



<http://portaildoc.univ-lyon1.fr>

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale -  
Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr>



UNIVERSITÉ CLAUDE BERNARD LYON 1

ANNÉE 2023 N°027

## DIGNITY OF THE DECEASED AND INTERVENTION

INTERVENTIONS SUR LE CORPS MORT ET DIGNITE DE LA PERSONNE :

L'EXEMPLE DE L'AUTOPSIE MEDICO-LEGALE

### THÈSE D'EXERCICE EN MÉDECINE

Présentée à l'Université Claude Bernard Lyon 1  
Et soutenue publiquement le 23 mars 2023 à 18 heures  
En vue d'obtenir le titre de Docteur en Médecine

Par

**Manon Françoise Yvonne Jeannerod**

**Née le 3 mai 1994 à Valence**

Sous la direction du Professeur Grégoire Moutel,  
Professeurs des Université et Praticien Hospitalier au sein des Hospices Civils de Lyon



UNIVERSITÉ CLAUDE BERNARD LYON 1

## DIGNITY OF THE DECEASED AND INTERVENTION: A CONCEPTUAL ANALYSIS AND BASIS FOR ETHICAL REFLECTION

### INTERVENTIONS SUR LE CORPS MORT ET DIGNITE DE LA PERSONNE : ANALYSE CONCEPTUELLE ET ELEMENTS DE REFLEXION ETHIQUE

#### L'EXEMPLE DE L'AUTOPSIE MEDICO-LEGALE

*Faculté de médecine Lyon-Est*  
*Liste des enseignants 2022/2023*

**Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers**  
**Classe Exceptionnelle – Echelon 2**

BLAY	JEAN-YVES	Cancérologie - Radiothérapie
BORSON-CHAZOT	FRANCOISE	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques – Gynécologie médicale.
CHASSARD	DOMINIQUE	Anesthésie-réanimation – Médecine d'urgence
CLARIS	OLIVIER	Pédiatrie
COLIN	CYRILLE	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
D'AMATO	THIERRY	Psychiatrie d'adulte – Addictologie
DOUEK	CHARLES PHILIPPE	Radiologie et imagerie médicale
DUCERF	CHRISTIAN	Chirurgie viscérale et digestive
FINET	GERARD	Cardiologie
GAUCHERAND	PASCAL	Gynécologie-obstétrique – Gynécologie médicale
HONNORAT	JEROME	Neurologie
LACHAUX	ALAIN	Pédiatrie
LINA	BRUNO	Bactériologie-virologie – Hygiène hospitalière
MIOSSEC	PIERRE	Immunologie
MORNEX	JEAN-FRANÇOIS	Pneumologie - Addictologie
MOULIN	PHILIPPE	Nutrition
NIGHOGHOSSIAN	NORBERT	Neurologie
OBADIA	JEAN-FRANÇOIS	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
PONCHON	THIERRY	Gastroentérologie – Hépatologie - Addictologie
REVEL	DIDIER	Radiologie et imagerie médicale
RIVOIRE	MICHEL	Cancérologie - Radiothérapie
VANDENESCH	FRANCOIS	Bactériologie-virologie – Hygiène hospitalière
ZOULIM	FABIEN	Gastroentérologie – Hépatologie - Addictologie

**Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers**  
**Classe Exceptionnelle – Echelon 1**

ARGAUD	LAURENT	Réanimation – Médecine intensive
BADET	LIONEL	Urologie
BERTRAND	YVES	Pédiatrie
CHEVALIER	PHILIPPE	Cardiologie
COTTIN	VINCENT	Pneumologie - Addictologie
DELAHAYE	FRANCOIS	Cardiologie
DENIS	PHILIPPE	Ophtalmologie
DI FILIPPO	SYLVIE	Cardiologie
DUMONTET	CHARLES	Hématologie - Transfusion
DURIEU GUEDON	ISABELLE	Médecine interne – Gériatrie et biologie du vieillissement – Médecine générale - Addictologie

EDERY	CHARLES PATRICK	Génétique
FAUVEL	JEAN-PIERRE	Thérapeutique – Médecine de la douleur - Addictologie
FROMENT	CAROLINE	Physiologie
GUEYFFIER	FRANCOIS	Pharmacologie fondamentale – Pharmacologie clinique – Addictologie.
JULLIEN	DENIS	Dermatologie - Vénérologie
KODJIKIAN	LAURENT	Ophthalmologie
MABRUT	JEAN-YVES	Chirurgie générale
MERTENS	PATRICK	Anatomie
MORELON	EMMANUEL	Néphrologie
RODE	GILLES	Médecine physique et de réadaptation
SCHAEFFER	LAURENT	Biologie cellulaire
SCHOTT PETHELAZ	ANNE-MARIE	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
TRUY	ERIC	Oto-rhino-laryngologie
TURJMAN	FRANCIS	Radiologie et imagerie médicale
VUKUSIC	SANDRA	Neurologie

**Professeur des universités – Praticiens Hospitaliers**  
Première classe

ADER	FLORENCE	Maladies infectieuses – Maladies tropicales
AUBRUN	FREDERIC	Anesthésiologie -réanimation – Médecine d’urgence
BERTHEZENE	YVES	Radiologie et imagerie médicale
BESSEREAU	JEAN-LOUIS	Biologie cellulaire
BOUSSEL	LOIC	Radiologie et imagerie médicale
BUZLUCA DARGAUD	GAMZE YESIM	Hématologie - Transfusion
CALENDER	ALAIN	Génétique
CHAPURLAT	ROLAND	Rhumatologie
CHARBOTEL COING-BOYAT	BARBARA	Médecine et santé au travail
COLOMBEL	MARC	Urologie
COTTON	FRANCOIS	Radiologie et imagerie médicale
DAVID	JEAN-STEPHANE	Anesthésiologie -réanimation – Médecine d’urgence
DEVOUASSOUX	MOJGAN	Anatomie et cytologie pathologiques
DUBERNARD	GIL	Gynécologie-obstétrique - Gynécologie médicale
DUBOURG	LAURENCE	Physiologie
DUCLOS	ANTOINE	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
DUMORTIER	JEROME	Gastroentérologie - Hépatologie - Addictologie
FANTON	LAURENT	Médecine légale
FELLAHI	JEAN-LUC	Anesthésiologie-réanimation – Médecine d’urgence
FERRY	TRISTAN	Maladies infectieuses – Maladies tropicales
FOURNERET	PIERRE	Pédopsychiatrie ; addictologie
GUENOT	MARC	Neurochirurgie
GUIBAUD	LAURENT	Radiologie et imagerie médicale
HOT	ARNAUD	Médecine interne
HUISSOUD	CYRIL	Gynécologie-obstétrique - Gynécologie médicale
JACQUIN COURTOIS	SOPHIE	Médecine physique et de réadaptation
JARRAUD	SOPHIE	Bactériologie-virologie - Hygiène hospitalière
JAVOUHEY	ETIENNE	Pédiatrie
JUILLARD	LAURENT	Néphrologie

KROLAK-SALMON	PIERRE	Médecine interne - Gériatrie et biologie du vieillissement - Médecine générale - Addictologie
LEJEUNE	HERVE	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
LEVRERO	MASSIMO	Gastroentérologie - Hépatologie - Addictologie
MERLE	PHILIPPE	Gastroentérologie - Hépatologie - Addictologie
MICHEL	PHILIPPE	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
MURE	PIERRE-YVES	Chirurgie infantile
NICOLINO	MARC	Pédiatrie
PERETTI	NOËL	Nutrition
PICOT	STEPHANE	Parasitologie et mycologie
PONCET	GILLES	Chirurgie viscérale et digestive
POULET	EMMANUEL	Psychiatrie d'adultes - Addictologie
RAVEROT	GERALD	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques - Gynécologie médicale
RAY-COQUARD	ISABELLE	Cancérologie - Radiothérapie
RICHARD	JEAN-CHRISTOPHE	Réanimation - Médecine d'urgence
ROBERT	MAUD	Chirurgie viscérale et digestive
ROMAN	SABINE	Physiologie
ROSSETTI	YVES	Physiologie
ROUVIERE	OLIVIER	Radiologie et imagerie médicale
ROY	PASCAL	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
SAOUD	MOHAMED	Psychiatrie d'adultes - Addictologie
THAUNAT	OLIVIER	Néphrologie
VANHEMS	PHILIPPE	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
WATTEL	ERIC	Hématologie - Transfusion

**Professeur des universités - Praticiens Hospitaliers**  
**Seconde classe**

BACCHETTA	JUSTINE	Pédiatrie
BOUVET	LIONEL	Anesthésiologie-réanimation - Médecine péri opératoire
BUTIN	MARINE	Pédiatrie
CHARRIERE	SYBIL	Nutrition
CHENE	GAUTIER	Gynécologie-obstétrique - Gynécologie médicale
COLLARDEAU FRACHON	SOPHIE	Anatomie et cytologie pathologiques
CONFAVREUX	CYRILLE	Rhumatologie
COUR	MARTIN	Médecine intensive de réanimation
CROUZET	SEBASTIEN	Urologie
CUCHERAT	MICHEL	Pharmacologie fondamentale - Pharmacologie Clinique - Addictologie
DI ROCCO	FEDERICO	Neurochirurgie
DUCRAY	FRANCOIS	Neurologie
DURUISSEAUX	MICHAEL	Pneumologie - Addictologie
EKER	OMER	Radiologie et imagerie médicale
GILLET	YVES	Pédiatrie
GLEIZAL	ARNAUD	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
GUEBRE-EGZIABHER	FITSUM	Néphrologie
HARBAOUI	BRAHIM	Cardiologie
HENAINE	ROLAND	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
JANIER	MARC	Biophysique et médecine nucléaire



LEMOINE	SANDRINE	Physiologie
LESCA	GAETAN	Génétique
LOPEZ	JONATHAN	Biochimie et biologie moléculaire
LUKASZEWICZ-NOGRETTE	ANNE-CLAIRE	Anesthésiologie-réanimation - Médecine d'urgence
MEWTON	NATHAN	Cardiologie
MEYRONET	DAVID	Anatomie et cytologie pathologiques
MILLON	ANTOINE	Chirurgie vasculaire - Médecine vasculaire
MOHKAM	KAYVAN	Chirurgie viscérale et digestive
MONNEUSE	OLIVIER	Chirurgie viscérale et digestive
NATAF	SERGE	Histologie - Embryologie - Cytogénétique
PIOCHE	MATHIEU	Gastroentérologie
RHEIMS	SYLVAIN	Neurologie
RIMMELE	THOMAS	Anesthésiologie-réanimation - Médecine d'urgence
SAINTIGNY	PIERRE	Cancérologie - Radiothérapie
THIBAUT	HELENE	Cardiologie
VENET	FABIENNE	Immunologie
VOLPE-HAEGELEN	CLAIRE	Neurochirurgie

#### Professeur des universités

##### Classe exceptionnelle 1

PERRU	OLIVIER	Epistémologie Histoire des Sciences et techniques
-------	---------	---

#### Professeur des universités – Médecine Générale

##### Classe exceptionnelle 1

LETRILLIART	LAURENT
-------------	---------

#### Professeurs associés de Médecine Générale

FARGE	THIERRY
LAINE	XAVIER
PIGACHE	CHRISTOPHE

#### Professeurs associés d'autres disciplines

GAZARIAN	ARAM	Chirurgie orthopédique
CHVETZOFF	GISELE	Médecine palliative
LOMBARD-BOHAS	CATHERINE	Cancérologie

#### Maîtres de conférences – Praticiens hospitaliers

##### Hors Classe

BENCHAIB	MEHDI	Biologie et médecine du développement et de la reproduction – Gynécologie médicale
CHALABREYSSE	LARA	Anatomie et cytologie pathologiques
COZON	GREGOIRE	Immunologie
HERVIEU	VALERIE	Anatomie et cytologie pathologiques
KOLOPP SARDA	MARIE-NATHALIE	Immunologie
MENOTTI	JEAN	Parasitologie et mycologie

PLOTTON	INGRID	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
RABILLOUD-FERRAND	MURIEL	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
STREICHENBERGER	NATHALIE	Anatomie et cytologie pathologiques
TARDY GUIDOLLET	VERONIQUE	Biochimie et biologie moléculaire
TRISTAN	ANNE	Bactériologie-virologie - Hygiène hospitalière

**Maitres de conférences – Praticiens hospitaliers**  
**Hors Classe – Echelon Exceptionnel**

BRINGUIER	PIERRE	Cytologie et histologie
PERSAT	FLORENCE	Parasitologie et mycologie
PIATON	ERIC	Cytologie et histologie
SAPPEY-MARINIER	DOMINIQUE	Biophysique et médecine nucléaire

**Maitres de conférences – Praticiens hospitaliers**  
**Première classe**

BONTEMPS	LAURENCE	Biophysique et médecine nucléaire
CASALEGNO	JEAN-SEBASTIEN	Bactériologie-virologie - Hygiène hospitalière
COUTANT	FREDERIC	Immunologie
CURIE	AUORE	Pédiatrie
ESCURET PONCIN	VANESSA	Bactériologie-virologie - Hygiène hospitalière
HAESEBAERT	JULIE	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
JACQUESSON	TIMOTHEE	Anatomie
JOSSET	LAURENCE	Bactériologie-virologie - Hygiène hospitalière
VASILJEVIC	ALEXANDRE	Anatomie et cytologie pathologiques
VLAEMINCK GUILLEM	VIRGINIE	Biochimie et biologie moléculaire

**Maitres de conférences – Praticiens hospitaliers**  
**Seconde classe**

BAUDIN	FLORENT	Pédiatrie
BITKER (stagiaire)	LAURENT	Médecine intensive de réanimation
BOUCHIAT SARABI	CORALIE	Bactériologie-virologie - Hygiène hospitalière
BOUTY-LECAT	AUORE	Chirurgie infantile
CORTET	MARION	Gynécologie-obstétrique - Gynécologie médicale
COUTIER-MARIE	LAURIANNE	Pédiatrie
DOREY	JEAN-MICHEL	Psychiatrie d'adultes - Addictologie
DUPONT	DAMIEN	Parasitologie et mycologie
HAESEBAERT	FREDERIC	Psychiatrie d'adultes - Addictologie
KOENIG	ALICE	Immunologie
LACON REYNAUD	QUITTERIE	Médecine interne - Gériatrie - Addictologie
LILOT	MARC	Anesthésiologie-réanimation - Médecine d'urgence
NGUYEN CHU	HUU KIM	Pédiatrie
PASQUER	ARNAUD	Chirurgie viscérale et digestive
ROUCHER BOULEZ	FLORENCE	Biochimie et biologie moléculaire
SIMONET	THOMAS	Biologie cellulaire
VILLANI	AXEL	Dermatologie - Vénérologie



## Maitres de conférences

### Hors classe

GOFFETTE	JEROME	Epistémologie Histoire des Sciences et techniques
VIGNERON	ARNAUD	Biochimie, biologie

### Maitres de conférences

#### Classe normale

DALIBERT	LUCIE	Epistémologie Histoire des Sciences et techniques
LASSERRE	EVELYNE	Ethnologie, préhistoire et anthropologie biologique
LECHOPIER	NICOLAS	Epistémologie Histoire des Sciences et techniques
NAZARE	JULIE-ANNE	Physiologie
PANTHU	BAPTISTE	Biologie cellulaire
VINDRIEUX	DAVID	Physiologie

### Maitres de conférences de Médecine Générale

CHANELIERE	MARC
LAMORT-BOUCHE	MARION

### Maitres de conférences associés de Médecine Générale

BREST	ALEXANDRE
DE LA POIX DE FREMINVILLE	HUMBERT
PERROTIN	SOFIA
ZORZI	FREDERIC

### Maitres de conférences associés Autres disciplines

TOURNEBISE	HUBERT	Médecine physique et de réadaptation
------------	--------	--------------------------------------

### Professeurs émérites

BEZIAT	JEAN-LUC	Chirurgie maxillo-faciale et Stomatologie
COCHAT	PIERRE	Pédiatrie
DALIGAND	LILIANE	Médecine légale et Droit de la santé
DROZ	JEAN-PIERRE	Cancérologie - Radiothérapie
ETIENNE	JEROME	Bactériologie-Virologie - Hygiène hospitalière
FLORET	DANIEL	Pédiatrie
GHARIB	CLAUDE	Physiologie
GUERIN	CLAUDE	Médecine intensive de réanimation
GUERIN	JEAN-FRANCOIS	Biologie et Médecine du développement et de la reproduction - Gynécologie médicale
LEHOT	JEAN-JACQUES	Anesthésiologie-réanimation - Médecine d'urgence
LERMUSIAUX	PATRICK	Chirurgie vasculaire
MAUGUIERE	FRANCOIS	Neurologie
MELLIER	GEORGES	Gynécologie - Obstétrique
MICHALLET	MAURICETTE	Hématologie - Transfusion
MOREAU	ALAIN	Médecine générale
NEGRIER	CLAUDE	Hématologie - Transfusion
NEGRIER	MARIE-SYLVIE	Cancérologie - Radiothérapie
PUGEAT	MICHEL	Endocrinologie et maladies métaboliques

RUDIGOZ	RENE-CHARLES	Gynécologie - Obstétrique
SINDOU	MARC	Neurochirurgie
TOURAINÉ	JEAN-LOUIS	Néphrologie
TREPO	CHRISTIAN	Gastroentérologie - Hépatologie - Addictologie
TROUILLAS	JACQUELINE	Cytologie et Histologie

## UNIVERSITE CLAUDE BERNARD LYON I

Président de l'Université	Frédéric FLEURY
Président du Conseil Académique et de la Commission Recherche	Hamda BEN HADID
Vice-Président du Conseil d'Administration	Didier REVEL
Vice-Présidente de la Commission Formation	Céline BROCHIER
Vice-Président Relations Hospitalo-Universitaires	Jean François MORNEX
Directeur général des services	Pierre ROLLAND

### SECTEUR SANTE

Doyen de l'UFR de Médecine Lyon-Est	Gilles RODE
Doyen de l'UFR de Médecine et de Maïeutique Lyon Sud - Charles Mérieux	Philippe PAPAREL
Doyen de l'Institut des Sciences Pharmaceutiques et Biologiques (ISPB)	Claude DUSSART
Doyen de l'UFR d'Odontologie	Jean-Christophe MAURIN
Directeur de l'Institut des Sciences & Techniques de Réadaptation (ISTR)	Jacques LUAUTÉ
Présidente du Comité de Coordination des Études Médicales	Carole BURILLON

### SECTEUR SCIENCES ET TECHNOLOGIE

Directrice de l'UFR Biosciences	Kathrin GIESELER
Directeur de l'UFR Faculté des Sciences	Bruno ANDRIOLETTI
Directeur de l'UFR Sciences & Techniques des Activités Physiques et Sportives (STAPS)	Guillaume BODET
Directeur de Polytech Lyon	Emmanuel PERRIN
Directeur de l'Institut Universitaire de Technologie Lyon 1 (IUT)	Michel MASSENZIO
Directeur de l'Institut des Science Financière & Assurances (ISFA)	Nicolas LEBOISNE

Directeur de l'Observatoire de Lyon

Bruno GUIDERDONI

Directeur de l'Institut National Supérieur  
du Professorat & de l'Éducation (INSPÉ)

Pierre CHAREYRON

Directrice du Département-composante Génie Électrique & des  
Procédés (GEP)

Rosaria FERRIGNO

Directrice du Département-composante Informatique

Saida BOUAZAK  
BRONDEL

Directeur du Département-composante Mécanique

Marc BUFFAT



## **LE SERMENT D'HIPPOCRATE**

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans discrimination.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance.

