

Groupe de réflexion éthique
Prélèvements d'organes en situations de Maastricht 3

Approche d'une première synthèse relative à l'acceptabilité et aux modalités de prélèvement en condition M3

Paris, le 5 avril 2014

Définition du stade Maastricht 3

En tenant compte des circonstances de survenue de l'arrêt cardiaque, G. Koostra et col., ont proposé en 1995 aux Pays-Bas une sorte de classification ou de catégorisation des donneurs potentiels en 4 catégories.

La catégorie 3 ou M3 inclut des personnes chez lesquelles l'arrêt cardiaque est attendu, « awaiting cardiac arrest ».

Il s'agit de patients mourants (dying), le plus souvent dans un service de réanimation, et pour lesquels les patients ou leur proches sont favorables au don d'organes. Dans ce cas, les traitements sont arrêtés, l'arrêt cardiaque attendu, puis les procédures de prélèvement d'organes mises en place.

Références :

1. Koostra G, Deamen JHC, Comen APA, 1995, Categories of Non heart beating donors, Transplantation Proceedings 27 : 2893-4.
2. Gruat R, Etude critique des critères de Maastricht, 2010, Enjeux éthiques en réanimation, Springer, Paris.

Questionnement du groupe de travail

- Est-il envisageable, dans le contexte français, de prélever des organes sur une personne

décédée après arrêt cardiaque suite à un arrêt des thérapeutiques actives ?

- Qu'en est-il des questions afférentes à l'incertitude pronostique ?

- Comment garantir l'exercice dans les pratiques d'une capacité de discernement entre les différentes situations (notamment anoxies cérébrales, traumatismes crâniens) ?

- À condition que ce prélèvement soit considéré comme acceptable, comment y procéder ?

Réflexions

Les discussions ont essentiellement porté sur les conséquences et les dangers d'un brouillage potentiel, à la fois au plan des concepts et au plan des pratiques, des limites entre la fin de vie, la mort et le prélèvement d'organes. Ce brouillage pourrait se traduire notamment par un affaiblissement dans sa pertinence et dans ses procédures de la loi du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie. Les participants s'accordent sur la nécessité de dissocier le questionnement sur le prélèvement en conditions M3 et le questionnement sur la fin de vie afin d'éviter l'affaiblissement voire l'instrumentalisation du dernier.

Ce potentiel brouillage s'explique par les pressions et les incitations de tous ordres susceptibles d'incliner les soignants à hâter la fin de vie d'une personne au-delà de toute ressource thérapeutique. Le prélèvement est souvent présenté comme une solution nécessaire à une situation de « pénurie » d'organes. Cette invocation de l'urgence pourrait fragiliser et affecter les conditions même d'un exercice de la réflexion et de l'action éthique.

1. Les conséquences prévisibles d'une routinisation du prélèvement en conditions M3 dans le contexte actuel

a) *De forts conflits d'intérêt affectifs voire moraux :*

- au sein de la communauté soignante : entre, d'un côté, la guérison de la personne malade et, de l'autre, la perspective d'une transplantation d'une autre personne impliquant la mort de la première. Les réanimateurs pourraient trouver dans cette seconde perspective des aspects positifs et, plus encore, de quoi *donner un sens* à leurs tentatives de réanimation marquées par un sentiment d'échec. Les difficultés à trouver un lit d'aval pour les patients atteints de lésions cérébrales sévères risquent de renforcer encore le conflit d'intérêt au moment où doit se prendre la décision ;

- au sein des familles : entre, d'une part, le maintien de la vie d'un proche qui, selon les représentations sociales, ne vaudrait pas la peine d'être vécue, et, d'autre part, une décision socialement très valorisée de PMO aboutissant à la sauvegarde de plusieurs vies en situation médicale de détresse ?

b) *Un changement du processus de décision en fin de vie potentiellement contraire à l'esprit de la loi du 2 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie*

La perspective d'un prélèvement d'organe en aval de l'arrêt des thérapeutiques actives pourrait réduire la tolérance à l'incertitude sur l'évolution pronostique fidèle à l'esprit de la loi du 2 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie, ce qui pourrait paradoxalement accroître le risque d'obstination déraisonnable se traduisant par la réalisation d'exams complémentaires supplémentaires.

