



HAL
open science

Enjeux éthiques du prélèvement d'organes sur patients Maastricht III

Caroline Guibet Lafaye

► **To cite this version:**

Caroline Guibet Lafaye. Enjeux éthiques du prélèvement d'organes sur patients Maastricht III. Congrès National d'Anesthésie et de Réanimation de la Société Française d'Anesthésie et de Réanimation, session " Enjeux éthiques actuels du prélèvement d'organe ", Sep 2010, Paris, France. hal-00510792

HAL Id: hal-00510792

<https://hal.science/hal-00510792v1>

Submitted on 22 Sep 2010

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

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

**Congrès National d'Anesthésie et de Réanimation de la
Société Française d'Anesthésie et de Réanimation
22-25 septembre 2010**

**Enjeux éthiques du prélèvement d'organes sur patients
Maastricht III¹**

Caroline GUIBET LAFAYE²
CNRS
Centre Maurice Halbwachs (Paris)

Résumé :

La référence à la pénurie d'organes est constante dans le discours politique et social associé au don. Dans ce contexte, se pose la question d'une extension possible des conditions d'inclusion des patients parmi les donateurs d'organes. Nous analyserons ici, dans le cas spécifique des patients pour lesquels un arrêt des thérapeutiques est décidé, les conséquences morales et sociales ainsi que les dilemmes moraux suscités par une telle extension. L'évolution du patient vers la mort dépendant, dans le cas de ces patients, d'une décision et d'un processus intentionnel, le prélèvement d'organes pose des problèmes, notamment éthiques, spécifiques. Afin de mettre en évidence les dilemmes éthiques afférents à la législation de l'éligibilité au prélèvement d'organes des donateurs DDAC III, nous explorerons les conditions cliniques du prélèvement d'organes sur patients DDAC III, nous exposerons les conflits d'intérêt que peut induire cette pratique, nous tenterons d'évaluer les coûts et bénéfices de sa législation en France pour proposer enfin des orientations susceptibles de structurer l'introduction de cette pratique sur le territoire national.

¹ Communication proposée dans la session « Enjeux éthiques actuels du prélèvement d'organe », du Congrès National d'Anesthésie et de Réanimation de la Société Française d'Anesthésie et de Réanimation, Palais des Congrès, Paris.

² Courriel : caroline.guibet-lafaye@ens.fr.

Enjeux éthiques du prélèvement d'organes sur patients Maastricht III

Introduction

- Le prélèvement d'organes, en France, se conforme à la classification de Maastricht, établie en 1995.
- Cette classification distingue les personnes ayant fait un arrêt cardiaque en présence (classe II) ou non (classe I) de secours qualifiés, les personnes pour lesquelles la mort survient dans les suites d'une décision d'arrêt de traitements en réanimation (classe III) et enfin les personnes chez qui survient un arrêt cardiaque inopiné lors de la réanimation d'un donneur en mort encéphalique (classe IV).
- L'évolution du patient vers la mort dépendant, dans le cas de ces patients, d'une décision et d'un processus *intentionnel*, le prélèvement d'organes pose des problèmes, notamment éthiques, spécifiques.

1. Quelles sont les pratiques hors des frontières nationales ?

- Dans certains États des États-Unis par exemple, au même titre qu'en Grande-Bretagne ou aux Pays-Bas et en Belgique, elles sont autorisées.

2. Quel serait le type de patients concernés par le prélèvement DDAC III ?

- Aux États-Unis, dans le programme de la « New England Organ Bank », la pratique concerne pour un tiers des patients traumatisés crâniens par accident sur la voie publique (AVP), pour un tiers des patients ayant eu un accident vasculaire cérébral (AVC) et pour un tiers des patients anoxiques.
- Il s'agit également de patients conscients demandant l'arrêt de la ventilation mécanique dont ils dépendraient entièrement, tels les patients tétraplégiques dont la lésion est très haute (C1 et C2), les patients ayant une sclérose latérale amyotrophique (SLA) et ventilée au long cours, les patients souffrant d'une insuffisance respiratoire chronique ventilée.

La définition de la mort a une incidence sur le type de prélèvement autorisé

- Les pays anglo-saxons prennent pour référence la destruction du tronc cérébral (*lower brain-death*) alors qu'en France, par exemple et dans d'autres pays comme l'Espagne, on se fonde sur la destruction totale du cerveau (*whole brain-death*).
- Or la façon de définir la mort semble avoir une incidence sur les limites que l'on s'impose quant aux catégories de patients susceptibles d'entrer dans le prélèvement d'organes.

