



COMMISSION BIOETHIQUE

Prélèvement d'organes en situation d'arrêt des thérapeutiques actives dans le cadre de la loi sur la fin de vie

PREAMBULE

L'Ordre Maçonique Mixte International LE DROIT HUMAIN, en prenant position sur la question de « la fin de vie en questions... » en faveur d'un militantisme pour une application pleine et entière de la loi du 22 avril 2005 (dite loi Léonetti) tout en ouvrant à une exception d'euthanasie (cf. fiche de la Commission de Bioéthique « La fin de vie en questions... ») proposait de soutenir une interrogation sur les problématiques émergentes telles l'attitudes vis-à-vis des patients « classe III de Maastricht », la fin de vie et le don d'organes.

Pour rappel, la classification internationale de Maastricht différencie quatre catégories de patients. La « Catégorie III » regroupe les personnes victimes d'un arrêt cardiaque après qu'une décision d'arrêt des thérapeutiques actives en réanimation ait été prise en raison d'un pronostic particulièrement défavorable. Dans la mesure où l'évolution vers la mort dépend d'une décision et d'un processus intentionnel, on comprend que le prélèvement d'organes chez ces patients pose un questionnement éthique : risque d'arrêt des thérapeutiques actives pour obtenir des greffons, recherche d'efficacité, voire de rentabilité... Quid des pressions commerciales ? Familiales ? 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 de réanimation vers le bloc opératoire où a lieu les prélèvements ?) Quid des conflits d'intérêts entre professionnels de santé ? Etc. (Voir C.Guibet Lafaye, « Enjeux éthiques du prélèvement d'organes sur patients Maastricht III »).

REFLEXION SUR LE PRELEVEMENT D'ORGANES LORSQUE LE DECES SURVIENT DANS LES SUITES D'UN « NON-ACHARNEMENT THERAPEUTIQUE », TEL QUE DEFINI DANS LA LOI FRANÇAISE SUR LA FIN DE VIE.

Pénurie d'organes : comme dans tous les pays pratiquant la transplantation d'organes, il existe en France un important déséquilibre entre le nombre de patients en attente d'une greffe d'organe et le nombre insuffisant d'organes prélevés. Or, en situation de défaillance terminale d'un organe (cœur, foie, poumon, rein, pancréas), la greffe est la seule thérapeutique efficace. Ce déséquilibre entraîne plus de 450 décès annuels faute d'accès à la greffe. Sur environ 17.000 patients inscrits en liste d'attente de greffe, à peine 5.000 sont greffés chaque année.

Ainsi, la transplantation d'organe est un enjeu, une mission de santé publique ; la loi française permet une exception à l'inviolabilité du corps humain prévue par le Code civil, en autorisant le prélèvement d'éléments du corps humain, à titre exceptionnel dans l'intérêt thérapeutique d'autrui (article L16-3 du Code civil). En pratique, le prélèvement et la greffe d'organe relèvent d'un important corpus législatif et réglementaire et constituent un des 4 champs de la mission de l'Agence de la Biomédecine, afin d'assurer le respect en la matière des principes éthiques énoncés dans le Code civil (dignité humaine, inviolabilité et non patrimonialité du corps humain, don, ...) : consentement, interdiction de publicité, interdiction de rémunération, anonymat, balance bénéfice/risque, sécurité sanitaire et biovigilance.

En France, l'immense majorité des greffons sont prélevés sur des personnes décédées « à cœur battant ». Cette situation, mieux connue sous l'appellation de « mort encéphalique », représente environ 0,5% des 500.000 décès annuels en France.

Les principales circonstances de la survenue du décès à cœur battant sont les traumatismes crâniens et les accidents vasculaires cérébraux. Les progrès de la sécurité routière et ceux de la neurochirurgie permettent d'espérer une diminution de ces modes de décès.

Parmi les autres possibilités techniques, le décès à cœur non battant peut, dans certaines circonstances, être compatible avec le prélèvement d'organes.



COMMISSION BIOETHIQUE

En effet, lorsque le décès survient brutalement du fait d'un arrêt cardiaque, il est possible d'envisager le prélèvement d'organe si la mise en route d'un massage cardiaque et d'une ventilation mécanique a lieu dans les 30 minutes qui suivent l'effondrement du patient et si la mise en place de techniques de préservation des organes débute dans les 150 minutes. On parle alors de décès à cœur non battant.

Néanmoins, il est prouvé que, même si les organisations rendent optimal le recensement des sujets décédant à cœur battant, son efficacité ne permettra pas une augmentation suffisante pour couvrir les besoins en greffe en France. Il est donc nécessaire de chercher d'autres sources éthiquement compatibles avec le prélèvement d'organe pour accéder au besoin de tous ceux dont la vie est en jeu faute de greffe.

Bien sûr, dans tous les cas, le prélèvement n'aura lieu que si le défunt ne s'y est pas opposé de son vivant.

Les équipes de prélèvement de Maastricht ont étudié les différentes circonstances de décès à cœur non battant compatibles avec un prélèvement d'organes fonctionnels. Celles-ci ont fait l'objet d'une classification internationale dite de Maastricht.

La Catégorie 3 qui nous intéresse plus particulièrement ici, vise les personnes qui présentent un arrêt cardiaque consécutif à une décision d'arrêt des thérapeutiques actives en réanimation, en raison d'un pronostic particulièrement défavorable.

