

La classification de Maastricht des donneurs d'organes change-t-elle la définition de la mort ?

Texte paru dans la Revue générale de droit médical 2015, n°55, pp. 45-57

Robin Cremer robin.cremer@chru-lille.fr

MD, PhD

Directeur de l'Espace de réflexion éthique régional du Nord Pas-de-Calais

Le recours au médecin pour constater qu'un être humain est mort ne s'est imposé que progressivement, notamment à la suite de l'apparition de nouveaux usages sociaux des cadavres, comme la pratique d'autopsies précoces et les prélèvements d'organes dans l'objectif d'une greffe pour autrui¹. Dans le même temps, la définition médicale de la mort est devenue plus complexe, à la suite des progrès de la médecine qui ont fait considérer la mort comme un processus plutôt que comme état brutalement achevé. De fait on est passé progressivement d'une mort constatée à une mort diagnostiquée, voire décrétée. Cette intrication entre la nécessité de définir clairement la mort dans le droit civil, tout en protégeant le sujet contre toute précipitation intempestive, sans pour autant empêcher des pratiques médicales et sociales (autopsies, greffes) considérées comme utiles trouve une illustration remarquable dans la problématique des prélèvements d'organes après arrêt des traitements en réanimation. Ces prélèvements venant d'être autorisés en France par l'Agence de biomédecine (ABM), l'objectif de cette intervention est de faire le point sur les définitions de la mort qui sont sous-tendues par la classification internationale des donneurs d'organes (dite classification de Maastricht) et d'examiner l'effet des modifications réglementaires de 2014.

La mort constatée

En 1804, pour les rédacteurs du Code civil, l'état de mort était un fait visible et objectif que l'officier d'état civil pouvait déduire lui-même de la constatation de signes patents tels que l'absence de

pouls, de respiration et de réactivité, suivis du refroidissement corporel, puis de la rigidité cadavérique. On constatait que l'individu était mort et on en déduisait rétrospectivement qu'il avait péri, sans qu'on se préoccupa réellement de savoir à quel instant précis la mort était advenue. La médecine ne pouvant tout au plus, à cette époque, faire revenir à la vie que quelques patients en état de mort apparente, la permanence de cet état objectif a été considérée comme une garantie suffisante contre les inhumations anticipées. C'est sans doute pourquoi l'interdiction de procéder à l'inhumation avant la 24^e heure qui figurait à l'article 77 du code civil, avait été jugée suffisante pour éviter « les dangers d'une précipitation trop funeste »². Cependant, il a été assez rapidement reconnu que l'officier d'état civil n'était pas forcément compétent pour attester de la mort certaine. Aussi, dès 1806, à Paris, ces dispositions ont été complétées par un arrêté du préfet de la Seine, daté du 2 juin, qui leur substituait un médecin vérificateur. Les abus étant possibles dans la pratique, faute de connaître avec exactitude l'heure du décès³, une circulaire du ministère de l'Intérieur en date du 24 décembre 1866, généralisait la vérification des décès sur tout le territoire et exigeait que les médecins ou officiers de santé chargés par les maires de vérifier les décès soient assermentés.

² Article 77 du Code civil, créé par Loi 1803-03-11, promulguée le 21 mars 1803. Cet article a été abrogé par le décret 60-285 1960-03-28, néanmoins, l'article R. 2213-33 du Code général des collectivités territoriales indique toujours que l'inhumation doit avoir lieu 24h au moins et 6 jours au plus après le décès.

³ « Quelle garantie avons nous que d'avidés héritiers, une épouse ou un mari perfide, mêmes de lâches assassins, ne précipiteront pas l'inhumation ou ne dissimuleront pas la véritable heure du décès ? » - Foderé (F. E.), *Traité de médecine légale et d'hygiène publique*, Mame, Paris, 1813, t. 2, p. 370.

¹ Iacub (M.), « La construction de la mort en droit français », *Enquête, anthropologie, histoire, sociologie*, n°7, 1999, p. 39-59.

Au cours du XIX^e siècle, les progrès de la connaissance médicale et les progrès thérapeutiques ont peu à peu conduit à faire considérer la mort comme un processus en trois stades successifs. On a distingué la mort apparente (syncope prolongée réversible), la mort relative ou mort intermédiaire (suspension complète et prolongée de la circulation sans retour spontané à la vie en l'absence d'intervention médicale) et la mort réelle (ou mort absolue), permanente et irréversible quelles que soient les tentatives médicales⁴. C'est à cette période qu'on a vu se développer des tests variés, utilisables en clinique, en complément de la constatation de l'absence des pouls et de la respiration, pour éviter les « méprises », sans obérer les chances de survie par la traditionnelle ponction cardiaque à l'aiguille⁵. La liste de ces tests, telle qu'elle a été faite par Isabelle Plu, médecin légiste à l'institut médico-légal de Paris, lors des septièmes rencontres de neurologie comportementale, est accessible en ligne sur internet⁶.

