

Don d'organes (V) : le donneur à cœur arrêté est-il toujours mort ?

Article rédigé par *Pierre-Olivier Arduin**, le 28 mai 2010

Les prélèvements d'organes sur donneurs à cœur arrêté ont été réintroduits en France en 2005. Non sans de graves ambiguïtés, comme l'auteur l'a montré dans l'[article précédent](#). Voici les raisons pour lesquelles il préconise un moratoire de ces prélèvements à cœur arrêté. Suite et fin de notre série sur les enjeux éthiques et médicaux du don d'organes.

SI LES CRITERES DE LA MORT encéphalique sont théoriquement rigoureux, ceux permettant de s'assurer du décès d'une personne à cœur arrêté interrogent. *Dès lors que le seul arrêt cardiaque ne permet pas de caractériser la mort*, comment et à quelles conditions s'assurer que la personne est bien décédée ? , demande ainsi le Conseil d'État dans son étude préparatoire à la révision de la loi de bioéthique [1]. La validité du constat de la mort dans le cas d'un arrêt cardiorespiratoire est liée à la conviction de l'échec des manœuvres de réanimation conduites pendant un temps jugé suffisamment long. La période d'observation de cinq minutes pendant laquelle les médecins s'abstiennent de tout geste médical a pour but d'interrompre la circulation sanguine et de s'assurer *indirectement* de la destruction irrémédiable de l'encéphale dans son ensemble. Le protocole ainsi défini n'est-il pas cependant entaché d'ambiguïté ainsi que l'a suggéré Jean-Yves Nau : L'arrêt des manœuvres peut être à la fois l'action par laquelle on laisse advenir le décès et en même temps l'action par laquelle on le constate [2].

L'action qui consiste à cesser tout geste médical a-t-elle pour but de constater ce qui existe déjà ou de créer ce qui doit être constaté, la mort du patient ? Sur le plan moral, l'arrêt de toute réanimation à visée thérapeutique n'est légitime que parce que la personne est déjà morte ou parce que les manœuvres sont disproportionnées par rapport à l'état du malade et nous feraient tomber, si elles étaient poursuivies, dans un acharnement thérapeutique déraisonnable. On imagine aisément qu'en la matière rien n'est simple et que chaque situation demande qu'un discernement moral particulièrement rigoureux permette d'interroger les intentions de chacun des participants. L'abandon trop précoce des techniques de réanimation ne constitue-t-elle pas une sorte d'euthanasie par omission qui ferait passer arbitrairement un malade du statut de patient à sauver à celui de donneur potentiel d'organes ? N'y a-t-il pas un danger à investir trop tôt la personne à cœur arrêté de ce statut de donneur comme pour *compenser psychologiquement* l'échec des traitements initialement mis en place ?

Une récente affaire témoigne de la complexité de cette problématique et de la difficulté des décisions médicales à prendre [3]. Un homme de 45 ans victime d'un arrêt cardiaque réfractaire consécutif à un infarctus du myocarde va être dans un premier temps considéré comme un candidat au don d'organes. Après plus d'une heure et trente minutes de non-reprise spontanée des battements cardiaques, malgré une réanimation parfaitement menée, l'équipe de coordination des prélèvements est alertée tandis que les chirurgiens procèdent à l'abord des vaisseaux pour mise en place des techniques de circulation extracorporelle. En retirant les champs opératoires, les médecins s'aperçoivent alors que le patient présente des signes de respiration et un début de réaction à la stimulation douloureuse. La pupille est réactive à la lumière, le cœur reprend son fonctionnement, si bien qu'après plusieurs semaines émaillées de complications graves, le patient marchera et parlera à nouveau. Comment comprendre qu'un malade ait pu passer en quelques minutes du statut de donneur potentiel d'organes et de tissus à celui de patient bien en vie [4] ? Certains auteurs expliquent qu'il existe une possibilité que des personnes déclarées décédées selon les critères cardio-respiratoires gardent une fonction résiduelle sur le plan neurophysiologique en raison du rétablissement de la vascularisation cérébrale consécutif aux efforts de réanimation et à l'installation de la circulation extracorporelle [5]. Ce point est l'objet d'un avis paradoxal émanant des *Recommandations nationales du Canada pour le don après la mort sur les critères cardiocirculatoires* à propos de la pertinence des protocoles techniques : Les problèmes médicaux et éthiques sont en rapport avec la reprise du flux sanguin cérébral après arrêt cardiaque [...]. Les interventions qui peuvent rétablir une perfusion cérébrale et une oxygénation après la mort *ne doivent pas être réalisées* [6].