En situation de Maastricht 3, la préoccupation quant à la fonctionnalité des organes prélevés reste la même. Le prélèvement ne peut s'envisager que si le décès survient dans un délai de moins de 2h après l'arrêt des thérapeutiques actives. Passé ce délai, l'instabilité hémodynamique du mourant expose à une altération des organes qui deviennent impropres à la greffe.

Qu'il s'agisse de retrait thérapeutique, comme le définit la loi de 2005, dite loi Léonetti, ou d'euthanasie comme en Belgique, cette situation expose au conflit d'intérêt entre le respect des soins de support visant à accompagner les derniers instants de vie et l'indispensable préservation de la fonctionnalité des organes. On peut s'interroger sur la tension éthique que cette contradiction induit : d'un côté, dans l'attente du décès, on met en œuvre des thérapeutiques invasives de préservation des organes, et de l'autre on procède à des soins de support ou d'après-décès, au moment où les parents vivent l'ultime contact avec leur proche.

Mais lorsqu'il est voulu par le défunt, le don de ses organes, n'est-il pas l'expression de son lien social, la concrétisation sublimée du cycle de la mort et de la vie ? La mort prend son sens pour l'un, le don de vie pour l'autre.

Si le prélèvement d'organes en situation de M3 constitue une source d'organes importante et de réalisation plus aisée que le M2, le Comité Consultatif National d'Éthique, dans son avis 115 sur les

« Questions d'éthique relatives au prélèvement et au don d'organes à des fins de transplantation », émet des réserves. En effet, une grande prudence s'impose si l'intention de prélever devait induire la décision d'arrêt des thérapeutiques actives.

Toute loi encadrant la fin de vie ne saurait poursuivre d'autre objectif que celui de servir l'intérêt du patient et de veiller à ce que les soins de support ou tout acte visant à abrégé la vie se justifient exclusivement pour le soulagement du mourant.

La question est débattue chez les professionnels de santé. La Société Française d'Anesthésie Réanimation (SFAR) a publié, en début d'année 2012, l'état de sa réflexion sur ce thème. Elle préconise des études de faisabilité préalables à toute mise en œuvre du prélèvement d'organe après retrait thérapeutique, dans le cadre de la loi sur la fin de vie. Elle demande un débat public sur la question.

De son côté, sous l'impulsion de l'Agence de Biomédecine, la Société de Réanimation de Langue Française. Cette enquête met en évidence une importante méconnaissance de la Classification Internationale de Maastricht. Plus de 70% des réanimateurs interrogés pensent que le prélèvement d'organes en situation de Maastricht 3 pose plus de problèmes éthiques ou des problèmes éthiques différents de ceux que pose le prélèvement sur un sujet décédé à cœur battant. La plupart des réponses à l'enquête prône un débat public



COMMISSION BIOETHIQUE

et/ou législatif sur la procédure de Maastricht 3, l'existence d'un texte de loi étant susceptible de modifier leur attitude.

EN CONCLUSION

Peut-on, dans le cadre de la relance du débat sur la fin de vie et la dépénalisation de l'euthanasie, faire l'impasse sur les enjeux soulevés par le prélèvement d'organes en situation d'arrêt des thérapeutiques actives ?

Les deux thématiques interpellent sur la définition de la mort et le sens que chacun lui donne, sur le respect du corps du défunt et le respect de sa volonté, sur l'utilitarisme social d'une mort programmée.

N'y a-t-il pas un risque d'appropriation sociale des corps ?

On ne saurait ignorer que des patients en situation de défaillance terminale d'organe meurent faute d'avoir pu accéder à une thérapeutique efficace, la greffe d'organe. Il est aujourd'hui nécessaire de tout mettre en œuvre pour augmenter la disponibilité d'organes fonctionnels. Plusieurs pistes sont à développer, comme celle des donneurs vivants lorsque cela est possible, l'optimisation du recensement des situations de mort à cœur battant, la diminution du taux d'oppositions au prélèvement par méconnaissance du choix émis par le défunt de son vivant, etc. Parmi les possibilités techniques, on voit se développer le prélèvement d'organe sur un défunt à cœur non battant, sous des conditions techniques très précises et dans un temps imparti très court.

D'autres pays, notamment en Europe, autorisent le prélèvement d'organes sur personnes décédées à cœur non battant par décision de retrait thérapeutique, voire en situation d'abandon de la vie, dans la mesure où telle est la volonté exprimée par le défunt.

Comment être certain qu'une décision de retrait thérapeutique ou même d'euthanasie, si elle est autorisée, ne serait pas influencée par l'attente d'une procédure de prélèvement d'organe ? Le poids des enjeux d'économie de santé ne risque-t-il pas de fausser la réflexion ? Il est avéré qu'un malade greffé coûte beaucoup moins cher à la société qu'un malade non greffé survivant plus ou moins bien grâce à des suppléances artificielles lourdes.

Un débat public, demandé par les professionnels, apparaît d'autant plus nécessaire que les encadrements législatifs et réglementaires, tant de la fin de vie que du prélèvement et de la greffe d'organe, sont clairement méconnus aussi bien du grand public que des professionnels de santé.

Dès lors qu'un débat transparent aura eu lieu et que la Loi qui en résultera garantira l'humain dans la personne qui se meurt, et notamment le respect de sa volonté, le prélèvement d'organe ne peut-il pas être envisagé lorsqu'il est l'expression de la générosité voulue par le défunt de son vivant ? N'est-ce pas une déclinaison possible de l'impératif de KANT : « Agis de telle sorte que tu traites l'humanité aussi bien dans ta personne que dans la personne de tout autre, toujours en même temps comme une fin et jamais simplement comme un moyen. » ?