (1), pp. 54-63
- (84) ARDEN, G.B., et al. (1986). Visual function in the newborn infant : it is cortically mediated ? *The Lancet*, 327 (8490), pp. 1139-1141
- (85) HAWKLEY, L.C., et al. (2012). Effects of social isolation on glucocorticoid regulation in social mammals. *Hormones and Behavior*, 62 (3), pp. 314-323
- (86) GUESDON, V., et al. (2015). Behavioral and endocrine evaluation of the stressfulness of single-pen housing compared to group-housing and social isolation conditions. *Physiology and Behavior*, 147, pp. 63-70
- (87) BARRACLOUGH, B.M., JONES, H.B.M. (1978). Auto-mutilation in animals and its relevance to self-injury in man. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 58, pp. 40-47
- (88) O'KEEFE, L.M., et al. (2014). Social isolation after stroke leads to depressive-like behavior and decreased BDNF levels in mice. *Behavioural Brain Research*, 260, pp. 162-170
- (89) FURTOS, J. (2011). La précarité et ses effets sur la santé mentale. *Le Carnet PSY*, 156 (7), pp.29-34
- (90) CHAMBERLAND, C. (2003). *Violence parentale et violence conjugale. Des réalités plurielles, multidimensionnelles et interreliées*. Quebec : Presses de l'Université du Québec, 415 p.
- (91) FURTOS, J. (2022). Le coin du clinicien - Le syndrome d'auto-exclusion. *Rhizome*, 9, pp. 15
- (92) CYRULNIK, B. (2018). Traumatisme et Résilience. *Rhizome*, (60-70), pp. 28-29
- (93) Société française d'accompagnement et de soins palliatifs. *Face à une demande d'euthanasie* [en ligne].
URL : https://sfap.org/system/files/face-demande-euthanasie_0.pdf
[consulté le 14/04/2020]
- (94) Association médicale mondiale. *Principes éthiques relatifs à la fourniture de soins de santé en période de conflit armé et dans d'autres situations d'urgence* [en ligne].
URL : <https://www.icrc.org/fr/document/common-ethical-principles-health-care-conflict-and-other-emergencies>
[consulté le 10/10/2021]
- (95) SPRINGER, S., et al. (2019). Austrian Veterinarians' Attitudes to Euthanasia in Equine Practice. *Animals (Basel)*, 9 (44), pp. 1-12
- (96) GOIHMAN-YAHR, M. (2011). In it but not of it: Relationships of medicine with government and politics. *Clinics in Dermatology*, 29 (6), pp. 704-707
- (97) NATHANSON, V. (2013). L'éthique médicale en temps de guerre et en temps de paix : pour une meilleure compréhension. *Revue internationale de la Croix-Rouge*, 95 (1-2), pp. 117-142
- (98) HIRSCH, E. (2011). Le soin comme engagement éthique. *Actualité et dossier en santé publique*, 77, pp. 62-64.
- (99) MATTEL, J-F. (2011). Principes éthiques de l'action humanitaire. *Actualité et dossier en santé publique*, 77, pp. 59-61.
- (100) MAIN, D., MULLAN, S. (2001). Principles of ethical decision-making in veterinary practice. *In Practice*, 23 (7), pp. 394-401
- (101) BROCCQ, H., SCHNEIDER, M. (2011). Informer ou l'art « éclairé » de mettre les formes. *Actualité et dossier en santé publique*, 77, pp. 37-38.

- (102) AUGUST, K. Balancing Efficacy of Treatments against Burdens of Care. In : PIERCE, J., SHANAN, A., SHEARER, T. (dir.) (2017). *Hospice and Palliative Care for Companion Animals, Principles and Practice*. Iowa : Wiley Blackwell, pp. 199-210
- (103) AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS. (2007). ACOG Committee Opinion No. 390, December 2007. Ethical decision making in obstetrics and gynecology. *Obstetrics and Gynecology*, 110 (6), pp. 1479-1487
- (104) ROSEMAY, J.M. (2004). The Interface Between Legal and Ethical Issues in Reproductive Health. *The American College of Nurse-Midwives*, 49 (3), pp. 182 – 187
- (105) HAEGY, J-M. (2003). Ethique et urgences. Réflexions et recommandations de la Société Francophone de Médecine d'Urgence. *Journal Européen des Urgences*, pp. 1-14
- (106) YEATES, J.W. (2009). Response and responsibility : An analysis of veterinary ethical conflicts. *The Veterinary Journal*, 182 (1), pp. 3-6
- (107) BARATAY, E. (2012). La promotion de l'animal sensible. Une révolution dans la révolution. *Revue historique*, 661 (1), pp. 131-153
- (108) REMY, D. (2021). La fin de vie en pratique vétérinaire : Etude sur l'acharnement thérapeutique en médecine vétérinaire en France. *Le point vétérinaire*, 418, pp. 41-44
- (109) Legifrance. *Code rural et de la pêche maritime : Code de déontologie vétérinaire*. (Articles R242-32 à R242-84). [en ligne].
URL : <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGISCTA000006168195/>
[consulté le 08/10/2019]
- (110) Ordre national des vétérinaires. *Avis du Comité d'éthique Animal, Environnement, Santé sur l'euthanasie animale* [en ligne].
URL: https://www.veterinaire.fr/system/files/files/2021-11/Avis_euthanasie_animale.pdf
[consulté le 04/12/2021]
- (111) REMY, D. (2016). Quel devenir pour un cheval que son propriétaire ne peut pas continuer à entretenir ? : analyse éthique. *Le Point vétérinaire*, 365, pp. 70-73
- (112) MCDONALD, M., MORGAN, C.A. (2007). Ethical Dilemmas in Veterinary Medicine. *Veterinary Clinics of North America. Small Animal Practice*, 37 (1), pp.165-179
- (113) MORRIS, P. (2015). *Euthanasia in Veterinary Medicine*. Pennsylvania : Temple University, 230 p.
- (114) PIERCE, J., SHANAN, A., Quality of Life in the Animal Hospice and Palliative Care Patient. In : PIERCE, J., SHANAN, A., SHEARER, T. (dir.) (2017). *Hospice and Palliative Care for Companion Animals, Principles and Practice*. Iowa : Wiley Blackwell, pp. 27-40
- (115) VAN HERTEN, J. Killing of companion animals : to be avoided at all costs ?. In : MEIJBOOM, F.L.B., STASSEN, E.N. (dir.) (2016). *The end of animal life : a start for ethical debate. Ethical and societal considerations on killing animals*. Wageningen : Wageningen Academic Publishers, pp. 203-224
- (116) PIERCE, J., SHANAN, A., Ethical Decision Making in Animal Hospice and Palliative Care. In : PIERCE, J., SHANAN, A., SHEARER, T. (dir.) (2017). *Hospice and Palliative Care for Companion Animals, Principles and Practice*. Iowa : Wiley Blackwell, pp. 57-72
- (117) CAVEY, M. (2005). *L'Euthanasie. Pour un débat dans la dignité*. Paris : L'Harmattan, 200 p.
- (118) BROUWER, E. et al. (2018). Speaking Up : Veterinary Ethical Responsibilities and Animal Welfare Issues in Everyday Practice. *Animals (Basel)*, 8 (15), pp. 1-22
- (119) ROLLIN, B.E. (2009). Ethics and Euthanasia. *The Canadian Veterinary Journal*, 50 (10), pp. 1081-1086

