



Accepter le prélèvement d'organes sur patients DDAC III

Caroline Guibet Lafaye, Louis Puybasset

► To cite this version:

Caroline Guibet Lafaye, Louis Puybasset. Accepter le prélèvement d'organes sur patients DDAC III. Louis Puybasset. Enjeux éthiques en réanimation, Springer, p. 567-580, 2010. hal-00490886

HAL Id: hal-00490886

<https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-00490886>

Submitted on 25 Jun 2017

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.

Accepter le prélèvement d'organes sur patients DDAC III ?¹

Caroline GUIBET LAFAYE² et Louis PUYBASSET

Le prélèvement d'organes, en France, s'inscrit aujourd'hui dans un cadre très spécifique, celui défini par la classification de Maastricht, établie en 1995 lors d'une Conférence internationale de consensus. Cette classification distingue les personnes ayant fait un arrêt cardiaque en présence (classe II) ou non (classe I) de secours qualifiés³, 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). En France, seuls sont autorisés actuellement les prélèvements de reins et de foie chez les personnes des catégories I, II et IV.

La question d'une extension des conditions du prélèvement d'organes aux patients de la catégorie III de la classification de Maastricht (DDAC III) se trouve régulièrement soulevée en France. 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. Dans le texte qui suit, nous souhaitons prendre le contre-pied d'une tendance récurrente du débat public consistant à éviter de « questionner l'éthique lorsque l'on pense que ce questionnement pourrait avoir un effet négatif sur ce qu'on essaie de mettre en place » (Gruat 2010, p. 11).

Pour entrer dans le vif de cette réflexion, nous dégagerons de façon systématique les problèmes éthiques afférents à la législation de l'éligibilité au prélèvement d'organes des donneurs DDAC III, à partir de sa mise en perspective avec les prélèvements d'organes sur les patients en état de mort encéphalique (EME) et DDAC I et II. Après avoir exposé les pratiques existant dans le domaine hors de nos frontières, 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 Publié in Louis Puybasset (dir.), 2010, *Enjeux éthiques en réanimation*, Springer, Frankfurt, p. 567-580.

² CNRS, Centre Émile Durkheim (Sciences Po – Univ. de Bordeaux). Contact : c.guibetlafaye@wanadoo.fr.

³ La classe I concerne : « Les personnes qui font un arrêt cardiaque en dehors de tout contexte de prise en charge médicalisée et pour lesquelles le prélèvement d'organes ne pourra être envisagé que si la mise en œuvre de gestes de réanimation de qualité a été réalisée moins de trente minutes après l'arrêt cardiaque ». La classe II concerne : « Les personnes qui font un arrêt cardiaque en présence de secours qualifiés, aptes à réaliser un massage cardiaque et une ventilation mécanique efficaces, mais dont la réanimation ne permettra pas une récupération hémodynamique » (« *unsuccessful resuscitation* »).

1. Où et qui ?

1.1 Quelles sont les pratiques hors des frontières nationales ?

La distinction des quatre classes de patients selon les critères de la conférence de Maastricht donne lieu à des pratiques de prélèvement distinctes. Les pratiques de prélèvement concernant les patients relevant de la classe III de Maastricht, c'est-à-dire « les personnes pour lesquelles une décision d'un arrêt de traitements en réanimation est prise en raison de leur pronostic », varient selon les pays et au sein de l'Europe. 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. Ainsi, le premier protocole concernant les prélèvements d'organes sur patients décédés après un arrêt cardiaque *contrôlé* a été établi en 1992 au Centre Médical de Pittsburgh. Aux États-Unis, les donneurs de cette catégorie représentent l'essentiel des prélèvements réalisés chez les donneurs en arrêt cardiaque dans le pays (Steinbrook 2007). (voir annexe I). Ce type de prélèvements ont donné lieu à 645 interventions en 2006.

Actuellement en France, seuls les prélèvements sur les patients en état de mort encéphalique et sur les patients DDAC I et II⁴ sont autorisés. Dans un contexte où la référence à la « pénurie » d'organes est un lieu commun de la littérature médicale et du discours politique, la question de l'élargissement des conditions d'éligibilité au prélèvement d'organes se pose de façon récurrente. La France doit-elle autoriser le prélèvement d'organes sur patients DDAC III ? Le contexte national n'est pas le seul dont il faille tenir compte. La non harmonisation des définitions – des catégories de la classification de Maastricht ainsi que des critères de la mort – comme des pratiques de prélèvement en Europe et dans le monde occidental suscite également des difficultés. Nous risquons notamment d'être confrontés à des phénomènes de mise en concurrence comme on le perçoit déjà face à l'inflation quantitativiste menée par certains pays. L'inclusion des patients DDAC III, toutefois, ne va pas sans poser de difficultés.

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

La possibilité d'une extension de l'autorisation légale du prélèvement d'organes pose en premier lieu la question de la catégorie de patients concernés. 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. A ces patients inconscients et gravement cérébrolésés doivent être ajoutés ceux pour lesquels l'arrêt des thérapeutiques procède d'une volonté exprimée par le malade. Il s'agit alors 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 ventilés au long cours, les patients souffrant d'une insuffisance respiratoire chronique ventilée. Ces patients entrent dans la catégorie des donneurs potentiels DDAC III aux États-Unis et en Belgique. En France, pour cette double catégorie de

⁴ C'est-à-dire des patients appartenant aux catégories I et II de la classification de Maastricht. La classe I concerne : « Les personnes qui font un arrêt cardiaque en dehors de tout contexte de prise en charge médicalisée et pour lesquelles le prélèvement d'organes ne pourra être envisagé que si la mise en œuvre de gestes de réanimation de qualité a été réalisée moins de trente minutes après l'arrêt cardiaque ». La classe II concerne : « Les personnes qui font un arrêt cardiaque en présence de secours qualifiés, aptes à réaliser un massage cardiaque et une ventilation mécanique efficaces, mais dont la réanimation ne permettra pas une récupération hémodynamique » (« *unsuccessful resuscitation* »).

patients, aucune interdiction légale de prélèvement n'a été prise⁵. Seul existe un « moratoire » de l'Agence de Biomédecine exprimé dans son protocole du mois de mars 2007, établi conformément à l'article R1232-4-1 2^{ème} alinéa du Décret 2005 - 949 du 2 août 2005 sur le prélèvement d'organes sur donneur à cœur arrêté⁶.