Le docteur Jean-Christophe Tortosa qui mentionne dans sa contribution déjà citée ces références issues de la littérature étrangère montre l'équivoque de ces pratiques :

Cela voudrait dire que les prélèvements sur donneurs à cœur arrêté [...], pour éviter ce risque, requièrent *une circulation extracorporelle partielle par obstruction sous diaphragmatique de l'aorte dans le but d'éviter la perfusion cérébrale* [...]. La possibilité d'une récupération des fonctions cérébrales par la reprise de la

vascularisation du cerveau est, de fait, éliminée par cette intervention, mais suggère néanmoins que la pose du ballonnet *pourrait constituer la cause de la mort encéphalique, celle-ci pouvant avoir lieu quelques minutes après que le certificat du décès a été signé* [7].

Rappelons que le diaphragme est une vaste nappe musculaire qui ferme la cage thoracique en haut et la cavité abdominale en bas. En obstruant le flux sanguin de l'artère aorte à ce niveau, le ballonnet arrête la circulation sanguine de tous les organes intrathoraciques, et donc de l'encéphale.

Le protocole français préconise également la pose de ce ballonnet obstructif afin d'exclure l'oxygénation des organes intrathoraciques, et donc de l'encéphale. Or, dans l'affaire que nous avons rapportée, le système de circulation extracorporelle était justement dit *total du fait de l'indisponibilité du matériel pour court-circuiter l'irrigation sus-diaphragmatique*. Ce procédé ne heurte-t-il pas de plein fouet la règle éthique fondamentale qui veut que le patient dont on veut prélever les organes soit *effectivement* mort ? Ne consiste-t-il pas à précipiter le passage de la personne à un état de mort encéphalique tout en préservant la fonction des organes intra-abdominaux à prélever ? Même si le processus d'évolution vers la destruction de l'encéphale semble engagé, la pose du ballonnet d'obstruction, *en le hâtant volontairement*, ne revient-il pas dans certains cas à accepter de pratiquer un acte qui relève de l'euthanasie ? Il est indéniable dans l'affaire que nous avons brièvement résumée ici que la victime de cet infarctus sévère n'aurait jamais survécu si la circulation sanguine avait été stoppée au-dessus du diaphragme pour éviter la reprise d'une fonction cérébrale.

La controverse éthique des prélèvements d'organes sur donneurs III de Maastricht

Jusqu'ici, nous n'avons pas eu besoin de distinguer les différents types de patients en arrêt cardiaque. Au niveau international, les donneurs à cœur arrêté sont en fait regroupés en quatre catégories suivant une classification dite de Maastricht adoptée en 1995.

- La catégorie I concerne les personnes qui font un arrêt cardiaque en dehors de tout contexte de prise en charge médicale, et pour lesquelles le prélèvement d'organes peut être envisagé si la mise en œuvre de gestes de réanimation de qualité a pu être réalisée moins de 30 minutes après l'arrêt cardiaque.
- La catégorie II vise les personnes qui font un arrêt cardiaque en présence de secours qualifiés aptes à effectuer un massage cardiaque et une ventilation mécanique efficaces, mais qui ne permettront pas une récupération hémodynamique et un redémarrage cardiaque.
- La catégorie III fait référence aux personnes victimes d'un arrêt cardiaque consécutif à une décision de suspension de thérapeutiques actives en réanimation prise en raison d'un pronostic particulièrement défavorable.
- La catégorie IV s'applique aux personnes décédées en état de mort encéphalique et qui font un arrêt cardiaque irréversible au cours de leur prise en charge en réanimation. Cette dernière catégorie ne présente pas de différence significative par rapport à la prise en charge habituelle des patients en mort encéphalique et chez qui le prélèvement a été accepté [8].

