

## Contribution de la commission d'éthique de la Société de réanimation de langue française à un scénario de mise en œuvre des prélèvements d'organes de type Maastricht III en France

Contribution of the ethics committee of the French society of intensive care medicine to a scenario for the implementation of organ donation after Maastricht III-type cardiac death in France

J.-P. Graftieaux · P.-E. Bollaert · L. Haddad · N. Kentish-Barnes · G. Nitenberg · R. Robert · D. Villers · D. Dreyfuss

Pour la commission d'éthique de la SRLF : Didier Dreyfuss (secrétaire), Pierre-Édouard Bollaert, Laurence Bloch, Ludivine Chalumeau-Lemoine, Robin Cremer, Cédric Daubin, Dominique Folscheid, Jean-Pierre Graftieaux, Olivier Guisset, Lise Haddad, Philippe Hubert, Didier Journois, Nancy Kentish-Barnes, Alexandre Lautrette, Guy Le Gall, Anne Renault, Christian Richard, René Robert, Marina Thirion, Daniel Villers.

Reçu le 22 décembre 2011 ; accepté le 29 décembre 2011  
© SRLF et Springer-Verlag France 2012

**Résumé** La loi française rend possible le prélèvement d'organes en vue de greffe chez les patients donneurs décédés d'arrêt cardiocirculatoire. La classification de Maastricht

dénomme « type III » ce mode de prélèvement après arrêt cardiocirculatoire succédant à un arrêt des thérapeutiques. La possibilité de prélever des organes chez un patient mort dans ces conditions est évoquée par l'agence de bio-médecine. Cet article développe l'élaboration d'un scénario encadrant cette procédure dans un respect total de l'éthique du patient mourant. Le soin dû à ces personnes ne doit être en rien modifié par le fait qu'après le décès, des organes pourront être prélevés. Cela implique le respect absolu de la règle du donneur mort, c'est-à-dire que le processus de prélèvement ne doit en rien causer ou hâter son décès. La décision d'arrêt de traitement, ses modalités, l'accompagnement de la personne (y compris de ses proches) faisant l'objet de cette décision doivent être conformes à l'esprit et à la lettre de la loi Léonetti sans aucune filiation avec une éventuelle possibilité de prélèvement d'organes. Une difficulté éthique majeure réside dans l'annonce faite aux proches, une fois la décision d'arrêt de traitement prise, de la possibilité, au cas où le décès surviendrait très rapidement après l'arrêt de traitement, de prélever des organes chez le patient alors mort. Seule une approche commune des équipes de soins et de coordination des prélèvements peut permettre de surmonter cette difficulté. Les modalités et le lieu des prélèvements (service de réanimation ou bloc opératoire) sont discutés dans ce texte.

J.-P. Graftieaux (✉)

Département d'anesthésie-réanimation, CHU de Reims, hôpital Robert-Debré, avenue du Général-Koenig, F-51100 Reims, France  
e-mail : jprgraftieaux@chu-reims.fr

P.-E. Bollaert

Service de réanimation médicale, CHU de Nancy, hôpital central, 29, avenue du Maréchal-de-Lattre-de-Tassigny, F-54035 Nancy cedex, France

L. Haddad

Consultation douleur, CHU Saint-Louis, avenue Claude-Vellefaux, F-75010 Paris, France

N. Kentish-Barnes

Service de réanimation médicale, CHU Saint-Louis, avenue Claude-Vellefaux, F-75010 Paris, France

G. Nitenberg

Service de réanimation médicochirurgicale, institut Gustave-Roussy, 39, rue Camille-Desmoulins, F-94805 Villejuif cedex, France

R. Robert

Service de réanimation médicale, CHU de Poitiers, hôpital Jean-Bernard, 2, rue de la Milétrie, F-86021 Poitiers cedex, France

D. Villers

Service de réanimation médicale, CHU de Nantes, Hôtel-Dieu, place Alexis-Ricordeau, F-44093 Nantes cedex 01, France

D. Dreyfuss

Service de réanimation médicochirurgicale, CHU Louis-Mourier, F-92700 Colombes, France

**Mots clés** Prélèvements d'organe · Arrêt de traitement · Arrêt cardiocirculatoire

**Abstract** French regulation allows organ donation after cardiac death. Type III-Maastrich classification refers to cardiac arrest occurring after the withdrawal of

life-sustaining treatments. The possibility of organ donation in such circumstances is currently discussed by the French authorities. This article describes the ethical scenario that should be considered as the frame for this procedure. A key-point is the respect of the dying person, requiring no change in the patient's and proxies' care while aiming possible organ donation. The dead donor rule implies that organ donation should not cause or hasten death. A major ethical issue is the transition between the discussion with proxies about withdrawal of life-sustaining treatments and the announcement of the possibility of organ donation after death. This point should be better addressed by a combined interview of proxies with the medical team caring for the patient and the transplant coordinators. Implementation of non-heart-beating donation is discussed in this article, including the location where life-sustaining treatments should be withdrawn (intensive care unit versus operating theatre).