Je donnerai mes soins à l'indigent et je n'exigerai pas un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement la vie, ni ne provoquerai délibérément la mort.

Je préserverai l'indépendance nécessaire et je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je perfectionnerai mes connaissances pour assurer au mieux ma mission.

Que les femmes et les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couverte d'opprobre et méprisée si j'y manque.

# TABLE DES MATIERES

<b>LE SERMENT D'HIPPOCRATE .....</b>	<b>12</b>
<b>COMPOSITION DU JURY .....</b>	<b>14</b>
<b>REMERCIEMENTS.....</b>	<b>15</b>
<b>INTRODUCTION .....</b>	<b>16</b>
<b>DIGNITE HUMAINE ET PERSONNE DECEDEE.....</b>	<b>25</b>
<b>ARTICLE .....</b>	<b>32</b>
<b>DIGNITE DE LA PERSONNE HUMAINE DANS L'AUTOPSIE MEDICO-LEGALE .....</b>	<b>50</b>
<b>CONCLUSIONS.....</b>	<b>62</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>66</b>



## COMPOSITION DU JURY

PRESIDENT DU JURY :

**Monsieur le Professeur Laurent Fanton**, Professeur des Universités et Praticien Hospitaliers des Hospices Civils de Lyon, Hôpital Edouard Herriot, Université Claude Bernard Lyon 1.

DIRECTEUR DE THESE:

**Monsieur le Professeur Grégoire Moutel**, Professeur des Universités et Praticien Hospitaliers, Université de Caen.

MEMBRES DU JURY :

**Monsieur le Professeur Jean-François Mornex**, Professeur des Universités et Praticien Hospitaliers des Hospices Civils de Lyon, Université Claude Bernard Lyon 1.

**Monsieur le Professeur Pierre Fourneret**, Professeur des Universités et Praticien Hospitaliers des Hospices Civils de Lyon, Université Claude Bernard Lyon 1.

**Monsieur le Professeur Jérôme Goffette**, Maître de conférences, Université Claude Bernard Lyon 1.

## REMERCIEMENTS

Ce travail de thèse n'aurait pas été possible sans le soutien de mes tuteurs.

Le professeur Laurent Fanton, chef de service de médecine légale de Lyon, que je remercie chaleureusement pour avoir accepté ce travail de thèse autour de la dignité de la personne décédée dans le cadre de l'autopsie médico-légale. Nos échanges à ce sujet et notre expérience partagée en salle d'autopsie ont été une source inépuisable de réflexion pour moi. J'espère pouvoir continuer ce travail d'analyse afin de proposer régulièrement à l'équipe des suggestions d'amélioration de nos bonnes pratiques.

Le professeur Grégoire Moutel, chef de service de médecine légale de Caen et directeur de l'espace éthique régional, m'a été d'une aide inestimable pour l'écriture de mon article et de ma thèse, se montrant régulièrement disponible pour une relecture de qualité. Merci d'enrichir ma réflexion en m'offrant de nouveaux points de vue et de nouvelles perspectives, et en me poussant dans mes retranchements pour plus de précision dans mon analyse.

Merci aux enseignants de l'université Lyon 3 grâce à qui j'ai pu produire une bibliographie et un mémoire de philosophie de qualité au cours de l'année universitaire 2020-2021, notamment le professeur Jérôme Goffette qui m'a encadrée dans la rédaction de ce travail. Cette base solide m'a permis d'avancer sereinement sur ce travail de thèse.

Merci à tous mes collègues (médecins, internes et agents d'autopsie) qui partagent cette expérience de l'autopsie médico-légale quotidiennement avec moi, et m'apportent régulièrement de nouvelles idées pour améliorer ma pratique. Je remercie chaleureusement Marine Cornu, agent d'autopsie d'exception, dont l'expérience en salle et la sensibilité éthique sont inégalables et grâce à qui j'anime depuis maintenant plus d'un an un atelier éthique auprès des externes.

Merci à Marie, ma co-interne et colocataire de bureau, qui a supporté mes monologues sur la dignité de la personne décédée quand elle avait des rapports d'autopsie à corriger, sans (trop) se plaindre.

Merci aux autres collègues (secrétaires et psychologues) qui ne connaissent la salle d'autopsie que par nos nombreux témoignages, et nous rappellent tous les jours la particularité de notre métier.

Merci aux externes, dont le regard neuf sur l'autopsie est précieux et parvient à freiner tant bien que mal cette habitude à l'horreur qui semble être inévitable dans la pratique médico-légale.

Merci à ma famille et mes amis qui lisent tout ce que j'écris depuis la nuit des temps, même quand ça mélange philosophie morale et putréfaction. J'espère avoir été accessible pour chacun d'entre vous, en étant ni trop philosophe, ni trop médecin, ni trop légiste. Promis, je vous proposerai un peu de fiction bientôt ; mais pas sûr que cela vous détende, vous connaissez mon style...

Merci à Jacques pour tout ce que tu es et tout ce que tu me donnes chaque jour. Les mots justes pour te remercier n'ont rien à faire dans une thèse de médecine, alors je n'en dirai pas plus.

Merci à Margaux, petit soleil qui me rappelle que la vie, c'est la joie. Merci de m'apporter de la lumière quand la mort et la souffrance prennent toute la place.

## INTRODUCTION

*« The central puzzle of the law of the dead is that a corpse is both a person and a thing. A dead human body is a material object—a messy, maybe dangerous, perhaps valuable, often useful, and always tangible thing. But a dead human being is also something very different: It is also my father, and my friend, perhaps my child, and some day, me. For even the most secular among us, a human corpse is at the least a very peculiar and particular kind of thing. »*

Ellen Stroud [1]

La dignité humaine est une notion intuitive<sup>1</sup> complexe, qui peut être définie comme le sentiment de la valeur intrinsèque d'une personne ou d'une chose, et qui commande le respect d'autrui<sup>2</sup>. Ce concept est souvent employé pour justifier la nécessité de protéger les êtres humains de circonstances dégradantes ou humiliantes : souffrance, privation d'autonomie, saleté, logements indécents, rémunération injuste, violences, discriminations, etc. Il peut être utile en tant que principe moral universel, mais également comme un outil de réflexion à des situations posant des questionnements éthiques au cas par cas [2]. Il apparaît régulièrement dans des textes de lois français [3, 4, 5, 6] et internationaux [7, 8, 9, 10, 11]. La pluralité de ses significations est tantôt considérée comme un obstacle [12], tantôt comme une richesse : cette polysémie permet en effet d'appliquer cette notion à la personne décédée.

La mort est elle-même ambiguë. Alors qu'Epicure écrivait que la mort « n'est rien pour nous [13] », elle est décrite au contraire par certains auteurs comme « la pire situation possible [14] » pour l'individu. Cela impliquerait que rien ne peut « empirer la situation [15] » d'une personne décédée, puisque la mort en elle-même n'autorise ni amélioration, ni aggravation de son état. Cette supposition interroge vis-à-vis de la prise en charge des personnes décédées lors d'interventions sur le corps mort : si rien n'a d'impact, tout est-il permis ? En effet, le cadavre peut être vu comme un objet matériel avec une certaine valeur, dont on peut « faire usage » : ses organes peuvent être prélevés pour sauver des vies [16], le corps peut être disséqué pour l'apprentissage de l'anatomie, ou employé pour des essais cliniques de nouvelles technologies (prothèses, etc.) [17]. Il est même parfois exposé dans les musées (momies, squelettes) [18], voire pour des œuvres artistiques (performances, plastination) ce qui est interdit en France [19]. Cependant, comme l'écrit Ellen Stroud dans la citation ci-dessus, le cadavre est loin d'être seulement un outil, une chose tangible : il est aussi « mon père, mon ami, peut-être mon enfant et un jour, moi ». La certitude de la mort à venir nous pousse à nous interroger tout au long de notre existence sur l'après :

---

<sup>1</sup> D'après la définition proposée par le Centre National des Ressources Textuelles et Lexicales : « Action de deviner, pressentir, sentir, comprendre, connaître quelqu'un ou quelque chose d'emblée, sans parcourir les étapes de l'analyse, du raisonnement ou de la réflexion » : <https://www.cnrtl.fr/definition/intuition>

<sup>2</sup> Définition proposée par le CNRTL : <https://www.cnrtl.fr/definition/dignit%C3%A9>

quelles croyances développons-nous sur le plan spirituel, que souhaitons-nous pour nos funérailles, etc. La mort n'est pas alors simplement « la pire situation possible », elle est aussi le début d'autre chose : en effet, la période liminale qui suit immédiatement le décès place le cadavre dans une situation d'extrême vulnérabilité. Il est en attente d'un rite de passage, d'un rituel d'agrégation qui lui offrira une nouvelle place dans la société, par une renaissance symbolique [20]. Pendant cette période, le « mort-cadavre » ne peut se prémunir contre d'éventuelles violences qui peuvent lui être faites après la mort : abandon du corps, rejet du rituel funéraire, mutilations, etc. Seule une confiance en la solidarité de la communauté humaine nous rassure sur le fait que les rites d'adieu seront réalisés selon nos préférences. Cependant, certaines interventions sur le corps mort sont moins connues que les enterrements ou les crémations. Alors que l'information de la population générale sur les dons d'organes s'améliore en raison de campagnes actives de l'Agence de la Biomédecine [21], le don du corps à la science et les autopsies ont fait l'objet de récents scandales médiatiques (« charnier » du Centre du don des corps de l'Université Paris Descartes en 2019 [22], procès en novembre 2022 des attentats du 14 juillet 2016 à Nice [23, 24, 25, 26, 27]) : ces cas exceptionnels suscitent la méfiance : les morts sont-ils toujours bien traités lorsqu'ils sont confiés à des professionnels médicaux ?

L'autopsie médico-légale est un exemple d'intervention médicale sur le corps mort, réalisée à la demande de l'autorité judiciaire afin de permettre l'identification du défunt et d'établir la cause de la mort [11, 28]. La mission principale du médecin légiste est d'éliminer (ou de mettre en évidence) l'intervention d'un tiers dans le mécanisme du décès. A l'heure actuelle, malgré les progrès de l'imagerie et de la virtopsie [29], les techniques utilisées ne permettent pas de remplir cette mission sans ouvrir le corps à la recherche de lésions traumatiques ou de pathologies expliquant le décès. En raison de l'atteinte à l'intégrité corporelle que cela suppose, l'autopsie n'est pas toujours acceptée facilement par les proches [30, 31], *a fortiori* puisqu'ils ne peuvent refuser cette procédure, ni voir le défunt avant que le permis d'inhumer soit délivré par l'autorité judiciaire. Par ailleurs, l'autopsie peut révéler des informations sensibles concernant le défunt, qui peuvent avoir un impact sur sa réputation et sur le dernier souvenir laissé derrière lui.

Atteinte à l'intégrité corporelle, retard du rituel funéraire, non-respect du consentement, menace de la vie privée et de l'intimité... L'autopsie médico-légale est-elle une menace pour la dignité de la personne décédée ? Nous mettrons en avant le fait qu'elle est en réalité une procédure centrée sur le défunt, permettant d'éclaircir les zones d'ombres autour de sa mort. En mobilisant des enquêteurs, des magistrats, des médecins légistes, des agents d'autopsie... l'autopsie médico-légale est le seul acte médical en mesure d'offrir une dernière narration au défunt. Elle permet de rétablir son identité, dépister des maladies génétiques susceptibles d'avoir été transmises à ses proches, se prononcer sur la

compatibilité avec un geste suicidaire ou évoquer fortement l'intervention d'un tiers... En l'absence d'autopsie médico-légale dans un contexte de mort violente ou suspecte, le doute ne peut être levé.

Après avoir présenté mon parcours universitaire m'ayant mené vers cette problématique, une analyse conceptuelle des termes de dignité, personne humaine et mort permettra de mieux cerner les notions employées. Ensuite sera présenté un article intitulé « Dignity of the deceased and intervention. A conceptual analysis and basis for ethical reflection ». Enfin, ces concepts généraux seront utilisés pour décrypter l'exemple de l'autopsie médico-légale.

## **PARCOURS UNIVERSITAIRE ET METHODE DE RECHERCHE**

Tout médecin promet, en lisant le serment d'Hippocrate qui signe l'aboutissement des études de médecine, de protéger les personnes si elles sont vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou dans leur dignité. La solennité d'un tel serment ne peut être prise à la légère. Comment dès lors tenir cet engagement sans s'interroger sur le sens profond de la vulnérabilité de l'être humain et de sa dignité ?

Les quelques réponses que m'apportèrent mes enseignements facultaires en médecine sur le sujet ne surent éponger ma curiosité. Dès mon externat, ma confrontation au monde médical et à la souffrance de l'Autre ne fit que creuser mon insatisfaction et mon besoin de trouver des outils pour répondre à ce questionnement. Le concept de dignité de la personne humaine m'interpellait tout particulièrement. Comment pouvait-il être employé avec autant d'aplomb et de certitudes, par des intervenants divers et variés, sans jamais être clairement défini ? Chacun semblait nourrir une intuition forte sur la pertinence de cette « dignité », qui n'avait pour moi qu'un sens vaporeux et indistinct. J'étais particulièrement perplexe de constater qu'il pouvait être employé par des contradicteurs lors d'un débat, sans que l'un ou l'autre ne réussisse à s'accorder sur une définition commune. Malgré cette absence de consensus, ce concept agissait comme un argument couperet [32], qui mettait fin à la discussion : comment ne pas s'accorder sur le bien-fondé de faire respecter la dignité humaine ?

Je constatai ainsi une dignité de la personne humaine présente dans les débats sur l'avortement, la fin de vie, l'euthanasie, le suicide assisté, les conditions de vie des personnes migrantes, l'accès au logement, etc. Certaines décisions juridiques s'appliquaient même à défendre la dignité humaine contre le gré des individus [33]. Je choisis pour ma part de m'intéresser à une population invisible, ou plutôt invisibilisée : les personnes décédées. Y avait-il encore une forme de dignité une fois la mort survenue ? Quelles situations pouvaient encore menacer un « être non-existant [15] », qui n'est plus un sujet, que l'on ne peut plus blesser à proprement parler ?

Au cours de mon année universitaire 2017-2018, je participai au Diplôme Universitaire « Philosophie de la santé » de l'université Jean Moulin à Lyon 3. Mes premières réflexions s'axèrent ainsi sur la pertinence de l'utilisation du terme « dignité » pour la personne décédée, en choisissant les définitions proposées par Nordenfelt [34] : la dignité ontologique, la dignité sociale, la dignité morale et la dignité individuelle. Cette analyse conceptuelle s'élargissait également aux concepts de personne humaine et de mort, s'attardant ainsi à souligner toutes les nuances et les zones grises de ces définitions, qui complexifient une délimitation nette du statut du cadavre. Je m'appliquai à comprendre le cadre juridique autour de la dignité de la personne humaine et des devoirs de chacun envers les défunts, mais également



ce besoin de redonner du sens à la mort dans une évolution socio-culturelle qui l'a progressivement mise à distance. J'interprétais les nombreux scandales médiatiques au sujet de profanation de sépultures, de mutilation de cadavres, de voyeurisme lors de catastrophes naturelles ou d'abandon de corps comme le symptôme d'un besoin d'offrir une nouvelle place aux défunts et à leur corporéité dans la société. Ce statut implicite de « non-personne » du cadavre, en raison de la binarité de la loi française, me semblait inadéquat et inconfortable. Dans ce contexte réflexif, je choisis de m'interroger sur le cas précis du don d'organes post-mortem et de son intrication avec la question du respect de la dignité de la personne décédée. Quid de l'atteinte à l'intégrité corporelle qu'il représente, obligatoire mais légitime ? Quid de la décision de mettre en avant un consentement présumé plutôt qu'un choix actif et éclairé de donner ses organes après sa mort, qui affermirait ainsi l'autonomie de l'individu de son vivant sur le devenir de son corps mort ?

Malgré le caractère profondément enrichissant de ce premier travail, j'achevais ce mémoire avec une note d'amertume. La brièveté d'un mémoire de Diplôme Universitaire m'avait contrainte à refermer mon propos sur cette seule thématique du don d'organes, qui me semblait déjà infinie et impossible à épuiser en une seule année de réflexion. Ma curiosité pour le respect de la personne décédée dans les rituels funéraires, les catastrophes ou les tueries de masse, les pièces anatomiques ou muséales, les expérimentations scientifiques ou militaires, les œuvres d'art... Tant de thématiques encore inexplorées ! Je mis mon travail entre parenthèses, privilégiant les examens classant nationaux, mais sachant pertinemment que je ne m'arrêterais pas à ce seul travail de recherche.

Deux années passèrent et je débutai mon internat en tant que médecin légiste aux Hospices Civils de Lyon. Mon premier semestre écoulé de novembre 2019 à juin 2020 me confronta au quotidien à la corporéité des cadavres et aux manipulations liées au contexte médico-judiciaire de l'autopsie. Imprégnée de cette expérience nouvelle et profitant du regard naïf que je posais sur cet acte médical si particulier, j'enrangeais peu à peu de nouveaux questionnements. Un peu bousculée par les débuts de l'épidémie de Covid, je ne pus me pencher immédiatement sur ces nouvelles interrogations et dû attendre d'avoir le recul suffisant pour faire un pas de côté. Cette occasion me fut offerte lors de mes deux semestres hors spécialité, que je passais dans le service d'accueil des urgences de l'Hôpital Edouard Herriot et en médecine pénitentiaire à l'hôpital Lyon Sud, lors de l'année universitaire 2020-2021. Cet éloignement physique du monde de la médecine légale me permit de digérer peu à peu ma courte expérience en autopsie médico-légale, et de mêler mes observations initiales à mes questionnements philosophiques et éthiques.

Instinctivement, mon travail de mémoire s'est transformé en une analyse de philosophie de terrain, exploitant à la fois mon analyse conceptuelle sur la dignité, la personne et la mort, et ma posture d'interne en médecine légale ayant assisté à de nombreuses autopsies. Remaniant en profondeur mon travail de

Diplôme Universitaire, je centrai ma réflexion sur le geste de l'autopsie médico-légale avec pour but de modifier ma pratique future : comment accueillir la vulnérabilité de la personne décédée dans l'autopsie ? Quelle délicatesse avoir avec le corps mort pour limiter l'objectification liée au regard de l'expert ? Comment personnaliser l'autopsie sans s'éloigner d'un protocole systématique et complet, tel que voulu par les recommandations européennes [11] ? Comment mettre en valeur l'unicité de l'individu, sa fragilité et son histoire, sans effondrer les mécanismes de défenses des médecins légistes et détruire leur apprentissage de cette « sollicitude distante [35] », essentielle à la protection d'un psychisme malmené par la violence et la mort ?