- (120) GILBERT, C. Protection animale, Bien-être Animal Concepts et Indicateurs du Bien-Être Animal. In : GILBERT, C., et al. (eds.) (2019). *Cap Welfare : Livre Blanc Le Bien-Être de l'Animal de Compagnie*. pp. 23-51
- (121) CAMPBELL, M.L.H. (2013). The role of veterinarians in equestrian sport : A comparative review of ethical issues surrounding human and equine sports medicine. *The Veterinary Journal*, 197 (3), pp. 535-540
- (122) Comité consultatif national d'éthique. *Avis 137, Ethique et santé publique* [en ligne].
URL : <https://www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/2021-07/Avis%20137.pdf>
[consulté le 14/09/2021]
- (123) NUSIRAT, E., et al. (2019) Neglected zoonotic diseases in Nigeria : role of the public health veterinarian. *The Pan African Medical Journal*, 32 (36), pp. 1-12
- (124) DEGELING, C., LEDERMAN, Z., ROCK, M. (2016). Culling and the Common Good : Re-evaluating Harms and Benefits under the One health Paradigm. *Public Health Ethics*, 9 (3), pp. 244-254
- (125) MARABELLI, R. (2003). The role of official Veterinary Services in dealing with new social challenges : animal health and protection, food safety, and the environment. *Revue Scientifique et Technique : Office Internationale des Epizooties*, 22 (2), pp. 363-371
- (126) BECHIR, M., et al. (2005). Synergy between public health and veterinary services to deliver human and animal health interventions in rural low income settings. *British Medical Journal*, 331 (7527), pp. 1264-1267
- (127) MEIJBOOM, F.L.B., VAN HERTEN, J. (2019). Veterinary responsibilities within the One Health Framework, *Food Ethics*, 3 (1-2), pp. 109-123
- (128) DELLAGI, K., GOARANT, C., PICARDEAU, M. (2021). Ending the Neglect of Treatable Bacterial Zoonoses Responsible for Non-Malaria Fevers. *Yale Journal of Biology and Medicine*, 94 (2), pp. 351-360
- (129) MIGUEL, E., et al. (2020). A systemic approach to assess the potential and risks of wildlife culling for infectious disease control. *Communications biology*, 3 (353), pp 1-14
- (130) BÖGEL, K. (1992). Veterinary public health perspectives : trend assessment and recommendations. *Revue Scientifique et Technique Office International des Epizooties*, 11 (1), pp. 219-239
- (131) FASSIN, D. Au cœur de la cité salubre, la santé publique entre les mots et les choses. In : DOZON, J-P., FASSIN, D. (dir.) (2001). *Critique de la santé publique. Une approche anthropologique*. Paris : Balland, pp. 47-73
- (132) Centre de référence en santé mentale. *Références et définitions* [en ligne].
URL : <https://www.cresam.be/sante-mentale/reperes/>
[consulté le 10/03/2021]
- (133) ARENDT, H. (2018). *La nature du totalitarisme*. Paris : Payot, 120 p.
- (134) MILGRAM, S. (1994). *Soumission à l'autorité*. Paris : Calmann-Levy, 272 p.
- (135) BENMAKHOULOUF, A. (2011). Qu'est-ce qu'un avis en bioéthique ? *Actualité et dossier en santé publique*, 77, pp. 12-16.
- (136) TANNENBAUM, J. (1993). Veterinary Medical Ethics : A Focus of Conflicting Interests. *Journal of Social Issues*, 49 (1), pp. 143-156.
- (137) MALLET D. (2012). *Pratiques soignantes et dépenalisation de l'euthanasie*. Paris : L'Harmattan, 239 p.
- (138) ROWEHL, C. Addressing Spiritual Needs of Caregivers. In : PIERCE, J., SHANAN, A., SHEARER, T. (dir.) (2017). *Hospice and Palliative Care for Companion Animals, Principles and Practice*. Iowa : Wiley Blackwell, pp. 285-298