À l'inverse, l'intolérance à l'incertitude peut aussi bien conduire à son « refoulement » et à des décisions d'ATA prématurées. En effet, il est parfois impossible de préjuger des chances de survie et de guérison d'une personne quelques semaines après un traumatisme crânien. Il peut arriver dans de rares cas que certaines personnes déficitaires reprennent le cours de leur vie après plusieurs mois, voire plusieurs années de convalescence.

c) *Le brouillage des limites entre deux espace-temps*

La temporalité incertaine de la « fin de vie », potentiellement très longue, se heurte aux temps de latences très courts exigés par le prélèvement d'organe. Si, en théorie, il est possible de dissocier, aux plans spatial et temporel, les deux étapes que sont 1. La décision d'ATA, mise en œuvre, annonce de la mort, proposition de prélèvement à la famille et 2. Le prélèvement des organes, en pratique l'urgence du prélèvement pourrait justifier un recouvrement temporel et spatial de ces deux décisions et avoir un impact sur le ressenti des familles. Comment accepter ce chevauchement temporel alors que, le débat actuel sur la fin de vie en atteste, l'incompréhension du public est grande ?

d) *Un changement dans la symbolique de l'acte médical*

Défini traditionnellement comme un acte mettant en jeu l'ensemble des ressources thérapeutiques disponibles au bénéfice d'un seul patient, l'acte médical pourrait se voir attribuer une autre finalité, celle de produire un maximum d'années de vie en bonne santé dans la société. Cela pourrait impliquer, dans certains cas, le renoncement à des bénéfices jugés insuffisants et trop incertains en contrepartie d'une transplantation. En témoigne l'élargissement, ces dernières années, du cercle des patients jugés « transplantables ». Autrement dit, une philosophie utilitariste se pose en concurrente sérieuse et influente face à la philosophie hippocratique. Cette tension habite aussi bien la conscience du soignant que l'esprit des institutions et de la société.

2. Objectifs et orientations

- Favoriser l'acceptabilité sociale et la démocratisation de la problématique du prélèvement d'organes. Nos concitoyens s'interrogent peu en France sur la potentielle utilisation de leurs organes *post mortem*, contrairement

aux citoyens britanniques, par exemple. Dans un contexte où, en outre, le consentement au prélèvement est présumé et ne procède pas d'un accord explicite, la mise en œuvre du prélèvement en conditions M3 risque de jeter la suspicion sur les autorités publiques. L'acceptabilité sociale d'une telle pratique nécessite que la problématique du don d'organes, son enjeu civique, soit portée dans l'espace public, sans quoi le prélèvement en conditions M3 sera perçu comme le produit d'une logique de marché, non-démocratique. Le débat doit pénétrer dans le cercle des professionnels du soin, dans les cercles religieux et plus généralement dans le public.

- **Veiller à ce que la mise en place du prélèvement en conditions M3 ne soit pas prématurée à l'heure où le débat sur la fin de vie gagnerait à un apaisement.** Le prélèvement ne devrait pas apparaître comme la cause symbolique de la mort. Cette exigence impose une dissociation nette, dans les consciences des soignants aussi bien que dans celles des citoyens, entre les problématiques de la fin de vie et du prélèvement d'organes. Tout télescopage de ces problématiques hypothèquerait leur compréhension et leur acceptation respectives. On peut légitimement s'inquiéter à cet égard de l'impréparation et du caractère prématuré de cette implémentation alors même que le public semble peu informé sur les conditions et les modalités des prélèvements et que les tensions entre professionnels, notamment entre urgentistes, réanimateurs et rééducateurs, restent vives.
- **Favoriser l'information chez les donneurs en M3 ;** il est toutefois difficile d'envisager les modalités de communication à ce sujet.
- **Anticiper la mise en place du prélèvement en conditions M3 sur le nombre de greffons disponibles.** Il n'est pas certain que cette légalisation contribue à une augmentation du nombre de greffons disponibles pour trois raisons.
 - 1) Elle pourrait contribuer à une recherche de la certitude pronostique susceptible d'induire paradoxalement une obstination déraisonnable, là même où la loi du 2 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie reconnaissait que toute décision d'arrêt des thérapeutiques actives était prise dans un contexte d'incertitude pronostique.
 - 2) La légalisation du M3 pourrait consister, pour certains cas tout au moins, en une modification de la temporalité du prélèvement sans effet sur le nombre de greffons disponibles : des personnes autrefois prélevées comme M4 seront prélevés comme M3.
 - 3) Une mise en place prématurée du prélèvement en conditions M3 pourrait susciter une défiance sociale de nature à dissuader les proches d'accepter le prélèvement des organes de la personne malade et à limiter le don d'organes de la part des personnes vivantes.
- **Clarifier les rôles et les missions dans le processus de décision du M3 entre les protagonistes (réanimateurs, chirurgiens, etc.).**

- **Créer les conditions d'un recueillement des proches dans ces conditions spécifiques.**
- **Demeurer attentifs à une relative homogénéité des pratiques de réanimation en termes d'arrêt des thérapeutiques actives.** Deux types de LATA risquent de coexister en pratique : celle pour les patients donneurs potentiels qui serait « renforcée » pour rendre ce prélèvement acceptable et les LATA « courantes » pour lesquelles les pratiques sont très hétérogènes et régulièrement insuffisantes.

Membres du groupe

Arie ATTIAS
Anne-Claire DE CROUY
Fabrice COOK
Jean-Michel DEVYS
Serge DUPERRET
François GAUDEZ
Renaud GRUAT
Emmanuel HIRSCH
Catherine KIEFER
Aline SANTIN
Benoît PLAUD
France ROUSSIN
Paul-Loup WEIL-DUBUC