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

Une revue de littérature et une analyse des pratiques montrent que les critères auxquels il est fait référence pour déclarer la mort d'un patient ne font pas l'objet d'une unanimité dans le monde occidental. On le constate déjà dans le cas des patients en état de mort encéphalique puisque 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*). De la même façon et s'agissant des patients DDAC I et II, on observe une variabilité internationale du délai légal entre l'asystolie et la signature du certificat de décès. Dans le cas des patients DDAC III, ce délai est de 2 mn à Pittsburgh, 5 mn au Canada et en France, 10 mn dans d'autres États des États-Unis et en Grande-Bretagne, 20 mn en Suède.

Cette variabilité se double d'une incertitude quant à la définition des catégories de la classification de Maastricht. En effet, à Madrid par exemple, la classification de Maastricht retenue s'écarte de sa description originale (Sanchez-Fructuoso et al. 2006).

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. Ainsi les pays qui définissent l'état de mort encéphalique par la mort du tronc cérébral acceptent plus volontiers le prélèvement d'organes sur patients DDAC III. En outre et comme nous le verrons de façon détaillée, les critères que l'on se donnera et respectera pour déclarer un patient mort seront déterminants, quant à la possibilité de préserver ses organes et de réaliser le prélèvement.

2. Dans quelles conditions un prélèvement est possible sur les patients DDAC III.

Que faut-il mettre en œuvre pour qu'un prélèvement soit, dans ce cas, possible ?

Le retrait des thérapeutiques actives ouvre une phase où la mort par arrêt cardiaque du malade est attendue. Or il arrive souvent qu'une période de lente dégradation de la fonction cardio-circulatoire commence avec toutes les conséquences organiques systémiques afférentes qui engendrent une détérioration progressive des organes potentiellement prélevables. Le temps moyen après lequel survient la mort des patients en réanimation, candidats pour le prélèvement après arrêt cardiaque est de 5 h (Interquartile 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. Dès lors, se pose la question de savoir s'il est légitime ou pas de raccourcir cette période d'ischémie chaude afin de préserver la fonctionnalité des

⁵ Contrairement à la procédure légale très stricte qui encadre les prélèvements d'organes des patients en état de mort encéphalique (décret n°96-1041 du 2 décembre 1996 relatif au constat de la mort préalable au prélèvement d'organes, de tissus et de cellules à des fins thérapeutiques ou scientifiques), l'état de mort encéphalique consécutif à l'arrêt cardiaque, dans le cadre des prélèvements d'organes de patient décédé à cœur arrêté n'a pas été documenté dans la législation française.

⁶ Voir <http://www.agence-biomedecine.fr/presse/rappel-sur-le-protocole-en-vue-d-un-prelevement-apres-arret-cardiaque-1.html> (visité le 14/12/09).

organes. De même, une fois que le cœur de la personne s'est arrêté, combien de temps faut-il attendre avant d'être sûr que cet arrêt soit considéré comme irréversible et que le décès puisse être légalement certifié ?

2.1 La causalité de l'arrêt cardiaque.

Alors que dans le cas des patients DDAC I et II, rien d'intentionnel n'intervient dans cette causation, tel n'est pas le cas pour les patients DDAC III. La causalité de l'arrêt cardiaque peut varier. Elle peut coïncider avec le passage du patient en état de mort encéphalique du fait de l'extubation. Elle peut aussi être due à une hypoxémie, à une hypotension, à l'augmentation de la post-charge par la pose d'une sonde de Fogarty, si la décision de pose d'une circulation régionale normothermique est retenue, comme certains le recommandent.

a) La temporalité des décisions

La prise en compte de la temporalité – et son effet sur les décisions à prendre – joue un rôle décisif. La capacité de prévoir le temps avant la mort par arrêt cardiaque du patient, dont on a limité les thérapeutiques et après que les traitements de support vital ont été retirés, est cruciale⁷. Ce laps de temps détermine en effet le risque de dégradation des organes qui rendra ou non possible la transplantation. Or les critères auxquels il est fait référence pour prévoir ce délai sont discutables⁸.

En amont 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 ? 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. Or une décision d'extubation ne peut être prise rapidement que dans quelques cas spécifiques comme pour les patients anoxiques. Avant le troisième jour de prise en charge, aucun pronostic des lésions cérébrales ne peut être établi avec certitude.

b) 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). On connaît également les prélèvements cardiaques réalisés aux États-Unis sur trois nouveaux-nés en anoxie cérébrale (Boucek et al. 2008) extubés sous sédation « standardisée » et décédés d'arrêt cardiaque. La question de l'accélération du processus conduisant à l'arrêt cardiaque, qui ne survient pas dans le prélèvement de patients DDAC I, II et IV, prend

⁷ L'Université du Wisconsin (UW) a élaboré un instrument permettant de déterminer la probabilité de la mort cardio-respiratoire au cours des 90 mn suivant le retrait des traitements de support vitaux mais il a été largement critiqué (Rady et al., 2008, p. 304). En outre, il n'est pas certain que les outils d'évaluation de la probabilité de la mort cardio-respiratoire après le retrait des traitements de support vitaux puissent être utilisés pour tous les patients, qu'il s'agisse de patients gravement cérébrolésés ou de patients sans lésion neurologique mais qui se trouvent en phase terminale de maladies

⁸ Voir le calcul du score United Network for Organ Sharing (UNOS) définis sur des critères hémodynamiques et respiratoires. A partir de 3, probabilité d'ACR qui suit l'heure de l'extubation de 88%. Ceci concernerait 8% des patients extubés dans la population décrite. Voir United Network for Organ Sharing (<http://www.unos.org/policiesandbylaws/bylaws.asp?resources=true>, consulté le 29/11/09). Bylaws Appendix B Attachment III-DCD Recovery Protocol Model Elements (http://www.unos.org/policiesandBylaws2/bylaws/UNOSByLaws/pdfs/bylaw_145.pdf, consulté le 29/11/09). Pour une critique de ces critères, voir DeVita et al. (2008).

plusieurs formes dans le cas des patients DDAC III. Tout d'abord, elle impose en lieu et place d'une évolution, de type naturel vers la mort, une évolution provoquée dont on peut douter qu'elle soit par exemple sans effet sur les processus de deuil des proches.

Cette accélération du processus morbide peut convoquer plusieurs types de techniques. On peut recourir à une sédation, à des hypotenseurs – comme on le fait aux États-Unis –, à l'utilisation de curares, à la diminution de la ventilation artificielle. On peut aussi mettre en place une circulation régionale normothermique (CRN) avec la sonde de Fogarty qui augmente la post-charge cardiaque et précipite le patient vers l'arrêt cardiaque réfractaire (ACR). De la sorte les questions de délai se trouvent contournées puisque cette technique permet que les organes demeurent perfusés.

c) La gestion du donneur mort après le retrait des soins de support vital.