- (139) ABBATE, C.E. (2018). Harming (Respectfully) Some to Benefit Others : Animal Rights and the Moral Imperative of Trap-Neuter-Release Programs. *Between the species*, 21 (1), pp. 94-127
- (140) BOONIN, D. (2003). Robbing PETA to Spay Paul : Do Animal Rights Include Reproductive Rights ? *Between the Species*, 13 (3), pp. 1-8
- (141) ZIELINSKI, A. (2010). L'éthique du care, Une nouvelle façon de prendre soin. *Etudes*, 413 (12), pp. 631-641
- (142) VASSAL, P. Relation de soin : vérité ? mensonge ? incertitude . In : LEMOINE, E., PIERRON, J-P. (dir.) (2016). *La mort et le soin, Autour de Vladimir Jankélévitch*. Paris : Presses Universitaires de France, pp. 123-139
- (143) NOEL-HUREAUX, E. (2015). Le care : un concept professionnel aux limites humaines ? *Recherche en Soins Infirmiers*, 122 (3), pp. 7-17
- (144) AUBRY, R. (2011). La fin de vie : le choix de la culture palliative. *Actualité et dossier en santé publique*, 77, pp. 41-43.
- (145) GRIMM, H., HUTH, M. The 'significance of killing' versus the 'death of an animal'. In : MEIJBOOM, F.L.B., STASSEN, E.N. (dir.) (2016). *The end of animal life : a start for ethical debate. Ethical and societal considerations on killing animals*. Wageningen : Wageningen Academic Publishers, pp. 79-102
- (146) FASSIN, D. (2010). *La raison humanitaire. Une histoire morale du présent*. Paris : Points, 515 p.
- (147) BADMAN-KING, A., HURN, S. (2018). Care as an Alternative to Euthanasia ? Reconceptualizing Veterinary End-of-life Care for Animals. *Medical Anthropology Quarterly*, 33 (1), pp. 138-155
- (148) SERVAIS, V. Une pragmatique de la souffrance animale. In : GUICHET, J-L. (dir.) (2010). *Douleur animale, douleur humaine. Données scientifiques, perspectives anthropologiques, questions éthiques*, Versailles : Quae, pp. 91-105
- (149) DOIZE, B. (2012). L'éthique vétérinaire et la loi. *Le Veterinarius*, 28 (4), pp. 30-31
- (150) FOUCAULT, M. (1963). *Naissance de la clinique*. 9^{ème} édition, Paris : Presses universitaires de France : Paris, 287 p.
- (151) LAGONI, L., SHANAN, A. Bond-Centered Animal Hospice and Palliative Care. In : PIERCE, J., SHANAN, A., SHEARER, T. (dir.) (2017). *Hospice and Palliative Care for Companion Animals, Principles and Practice*. Iowa : Wiley Blackwell, pp. 41-56
- (152) GASTMANS, C., JONES, D.A., MACKELLAR, C. (2018). *Euthanasia and Assisted Suicide, Lessons from Belgium*. Cambridge : Cambridge University Press, 363 p.
- (153) CHÂTEL, T. L'accompagnant, un funambule de la relation. In : LEMOINE, E., PIERRON, J-P.(dir.) (2016). *La mort et le soin, Autour de Vladimir Jankélévitch*. Paris : Presses Universitaires de France, 103-121
- (154) PIERRON, J-P. Le premier du soin dans les derniers soins. In : LEMOINE, E., PIERRON, J-P. (dir.) (2016). *La mort et le soin, Autour de Vladimir Jankélévitch*. Paris : Presses Universitaires de France, pp. 161-174
- (155) POPE, G., SHANAN, A. Comfort Care During Active Dying. In : PIERCE, J., SHANAN, A., SHEARER, T. (dir.) (2017). *Hospice and Palliative Care for Companion Animals, Principles and Practice*. Iowa : Wiley Blackwell, pp. 231-250
- (156) AÏACH, P., FASSIN, D., SALIBA, J. Crise, pouvoir, légitimité. In : AÏACH, P., FASSIN, D. (dir.) (1994). *Les métiers de la santé. Enjeux de pouvoir et quête de légitimité*. Paris : Anthropos-Economica, pp. 9-42
- (157) PERSSON, K., et al. (2020). Philosophy of a « Good Death » in Small Animals and Consequences for Euthanasia in Animal Law and Veterinary Practice. *Animals (Basel)*, 10 (124), pp. 1-14
- (158) DECHAMP-LE ROUX, C. Vocation médicale et choix professionnel. In : AÏACH, P., FASSIN, D. (dir.) (1994). *Les métiers de la santé. Enjeux de pouvoir et quête de légitimité*. Paris : Anthropos-Economica, pp. 87-119

