

[texte](#)

[editorial](#)

Prélèvements Maastricht III : a-t-on été véritablement attentifs aux enjeux éthiques ?

"Comment ne pas douter de l'impartialité d'une décision d'arrêt des thérapeutiques actives quand dans le même temps un prélèvement d'organes est proposé aux proches ? Comment demander à un médecin d'être objectif au moment de prendre une telle décision ? Il serait utopique de croire que la séparation des équipes de réanimation et de prélèvements serait un gage suffisant d'objectivité."

Par : Arié Attias, Médecin, réanimation chirurgicale polyvalente, Département d'anesthésie-réanimation, Hôpitaux universitaires Henri Mondor, AP-HP | Publié le : 03 Décembre 2014

Partager sur :

- [Facebook](#)
- [Twitter](#)
- [LinkedIn](#)
- [Imprimer cet article](#)
- [Enregistrer en PDF](#)

Les enjeux

Comment remédier à la « pénurie » de greffons en France ? La question est un vrai problème de santé publique.

Ce terme de pénurie mériterait à lui seul un travail de réflexion approfondi. Les indications d'inscription sur liste d'attente, le vieillissement de la population, les règles de répartition des organes sont quelques pistes pour expliquer les difficultés à obtenir un équilibre entre l'offre et la demande en greffons. Cette « pénurie » a ainsi conduit à chercher de nouvelles possibilités de greffons.

Les patients en état de mort cérébrale (EME) représentaient, jusqu'en 2005, l'unique source de greffons post mortem. Les autorités ont tenté de répondre à ces besoins croissants en élargissant le champ des potentiels donateurs décédés. Le Code de la santé publique a ainsi été modifié et précise qu'il est à présent possible de prélever « une personne décédée présentant un arrêt cardiaque et respiratoire persistant (?) dans le respect de protocoles édictés par l'Agence de la Biomédecine » (ABM)¹. À partir de la classification de Maastricht, de nouvelles modalités de prélèvements ont pu voir le jour².

Cette classification permet de distinguer les différentes catégories de donateurs décédés après arrêt cardiaque. Les catégories I et II sont à présent des donateurs potentiels à la suite

de la mise en place de protocoles par l'ABM. Peu de centres en France pratiquent ce type de prélèvements appelés couramment « Donneur Décédé après Arrêt Cardiaque » (DDAC). Les résultats en termes de greffons restent modestes à la vue des moyens engagés. La difficulté concerne actuellement la l'extension des procédures à la catégorie III, à savoir les patients décédés en réanimation après arrêt cardiaque faisant suite à un arrêt des thérapeutiques actives (MIII). Il s'agit de la seule catégorie où l'arrêt cardiaque est dit « attendu » ou « contrôlé ». D'un point de vue législatif, la loi autorise cette pratique qui fait l'objet d'un protocole publié par l'ABM en octobre 2014.

Dans son avis 115, le Comité consultatif national d'éthique préconisait, dès 2011, la plus grande prudence avant la mise en place d'une telle procédure³. Les sociétés savantes de réanimation se sont aussi positionnées en émettant certaines réserves^{4,5}. La Société française d'anesthésie-réanimation (SFAR) préconise de limiter ce type de prélèvements à une catégorie précise de patients que sont les comas post-anoxiques, la Société de réanimation de langue française (SRLF) préférant une généralisation du processus à tous les cérébro-lésés.

Pour ou contre le M3 ?

Est-il acceptable de prélever un patient décédé suite à une décision d'arrêt des thérapeutiques actives ? À l'évidence, il n'existe pas de réponse formelle mais plutôt des opinions plus ou moins structurées. Une vision simpliste donnerait à penser que cette pratique n'est pas éthique. Le potentiel conflit d'intérêt pour le médecin entre la décision de laisser mourir un patient et la possible source en greffons qu'il représente est grand. Pour autant, prélever un patient décédé suite à une décision médicale est une réalité quotidienne qui pose peu de problèmes éthiques.