Je mêlai ainsi dans mon travail de recherche des méthodes diverses. De mon expérience en salle d'autopsie, je cherchais à cibler certains points précis : y avait-il des gestes ou des propos concernant les défunts qui m'avaient choquée ? Comment les cadavres étaient-ils manipulés, déplacés, touchés ? Comment se manifestait la symbolique dans l'ouverture, la toilette, la restauration du corps ? Qu'est-ce qui avait de l'importance et du sens et qu'est-ce qui apparaissait futile ou dispensable ? Quels actes atteignant l'intégrité corporelle étaient tolérés et lesquels apparaissaient illégitimes ? Y avait-il certains facteurs qui facilitaient la distanciation au corps mort ?...

Ces interminables questionnements furent associés à une analyse anthropologique de mon terrain. Ne connaissant que l'institut médico-légal de Lyon, je m'intéressai à l'organisation des locaux et la manière dont les différents intervenants les occupaient. Ce pas de côté fut primordial pour ma réflexion sur le propre et le sale, avec la perspective de l'anthropologue britannique Mary Douglas [36] : je m'aperçus par exemple que les mêmes lieux pouvaient être considérés comme propres ou sales à différents moments de la journée, par des visiteurs différents, selon si une autopsie était en cours ou non.... La présence des cadavres en salle, quel que soit l'état objectif de propreté des locaux, contaminait de manière symbolique toute la structure dédiée à l'institut médico-légal. Certaines odeurs franchissaient parfois la limite – réelle ! – entre le monde des morts et des vivants, en empiétant sur l'unité médico-judiciaire qui jouxte l'IML. Le dégoût survenait dès lors que le parfum de putréfaction s'échappait du temps de l'autopsie, s'invitant sur les cheveux, les vêtements, la peau, sans y être invité, alors même que le travail devrait être terminé. Je m'aperçus bien vite que cette odeur semblait nous poursuivre tous, plus ou moins tenace, plus ou moins supportable, tel un stigmaté voué à nous exclure du monde social.

Le désordre provoqué par la présence de personnes décédées contaminait également les professionnels de santé eux-mêmes, attirant sur les agents d'autopsie et les médecins légistes un parfum de suspicion : comment pouvait-on être attiré par un tel travail ? Le choix de se confronter volontairement au corps mort, froid, parfois collant, luisant, grouillant de vers ou sec et friable, tombant en miettes, ne pouvait qu'être motivé par de drôles d'intentions. Cette méfiance induisait une forme d'exclusion sociale se manifestant le plus souvent par un écœurement de mon interlocuteur lorsque que je mentionnais mon

travail ; interlocuteur qui ne manifestait, à ma grande surprise, qu'une curiosité modérée pour mon quotidien et préférait le plus souvent détourner le sujet – ou ne posait que de rares questions, parfois maladroitement. J'appris ainsi à respecter cette volonté de mon entourage de se distancier de la violence psychique que représentait la seule mention de mon métier.

Après de nombreuses années d'études de médecine, qui avaient déjà façonné progressivement ma vision du corps humain, je découvris grâce au corps mort une nouvelle façon d'interagir avec mon prochain. Pas d'autopsie sans un « corps-à-corps [37] » inédit, avec un être à la fois inerte et rigide, aréactif et récalcitrant, s'opposant constamment aux interventions du légiste car incapable d'y consentir. J'appris à toucher un être humain, lui soulever un bras, une jambe, sans lui avoir demandé son accord ; à manipuler ses organes génitaux de la même façon ; à ne plus être surpris par la froideur et la dureté d'une peau restée longtemps en salle des frigos ; à mobiliser ce poids lourd qu'est un cadavre ou briser une rigidité cadavérique en faisant péniblement contrepoids. J'appris à regarder dans les yeux un être humain qui ne me regarde pas en retour, qui n'est plus là et pourtant qui demeure ; un regard voilé, laiteux, qui nous renvoie tant à notre humanité qu'on ne peut que le recouvrir en refermant les paupières, sans savoir si c'est un geste d'inconfort ou de délicatesse. Geste qui devient ensuite machinal, habituel, irréfléchi. Jour après jour, mon expérience m'aidait à me défaire de cette « inquiétante étrangeté [38] » du cadavre : j'oscillais entre une familiarité excessive, douloureuse, qui impose malgré soi des comparaisons entre le cadavre et une mère, un père, un conjoint, une amie, un enfant et un détachement tout aussi excessif face à ce qui n'apparaît plus du tout comme un être humain tant la chair a disparu, bouffée par les asticots, détruite par le feu, broyée par un train. Se rappeler sans cesse l'humanité du corps autopsié, sans s'effondrer dans un abîme de compassion autodestructrice : un travail d'équilibriste qui n'a rien d'un mécanisme de défense, instinctif, invisible, mais tout d'un apprentissage, construit, conscient et laborieux, à entretenir au jour le jour pour ne pas voir s'émousser toute forme de sollicitude pour les morts. J'appris ainsi – ou plutôt j'apprends, et j'apprendrai toujours – des défunts comment rester humaine tout en voyant la Mort tous les jours.

De cette expérience personnelle, parfois à vif, je dus prendre du recul, conceptualiser : comment analyser toutes ces situations, ces ressentis, pour en faire une synthèse qui rende à la fois compte de la réalité de l'autopsie médico-légale sans réduire le propos à une suite de situations vécues ? J'avais conscience de n'avoir qu'une faible expérience professionnelle et que mes recherches ne pouvaient être qu'empreintes de subjectivité. Je savais dès lors que ma posture de chercheur ne pouvait qu'inclure cette subjectivité et l'amalgame à mon analyse conceptuelle pour proposer une forme d'analyse de la pratique médico-légale d'un point de vue éthique et philosophique. J'étoffais donc mon travail à l'aide de recherches bibliographiques : j'utilisais à la fois les livres de la bibliothèque universitaire de Lyon 1 et de Lyon 3 et les ressources en ligne (comme le site Cairn.fr). J'utilisais des mots clés comme « personne humaine »,

« dignité », « mort », « cadavre », « autopsie », dans le but de dénicher des articles médicaux, anthropologiques, sociologiques, philosophiques et éthiques me permettant d'aboutir à une interprétation de mon expérience personnelle. Il m'apparaissait essentiel de mêler des ressources plutôt associées aux sciences humaines et d'autres plutôt médicales et médico-légales, ancrées dans la réalité de l'autopsie. J'épluchais également les textes de loi grâce au site Légifrance.fr afin de mettre en lumière les notions juridiques concernées par cette problématique, et les zones grises liées à la polysémie des termes employés par la loi. Enfin, ces données furent recoupées avec des articles de la presse, des scandales médiatiques actuels ou anciens autour de l'irrespect de la personne décédée ainsi que la culture populaire en général, mettant en scène une vision déformée et fantasmée de la médecine légale. C'est avec cette perspective englobant divers médias que je rédigeais mon mémoire de master 2 « Culture et Santé » en 2020 et 2021, intitulé : « Quelle dignité pour la personne décédée quand la mort fait désordre ? Philosophie de terrain autour de l'autopsie médico-légale ».

Rapidement après la soutenance de ce mémoire, le professeur Laurent Fanton proposait que ma thèse d'exercice de médecine légale soit adaptée de ce travail de recherche. Je décidais donc de remanier ce mémoire destiné à un lectorat du milieu des sciences humaines pour cibler une publication scientifique dans une revue destinée aux professionnels de santé. J'éprouvais des difficultés à répondre aux critères de rédaction d'articles médicaux, notamment à réduire mon travail de plus d'une centaine de pages à un article de 4000 mots. Il était évident qu'un seul article serait insuffisant pour traiter les nombreuses problématiques concernant le respect de la dignité de la personne décédée. J'avais constamment le sentiment de me trouver à la frontière entre deux mondes aux attentes différentes, ni assez philosophe pour cibler des revues de sciences humaines appliquées à la médecine, ni assez expérimentée dans la rédaction d'articles médicaux pour correspondre aux revues scientifiques.

Grâce à l'aide précieuse du Professeur Grégoire Moutel et la relecture attentive du Professeur Laurent Fanton, je rédigeais un article traitant de la dignité de la personne décédée dans sa globalité, sans m'astreindre à ne traiter que de l'autopsie médico-légale : « Dignity of the deceased and intervention. A conceptual analysis and basis for ethical reflection ». Je choisis donc de soutenir qu'il est possible d'employer le terme de « dignité » pour le défunt dans de nombreuses situations : rituel funéraire, respect des dernières volontés, don d'organes post-mortem, don du corps à la science, autopsies scientifique et médico-légale... Je traitais d'une part la dignité ontologique de la personne décédée, dans son appartenance à l'espèce humaine, la dignité individuelle, spécifique à chacun et la dignité accordée par le respect au corps humain en lui-même. L'article a été traduit en anglais par Monsieur Ian McGill, que je remercie pour son aide et sa réactivité.

J'ai choisi initialement la revue Journal of Medical Ethics du British Medical Journal pour la soumission de l'article en raison de publications antérieures sur la dignité de la personne humaine.

Malheureusement, l'article n'a pas été retenu : les relecteurs ont souligné qu'il proposait une vision très conceptuelle de la dignité de la personne décédée, sans proposer de situations concrètes éthiquement complexes qui offriraient l'occasion d'utiliser un tel outil. L'article est actuellement en cours de soumission auprès de la revue *Medicine, Science and Law*. J'ai pris l'initiative de répondre aux commentaires des relecteurs en proposant pour ma thèse une réflexion sur l'autopsie médico-légale à l'aide des éclaircissements conceptuels présentés dans l'article.

Cette thèse est donc la poursuite de travaux de recherches sur la dignité de la personne décédée, en particulier dans l'autopsie médico-légale. Bien qu'elle marque l'aboutissement de mes études de médecine, elle semble loin de signer la fin de ma vie de philosophe...

## **DIGNITE HUMAINE ET PERSONNE DECEDEE**

Afin d'introduire mon article intitulé « Dignity of the deceased and intervention. A conceptual analysis and basis for ethical reflection », je reprendrai rapidement les analyses conceptuelles effectuées au cours de mes mémoires philosophiques précédents.

### ***Dignité humaine***

Comme tout concept polysémique, la dignité humaine est sujette à interprétation. Parfois définie comme une valeur incontournable, englobant « toutes les normes et uniquement les normes que toute personne moralement sérieuse accepte de reconnaître [39] », elle est aussi décrite par Ruth Macklin dans un article du *British Medical Journal* de 2013 comme un « concept inutile », pouvant être « éliminé sans perte de signification [12] » car aisément remplaçable par d'autres notions philosophiques ou éthiques plus facilement manipulables, comme l'autonomie. Cet article a pourtant été critiqué avec véhémence par des soignants, qui considéraient un tel point de vue comme une menace pour le respect de l'unicité des individus [2]. La dignité est-elle alors essentielle ou dispensable ? L'emploi massif du terme de « dignité » tant dans les textes de lois français [3, 4, 5,6] ou internationaux [7, 8, 9, 10] (également à propos d'autopsies médico-légales [11]) que dans les articles de presse (concernant les retraites [40] ou les soins en EHPAD [41], par exemple) ou des noms d'associations (Association pour le Droit de Mourir dans la Dignité, ONG Dignité International...) corrobore une popularité indéniable du concept. Malgré cela, la dignité est difficile à cerner : comme de nombreux concepts majeurs (la liberté, la justice...), elle n'est jamais définie dans la loi, et parfois mieux comprise sous des termes négatifs : respecter la dignité de l'Homme, c'est ne pas le réduire en esclavage [7], ne pas le torturer ou lui imposer des traitements dégradants [7], ne pas traiter l'individu comme un moyen [42] ... La dignité semble prolonger les intuitions autour de la sacralité de l'être humain, tant dans son essence même, sa nature profonde, que dans sa spécificité d'individu : cela implique qu'elle puisse être à la fois employée comme un principe général de bioéthique, conceptuel et globalisant, que comme un outil pratique d'analyse de situations réelles nécessitant une réflexion éthique au cas par cas [2].

Du latin *dignitas* qui signifie « mérite, prestige, considération », la dignité octroie à l'humanité un statut privilégié. La dignité ontologique de l'Homme est liée à son essence : l'homme est digne « à cause de lui-même », tel que l'écrit Thomas d'Aquin [43]. Cette vision de la dignité accorde à l'être humain un statut privilégié, de par ses capacités et son potentiel – ce qui est parfois présenté par certains auteurs comme une posture spéciste, qui privilégierait l'homme vis-à-vis d'autres formes d'existence (animale



notamment [44]). C'est partant de cette valeur intrinsèque à l'humanité que la reconnaissance de droits humains fait sens : grâce à sa dignité, l'Homme doit être protégé par les institutions, et aucune autorité ne pourra déconstruire ces droits inaliénables [2]. La dignité est en effet au centre de nombreux textes de lois, comme la Déclaration universelle des droits de l'Homme de 1948, qui l'emploie cinq fois dans la totalité du texte et notamment dans le célèbre article premier : « tous les hommes naissent libres et égaux, en dignité et en droits [7] ». A cause des crimes de guerre survenus au cours de la Seconde Guerre Mondiale, cette notion de dignité humaine s'élève lors du procès de Nuremberg comme un bouclier devant définitivement préserver les Hommes d'idéologies nazies défendant l'existence de vies de moindre valeur. Cette dignité ontologique se pense donc comme un socle anthropologique fort, à la fois intuitif mais nécessitant d'être verbalisé et écrit noir sur blanc pour être protégé. Cette dignité « intangible [8] », *a priori* à l'abri de toute menace car intrinsèquement corrélée à la nature humaine, est pourtant présentée comme une valeur à protéger, fragile, mise en danger par des crimes de guerre (torture, barbarie, génocide...), mais également par l'évolution des sciences (clonage humain...) [9].

D'autres subtilités surviennent lorsqu'on réfléchit à la dignité sociale. Au plus près de l'étymologie latine, la dignité sociale renvoie aux règles de bonne conduite, de décence et de bienséance (*decus*). Il importe de faire ce qui convient (*decet*) afin de mériter les honneurs, ou les décorations (*decor*). Elle correspond à la « *dignity of merit* » pensée par Nordenfelt [34]. A l'opposé donc d'une dignité naturelle, évidente, qui serait octroyée à chaque enfant à la naissance quel que soit son sexe, son origine géographique, son milieu social ou son état de santé, cette dignité sociale est fondamentalement corrélée aux interactions interindividuelles en société. Elle est impactée par la capacité de l'individu à se plier à des mœurs, variables selon les pays et les époques. Un même comportement pourrait alors être considéré comme digne ou indigne en fonction des circonstances historiques, de son interprétation par une société aux valeurs fluides et changeantes. Le fait de se dénuder face à un subalterne pouvait par exemple être considéré comme une marque de confiance et un honneur au XIX<sup>e</sup> siècle [45] ; attitude qui nous semblerait grotesque de nos jours, voire caractérisée comme une violence sexuelle [46]. Cette dignité sociale est complexe car elle place le regard d'autrui au centre de sa définition : en modifiant le regard que l'on pose sur certains comportements, choisissant volontairement de les discréditer et de libérer la parole à leur sujet, ils deviennent alors indignes et punissables. Le fait d'être jugé coupable de gestes de violence (violence sexuelle, violence conjugale...) apparaît par exemple de moins en moins compatible avec un statut d' élu politique : la tolérabilité de certains actes est donc susceptible d'évoluer et cela uniquement par un choix conscient de faire basculer notre regard.

La dignité morale est décrite par Emmanuel Kant comme liée à la loi morale présente en chacun de nous [42]. En exerçant son agentivité et sa liberté, l'individu est en mesure de prendre des décisions pour lui-même, en conscience. Il possède alors une valeur, la dignité, contrairement aux choses qui ont un prix

[42]. Les conséquences de ses choix peuvent alors être considérés comme « bonnes » ou non selon leur analyse par différents courants de philosophie morale, qu'il s'agisse d'un respect de principes moraux (déontologisme), d'analyse des conséquences prévisibles de nos actes (conséquentialisme) ou d'une décision prise en accord avec les valeurs spécifiques de l'individu concerné (éthique des valeurs). La dignité morale ne peut exister sans cette capacité d'autonomie, qu'elle soit mise en pratique ou non, et selon Kant « la personne n'est rien d'autre que la liberté d'un être raisonnable [47] ». Puisqu'il estime que la dignité est également au centre de sa définition de la personne humaine, ce lien intime entre dignité et autonomie interroge sur la valeur que l'on accorde aux êtres humains qui ne sont pas en mesure d'exercer cette réflexivité (coma, nourrissons, personnes en état de démence ou de pathologie mentale, défunts...). Certains auteurs comme Roberto Andorno considèrent au contraire que la conscience n'est qu'un acte de la personne, qui ne la définit pas [48]. Cette dignité morale apporte donc une vision nouvelle de la dignité, qui n'est définie ni par notre statut d'être humain, ni par les codes sociaux, mais par les facultés réflexives de l'individu et ses capacités à prendre des décisions morales. Ces décisions pouvant être complexes et mobiliser des ressources éthiques variées, la dignité morale peut s'exercer de différentes manières sur des situations similaires, du moment que l'individu exerce sa capacité de prise de décision.

Enfin, la dignité liée à l'individu se définit par la valeur des intérêts spécifiques de la personne. Sans faire intervenir la notion d'autonomie, de prise de décision ou de morale, la dignité individuelle est centrée sur le respect de l'unicité de l'individu. En tant qu'être irremplaçable, il développe des préférences qui lui sont spécifiques et qui doivent être mises en valeur. Contrairement aux autres définitions de la dignité précédemment décrites, qui dépendent soit du postulat universel d'une dignité partagée entre tous, soit d'un jugement d'autrui sur notre dignité, la dignité individuelle est en quelque sorte « le composant subjectif [2] » de la dignité : il dépend de l'estime de soi, du ressenti de l'individu dans une situation donnée. C'est cet aspect du concept qui explique que les patients puissent avoir des attentes sur le comportement des professionnels envers eux, dans des situations de soin particulières. Par exemple, ces divergences conceptuelles (dignité universelle versus dignité individuelle) expliquent en partie que le terme de dignité puisse être employé pour argumenter de façon opposée lors de questionnements éthiques comme les soins en fin de vie [49] ou le suicide assisté [50]. Pour certains, offrir l'opportunité à un autre être humain de mettre fin à son existence est indigne du comportement du soignant – et de l'Homme – envers son prochain (dignité ontologique bafouée), quand d'autres considèrent que ce même acte est un geste de compassion envers un individu souffrant et en mesure d'exprimer sa volonté de mettre fin à ses jours (autonomie et dignité individuelle niées). Bien entendu, cette opposition brièvement présentée ne peut résumer à elle seule les débats éthiques entourant la question de la fin de vie, mais permet une illustration simple des problématiques liées à la polysémie du concept de dignité.