**Keywords** Organ donation · Withdrawal of life-sustaining treatments · Cardiac arrest

## Principes

Tous les actes effectués en réanimation, quelle que soit l'issue du séjour, concernent des personnes dont le caractère humain est intangible, quel que soit leur état [1]. Les exigences éthiques de respect des personnes sous-tendent et légitiment les pratiques techniques. Il s'ensuit que les contingences techniques, si légitimes soient-elles, ne peuvent en aucun cas supplanter les impératifs éthiques, sans quoi les patients seraient instrumentalisés et leur humanité réduite à la condition d'objets.

Ces exigences éthiques commandent l'action des réanimateurs. La visée de leur mission est sous-tendue par ces exigences : sauver des vies si c'est possible, accompagner les patients jusqu'à la fin, dans les meilleures conditions possibles, si cela ne l'est pas. Tout aussi légitimes mais bien différentes sont la visée et la mission de ceux qui ont en charge de trouver et de prélever des greffons. La visée consiste à sauver d'une mort possible, probable ou certaine, une personne bien vivante ou à améliorer la vie d'une personne atteinte d'une pathologie chronique. Les actes techniques nécessaires à la réalisation de prélèvements d'organes sont indissociables des exigences éthiques, y compris celles qui s'imposent à l'égard des corps sur lesquels ont été opérés les prélèvements (par exemple, l'obligation de reconstruction pour maintenir au corps son aspect humain).

## Qu'est-ce que la classe Maastricht III ?

La classe III de Maastricht (dite « Donneur décédé d'arrêt cardiaque [DDAC] contrôlé ») introduit la notion d'arrêt cardiaque attendu, découlant d'un processus

intentionnel d'arrêt des traitements [2]. Dans ces conditions, l'arrêt circulatoire n'est pas provoqué, mais anticipé chez un patient au-delà de toute ressource thérapeutique, dans le cadre d'un arrêt des traitements, décidé en accord avec les éventuelles directives anticipées du sujet, ses proches et l'équipe médicale. La survenue d'un arrêt circulatoire au décours de cet arrêt des traitements, par son caractère irréversible, rend éventuellement possible les prélèvements d'organes (seuls les prélèvements de foie et de reins [ainsi que de cornée] sont envisagés par l'agence de biomédecine).

## Prééminence de l'accompagnement de la fin de vie sur l'obtention d'organes

L'arrêt d'un traitement qui, aux termes de la loi Léonetti [3], était devenu inutile, disproportionné et déraisonnable en n'ayant comme seul but que le maintien artificiel de la vie s'inscrit effectivement dans l'esprit de cette loi et n'a pas pour finalité de procurer des organes dans le cadre d'un prélèvement de type Maastricht III. L'arrêt des traitements a pour justification d'assurer au patient son propre « laisser mourir », en lui épargnant une fin de vie maintenue au prix d'artifices autant inutiles que coûteux si ce n'est dégradant. Cette décision d'arrêt des traitements ne trouve toute sa justification que dans ce contexte clinique toujours singulier. Tant qu'il est vivant, ce patient ne saurait être considéré comme un réservoir potentiel d'organes ou de matériaux utilisables, sous peine de l'exproprier de sa propre mort et d'en faire prématurément le moyen d'un autre.

Privilégier le souhait de sauver des vies grâce à l'obtention d'organes via l'instrumentalisation d'un mourant au détriment de l'accompagnement décent de la fin de vie, tel qu'encadré par la loi Léonetti, n'est pas éthiquement recevable. La question de la prévalence d'un motif d'action : « sauver des vies » sur un autre : « accompagner des patients », pose la question du statut de la personne. Les vies dans ce cas sont perçues comme fongibles les unes dans les autres et non comme des biographies, c'est-à-dire comme des vies dont chacune pourrait faire le récit. Cette position utilitariste, voire instrumentalisante limite à son aspect organique la question bien plus large d'une vie dont la fin fait encore partie. Cette position peut s'appuyer sur le concept de pénurie d'organes qui est une réalité aussi incontournable que douloureuse, tant pour celui dont la vie se dégrade, voire se termine faute d'un greffon disponible que pour l'équipe de transplantation, naturellement préoccupée du bien-être et de la survie des patients en attente de greffe. Cette justification du prélèvement conditionnée par la pénurie d'organes conduit à penser que ces organes et les vies qu'ils sauvent pourraient avoir une valeur indépendante de celui qui en avait l'usage et le bénéfice : comme si on *avait* un corps mais comme si on *n'était* pas un corps.

Le fait que l'équipe de réanimation se mette à « penser en termes de prélèvements possibles » ou plus encore de « préparations à mettre en œuvre » avant que la séquence complète de la prise en charge du patient, suite à l'arrêt des traitements, soit parvenue à son terme est une contradiction éthiquement, psychologiquement et humainement intenable, que l'on ne saurait méconnaître. Un tel changement de paradigme au cœur d'une séquence déterminée par sa finalité, son unité et sa cohérence serait source de tensions graves si ce n'est insupportable pour les soignants (médecins et paramédicaux), de méfiance et de suspicion générant des angoisses insurmontables pour la famille et les proches du patient. Un tel renoncement aux principes de bienfaisance et de non-malfaisance [4], au bénéfice d'une conception incontrôlée du seul principe de justice distributive, ne serait pas seulement délétère pour le mourant et son entourage, mais risquerait également de retentir négativement sur le but allégué à savoir l'obtention d'organes. La moindre déviation éthique aux conditions de prélèvement après arrêt cardiaque (par exemple « accélérer un arrêt cardiaque inéluctable » dans le but de ne pas « rater le prélèvement ») ne manquerait pas d'être, à juste titre, médiatisée, risquant de déclencher l'émotion légitime du public. Une telle situation, autojustificatrice de l'instrumentalisation du patient, serait (au-delà de l'aspect singulier du cas qui ferait l'objet de cette émotion) probablement contre-productive non seulement pour les prélèvements à cœur arrêté mais également dans le cadre du prélèvement après mort encéphalique. Personne n'aurait à gagner d'une rupture du pacte de confiance qui sous-tend le processus de prélèvements et de greffes.