Se pose également une question cruciale : 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 États-Unis⁹ ? Certains proposent de reconduire le patient à la salle de préparation (*prearranged room*) et de lui dispenser des soins de confort (Dr. William Meyer, Kern Medical Center (Baskerville, Canada)¹⁰). D'autres suggèrent de mettre un terme à la procédure de prélèvement, lorsque le délai maximum de deux heures entre l'arrêt de la ventilation et l'arrêt cardiaque est dépassé (voir le manuel de prélèvements d'organes à partir de donneurs à cœur non battant de l'Université de Louvain).

2.2 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. Ainsi 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. Comme nous l'avons précédemment évoqué, ce délai est de 10 mn dans certains États des États-Unis et en Grande-Bretagne.

L'« irréversibilité » s'entend doublement. On parle d'une irréversibilité forte face à un arrêt cardiorespiratoire et à un état de mort encéphalique persistant au-delà des efforts déployés pour restaurer la circulation corporelle, la respiration et les fonctions cérébrales. On constate l'irréversibilité alors même que toutes les mesures ont été prises pour tenter la réanimation. En revanche, on parle d'une irréversibilité « faible » lorsqu'elle est définie par l'intention des médecins de ne pas procéder à une réanimation. Cette interprétation faible de l'irréversibilité peut néanmoins être nuancée – et se trouve aujourd'hui davantage utilisée : on considère alors que la réanimation *ne doit pas* être entreprise plutôt qu'elle *ne le sera pas* (voir Bernat 2008, Curfman et al. 2008, Veatch 2008, Truog et Miller 2008).

⁹ Données non publiées de la New England Donor Databank

¹⁰ « Donation After Cardiac Death », Powerpoint, p. 13.

2.3 L'acceptabilité professionnelle de la pratique.

a) Qui fait les gestes ?

Les actes précédemment décrits, notamment ceux susceptibles d'accélérer le processus conduisant le patient vers la mort, devront être réalisés par des soignants. La question se posera inévitablement de la gestion du donneur par le personnel soignant, après le retrait des soins de support vital et évoluant vers l'arrêt cardiaque. Elle se ramifie en plusieurs interrogations : qui réalise les actes (débranchement du ventilateur, extubation, réduction progressive de l'oxygène, etc.) ? 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) ? Doit-on établir un protocole national décrivant des étapes à respecter ainsi qu'une distribution précise des tâches parmi les personnels des services concernés ?

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 ?

b) La souffrance des soignants.

Dans ces situations, la souffrance des soignants ne doit pas être sous-estimée (voir Verheijde et al., 2007, p. 3). Elle est déjà documentée dans des situations de fin de vie où l'évolution du patient suscite moins de discussions éthiques. Les actes qui accélèrent l'évolution vers la mort du patient comportent en effet des coûts indéniables pour le personnel soignant (Siminoff et al. 2004). Certaines études attestent, parmi les soignants, le sentiment que pour les patients DDAC III, l'état de mort n'est pas atteint (D'Alessandro et al., 2008, p. 1079).

c) Jusqu'où accepte-t-on d'aller dans l'évolution des pratiques médicales ?

Au vu de ces coûts qui ne sont toutefois pas précisément évalués et sans même convoquer l'argument de la « pente glissante », il reste à s'interroger sur la question des limites que les soignants s'imposent dans leurs propres pratiques et du terme jusqu'auquel on accepte d'aller dans l'évolution des pratiques médicales.

3. Les conflits d'intérêt sous-jacents à l'inclusion des patients DDAC III dans le prélèvement.

3.1 Les conflits d'intérêt entre professionnels de santé

Une partie des coûts psychiques que subiront les soignants du fait de cette inclusion est imputable aux conflits d'intérêt que le prélèvement d'organes sur patients DDAC III engendrera. Ces conflits concernent en premier lieu les professionnels de santé. Indéniablement, ils existent déjà s'agissant du prélèvement sur patients en état de mort encéphalique, lorsque le passage en état de mort encéphalique résulte de l'absence d'escalade thérapeutique (« *withholding* ») et du fait des enjeux liés à la temporalité mais que l'on évite partiellement si le passage en mort encéphalique se fait dans un délai bref, après la décision de non escalade thérapeutique. De même, un recensement exhaustif des patients susceptibles de devenir des donneurs potentiels, dans le cadre de programme comme le « Cristal action », semble éthiquement acceptable. Dans le cas des patients DDAC I et II, les conflits d'intérêts peuvent être contournés, si l'on s'en

tient à des indications restrictives, claires et efficaces s'agissant des dispositifs d'oxygénation extracorporelle (ECMO) posés pour raisons thérapeutiques.

En revanche, les conflits sont plus saillants pour les patients DDAC III. Non seulement la mort survient dans le cadre d'un processus de « *withdrawing* » mais aucun des patients cérébrolésés concernés n'a comme alternative à l'extubation la mort. Dans la très grande majorité des cas, l'alternative est un état pauci-relationnel ou plus rarement un état végétatif. En outre, un recensement des patients donneurs potentiels dans cette catégorie 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. L'ensemble de ces conflits d'intérêts peut enfin être source de pressions sur les soignants et les équipes.

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

a) Pluralité des conflits

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.

En revanche, ce type de conflit est évité dans le cas de patients DDAC I et II, dans la mesure où le prélèvement ne peut être effectué qu'une fois le certificat de décès signé pour un patient chez lequel l'arrêt circulatoire a précédé la procédure. S'agissant des patients DDAC III, 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.

Ces conflits se donnent à saisir dans les interrogations et dilemmes moraux suivants : tout ce qui devait être fait pour le patient a-t-il été fait ? On peut parer à cette première interrogation dès lors que les proches peuvent être les témoins de ce que tout ce qui pouvait être fait pour le patient l'a été. Tel est le cas pour les patients DDAC I pour lesquels les proches ont assisté aux manœuvres de réanimation à domicile, c'est-à-dire pour 60 à 70 % des donneurs décédés après arrêt cardiaque transférés à l'hôpital Saint-Louis (Paris) par exemple. Les intérêts vitaux du donneur potentiel ont-ils été pris en compte sans que ne prévale le souci d'un potentiel prélèvement ? Ce donneur a-t-il bien été considéré comme une fin dans le processus thérapeutique ? Certains mettent déjà en évidence une tendance internationale à faire prévaloir les intérêts du receveur sur ceux du donneur et son consentement, y compris pour les patients n'entrant pas dans la catégorie DDAC III (Spital 2003). Les soins et les actes pratiqués le sont-ils en vue d'augmenter les opportunités de dons ? 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. On initie alors un processus d'obstination thérapeutique

stratégique, visant à maximiser les potentialités du don¹¹. Là encore, la temporalité intervient. Ce qui est acceptable dans une temporalité brève peut paraître instrumental dans une temporalité longue.

b) Le cas des patients en soins intensifs et le respect de l'éthique palliative.