## *Personne humaine*

Reprenons alors le concept de personne humaine. La vision kantienne définit la personne humaine (et donc la dignité humaine) à la notion d'agentivité morale [47]. Néanmoins, il semble réducteur de limiter la catégorie des personnes humaines aux individus qui sont en mesure d'élaborer une réflexion morale : heureusement, la communauté humaine englobe les fœtus à naître, les personnes en situation de handicap psychique, les individus dans le coma ou encore les personnes décédées. Il nous paraît intuitif de les considérer comme notre prochain, quand bien même ils ne bénéficient pas tous, juridiquement parlant, des mêmes droits. Il est ainsi parfois argumenté que certains animaux doués de sensibilité (chien, chimpanzé [44], etc.) voire certaines intelligences artificielles [51] pourraient être valorisés pour leurs capacités émotionnelles et réflexives, en comparaison à des êtres humains diminués. Il faut rappeler également qu'en raison de discriminations historiques pour des raisons de genre, de race, de religions, d'orientation sexuelle, de nombreuses minorités ont dû se battre – et se battent encore – pour obtenir et exercer les mêmes droits que les autres. La notion de personne humaine – et le respect implicite qu'elle suppose – est donc complexe à plus d'un titre.

Sur le plan juridique toutefois, il est possible de donner quelques définitions à partir de la loi française. Une personne est un « sujet de droits et d'obligations », qu'elle soit « morale » (comme une entreprise) ou « physique », c'est-à-dire un être humain né vivant. Les personnes humaines diminuées en raison des situations précédemment décrites (majeur sous tutelle, déficience intellectuelle, coma, etc.) ne perdent pas leur statut de personne : leur vulnérabilité, temporaire ou définitive, encourage la communauté à ce que leurs droits soient exercés par une tierce personne et renforce la protection qui leur est due. Certaines exceptions existent : l'embryon, en raison de sa dépendance au corps de la femme, ne peut être défendu sans nier les droits de cette même femme, en particulier celui d'avorter. Ce choix de privilégier les droits de la mère n'empêche pas, toutefois, une reconnaissance du fœtus dans la communauté humaine à partir d'un certain stade de développement, lorsqu'il vient à mourir prématurément. L'embryon expulsé est considéré comme une pièce anatomique lors de fausses couches très précoces ou d'interruption volontaire de grossesse et est incinéré sans rituel d'adieu [52]. À l'inverse, le fœtus est traité comme un enfant né sans vie : il peut être inscrit sur le livret de famille avec un prénom [53] (et un nom de famille depuis la loi n° 2021-1576 du 6 décembre 2021) et bénéficier d'un rituel funéraire [54]. Il est alors reconnu dans sa dignité ontologique (appartenance à l'espèce humaine valorisée lors d'un rituel d'adieu) et dans sa dignité individuelle (mise en valeur de son unicité d'individu, en tant que membre à part entière d'une fratrie et d'une descendance). À l'autre extrémité de la vie, la personne décédée n'a de droits juridiques que dans la prolongation de ceux que l'individu exerçait de son vivant. Nombre de législations entourent ainsi la personne décédée : pour la définir en tant que défunt (procédures autour de la déclaration du décès, des testaments), pour délimiter les différents usages du corps mort (dons

d'organes, autopsies, etc.) et pour les rituels funéraires. Ces règles juridiques, bien que centrées sur le défunt, n'en font pas pour autant un sujet qui exerce des « droits ». Le fœtus et le cadavre présentent tous deux des statuts épineux, « personne humaine potentielle [55, 56] » d'une part, « personne résiduelle [57] » de l'autre. Ils constituent deux « anomalies » de la classification de la personne humaine telle que définie par la loi. Il importe alors d' « affronter délibérément l'anomalie et de tenter d'élaborer un nouvel ordre du réel où l'anomalie pourrait s'insérer [36] ». Ces exemples brièvement exposés montrent que le concept de personne humaine ne doit pas être un frein à manifester du respect et de l'attention aux êtres qui semblent à première vue s'exclure de cette catégorie juridique. Comme l'écrit Daniel Dennett,

*« Que quelque chose compte comme personne, dépend d'une manière ou d'une autre de l'attitude prise à son égard, de la posture adoptée par rapport à elle. Cela suggère qu'il n'est pas vrai que nous traitons quelqu'un comme une personne seulement une fois que nous avons établi des faits objectifs, mais que c'est notre façon de traiter cette chose d'une certaine manière qui, dans une certaine mesure, la constitue comme personne [58] ».*

## **Mort**

Faisons ensuite un bref détour vers le concept de mort. Impossible ici de cerner ne serait-ce qu'une infime partie du mystère total que représente la mort, sur les plans biologique, neurophysiologique, spirituel, philosophique, juridique, etc. Ciblons alors quelques paradoxes qui semblent pertinents pour le propos qui va suivre, à savoir le respect de la dignité de la personne décédée. La mort est parfois pensée comme un instant fugace, qui pourrait être déterminé à la seconde près, transformant le vivant en défunt en un claquement de doigts. Outre le caractère dramatique que cette idée représente, elle néglige toute la complexité des mécanismes physiologiques qui surviennent lors du décès, de manière entropique. En effet, la mort « clinique » est parfois définie comme le moment à partir duquel l'organisme cesse de fonctionner comme un tout [59]. Le fait que certaines fonctions biologiques puissent ainsi s'épuiser de manière progressive et asynchrone n'a alors que peu d'importance : dans un court délai, l'organisme ne sera plus en mesure de maintenir sa propre organisation. Cette nuance est intéressante car les morts accueillis à l'institut médico-légal peuvent être décédés depuis quelques heures seulement, comme n'être « plus que » des ossements, en passant par tous les stades de la putréfaction ou de la momification. Les procédures pour les prendre en soin s'adaptent aux circonstances, de même que les façons de respecter leur dignité.

La mort clinique a été longtemps définie comme une « évidence de fait [60] », en se basant sur l'examen du cadavre : refroidissement, rigidité et lividités cadavériques, concepts que les médecins légistes

manipulent encore aujourd'hui, mais dans l'estimation d'un délai post mortem. Cette constatation empirique a fini par ne plus être suffisante, la crainte d'être enterré vivant étant particulièrement répandue au XVIIIe siècle, comme le montre l'ouvrage du chirurgien Antoine Louis en 1752 « *Lettre sur la certitude des signes de la mort, où l'on rassure les citoyens de la crainte d'être enterrés vivans* ». La mort est distinguée à l'époque par une « mort relative », susceptible d'être réversible avec des soins adaptés, et une « mort absolue », irrémédiable. D'une définition clinique pure et confuse, la mort devient en 1947 synonyme d'arrêt cardiaque ; critère devenu rapidement insuffisant avec les progrès de la réanimation, capable de relancer le cœur après un arrêt cardio-respiratoire et donc, potentiellement, de ressusciter les morts. Après l'élaboration du « coma dépassé » par les professeurs Mollaret et Goujon en 1959, la mort devient alors la mort cérébrale, entérinée par la circulaire n°67 du ministère des Affaires sociales, dite « Jeanneney », du 24 avril 1968. Cette même année, les Etats-Unis définissent la mort par le concept de « coma irréversible [61] ». Ce très bref historique a pour but de mettre en lumière deux éléments principaux : la mort n'est plus intuitive ou évidente, elle devient technique, complexe, difficile à expliquer pour un public non médecin et par ailleurs, elle peut changer de nature par un consensus scientifique et juridique. Cette mort qui a toujours existé, décrite dans les moindres détails par chaque scientifique, philosophe, religieux de l'Histoire, peut pourtant devenir toute autre par une décision juridique. Ce basculement, quand on l'examine posément, est vertigineux : la définition de la mort n'est pas figée, elle est susceptible d'être fluctuante. Quelles seront les évolutions de la mort dans les décennies, voire les siècles à venir ?

Ce point sur la définition de la mort telle qu'elle existe aujourd'hui n'est pas anodin. Si la définition de la mort est susceptible de subir des bouleversements, cela signifie que ceux que nous considérons comme des défunts aujourd'hui ne le seront peut-être plus demain. Il ne s'agit pas ici de soulever des questionnements spirituels, ni de se disperser dans des considérations du domaine de la science-fiction. Toutefois, la science et la médecine ont prouvé à de multiples reprises par le passé qu'elles pouvaient s'approcher, voire rejoindre des anticipations qui semblaient initialement futuristes. Quel que soit l'avenir de ceux que nous considérons comme des défunts aujourd'hui, leur statut incertain et possiblement changeant doit susciter la réflexion, précisément car ils représentent une population profondément vulnérable : décider de traiter les morts avec respect ne dépend que de notre bon vouloir, en tant que communauté responsable et solidaire. Que faisons-nous aujourd'hui envers les morts qui choquera les générations futures ? Quel effort supplémentaire accorder aux défunts pour agir le mieux possible ? Pour donner un exemple concret, la définition actuelle de la mort encéphalique provoque des débats éthiques car elle permet malgré tout la gestation d'un fœtus, au sein du corps d'une personne déclarée morte et maintenu « en vie » uniquement par la technique médicale [62]. Pour ne pas être accusés de faits de violence envers les morts par les générations futures, il est primordial de s'interroger constamment sur nos interventions sur les corps des défunts.

Mon article s'interroge donc sur une dignité plurielle de la personne décédée et les différentes manières de la respecter.



## ARTICLE

# Medicine, Science and the Law

### **Dignity of the deceased and intervention. A conceptual analysis and basis for ethical reflection**

Journal:	<i>Medicine, Science and the Law</i>
Manuscript ID	MSL-23-039
Manuscript Type:	Viewpoint
Date Submitted by the Author:	17-Feb-2023
Complete List of Authors:	Jeannerod, Manon; Hospices Civils de Lyon, Service of Legal Medicine, Edouard Herriot Hospital Goffette, Jérôme; University Claude Bernard Lyon 1 - Campus Rockefeller, Lyon-Est Medical School Fanton, Laurent; Hospices Civils de Lyon, Service of Legal Medicine, Edouard Herriot Hospital; University Claude Bernard Lyon 1 - Campus Rockefeller, Lyon-Est Medical School Moutel, Grégoire; University Hospital Centre Caen, Regional Department of Ethics; University Hospital Centre Caen, Service of Legal Medicine and Health Law; Normandie Université, Unité INSERM 1086 antcipe
Keywords:	Forensic medicine, Human Identification, Human rights, Law
Abstract:	<p>For their status as a human being to be recognized and their ontological dignity to be respected, the deceased must be accorded a farewell ritual. During the period intervening before this ritual can be conducted, the "body" may undergo certain medical interventions: organ harvesting, body donation, autopsy, etc. This may lead to the inherent uniqueness of the individual being neglected. There is a serious danger of the deceased person being treated as a "thing". The dead body is vulnerable and needs to be protected. It is therefore essential to define good practices based on the consideration that is to be accorded. This entails recognizing the specific value of each dead person, respecting their free will and last wishes so far as possible. Any extraneous physical degradation must be excluded. This extra effort required of those who deal with death as part of their work is neither straightforward nor instinctive. To achieve due consideration for the deceased in medical practice, the professionals concerned require accompaniment and support. If they themselves are given the requisite care and attention and a suitable working environment, they will be in a position to respect their fellow human in death and to "do no harm".</p>



**Full title: Dignity of the deceased and intervention. A conceptual analysis and basis for ethical reflection**

**Short title: Dignity of the deceased and intervention**

**Authors names and affiliations:**

**M. Jeannerod<sup>a</sup>, J. Goffette<sup>b</sup>, L. Fanton<sup>a,b</sup>, G. Moutel<sup>c,d,e</sup>**

<sup>a</sup> Hospices Civils de Lyon, Edouard Herriot Hospital, Legal Medicine Department, Lyon, France

<sup>b</sup> Université de Lyon, Claude-Bernard Lyon 1 University, Lyon-Est Medical School, Lyon, France

<sup>c</sup> Espace régional de réflexion éthique, University Hospital of Caen, Normandie University, Unicaen 14 000 Caen, France

<sup>d</sup> Centre Hospitalo-Universitaire de Caen, Normandie University, Forensic Medicine and Health Law Department, Unicaen 14 000 Caen, France

<sup>e</sup> Unité inserm 1086 antcipe, Normandie University, 14000 Caen , France

**Manon Jeannerod**

**[Manon.jeannerod@chu-lyon.fr](mailto:Manon.jeannerod@chu-lyon.fr)**

**4 Rue Branly, 69100 Villeurbanne, France**

**Full word count = 3055 words without abstract and references**

## **Abstract**

For their status as a human being to be recognized and their ontological dignity to be respected, the deceased must be accorded a farewell ritual. During the period intervening before this ritual can be conducted, the "body" may undergo certain medical interventions: organ harvesting, body donation, autopsy, etc. This may lead to the inherent uniqueness of the individual being neglected. There is a serious danger of the deceased person being treated as a "thing". The dead body is vulnerable and needs to be protected. It is therefore essential to define good practices based on the consideration that is to be accorded. This entails recognizing the specific value of each dead person, respecting their free will and last wishes so far as possible. Any extraneous physical degradation must be excluded. This extra effort required of those who deal with death as part of their work is neither straightforward nor instinctive. To achieve due consideration for the deceased in medical practice, the professionals concerned require accompaniment and support. If they themselves are given the requisite care and attention and a suitable working environment, they will be in a position to respect their fellow human in death and to "do no harm".

**Keywords:** death, ethics, forensic medicine, personhood, tissue and organ procurement

## **Introduction**

Human dignity is a philosophical, religious and cultural idea that is intuitive and hard to define. It is at the heart of Kantian ethics [1], and re-emerged strongly after the Second World War with the Universal Declaration of Human Rights in 1948 [2], in reaction to Nazi crimes against humanity. It is increasingly appealed to in order to meet questions of respect of the human person in the setting of bioethics regulations [3], and also regarding cadaver status: organ harvesting, body donation, autopsy, etc. It is omnipresent in the media and bioethics debates, and also in the texts of French [4, 5, 6, 7, 8] and international law [9, 10]. Some authors consider it to be a "useless concept" [11] that lacks clarity. However, it is by no means central to the utilitarian paradigm in ethical thinking, and dignity can in fact shed useful light on practical situations involving respect for the human person and body. Dignity can further be understood as an inalienable right, precluding any act performed on a human body except for therapeutic purposes, or as a specific attribute of the individual, relativized according to personal values, which opens the way to a discussion of which acts are acceptable and which are not, on a case-by-case basis. It thus seems important to reach agreement on what definition is to be given to the concept of human dignity. Here, we adopt Nordenfelt's approach [12], on which the meaning of "dignity" depends on which of its four dimensions is being considered: ontological, social, moral and/or individual dignity.

### **The four dimensions of human dignity**

Ontological dignity (*Menschenwürde*) is the value inherent to any human being, universally; it has no price – no equivalent that can substitute for it [1]. It is inalienable, and underlies such fundamental texts as the 1948 Universal Declaration

of Human Rights: "All human beings are born free and equal in dignity and rights" [2]. It cannot be destroyed, in ourselves or in others, as it is inherent to this human condition which is ours [13]. There are various ways of interpreting this: on the one hand, if dignity is inviolable, nothing that might be imposed on a human being can in fact jeopardize it. This is enough to close down the debate around certain ethical issues: any and everything is possible, since human dignity is simply "inalienable". But then, on the other hand, it is possible to interpret this inviolable dignity in a way that has precisely the opposite implications: since the human person is a supreme value in itself, nothing that might threaten it is permissible. This, in turn, would proscribe absolutely any action or operation on the human body. Between permitting all and forbidding all, "ontological dignity" is difficult to work with when it comes to thinking around concrete situations.

Social dignity derives from the original Latin etymology, *dignitas*, meaning merit, prestige or consideration: it is the individual's value according to his or her rank in society [12], as reflected in expressions such as "dignified", "dignitary", "infra-dig". This kind of dignity is very much affected by cultural values, which are liable to shift. What happens to be valued at a given time and place counts as honorable. A person's social value is thus attributed by others. What kinds of situations are considered degrading or contemptible is not up to the subject themselves, but is determined by society. Changes in attitude can thus upgrade or downgrade certain treatments: particular acts carried out upon the deceased, tainted by the taboo of death, may thus come to be viewed differently.

Dignity of moral stature derives from a person's actions as moral agent [1]: his or her dignity or worthiness varies according to whether these actions are deemed good or bad [12]. This kind of dignity is closely bound up with free will and decision-making,



with the result that doubt may be cast on the dignity of human beings when they fall short of these criteria: in coma, dementia, infancy, etc..

Lastly, individual dignity, or dignity of identity, depends of the subject's integrity, both physical and mental [12]: it is influenced by self-esteem and the importance the individual accords to their own values, independently of conformity to social norms. Whereas social dignity is beholden to other people, individual dignity is determined by the person themselves, and a situation may be worthy or not depending on their individual preferences. This kind of dignity, like moral dignity, can only be respected once information and consent have been actively established: without "clear, honest and appropriate" information [14], the individual can neither exercise their independence and decision-making (moral dignity) nor provide consent and express wishes (individual dignity).

### **What status for the deceased?**

These definitions see dignity as an attribute of the human person, but more specifically of the living human being. In French law, legal "personhood" is defined by being able to bear rights and duties, and thus concerns human beings from birth to death: i.e., legal personhood applies neither to the unborn fetus nor to the dead body. The risk is then to consider both as mere "things", which is counterintuitive and disturbing; this contrast between legal "non-personhood" and our general intuition has led to such legal neologisms, concerning cadavers, as "sacred object" [15] or "person by intention" [16]. This fuzziness surrounding the deceased has crept into the laws themselves: infringement of the integrity of the cadaver comes under the general heading of "infringement of the dignity of the human person" [5], with the stipulation that human remains "should be treated with respect, dignity and decency"

[6]. There is thus a need to protect the cadaver against dehumanizing objectification, liable to lead to commercial exploitation or parceling the body out, or even to tomb raiding. Consequently, a status of "residual personhood" [17] has been suggested, to prevent the body being treated as just another "thing".

After setting out these arguments, it remains to determine how the dignity of the deceased is to be conceptualized. Three points of view will be examined: dignity founded on belonging to the human species, dignity deriving from the intrinsic unity of the individual and respect for his or her wishes, and dignity consisting in respect for the human body as such.

### **The cadaver: between ontological and individual dignity**

To respect its ontological dignity, it is important to see the cadaver as part of the human community. Its ontological dignity is as inalienable as that of a living human: intrinsic value does not diminish just because the person has died. Disregarding human dignity is unacceptable: abandoning the body out of sheer lack of interest in what becomes of it [18] is intolerable, and treating and using human remains as objets d'art or museum exhibits is dehumanizing and objectifying and, even though it may have been culturally acceptable for centuries past, that is no longer the case [19].