- (159) FASSIN, D. Penser les médecines d'ailleurs. In : AÏACH, P., FASSIN, D. (dir.) (1994). *Les métiers de la santé. Enjeux de pouvoir et quête de légitimité*. Paris : Anthropos-Economica, pp. 339-364
- (160) NELSON, M. (2022). *De la Liberté. Quatre chants sur le soin et la contrainte*. Paris : Sous-sol, 407 p.
- (161) AUBRY R., *La fécondité possible du doute en fin de vie*. In : LEMOINE E., PIERRON J-P. (dir.) (2016). *La mort et le soin, Autour de Vladimir Jankélévitch*. Paris : Presses Universitaires de France, pp. 67-78
- (162) POITTE, T. Douleur et Bien-être de l'Animal de Compagnie. In : GILBERT, C., et al. (eds) (2019). *Cap Welfare : Livre Blanc Le Bien-Être de l'Animal de Compagnie*. pp. 88-121
- (163) LEARY, S., et al. (2020). *AVMA Guidelines for the Euthanasia of Animals*. Edition 2020. Schaumburg : American Veterinary Medical Association, 121 p.
- (164) LE BARS, D. Douleur de l'homme, douleur de l'animal. In : GUICHET J-L. (dir.) (2010). *Douleur animale, douleur humaine. Données scientifiques, perspectives anthropologiques, questions éthiques*, Versailles : Quae, pp. 20-41
- (165) QUIGNARD, E. (2016). Douleur et souffrance : le sens d'un questionnement. In : HIRSCH, E. (dir.) (2016). *Fins de vie, éthique et société*, pp. 404-414
- (166) GOFFI, J-Y. Du fait de la douleur à la souffrance comme affaire publique. In : GUICHET J-L. (dir.) (2010). *Douleur animale, douleur humaine. Données scientifiques, perspectives anthropologiques, questions éthiques*, Versailles : Quae, pp. 122-135
- (167) MORICEAU, M. (2006). La douleur du patient atteint de cancer : du diagnostic de la récurrence au traitement adapté. *Médecine & Hygiène*, 4 (21), pp. 143-147
- (168) REISMAN, R.W. Veterinary Forensics : Medical Evaluation of Abused Live Animals. In : MILLER, L., ZAWISTOWSKI, S. (2004). *Shelter Medicine for Veterinarians and Staff*. 2^{ème} édition, Iowa : Wiley-Blackwell, pp. 384-404
- (169) COX, S. Pharmacology Interventions for Symptom Management In : PIERCE, J., SHANAN, A., SHEARER, T. (dir.) (2017). *Hospice and Palliative Care for Companion Animals, Principles and Practice*. Iowa : Wiley Blackwell, pp. 165-180
- (170) AUGUST, K., HETTS, S. Recognizing Distress. In : PIERCE, J., SHANAN, A., SHEARER, T. (dir.) (2017). *Hospice and Palliative Care for Companion Animals, Principles and Practice*. Iowa : Wiley Blackwell, pp. 153-164
- (171) OH, J., YOON, S.Y. (2018). Neuropathic cancer pain: prevalence, pathophysiology, and management. *The Korean Journal of Internal Medicine*, 33 (6), pp. 1058-1069
- (172) DICKENSON, A.H., FALK, S. (2014). Pain and Nociception : Mechanisms of Cancer-Induced Bone Pain. *Journal of clinical oncology*, 32 (16), pp. 1647-1654
- (173) FORTE, A. J., et al. (2021). The Impact of Optimism on Cancer-Related and Postsurgical Cancer Pain: A Systematic Review. *Journal of Pain and Symptom Management*, 63 (2), pp. 203-211
- (174) CARACENI, A., PORTENOY, R.K. (1999). An international survey of cancer pain characteristics and syndromes. *Pain*, 82 (3), pp. 263-274
- (175) CHAPMAN, M., VAPNEK, J. (2010). Fao legislative study 104 : Legislative and regulatory options for animal welfare ?, *Food and agriculture organization of the United States*, pp. 1-92
- (176) BROOM, D.M. (2007). Quality of life means welfare : how is it related to other concepts and assessed ? *Animal Welfare*, 16, pp. 45-53