Le conflit d'intérêts entre donneurs et équipe de soins est accru, lorsque le donneur n'est pas un patient cérébrolésé mais se trouve en unité de soins intensifs. Il est plus aigu encore, lorsque le patient décède non plus d'un arrêt des thérapeutiques actives mais des suites d'une euthanasie active, réalisée de la main d'un soignant comme on en trouve des exemples en Belgique ou en Californie, à travers des cas de suicides assistés de patients porteurs de pathologies neurologiques chroniques telles que la sclérose latérale amyotrophique (SLA), la sclérose en plaques ou de dons provenant de patients tétraplégiques C1-C2 réclamant un arrêt de traitement, par exemple. On ne peut sous-estimer, dans ces processus de fin de vie, la force d'influence du médecin sur son patient (Pelluchon 2009). Le risque existe donc que la mise en œuvre de la pratique du DDAC III, dans les hôpitaux, creuse un fossé entre la garantie et la délivrance de soins compassionnels aux patients en fin de vie et en phase terminale de leur maladie et le bénéfique qui peut être tiré du prélèvement d'organes sur ces patients.

Quelles garanties pourraient et devraient être ici apportées ? Certaines institutions ont autorisé que des coordinateurs d'institutions de prélèvement procèdent à des recensements, en réanimation, avant tout recueil du consentement (pour le prélèvement) et sans que les familles soient informées de la démarche (Salim et al. 2007). D'ores et déjà des pratiques institutionnelles, identifiables liées à certains facteurs – autres que les caractéristiques du patient, sa maladie, ses préférences – tendent à commander l'utilisation de soins de supports vitaux plutôt que le recours à des soins palliatifs en fin de vie (Zingmond et al. 2005). De même, on sait qu'il est techniquement possible de favoriser la mort encéphalique de ce type de patient, aux dépens de la mort cardiaque, et par conséquent de susciter – plutôt que pas – les conditions légales requises pour le prélèvement d'organes (voir Lara 2000).

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. Ainsi 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. Or ce type de pratiques peut avoir des conséquences négatives sur la temporalité et la qualité des soins palliatifs de fin de vie, ces effets étant spécifiquement induits par la perspective du don d'organes (Rady et al. 2007). 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, visé par des normes cliniques, culturelles et éthiques et appelé de leurs vœux par les patients et leurs proches (Field et Cassel 1997).

Il est vrai que pour les patients en état de mort encéphalique l'éthique du soin a été adaptée à ces situations très spécifiques. La possibilité du prélèvement a considérablement modifié le traitement des patients et des corps. Alors que la question du respect de l'éthique des soins palliatifs ne se pose pas concernant les patients DDAC

¹¹ *A contrario*, on ne peut négliger le fait que si l'on adopte une démarche maximaliste pour le patient en réanimation et qu'il décède après une réanimation de six semaines, on peut *a posteriori* penser qu'il aurait mieux valu privilégier un processus de prélèvement d'organes. La délicate question porte ici sur les moyens de donner à chaque patient une chance équitable de survie.

II, elle est au cœur de la réflexion sur l'extension de l'autorisation de prélèvement sur des patients DDAC III. Se dessine en effet le risque que la nécessité de fournir des organes utilisables nuise à la qualité et au type de soins donnés en fin de vie. La perspective du don d'organes modifie, incontestablement, le contexte de la mort de la personne, ce qui a également des incidences sur ce que vivent, dans ces moments difficiles, ses proches. 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 ?

Sans même entrer dans l'analyse précise et quantitative des dérives potentielles par ailleurs documentée (Bayley 2009¹²), il est manifeste que l'inclusion des patients DDAC III dans le prélèvement engendrera un conflit de prévalence entre la logique palliative et la logique du prélèvement d'organes qui peut néanmoins aussi être décrite en termes de préservation de vies humaines ou de bénéfice social du don d'organes.

c) Difficultés induites dans le rapport des soignants aux proches

L'autorisation de ce type de prélèvement sera source de complexité 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 certes également délicate pour les patients en état de mort encéphalique et pour les patients DDAC I et II (Antoine et al. 2005). Mais, elle est clairement plus lourde concernant le donneur DDAC III. Quel est alors, pour les proches des patients DDAC III, le « moment opportun » pour parler du prélèvement ?

Cette préoccupation ne peut être introduite dans l'urgence extrême¹³ ni sous la pression. 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. Toutefois, on peut douter que ce « moment opportun », pour parler du prélèvement, soit le même pour les soignants et pour les proches. La limite d'une semaine est-elle une bonne temporalité pour ces derniers ? Un temps plus long ne serait-il pas plus adapté – risquant également de faire s'évanouir les possibilités du prélèvement¹⁴ ? Dans l'annonce de l'état du patient, que dit-on – pour autant que l'on assume les difficultés précédemment évoquées sur le moment de la mort : dit-on qu'il est *mort* ou qu'il *sur le point de mourir* ? Quoiqu'il en soit des réponses apportées à ces interrogations, il est indispensable de pouvoir garantir aux proches une transparence sur le lieu et le moment de la déclaration de la mort.

S'agissant des patients DDAC I et II, le décalage entre la réalisation de gestes ou l'administration de substances préservant la possibilité du prélèvement d'organes (mise en place des sondes de Gillot ou d'une circulation régionale normothermique, détermination des sérologies virales et du groupe HLA), sans que la position du donneur

¹² Carol Bayley, dans une étude du *Catholic Healthcare West* montre qu'en Californie, 35 000 personnes se trouvent en état végétatif et que deux tiers des neurologues approuveraient un prélèvement sur ces patients.

¹³ On observe que la formulation d'une demande d'autorisation de prélèvement, alors que les proches sont sous le choc de l'arrêt cardiaque non contrôlé d'un familier (*i.e.* de patients DDAC I et II) induit des refus systématiques (voir le protocole du Regional Organ Bank of Illinois (ROBI) et DeVita et al. 1995, p. 26).