À titre d'exemple, la gestion des urgences neurochirurgicales est instructive. La prise en charge d'un patient admis pour une pathologie neurochirurgicale grave jugée « au-delà de toute ressource thérapeutique » consiste à prendre une authentique décision de limitation thérapeutique dès son arrivée à l'hôpital (abstention chirurgicale par exemple). Cette décision est confortée par plusieurs éléments comme la gravité du tableau clinique et paraclinique du patient ainsi que les données de la littérature médicale. Elle repose par ailleurs sur une collégialité entre neurochirurgiens et réanimateurs. L'évolution inéluctable vers un EME n'est alors qu'une conséquence directe de cette décision. Cette limitation ne respecte pas l'ensemble des directives de la loi Leonetti du 22 avril 2005, à savoir la recherche des souhaits du patient ou du consultant extérieur du fait du caractère urgent de la situation. L'éventuel procédure de prélèvements multi-organes qui suivra ne pose cependant que peu de problèmes. Bien que cette situation se démarque en plusieurs points du MIII, nous disposons d'un exemple de prélèvement de patients dont le décès découle directement d'une décision médicale.

Alors pourquoi un certain nombre de professionnels sont-ils réticents à la mise en place d'une telle procédure ? La principale raison qui viendrait spontanément à l'esprit serait le conflit d'intérêt relatif à la prise d'une décision d'arrêt des thérapeutiques actives suivi d'un éventuel prélèvement. Comment ne pas douter de l'impartialité d'une décision d'arrêt des thérapeutiques actives quand dans le même temps un prélèvement d'organes est proposé aux proches ? Comment demander à un médecin d'être objectif au moment de prendre une telle décision ? Il serait utopique de croire que la séparation des équipes de réanimation et de prélèvements serait un gage suffisant d'objectivité.

La course aux greffons

Une des missions de l'ABM est de promouvoir le don d'organes afin d'améliorer l'accessibilité à la greffe. Il est indiscutable qu'il soit nécessaire de trouver une source de greffons supplémentaire afin de pallier à ce manque. Pour autant, l'élargissement prévu aux MIII est-il une réponse adaptée et satisfaisante ? Il est raisonnable de se poser la question. Il existe en effet d'autres pistes insuffisamment exploitées à ce jour. Par exemple, le taux de refus des proches est stable aux alentours de 35 % depuis de nombreuses années. Cela correspond à une source de greffons « perdus » relativement importante. Certaines failles recensées du processus de don d'organes pourraient faire l'objet de mesures spécifiques afin de diminuer ce pourcentage. Il s'agirait d'améliorer l'accompagnement des proches, la compréhension du concept de mort cérébrale ou le recensement des EME. Or, les nouvelles campagnes de communication de l'ABM pour le grand public comme pour les professionnels de santé, ne se concentrent plus sur ces thématiques pourtant essentielles. La promotion du don passe actuellement par le message, non moins important, de transmettre ses souhaits à ses proches.