### Validité morale de l'action de l'équipe de réanimation

Il est capital pour l'équipe :

- de faire comme si le Maastricht III n'existait pas, même s'il s'agit ici d'une fiction, car elle constitue un garde-fou éthique contre tout débordement. S'impose alors à elle, ce respect scrupuleux de la disjonction entre deux temporalités bien distinctes : celle du laisser mourir et celle des opérations effectuées en vue d'un prélèvement post-mortem ;
- de bien prendre en considération cet écart qui existe entre la mort du patient, au sens biologique et humain du terme, qui se caractérise par son irréversibilité (qui motive la mention portée sur les constats de décès : que la mort est « constante »), et le processus de la mort, qui disperse dans un temps variable la cessation de vie des organes et parties du corps du défunt et qui contribue encore au sens qui sera donné rétrospectivement à une existence. Car c'est précisément l'écart entre les deux qui ouvre l'espace autorisant le prélèvement d'organes encore viables sur le corps d'une personne morte.

### Quels seraient les patients concernés par un arrêt des traitements dont les organes pourraient être prélevés après leur décès ?

Il s'agit de patients pour lesquels :

- une décision d'arrêt des traitements serait prise indépendamment de toute éventualité de prélèvement ultérieur ;
- et dont le décès serait immédiat.

Ces patients devraient au mieux être définis de façon consensuelle par les sociétés savantes concernées : Société de réanimation de langue française (SRLF), Société française d'anesthésie et de réanimation (Sfar) et Société française de médecine d'urgence (SFMU). Dans l'attente, la SRLF propose de considérer comme susceptibles de faire l'objet de prélèvements d'organes après leur décès, les patients traumatisés crâniens, les patients ayant eu un accident vasculaire cérébral, les patients avec coma après anoxie cérébrale, pour lesquels la mort semble inéluctable à court terme mais qui néanmoins n'évoluent pas vers l'état de mort encéphalique.

Tout autre patient pour lequel une décision d'arrêt des traitements a été prise et ceux, assez rares, pour lesquels l'arrêt des traitements est consécutif à leur volonté ont pour le moment été exclus de la réflexion. En effet, ces cas nécessiteraient, à l'évidence, une approche très particulière, tenant compte notamment d'un avis spontanément exprimé par de tels patients. Pour ces raisons, la SRLF préfère ne pas se prononcer sur ce sujet dans l'immédiat.

### Importance de la publicité et du débat national

L'idée actuelle que se font les donneurs du prélèvement, c'est : l'accident, la mort, et après, le don. C'est donc l'inattendu qui survient interrompant une vie pendant laquelle on a pu prendre des décisions comme celle d'avoir une carte de donneur. Il faudrait que la possibilité de prélever après le décès, au terme d'une maladie dramatique sans espoir raisonnable d'amélioration mais qui peut durer, soit connue du grand public.

Une « publicité » (au sens strict du terme) doit précéder la mise en place du Maastricht III pour en assurer l'information à toutes les personnes concernées : le scénario doit être accepté à la fois par les donneurs, les équipes soignantes... et les receveurs. Une enquête semble utile à ce niveau pour cristalliser les points éthiques éventuels d'achoppement avant d'entreprendre une telle activité.

Le débat sur le consentement explicite ou présumé [5], appliqué à la mort par arrêt circulatoire comme à la mort encéphalique, conduit à la nécessité d'une information large et répétée du grand public sur la reprise de ce mode de prélèvement, les citoyens n'étant, sans doute, pas suffisamment éclairés et ne pouvant donc pas formuler un refus ou une acceptation en toute connaissance de cause. Il faut rappeler que dans sa formulation, le consentement implicite ne se

réfère pas spécifiquement à la mort encéphalique ou à la mort par arrêt circulatoire, mais au don d'organe après la mort. Une telle réflexion relève, sans doute, de la collectivité. En toute démocratie, celle-là ne serait-elle pas à même de s'approprier un tel débat ? N'aborde-t-on pas là des questions de fond sur la relation thérapeutique, sur le rôle de la médecine et sur le statut de la personne humaine ? Le Maastricht III semble l'occasion nécessaire de ne pas cantonner les débats aux seuls professionnels de santé et d'organiser une transparence sur toute l'activité de transplantation en général. Une opportunité est offerte d'organiser avec toutes les sociétés savantes, les instances responsables et dédiées à l'activité de greffe, les patients en attente d'organes, les professionnels de santé concernés, les législateurs et l'ensemble de la population une information exhaustive quant aux questions posées par les prélèvements et le déroulement des opérations : « contraintes légales, contraintes techniques, obligations morales ».