3. Que faut-il mettre en œuvre pour qu'un prélèvement soit possible ?

- Le temps moyen après lequel survient la mort des patients en réanimation, candidats pour le prélèvement après arrêt cardiaque est de 5 h (Inter-quartile range 1.4-11.5h) après le retrait des traitements de support vital (Revelly et al. 2006).
- Cette durée dépasse les 90 mn, voire les 60 minutes d'ischémie chaude requises pour le prélèvement.

- Se pose alors la question de savoir s'il est légitime ou pas de raccourcir cette période d'ischémie chaude afin de préserver la fonctionnalité des organes.

3.1 La temporalité des décisions

- Le temps avant la mort par arrêt cardiaque du patient, après le retrait des traitements de support vital, détermine le risque de *dégradation des organes* qui rendra ou non possible la transplantation.
- Se pose également la question du moment opportun auquel on prend la décision d'arrêt des thérapeutiques.

→ Attend-t-on un jour, trois jours, ou dix jours quand celui-là n'est pas en mesure de se prononcer sur l'arrêt des thérapeutiques ? Or la décision du prélèvement sur un patient, pour lequel il n'y a plus d'espoir, doit advenir à un moment où le diagnostic peut être fait avec certitude.

3.2 L'accélération du processus morbide qui va provoquer l'arrêt cardiaque

- Certaines équipes, dans des pays où ce type de prélèvement est autorisé, engagent des procédés qui accélèrent le processus induisant l'arrêt cardiaque. En Belgique par exemple, l'extubation est parfois faite sous curare (voir Ysebaert et al. 2009).

3.3 La gestion du donneur mort après le retrait des soins de support vital

Que fait-on si le patient ne décède pas dans le temps requis – permettant de préserver la possibilité du prélèvement d'organes – après le retrait des traitements de support vital, ce qui arrive dans 33 % à 50 % des cas aux Etats-Unis ?

3.4 Qui fait les gestes ?

- Qui accomplit les actes qui accélèrent le processus morbide ?
- Comment *justifie-t-on* les décisions et les actes auprès des familles (par exemple le déplacement du patient de sa chambre à la salle d'opération) ?

4. La solidité des critères auxquels on fait référence

- Là où le prélèvement d'organes sur patients DDAC III est autorisé, les critères auxquels il est fait référence pour déclarer la mort du patient ont aussi fait l'objet de discussions.
- Aux États-Unis, on s'est demandé si l'arrêt de la circulation après 5 minutes était suffisant pour garantir la condition d'irréversibilité du Uniform Determination of Death Act (UDDA) de 1981 qui définit la mort soit comme la cessation irréversible des fonctions circulatoires et respiratoires, soit comme la cessation irréversible de toutes les fonctions du cerveau.
- Si l'on accepte d'outrepasser d'une certaine façon la règle du donneur mort, en somme si les organes peuvent être prélevés sur des patients *dont le pronostic* est la mort et pour lesquels le prélèvement aura des incidences sur l'advenue de la mort, qui sera en charge de réaliser les actes de prélèvement ?

5. Les conflits d'intérêt

5.1 Les conflits d'intérêt entre professionnels de santé

- La mort survient dans le cadre d'un processus de « *withdrawing* ».
- Aucun des patients cérébrolésés concernés n'a comme alternative à l'extubation la mort.

- Un recensement de ces patients donneurs potentiels susciterait des dilemmes éthiques évidents.
- L'influence des centres de transplantation est patente dans le système américain qui s'est doté d'« Organ Procurement Organizations ».
- On observe également, dans certains cas, des pressions des centres de soins et des centres associés aux industries liées aux soins de santé (Ranjan et al. 2006).
- Les intérêts associés au développement de programmes de transplantation peuvent également éloigner de l'éthique des soins, de l'éthique palliative et de la déontologie des services de réanimation.

5.2 Les conflits d'intérêt entre patients donneurs et patients receveurs

- La possibilité qu'une abstention ou un retrait thérapeutique soit décidé chez un patient, *dont on ne pourrait affirmer définitivement et avec un très haut degré de certitude le mauvais pronostic* et chez lequel ce retrait serait accompli uniquement pour obtenir des organes induit un conflit d'intérêt majeur entre donneur et receveur.
- Un dilemme moral peut se poser pour les équipes de réanimation lorsqu'elles favorisent une obstination thérapeutique (ne pas proposer une limitation des thérapeutiques aux proches – alors même qu'elles sont persuadées de la futilité de la réanimation) dans le but de mieux contrôler la temporalité de la mort et de prolonger le temps pour envisager avec les proches le don, tout en préservant les organes.
- Concernant le patient en état de *mort encéphalique*, des conflits d'ordre moral peuvent surgir en cas d'acharnement thérapeutique manifeste ou de chirurgie inappropriée, empêchant parfois l'évolution naturelle vers le passage en mort encéphalique ou, à l'inverse, lorsque la mort cérébrale survient dans le contexte d'une décision claire de non escalade thérapeutique.