- (177) World Health Organisation. *WHOQOL user manual*. [en ligne].
 URL :https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/77932/WHO_HIS_HSI_Rev.2012.03_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y
 [consulté le 10/10/2020]
- (178) BRUIJNIS, M.R.N., MEIJBOOM, F.L.B., STASSEN, E.N. Premature cullin of production animals ; ethical questions related to killing animals in food production. In : MEIJBOOM, F.L.B., STASSEN, E.N. (dir.) (2016). *The end of animal life : a start for ethical debate. Ethical and societal considerations on killing animals*. Wageningen : Wageningen Academic Publishers, pp. 149-166
- (179) HOLCMAN R. (2010). *Euthanasie, l'ultime injustice*. Paris : L'Harmattan, 238 p.
- (180) MACKLIN, R. (2020). Allocating medical resources fairly : the CSG bioethics guide. *Salud pública de méxico*, 62 (5), pp. 590-592
- (181) FARRELL, T.W., et al. (2020). Rationing Limited Health Care Resources in the COVID-19 Era and Beyond: Ethical Considerations Regarding Older Adults, *Journal of the American Geriatrics Society*, 68 (6), pp.1143-1149
- (182) IRELAND, J.L., MACGOWAN, C.M. (2016). Welfare, Quality of Life, and Euthanasia of Aged Horses. *The Veterinary Clinics of North America Equine practice*, 32 (2), pp. 355-367
- (183) DUBREUIL, L. (2005). De la vie dans la vie : sur une étrange opposition entre zôê et bios. *Labyrinthe*, 22 (3), pp. 47-52
- (184) ROLLIN B.E. Death, telos and euthanasia. In : MEIJBOOM, F.L.B., STASSEN, E.N. (dir.) (2016). *The end of animal life : a start for ethical debate. Ethical and societal considerations on killing animals*. Wageningen : Wageningen Academic Publishers, pp. 49-60
- (185) Légifrance. *Code rural et de la pêche maritime : La protection des animaux (Articles L214-1 à L214-23)*. [en ligne].
 URL : Chapitre IV : La protection des animaux. (Articles L214-1 à L214-23) - Légifrance (legifrance.gouv.fr)
 [consulté le 02/07/2021]
- (186) LAVAN, R.P. (2013). Development and validation of a survey for quality of life assessment by owners of healthy dogs. *The Veterinary Journal*, 197 (3), pp. 578-582
- (187) MCMILLAN, F.D. Quality of Life, Stress, and Emotional Pain in Shelter Animals. In : MILLER, L., ZAWISTOWSKI, S. (dir.) (2004). *Shelter Medicine for Veterinarians and Staff*. 2^{ème} édition, Iowa : Wiley-Blackwell, pp. 83-92
- (188) STEWART, M. F. (1999). *Companion Animal Death a practical and comprehensive guide for veterinary practice*. Oxford : Butterworth – Heinemann, 188 p.
- (189) FORDYCE, P.S. (2017). Welfare, law and ethics in the veterinary intensive care unit. *Veterinary Anaesthesia and Analgesia*, 44 (2), pp. 203-211
- (190) BABIE, R., et al. (2020). Resilience in health and illness. *Psychiatria Danubina*, 30 (2), pp. 226-232
- (191) MCEWEN, B.S. (2006). Protective and damaging effects of stress mediators : central role of the brain. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 8 (4), pp. 367-381
- (192) STURMBERG, J.P.S. (2018). Resilience for health—an emergent property of the “health systems as a whole”. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*. 24 (6), pp. 1323-1329
- (193) ABURN, G., GOTT, M., HOARE, K. (2015). What is resilience ? An Integrative Review of the empirical littérature. *Journal of Advanced Nursing*, 72 (5), pp. 980-1000
- (194) MCEWEN, B.S., et al. (2015). Mechanisms of stress in the brain. *Nature Neuroscience*, 18 (10), pp. 1353-1363

- (195) FAYE, C., et al. (2018). Neurobiological Mechanisms of Stress Resilience and Implications for the Aged Population. *Current Neuropharmacology*, 16 (3), pp. 234-270
- (196) RUSSO, S.J., et al. (2012). Neurobiology of Resilience. *Nature Neuroscience*, 15 (11), pp. 1475-1484
- (197) EMANUEL, E.J., et al. (2020). Fair Allocation of Scarce Medical Resources in the Time of Covid-19. *The New England Journal of Medicine*, 382 (21), pp. 2049-2055
- (198) OZAWA, S., et al. (2019). Access to medicines through health systems in low and middle-income countries. *Health Policy and Planning*, 34, pp. 1-3
- (199) GRIMM, H., et al. (2018). Drawing the line in clinical treatment of companion animals: recommendations from an ethics working party. *Veterinary Record*, 182 (23), pp. 1-7
- (200) MULLAN, S., QUAIN, A., WARD, M.P. (2021). Ethical Challenges Posed by Advanced Veterinary Care in Companion Animal Veterinary Practice. *Animals (Basel)*, 11 (11), pp. 1-16
- (201) VAN TRIMPONT, F. Quand l'homme est proche de l'animal. Déficiences de l'expression verbale et douleur chez l'enfant et la personne âgée. In : GUICHET, J-L. (dir.) (2010). *Douleur animale, douleur humaine. Données scientifiques, perspectives anthropologiques, questions éthiques*, Versailles : Quae, pp. 143-149
- (202) DEVIENNE, P. L'animal et mon cri. Une approche ordinaire de la douleur animale. In : GUICHET, J-L. (dir.) (2010). *Douleur animale, douleur humaine. Données scientifiques, perspectives anthropologiques, questions éthiques*, Versailles : Quae, pp. 107-119
- (203) VILMER, J-B.J. Le critère de la souffrance dans l'éthique animale anglo-saxonne. In : GUICHET, J-L. (dir.) (2010). *Douleur animale, douleur humaine. Données scientifiques, perspectives anthropologiques, questions éthiques*, Versailles : Quae, pp. 191-199
- (204) SPITZNAGEL, M.B., et al. (2020). Euthanasia from the Veterinary Client's Perspective Psychosocial Contributors to Euthanasia Decision Making. *The Veterinary clinics of North America. Small animal practice*, 50 (3), pp. 591-605
- (205) ESSUE, B.M., et al. Economic Burden of Chronic Ill Health and Injuries for Households in Low- and Middle-Income Countries. In : JAMISON, D. T., et al. (2018). *Disease Control Priorities: Improving Health and Reducing Poverty*. Volume 9. 3^{ème} édition, Washington : World Bank Group, pp. 121-143
- (206) HADLEY, L.G.P., ROUMA, B.S., SAAD-ELDIN, Y. (2012). Challenge of pediatric oncology in Africa. *Seminars in Pediatric Surgery*, 21 (2), pp.136-141
- (207) BERAN, D., YUDKIN, J.S. (2010). Looking beyond the issue of access to insulin: What is needed for proper diabetes care in resource poor settings. *Diabetes Research and clinical practice*, 88 (3), pp. 217-221
- (208) BASU, S., SHARMA, N. (2018). Under-recognised ethical dilemmas of diabetes care in resource-poor settings. *Indian Journal of Medical Ethics*, 3 (4), pp. 324-326
- (209) ADLER, A.J., et al. (2021). Experience of living with type 1 diabetes in a low-income country: a qualitative study from Liberia. *British Medical Journal*, 11 (10), pp. 1-9
- (210) SPITZNAGEL, M.B., et al. (2021). Owner quality of life, caregiver burden and anticipatory grief : How they differ, why it matters. *Veterinary Record*, 188 (9), pp. 1-12
- (211) BROWN, C. R., et al. (2021). Spectrum of care : more than treatment options. *Journal of the American Veterinary Medical Association*, 259 (7), pp. 712-718
- (212) BOSSUYT, N., et al. (2011). Dealing with Requests for Euthanasia : Interview Study Among General Practitioners in Belgium. *Journal of Pain and Symptom management*, 41 (6), pp. 1060-1072
- (213) MOODLEY, K., et al. (2020). Allocation of scarce resources in Africa during COVID-19: Utility and justice for the bottom of the pyramid? *Developing World Bioethics*, 21 (1), pp. 36-43