Une transparence effective à toutes les étapes du processus devrait être validée via une médiatisation suffisante. Une saisine du Comité consultatif national d'éthique y contribuerait.

## Méthodes

### L'arrêt de traitement obéit dans tous les cas à la loi et aux recommandations de la SRLF

Ces malades hospitalisés en réanimation et pour lesquels le pronostic est jugé désespéré vont relever d'une prise en charge palliative au cours du processus d'arrêt des traitements selon la loi Léonetti et dans les conditions décrites par les recommandations de la SRLF [6]. Ainsi est garantie la qualité des pratiques de prise en charge de la fin de vie. Pour mémoire, les éléments essentiels de cette loi sont : l'interdiction de l'obstination déraisonnable, la prise en compte de la volonté du patient, directement ou indirectement, l'obligation d'une discussion collégiale avant la décision qui, elle, reste prise par le médecin en charge du patient, la prise en charge palliative, l'ensemble de la procédure étant transcrite (selon une exigence de traçabilité) dans le dossier du patient. L'avis d'un consultant extérieur est évidemment impératif, pour asseoir la légitimité procédurale, selon les termes de la loi. L'esprit de la loi réside dans l'évitement à la fois de l'euthanasie et de l'acharnement thérapeutique, et dans l'humanisation de la mort.

### Nécessité de découpler les informations données aux proches au sujet de l'arrêt des traitements et de prélèvements d'organes

Comme on l'a vu en introduction, ce principe est capital pour asseoir la légitimité du réanimateur à décider de l'arrêt

des traitements, en dissociant cet arrêt du prélèvement Maastricht III.

### *Les informations à propos des arrêts des traitements sont parties intégrantes de la mission du réanimateur*

L'information des proches sur la gravité de la situation et sur une décision d'arrêt des traitements doit être découplée de l'information sur la possibilité de don d'organes. La SRLF recommande de suivre une gradation de l'information telle que celle proposée dans le cadre des accidents vasculaires cérébraux, et que cette information au sujet de l'arrêt des traitements soit débütée très précocement, dès l'admission des malades en réanimation :

- information des proches sur la gravité de la situation ;
- explication de la forte probabilité d'arrêt des traitements en fonction de l'état clinique et selon les conditions habituelles (collégialité, concertation avec la famille, consultant et notification).

Il est toutefois deux situations où la question de l'indépendance de la décision d'arrêt des traitements et de la possibilité de prélèvement d'organes ne se pose pas vraiment :

- quand on dispose d'un document exprimant la volonté du malade de faire don de ses organes (pour l'instant ce document de type carte de donneur ne semble applicable qu'en cas de mort encéphalique mais pourrait être étendu au Maastricht III) ;
- quand, au cours ou au décours de la concertation avec la famille sur la décision d'arrêt des traitements, celle-ci fait spontanément état de la volonté préalablement exprimée du malade en faveur du don d'organes. Toutefois, ce consentement n'exclut en rien le devoir d'information préalable des patients sur toutes les modalités de prélèvement, dont celle du Maastricht III.

Le réanimateur précise ici aux proches que cet arrêt des traitements va selon toute vraisemblance s'accompagner du décès du patient. Il n'y a aucune raison d'agir différemment dans le cas où la question de la possibilité du don d'organe peut se poser que dans celui de la situation générale prévue par la loi Léonetti et les recommandations de la SRLF, antérieures à l'irruption de la problématique du Maastricht III. Là comme ailleurs, la procédure doit être irréprochable et notamment l'avis du consultant extérieur, qui participe à la légitimation de la procédure d'arrêt des traitements et qui évidemment doit se prononcer indépendamment de toute possibilité de prélèvement d'organes.

### *Qui doit informer les proches de la possibilité d'un prélèvement d'organes ?*

Il s'agit d'un point particulièrement délicat de la procédure. En effet, le choc émotionnel que constitue l'annonce d'un arrêt des traitements est déjà profond. L'évocation

du prélèvement d'organes l'approfondit probablement encore (sauf dans les cas où les proches ont spontanément abordé cette possibilité ou s'y disent d'emblée favorables lorsqu'elle est évoquée). Le respect dû au mourant et le devoir d'accompagnement des proches joints à l'impératif de dissociation entre décisions d'arrêt des traitements et de prélèvement d'organes apportent des arguments tant en faveur qu'en défaveur de chacune des deux options possibles : annonce de la possibilité de prélèvement effectuée par l'équipe soignante ou par l'équipe de coordination des transplantations. Dans les deux cas, l'équipe soignante doit évidemment être associée aux entretiens et à la démarche.

Le fait pour l'équipe soignante d'informer les proches sur la possibilité de prélèvement permet la continuité de la relation avec les proches et de faciliter l'intervention qui va immédiatement suivre de l'équipe de coordination, surtout si l'entourage avait spontanément évoqué le prélèvement. Elle présente, par contre, le désavantage potentiel d'induire un questionnement, voire un soupçon de la part de l'entourage à propos de la sincérité du processus d'arrêt des traitements. À l'inverse, l'intervention de l'équipe de coordination, en présence de l'équipe soignante, aurait l'avantage théorique de souligner l'absence de lien d'intentionnalité entre arrêt des traitements et prélèvement mais peut également être source de questionnement pour la famille.