- Les intérêts vitaux du donneur potentiel ont-ils été pris en compte sans que ne prévale le souci d'un potentiel prélèvement ?

Le cas des patients en soins intensifs

- Le conflit d'intérêts autour du donneur est accru, lorsque le donneur n'est pas un patient cérébrolése mais se trouve en unité de soins intensifs.
- Une distinction délicate se joue entre l'appréhension et le traitement du patient comme un *patient en train de mourir* et ceux du patient comme *donneur potentiel*.
- Le retrait de l'assistance vitale peut être reporté ou retardé soit jusqu'à ce que le critère de la mort encéphalique soit vérifié (afin par exemple de prélever le cœur du patient en plus d'autres organes), soit jusqu'à ce que les fonctions cardio-respiratoires se soient dégradées de telle sorte que la mort suive rapidement le retrait de l'assistance vitale.
- Les pratiques associées au prélèvement d'organes de patients DDAC III, en phase terminale de maladie peuvent entrer en contradiction avec une éthique des soins palliatifs, fondée sur l'évitement de la détresse et de la souffrance.
- La nécessité de fournir des organes utilisables peut nuire à la qualité et au type de soins donnés en fin de vie.
- Se pose par exemple la question du déplacement du patient vers la salle d'opération : l'emmène-t-on avant ou au moment même de l'annonce de la mort pour initier, sans délai, le processus de prélèvement d'organes ?
Plus généralement, assume-t-on de ne pas laisser la famille avec le patient qui vient de mourir ou de ne pas la laisser accompagner le malade jusqu'à la mort ?

Difficultés induites dans le rapport des soignants aux proches

- La question du moment opportun du recueil, auprès des proches, de la non opposition du donneur au prélèvement est plus lourde concernant le donneur DDAC III.
- Dit-on que le patient est mort ou qu'il est sur le point de mourir ?
- On peut considérer que, dans la limite de la première semaine d'hospitalisation, la décision suscitera moins de complexité, car elle sera prise dans la continuité de l'admission du patient et de sa prise en charge en extrême urgence.
- On peut douter que ce « moment opportun », pour parler du prélèvement, soit le même pour les soignants et pour les proches.

Risques de pression de la part du corps médical sur les patients conscients futurs DDAC III

- On peut craindre que le consentement du patient, pour demander cet arrêt et accepter le prélèvement, puisse être influencé par des pressions extérieures, en particulier médicales, au moins dans les pays ayant légalisé l'euthanasie.
- Il serait en outre requis d'établir, avec précision, la fréquence à laquelle le consentement doit être renouvelé, de la part de ces patients conscients et sa nature.
- Le recueil du consentement éclairé devrait également tenir compte de la double dimension du consentement requis pour le prélèvement d'organes, en tant que tel, et du consentement éclairé s'agissant de l'administration avant le décès de traitements préparatoires au prélèvement des organes.

6. Coûts et bénéfices de l'évolution des pratiques de prélèvement en France

- Le coût d'une telle évolution des pratiques et peut-être d'une transgression morale est-il réellement compensé par le bénéfice escompté de l'inclusion des patients DDAC III dans le prélèvement d'organes ?
- Se justifie-t-il par exemple pour 600 greffons par an, un chiffre identique à celui que l'on obtiendrait en réduisant le taux de refus au prélèvement des patients donneurs en état de mort encéphalique (DDME) de 30 à 20% ?

6.1 Les coûts

6.1.1 *Du côté des soignants,*

il existe des coûts en termes de :

- mobilisation des équipes
- souffrance des soignants

6.1.2 *Du côté des familles,*

- les conséquences du prélèvement ne sont pas clairement identifiées comme négatives,
- le don peut jouer un rôle favorable dans le processus de deuil.
- Les effets négatifs sont souvent considérés comme étant compensés par le bénéfice social du don d'organes.
- Ces coûts n'ont pas été évalués pour les proches de patients DDAC I et II.
- Il faut enfin tenir compte de la possible influence négative des médias – déjà avérée pour le prélèvement sur patients en état de mort encéphalique.

