

Peut-on prélever des organes après une décision d'arrêt thérapeutique? Questions éthiques posées par le prélèvement d'organe chez des patients en catégorie III de Maastricht.

Avril 2011

René ROBERT,

Professeur, Université de Poitiers, Service de Réanimation médicale CHU Poitiers

Véronique GOUDET,

PH Service de Réanimation médicale CHU de Poitiers

Le prélèvement d'organe (PO) chez des patients victimes d'arrêt cardiaque intra ou extra-hospitalier et dont l'échec de la réanimation cardio-pulmonaire aboutit au décès, est autorisé en France depuis 2005 et pratiqué par une douzaine de centres pilotes. Ces situations correspondent aux catégories I et II de Maastricht. Les problèmes éthiques associés à ce type de prélèvement ont déjà été abordés (voir lettre d'Éthique N°2). Dans d'autres pays (États-Unis, Canada, Royaume-Uni, Pays-Bas, Belgique) le PO peut être réalisé chez des patients dont l'arrêt cardiaque survient après une décision d'arrêt thérapeutique, correspondant à la catégorie III de Maastricht. De façon concrète, ce type de PO est proposé après une décision d'arrêt thérapeutique chez des patients ayant au préalable manifesté leur souhait de donner leurs organes. Le retrait de l'assistance respiratoire est réalisé au bloc opératoire afin que les organes soient prélevés aussi rapidement que possible après que l'arrêt cardiaque ait été jugé irréversible. Les patients concernés sont dans la plupart des cas des patients gravement cérébro-lésés. Beaucoup plus rarement (voire exceptionnellement), il peut s'agir de patients conscients dépendants d'une assistance respiratoire (sclérose latérale amyotrophique, insuffisance respiratoire chronique...) demandant à ce que celle-ci soit interrompue et souhaitant donner leurs organes au moment de leur décès. Cette procédure pose un certain nombre de questions éthiques supplémentaires qui ont conduit l'agence de biomédecine en France à ne pas la proposer, au moins dans un premier temps. Par rapport au PO après arrêt cardiaque non contrôlé (Maastricht II ou I), ce type de PO a l'avantage de la temporalité : l'information des proches et la recherche de la volonté du patient n'est pas contrainte par l'urgence technique nécessaire au maintien d'organes perfusés. De plus, le temps d'ischémie chaude est plus court réduisant le risque de dysfonction précoce du greffon chez le receveur. Par rapport au prélèvement chez des patients en mort encéphalique, il ne s'agit plus de consentement présumé, mais de consentement explicite exprimé par le patient ou transmis à ses proches. Cependant un certain nombre de problèmes techniques et éthiques, souvent liés sont soulevés par cette procédure.

Celui de la sélection des patients

Il s'agit de patients pour lesquels une décision d'arrêt thérapeutique est prise indépendamment de la possibilité de réaliser un PO, et chez qui on escompte qu'un arrêt cardiaque surviendra rapidement après l'arrêt de la suppléance ventilatoire. Ainsi sont concernés essentiellement des patients gravement cérébro-lésés n'ayant pas les critères de mort encéphalique et dont le pronostic neurologique est particulièrement défavorable. Les critères cliniques pour ces patients ont été définis aux États-Unis, en Grand-Bretagne et en Belgique.

Celui du conflit d'intérêt

Le risque est que la volonté de réaliser des PO puisse influencer des décisions d'arrêt thérapeutique. Ce risque pourrait être pallié par l'intervention de deux équipes distinctes, celle du soin, proposant l'arrêt thérapeutique et celle du prélèvement d'organe recherchant la volonté du patient et vérifiant les critères de réalisation d'un PO. Ceci permettrait de protéger les soignants en charge du patient, et les proches du patient du dilemme moral potentiel dans ce genre de décision. Toutefois, en accord avec la Loi Léonetti, le médecin en charge du patient devra être physiquement présent lors de l'arrêt de la ventilation artificielle.

Celui des aspects pratiques de survenue de l'arrêt cardiaque lors de l'arrêt de l'assistance respiratoire

L'expérience des pays étrangers montre que dans un certain nombre de cas, malgré l'arrêt de l'assistance respiratoire, l'arrêt cardiaque ne survient pas. Dans ces cas, le PO ne peut être réalisé et on imagine le désarroi supplémentaire pour les proches et les équipes soignantes. On conçoit le rôle crucial de l'information pour anticiper et prévenir des situations potentiellement conflictuelles.

Celui de l'information du public

Cette condition de « mort programmée » est théoriquement identique à celle des décès survenant après arrêt thérapeutique en réanimation reconnue et acceptée par la Loi Léonetti, avec une différence majeure : après un arrêt thérapeutique en réanimation, la mort est souvent attendue, mais son délai de survenue importe peu ; dans une procédure d'arrêt thérapeutique en vue de PODD, la mort est « espérée » dans un délai le plus court possible après l'arrêt de l'assistance respiratoire. Dans l'expérience des pays étrangers ayant cette pratique, l'entourage est prévenu de cette éventualité.

Au total, il est indispensable de bien analyser les enjeux éthiques posés par le PO chez les donneurs décédés après arrêt thérapeutique « contrôlé » (catégorie de Maastricht III) avant d'envisager d'ajouter cette procédure aux possibilités actuelles de PO. Si la réflexion stratégique s'orientait vers une acceptation de cette procédure il serait indispensable d'avoir résolu le problème du conflit d'intérêt et d'avoir réalisé une information large du public et des personnels soignants.