Après la deuxième guerre mondiale, la demande d'autopsies scientifiques précoces a entraîné de nouvelles modifications de la réglementation⁷. Déjà, en 1941, paraissait un décret permettant des autopsies précoces, après une demande au maire de la commune accompagnée d'un certificat médical légalisé « constatant que des signes de décomposition rendent l'opération nécessaire avant les délais prescrits »⁸. En 1947, un décret autorisait la réalisation d'autopsies scientifiques avant la 24^e heure ainsi que les prélèvements de tissus nécessaires pour explorer

l'origine de la mort. Ces autopsies n'étaient autorisées que dans certains établissements hospitaliers agréés par le ministre de la santé publique, à condition que le décès ait été constaté par deux médecins et qu'ils aient employé « tous procédés reconnus valables par le ministre de la santé publique » pour s'assurer de la réalité de la mort⁹. Ces médecins étaient tenus de signer un procès-verbal de constat de décès relatant l'heure et la date de celui-ci. En 1949, la loi Lafay¹⁰ instituait des dispositions réglementaires copiées sur les précédentes pour permettre les prélèvements de cornées chez les volontaires qui les avaient légués à la banque française des yeux, et ce dans tous les hôpitaux, qu'ils soient agréés dans le cadre du décret de 1947 ou non. Il s'agit là du premier texte de loi réglementant les prélèvements d'organes à visée de greffe et on peut noter au passage le glissement sémantique entre les prélèvements « d'un intérêt thérapeutique » (sous entendu pour la compréhension des causes de la mort du sujet, dans le décret de 1947) et les prélèvements à visée thérapeutique pour autrui¹¹. Les tests obligatoires pour confirmer le décès, une fois l'arrêt cardiaque constaté et avant d'entreprendre l'autopsie étaient l'artériotomie radiale et le test à la fluorescéine d'Icard¹² (circulaire du ministère de la santé publique du 3 février 1948) auxquels est venu s'ajouter le test à l'éther de Rebouillat¹³ (circulaire du 18 septembre 1958)¹⁴.

⁴ Piedelièvre (R.), Fournier (E.), *Médecine légale*, Baillière, Paris, 1959, cité par Plu (I.), « Définition de la mort pour le médecin légiste », Septièmes rencontres de neurologie comportementale, Paris, 9 février 2012, disponible en ligne sur <http://www.lepublicsystemepco.com/files/modules/documents/04-isabelle-plu-11h00.pdf> (consulté en février 2015).

⁵ « Un chirurgien qui trouverait le cœur palpitant aurait-il à s'applaudir de son expérience ? » (Briand, 1821) – cité par Plu (I.), *Id.*

⁶ Plu (I.), *Id.*

⁷ Thouvenin (D.). « Don et/ou prélèvement d'organes », *Sciences sociales et santé*, Volume 15, n°1, 1997, pp. 75-97.

⁸ Décret n°41-5050 du 31 décembre 1941 codifiant les textes relatifs aux opérations d'inhumations, d'exhumations, d'incinération et de transport de corps, modifiant le code des communes (Abrogé par le décret n°77-241 du 7 mars 1977).

⁹ Décret n°47-1902 du 26 septembre 1947 tendant à modifier l'art 27 du décret provisoirement applicable du 31-12-1941 codifiant les textes relatifs aux opérations d'inhumation, d'exhumation, d'incinération et de transport des corps.

¹⁰ Loi n°49-890 du 7 juillet 1949 permettant la pratique de la greffe de la cornée grâce à l'aide de donateurs d'yeux volontaires.

¹¹ Sur ce glissement sémantique, voir le récit du débat parlementaire dans Thouvenin (D.), art. cité, p. 85.

¹² Après injection sous-cutanée de fluorescéine la mort est considérée comme réelle si la conjonctive de l'œil ne devient pas jaune après 10 minutes. En revanche, si elle devient jaune, il s'agit d'une mort apparente.

¹³ Après l'injection sous-cutanée de 1 à 2 ml d'éther, c'est une mort apparente si l'éther diffuse sous la peau et une mort réelle si l'éther ressort en jet, sans avoir diffusé, lorsqu'on retire l'aiguille

¹⁴ L'emploi de ces tests a été abrogé par une circulaire de 1996.

La mort cérébrale, ou la mort décrétée en réanimation.