La SRLF ne se prononce pas formellement pour l'une ou l'autre des possibilités qui doivent être examinées pour chaque cas avec les proches. Dans tous les cas, chez des familles non préparées et non demandeuses, la proposition de don d'organes selon la procédure Maastricht III doit être conduite de façon à ne pas apparaître complètement déplacée et engendrer un comportement de rejet.

Un problème difficile est celui de la temporalité de la réalisation des examens de contre-indication au don : faut-il les faire avant le décès du patient et l'information aux familles ou seulement après leur accord ? Est-il logique, et financièrement justifié, de les réaliser avant même de savoir si les familles vont consentir au don ? Deux options sont théoriquement possibles :

- la réalisation des examens (en lien avec l'équipe de coordination) avant l'information aurait pour avantage raisonnable de ne pas soumettre l'entourage à l'épreuve de l'incertitude. La connaissance de l'échographie hépatique et rénale et des sérologies virales, dont celle du virus de l'immunodéficience humaine (VIH), permettrait de savoir si le malade peut ou non être prélevé, une fois mort. Si cette attitude présente l'avantage théorique d'éviter de soumettre les familles à une double épreuve : celle de la discussion à propos du don potentiel puis celle de l'annonce que ce don ne sera pas possible ; elle peut être aussi critiquée en ce qui concerne la sérologie VIH. Outre le fait qu'aucune autorisation n'aurait, dans ce cas,

été demandée pour réaliser cette sérologie, elle génèrerait, en cas de séropositivité pour le VIH, une situation peut être plus douloureuse que celle qu'elle souhaitait éviter. Le médecin devrait alors soit annoncer à la famille la séropositivité du patient, découverte à l'occasion d'un examen pratiqué sans consentement et sans rapport avec la prise en charge du patient (mais dans l'optique du prélèvement d'organe, ce qui contredirait l'état d'esprit qui sous-tend notre réflexion), soit la taire comme il serait censé le faire si le patient s'était opposé à une telle révélation, sauf qu'on ne connaîtrait pas les souhaits du patient à cet égard ;

- la réalisation des examens après l'information aux familles d'une possibilité de don d'organes a pour avantage de recueillir, en cas de consentement, leur autorisation pour prélever, avec ensuite, le devoir de leur rendre compte des résultats, dont celui du VIH. Une souffrance ou une déception peut alors en découler altérant la sérénité requise pour commencer une démarche de deuil. Néanmoins, compte tenu des inconvénients potentiels de l'autre option, il semble que la transparence totale vis-à-vis des proches soit plus conforme tant à la loi qu'à l'éthique du don d'organe.

L'avis du Comité consultatif national d'éthique à ce sujet serait sans doute important.

Selon l'option retenue, l'équipe soignante ou bien l'équipe de coordination accompagnée de l'équipe soignante :

- informe les proches d'une possibilité de don d'organes pour d'autres patients en attente de greffe. Au cas où le patient aurait de son vivant signalé cette possibilité ou bien si la famille l'envisage spontanément, l'information s'en trouve modifiée dans la mesure où il ne s'agit plus d'une annonce mais d'une information sur les modalités, envisagée plus bas ;
- recueille avant l'extubation le consentement explicite préalable de la famille au prélèvement. Les modalités de cette information sont ici également adaptées en fonction des désirs exprimés au préalable par le patient ou par sa famille.

L'attitude proposée par la SRLF ne diffère pas des règles de bonnes pratiques appliquées au prélèvement d'organes chez le malade en mort encéphalique, c'est-à-dire :

- le respect de la volonté individuelle du malade adulte s'il l'a exprimé explicitement (carte de donneur qui est une sorte de directive anticipée pour le prélèvement multi-organe ; vérification du registre des refus). Dans ce cas, le prélever consiste à faire droit à son autonomie. La relation avec lui n'est pas rompue : la relation thérapeutique se poursuit par un prélèvement qui consiste à respecter la parole qu'il avait en tant que sujet. La technique n'est alors plus instrumentalisante mais se met au service du choix fait de son vivant. Dans le cadre du Maastricht III,

puisqu'il se situe encore dans la fin de vie, reste à déterminer si un consentement donné en pleine santé est fiable. La référence à la volonté exprimée antérieurement par le patient ne suffit pas, sachant que l'expérience inédite de la maladie grave peut modifier totalement son système de valeurs et le conduire à envisager sa fin de vie d'une tout autre manière. La construction d'une pensée n'est pas statique : elle suppose une évolution permanente et se fonde sur l'expérience de vie.