Recognition of the person as part of humanity, with all the ontological dignity that ensues, is expressed in farewell rituals – a rite of passage whereby the dead become the deceased; in an urn or a tomb, the human being passes from the marginal liminal state of a mere cadaver to the post-liminal state known as aggregation [20]. It may seem straightforward to dignify the body via such a ritual, as something of the sort is standard practice in most countries. However, in certain exceptional situations, such

as a large-scale disaster, aid-workers' resources may become exhausted, delaying funeral rites, and leaving dead bodies in view, merely wrapped up in a bag, cover or sheet. This may cast doubt on whether they have been "well treated" – whereas a coffin bears witness to "definitive social treatment" [21].

The farewell ritual has to be carried out properly. In wartime or in ideological conflicts, maltreating the enemy's body can be a means of revenge: degrading and unusual disposal [18] in a travesty of due ceremony (such as burying someone upside down), mass graves, concealing the body so that it cannot be found [22], mutilating or stripping it [23, 24], sullyng the burial site [24, 25], etc. Thus, it is not just a matter of conducting some kind of funeral rite: it has to be done respectfully [25], without devaluing the person beyond death.

The ontological dignity of the corpse thus consists in a farewell rite conducted over all or at least part of the body, and symbolizing recognition by fellow beings and basic care.

However, the dignity of the deceased is not simply ontological dignity. A person is not fully defined by belonging to the human species, but also by their choices and wishes regarding the disposal of their body. All human beings are unique and worthy of respect in their individual dignity. For the person to be seen as irreplaceable, they need first to be identified, by morphogenetic characteristics and present-day scientific tools of DNA analysis, dactyloscopy, etc., but also to be recognized in their complexity, driven by their own values and emerging from their own past. This incurs a need to invest in identifying degraded bodies [26] and to take account of the deceased person's interests.



Respecting the deceased person's dignity thus comes down to protecting the integrity of their personal principles. By exercising their capacity to decide what should become of them after death, the individual exerts autonomy. Some people express last wishes in this regard, raising the question of the duty this may impose on survivors. Not all wishes meet with the same respect in society: carrying out a Last Will and Testament is uncontroversial [27], but funeral choices and organ donation may be a subject of discussion within families; professionals may, against their better judgment, give way to the survivors' wish to avoid making their mourning more complicated, even if this means failing to respect the deceased's last wishes. Moreover, some funeral wishes may come up against what is allowed in a given society. In France, burial and cremation are the two available options. The individual may choose between them [28] and also decide that the ashes should be scattered – although within strict regulatory limits [29]. The decision is sometimes made by others without being quite sure what the deceased's wishes would be. Also, the individual is not allowed to opt for practices, such as aquamation [30] or recycling ashes into gemstones [31], that may be acceptable in other countries but not in France. Furthermore, only certain types of donation are allowed, even if the individual might wish for something else: in France, the body can be donated to science [32] and organs can be donated [33, 34], but it is not possible to donate one's body to any other institutions or persons, for military or artistic experimentation, for example. Also, not all organs can always be donated, as forensic purposes take priority over organ harvesting. Thus, it is not always possible to carry out the deceased's last wishes, which sets a limit to the respect of individual dignity.

**What should be the attitude concerning medical action on the dead body?**

As the deceased person is firstly human and secondly individual, an ethical attitude is needed toward the cadaver, to ensure dignity. Two different phases are to be considered: the immediate post-death liminal period with a physical corpse that other people are going to handle, and which is thus vulnerable; and the post-liminal period following the funeral rites, where the buried or cremated body is better shielded against insult. Respecting the dignity of the deceased is not the same thing while the deceased is still a "corpse" and when they have become "ritualized" – and the interests of the deceased consequently differ. Before and after the funeral rites, the interests of the deceased may be "fulfilled" or "thwarted" [35], but they are not of the same sort. In the "corpse" phase, the issues mentioned above arise: choice of funeral, protection of bodily integrity, organ harvesting, body donation and also autopsy. In the phase following the farewell ritual, protection of bodily integrity is replaced by respect of human remains [6] and of the sepulture [24]. Respecting medical confidentiality [36], privacy [37] and reputation may be questions that last decades after death.

This point of view distinguishes consideration of the corpse from that of the ritualized deceased. The bodily nature of the corpse makes the individual vulnerable, unlike after burial or cremation. It requires, at some point in time, bodily involvement [38] with living humans, who have certain obligations: family and friends, care-givers, physicians, inquest agents, funeral agents, religious agents, etc. The corpse is touched and moved around during the examination leading to the declaration of death, is transported to a mortuary, the funeral staff work on the body, and an autopsy may be performed. At each of these steps, the question of the dignity of the cadaver arises.

At the same time, the general public often considers a dead body as “sacred” and untouchable: any action upon it needs to be very delicately done, so as not to be misinterpreted as profanation. This is why the public is quite rightly shocked by actual cases of mistreatment, such as unregulated experimentation [39], sale of bodies or body parts [6] or medical students’ macabre jests (playing games with corpses or organs). Unregulated collection of body parts or bones [40], without informing or procuring consent from relatives and without any formal research project, amounts to a serious breach of ethical and legal standards. This is to be distinguished from legally sanctioned interventions on a dead body, such as organ harvesting or autopsy – although even these may encounter opposition from relatives: they are medical procedures, but may anger survivors by disregarding their beliefs and representations. They do indeed infringe the bodily integrity of the deceased, but are justifiable on medical grounds for the benefit of others (e.g., grafts) [6] or by legal necessity (e.g., forensic autopsy). The French Public Health Code requires physicians to undertake “the best possible restoration of the body” after any such procedure [41]: the physician cannot abandon the body, and is responsible for reconstructing it. Respect of bodily integrity thus imposes a strict framework on professional practices, standardizing procedures [26] and limiting intervention to the absolute minimum, so as to reassure society that even cadavers are well-treated.

In these medical procedures, prompt intervention is also a non-negligible factor, whether for organ harvesting, body donation or autopsy. The body undergoes changes known as thanatomorphosis: inevitable degradation raises several obstacles to due respect. Decomposition may hinder identification, and making it difficult or impossible to carry out last wishes. In organ harvesting, promptness correlates with organ viability and is therefore intrinsically essential [42]; in body



donation and autopsy too, timing should be a good-practice criterion so that unnecessary delay is avoided. Any delay in returning the body may lead to its not being presented to the family at all, due to putrefaction. It should be stressed that thanatomorphosis involves soiling and dirt: out of respect for the deceased, cleansing is the least that can be done after operating on a dead body, even though this may be expected to be ensured subsequently by the funeral agents.

Damage to the body, whether related to thanatomorphosis or a cause of death such as a road accident, sometimes concerns the face. While any impairment of the unity of the deceased is regrettable, facial involvement is a special case. Firstly, the face represents the deceased person's identity, and mutilation may hinder identification. And moreover it is the face that compels us to consider the other person as a human being. According to Emmanuel Levinas [43], the face of the other is the source of our feeling of responsibility toward our fellows, commanding us to take due care. Levinas did not specifically discuss cadaver faces, where reciprocity is lacking and which do not look back at us, but they are even so the symbol of the vulnerability of the deceased. If the face is fragmented, torn by trauma or deformed by putrefaction, it loses its capacity to express the humanity of the body; it is easier to dissociate from a body that lacks eyes, nose or mouth; thus, respecting the dignity of the deceased involves preserving the face. Forensic physicians and those carrying out autopsies should be encouraged to consider facial reconstruction as an essential element. Protecting the deceased against disfigurement helps make living humans feel responsible for what happens to the deceased, and eases the family's mourning of a body that is more presentable.

**Conclusion: Primum non nocere**

These various considerations regarding the dignity of the deceased come together in the notion that all those involved with the deceased should eschew all violence: the encounter between the living and the dead must be without negligence and maltreatment, but on the contrary should be an occasion for the deceased to be recognized and cared for, every gesture being carefully weighed, which is to say targeting what is necessary and useful. This is why it is universally agreed that a dead body is to be handled respectfully, not damaged either deliberately or by omission and also not exposed naked without good reason: modesty is to be observed. Good treatment also means not discriminating against the deceased, whether for reasons of gender, age, weight, ethnicity, sexual orientation, socio-occupational status, addictive behavior or elements of life history such as incarceration. When physical involvement with cadavers becomes an everyday affair, there is a risk of trivialization. Delicacy in dealings with the dead is not innate, and is not even easy. Constant exposure to death in certain occupations can give rise to defense mechanisms: dissociation, considering the body as a mere object of study, or "gallows humor". This kind of displacement may be self-protective, but must not lead to mistreatment. Being constantly confronted with death, and especially violent death, can gradually blunt our empathy, creating ethical dullness that risks leading to negligence. To avoid this kind of aggressive behavior toward the dead body, the professionals concerned (police, firemen and ambulance workers, care staff, funeral agents, forensic physicians, etc.) need support, with suitable training and psychological care, as well as sufficient resources to be able to work under good conditions. In the relationship between the living and the dead, the watchword must be to "do no harm" to the living, and to do no unnecessary harm to the cadaver, until the funeral rites protect it against the many sources of vulnerability.

## **Acknowledgments**

The authors thank Iain McGill for the translation.

## **Conflicts of interest**

The authors have no conflicts of interest to disclose.

Proof

## References

- [1] Kant I. [1796-1797], *The Metaphysics of Morals*. Trans. Mary J. Gregor. Cambridge University Press, 1991.
- [2] Universal Declaration of Human Rights, 1948.
- [3] République Française, Loi n° 2021-1017 du 2 août 2021 relative à la bioéthique : <http://www.legifrance.fr>.
- [4] République Française, articles R.4127-2, L1110-2, L1110-5, L1111-10. du Code de Santé Publique : <http://www.legifrance.fr>
- [5] République Française, « chapitre V : des atteintes à la dignité de la personne » du Code Pénal : <http://www.legifrance.fr>
- [6] République Française, article 16 à 16-9 du Code Civil : <http://www.legifrance.fr>.
- [7] République Française, articles 2, 10 et 26 du Code de déontologie médicale : <http://www.legifrance.fr>.
- [8] République Française, Conseil Constitutionnel du 27 juillet 1994 : <http://www.legifrance.fr>.
- [9] République Fédérale d'Allemagne, Loi fondamentale, article premier, 23 mai 1949 : <https://www.bundesregierung.de>
- [10] Journal Officiel des Communautés Européennes, Charte des droits fondamentaux de l'Union Européenne, article premier, December 18 2000: [https://www.europarl.europa.eu/charter/pdf/text\\_fr.pdf](https://www.europarl.europa.eu/charter/pdf/text_fr.pdf) .
- [11] Macklin R. Dignity is a useless concept. *British Medical Journal*. 2003 ; 327.
- [12] Nordenfelt L. The Varieties of Dignity. *Health Care Analysis*, 2004 ; 12.
- [13] Sambuc, C. La dignité humaine kantienne : une justification théorique des transplantations d'organes ?, *Raison Publique*, vol. 17, no. 2, 2012, pp. 219-238.



- [14] République Française, Article 35 du Code de déontologie médicale :  
<http://www.legifrance.fr>.
- [15] Labbée X. La valeur de la dépouille mortelle chose sacrée. *Études sur la mort*. 2006 ; 129 : 69-77.
- [16] Gasnier J-P. L'enfant mort-né, du futur au plus-que-parfait. *Techniques et Cultures*. 2013 ; 60 : 30-43.
- [17] Gridel, J-P. *L'individu juridiquement mort*. 2000.
- [18] Rodet-Belarbi I. Des humains traités comme des chiens. *Techniques et Culture*, 2013 ; 60 : 60-73.
- [19] Cadot, L. Les restes humains : une gageure pour les musées ?, La Lettre de l'OCIM [Online], 109 | 2007, posted March 17, 2011.
- [20] Van Genep, A. Les rites de passage, 1909. Online:  
[https://www.berose.fr/IMG/pdf/les\\_rites\\_de\\_passage\\_1909.pdf](https://www.berose.fr/IMG/pdf/les_rites_de_passage_1909.pdf).
- [21] Clavandier, G. La mort collective, pour une sociologie des catastrophes. CNRS Editions, 2004.
- [22] Anstett, É. Des Cadavres en masse. *Techniques et Culture*. 2013 ; 60 : 126-143.
- [23] Droit international humanitaire coutumier, Volume II, chapitre 35, section B, article 113. Available at: [https://ihl-databases.icrc.org/customary-ihl/fre/docs/v1\\_rul\\_rule113](https://ihl-databases.icrc.org/customary-ihl/fre/docs/v1_rul_rule113)
- [24] République Française, article 225-17 du Code Pénal : <http://www.legifrance.fr>
- [25] Droit international humanitaire coutumier, Volume II, chapitre 35, section D, article 115 : [https://ihl-databases.icrc.org/customary-ihl/fre/docs/v1\\_rul\\_rule115](https://ihl-databases.icrc.org/customary-ihl/fre/docs/v1_rul_rule115)
- [26] La Recommandation R(99)3 sur l'harmonisation des règles en matière d'autopsie médico-légale du Conseil de l'Europe du 2 février 1999 recommande la

version révisée du Guide pour l'identification des victimes de catastrophe, adoptée par Interpol en 1996.

[27] République Française, article 967 du Code civil : <http://www.legifrance.fr>

[28] République Française, Loi du 15 novembre 1887 sur la liberté des funérailles, article 3 : <http://www.legifrance.fr>.

[29] République Française, Loi n°2008-1350 du 19 décembre 2008 relative à la législation funéraire, chapitre III, article 16 : <http://www.legifrance.fr>.

[30] Gouvernement du Québec, Loi sur les activités funéraires, chapitre I, article 2 : <https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/lc/A-5.02>.

[31] Grouard, S. A Hong Kong, des diamants pour lutter contre la raréfaction des cimetières [Internet]. September 28, 2020 : <http://www.slate.fr/story/195194/hong-kong-diamant-memorial-mort-cimetiere-tabou>

[32] République Française, Code général des collectivités territoriales, Article R2213-13 : <http://www.legifrance.fr>.

[33] République Française, Loi 2002-303 du 4 mars 2002 dite "loi de bioéthique", article 92 : <http://www.legifrance.fr>

[34] République Française, Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016, article 192 : <http://www.legifrance.fr>

[35] Luper, S. Posthumous Harm. *American Philosophical Quarterly*. 2004, 41/1 ; 63-72.

[36] République Française, article 226-13 du Code pénal : <http://www.legifrance.fr>

[37] République Française, article 9 du Code civil : <http://www.legifrance.fr>

[38] Souffron, V. De l'autopsie à la virtopsie. Voir et ne pas toucher. *Communications*, vol. 97, no. 2, 2015, pp. 57-71.

[39] République Française, article L1121-14 du Code Pénal : <http://www.legifrance.fr>

[40] Moutel G. Don du corps à la science et usages des corps à finalités pédagogiques et scientifiques : enjeux éthiques et perspectives pour demain, bulletin de l'Académie nationale de médecine 2022. <https://www.espace-ethique-normandie.fr/13092/>

[41] République Française, article L1232-5 du Code de la Santé Publique : <http://www.legifrance.fr>

[42] Agence de la Biomédecine. *Protocole de Prélèvement d'organes Maastricht III*. Septembre 2021 ; 9.

[43] Levinas, E. *Ethique et Infini*. Editions Fayard, 1982.

Proof

## **DIGNITE DE LA PERSONNE HUMAINE DANS L'AUTOPSIE MEDICO-LEGALE**

Les concepts philosophiques et éthiques précédemment présentés peuvent être mis en perspective avec certaines situations concrètes impliquant la personne décédée : dons d'organes post-mortem, don du corps à la science, expositions de pièces anatomiques dans les musées, performances artistiques utilisant des cadavres ou des matériaux biologiques issus de cadavres, etc. Compte tenu de mon expérience d'interne en médecine légale et de mon précédent travail de mémoire de philosophie, je proposerai ici de décrypter le cas de l'autopsie médico-légale sous le prisme des différentes facettes de la dignité qui ont été évoqués.

Pour rappel, l'autopsie est une procédure médicale essentielle, dont l'utilité scientifique et diagnostique est prouvée [63, 64, 65]. Dans le cadre médico-légal, elle est réalisée à la demande de la justice, afin d'identifier des défunts inconnus, d'établir la cause de la mort, d'éliminer l'intervention d'un tiers dans le mécanisme du décès ou au contraire, de la mettre en évidence par tous les moyens [11]. Pour cela, le défunt bénéficie d'un examen de corps de la tête aux pieds, à la recherche de lésions traumatiques suspectes ou d'éléments identifiants (couleur des cheveux et des yeux, cicatrices, tatouages, etc.). Cet examen externe est le plus souvent complété par une ouverture du corps et un examen des organes afin de déterminer la cause de la mort, dans la mesure du possible. Cette analyse macroscopique nécessite une éviscération scrupuleuse et attentive, dans une démarche diagnostique pouvant solliciter des examens complémentaires (toxicologie, anatomopathologie, bactériologie, virologie, etc.). L'ensemble de ces informations est rassemblé dans un rapport définitif d'autopsie, rédigé à destination de la justice et pouvant occasionnellement être communiqué aux proches qui le demandent, avec l'autorisation du Procureur. L'autopsie médico-légale est concernée à la fois par le secret médical et le secret de l'instruction.

### ***Dignité ontologique***

Reprenons alors notre concept de dignité ontologique de la personne décédée. Sa reconnaissance se manifeste notamment par la réalisation d'un rituel d'adieu, acte socio-culturel essentiel au changement de statut de l'individu vivant au défunt [20]. La période liminale située entre le décès et l'accomplissement de ce rituel est une période de trouble et de désordre symbolique, au cours de laquelle le cadavre représente une anomalie de classification qui le rend à la fois sacré et sale [36] : n'étant plus un membre actif de la communauté humaine, il n'a pas encore été sublimé par un statut de défunt apaisé et mis à distance. Comme l'écrit Mary Douglas :

*« C'est donc pendant les états de transition que réside le danger, pour la simple raison que toute transition est entre un état et un autre et est indéfinissable. Tout individu qui passe de*

*l'un à l'autre est en danger, et le danger émane de sa personne. Le rite exorcise le danger, en ce sens qu'il sépare l'individu de son ancien statut et l'isole pendant un temps pour le faire entrer ensuite publiquement dans le cadre de sa nouvelle condition [36]. »*

Cet entre-deux provoque un bouleversement, que les opérations funéraires atténuent en offrant au mort une nouvelle place dans la société par une renaissance symbolique [20]. Puisque le rite est essentiel à l'élimination du danger que représente le cadavre, la dignité ontologique de la personne décédée ne peut être respectée lors d'abandon du corps. Seules de rares situations assimilables à un abandon de corps sont en lien avec le monde médico-légal : le premier cas est celui des décès de masse, provoquant des difficultés de prise en charge des défunts. En effet, lors de catastrophes naturelles [66] ou de tueries de masse avec dépassement des équipes de secours, les corps des défunts peuvent être parfois jugés moins prioritaires que les premiers soins à accorder aux survivants. Ils peuvent alors être laissés de côté – de manière temporaire et généralement après avoir été au moins recouverts d'un drap – ce qui peut laisser planer le doute sur le fait qu'ils aient été « bien traités [67] ». Le rituel funéraire n'est alors que repoussé, en partie en raison des problématiques d'identification que ce type de décès suppose. Le deuxième cas est celui des *concealment* de cadavre, c'est-à-dire la dissimulation du corps afin qu'il ne puisse être retrouvé, comme cela peut être le cas dans certains conflits armés, ou dans certains homicides. Notons qu'il est puni par la loi de receler ou cacher une personne décédée, mais uniquement si le décès est en lien avec des violences [68]. Toutefois, compte tenu de nos définitions précédentes, tout délai non justifié du rituel funéraire devrait être considéré comme une atteinte à la dignité ontologique du défunt.