La réanimation a connu son essor au début des années 1950, à la suite des épidémies de poliomyélite qui frappèrent la Scandinavie en 1952 et 1953. En 1952, à Copenhague, la maladie qui cause une paralysie des muscles respiratoires et une asphyxie entraîna un afflux de malades dans le seul hôpital équipé de quelques « poumons d'acier » qui permettaient l'expansion des poumons en appliquant une dépression barométrique rythmique autour du thorax. Henri Lassen et Björn Ibsen eurent l'idée de ventiler manuellement les patients en appliquant une pression positive endotrachéale après trachéotomie¹⁵. Cette technique, une fois mécanisée, a été rapidement étendue à d'autres causes de paralysies respiratoires, notamment le tétanos et le syndrome de Guillain-Barré, puis à toutes les situations d'insuffisance respiratoire. Elle est encore actuellement la technique de ventilation de référence dans tous les services de réanimation mondiaux.

En France les pionniers de la réanimation furent Pierre Mollaret, à l'hôpital Claude Bernard à Paris, pour ce qui est de l'assistance respiratoire, et Jean Hamburger, à l'hôpital Necker à Paris, pour ce qui est de la compréhension des grands équilibres biologiques et de la prise en charge de l'insuffisance rénale. En quelques années, l'essor de la réanimation, spécialité au carrefour de la physiologie expérimentale et de l'ingénierie médicale, a permis de sauver de nombreux malades qui mouraient jusque-là de manière certaine.

Cependant, il pouvait arriver que le cerveau de certains patients soit détruit faute du maintien de conditions d'homéostasie suffisantes pour sa préservation, alors que l'activité cardiaque se poursuivait de manière satisfaisante et que l'assistance respiratoire était efficace. Cet état clinique a été décrit pour la première fois, en 1959, dans un court article intitulé « La mort du système

nerveux » paru dans *La presse médicale*¹⁶. Il a ensuite été défini et caractérisé sous le vocable « coma dépassé » dans un article plus documenté, paru la même année dans la *Revue de neurologie*¹⁷. Sur une série de 23 patients, Pierre Mollaret et Maurice Goulon y définissaient les signes cliniques et électro-encéphalographiques de ce qui est devenu aujourd'hui la mort cérébrale, c'est à dire l'abolition totale, à la fois des fonctions de la vie de relation et des fonctions de la vie végétative. Ils qualifiaient cet état clinique comme « une *rançon* et une *révélation* de la maîtrise acquise en matière de réanimation neuro-respiratoire ». Quant à la conduite à tenir concernant ces patients, les auteurs écrivaient : « [...] jusqu'ici, quand j'ai commencé, je persévère. D'autre part, où placer cette fraction de seconde qui sépare la mort de la vie ? Plus je contemple, et avec quelle soif suraiguë d'analyse, ces agonies dont nous dissociions les étapes, et moins je le sais ».

Huit ans plus tard, le regard médico-scientifique sur les patients en état de coma dépassé s'était considérablement modifié. La première raison est que l'expérience avait montré qu'ils n'avaient absolument aucune chance de réveil et qu'ils décédaient tous, à court ou moyen terme, quels que soient les efforts des réanimateurs. La seconde raison est liée aux progrès spectaculaires qui ont été faits en matière de greffes d'organes, pendant cet intervalle. Alors que les premières greffes historiques de rein (Hume 1947 ; Lawler 1951, Michon et Hamburger 1952) avaient été des réussites chirurgicales, mais de relatifs échecs médicaux, l'essor des greffes d'organes a été rendu possible, à partir des années 1960, par les progrès de la connaissance en matière de compatibilité tissulaire et par la maîtrise des traitements médicamenteux destinés à lutter contre le rejet. Les malades de réanimation en mort cérébrale sont progressivement apparus comme une source potentielle de greffons, intéressante pour s'affranchir

¹⁶ Wertheimer (P.), Jouvét (M.), Descartes (J.), « La mort du système nerveux », *Presse Med*, vol. 67, n°7, 1959, p. 67:87-8.

¹⁷ Mollaret (P.), Goulon (M.), « Le coma dépassé (mémoire préliminaire) », *Rev Neurol* (Paris), vol. 101, juillet, p. 3-15.