¹⁴ On ne peut pas omettre le fait que les proches puissent avoir le sentiment, en acceptant le prélèvement, de prendre une part active dans la mort du patient.

potentiel ne soit connue ni que ses proches aient été consultés, est source de difficultés morales et de complexités dans les échanges entre soignants et proches. Cette question trouve également une pertinence pour les autres types de patients. Distinguons alors, d'une part, l'administration de traitements avant la déclaration du décès et, d'autre part, l'administration de traitements avant d'avoir vu les familles. Dans le second cas et pour les patients en état de mort encéphalique, on procède à l'administration de traitements simples et non supplémentaires (sauf s'agissant de la Noradrénaline en cas d'hypotension et de la desmopressine en cas de diabète insipide). Pour les patients DDAC I et II, la circulation extracorporelle normothermique régionale (CRN) constitue, incontestablement, une intervention invasive sur le patient avant même que n'aient été rencontrés ses proches.

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

Dans le cas des patients conscients et demandant l'arrêt des thérapeutiques, 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. Les soignants eux-mêmes mettent en doute, du fait de leur pratique quotidienne, l'autonomie de patients très dépendants du corps médical, comme on peut l'être dans le cas de ces pathologies pour lesquelles la vie serait entièrement dépendante de techniques de support vital. Dans quelle mesure le consentement peut-il être ici vraiment éclairé, c'est-à-dire informé ? Très peu d'études ont, en outre, été réalisées depuis que des prélèvements d'organes ont été entrepris sur des patients conscients après arrêt des traitements. Nous manquons d'informations et de recul analytique sur les conditions dans lesquelles le consentement a été donné.

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. Quel type de consentement doit-on retenir ? Que fera-t-on alors pour les personnes n'ayant pas la capacité de décider et avec les personnes dont on ignore l'identité ? 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.

4. Coûts et bénéfices : l'évolution des pratiques de prélèvement en France en vaut-elle la chandelle ?

4.1 Combien d'organes peut-on espérer recueillir de l'autorisation du DDAC III en France ?

Quels bénéfices souhaite-t-on obtenir pour admettre comme acceptable cette évolution des pratiques médicales ? 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 ? Combien de sujets potentiels seraient-ils en France vraiment concernés, si l'on tient également compte d'un taux d'échec de 50 % et de la faible représentation des patients cérébrolésés sans défaillance multiviscérale ni pathologie maligne dans la population des patients, pour lesquels un arrêt des thérapeutiques actives est décidé aujourd'hui en réanimation. 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 donateurs en état de mort encéphalique (DDME) de 30 à 20 % ? On ne pourra répondre à cette question

qu'une fois qu'auront été déterminés avec précision les types de patients éligibles pour cette procédure. Si l'on ne l'autorise que pour les patients dans le coma par anoxie cérébrale après arrêt cardio-respiratoire (ACR) sans N2O ni sédation lors de la première semaine d'hospitalisation, ils ne seront que quelques centaines. Ils seront en revanche des milliers si l'on inclut, dans le prélèvement, les patients cérébrolésés ayant un mauvais pronostic neurologique. La survenue rapide de l'arrêt cardiaque devra alors être favorisée d'une façon ou d'une autre, le temps d'ischémie chaude étant trop long, le cas échéant, pour envisager un prélèvement. Ceci ne sera cependant envisageable que lorsque des techniques de pronostication du devenir neurologique, utilisables rapidement dans le cours évolutif de la maladie, auront été mises au point. En contrepartie de ces bénéfices, quels sont les coûts identifiables du prélèvement sur ces patients, sur leurs proches, sur les équipes, et plus largement sur l'ensemble de la chaîne du prélèvement d'organes ?

4.2 Les coûts

Nous les avons pour partie évoqués précédemment, ils sont de diverses natures. Ils pèsent sur les équipes et les proches, et incluent également le risque médiatique. Dans le premier cas, les coûts se traduisent en termes de mobilisation significative des équipes au-delà de la mise en évidence, précédemment suggérée, de la souffrance des soignants dans ce contexte.

S'agissant des familles confrontées à l'état de mort encéphalique d'un proche ou d'un familial, les conséquences du prélèvement ne sont pas clairement identifiées comme négatives car 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, mais ils semblent limités. Les taux de refus escomptés sont réduits et similaires au cas de la mort encéphalique. Cette absence d'évaluation prévaut encore pour les familles de patients DDAC III.

Il faut enfin tenir compte de la possible influence négative des médias – déjà avérée pour le prélèvement sur patients en état de mort encéphalique – et du fait que chaque question ou affaire litigieuse, en matière de prélèvement d'organes soulevée par la presse, réduit de façon significative pour les quelques années qui suivent l'incident, les dons.

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

Dans le cas du prélèvement sur patients en état de mort encéphalique, le rapport coûts/bénéfices est positif. Il l'est également pour les patients DDAC I et II surtout lorsqu'est utilisée la CRN. La mobilisation des équipes pour ces interventions pose cependant la question de l'allocation équitable des ressources, au sein des services hospitaliers concernés. En revanche, pour les patients DDAC III, il se pourrait bien que le jeu soit à somme nulle voire à somme négative.

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. S'agissant de ces derniers, ce risque est aujourd'hui en revanche limité. Il persiste pour le prélèvement sur patients DDAC I et II mais n'a pas été évalué. Il est enfin certainement plus important, dans le cas que nous analysons, en particulier si le dissensus, sur la question, est médiatisé.

4.3 L'acceptabilité sociale de la pratique.

En effet, 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. Pour les patients DDAC III, plusieurs éléments interviennent relevant à la fois des imaginaires sociaux et des représentations culturelles (Lebreton 2008) comme du cadre législatif actuel en lien, en l'occurrence, avec le vote récent de la loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie.

En premier lieu, l'application des normes et la promotion des valeurs, d'un groupe social, sont largement tributaires de la perception et de la description des faits concernés (par exemple et dans un autre domaine, de l'avortement comme un crime interdit par Dieu ou comme une chose acceptable) mais aussi de la manière dont s'engage la délibération à propos de la réponse à adopter face à une situation donnée. En d'autres termes, la façon dont le débat sera engagé et les termes et descriptions qui seront mobilisées auront un effet décisif sur l'acceptation de l'inclusion des patients DDAC III dans le prélèvement d'organes.