Dans le cadre de l'autopsie médico-judiciaire, le contexte du décès est souvent violent ou subit, par définition, ce qui accentue le trouble provoqué par la mort. Les cadavres devant être autopsiés sont une preuve manifeste de la violence de notre monde : enfants décédés trop tôt (maltraitements, morts subites du nourrisson...), suicides, accidents du travail ou de la voie publique, homicides... Cette irruption brutale de la mort de l'Autre dans le quotidien fragilise les proches et les professionnels qui y sont confrontés : cette constatation d'une mort « à la deuxième personne » rappelle à chacun le scandale de sa propre mort à venir [60]. De plus, cette mort violente est connue des proches, mais n'est pas constatable, visible, le corps mort étant éloigné de l'entourage le temps des opérations médico-légales. La nécessité de voir le corps dans le processus du deuil est donc contrariée par les obligations de justice. Enfin, le fait même de bénéficier d'une autopsie impacte le souvenir que les survivants garderont du défunt : d'une part à cause de ce qu'elle représente en tant qu'acte (ouverture du corps, prélèvements d'organes...), mais également à cause des rituels religieux qu'elle peut parfois contrarier. Ainsi, l'éventualité même d'une autopsie médico-légale est un obstacle certain au processus du deuil, qui est parfois si difficile à admettre pour l'entourage qu'il se présente à l'institut médico-légal pour réclamer le corps du défunt, avec une pression certaine sur les équipes. Le rituel est donc retardé, jusqu'à ce que



le permis d'inhumation soit délivré par le Procureur de la République ou le Juge d'Instruction. Bien qu'une autopsie nécessite une durée minimale incompressible, ce délai doit être réduit au strict minimum pour ne pas s'opposer aux intérêts du défunt à bénéficier d'un rituel d'adieu rapide. Cela peut être complexe à réaliser dans des contextes de catastrophes de masse ou d'attentats, nécessitant des procédures médico-légales en temps limité sur un grand nombre de victimes, parfois avec des ressources matérielles et humaines amoindries. Par ailleurs, le rituel d'adieu et la présentation à la famille doivent être permis quel que soit l'état de dégradation du corps [69], qu'elle soit en lien avec le mécanisme du décès (polytraumatisme...) ou avec la thanatomorphose (putréfaction...).

L'humanité de la personne décédée n'est pas seulement mise en danger lors de l'absence de rituel funéraire. Certaines situations d'altérations corporelles extrêmes peuvent mener les professionnels de la mort à dévaluer inconsciemment le défunt. En effet, il est difficile de s'identifier à un corps qui n'est plus qu'à l'état de squelette, de carbonisation avancée ou de putréfaction, par exemple. La mise à distance est parfois en lien avec un sentiment de dégoût provoqué par les odeurs de décomposition ou les fluides biologiques, qui s'interposent et gênent le « corps-à-corps [37] » avec le défunt. Par ailleurs, il est fréquent que les défunts autopsiés n'aient plus de visage reconnaissable (polytraumatisme, gonflement putréfactif, brûlures, momifications...). Or, le visage est ce qui symbolise la vulnérabilité de l'autre et nous rend responsable de sa fragilité, comme le conçoit Emmanuel Levinas [70]. Cette mise à distance de l'humanité du défunt est parfois nécessaire à la réalisation du geste technique et objectif qu'est l'autopsie médico-légale, mais peut être interprété à tort comme une chosification de la personne décédée. Le regard posé sur le corps mort n'est pas celui d'un regard échangé avec un semblable, mais celui d'un expert à la recherche de signes à analyser et interpréter. Le toucher du médecin légiste est un toucher technique, parfois manquant de délicatesse dans les manipulations d'un corps qui n'est plus un sujet souffrant ou communiquant. Cette habitude de voir le corps mort comme un objet d'étude et d'investigation peut apparaître d'un point de vue extérieur comme une habitude et une déshumanisation du cadavre. Cette mise à distance se révèle parfois dans la banalisation des termes employés pour le désigner : le « noyé », le « pendu », le « putréfié », sont des dénominations beaucoup plus communes que l'utilisation des noms et prénoms des défunts. De plus, pour des raisons de traçabilité des procédures médico-légales, un numéro est attribué au défunt dès son arrivée à l'institut médico-légal (précisément intitulé « numéro IML »). Ces classifications mettant en avant l'appartenance à un groupe plutôt que l'unicité de la personne ont été définies par Mann (1998) comme un type de violation de la dignité dans les contextes de soin [2]. L'humanité du défunt est donc parfois dispersée par des considérations organisationnelles essentielles (nécessité d'une fiabilité avec double identification des corps) menant à une banalisation du langage, qui peut concerner également l'acte autopsique lui-même, décrit par certains comme une « découpe » des organes, ou les sutures improprement appelées « coutures ». Ces mises à distance parfois excessives sont pourtant utiles dans l'apprentissage du métier,

dans le but de trouver comment être en relation avec le défunt de manière adaptée, ni trop intime, ni trop détachée. Cette « sollicitude distante [35] » implique de trouver le juste équilibre entre une empathie fragile, à la limite de la sympathie souffrante avec le défunt, et une froideur totale avec assimilation du corps mort uniquement à de la chair ou un objet d'étude.

### ***Dignité individuelle et morale***

La dignité individuelle peut être interprétée de différentes manières dans le cadre de l'autopsie médico-légale. Puisqu'il s'agit de respecter le caractère unique de chaque individu, la dignité individuelle se manifeste avant tout par l'identification certaine de chaque défunt autopsié. Dans des découvertes de cadavres non identifiés, en raison d'une altération corporelle avancée (putréfaction, momification), du mécanisme du décès (carbonisation, traumatisme de l'extrémité céphalique...) ou de l'absence d'identité comparative d'un individu retrouvé sur la voie publique (personne migrante, par exemple), l'autopsie médico-légale est la seule procédure qui va permettre de restaurer l'identité du défunt. Cette identification peut nécessiter des prélèvements ADN, des prises d'empreintes digitales, des comparaisons radiographiques ou une expertise odontologique, avec comparaison à un dossier dentaire ante-mortem. Le fait de poser un nom sur le corps d'une personne décédée autorise ensuite le rituel funéraire, la rédaction d'un certificat de décès nominatif et toutes les procédures administratives qui en découlent (héritage, assurance vie...). Respecter la dignité de l'individu décédée via une identification formelle impacte donc également le quotidien des proches et des familles.

Cette dignité individuelle peut aussi s'entremêler à la dignité morale quand il s'agit de faire respecter les dernières volontés de la personne décédée, et donc son autonomie. En valorisant les choix que l'individu avait fait concernant le devenir de son corps après la mort, son unicité et son agentivité sont mises en avant. Cela implique d'une part d'augmenter les choix offerts à l'individu (autoriser des rituels funéraires plus variés, don du corps à d'autres organismes...) et d'autre part d'améliorer l'information de la population générale autour des interventions possibles sur le corps mort en France : dons d'organes postmortem, don du corps à la science, autopsies scientifiques. Cependant, l'autopsie médico-légale est un cas particulier car elle est réalisée dans le but de répondre à une mission pour la justice, afin d'aider à la manifestation de la vérité. Pour cette raison, il n'est pas possible de s'y opposer. L'individu ne peut donc ni consentir, ni refuser d'être autopsié dans le cadre médico-légal (contrairement aux autopsies scientifiques ayant un objectif purement médical).

### ***Dignité sociale***

La dignité sociale du défunt se manifeste par le respect à avoir envers le souvenir que ce dernier va laisser derrière lui. Comme nous l'avons vu précédemment, la dignité sociale est intrinsèquement liée à la place de l'individu dans la société, en fonction de jugements de la part d'autrui sur son comportement.



Cela est en lien avec des valeurs sociales qui évoluent en fonction des époques et des cultures. Ainsi, on pourrait simplifier l'idée de réputation comme étant l'opinion favorable ou défavorable attachée à quelqu'un<sup>3</sup>. Cette opinion est corrélée d'une part aux actes que la personne est censée avoir accomplis et d'autre part de l'existence d'autres êtres humains susceptibles de juger lesdits actes comme bons ou mauvais. Cette réputation peut donc fluctuer lorsque l'individu prend des décisions ou agit, que ces choix sont connus d'une tierce personne et que cela impacte son statut social avec des conséquences bénéfiques ou néfastes. La réputation n'existe que lorsqu'il persiste un souvenir du défunt, qu'il s'agisse de traces écrites ou d'un tiers ayant eu connaissance des actes qu'il a réalisés de son vivant. Dans le cadre de l'autopsie médico-légale, les données recueillies dans le rapport d'autopsie peuvent avoir des conséquences opposées. D'une part, les éléments d'enquête peuvent révéler des informations que l'individu décédé aurait préféré garder secrètes (toxicomanie, comportements sociaux...) ; la révélation de ces données personnelles aux proches par communication du rapport d'autopsie à la famille peut alors être délicate. Par ailleurs, l'autopsie peut mettre en lumière des maladies génétiques, voire des problématiques de filiation à l'origine de bouleversements transgénérationnels. D'autre part, les découvertes établies lors d'une autopsie peuvent au contraire honorer la mémoire du défunt en offrant une narration de ses derniers instants, permettant d'éclaircir les zones d'ombres autour de son décès. L'autopsie peut par exemple écarter un geste suicidaire, qui aurait eu à la fois un impact sur la réputation du défunt et des conséquences administratives sur ses descendants (assurance vie...).

### ***Dignité du défunt dans le respect de son corps***

La dignité individuelle selon Nordenfelt comprend également la question d'intégrité du sujet, tant dans son corps que dans son psychisme. Dans le cadre de l'autopsie médico-légale, l'atteinte à l'intégrité corporelle se trouve au premier plan de l'acte médical en lui-même, des appréhensions des proches [30, 31], mais aussi du cadre légal : exception à l'article 16-3 du Code Civil, l'autopsie est une procédure portant atteinte à l'intégrité corporelle d'un individu, sans « nécessité médicale pour la personne », ni « intérêt thérapeutique pour autrui » [71]. Il me semblait ainsi pertinent de l'aborder de façon distincte.

L'intégrité du sujet est menacée lors du franchissement de la barrière symbolique de la peau : limite entre l'intérieur et l'extérieur, notre peau distingue le monde et le Soi et chaque effraction fragilise notre psychisme et notre identité. Les bouleversements identitaires provoqués par les greffes d'organes en sont un exemple [59, 72, 73] : comment se considérer intègre, unique, soi-même, tout en accueillant à l'intérieur de soi un organe qui s'est trouvé à l'intérieur de quelqu'un d'autre – individu qui est parfois décédé ? Un des questionnements autour de l'autopsie médico-légale est donc celle de l'ouverture du corps, le retrait des organes et leur examen. Le stigmate de la suture rappelle indirectement ce qui est

---

<sup>3</sup> Selon la définition proposée par le CNRTL : <https://www.cnrtl.fr/definition/r%C3%A9putation>

rendu invisible, c'est-à-dire ce qui a été fait à l'intérieur. Ce qui ne peut être vu et constaté laisse la place au fantasme et au doute. Que reste-t-il dedans ? N'a-t-on pas « volé » quelque chose ? La crainte que le corps ne soit plus complet est parfois difficile à raisonner.

Décryptons justement le sentiment d' « indignation [74] » de certaines familles lors de la découverte de prélèvements d'organes lors d'une autopsie. Le manque certain d'information des proches à ce sujet peut mener à des incompréhensions, particulièrement s'il est associé à des pratiques de prélèvements maximalistes (organes entiers retirés du corps pour des analyses anatomopathologiques, par exemple). Lors des attentats de Nice du 14 juillet 2016, 173 organes ont été prélevés sur les 14 victimes décédées (sur 86) ayant bénéficié d'une autopsie médico-légale [23]. Certains proches n'ont appris l'existence de ces prélèvements que deux ans après les faits [24] voire au cours du procès, six ans plus tard [25]. Cela va à l'encontre de la loi, qui prévoit que les proches soient « informés dans les meilleurs délais de ce qu'une autopsie a été ordonnée et que des prélèvements biologiques ont été effectués [75] ». Ce manque de communication induit un profond sentiment de trahison, menant certains parents à décrire la procédure médico-légale comme « des actes barbares indignes de notre époque [26] ». Un protocole systématique a été appliqué, quel que soit le contexte, provoquant ultérieurement des interrogations sur la « cohérence » et l'« intérêt » de tels prélèvements [27], notamment le retrait de l'utérus d'une enfant de 6 ans. Les termes employés par l'avocate des parties civiles, Maître Virginie Le Roy, sont une manifestation frappante du symbolisme de l'organe qui persiste encore à notre époque, pourtant empreinte de rationalisme et de matérialisme dans notre conception du corps humain :

*« Rendre une enveloppe vide, totalement dépouillée de ses organes, ce n'est pas rendre un défunt. C'est le tuer deux fois. En prenant leur cœur, ils ont pris leurs émotions, leur amour. En prenant leur cerveau, ils ont pris leur mémoire, leur intelligence. En prenant leurs poumons, ils ont pris leur souffle. En prenant leur utérus, ils ont pris leur féminité, celle de l'épouse, la mère, la fille [25]. »*

La confusion est d'autant plus grande qu'aucun de ces prélèvements n'a été analysé par la suite, les constatations autopsiques ayant finalement été suffisantes pour répondre aux questions de l'enquête. Ce n'est que le 24 novembre 2022 que la Cour d'Assises spéciale a accepté la restitution de ces organes aux familles [27], alors que ceux de touristes américains décédés dans les mêmes circonstances avaient été rendus dans les jours suivants l'attentat.

L'exemple du procès des attentats de Nice est fort car il permet d'aborder de nombreuses problématiques liées à la dignité de la personne décédée. Tout d'abord, l'autopsie médico-légale en elle-même a été présentée lors du procès comme une procédure inutile, qui n'apportait pas d'informations suffisamment nécessaires concernant la cause du décès de ces personnes pour justifier l'effraction corporelle qu'elle implique. L'utilité est essentielle à l'acceptation de l'autopsie par la population générale. Chercher le

geste juste, dans les deux sens du terme : le geste faisant justice et le geste adapté, approprié. La question de l'utilité peut sembler éloignée de celle de l'atteinte à l'intégrité corporelle, mais elles sont en réalité intrinsèquement liées. La raison d'être de l'autopsie médico-légale est de répondre à une mission de justice : elle a un but, un objectif, une fin. Pour y parvenir, le corps ne peut qu'être ouvert et observé, ce qui est parfois vécu comme un sacrifice : l'individu « subit » une autopsie, en l'absence de consentement éclairé de sa part ou de ses proches, afin d'obtenir des informations qui intéressent la justice, mais pas toujours l'individu lui-même ou son entourage. Ainsi, l'autopsie peut sembler être une procédure qui va à l'encontre du principe de primauté de l'être humain sur les intérêts de la science et de la société, tel que stipulé dans la Convention d'Oviedo de 1997, de son nom complet « Convention pour la protection des Droits de l'Homme et de la dignité de l'être humain à l'égard des applications de la biologie et de la médecine [10] ». L'usage du corps mort en médecine légale aux fins d'établir la vérité et de servir la justice est souvent confondu avec une instrumentalisation chosifiante de l'être humain, allant à l'encontre de l'impératif kantien : « Agis de façon telle que tu traites l'humanité, aussi bien dans ta personne que dans toute autre, toujours en même temps comme fin, et jamais simplement comme moyen [42]. » Comment dès lors défendre l'autopsie médico-légale contre les attaques la définissant comme une procédure conséquentialiste, privilégiant le fonctionnement du système judiciaire aux intérêts de l'individu ? Une fois encore, un basculement du regard sur l'autopsie permettrait d'estomper cette réputation d'acte médical froid et distant vers celle d'un dernier geste de soin relationnel, d'accompagnement du défunt avant son rituel d'adieu.

Ce basculement du regard est pour l'instant bien lointain. Le cas de Nice le montre bien puisque l'autopsie a été perçue comme un acte inhumain, barbare, l'ouverture du corps et le fait de le « vider » étant considéré comme synonyme d'un manque de respect envers l'intégrité des défunts. L'avocate des parties civiles, Maître Virginie Le Roy, fait même le parallèle entre la procédure médico-légale et le terrorisme, qu'elle décrit comme étant le fait d' « *ajouter de la douleur à la douleur, de l'abject à l'abject* [25] ». Une fois encore, la question de l'utilité est ici au centre de la réflexion. Il n'a pas été reproché d'examiner *des* organes de manière générale, mais *tous* les organes, de les avoir prélevés entiers, de les avoir dissociés du corps des défunts. Le caractère systématique de l'autopsie médico-légale, bien que recommandé au niveau européen [11], doit ainsi peut-être être remis en question. Ce qui était considéré en 1999 comme un critère de bonnes pratiques est de toute évidence vécu de nos jours comme une violence. La réflexion autour d'un acte médico-légal plus sélectif doit être posée : l'obligation de moyens en médecine n'implique pas, après tout, une exhaustivité d'examen complémentaires mais une démarche diagnostique hiérarchisée.