¹⁵ Reisner-Sénélar (L.), « The birth of intensive care medicine: Björn Ibsen's records » *Intensive Care Med*, vol. 37, n°7, juillet, 2011, p. 1084-6

à la fois des contraintes organisationnelles imposées par les greffes issues de cadavres frais et des risques personnels qu'on faisait courir aux donneurs vivants. D'ailleurs, un comité international d'experts se réunissait à Harvard en 1967, sous la direction de Henry Beecher, avec l'objectif de se mettre d'accord pour considérer les personnes en mort cérébrale comme mortes. Dans la publication parue en 1968 à la suite de cette conférence de consensus, un double objectif était clairement énoncé et assumé : (1) permettre de débrancher le respirateur de ces patients sans avenir, et (2) faciliter les greffes d'organes¹⁸. Cette publication établissait les critères de mort cérébrale toujours en vigueur aujourd'hui : une absence totale de réactivité à l'examen clinique et une absence de respiration spontanée et une disparition des réflexes du tronc cérébral et un électro-encéphalogramme plat en l'absence de sédation et d'hypothermie. Quelques mois après la tenue de la conférence, au Cap, Christiaan Barnard greffait le cœur d'une femme en état de mort cérébrale sur un homme de 55 ans qui survivait 18 jours avant de décéder d'une pneumonie due au traitement immunosuppresseur. En France, la circulaire du 24 avril 1968, dite circulaire Jeanneney, a recommandé une définition fondée sur « le caractère destructeur et irrémédiable des altérations du système nerveux dans son ensemble » et a repris intégralement les critères de mort cérébrale proposés par le comité de Harvard¹⁹. Le 27 avril 1968, trois jours après la parution de la circulaire, Christian Cabrol, Gérard Guiraudon et Maurice Mercadier effectuaient, à Paris, la première greffe cardiaque européenne chez un patient de 66 ans qui survivait 58 heures.

A cette date, la médicalisation de la certification de la mort était complètement achevée, le droit se bornant de fait à « formuler certaines règles de conduites facilitant aux médecins

l'exercice de leurs responsabilités »²⁰. Il est d'ailleurs intéressant de noter que les critères de la circulaire Jeanneney n'étaient imposés que lorsque qu'un prélèvement d'organes à visée de greffe était souhaitable ou qu'une autopsie était envisagée. Dans les autres situations, le médecin était laissé libre de son jugement, créant ainsi deux régimes de droit qui perdurent encore aujourd'hui, selon qu'on envisage un prélèvement d'organes ou de tissus ou qu'on ne l'envisage pas. En effet, le décret du 2 décembre 1996 est venu inscrire les critères de la mort cérébrale dans le Code de la santé publique (art. R 1232-1 et R 1232-2) dans une section intitulée « Constat de la mort préalable au prélèvement et conditions de réalisation des prélèvements », au sein d'un livre II intitulé « Don et utilisation des éléments et produits du corps humain ».

La classification de donneurs d'organes dite de Maastricht

Dans l'optique d'une diversification et d'une optimisation des sources de greffons, ainsi que d'une rationalisation des études scientifiques concernant le suivi des malades greffés, une conférence de consensus internationale a proposé, en 1995, une classification des donneurs potentiels en quatre catégories, tenant compte à la fois des circonstances de survenue de l'arrêt cardiaque et des conditions de sa prise en charge par les secours²¹. Cette classification, dite de Maastricht, est résumée dans le tableau I. Le but notre contribution est d'examiner, pour chaque catégorie, l'état du donneur au moment où l'on envisage le prélèvement d'organes, au moment où l'on débute le prélèvement, ainsi que les problèmes éthiques spécifiques qui sont particuliers à chacun des groupes.

¹⁸ « A definition of the irreversible coma. Report of the ad hoc committee of the Harvard Medical School to examine the definition of brain death », *JAMA*, vol. 205, n°6, août, 1968, p. 337-40.

¹⁹ Circulaire du 24 avril 1968 relative aux autopsies et prélèvements d'organes.

²⁰ Savatier (J.), *Et in hora mortis nostrae : le problème des greffes d'organes prélevés sur un cadavre*, Rome, Società Editrice del Foro italiano, 1968, Chap. XV, cité par Arnoux (I.), *Les droits de l'être humain sur son corps*, Presses universitaires de Bordeaux, Talence, 1995, p. 73.

²¹ Kootstra (G.), Daemen (J. H.), Oomen (A. P.), « Categories of non-heart-beating donors », *Transplantation Proceedings*, 1995, n°5, Octobre 1995, p.2893-4.