Par ailleurs, les projections sur le nombre de greffons supplémentaires que rendrait possible la mise en place des prélèvements MIII doivent tenir compte d'un facteur déterminant. En autorisant le prélèvement sur une nouvelle catégorie de patients, le nombre de greffons disponibles devrait a priori augmenter. La réalité est plus complexe. La possibilité offerte au médecin d'effectuer un prélèvement après un échec de la réanimation initiale risque de modifier certains comportements lors de la prise en charge du patient cérébrolésé grave. Comme nous l'avons évoqué, certains patients font l'objet de limitation thérapeutique dès leur arrivée à l'hôpital. L'évolution vers un EME ouvre la voie à un prélèvement. Avec la mise en place du MIII, ces patients pourraient être traités (chirurgie ou neuroréanimation) par excès. Dans le meilleur des cas, l'évolution favorable justifiera a posteriori une attitude médicale initiale agressive. En cas d'évolution péjorative mais non létale (par exemple un état végétatif chronique ou pauci-relationnel), la possibilité d'effectuer un prélèvement existerait quand même. Le risque serait donc de voir diminuer le nombre de greffons issus d'EME au profit de ceux des MIII. L'augmentation du nombre de greffons disponibles serait ainsi modeste. Ce phénomène a été observé aux Pays-Bas suite à la mise en place du MIII. De plus, et par analogie avec le succès modéré du DDAC en France, il est licite de se demander si le prélèvement MIII n'est pas d'avance voué à l'échec. Le gain modeste du DDAC, en comparaison avec les ressources humaines et matérielles engagées, a dans de nombreux centres, découragé les équipes. Parmi les raisons de ce succès limité, on évoque les indications drastiques sur les caractéristiques du donneur, les délais très courts à respecter, mais surtout la violence de cette procédure dont les conséquences psychologiques sur les équipes n'ont été que trop peu évaluées. Cette violence est à craindre pour la procédure MIII. Elle serait même majorée. En effet pour le DDAC la relation entre l'équipe soignante et les proches est minime, son rôle se limitant à une activité de prélèvement du patient et d'accompagnement des proches pendant une durée très brève. En réanimation, comment réagiront les équipes soignantes liées à un patient et ses proches pendant de longues semaines autour d'un projet de soin curatif, à l'évocation d'un prélèvement au moment d'un arrêt des thérapeutiques ? Les conséquences psychologiques sur les professionnels comme sur les proches doivent être prises en compte. À quel taux de refus de proches devons nous faire face au cours d'une procédure si particulière ?

Deux débats distincts, le mélange des genres

Alors même que s'achève la concertation nationale sur la fin de vie, la probabilité d'une loi visant à permettre le suicide médicalement assisté ou l'euthanasie n'est pas négligeable. Dans l'hypothèse d'une loi légalisant l'euthanasie en France, la procédure de MIII devra probablement être réactualisée : un cocktail lytique pourrait simplifier la procédure en s'assurant du décès dans des délais compatibles avec le prélèvement et un temps d'ischémie chaude quasi inexistant. Certes les coordinations ne devraient a priori pas intervenir avant que la décision d'arrêt des thérapeutiques ne soit prise. Une fois la décision mise en application, le décès survient dans un délai difficilement prévisible, rendant le processus plus aléatoire. Ne serait-il pas plus judicieux, d'un point de vue purement pragmatique, d'attendre la fin de ce débat publique avant de débiter le MIII ?

Du point de vue de la communauté médicale, les pratiques de limitation ou arrêt des thérapeutiques actives (LATA) sont encore trop hétérogènes entre les différents services, bien que presque 10 ans nous séparent de la promulgation de la loi Leonetti. Or la mise en place d'une procédure MIII risquerait de la fragiliser davantage, alors même que de nombreux avis, comme le rapport Sicard l'illustre, préconisent une meilleure diffusion de cette loi auprès des professionnels de santé ainsi que du grand public.

La position de la SFAR reflète bien ce risque. Elle préconise de pratiquer ce type de prélèvements uniquement sur des comas post-anoxiques. Ceci pourrait être a priori une position rassurante, car cette catégorie de patients bénéficie d'une abondante littérature permettant de déterminer leur mauvais pronostic avec une quasi-certitude. Étant donné qu'un des piliers de la loi Leonetti est la capacité à établir un pronostic défavorable en adéquation avec les données actuelles de la littérature médicale, le risque de LATA abusive est alors faible. En réalité, la conséquence de cette position serait un affaiblissement de la loi Leonetti, à cause d'une généralisation désormais possible de cette démarche à toutes les procédures de LATA. Tenter de faire de la « pronostication » proche de la certitude sous prétexte qu'une procédure de prélèvement devrait suivre, est un danger. Les patients, les familles, le législateur seraient logiquement dans les suites amenés à réclamer une certitude pronostique avant n'importe quelle décision, qu'elle soit suivie d'un prélèvement ou non, créant d'avantage de confusion dans l'esprit du grand public entre le questionnement sur la fin de vie et celui du prélèvement d'organes. Une LATA ne pourrait plus être appliquée sans que le médecin ait une certitude pronostique. Autant dire que peu de LATA sera réalisable, remettant en cause une des avancées fondamentale des droits des patients. A ce jour, l'ABM n'a pas suivi la position de la SFAR. La procédure récemment diffusée ne propose aucune restriction sur la pathologie du donneur.