En outre, on s'interrogerait à profit sur l'opportunité 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 2005 qui, de surcroît, se trouve encore mal ou insuffisamment appliquée et toujours mal comprise¹⁵. A une époque où le prélèvement sur patients en état de mort encéphalique est largement accepté socialement, il est fondamental de préserver la confiance que la société peut avoir dans les garanties apportées au prélèvement d'organes par ses institutions politiques, publiques et de santé.

Il n'est pas certain enfin que la France dispose d'un cadre législatif favorable à cette inclusion. On constate en effet qu'un cadre législatif favorable ou non à l'euthanasie a une influence sur la priorité accordée au type de patients prélevés (voir annexe I). Comme l'exprime la loi du 22 avril 2005, notre société n'a pas fait le choix de l'euthanasie.

4.4 L'acceptabilité morale de la pratique.

a) Utilitarisme et efficacité

D'un point de vue moral, plusieurs arguments sont en lice. A l'argumentaire de la « pente glissante » font face les arguments utilitaristes et d'efficacité dont on présuppose bien souvent l'incontournabilité. Dès lors que l'on accepte de se placer dans un cadre (ou un référentiel) moral, on peut douter que les arguments d'efficacité puissent réellement être mis en balance avec des arguments éthiques (Tugendhat 1998, p. 9-10). 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. En outre, on

¹⁵ Voir le « Rapport n° 1287 d'information fait au nom de la mission d'évaluation de la loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 », tome II, présenté par J. Léonetti à l'Assemblée Nationale, <http://www.assemblee-nationale.fr/13/pdf/rap-info/i1287-t2.pdf>.

ne peut prétendre aujourd'hui être parvenu à une optimisation complète des procédures de prélèvements déjà existantes (Riou 2010). En d'autres termes, la référence à l'efficacité ne peut être convoquée de façon univoque. 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. On sait en particulier que plusieurs milliers de patients pourraient rentrer dans les procédures DDAC I et II, qui sont parfaitement adaptées à notre système de santé, en particulier du fait des réseaux d'urgences et de SAMU que la France a mis en place et qui font une des particularités de notre système de soins. Optimiser le système existant permettrait d'éviter la transgression de principes moraux.

b) Les phénomènes de concurrence

Il est certain que les phénomènes de concurrence entre pays occidentaux et l'inflation quantitativiste, menée par certains d'entre eux, engendre une situation indésirable. L'ampleur de cet argument peut néanmoins être doublement limitée. Pour une part, très peu d'études ont été menées depuis que des prélèvements d'organes ont été réalisés sur les patients DDAC III. Nous manquons de recul scientifique sur ces pratiques. Rien ne nous oblige, d'ores et déjà, à la légaliser en France. De surcroît, cette législation coïncide avec un choix social impliquant une attitude spécifique à l'égard de certains principes moraux, à l'égard des patients sur le point de mourir ainsi qu'un positionnement spécifique face à l'éthique palliative. En particulier, on ne peut répondre avec certitude à la question de savoir si cette modification des pratiques ne contrevient pas aux principes de non-malfaisance, de respect de l'intégrité physique, à l'autonomie du patient.

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).

c) La publicité des actes

Quels que soient les choix sociaux qui seront réalisés, il est nécessaire qu'un critère de publicité des actes soit strictement respecté : peut-on justifier auprès de tiers les actes pratiqués, en vue d'un prélèvement d'organes, sur les patients DDAC III ? Les actions réalisées peuvent-elles être clairement expliquées et justifiées devant un soignant, un proche, un juge comme l'exige par exemple la loi du 22 avril 2005 ?

5. Ouvrir le débat

Ces difficultés exposées, il demeure nécessaire de s'interroger sur les conditions auxquelles ce type de prélèvement pourrait être introduit en France. Soulignons, de façon préliminaire, que les envisager revient néanmoins, pour partie, à l'accepter sous couvert que certaines garanties soient fournies. L'inclusion des patients DDAC III dans le prélèvement requiert de considérer les modalités du consentement et la règle du « donneur mort ».

5.1 Modalités d'une introduction potentielle de la pratique en France

1) Le consentement

Quelle forme de consentement faut-il retenir, si cette pratique est adoptée en France ? Faut-il retenir l'interprétation souple du consentement présumé, où le donneur n'a déclaré aucune opposition au prélèvement mais qui n'exclut pas que l'avis des proches soit considéré ? Dans notre pays, prévaut la règle du consentement implicite qui constitue une référence pour le prélèvement de patients en état de mort encéphalique ou DDAC I et II. Dans les faits, ce sont le plus souvent les proches qui prennent la décision.

En revanche, dans le cas des patients DDAC III, en particulier conscients, plusieurs questions se posent : comment garantir l'autonomie du patient dans ces conditions ? Dans quelle mesure le consentement du patient conscient, qui demande l'arrêt de son support ventilatoire, est-il vraiment éclairé ou informé ? Ne transgresse-t-on pas les limites légales de l'autonomie dans la mesure où personne ne pourrait consentir à sa propre mort (Verheijde et al. 2007, p. 4) ? Pourtant une dissymétrie évidente affecte la prise en compte des arguments des uns et des autres : on ne remet pas en doute, le plus souvent, le consentement ni les raisons des patients qui veulent continuer de vivre, dans quelles que conditions que ce soit (Ogien 2009, p. 123-125). D'autres encore défendent la thèse selon laquelle l'inclusion de ces patients dans le prélèvement, sous condition du recueil d'un tel consentement, pourrait s'interpréter en termes d'autonomie des patients concernant leur fin de vie. Si pour un patient qui ne serait pas conscient, on s'en remet aux proches, la question de l'information et du « consentement éclairé » demeurent.

Plus fondamentalement et quelle que soit son origine, l'obtention et la référence au consentement suffisent-ils à justifier la pratique et son acceptabilité *morale*¹⁶ ? Une issue à ces questions serait que, dans la mesure où persistent ici des incertitudes médicales et éthiques, le processus de recueil du consentement pourrait, dans ce cas précis, prendre des formes spécifiques et distinctes du prélèvement sur patient en état de mort encéphalique ou DDAC I et II.

2) La règle du « donneur mort »

Pour les raisons techniques que nous avons précédemment détaillées, le prélèvement sur patients DDAC III pourrait mettre en question la règle du « donneur mort » et ouvrir l'éventualité d'y renoncer, dans ce cas spécifique au moins. Doit-on abandonner cette règle ? Faut-il y faire une *exception* pour certains patients ? Une évolution dans les règles françaises actuelles amorcerait un « changement de paradigme » (Verheijde et al. 2007) en matière de don d'organes.