Catégorie IV de Maastricht – donneurs en mort cérébrale

Il s'agit de patients qui ont été admis vivants en réanimation pour une affection grave et qui ont évolué vers une destruction complète du cerveau, faute d'avoir pu assurer des conditions d'homéostasie suffisante à cet organe fragile²². La destruction du cerveau ayant eu lieu sous assistance ventilatoire, l'arrêt de la commande cérébrale de la respiration n'entraîne pas d'asphyxie et l'arrêt cardiaque ne survient pas, alors qu'il aurait suivi de quelques minutes l'arrêt des fonctions cérébrales si le patient n'avait pas été assisté par un ventilateur. Ces patients remplissent les trois critères cliniques cités dans l'article à l'article R 1232-1 du Code de la santé publique (absence totale de conscience et d'activité motrice spontanée ; abolition de tous les réflexes du tronc cérébral ; absence totale de ventilation spontanée). Au moment de l'orientation vers le prélèvement d'organes, le sujet est donc en état de mort cérébrale clinique. Il est présumé donneur d'organes en vertu de la loi du 22 décembre 1976, dite loi Caillavet, qui a instauré en France la présomption de non-opposition²³. Selon l'article R 1232-2 du Code de la santé publique, pour confirmer le décès dans un but de prélèvement d'organes, le médecin doit avoir recours, « soit à deux électroencéphalogrammes nuls et aréactifs effectués à un intervalle minimal de quatre heures, réalisés avec amplification maximale sur une durée d'enregistrement de trente minutes et dont le résultat est immédiatement consigné par le médecin qui en fait l'interprétation ; soit à une angiographie objectivant l'arrêt de la circulation encéphalique et dont le résultat est immédiatement consigné par le radiologue qui en fait l'interprétation ». Après cette vérification paraclinique, le médecin en charge du patient annonce le décès aux proches et signe un certificat de décès qui devra être complété par un procès verbal ad hoc, si la procédure de prélèvement est poursuivie. Les membres de l'équipe de

prélèvement (médecins ou infirmières coordinatrices) sont ensuite tenus de rechercher, après la signature du certificat de décès, une opposition préalable au prélèvement en consultant le registre des oppositions accessible auprès de l'ABM, et, « par tout moyen », auprès des proches (article L 1232-1 du Code de la santé publique).

Sur le plan médical et par construction juridique, l'orientation vers le prélèvement et la procédure de prélèvement d'organes débutent bien toutes les deux après le décès du patient. Cependant, il est indéniable que l'aspect inchangé du sujet en mort encéphalique (parfois surnommée « mort rose ») ne facilite pas la compréhension de son état par les proches, dans un moment d'émotion intense, où viennent se télescoper l'annonce d'un décès par le réanimateur et les explications de la procédure par les membres de l'équipe de prélèvement. De plus, comme toutes les procédures de prélèvement d'organes, celle-ci contrevient au principe de respect de l'intégrité des cadavres, protégée par l'article 225-17 du Code pénal. Quand ils ne s'y opposent pas pour des raisons de principe, il arrive donc bien souvent que les proches, consultés pour savoir si le défunt s'était opposé, de son vivant, au prélèvement d'organes, croient devoir donner (ou refuser) une autorisation en son nom et cherchent à savoir ce que le sujet aurait voulu pour lui, alors que ce n'est pas la question posée.

Catégories I et II de Maastricht – Arrêts cardiaques non contrôlés ou donneurs dits à cœur arrêté.

La classe I concerne « les personnes qui font un arrêt cardiaque en dehors de tout contexte de prise en charge médicalisée et pour lesquelles le prélèvement d'organes ne pourra être envisagé que si la mise en œuvre de gestes de réanimation de qualité a été réalisée moins de trente minutes après l'arrêt cardiaque »²⁴. Les médecins interviennent dans une situation déjà désespérée pour le patient et les manœuvres de massage cardiaque et de ventilation sont entreprises dans l'optique d'une préservation des organes à visée de prélèvement.

²² *Id.*

²³ Le principe la présomption de non-opposition a ensuite été repris par la loi n° 2011-814 du 6 août 2004 relative à la bioéthique, modifiée le 7 juillet 2011.

²⁴ Kootstra (G), Daemen (JH), Oomen (AP), art.cité.

La classe II concerne « Les personnes qui font un arrêt cardiaque en présence de secours qualifiés, aptes à réaliser un massage cardiaque et une ventilation mécanique efficaces, mais dont la réanimation ne permettra pas une récupération hémodynamique »²⁵. Il s'agit d'échec de réanimation, usuellement prononcés après une trentaine de minutes de réanimation bien conduite. Il est à noter que la réglementation n'impose aucune durée minimale d'arrêt cardiaque ni aucune durée maximale de réanimation. Les médecins sont libres de leur prise en charge dans le cadre des bonnes pratiques professionnelles. Dans cette situation, la mort survient par arrêt des manœuvres de réanimation pendant 5 minutes, puis celles-ci sont reprises, dans une finalité de conservation des organes, pour un prélèvement éventuel.