6.2 Comparaison des calculs coûts/bénéfices selon les types de patients prélevés

- La mobilisation des équipes pour ces interventions pose cependant la question de l'allocation équitable des ressources, au sein des services hospitaliers concernés.
- L'extension du prélèvement d'organes aux patients DDAC III fait peser un poids évident sur le prélèvement en général, au niveau national, voire risque de réduire les dons notamment pour les patients en état de mort encéphalique.

L'acceptabilité sociale de la pratique

- Cette inclusion soulève des questions anthropologiques, psychologiques et morales spécifiques.
- L'acceptabilité sociale du prélèvement sur patients en état de mort encéphalique n'est pas encore définitive.
- Est-il opportun d'entrer aujourd'hui dans ce débat, c'est-à-dire dans un délai très court après l'adoption de la loi du 22 avril ?
- Il n'est pas certain enfin que la France dispose d'un cadre législatif favorable à cette inclusion.

L'acceptabilité morale de la pratique

- La référence à l'efficacité ne suffit pas à justifier des pratiques moralement transgressives.
- La maximisation n'est pas une stratégie qui doit prévaloir dans tout type de situation, pas plus que l'argument utilitariste n'a une priorité systématique sur tout autre type d'argument notamment moral.

Quand bien même on ne considérerait que le seul critère d'efficacité,

- le prélèvement sur personnes en état de mort encéphalique s'avère le plus « efficace » car il ne suscite pas de dilemmes moraux.

Il est largement accepté par la société française.

- On n'est pas aujourd'hui être parvenu à une optimisation complète des procédures de prélèvements déjà existantes (Riou 2010).

Rien n'empêche de privilégier, dans le cadre du dispositif actuel, l'optimisation du système de prélèvement – avec un maillage territorial homogène et resserré, associé à un investissement financier important – plutôt que d'élargir le cercle des donneurs potentiels.

Les phénomènes de concurrence

- La concurrence internationale dans les pratiques médicales ne constitue pas, comme telle, un argument moral suffisant pour les accepter en France.
- D'un point de vue moral ou politique, on peut enfin se demander jusqu'à quel point on se trouve fondé à réagir à des situations nouvelles par des réaménagements normatifs, c'est-à-dire par l'adoption de nouvelles normes ou de nouvelles interprétations des normes acceptées ou par des réaménagements dans les valeurs de référence encadrant l'action ou des organisations (Guibet Lafaye et Picavet 2010).

7. Ouvrir le débat

L'inclusion des patients DDAC III dans le prélèvement requiert de considérer les modalités du consentement et la règle du « donneur mort ».

7.1 Le consentement

- Comment garantir l'autonomie du patient DDAC III conscient ?
- Quelle que soit son origine, l'obtention et la référence au consentement suffisent-ils à justifier la pratique et son acceptabilité morale ?

7.2 La règle du « donneur mort »

- L'abandon de cette règle reviendrait en effet à autoriser le prélèvement d'organes durant la phase terminale de maladie de patients au pronostic très sévère après qu'un consentement a été obtenu.
- On privilégierait alors la référence à un « point de non retour », synonyme de déficit neurologique majeur irréversible ou de décès imminent (Nicolas-Robin 2009, p. 63) ou bien la règle du patient « mourant », s'agissant des patients DDAC III (Verheijde et al. 2007).

Plusieurs interrogations demeurent

- Prélever des organes sur un patient qui va mourir mais qui n'est pas mort, est-ce violer le respect dû à la personne et ne pas l'instrumentaliser ?
- D'un point de vue *social* – et pas seulement médical – l'abandon de cette règle est-il acceptable (voir Siminoff et al. 2004) ?
- L'est-il d'un point de vue *moral* ?

Il convient de garder présent à l'esprit que les conséquences sociales du choix de la description – ici du prélèvement d'organes sur patients qui ne seraient pas, préalablement, déclarés morts – ne peuvent être négligées ni euphémisées.

8. Quelles sont les conditions légales auxquelles cette pratique peut être autorisée ?

- Définir un champ très restreint de patients éligibles.

- L'autorisation de ce type de prélèvement devrait, dans un premier temps au moins, être conditionnelle, sortie d'un moratoire.
- Prévoir un encadrement médico-judiciaire de la procédure de prélèvement d'organes.

Conclusion

- Il serait déraisonnable de croire que la législation de ce type de prélèvement apportera une solution – et encore moins, la meilleure solution – au besoin de greffons dans le pays.
- Cette pratique ne doit pas seulement être envisagée quant à ses résultats quantitatifs, en termes de greffons potentiels mais également par rapport aux coûts qu'elle fera peser sur les équipes, aux dilemmes moraux auxquels elle confrontera les soignants et aux choix sociaux et moraux qu'elle implique pour la société française.