Une société informée mais ignorante

À l'heure d'une diffusion pléthorique et indifférenciée de l'information, la société paraît informée sur des problématiques considérées jusque là comme réservées à une « élite ». La médecine n'échappe pas à ce phénomène. Le contenu de la loi Leonetti, souvent citée dans les médias, est pourtant peu ou mal explicité au profit de cas médiatiques. De nombreuses enquêtes font apparaître que beaucoup de Français ne la connaissent pas. Concernant le don d'organes, l'ABM ne communique plus autour du concept de la mort cérébrale. Les différentes campagnes successives ont promu le don comme un geste solidaire sans

forcément en détailler le contexte. En pratique, il est fréquent de se trouver confronté à des proches n'ayant jamais entendu parler de mort cérébrale. L'acceptation du décès et l'éventualité d'un prélèvement n'en sont que plus difficiles.

Dans le cadre du MIII, et malgré des recommandations de sociétés savantes, aucun débat public ou aucune campagne de communication n'est prévue par l'ABM. Le risque de drame médiatisé n'en sera que plus grand. Bien que par le passé les lois sociétales comme l'abolition de la peine de mort ou l'autorisation de l'avortement ont précédé souvent leur acceptation par l'ensemble de la communauté, elles ont toujours fait l'objet d'un débat public parfois intense et difficile. Le MIII fait partie de cette catégorie de réforme où il est nécessaire de « légiférer en tremblant ».

Conclusion

Nous n'avons pas abordé certaines questions « pratiques » des prélèvements MIII. Les modalités de sa mise en place, les timings à respecter, les lieux les plus appropriés nous apparaissent être des questions d'aval.

Au moment où l'affaire « Vincent Lambert » demeure présente à l'esprit de tous, nous comprenons à quel point un fait divers peut véhiculer une quantité de non-sens, de contre-vérités voire de mensonges. Quel serait le combat judiciaire autour de ce jeune traumatisé crânien s'il était « prélevable » ? Comment ne pas s'en inquiéter en imaginant ses répercussions sur l'ensemble du programme de greffes d'un tel cas ?

Pour toutes les raisons invoquées, il nous serait paru pour le moins opportun de prendre le temps de la réflexion avant la mise en place du MIII. D'autre part une sensibilisation à la fois du public et des professionnels aurait pu se justifier en amont de la mise en œuvre de l'expérimentation d'une nouvelle procédure du prélèvement. La prudence souvent invoquée mérite peut être d'être remplacée par la patience.

Bibliographie

1. Articles R-1232-4-1 et R-1232-4-2 du Code de la santé publique
2. Koostra G, Deamen JHC, Comen APA, 1995, Categories of Non heart beating donors, Transplantation Proceedings 27:2893-4
3. Comité consultatif national d'éthique. Avis 115 : Questions d'éthiques relatives au prélèvement et au don d'organes à des fins de transplantations. Avril 2011
4. Puybasset L, Bazin JE, Beloucif S et al. Analyse critique du prélèvement en condition M3 de Maastricht. AFAR 2012;31;454-61
5. Graftieaux JP, Bollaert PE, Hadad L et al. Contribution de la commission d'éthique de la SRLF à un scénario de mise en œuvre des prélèvements d'organes de type Maastricht III en France. Réanimation 2012;21;236-44
6. Carbonnier J. Flexible droit. LGDJ, 2001

- [Page precedente](#)
- [Page 1/4](#)
- [Page suivante](#)

Partager sur :

- [Facebook](#)

- [Twitter](#)
- [LinkedIn](#)
- [Imprimer cet article](#)
- [Enregistrer en PDF](#)