Dans les deux cas, au moment où l'on décide de l'orientation vers le prélèvement d'organes, bien souvent à domicile, la mort n'est ni réelle ni constante. C'est la conviction des médecins de l'inanité de la réanimation qui fait renoncer à (classe I) ou cesser la prise en charge orientée vers le bénéfice du patient (classe II) et qui l'oriente vers un objectif de conservation des organes. Hormis l'urgence extrême de son évaluation et le peu de temps qu'on peut lui consacrer, la situation n'est pas fondamentalement différente des arrêts de traitement qu'encadre la loi du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie dite loi Leonetti²⁶. Outre l'extraordinaire synchronisation de la chaîne logistique qui est nécessaire pour les mener à bien, ces prélèvements en « arrêts cardiaques incontrôlés » posent le problème du manque de temps pour informer les proches et rechercher une éventuelle opposition avant d'initier, de fait, la procédure de prélèvement (en pratique, dès que les manœuvres de réanimation n'ont plus pour objectif le bénéfice du sujet). Dans un deuxième temps, après que le sujet a été transporté vers un centre préleveur en pratiquant un massage cardiaque et une

ventilation mécanique, ces manœuvres sont remplacées par des dispositifs de circulation extracorporelle destinés à perfuser les organes dont on envisage le prélèvement. Il arrive que les proches découvrent en arrivant à l'hôpital que la prise en charge à laquelle ils ont assisté était, en fait, destinée à préserver la qualité des organes.

En revanche, une fois le certificat de décès signé et le décès annoncé à la famille, le prélèvement ne peut être mis en œuvre sans la consultation du registre des refus et la recherche d'une opposition préalable auprès des proches. C'est donc bien un sujet officiellement mort, par échec ou inanité de la réanimation qui est conduit en salle de prélèvement.

Classe III de Maastricht – Prélèvements après arrêt des traitements.

Au moment où l'on envisage un prélèvement d'organes, ces patients sont des malades pour lesquels un arrêt de traitement a été décidé, conformément à la loi du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie²⁷, mais n'a pas encore été mis en œuvre. Ils sont donc incontestablement vivants et sujets de soins, lesquels sont dispensés au moins en partie pour leur bénéfice propre, dans une optique palliative. Théoriquement, si on veut respecter la règle du donneur mort, le décès doit intervenir suite à l'arrêt des traitements, dans un délai compatible avec un prélèvement d'organes viables et utiles pour un tiers. Cette problématique pose directement la question de la détermination de l'instant de la mort et du délai acceptable entre cet instant et la mise en œuvre du prélèvement d'organes, sachant que les organes du donneur seront d'autant plus utiles aux receveurs qu'ils auront été prélevés précocement. Cette problématique a été résumée par l'aphorisme « aussi mort que nécessaire, aussi vivant que possible » exposé par David Evans dans un article de 2007 qui plaidait pour une nouvelle définition de la mort qui tienne compte de ce paradigme²⁸. En 2010, James

²⁵ *Id.*

²⁶ Loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades en fin de vie.

²⁷ Loi n° 2005-370 du 22 avril 2005, préc.

²⁸ Evans (D. W.), « Seeking an ethical and legal way of procuring transplantable organs from the dying without further

Bernat a proposé un raisonnement fondé sur la différence entre les notions de « permanence » et d'« irréversibilité », qui ne sont pas sans rappeler la formule « la mort est réelle et constante » qui figure encore actuellement sur les certificats de décès français²⁹. Pour cet auteur, les manœuvres de réanimation sont indiquées en cas d'arrêt cardiaque permanent et ont pour objet de l'empêcher de devenir irréversible. Si malgré la réanimation l'arrêt cardiaque devient irréversible, il y a lieu d'interrompre les manœuvres et le patient peut être considéré comme mort. Dans le cas de la classe III de la classification de Maastricht, James Bernat propose que tout arrêt cardiaque permanent soit considéré comme irréversible d'emblée, puisqu'il y a contre-indication à la réanimation du fait de la décision d'arrêt des traitements. En suivant ce raisonnement, aux Etats-Unis, le cœur de nourrissons pour lesquels il avait été décidé un arrêt de traitement a été prélevé dès la 75^e seconde d'arrêt cardiaque, en vertu du fait qu'il n'a jamais été décrit de redémarrage spontané d'une activité cardiaque après ce délai³⁰. Bien entendu, une fois greffés sur les receveurs, ces cœurs ont été redémarrés activement pour pouvoir remplir leur office. Aussi brillant soit-il, ce raisonnement a bel est bien un aspect tautologique puisque la prédiction est parfaitement « autoréalisante ». S'il est vrai que le malade ne meurt pas à cause du prélèvement d'organes, on ne peut nier le fait qu'il meure au cours de celui-ci.