Les États-Unis, au lieu de distinguer quatre catégories de donneurs, les regroupe en deux classes. La première concerne les patients qui font l'objet d'une décision d'arrêt de traitement maintenant leurs fonctions vitales et dont la mort par arrêt circulatoire est attendue dans un court délai. Appelée *donneurs à cœur arrêté contrôlé, cette première catégorie équivaut à la classe III de Maastricht*. La seconde a trait aux patients qui ont subi un arrêt cardiaque inopiné en l'absence ou en présence d'une équipe de secours. Appelée *donneurs à cœur arrêté non contrôlé, cette catégorie s'apparente en pratique aux classes I, II et IV de Maastricht*. Une lecture rapide de la situation internationale nous apprend que l'Allemagne, l'Autriche, le Portugal ou la Hongrie prohibent tout prélèvement sur donneur décédé après arrêt cardiaque. La France et l'Espagne pratiquent seulement les prélèvements de catégories I, II et parfois IV. Les États-Unis, le Canada, le Royaume-Uni, la Belgique et les Pays-Bas autorisent les prélèvements dans toutes les catégories en privilégiant les donneurs de classe III. *Si la France se refuse à ce jour à procéder aux prélèvements sur donneurs de type III de Maastricht, ceux-ci ne sont pourtant pas explicitement et formellement interdits*. Sur ce point, l'Espagne a instauré un moratoire du fait des questions éthiques afférentes à cette catégorie de donneurs potentiels. En 2006, les pourcentages de Maastricht III par rapport aux patients décédés en arrêt cardiaque étaient respectivement de 82% au Royaume-Uni, 84% en Belgique et 93% aux Pays Bas.

Un risque de dérive très réel

La problématique éthique majeure générée par les prélèvements chez les donneurs à cœur arrêté contrôlé

est de ne plus s'en remettre à l'aléa de l'arrêt cardiaque mais de le susciter volontairement pour pouvoir intervenir à un moment préalablement fixé, créant ainsi un lien de cause à effet entre arrêt des thérapeutiques et prélèvement des organes. Ce risque de dérive est tout sauf théorique. Le docteur Tortosa fait état de protocoles réalisés aux États-Unis sur des patients chez qui une décision de suspension des traitements soutenant les grandes fonctions vitales est prise avec le consentement du malade ou de ses proches. Ainsi, si le patient est candidat à un don d'organes, le retrait de l'assistance respiratoire est souvent *réalisé au bloc opératoire* afin que les organes soient prélevés aussi rapidement que possible.

Le temps requis d'absence de circulation varie selon les équipes : de 75 secondes dans le cas du protocole de transplantation cardiaque pédiatrique de l'hôpital de Denver à 2 minutes dans celui établi par l'Université de Pittsburg. La brièveté du laps de temps entre le début de l'arrêt cardiocirculatoire et le début de la procédure chirurgicale de prélèvement laisse planer un doute quant à la destruction totale de l'encéphale [9]. Des auteurs arguent du fait que la mort cardiaque dans ces situations n'est pas suffisante sur le plan scientifique pour déclarer avec certitude le décès de la personne [10]. Jean-Christophe Tortosa cite la réflexion troublante de Truog et Miller concernant le protocole pédiatrique de 75 secondes de l'hôpital de Denver qui conduit au paradoxe suivant : Le cœur de patients qui ont été déclarés morts sur la base de la perte irréversible de la fonction cardiaque a en fait pu être transplanté et a fonctionné avec succès dans la poitrine d'autres.