- (214) ROLLIN, B.E. (1986). Euthanasia and Moral Stress. *Loss Grief & Care*, 1 (1-2), pp. 115-126
- (215) CARTER, K. (2020). The Role of Veterinary Technician in End-of-Life Care. *Veterinary Clinics of North America : Small Animal Practice*, 50 (3), pp. 639-645
- (216) HOFFMASTER, B., HOOKER, C. (2013). Tragic Choices and Moral Compromise: The Ethics of Allocating Kidneys for Transplantation. *The Milbank Quarterly*, 91 (3), pp.528-557
- (217) SHALEV, C. (2000). Rights to Sexual and Reproductive Health : the ICPD and the Convention on the Elimination of all Forms of Discrimination against Women. *Health and Human Rights*, 4 (2), pp. 38-66
- (218) WOLF, S. Overview of Animal Cruelty Laws. In : MILLER, L., ZAWISTOWSKI, S. (2004). *Shelter Medicine for Veterinarians and Staff*, 2^{ème} édition, Iowa : Wiley-Blackwell, pp. 371-382
- (219) HUSAIN, M.J., et al. (2020). Access to Cardiovascular Disease and Hypertension Medicines in Developing Countries: An Analysis of Essential Medicine Lists, Price, Availability, and Affordability. *Journal of the American Heart Association*, 9 (9), pp.1-24
- (220) KRAKAUER, E.L., et al. Palliative Care and Pain Control. In : JAMISON, D. T., et al. (2018). *Disease Control Priorities: Improving Health and Reducing Poverty*. Volume 9, 3^{ème} édition, Washington : World Bank Group, pp. 235-246
- (221) CONLON, M.S.C., et al. (2019). Access to Palliative Care for Cancer Patients Living in a Northern and Rural Environment in Ontario, Canada: The Effects of Geographic Region and Rurality on End-of-Life Care in a Population-Based Decedent Cancer Cohort. *Clinical Medicine Insights Oncology*, 13, pp. 1-10
- (222) SHEARER, T. Prevalence of Diseases, Causes of Death, and Common Disease Trajectories in Hospice and Palliative Care Patients. In : PIERCE, J., SHANAN, A., SHEARER, T. (dir.) (2017). *Hospice and Palliative Care for Companion Animals, Principles and Practice*. Iowa : Wiley Blackwell, pp. 81-88
- (223) LEMOINE, E. L'incertitude fondamentale. La fin de vie pensée avec Vladimir Jankélévitch. In : LEMOINE, E., PIERRON, J-P. (dir.) (2016). *La mort et le soin, Autour de Vladimir Jankélévitch*. Paris : Presses Universitaires de France, pp. 37-52
- (224) SHANAN, A., SHEARER, T. What is Animal Hospice and Palliative Care. In : PIERCE, J., SHANAN, A., SHEARER, T. (dir.) (2017). *Hospice and Palliative Care for Companion Animals, Principles and Practice*. Iowa : Wiley Blackwell, pp. 5-14
- (225) COONEY, K. Euthanasia in Animal Hospice. In : PIERCE, J., SHANAN, A., SHEARER, T. (dir.) (2017). *Hospice and Palliative Care for Companion Animals, Principles and Practice*. Iowa : Wiley Blackwell, pp. 251-262
- (226) DE LORIMIER, L.-P.(2012). L'acharnement thérapeutique où tracer la ligne ? *Le Veterinarius*, 28 (4), pp. 36-38.
- (227) REMY, D. (2021). La fin de vie en pratique vétérinaire : Le concept d'acharnement thérapeutique ou d'obstination déraisonnable en médecine humaine. *Le point vétérinaire*, 418, pp. 38-40
- (228) TAYLOR, C. Respect for the (animal) dead. In : JOHNSTON, J., PROBYN-PASEY, F. (dir.) (2013). *Animal death*. Sydney : Sydney University Press, pp. 85-102
- (229) PIERCE, J., Introduction. In : PIERCE, J., SHANAN, A., SHEARER, T. (dir.) (2017). *Hospice and Palliative Care for Companion Animals, Principles and Practice*. Iowa : Wiley Blackwell, pp. 1-4
- (230) BARILLAS, L. L'instant et la durée : Jankélévitch et les soins palliatifs. In : LEMOINE, E., PIERRON, J-P. (dir.) (2016). *La mort et le soin, Autour de Vladimir Jankélévitch*. Paris : Presses Universitaires de France, pp. 53-66
- (231) THIEL, M-J. (2011). La fin de vie : une notion pour une pluralité de situations. *Actualité et dossier en santé publique*, 77, pp. 39-41