Ces pratiques posent également le problème du choix des patients qui pourront intégrer la procédure. En pratique, pour être efficace, il faudra choisir des patients dont les organes sont en assez bon état pour pouvoir être utiles à un tiers, et dont il est prévisible que l'agonie sera suffisamment brève pour ne pas les endommager, une fois pratiqué

l'arrêt des traitements. Des scores prédictifs d'un décès rapide ont d'ailleurs été développés à cet effet^{31 32}. Ils cherchent à repérer une catégorie de malades « mourables » dans des conditions compatibles avec le réemploi de leurs organes au profit d'un tiers. Là aussi, la frontière entre la mort acceptée de la loi Leonetti et la mort administrée s'efface, au profit de la cause d'un tiers à greffer.

Bien évidemment, les prélèvements d'organes après arrêt des traitements ne pouvaient avoir lieu en France avant que la loi du 22 avril 2005 ne vienne donner un cadre légal à ces pratiques. Depuis la promulgation de la loi et jusqu'en juin 2014, ce type de prélèvement n'était plus interdit, mais comme le protocole de l'ABM de 2007 ne les abordait pas, il existait un moratoire de fait, faute d'une procédure réglementaire. En 2009, la mission parlementaire d'information sur la révision des lois de bioéthique a examiné les problèmes posés par les prélèvements sur donneurs décédés après arrêt circulatoire et a auditionné un certain nombre de professionnels français et européens. Elle a invité les sociétés savantes à ouvrir un débat sur le sujet. En 2011, les commissions d'éthique de la société de réanimation de langue française³³ et de la société française d'anesthésie réanimation³⁴ ont produit des

³¹ DeVita (M. A.), Brooks (M. M.), Zawistowski (C.), Rudich (S.), Daly (B.), Chaitin (E.), « Donors after cardiac death: validation of identification criteria (DVIC) study for predictors of rapid death », *Am J Transplant*, vol. 8, n°2, février, 2008, p. 432-41.

³² Shore (P. M.), Huang (R.), Roy (L.), Darnell (C.), Grein (H.), Robertson (T.), Thompson (L.), « Development of a bedside tool to predict time to death after withdrawal of life-sustaining therapies in infants and children », *Pediatr Crit Care Med*, vol. 13, n°4, juillet, p.415-22.

³³ Puybasset (L.), Bazin(J.-E.), Beloucif (S.), Bizouarn, (P.), Croziere (S.), Devalois (B.), Eon (B.), Fieux (F.), Gisqueti (J), Guibet-Lafaye (C),. Kentish (N), Lienhart (A), Nicolas-Robin (A), Otero Lopez (M), Pelluchon (C), Roussin (F.), Beydon (L.), « Analyse critique du prélèvement en condition M3 de Maastricht », *Ann Fr Anesth Réanim*, vol. 31, n°5, mai 2012, p. 454-61.

³⁴ Graftieaux (J.-P.), Bollaert (P.-E.), Haddad (L.), Kentish-Barnes (N.), Nitenberg (G.), Robert (R.), Villers (D.), Dreyfuss (D.), « 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 », *Réanimation*, vol. 21, 2012, p. 236-44.

attempts to redefine human death », *Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine*, 2007, vol. 2, 2007, p. 11.

²⁹ Bernat (J. L.), « How the distinction between "irreversible" and "permanent" illuminates circulatory-respiratory death determination », *J Med Philos*, vol. 35, n°3, juin 2010, p. 242-55.

³⁰ Boucek (M.), Mashburn (C.), Dunn (S.), Frizell (R.), Edwards (L.), Pietra (B.), Campbell (D.), « Pediatric Heart Transplantation after Declaration of Cardiocirculatory Death », *N Engl J Med*, vol. 359, août, p. 709-14.

textes de réflexion sur les questions éthiques que soulève la mise en place d'un programme de prélèvements d'organes sur personnes de la catégorie III de Maastricht. Le conseil d'orientation de l'ABM a mené ses propres débats. De toutes ces consultations il est ressorti que l'utilité des greffes d'organes était telle qu'il y avait lieu d'affronter les nombreux obstacles théoriques, pratiques et éthiques à la mise en place de cette pratique. En juin 2014, le comité de pilotage ad hoc de l'ABM a rédigé un protocole réglementaire dont les grandes lignes ont été présentées aux espaces de réflexion éthique régionaux en septembre 2014 et qui a été mis en ligne sur son site en décembre 2014³⁵. L'objet de mon intervention n'est pas de l'analyser en détail, puisque c'est l'objet de l'intervention de Bérengère Legros qui suivra la mienne. On peut néanmoins identifier trois points de questionnement.

Le risque le plus apparent est le conflit d'intérêt. C'est le risque de voir décider des décisions d'arrêt des traitements dans l'objectif d'un prélèvement d'organes. Ce risque est en partie limité par ce que l'ABM appelle « l'étanchéité des filières », c'est à dire la séparation entre l'équipe qui décide l'arrêt des traitements, d'une part, et celle qui prélève les organes, d'autre part. Mais, puisqu'on ne peut prétendre que les réanimateurs ignoreront tout des enjeux de la demande d'organes, c'est bien sur leur intention morale et leur méticulosité que reposera le caractère éthique ou non de la procédure.