Plusieurs auteurs proposent explicitement de l'abandonner (Truog et Robinson 2003, Nicolas-Robin 2009). Verheijde et al. récusent même que lorsque la probabilité de la réanimation est négligeable, la règle du donneur mort soit violée (Verheijde et al. 2007, p. 3). 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. Dans cette perspective, 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

¹⁶ Voir la décision du Conseil d'État du 27 octobre 1995, concernant les arrêtés municipaux interdisant les lancers de nains.

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 ? Faut-il introduire la condition du consentement explicite ou un choix obligatoire (Verheijde et al. 2007, p. 3), dans ce cas particulier, pour protéger le droit des patients à accepter ou à refuser le don d'organes.

D'un point de vue éthique, on sait que les difficultés d'application des normes sont souvent liées à des manières alternatives et également crédibles, à première vue, de qualifier les faits émergents au regard des catégories préexistantes. Sont identifiables des effets propres, suscités par la qualification de nouvelles pratiques, par exemple de prélèvement d'organes. 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. Incontestablement, ce choix peut néanmoins être une conséquence d'évolutions spontanées de et dans la société, comme on l'a observé aux Pays-Bas, en Belgique et dans certains États des États-Unis, ou s'agissant de l'autorisation d'autres pratiques médicales.

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

Si toutefois le Législateur se prononçait, en faveur du prélèvement d'organes sur patients DDAC III, sans même que n'en soit induit un abandon de la règle du « donneur mort », plusieurs conditions devraient être absolument respectées.

a) Définir un champ très restreint de patients éligibles

En premier lieu, il serait souhaitable de définir un champ très restreint de patients éligibles. Cette extension du prélèvement pourrait concerner l'anoxie cérébrale sans N20, le traumatisme crânien avec contusions bilatérales et symétriques du tronc cérébral, l'hématome du tronc cérébral, l'hématome profond avec destruction du thalamus homolatéral et hémorragie intra-ventriculaire massive (Puybasset 2009).

b) Une autorisation conditionnelle

Il semble en second lieu nécessaire que l'autorisation de ce type de prélèvement soit, dans un premier temps au moins, conditionnelle. Elle pourrait intervenir dans le cadre d'un moratoire, comme l'a été l'autorisation de l'expérimentation sur les cellules souches embryonnaires avec destruction, dans le cadre des premières lois dites de bioéthique.

c) Un protocole expérimental

Après le recueil des recommandations des sociétés savantes et la recherche d'un consensus entre ces sociétés et les représentants des usagers, un protocole national pourrait être adopté, à titre expérimental et sur des sites pilotes déjà ouverts, selon les modalités proposées en annexe II. Cette procédure, encadrée au plan médico-judiciaire, serait régie par un décret d'application du Conseil d'État. Elle reposerait notamment sur la consultation d'un fichier national, un contre seing de l'Agence de Biomédecine (ABM) et la centralisation des pièces pronostiques à l'ABM.

Une telle procédure serait ainsi à la fois transparente pour l'ensemble de la société française et constituerait une garantie aussi bien pour les familles et la société civile que pour les médecins à l'égard de risques de dérives dans leurs pratiques de soins. L'encadrement médico-judiciaire de la procédure de prélèvement d'organes sur patients en état de mort encéphalique est aujourd'hui parfaitement garanti par les coordinatrices

qui veillent à l'application du protocole. Le même type d'exigence doit prévaloir dans le cas du prélèvement d'organes sur patients DDAC III.

Conclusion

L'analyse que nous avons proposée avait pour objectif de systématiser les difficultés, notamment morales, induites par le prélèvement d'organes sur patients DDAC III. 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.

Références

Antoine, S. Cohen, E. Luccioli, J.J. Colpart, « Prélèvements d'organes à cœur arrêté », in Géry Boulard, *Prise en charge des sujets en état de mort encéphalique dans l'optique du prélèvement d'organes et de tissus*, Paris, Elsevier, 2005, p. 337-346.

Bayley, Carol, « Brain Death », VP Ethics and Justice Education, Catholic Healthcare West,

http://www.chwhealth.org/Who_We_Are/Ethics/ssLINK/STGSS044874, consulté le 06/12/09.

Bernat, J. L., The Boundaries of Organ Donation after Circulatory Death, *New England Journal of Medicine*, 359; 7, 2008: 669-671.

Boucek, Mark M., et al., Pediatric Heart Transplantation after Declaration of Cardiocirculatory Death, *New England Journal of Medicine*, 359; 7, 2008: 709-714.

Curfman, G. D. , et al., Cardiac Transplantation in Infants, *New England Journal of Medicine*, 359; 7, 2008: 749-750.

D'Alessandro, A. M. ; Peltier, James W. ; Phelps, Joseph E., « Understanding the antecedents of the acceptance of donation after cardiac death by healthcare professionals », *Crit Care Med* 2008, vol. 36, n° 4, p. 1075-1081.

DeVita, M. A., J. V. Snyder, et al. (1995). « History of organ donation by patients with cardiac death ». *Procuring Organs for Transplant: The Debate over Non-Heart-Beating Cadaver Protocols*. R. N. Arnold, S. J. Youngner and R. Schapiro. Baltimore, The Johns Hopkins University Press, 15-31.

DeVita M. A. et al., Donors After Cardiac Death: Validation of Identification Criteria (DVIC) Study for Predictors of Rapid Death, *American Journal of Transplantation* 2008; 8: 432-441.

Field M, Cassel C. *Approaching Death: Improving Care at the End of Life*. Washington, DC: National Academies Press; 1997.

Guibet Lafaye, C., et Picavet, E., « L'éthique médicale au risque du débat bioéthique et la réponse normative à l'innovation », *Revue Philosophique de Louvain*, Louvain-la-Neuve, 2010.

Gruat, R., « Étude critique des critères de Maastricht », in L. Puybasset (dir.), *Enjeux éthiques en réanimation*, Springer-Verlag, 2010.

Lara, Mercedes, « Donor Action en la Comunidad Autónoma de Castilla y León ». Communication présentée au *Ist Congress of Nephrology in Internet*, Burgos, 9 Mars 2000,

<http://www.uninet.edu/cin2000/conferences/MLara/mlara1/index.htm> (visité le 24 avril 2007).