De plus, le morcellement du corps et sa dispersion auprès d'experts ont été perçus comme un affront supplémentaire : le défunt dispersé n'est plus *un*, il n'est plus plein, il est nombreux, désuni, écartelé, ce

qui franchit une fois encore les frontières de l'anomalie et des classifications, ce qui est intolérable symboliquement parlant [36]. Les sépultures multiples ne sont de nos jours pas monnaie courante, bien qu'elles aient pu avoir du sens, et même un sens honorifique, à l'époque des chevaliers Teutoniques du Moyen Âge [76] dont les organes dispersés aux quatre coins du pays devenaient des reliques. De nos jours, découvrir qu'un corps incomplet a été mis en terre ou crématisé annihile d'un seul coup les bienfaits du rituel funéraire qui avait été réalisé précédemment, particulièrement si ce morcellement n'est pas connu au moment des funérailles. Dans les mots d'une mère dont la fille de 12 ans a eu les organes prélevés, et qui a appris cela deux ans après les attentats, il apparaît que cette mort est figée en un deuil pathologique, le premier rituel d'adieu n'ayant pas joué son rôle de rite de passage, d'agrégation à une nouvelle forme d'existence [20] :

*« Je croyais avoir dit au revoir à ma fille lors des funérailles. Je croyais que ma fille reposait en paix au cimetière mais en fait non. Ça faisait deux ans que j'allais me recueillir mais j'apprends que le cœur de ma fille est à l'institut médico-légal. Ma fille est sous scellés au CHU de Nice [24]. »*

La souffrance de cette mère est indéniable et ne peut laisser indifférent. En reprenant toutefois ses plaintes, le problème à la source de tout cela semble être le manque d'information et de transparence sur les procédures médico-légales. Les objectifs d'une autopsie médico-légale dans ce contexte-là n'ont semble-t-il pas été détaillés aux familles : mort violente en lien avec un acte terroriste, afflux de victimes nécessitant une identification formelle, anticipation d'un procès de grande envergure encourageant les professionnels à avoir tous les outils nécessaires pour répondre à des questions pointues (existence d'un état antérieur ayant pu participer au décès, par exemple)... Le fait que les prélèvements à visée anatomopathologiques aient été disproportionnés n'enlève rien au manque cruel d'informations dispensées aux proches, qui ne peuvent appréhender alors l'objectif de la démarche réflexive médico-légale. Dans le cas de cette famille [24], il avait été annoncé qu'aucune autopsie ne serait réalisée et ce fut malgré tout le cas : constatation que les parents firent d'eux-mêmes en découvrant sans annonce les marques d'incisions cutanéomusculaires sur le corps de leur fille. Enième sentiment de trahison lorsque le rapport leur est communiqué, deux ans plus tard, et qu'ils apprennent encore une fois par hasard l'existence de prélèvements d'organes. Le rapport spécial concernant leur fille mentionnait une personne « d'une vingtaine d'années », semant alors le doute sur l'authenticité de ces organes et les poussant à réclamer des tests ADN avant restitution – procédure qui a été refusée par la Cour. Enfin, au cours du procès, le protocole imposant le retrait d'organes entiers a été défendu contre toutes les attaques de la défense, sans qu'il soit apporté d'arguments suffisamment convaincants sur son utilité, ce qui a été vécu comme un outrage de plus. A chaque pas de la procédure, ce couple a vu sa méfiance envers le corps médico-judiciaire se renforcer pour se cristalliser en une détestation presque compréhensible.

Ce cas peut sembler anecdotique : après tout, toutes les familles n'ont pas été aussi virulentes concernant la prise en charge de leur(s) défunt(s), toutes n'ont pas mobilisé autant la justice, ni parlé de « barbarie » à propos des autopsies médico-judiciaires. Cependant, une telle souffrance ne devrait pas être balayée d'un revers de main comme un cas isolé de faible importance. L'absence d'informations autour de l'autopsie médico-légale dans la population générale et plus spécifiquement auprès des proches est indubitablement responsable d'un traumatisme surajouté. La mise en retrait du médecin légiste et sa non-communication sous couvert du statut d'expert ne protège pas les familles et induit des deuils pathologiques. Un temps d'échange avec les proches concernant les objectifs d'une autopsie médico-légale devrait être proposé. Précisons bien sûr que ce temps n'aurait pas pour but de transmettre les résultats de l'autopsie, qui sont couverts par le secret médical et le secret de l'instruction pendant la durée de l'enquête. Bien que cela puisse créer une certaine frustration chez les proches, il est possible qu'un tel éclaircissement sur l'intérêt judiciaire de l'autopsie dans les premiers instants du deuil limite la survenue d'un sentiment de trahison et de méfiance envers le corps médico-judiciaire. Des études pourraient être menées sur la demande réelle de l'entourage de rencontrer un médecin légiste, mais également sur les besoins et appréhensions éventuelles des médecins légistes eux-mêmes : de telles confrontations répétées avec des familles endeuillées, dans des contextes de morts violentes ou de morts subites, ne sont pas facile à vivre et nécessitent une formation spécifique.

### *Autres facteurs influençant la dignité dans l'autopsie médico-légale*

Les définitions précédentes de la dignité de la personne décédée ne permettent pas de décrypter tous les aspects de l'autopsie médico-légale pour lesquels le respect du défunt entre en jeu. Nous proposerons donc quelques exemples supplémentaires.

Un article allemand (Schwarz, et al., 2021) [77] a montré par sondage que les professionnels du monde médico-légal (84% des médecins légistes et 100% des agents d'autopsie) estimaient nécessaire de considérer la dignité de la personne décédée au cours de l'acte autopsique. Les plus grands facteurs influençant le respect de cette dignité étaient le nombre de personnes assistant à l'autopsie, le comportement des professionnels en charge de l'autopsie et la propreté – éléments que nous n'avons pas encore considérés.

Comme nous l'avons souligné précédemment, l'autopsie est une procédure médico-judiciaire protégée par le secret médical et le secret de l'instruction. Pour cette raison, les intervenants présents en salle d'autopsie sont réduits au strict minimum : médecin légiste, agent d'autopsie, interne de médecine légale, étudiant en médecine, enquêteurs. A Lyon, de manière régulière, des étudiants en médecine sont invités à assister à une autopsie médico-légale, dans le cadre de leur Unité d'Enseignement Libre : Médecine Générale et Médecine Légale, interactions au quotidien. De la même manière, certains stagiaires du milieu du droit, étudiants en thanatopraxie ou futurs experts du monde médico-légal



(techniciens de laboratoire en toxicologie...) peuvent également être présents. Il est important de préciser qu'il ne s'agit pas de passe-droits : le fait d'assister à une autopsie fait sens pour chacun d'entre eux et ne résulte pas seulement d'une curiosité morbide. Être témoin du travail des médecins légistes et des agents d'autopsie leur permet de déconstruire certains préjugés autour de l'autopsie, qu'ils retiendront ensuite dans leur pratique future : meilleure rédaction de certificats médicaux avec obstacle médico-légal pour les futurs médecins, meilleure compréhension des objectifs autopsiques pour les juristes et des intérêts et limites des prélèvements réalisés pour les toxicologues, etc. Cette sélection des personnes présentes en salle d'autopsie se manifeste par la fermeture du service via des badges sécurisés. Ces précautions permettent de protéger les informations et l'intimité des défunts, atténuant la confusion entre l'autopsie et la dissection anatomique, souvent culturellement présentée comme un spectacle pédagogique et un rite d'initiation [78]. Notons malgré tout que ces efforts visant à sécuriser l'institut médico-légal ne font que renforcer le mystère autour de l'autopsie médico-légale, tout interdit étant à l'origine de fantasmes difficiles à déconstruire.

Ensuite, l'article de Schwarz précité mentionne l'importance du comportement des professionnels lors de l'acte autopsique. Malheureusement, il n'est pas précisé quel type de comportement est jugé digne ou indigne. Cet aspect m'a semblé pertinent car il n'apparaît pas réellement en lien avec la dignité de la personne décédée, mais plutôt celle du médecin légiste. En effet, un bon ou un mauvais comportement en salle d'autopsie – quelle qu'en soit la définition – a des répercussions sur la réputation du médecin légiste, voire de l'institut médico-légal, et donc met en balance ses dignités sociale et morale. Agir avec égard envers le défunt au cours de l'acte autopsique est un geste digne parce qu'il est le symptôme d'une reconnaissance de la fragilité de l'Autre malgré le décès. S'il semble évident d'admettre l'importance d'un comportement digne en salle d'autopsie, il est beaucoup plus complexe de définir ce que cela implique dans la pratique quotidienne. Mes réflexions actuelles m'interpellent par exemple quant à l'ambiance de la salle d'autopsie, qu'il s'agisse du fait d'écouter de la musique ou de faire de l'humour. Mes discussions informelles avec les étudiants en médecine en stage chez nous m'apprennent qu'ils apprécient la musique et ne considèrent pas cela comme une offense envers le défunt. Quant à l'humour, il m'apparaît absolument essentiel dans un métier aussi psychologiquement éprouvant que le nôtre, agissant comme un outil de bonne santé mentale au travail. La question de la limite à ne pas franchir se pose toutefois : elle réside, à mon sens, dans l'obligation à ne pas verser dans de mesquines discriminations ciblant la personne décédée, ou de farces carabines usant du cadavre comme un matériel au service de la dérision. En effet, certains comportements envers les défunts ont pu être décrits notamment lors d'ateliers de dissection [78] : manipulation des cadavres pour les positionner de manière obscène, morcellement du corps pour placer une oreille ou un doigt dans les affaires d'un camarade étudiant en médecine, etc. Aucune de ces dérives ne m'a été donnée à voir à l'Institut Médico-Légal de Lyon, mais

il semble essentiel de rappeler qu'elles humilient profondément le défunt et qu'elles sont absolument incompatibles avec le respect de sa dignité.

Par ailleurs, mes réflexions autour du comportement digne du médecin légiste m'ont amenée, progressivement, à envisager de préserver l'intimité du défunt au cours de l'autopsie médico-légale. Ce geste simple est considéré comme évident dans les bonnes pratiques de soin chez le vivant et malgré tout parfois négligé [79] : en effet, l'atteinte à l'intimité du patient appartient aux violations de la dignité selon la classification de Mann (1998) [2]. Après quelques expérimentations en salle d'autopsie et discussion avec une partie de l'équipe, le fait de recouvrir les organes génitaux du défunt apparaît superflu pour certains, l'individu n'étant plus en mesure de ressentir de la honte. La pudeur que l'individu pouvait ressentir de son vivant à l'idée d'exposer son intimité n'a plus de raison d'être, particulièrement dans un contexte où le défunt est entouré de soignants étant si habitués à la nudité qu'ils n'y prêtent plus aucune attention. Par ailleurs, l'examen externe du corps doit être effectué de la tête aux pieds et concerne également les organes génitaux. Cependant, une fois ceux-ci observés et décrits, les recouvrir d'une lingette ou d'une alèse au cours de l'acte autopsique relève d'une délicatesse minimale : ce petit effort symbolique agit comme un rappel de l'humanité du corps qui se trouve sous nos yeux. Il me semble que cela devrait faire partie des bonnes pratiques médico-légales, en tant que geste de soin qui en dit plus sur le médecin légiste que sur le défunt. Rappelons d'ailleurs que toutes les personnes présentes en salle d'autopsie ne sont pas des soignants, et que la confrontation à l'intimité d'autrui peut être source de mal-être et d'inconfort.

Enfin, l'article de Schwarz et al. (2021) met en lumière l'importance de la propreté comme critère de respect de la dignité de la personne décédée. Ce critère me semble pertinent car il reprend à mon sens différents concepts de dignité évoqués précédemment. Il est utile de préciser que certaines personnes décédées ne bénéficieront pas de soins de thanatopraxie après une autopsie médico-légale, en raison du coût de cette procédure ou de l'absence de proches en mesure de payer ce soin. Pour cette raison, il est primordial d'accorder au défunt une toilette après l'autopsie, car elle sera peut-être la seule à être effectuée avant la mise en bière. Cette tâche est déléguée aux agents d'autopsie, qui lavent le corps pour le débarrasser de la saleté éventuelle, en lien avec le décès ou avec l'acte autopsique. Souvent, les cheveux sont également lavés. Cette délicatesse envers le défunt impacte la dignité ontologique de la personne décédée en permettant un rituel funéraire apaisé : le fait d'éliminer du corps mort les traces de souillure est un pas essentiel vers le rituel d'agrégation qui lui offre un nouveau statut, une nouvelle place dans la société. Comme l'écrit Mary Douglas, le fait d'adopter des comportements visant à mettre à distance la pollution est un acte positif de réorganisation du monde, de lutte contre le désordre – matériel et symbolique [36]. La toilette rudimentaire offerte au défunt en fin d'autopsie – de même que les sutures des incisions cutané-musculaires – a pour but de faire disparaître ce qu'il y a de chaotique

dans la mort violente médico-légale. Le plus souvent, le besoin de laver le corps en fin d'autopsie est assez instinctif. Le geste de toilette envers le défunt n'est jamais oublié, comme s'il était difficile de laisser le corps « comme ça ».

Mais la propreté ne concerne pas seulement l'apparence externe du corps en fin de geste : il est primordial également d'« être » propre pendant l'autopsie médico-légale, c'est-à-dire essentiellement faire attention à ne pas répandre du sang ou d'autres fluides biologiques sur la table, le sol ou les équipements de protection. A mon sens, cet aspect concerne plutôt l'attitude digne du médecin légiste que le respect de la dignité de la personne décédée elle-même. La propreté dans l'acte autopsique semble corrélée à un certain professionnalisme, une certaine maîtrise du travail, ce qui peut finalement jouer sur la « réputation » du médecin légiste – du moins à l'échelle du service de l'institut médico-légal. Être propre est aussi de manière générale une forme de respect envers les professionnels qui travaillent en équipe : les agents d'autopsie et personnels d'entretien responsables du nettoyage du matériel et des salles, bien sûr, mais également les internes, médecins et secrétaires susceptibles de récupérer des feuilles de note souillées de sang. La propreté impacte donc la dignité ontologique du défunt, mais également la dignité des professionnels engagés dans l'acte autopsique.

L'exemple de l'autopsie médico-légale est un cas concret permettant d'appliquer le concept de dignité de la personne décédée dans des situations réelles de « corps-à-corps [37] » avec le défunt. Tous les aspects de la dignité sont interrogés par cet acte médical hors du commun : dignité ontologique (délai du rituel funéraire, obstacle à l'accompagnement rituel par les proches, humanité menacée par la défiguration et la putréfaction), dignité morale (absence de consentement à l'autopsie médico-légale), dignité sociale (réputation du défunt mise en danger par des révélations liées à l'autopsie), dignité individuelle (importance de l'identification certaine, individu noyé dans des catégories, absence de « directives anticipées » de l'acte autopsique permettant une personnalisation du geste), dignité dans le respect de l'intégrité corporelle (effraction cutanée, dispersion de l'individu via les prélèvements autopsiques, manipulation des organes) et dignité du médecin légiste dans son attitude vis-à-vis du défunt (comportement en salle d'autopsie, discrétion et respect du secret médical et de l'instruction, propreté)...

## **CONCLUSIONS**

La dignité ontologique, sociale, morale et individuelle de la personne humaine est un concept riche. Appliqué pour la personne décédée, il permet à la fois de rappeler l'obligation de respect dû aux morts, mais également d'offrir des outils de réflexion sur des situations pratiques dans le cadre des rituels funéraires, du don d'organes, du don du corps à la science ou des autopsies.

La dignité ontologique de la personne décédée est en lien avec sa reconnaissance comme membre de la communauté humaine. Cela se manifeste notamment par la bonne réalisation du rituel funéraire, c'est-à-dire dans des délais raisonnables et selon la tradition souhaitée par le défunt. Tout abandon du cadavre par désintérêt ou tentative de dissimulation du corps afin qu'il ne soit pas retrouvé est une atteinte à la dignité ontologique du défunt. Toute atteinte à l'intégrité de la sépulture doit être bannie. Dans le cadre de l'autopsie médico-légale, cela implique de ne pas retenir le corps du défunt loin de ses proches pendant une durée déraisonnable, afin de ne pas nuire au processus de deuil.

La dignité sociale de la personne décédée est impactée par l'atteinte à sa vie privée et à sa réputation. Il est primordial de ne pas causer du tort au défunt en ternissant sa mémoire par des révélations posthumes susceptibles de modifier définitivement l'image que les autres ont de lui. Dans le cadre de l'autopsie médico-légale, cela nécessite de préserver le secret médical et le secret de l'instruction le mieux possible, en limitant les intervenants assistant aux autopsies et en s'interrogeant sur les informations sensibles contenues dans le rapport d'autopsie.

La dignité morale de la personne décédée est en lien avec le respect de son autonomie, c'est-à-dire de ses dernières volontés concernant le devenir de son corps après la mort. Cette autonomie se manifeste par certains projets : les rituels funéraires, le testament, le don du corps à la science ou le don d'organes. L'autopsie médico-légale peut faire obstacle à la bonne réalisation de ces projets, car elle a lieu malgré l'absence de consentement de l'individu et de sa famille.

La dignité individuelle de la personne décédée est en lien avec la reconnaissance du défunt comme un individu unique et spécifique. Cela nécessite avant tout d'être en mesure de l'identifier formellement. Dans le cadre de l'autopsie médico-légale, cela implique une obligation de moyens pour parvenir à cette identification. Le défunt doit ensuite être traité comme un individu unique et non comme appartenant à un groupe (banalisation par le langage, « un noyé », « un pendu », etc.). Enfin, dans la mesure du possible, ses préférences concernant la prise en soin de son corps doivent être respectées. En l'absence d'information éclairée concernant la procédure médico-légale, et d'une communication au médecin légiste de ces préférences, il n'est actuellement pas possible d'en tenir compte.

L'intégrité corporelle de la personne décédée doit être respectée afin de rendre possible un rituel funéraire apaisé (dignité ontologique) et de préserver l'intégrité du sujet (dignité individuelle). Il est essentiel de ne pas retarder inutilement le rituel funéraire, causant ainsi une altération corporelle par la décomposition. Dans le cadre des interventions sur le corps mort et particulièrement l'autopsie médico-légale, les stigmates liés aux actes médicaux doivent être les plus discrets possibles. Chaque atteinte à l'intégrité corporelle doit être utile et nécessaire. Dans le cadre de prélèvements d'organes ou de tissus, ces derniers doivent être réalisés dans une démarche diagnostique et minimaliste, plutôt que systématique et maximaliste. Une transparence totale doit être d'usage, avec une information aux proches rapide, claire, loyale et appropriée.

Enfin, le respect de la dignité de la personne décédée n'est possible que si les professionnels de la mort agissent envers elle avec dignité. Dans le cadre de l'autopsie médico-légale, le médecin légiste doit avoir un comportement approprié lors de son acte : absence d'humour déplacé, absence de discriminations envers le défunt, respect de la propreté du corps et de son environnement. La dignité du médecin légiste nécessite également de fonctionner en équipe dans le respect de l'Autre, en étant à l'écoute des attentes de chacun pour que l'autopsie se déroule dans de bonnes conditions. Une telle éthique de travail ne peut être exigée de la part des professionnels de santé qu'en leur apportant les ressources (matérielles, pédagogiques, humaines, thérapeutiques) dont ils ont besoin.





Nom, prénom du candidat : Manon Jeannerod

## CONCLUSIONS

La dignité est un concept équivoque souvent employé pour protéger la personne humaine. Les diverses occurrences dans les textes de lois, de bioéthique ou les médias s'accordent sur une forme de considération de l'être humain en raison de la valeur qu'on lui reconnaît, de façon intuitive et parfois difficile à délimiter. La conception kantienne, liée à l'autonomie, et les définitions juridiques de la personne tendent à restreindre cette dignité à l'individu vivant. Cependant, certaines intuitions morales nous poussent à interroger le respect dû aux êtres en devenir - les fœtus, voire les générations futures - et aux êtres passés - les personnes décédées : en effet, toute maltraitance envers les cadavres est source de scandale, d'« indignation », particulièrement lorsqu'elle survient lors d'interventions sur le corps mort comme les dons d'organes, les dons du corps à la science ou les autopsies. Comment dès lors protéger la dignité de la personne décédée ?