Si le patient n'a rien exprimé de son vivant, et si la famille n'a pas abordé le sujet spontanément, on en vient à une concertation avec elle. L'obtention de son assentiment au prélèvement et au don d'organes après information repose sur le fait qu'il ne s'agit pas de son propre avis mais bien de celui qu'aurait pu exprimer le malade qui va prochainement décéder. Dans ce contexte, il importe de respecter au maximum la volonté du malade lorsqu'il avait clairement exprimé ses souhaits, ce qui équivaut à un consentement explicite ;

- informe la famille des modalités de prélèvement et des impératifs que cela comporte notamment en matière de lieu du décès. Il se peut que ce dernier puisse être le bloc opératoire pour des raisons tant liées à des impératifs techniques que liées à des considérations d'éloignement du service de réanimation et du bloc opératoire ;
- avertit aussi la famille du risque possible d'échec de la procédure de prélèvement en cas d'un trop long délai entre l'extubation et la survenue de l'arrêt circulatoire, échec qui n'interdit pas le don de tissu, dont les cornées ;
- se met au service des proches pour les informer des formalités administratives requises et leur précise qu'ils peuvent toujours revenir sur leur consentement à tout moment.

## Modalités de l'arrêt des traitements

### *Extubation ou déventilation ?*

La perspective d'un prélèvement dans le cadre du Maastricht III ne doit pas imposer une homogénéisation des pratiques entre les services, chaque équipe ayant sa propre approche et ses propres sensibilités.

Bien que la plupart des équipes extubent leurs patients après préparation, ce qui est le plus important ici, c'est que les procédures d'arrêt des traitements pratiquées usuellement dans les services ne soient pas modifiées en raison du Maastricht III et que surtout, quelle que soit la méthode, ce soit le médecin en charge du malade qui fasse le geste.

### *Sédation*

Les objectifs et les pratiques de sédation doivent rester les mêmes que celles appliquées aux patients sans intention

de prélèvement. Si la situation exige une sédation, elle est réalisée selon les recommandations émises par la SRLF : interdiction de recourir à des injections létales mais autorisation d'utiliser des produits dont on sait qu'ils possèdent un double effet.

### *Où extuber le patient ?*

- Extubation au bloc

*Avantage* : le bloc opératoire est l'endroit le plus approprié pour optimiser les conditions du prélèvement.

*Inconvénient* : le bloc, avec son aspect technique, ultra-médicalisé et froid semble en totale contradiction avec la tentative d'introduction d'une culture palliative dans les services.

- Extubation en réanimation

*Avantage* : il est symboliquement important de ne pas provoquer de modifications de pratique et de permettre l'accompagnement continu des familles.

*Inconvénient* : elle expose le corps du patient décédé à un transport hasardeux dans les couloirs, en toute hâte, contradictoire avec la sérénité souhaitée dans ces circonstances. L'extubation en réanimation peut ainsi constituer en soi un facteur d'échec au prélèvement, rompant les engagements réciproques des soignants envers les familles et de celles-ci envers leur proche dont c'était la dernière volonté.

Si l'extubation au bloc est choisie, le médecin en charge du malade conduit lui-même le patient au bloc opératoire et l'y extube. Comme pour l'annonce de la possibilité de prélèvements, chaque situation doit donner lieu à une décision individuelle appropriée qui balance entre le respect du patient et les attentes de l'entourage, d'une part, et l'optimisation de la qualité des organes prélevés, d'autre part. Ainsi, dans le cas où le patient aurait souhaité donner ses organes ou dans celui où la famille l'aurait proposé, on entre à l'évidence dans le respect d'une démarche altruiste et cela implique l'optimisation des conditions du don. À l'inverse, l'exacerbation de la souffrance de l'entourage et le désir de ne rien changer au déroulement usuel d'une fin de vie au décours d'un arrêt des traitements peuvent faire préférer l'extubation dans le service. On voit que la décision la plus juste ne peut être prise qu'en concertation étroite avec l'entourage.

Ainsi, il pourrait être laissé cette liberté de choix à chaque centre autorisé par l'agence de biomédecine, de réfléchir en concertation avec les proches, aux modalités à privilégier en fonction de leur avis et des contraintes ou facilités techniques et architecturales (proximité immédiate ou non du bloc). Pour mémoire, certaines équipes extubent systématiquement le patient en réanimation [7].

### Accompagnement des proches

Cet accompagnement [8] est impératif non seulement en raison de la loi, mais humainement, parce que les familles viennent de subir une double violence :

- la fin d'un espoir avec l'annonce d'un arrêt des traitements ;
- une proposition de prélèvement et de don d'organes.

L'endroit où se produit l'événement prend de l'importance. Le lieu de l'accompagnement des patients est habituellement — en l'absence de prélèvement — la réanimation jusqu'à leur mort, en présence de l'équipe soignante (médecins et paramédicaux) et des proches. Les inconvénients, au plan humain, du bloc opératoire ont été décrits plus haut, mais le prélèvement a ses impératifs qui ont été présentés et acceptés par la famille. Cette information antérieure est capitale pour ne pas rompre l'esprit de la loi Léonetti, laquelle vise une humanisation et une démedicalisation de la mort.

### C'est le réanimateur qui pose le diagnostic de la mort par arrêt circulatoire

Lorsque le médecin constate la mort, il constate en fait un état, il en établit la cause et prédit que cet état sera constant. Si l'état de l'art médical permet de donner une probabilité d'irréversibilité, c'est la société dans laquelle le médecin exerce qui assimile cette probabilité à une certitude.