- (232) KEAN H. Human and animals space in historic 'pet' cemeteries in London, New York and Paris. In : JOHNSTON, J., PROBYN-PASEY, F. (dir.) (2013). *Animal death*. Sydney : Sydney University Press, pp. 21-42
- (233) STAFLEU, F.R. Even a cow could be killed... : about the difference between killing (some) animals and (some) humans. In : MEIJBOOM, F.L.B., STASSEN, E.N. (dir.) (2016). *The end of animal life : a start for ethical debate. Ethical and societal considerations on killing animals*. Wageningen : Wageningen Academic Publishers, pp. 103-114
- (234) CAROLYN, L., STULL, M.S. (2013). Death and Euthanasia as Contemporary Topics in Equine Curricula. *Journal of Equine Veterinary Science*, 33 (5), pp.309-314
- (235) ROUDAUT, K. (2005). Le deuil : individualisation et régulation sociale. *A contrario*, 3 (1), pp.14-27
- (236) ADAMS, C.L, BONNETT, B.N., MEEK, A.H. (2000). Predictors of owner response to companion animal death in 177 clients from 14 practices in Ontario. *Journal of the American Veterinary Medical Association*, 217 (9), pp. 1303-1309
- (237) BOVENKERK, B., BRAITHWAITE, V.A. Beneath the surface : killing of a fish as a moral problem. In : MEIJBOOM, F.L.B., STASSEN, E.N. (dir.) (2016). *The end of animal life : a start for ethical debate. Ethical and societal considerations on killing animals*. Wageningen : Wageningen Academic Publishers, pp. 225-250
- (238) LEONETTI, J. (2011). Bioéthique et débat démocratique. *Actualité et dossier en santé publique*, 77, pp. 57-58
- (239) JANKELEVITCH, V. La mort (1966). In : LEMOINE, E., PIERRON, J-P. (2016). *La mort et le soin, Autour de Vladimir Jankélévitch*. Paris : Presses Universitaires de France, pp. 25-35
- (240) ZIELINSKI, A. Le mourant, un semblable ? Incertitudes de la reconnaissance. In : LEMOINE, E., PIERRON, J-P. (2016). *La mort et le soin, Autour de Vladimir Jankélévitch*. Paris : Presses Universitaires de France, pp. 141-160
- (241) COONEY, K. (2019). Historical Perspective of Euthanasia in Veterinary Medicine. *Veterinary Clinics of North America : Small Animal Practice*, 50 (3), pp. 489 – 502.
- (242) CHVETZOFF, G. Demander l'euthanasie, une façon de rester vivant ? In : LEMOINE, E., PIERRON, J-P. (dir.) (2016). *La mort et le soin, Autour de Vladimir Jankélévitch*. Paris : Presses Universitaires de France, pp. 91-102
- (243) RATHWELL-DEAULT, D. (2012). L'euthanasie de convenance dans la pratique vétérinaire des animaux de compagnie. *Le Veterinarius*, 28 (4), pp. 40-42
- (244) SANTOS, R., et al. (2019). A survey on euthanasia in veterinary medicine. *Papers in conference proceedings of the VI International Congress of Veterinary Nursing, October 25-26, 2019, Viseu*. Poster, Viseu, pp. 46-58
- (245) RATHWELL-DEAULT, D., et al. (2017). L'euthanasie de convenance des animaux de compagnie : portait du dilemme au sein de la profession vétérinaire québécoise. *The Canadian Veterinary Journal*, 58 (9), pp 953-963
- (246) BINDER, R. (2018). Euthanasie von Heimtieren : Das Tierschutzrecht zwischen Lebensschutz und Leidverkürzung. *Wiener Tierärztliche Monatsschrift – Veterinary Medicine Austria*, 105 (2018), pp. 119-128
- (247) BURGAT, F. (2015). *La cause des animaux, Pour un destin commun*. Paris : Libella, 110 p.
- (248) MEPHAM B. *Mortality, morbidity and mortality : an ethical analysis of culling nonhuman animals*. In : MEIJBOOM, F.L.B., STASSEN, E.N. (dir.) (2016). *The end of animal life : a start for ethical debate. Ethical and societal considerations on killing animals*. Wageningen : Wageningen Academic Publishers, pp. 115-136
- (249) L'ordre des vétérinaires. *Euthanasie animale*. [en ligne].
URL : <https://www.veterinaire.fr/communications/actualites/euthanasie-animale>
[consulté le 10/12/2021]