Selon l'approche de Lennart Nordenfelt, la dignité peut se décliner sous quatre définitions : la dignité ontologique, la dignité sociale, la dignité morale et la dignité individuelle. La dignité ontologique de la personne décédée suppose de respecter sa qualité inaliénable d'être humain. Pour le défunt, cela se manifeste par la réalisation consciencieuse d'un rituel d'adieu et à la protection des objets funéraires tels que les stèles ou les urnes. En cas d'intervention sur le corps mort, il est primordial de préserver au maximum l'intégrité corporelle du défunt, afin de permettre « la meilleure restauration possible du corps » pour la présentation aux proches. La dignité sociale est corrélée au rang de la personne dans la société, à la valeur qui lui est accordée en raison de son statut social. L'individu peut donc « perdre sa dignité » lors de circonstances jugées dégradantes par le corps social. Cette dignité est impactée par des circonstances de décès ou des révélations post mortem pouvant atteindre à la réputation du défunt, en cas de non-respect du secret médical. La dignité morale est en lien avec l'autonomie de la personne et les décisions qui en découlent. Pour la personne décédée, la dignité morale est valorisée lors de la prise de décision et la



réalisation d'actes jugés bons par la société, comme l'altruisme lié au don d'organes post mortem ou au don du corps à la science.

Enfin, la dignité individuelle est reliée aux valeurs personnelles de l'individu, à sa spécificité. Une même situation peut donc être jugée digne ou indigne par deux individus différents, selon leur intime conviction. Pour le devenir du corps mort, cette dignité ne peut être respectée qu'en maximisant l'information en lien avec les différentes interventions (dons d'organes, don du corps à la science, autopsie...) afin de s'assurer que l'individu puisse définir ses préférences de façon éclairée.



**Le Président de la thèse,**  
*Nom et Prénom du Président*  
*Cachet et Signature*

**Vu :**  
**Pour le Président de l'Université,**  
**Le Doyen de l'UFR de Médecine Lyon Est**

**Professeur Gilles RODE**  
Vu et permis d'imprimer  
Lyon, le 13 FEV. 2023

## **BIBLIOGRAPHIE**

- [1] Stroud, E. Law and the Dead Body: Is a Corpse a Person or a Thing? *Annual Review of Law and Social Science*, Vol. 14, pp. 115-125, 2018
- [2] Andorno, R. The dual role of human dignity in bioethics, *Med Health Care Philos* 16 :967-973.
- [3] République Française. Code Civil, Article 16. <http://www.legifrance.gouv.fr>
- [4] République Française. Code de la Santé Publique, article L1110-2 et L1111-4. <http://www.legifrance.gouv.fr>
- [5] République Française. Code Pénal, livre II, titre II, chapitre V : « des atteintes à la dignité de la personne ». <http://www.legifrance.gouv.fr>
- [6] République Française. Code de déontologie médicale, article 2. <http://www.legifrance.gouv.fr>
- [7] Déclaration universelle des droits de l'Homme, 1948. <https://www.ohchr.org/en/human-rights/universal-declaration/translations/french>
- [8] République fédérale allemande. Loi fondamentale allemande, article premier, 1949. <https://www.btg-bestellservice.de/pdf/80202000.pdf>
- [9] Organisation des Nations Unies pour l'Éducation, la Science et la Culture (UNESCO). Déclaration universelle sur le génome humain et les droits de l'homme, 1997. <https://www.ohchr.org/fr/instruments-mechanismes/instruments/universal-declaration-human-genome-and-human-rights#:~:text=Nul%20ne%20doit%20faire%20l,a%20reconnaissance%20de%20sa%20dignit%C3%A9>.
- [10] Convention pour la protection des Droits de l'Homme et de la dignité de l'être humain à l'égard des applications de la biologie et de la médecine, dite Convention d'Oviedo, 1997. <https://rm.coe.int/168007cf99>
- [11] Recommandation R(99)3 sur l'harmonisation des règles en matière d'autopsie médico-légale du Conseil de l'Europe, 2 février 1999.
- [12] Macklin, R. Dignity is a useless concept, *British Medical Journal*, volume 327, 20-27 december 2003.
- [13] Épicure, Lettre à Ménécée [IVe-IIIe s. av. J.-C.], trad. du grec ancien par P. Pénisson, Hatier, coll. « Les Classiques de la philosophie », 2007, p. 6-7.
- [14] Luper, Steven. Posthumous Harm, *American Philosophical Quarterly*, Volume 41, Issue 1, 2004, pp 63-72.
- [15] Seacord, B. Rationality, Posthumous harms and posthumous wrongs, [En ligne] : [https://www.academia.edu/17309939/Rationality\\_Posthumous\\_Harms\\_and\\_Posthumous\\_Wrongs](https://www.academia.edu/17309939/Rationality_Posthumous_Harms_and_Posthumous_Wrongs)
- [16] République Française. Code de la Santé publique, Article R1232-4-2 et R1232-4-3. <https://www.legifrance.gouv.fr/>
- [17] République Française. Code de la Santé Publique, Article L1261-1. <https://www.legifrance.gouv.fr/>
- [18] Cadot, L. En chair et en os : le cadavre au musée. Valeurs, statuts et enjeux de la conservation des dépouilles humaines patrimonialisées. Paris, 2009.
- [19] Le Coz, Pierre. Pourquoi l'exhibition des cadavres a-t-elle été interdite en France ?, *Corps*, vol. 11, no. 1, 2013, pp. 79-86.
- [20] Van Gennep, A. Les rites de passage, Émile Noury, 1909.
- [21] Agence de la Biomédecine. Baromètre 2021 sur l'information des Français sur le don d'organes. <https://www.dondorganes.fr/lettre-info/14/le-mot-de-l-agence.html>
- [22] Courrèges, C. Pimmel, E. Poquillon, P. Conditions de fonctionnement du centre du don des corps de l'Université Paris-Descartes. Synthèse du rapport définitif IGAS N°2019-115R / IGÉSR N°2020-028, mars 2020. [https://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2019-115r\\_synthese\\_cdc-paris-descartes.pdf](https://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2019-115r_synthese_cdc-paris-descartes.pdf)
- [23] « Attentat de Nice : les autopsies pratiquées sur les victimes posent question », *Sud Ouest*, 14 septembre 2022 [En ligne] : <https://www.sudouest.fr/justice/attentat-de-nice-les-autopsies-pratiquees-sur-les-victimes-pose-question-12281718.php>



- [24] « Procès de l'attentat de Nice : « Elle ne repose pas en paix », la colère des parents d'une victime dont les organes ont été prélevés », Pauline Thurier pour France info, 30 septembre 2022. [En ligne]: <https://france3-regions.francetvinfo.fr/provence-alpes-cote-d-azur/alpes-maritimes/nice/proces-de-l-attentat-de-nice-elle-ne-repose-pas-en-paix-la-colere-des-parents-d-une-victime-dont-les-organes-ont-ete-preleves-2625460.html>
- [25] « Procès de l'attentat de Nice : des victimes « tuées deux fois » à cause des prélèvements d'organes, selon une avocate », Pauline Thurier pour France info, 29 novembre 2022. [En ligne] : <https://france3-regions.francetvinfo.fr/provence-alpes-cote-d-azur/alpes-maritimes/nice/proces-de-l-attentat-de-nice-des-victimes-tuees-deux-fois-a-cause-des-prelevements-d-organes-selon-une-avocate-2664820.html>
- [26] « Procès de l'attentat de Nice : « Qu'on me rende les organes de ma fille », clame la mère d'une victime », 20 minutes, 30 septembre 2022. [En ligne]: <https://www.20minutes.fr/justice/4003046-20220930-proces-attentat-14-juillet-nice-rende-organes-fille-clame-mere-victime>
- [27] « Attentat de Nice : la cour d'assise ordonne la restitution d'organes sur des victimes », Le Figaro, 25 novembre 2022. [En ligne] : <https://www.lefigaro.fr/faits-divers/attentat-de-nice-la-cour-d-assises-speciale-ordonne-la-restitution-d-organes-preleves-sur-des-victimes-20221125>
- [28] République Française. Code de Procédure Pénale, Article 230-28. <https://www.legifrance.gouv.fr/>
- [29] Souffron, V. De l'autopsie à la virtopsie. Voir et ne pas y toucher, Communications, vol. 97, no. 2, 2015, pp. 57-71.
- [30] Marvi Masood F, et al. Knowledge and societal perceptions regarding autopsy amongst different educational backgrounds in Karachi, Pakistan. JPMA 71: 1613; 2021.
- [31] Olayiwola Abideen O, et al. The Autopsy : Knowledge, Attitude, and Perceptions of Doctors and Relatives of the Deceased. Arch Pathol Lab Med. 2009 ; 133 (1) : 78-82.
- [32] Andorno, R. La notion de dignité humaine est-elle superflue en bioéthique ?, Revue Générale de Droit Médical, n° 16, 2005, pp. 95-102.
- [33] République Française, Conseil d'Etat du 27 octobre 1995, 136727, publié au recueil Lebon. <https://www.legifrance.gouv.fr/>
- [34] Nordenfelt L. The Varieties of Dignity. Health Care Analysis, 2004 ; 12.
- [35] Fox, R. [1979] 1988. Essays in Medical Sociology, New-Brunswick & Oxford, Transaction Books : 51-77.
- [36] Douglas, M. De la souillure. Essai sur les notions de pollution et de tabou, Edition La Découverte, 2002.
- [37] Bessy, C. et Chateauraynaud, F. Experts et faussaires: pour une sociologie de la perception. Pétra. 2014 [1995].
- [38] Menès, M. L'inquiétante étrangeté, La lettre de l'enfance et de l'adolescence, vol. no 56, no. 2, 2004, pp. 21-24.
- [39] Beauchamp, T. L., Childress, J. F. Les principes de l'éthique biomédicale, 2001, trad. par M. Fisbach, Paris, éd. Les Belles Lettres, 2008.
- [40] « Réforme des retraites : « la dignité de la rue » face au « spectacle lamentable » de l'Assemblée », France info, 13 février 2023. [En ligne] : [https://www.francetvinfo.fr/replay-radio/l-edito-politique/edito-reforme-des-retraites-la-dignite-de-la-rue-face-au-spectacle-lamentable-de-l-assemblee\\_5629928.html](https://www.francetvinfo.fr/replay-radio/l-edito-politique/edito-reforme-des-retraites-la-dignite-de-la-rue-face-au-spectacle-lamentable-de-l-assemblee_5629928.html).
- [41] « Dénutrition en EHPAD : « la bienveillance et le respect de la dignité se jouent jusque dans l'assiette » », Libération, 4 février 2023. [En ligne] : [https://www.liberation.fr/societe/sante/denuitration-en-ehpad-la-bienveillance-et-le-respect-de-la-dignite-se-jouent-jusque-dans-lassiette-20230204\\_WV4EA72MTJEWVD6YTTODWPVAEM/](https://www.liberation.fr/societe/sante/denuitration-en-ehpad-la-bienveillance-et-le-respect-de-la-dignite-se-jouent-jusque-dans-lassiette-20230204_WV4EA72MTJEWVD6YTTODWPVAEM/)
- [42] Kant, E. Fondement de la métaphysique des mœurs, Nathan, Paris, 2004.
- [43] D'Aquin, T. Commentaires sur les sentences, livre 3, d.35, q.1, a.4, Q.1, c.
- [44] Singer, P. Questions d'éthique pratique, Bayard, Paris, 1997.
- [45] Elias, N. La civilisation des mœurs, Edition Pocket, 2002 [1973].

- [46] République Française, Code Pénal, Article 222-32. <http://www.legifrance.gouv.fr>
- [47] Kant, E. Métaphysique des mœurs, Œuvres philosophiques, Gallimard, la Pléiade, tome III, Paris, 1986.
- [48] Andorno, R. La bioéthique et la dignité de la personne, P.U.F., 1997.
- [49] République Française. Loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie, dite loi Léonetti. <https://www.legifrance.gouv.fr/>
- [50] Desgranges, O. « Mourir dans la dignité » ? La perspective d'un projet de loi sur l'euthanasie et le suicide assisté, Laennec, vol. 61, no. 2, 2013, pp. 58-68.
- [51] Parlement Européen, Commission des affaires juridiques. Projet de rapport contenant des recommandations à la Commission concernant des règles de droit civil sur la robotique, 31 mai 2016: [https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/JURI-PR-582443\\_FR.pdf?redirect](https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/JURI-PR-582443_FR.pdf?redirect)
- [52] République Française. Code de la Santé Publique. Article R1335-11. <https://www.legifrance.gouv.fr/>
- [53] République Française. Code Civil. Article 79-1. <https://www.legifrance.gouv.fr/>
- [54] République Française. Loi du 15 novembre 1887 sur la liberté des funérailles, article 3. <https://www.legifrance.gouv.fr/>
- [55] Comité Consultatif National d'Éthique. Avis sur les prélèvements de tissus d'embryons et de fœtus humains morts, à des fins thérapeutiques, diagnostiques et scientifiques. Rapport n°1. 22 mai 1984. <https://www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/2021-02/avis001.pdf>
- [56] Sève, L. Qu'est-ce que la personne humaine ? Bioéthique et démocratie, Ed. La Dispute, Paris, 2006, pp. 130-131
- [57] Gridel, J.-P. L'individu juridiquement mort, Rec. Dalloz, 2000.
- [58] Dennett, D. Brainstorms: Philosophical Essays on Mind and Psychology, MIT Press, 1981.
- [59] Kreis, H. Les greffes d'organes : une nouvelle fabrique du corps, Edition l'Harmattan, 2013.
- [60] Jankélévitch, V. La mort, Editions Champs Flammarion, 1993, [1966].
- [61] Committee of the Harvard Medical School? A Definition of Irreversible Coma: Report of the Ad Hoc Committee of the Harvard Medical School to Examine the Definition of Brain Death, Journal of the American Medical Association, 1968; 205: pp. 337-340
- [62] Esmaeilzadeh, M. One life ends, another begins: Management of a brain-dead pregnant mother-A systematic review, BMC Medicine, vol. 8, no 74, 2010.
- [63] Winters B, et coll. Diagnostic errors in the intensive care unit: a systematic review of autopsy studies. BMJ Qual Saf. 2012;21:894-902.
- [64] Burton JL, Underwood J. Clinical, educational, and epidemiological value of autopsy. Lancet. 2007 Apr 28;369(9571):1471-1480. doi: 10.1016/S0140-6736(07)60376-6. PMID: 17467518.
- [65] Marshall HS, Milikowski C. Comparison of Clinical Diagnoses and Autopsy Findings: Six-Year Retrospective Study. Arch Pathol Lab Med. 2017 Sep;141(9):1262-1266. doi: 10.5858/arpa.2016-0488-OA. Epub 2017 Jun 28. PMID: 28657772.
- [66] Comité international de la Croix Rouge. Principes directeurs pour garantir une gestion digne des morts dans les situations d'urgence humanitaire et éviter qu'ils ne deviennent des personnes disparues, avril 2022. <https://shop.icrc.org/guiding-principles-for-dignified-management-of-the-dead-in-humanitarian-emergencies-and-to-prevent-them-becoming-missing-persons-pdf-fr.html>
- [67] Clavandier, G. La mort collective, pour une sociologie des catastrophes. CNRS Editions, 2004.
- [68] République Française. Code Pénal, Article 434-7. <http://www.legifrance.gouv.fr/>
- [69] République Française. Code de Procédure Pénale. Article 230-29. <http://www.legifrance.gouv.fr>
- [70] Levinas, E. Ethique et Infini. Edition Fayard, 1982.



- [71] République Française. Code Civil, Article 16-3. <https://www.legifrance.gouv.fr/>
- [72] Nancy, J-L. L'Intrus, Paris, Galilée, 2000.
- [73] Renard, M. Les Mains d'Orlac, Nilsson, 1920.
- [74] De Koninck, T., Larochelle, G. La dignité humaine, Paris, PUF, 2005.
- [75] République Française. Code de Procédure Pénale, Article 230-30. <http://www.legifrance.gouv.fr/>
- [76] Charlier, P. Ouvrez quelques cadavres : une anthropologie médicale du corps mort, Edition Buchet Chastel, 2015.
- [77] Schwarz, C-S, et al. The dignity of the human corpse in forensic autopsy. International Journal of Legal Medicine (2021) 135:2073-2079.
- [78] Godeau, E. 2007. L'« esprit de corps ». Sexe et mort dans la formation des internes en médecine, Ethnologie de la France n°29, Editions de la Maison des sciences de l'homme.
- [79] Le Moal, S. (2007) Le respect de l'intimité corporelle de la personne âgée. Gérontologie et société, 30(122), 215-221. <https://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe-2007-3-page-215.htm#:~:text=Cependant%2C%20lors%20d'une%20toilette,sph%C3%A8re%20intime%20de%20l'autre>

### **Autres ressources :**

Site du Centre National des Ressources Textuelles et Lexicales : <https://www.cnrtl.fr/>

## Manon Jeannerod – Dignity of the deceased and intervention

### Interventions sur le corps mort et dignité de la personne : l'exemple de l'autopsie médico-légale

#### RESUME

Human dignity should be protected even after death. The deceased are deeply vulnerable beings before their farewell ritual. They can undergo medical interventions like organ harvesting, body donation or autopsy. Those issues impact body integrity, last wishes, delay of funeral, even sometimes privacy. How should we respect the ontologic, social, moral and individual dignity of the deceased?

La dignité est un concept polysémique. Selon Nordenfelt, la dignité humaine est ontologique, sociale, morale et individuelle. Ces concepts doivent être adaptés pour s'appliquer à la personne décédée, notamment lors d'interventions sur le corps mort : rites funéraires, don du corps à la science, dons d'organes, autopsies.

Après avoir présenté l'article « Dignity of the deceased and intervention. A conceptual analysis and basis for ethical reflection », l'exemple de l'autopsie médico-légale est discuté.

**MOTS CLES** Dignité, éthique, personne humaine, mort, autopsie

#### JURY

Président : Monsieur le Professeur Laurent Fanton  
Directeur : Monsieur le Professeur Grégoire Moutel  
Membres : Monsieur le Professeur Jean-François Mornex  
Monsieur le Professeur Pierre Fourneret  
Monsieur le Professeur Jérôme Goffette

**DATE DE SOUTENANCE : jeudi 23 mars 2023 à 18 heures**

4, rue Branly, 69100 VILLEURBANNE

[Manon.jeannerod@chu-lyon.fr](mailto:Manon.jeannerod@chu-lyon.fr)

Faculté de Médecine Lyon Est  
<http://lyon-est.univ-lyon1.fr/> • téléphone : 33 (0)4 78 77 70 00

ACCOMPAGNER  
CRÉER  
PARTAGER