Si le diagnostic de décès par état de mort encéphalique est bien précisé sur des critères reconnus cliniques et paracliniques, celui de décès par arrêt circulatoire soulève des questions importantes. On observe ainsi une variabilité du délai légal entre l'arrêt circulatoire et la signature du certificat de décès : dans le cas des patients Maastricht III, ce délai est de deux minutes à Pittsburgh, cinq minutes au Canada et en France, dix minutes dans d'autres États des États-Unis et en Grande-Bretagne et de 20 minutes en Suède.

Le point clé est celui de la notion d'irréversibilité de la mort. La SRLF propose de reprendre les recommandations de l'Institute of Medicine and the Canadian Council for Donation and Transplantation [9] : « pour déclarer un patient mort de façon irréversible, le médecin doit attendre cinq minutes après le début de l'arrêt circulatoire, sans aucune manœuvre de réanimation, de façon à affirmer avec certitude qu'aucune reprise de l'activité cardiaque spontanée susceptible de restaurer la circulation n'est possible ». Il est prouvé en effet que le phénomène d'autoressuscitation n'a jamais été observé après plus de 65 secondes d'arrêt circulatoire : après ce délai (et donc a fortiori après cinq minutes d'arrêt circulatoire), l'arrêt des fonctions circulatoire et respiratoire est permanent (*will not return*) puis, inévitablement et rapidement, devient irréversible (*cannot return*).

### Règles de prélèvement dans le cadre du Maastricht III

#### Respect de la règle du donneur mort

Le respect de la règle du donneur mort [10] implique une non-instrumentalisation de la personne mourante (encore vivante). Ainsi, il n'est pas envisageable de poser une circulation extracorporelle du vivant du patient. La SRLF se prononce fermement sur le fait que la canulation (au cas où elle serait requise), ne s'envisage qu'après la mort déclarée et écarte donc toute suspicion de transgression à ce niveau lors de la conduite de la procédure. Cette détermination peut conduire à une réduction du nombre de greffons. Prélever un patient décédé dans ce contexte d'encadrement éthique et réglementaire n'a rien d'une profanation, voire d'une transgression, les gestes techniques réalisés chez un patient décédé n'ayant d'autre finalité que de préserver les organes en vue de transplantation.

La capacité de prévoir le délai avant la mort par arrêt circulatoire du patient, après retrait des traitements de support vital, est cruciale. Ce laps de temps détermine, en effet, le risque de dégradation des organes qui rendra ou non possible des prélèvements en vue de transplantation. Dans cette préoccupation de la qualité des greffons avant la mort de la personne apparaissent bien l'ambivalence du regard médical et la possibilité de réification du sujet avant qu'il soit devenu un cadavre, ainsi qu'on l'a discuté plus haut.

Le prélèvement requiert une durée d'ischémie chaude (pression artérielle systolique < 50 mmHg) qui ne doit pas dépasser 90, voire 60 minutes. Dès lors, la tentation pourrait survenir de raccourcir cette période d'ischémie chaude, afin de préserver la fonctionnalité des organes au cas où l'arrêt cardiaque ne surviendrait pas rapidement après l'extubation. Cette attitude imposerait, 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. La SRLF estime donc qu'elle n'est pas éthique, car elle nierait le processus palliatif prioritaire et qu'elle ne doit pas être pratiquée.

#### Destination du corps du patient après la procédure de prélèvement

Après la procédure de prélèvement, la destination du corps du patient sera en principe la même que dans les autres types de prélèvements.

#### Autorisation conditionnelle de prélèvement dans des sites pionniers au début

Il semble nécessaire que l'autorisation de ce type de prélèvement soit, dans un premier temps, conditionnelle. Elle pourrait intervenir dans le cadre d'un processus d'autorisation temporaire, comme l'a été l'autorisation délivrée pour les prélèvements de type Maastricht I et II.

### *Nécessité d'une évaluation par l'agence de biomédecine*

Selon la SRLF, faire du coordinateur de transplantation le garant de l'application des règles de bonnes pratiques apparaît comme une bonne solution. Cela rejoint certaines propositions de l'agence de biomédecine. Cependant, une telle démarche n'expose-t-elle pas à un risque de conflit d'intérêt ? Une évaluation indépendante de l'agence de biomédecine tant des procédures que de l'indication de greffes ne serait-elle pas plus pertinente ?

### **Gestion des situations critiques**

#### *Échec du prélèvement du patient*

Cas du délai extubation — arrêt circulatoire trop important pour être compatible avec les prélèvements d'organes viables. Cette éventualité doit être évoquée avec les proches préalablement à la procédure, comme nous l'avons indiqué précédemment.

#### *Conflit d'intérêt entre l'entourage et l'équipe soignante*

Risque que l'entourage soupçonne l'équipe soignante d'avoir décidé un arrêt de traitement en vue d'un prélèvement d'organes. Il importe donc, comme souligné précédemment, que la procédure d'arrêt des traitements soit à tous points de vue irréprochable.