- (250) DIAZ, C. (2010). Euthanasie des carnivores domestiques. Quelques recommandations. *Revue de l'Ordre des Vétérinaires*, 40, pp. 21-21
- (251) Conseil de l'Union Européenne. *Reglement CE N°1099/2009 du conseil du 24 septembre 2009 sur la protection des animaux au moment de leur mise à mort.t* [en ligne].
URL : <https://eurlex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2009:303:0001:0030:FR:PDF>
[consulté le 27/04/2022]
- (252) Legifrance. *Decret n°64-334 du 16 avril 1964 Protection de certains animaux domestiques, conditions d'abattage.* [en ligne].
URL : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000691637>
[consulté le 10/04/2022]
- (253) FAWCETT, A. Euthanasia and morally justifiable killing in a veterinary clinical context. In : JOHNSTON, J., PROBYN-PASEY, F. (dir.) (2013). *Animal death*. Sydney : Sydney University Press, pp. 205-220
- (254) Comité consultatif national d'éthique. *Avis 139, Questions éthiques relatives aux situations de fin de vie : autonomie et solidarité.* [en ligne].
URL : <https://www.ccneethique.fr/sites/default/files/202209/Avis%20139%20Enjeux%20C3%A9thiques%20relatifs-%20aux%20situations%20de%20fin%20de%20vie%20%20autonomie%20et%20solidarit%C3%A9.pdf>
[consulté le 24/09/2022]
- (255) HUGHES, D., LAKHDAR, C.B. (2011). Le rationnement des traitements médicamenteux onéreux : vers une éthique « économique » intergénérationnelle ? *Actualité et dossier en santé publique*, 77, pp. 55-56
- (256) FASSIN, D. (2018). *La vie, Mode d'emploi critique*. Paris : Seuil, 183 p.
- (257) ALBERTHSEN, C., et al. (2017). Relationship between sources of pet acquisition and euthanasia of cats and dogs in an animal shelter : a pilot study. *Australian Veterinary Journal*, 95 (6), pp.194-200
- (258) SMITH-BLACKMORE, M. Euthanasia. In : MILLER, L., ZAWISTOWSKI, S. (2004). *Shelter Medicine for Veterinarians and Staff*, 2^{ème} édition, Iowa : Wiley-Blackwell, pp. 469-494
- (259) KIMERA, S.I., MLANGWA, J.E.D. (2015). Veterinary Ethics. In : Have, H. *Encyclopedia of Global Bioethics*, Berlin : Springer, pp. 1-12
- (260) BURGAT, F. (2017). *Le mythe de la vache sacrée, La condition animale en Inde*. Paris : Payot & Rivages, 314 p.
- (261) GAUTRON, V., OBRADOVIC, I. (2018). Réformer, dépénaliser, légaliser : des concepts aux pratiques. *La Découverte*, 1 (3), pp. 16-21
- (262) Royal College of Veterinary Surgeons. *Code of Professional Conduct for Veterinary Surgeons.* [en ligne].
URL : <https://www.rcvs.org.uk/setting-standards/advice-and-guidance/code-of-professional-conduct-for-veterinary-surgeons/>
[consulté le 04/04/2020]
- (263) LENZ, T.R. (2009). The Unwanted Horse in the United States : An Overview of the Issue. *Journal of Equine Veterinary Science*, 29 (5), pp.253-258
- (264) ROSE, D.B. In the shadow of all this death. In : JOHNSTON, J., PROBYN-PASEY, F. (dir.) (2013). *Animal death*. Sydney : Sydney University Press, pp. 1-20
- (265) INGLEHART, R.C., et al. (2021). Attitudes towards Euthanasia : A Longitudinal Analysis of the Role of Economic, Cultural, and Health-related Factors. *Journal of Pain and Symptom Management*, 62 (3), pp. 559-569
- (266) ROLLIN, B.E. (2006). Veterinary Medical Ethics. *The Canadian Veterinary Journal*, 47 (8), pp. 741-742

CONTRIBUTION À L'ÉTUDE DES IMPLICATIONS ÉTHIQUES DU CONCEPT DE PERSONNE NON HUMAINE EN MÉDECINE VÉTÉRINAIRE

Auteur

CHADUC Lily-Marie

Résumé

La personne a des droits fondamentaux : les droits de vivre, de ne pas être maltraitée, à la liberté, en somme le droit au respect de sa dignité. La personne, bien qu'étant une entité individuelle, est enracinée socialement et son identification, en tant qu'être ayant une valeur morale particulière, n'est pas indépendante de la position des autres à son égard. La condition essentielle pour s'inscrire dans une relation sociale est d'être capable d'apprécier l'existence d'autrui, ce qui repose au minimum sur la conscience pré-réfléchie de cette existence. Les « substrats neurologiques », dont découle cette conscience, sont présents chez certains animaux. L'être humain et la personne ne sont pas des concepts équivalents, il existe donc des personnes non humaines. Dans la relation de soin, le respect de la personne malade, humaine ou non humaine, se manifeste par l'engagement du soignant pour le meilleur intérêt du patient. Cet acte relève de la justification morale et consiste à prévenir, à guérir ou à soulager sa douleur, sa souffrance, son stress, à maintenir ou à améliorer sa qualité de vie, sa résilience. Mais la personne malade existe dans un contexte de vie particulier. Le dilemme éthique de la relation de soin repose sur le fait qu'elle doit veiller à l'intérêt du patient tout en tenant compte de son contexte de vie, sans que cette prise en compte prédomine sur cet intérêt. Le soin doit être justifié par des attentes réalistes concernant la santé et la qualité de vie du patient. Cette attente pose la question des limites - de la médecine, de la thérapeutique, du soin, de la vie et de la mort du patient - et entre autres du recours à l'euthanasie sur une personne.

Mots-clés

Personne, Éthique, Vétérinaire, Soins, Déontologie, Care, Euthanasie

Jury

Président du jury : Pr **MION François**
1er assesseur : Pr **RÉMY Denise**
2ème assesseur : Pr **CADORÉ Jean-Luc**