Programmer le processus d'arrêt de traitement en prévoyant qu'il ait lieu au bloc opératoire pour diminuer le temps de souffrance des organes, c'est prendre le risque d'établir une corrélation entre les deux actions. Et donc de précipiter en toute connaissance de cause le décès de la personne, une démarche qui équivaut *in fine* à poser un acte euthanasique qui ne dirait pas son nom. La Belgique qui a dépénalisé l'euthanasie médicale depuis 2002 revendique d'ailleurs la possibilité pour des malades réclamant la mort de donner leurs organes. Un article récent fait état de cette pratique chez 4 personnes souffrant de troubles neurologiques divers (accident vasculaire cérébral, sclérose en plaques évolutive,...) qui ont consenti au don de leurs organes après avoir obtenu l'accord des autorités pour être euthanasiées [11].

Devant le danger de dérives incontrôlables, l'Office parlementaire d'évaluation des choix scientifiques et technologiques (Opecst) a souhaité spécifiquement exclure du don les personnes décédées après retrait des thérapeutiques actives en réanimation, une décision qui représente un garant éthique majeur vis-à-vis à la fois du public, mais aussi de l'ensemble des personnels soignants concernés pour éviter toute ambiguïté entre thérapeutique et prélèvement [12]. Le Conseil d'État ne dit pas autre chose en préconisant de préciser explicitement par voie réglementaire que les patients relevant de la catégorie III ne peuvent faire l'objet d'un prélèvement d'organe, même dans l'hypothèse où ils auraient préalablement donné leur accord [13].

Contre toute attente, le rapport parlementaire issu de la mission d'information sur la révision de la loi de bioéthique propose de ne pas tenir compte de l'avis du Conseil d'État en demandant d'ouvrir un débat concernant les prélèvements d'organes sur patients à cœur arrêté contrôlé ou Maastricht III [14]. Tandis que, rapidement survolées par le rapport Leonetti, les questions éthiques soulevées par les prélèvements sur donneurs à cœur arrêté non contrôlé (I, II et IV de Maastricht) n'ont pas reçu de réponses claires et ne font pas encore l'objet d'un consensus social, n'est-ce pas donner un très mauvais signal que d'engager un débat qui modifie de fond en comble le cadre éthique et juridique du don d'organes en France ?

La loi du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie autorisant indirectement l'euthanasie des personnes en état végétatif persistant par retrait de l'alimentation et de l'hydratation médicalement assistée, la prochaine tentation ne sera-t-elle pas de se procurer l'accord des familles pour procéder dans le même temps à un *prélèvement utilitariste* d'organes et de tissus ?

Pour un moratoire des prélèvements à cœur arrêté en France

En raison d'une connexion toujours possible entre la décision d'arrêter les soins et celle de prélever les organes, il convient de suivre sans tarder l'avis du Conseil d'État qui recommande de *prohiber explicitement par voie réglementaire les prélèvements d'organes sur des patients appartenant à la catégorie III de Maastricht*, même dans les cas où ceux-ci auraient fait part de leur consentement à un tel acte.

Au vu des interrogations éthiques que posent les prélèvements sur donneurs potentiels à cœur arrêté non contrôlé (Maastricht I, II et IV) et de l'absence de transparence de la politique de santé publique pilotée jusqu'à présent par l'Agence de la biomédecine, il est urgent que le législateur reprenne la main et reconnaisse la dimension problématique de cette pratique. La Société de réanimation de langue française demande d'ores et déjà, qu'une évaluation indépendante soit menée sur les expériences pilotes en cours. Cette évaluation devrait porter [...] sur le retentissement de la procédure sur les familles des patients décédés et sur le personnel soignant y ayant participé [15].

L'introduction silencieuse d'un tel programme, uniquement dans le but d'augmenter le *pool* d'organes disponibles, ne peut que modifier profondément le contexte de la mort en France, au risque d'aboutir à un

désaveu social envers le principe même de l'éthique des greffes.