#### *Difficultés morales générées par l'introduction du Maastricht III*

Si un soupçon d'instrumentalisation, toujours latent de la part de l'entourage, ne peut jamais être écarté, il faut qu'il le soit absolument au sein de l'équipe soignante, par le maintien d'une interrogation éthique permanente :

- les intérêts vitaux du donneur potentiel ont-ils été pris en compte sans que prévale l'arrière-pensée d'un potentiel prélèvement ?
- Ce patient a-t-il bien été considéré comme une « fin en soi » et non comme un « moyen » à la phase initiale de sa prise en charge thérapeutique ?
- Les soins et les actes pratiqués ne le sont-ils pas en vue d'augmenter les opportunités de prélèvement d'organes ?
- N'y a-t-il pas eu, à un quelconque moment, « manœuvre » d'obstination thérapeutique « stratégique », visant à maximiser les possibilités de don d'organes ?

Il est fondamental de veiller au respect scrupuleux des principes intangibles énoncés ci-dessus, dans un contexte où l'équipe de réanimation peut se sentir confrontée à un changement de finalité : au lieu d'agir seulement pour la personne concernée, on ne viserait plus aussi *ensuite* mais *en même temps* une fin étrangère. C'est essentiellement ce que le respect des principes énoncés dans ce document doit permettre d'éviter.

### *Cas du patient vulnérable*

Le cas des patients qui ne semblent pas avoir de proches est particulièrement difficile. En effet, l'application dans ce cas du consentement implicite que la loi promeut mais que l'on a récusé dans ce texte poserait nécessairement un problème moral. Un tiers (juge de tutelles comme pour la protection des personnes majeures vulnérables) pourrait-il intervenir ? C'est également un sujet sur lequel l'avis du Comité consultatif national d'éthique serait le bienvenu.

#### *À propos de conflits de devoirs*

Deux tensions éthiques majeures peuvent se manifester dans les unités habilitées à la gestion des donneurs Maastricht III potentiels. La première pourrait résulter d'un sentiment de frustration face à la rareté de prélèvements lorsque seraient strictement appliquées des recommandations similaires à celles émises dans ce document : le risque n'existerait-il pas d'une déviation utilitariste (arrêt prématuré des soins actifs ou à l'inversion obstination thérapeutique « stratégique » visant à prolonger les traitements le temps nécessaire à ce que soient réunies les conditions techniques du prélèvement d'organes) pour augmenter les chances de prélever ? La deuxième tient à la perception que pourraient avoir certains médecins et soignants que, en dépit de toutes les précautions précitées, ils aient prêté leur concours à ce qu'ils considéreraient être une transgression ? Il ne fait pas de doute que ces tensions potentielles devront, elles aussi, faire l'objet d'un suivi et d'une évaluation. En effet, les services de la phase « expérimentale » devraient systématiquement faire l'objet d'un audit qui comprendrait à la fois une évaluation des procédures et une analyse de l'expérience des différentes personnes impliquées dans le processus : soignants (médecins et infirmières) de l'équipe de réanimation, soignants de l'équipe de coordination, soignants de l'équipe de prélèvement et familles de patients qui ont été prélevés dans le cadre du Maastricht III. Cette évaluation ne pourra se faire que par une instance indépendante afin de ne pas biaiser les réponses des individus.

Cette phase d'évaluation est incontournable pour s'assurer du bon déroulement de la procédure, pour ajuster les pratiques, revoir les recommandations et permettre un meilleur vécu des différents acteurs concernés.

**Conflit d'intérêt :** les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

### **Références**

1. Folscheid D, Wunenburger JJ (1997) La finalité de l'action médicale. In: Philosophie, éthique et droit de la médecine. Thémis Philosophie, sous la direction de Jean-François Mattei, Folscheid D, Feuillet-Le-Mintier B, Mattei JF. PUF, Paris, pp 139–46



2. Koostra G, Daemon JHC, Oomen APA (1995) Categories of non-heart-beating donors. *Transplantation Proc* 27:2893–4
3. Loi n° 2005-370 du 22 avril relative aux droits des malades et à la fin de vie. <http://www.legifrance.gouv.fr>
4. Childress JF, Beauchamp TL (2001) *Principles of Biomedical Ethics*. Oxford University Press, ISBN
5. Rodriguez-Arias D (2009) Discussion sur le consentement présumé ou explicite pour le don d'organes, rubrique « le corps humain et ses éléments », disponible sur le site [www.ethique.inserm.fr](http://www.ethique.inserm.fr)
6. Société de réanimation de langue française (2010) Limitations et arrêts des traitements. Limitation en réanimation adulte. Actualisation des Recommandations de la Société de réanimation de langue française. *Réanimation* 19:679-98
7. Rydley S, Bonner S, Bray K, et al (2005) UK guidance for non-heart-beating donation. *Br J Anaesth* 95:592–5
8. Renault A, Prat G, Boumédiène A, et al (2004) Accueil et prise en charge des familles de patients en fin de vie en réanimation. In: Boles JM, Lemaire F (eds) *Fin de vie en réanimation*. Collection Europe de la Société de réanimation de langue française. Elsevier, Paris, pp 178–84
9. Shemie SD, Baker AJ, Knoll G, et al (2006) National recommendations for donation after cardiocirculatory death in Canada: donation after cardiocirculatory death in Canada. *CMAJ* 175 (8 Suppl):S1–S24
10. Siminoff LA, Burant C, Youngner SJ (2004) Death and organ procurement: public beliefs and attitudes. *Soc Sci Med* 59: 2325–34