- Lebreton, David, *La chair à vif*, Paris, Editions Métailié, 2008.
- Matesanz, R., *El milagro de los trasplantes*. Madrid, La esfera de los libros, 2006.
- Nicolas-Robin, A., « De la neuroréanimation à la réanimation d'organes », Mémoire pour l'obtention du Master « Éthique, science, santé et société », 2^{ème} année à la Faculté de médecine – Université Paris-Sud XI, 2009.
- Ogien, R., *La vie, la mort, l'État. Le débat bioéthique*, Paris, Grasset, 2009.
- Pelluchon, C., *L'autonomie brisée*, Paris, PUF, 2009.
- Puybasset, L., Audition pour la Mission d'information sur la révision des lois bioéthiques du 30 juin 2009,
<http://www.assemblee-nationale.fr/13/commissions/bioethique/bioethique-20090630-2.asp>, consulté le 06/12/09.
- Rady MY, Verheijde JL, McGregor J. Non-heart beating or cardiac death organ donation: why we should care. *J Hosp Med*. 2007; 2: 324-334.
- Rady Mohamed Y., Joseph L. Verheijde et Joan McGregor, Organ Procurement After Cardiocirculatory Death: A Critical Analysis, *J Intensive Care Med* 2008; 23; 303-312.
- Ranjan D, Schmonsky K, Johnston T, Jeon H, Bouneva I, Erway E. Financial analysis of potential donor management at a Medicare-approved transplant hospital. *Am J Transplant*. 2006; 6: 199-204.
- Revelly J-P, Imperatori L, Maravic P, Schaller M-D, Chiolo R. Are terminally ill patients dying in the ICU suitable for non-heart beating organ donation? *Intensive Care Med*. 2006; 32: 708-712.
- Riou, B., « Prélèvement d'organe et Maastricht 3 : la position d'un médecin français », in L. Puybasset (dir.), *Enjeux éthiques en réanimation*, Springer-Verlag, 2010.
- Salim A, Brown C, Inaba K, et al. Improving consent rates for organ donation: the effect of an inhouse coordinator program. *J Trauma*. 2007; 62: 1411-1415.
- Sanchez-Fructuoso, Ana I., et al., « Victims of cardiac arrest occurring outside the hospital : a source of transplantable kidneys », *Annals of internal medicine*, 2006, 145: 157-164.
- Siminoff, L. A., et al., « Death and organ procurement: public beliefs and attitudes », *Social Science & Medicine* 59, 2004, p. 2325-2334.
- Spital A., Conscriptioin of cadaveric organs for transplantation: neglected again. *Kennedy Inst Ethics J* 2003; 13: 169-74.
- Steinbrook R, Organ donation after cardiac death, *New Eng J Med*, 2007;357:209-213.
- Truog RD, Robinson WM: Role of brain death and the dead donor rule in the ethics of organ transplantation. *Crit Care Med* 2003, 31: 2391-6.
- Truog, R.D., Franklin, G.M., The dead donor rule and organ transplantation, *New England Journal of Medicine*, 359; 7, 2008: 674-675.
- Tugendhat, E., *Conférences sur l'éthique*, Paris, PUF, 1998.
- Veatch, R. M., Donating Hearts after Cardiac Death – Reversing the Irreversible, *New England Journal of Medicine*, 359; 7, 2008: 672-673.
- Verheijde, J.L., Rady Mohamed Y., et McGregor Joan, « Recovery of transplantable organs after cardiac or circulatory death : Transforming the paradigm for the ethics of organ donation », *Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine* 2007, 2:8.
- Ysebaert D, Van Beeumen G, De Greef K, Squifflet JP, Detry O, De Roover A, Delbouille MH, Van Donink W, Roeyen G, Chapelle T, Bosmans JL, Van Raemdonck D, Faymonville ME, Laureys S, Lamy M, Cras P (2009). Organ procurement after euthanasia: Belgian experience. *Transplant Proc* 41:585-6.
- Zingmond DS, Wenger NS. Regional and institutional variation in the initiation of early do-not-resuscitate orders. *Arch Intern Med*. 2005; 165: 1705-1712.

Annexe I

2006	Nombre de donneurs DDAC	% par rapport à l'ensemble des donneurs	% des Maastricht 3 par rapport aux patients DDAC	Taux de donneurs par mort cérébrale, pmh	% de donneurs vivants par rapport à l'ensemble des greffes (2007)
Belgique	38	11 %	84 %	28,1	8,6 %
Pays-Bas	191	45 %	93 %	16,9	43,7 %
Royaume-Uni	237	19 %	82 %	13,2	36,3 %
Espagne	147	5 %	0 %	34,3	6,2 %

Les prélèvements sur des patients DDAC III représentent 82 % des prélèvements à cœur arrêté en Angleterre, 84% en Belgique, et 93% aux Pays-Bas. En revanche, l'Espagne a quasi exclusivement développé son activité à partir des catégories DDAC I et II.

Annexe II

Procédure expérimentale de prélèvement d'organes sur patients DDAC III.

- Conditions de mise en œuvre
 - Délai entre l'intubation pour détresse neurologique et procédure inférieur à 7 jours (phase aiguë)
 - Examen clinique montrant l'absence totale de conscience après au moins 24h d'arrêt des BZD et 4h d'arrêt du propofol.
 - Patient présentant une des conditions médicales suivantes :
 - Anoxie cérébrale avec EEG sans sédation (depuis 24h) montrant une absence de N20
 - Traumatisme crânien avec contusions bilatérales du tronc cérébral au scanner
 - Hématome du tronc cérébral ou hématome profond avec destruction d'un thalamus et hémorragie intra-ventriculaire massive.
- Accord des familles et des proches avant l'extubation selon la procédure habituelle du don d'organe
- Signature du certificat affirmant la très haute probabilité d'un mauvais pronostic neurologique par :
 - Un médecin réanimateur
 - Un neurologue
 - Le spécialiste ayant réalisé l'examen radiologique ou électro-encéphalographique permettant de porter le pronostic neurologique
 - Qui engagent de la responsabilité pénale

- Feu vert extérieur centralisée par l'Agence de Biomédecine (ABM) (activité diurne puisque nous ne sommes ici soumis à aucune urgence)
 - Scanner
 - Observation médicale simplifiée
 - Certificats signés
- Arrêt de l'activité mécanique du cœur pendant 5 minutes complètes dans les deux heures qui suivent l'extubation pratiquée sous sédation profonde.
 - Maintien possible de la pression artérielle par perfusion de catécholamines après l'extubation.
 - Maintien possible de l'oxygénation par diffusion par sonde endotrachéale.
 - Interdiction de prélever le cœur en dehors des valves.
- Evaluation centralisée régulière des pratiques à l'ABM par un comité d'experts indépendants