Du fait de la complexité des enjeux, il est peu probable que l'ampleur des questions puisse être réglée à l'occasion du débat parlementaire préparant le réexamen de la loi de bioéthique. À ce titre, nous recommandons un moratoire de ces prélèvements, préambule à la mise en place d'un vaste débat sociétal et pluridisciplinaire qui explore tous les aspects controversés du sujet. Il conviendrait qu'une mission d'information parlementaire spécifiquement dédiée à cette thématique soit créée sur le modèle de la mission relative à la fin de vie et prenne le temps de la réflexion. Ce n'est pas un décret qui permettra de résoudre sereinement les objections argumentées de nombreux spécialistes que nous avons exposées dans cet article. Les pouvoirs publics seraient bien avisés de faire leurs ces conseils pleins de sagesse de Benoît XVI :

Dans un contexte comme celui-ci il ne peut y avoir le moindre soupçon d'arbitraire et le principe de précaution doit prévaloir là où l'on n'est encore arrivé à aucune certitude. Pour cela, il est utile de développer la recherche et la réflexion interdisciplinaire de telle manière que l'opinion publique elle-même soit placée devant la vérité la plus transparente sur les implications anthropologiques, sociales, éthiques et juridiques de la pratique des greffes [16].

Articles précédents :

[L'Église et le don d'organes : les enjeux éthiques](#), *Décryptage*, 15/04/2010

[Don d'organes \(II\) : le consentement présumé est-il acceptable sur le plan éthique ?](#) *Décryptage*, 23 avril 2010

[Don d'organes \(III\) : la licéité des prélèvements sur les personnes en état de mort encéphalique](#) *Décryptage*, 29 avril 2010

[Don d'organes \(IV\) : prélèvements douteux sur les donneurs à cœur arrêté](#), *Décryptage*, 12 mai 2010

[1] Conseil d'État, *La révision des lois de bioéthique*, La documentation française, 2009, p. 96.

[2] Jean-Yves Nau, Des risques liés aux prélèvements à cœur arrêté, *Revue médicale suisse*, 23 et 30 avril 2008.

[3] Jean-Yves Nau, Des risques... , *op. cit.* On trouvera dans cet article un compte-rendu exhaustif récapitulant l'enchaînement des événements de cette affaire

[4] Jean-Yves Nau, Le donneur d'organes n'était pas mort, *Le Monde*, 11 juin 2008.

[5] J.L. Bernat, "The boundaries of organ donation after circulatory death", *New England Journal of Medicine* 2008 ; 359 : 669-671.

[6] S.D. Shemie, A.J. Baker, G. Knoll and al. *National recommendations for donation after cardiocirculatory death in Canada*, Cmaj 2006.

[7] J.C. Tortosa, D. Rodriguez-Arias Vailhen, G. Moutel, Questions éthiques soulevées par les deux types de protocoles de prélèvements d'organes à cœur arrêté, *Medecine/Sciences* 2010 ; 26 : 269-13. Je remercie particulièrement le docteur Jean-Christophe Tortosa qui nous a aimablement envoyé un tiré-à-part de son article.

[8] Cf. Office parlementaire d'évaluation des choix scientifiques et techniques (Opecst), *La loi bioéthique de demain*, Tome 1, décembre 2008, pp. 75-76.

[9] J. Menikoff, "The importance of being dead: non-heart-beating organ donation", *Issues Law Med*, 2002 ; 18 : 3-10.

[10] R.D. Truog, F.G. Miller, "The dead donor rule and organ transplantation", *New England Journal of Medicine*, 2008 ; 359 : 674-5. Cf. aussi J. Menikoff. "Doubts about death : the silence of the Institute of Medicine", *J. Law Med Ethics*, 1998 ; 26 : 157-65.

[11] D. Ysebaert, G. Van Beeumen, K. De Greef and al., "Organ procurement after euthanasia: Belgian experience", *Transplantation Proceedings*, 2009 ; 41: 585-586.

[12] Opecst, *op.cit.*, p. 76.

[13] Conseil d'État, *op.cit.*, p. 98.

[14] *Favoriser le progrès médical, respecter la dignité humaine*, *op.cit.*, proposition n. 62, pp. 401-402.

[15] Commission d'éthique de la SRLF, Position de la Société de réanimation de langue française (SRLF) concernant les prélèvements d'organes chez les donneurs à cœur arrêté, *Réanimation* 16 (2007), p. 428-435.

[16] Benoît XVI, *Discours aux participants au congrès international sur le thème du don d'organes organisé par l'Académie pontificale pour la Vie*, 7 novembre 2008.