Une difficulté importante est le statut de la personne soignée entre le moment où la décision d'arrêt des traitements aura été prise et sa mise en œuvre effective. Les études de pratique ont montré qu'une proportion non négligeable de patients survivait à un arrêt des traitements^{36 37}. Le protocole

de 2014 de l'ABM qualifie de mourant le patient engagé dans la procédure, mais comment pourra-t-on reconstruire un projet de soins formulé positivement sans revenir en arrière sur cette qualification, en cas d'évolution vers un état végétatif chronique ou vers un état paucirelationnel ? Pendant cette période, l'ABM autorise un certain nombre de gestes invasifs (pose d'un cathéter artériel, pose d'un désilet pour faciliter l'installation des dispositifs de perfusion des organes au moment du prélèvement, administration d'héparine). Ces gestes seront réalisés avant le décès, uniquement dans l'optique du prélèvement, sans bénéfice pour le patient. Ils seront également réalisés avant la consultation du registre des oppositions au prélèvement puisque celui-ci n'est actuellement consultable qu'après le décès. A l'heure actuelle on ne sait pas s'il est prévu de le rendre consultable avant le décès dans le cadre de cette procédure.

Enfin, quelle définition de la mort induit cette nouvelle procédure ? A ce jour, le procès-verbal de décès conforme à l'article R671-7-3 du Code de la santé publique prévoit deux situations permettant le prélèvement d'organes : (1) la mort cardiaque : arrêt cardiaque persistant et absence totale de conscience et d'activité motrice spontanée et abolition de tous les réflexes du tronc cérébral et absence totale de ventilation spontanée et (2) la mort cérébrale : absence totale de conscience et d'activité motrice spontanée et abolition de tous les réflexes du tronc cérébral et absence totale de ventilation spontanée avec un EEG plat ou une angiographie cérébrale nulle chez une personne à cœur battant en ventilation mécanique. La nouvelle procédure prévoit une troisième situation autorisant le prélèvement qui peut se résumer ainsi : absence de pulsatilité artérielle pendant au moins cinq minutes chez une personne ayant été l'objet d'un arrêt de traitements. Pour l'heure, on ne sait pas s'il s'agit d'une nouvelle définition de la mort, en l'espèce la

³⁵ Agence de biomédecine, « Conditions à respecter pour réaliser des prélèvements d'organes sur des donneurs décédés après arrêt circulaire de la catégorie III de Maastricht dans les établissements de santé », juin 2014, accessible en ligne sur http://www.agence-biomedecine.fr/IMG/pdf/guideddacmiiioct2014_abm.pdf.

³⁶ Ferrand (E.), Robert (R.), Ingrand (P.), Lemaire (F.); French LATAREA Group, « Withholding and withdrawal of life support in intensive-care units in France: a prospective survey. French LATAREA Group », *Lancet*, vol. 357, n°9249, janvier, 2001, p. 9-14.

³⁷ Cremer (R.), Hubert (P.), Grandbastien (B.), Moutel (G.), Leclerc (F.), GFRUP's study group on forgoing

treatments, « Prevalence of questioning regarding life-sustaining treatment and time utilisation by forgoing treatment in francophone PICUs », *Intensive Care Med*, vol. 37, n°10, octobre, 2011, p. 648-55.

« mort circulatoire », ou d'un abandon de la règle du donneur mort.

Conclusion

D'un événement strictement extérieur au Droit qui était simplement constaté pour en prendre acte dans le droit civil, la mort est progressivement devenue un état qu'il est nécessaire de décréter, voire d'administrer. S'il semble que la société ait choisi de confier ce rôle aux médecins, il n'en demeure pas moins nécessaire que les citoyens aient une vision claire des enjeux et un contrôle des

repères choisis. Les juristes ont aussi un rôle à jouer, non seulement dans la construction et la formalisation de ces normes, mais aussi dans la publicité qui doit en être faite, avec un certain recul par rapport aux impératifs techniques.

Remerciements

L'auteur remercie Solange Segala - de Carbonnières, maître de conférences à l'université de Valenciennes pour ses éclaircissements en matière d'histoire du droit.

Tableau I : Classification internationale des donneurs d'organes, dite de Maastricht, de 1995

Classe	Situation clinique
Classe I	Personnes qui font un arrêt cardiaque en dehors de tout contexte de prise en charge médicalisée et pour lesquelles le prélèvement d'organes ne pourra être envisagé que si la mise en œuvre de gestes de réanimation de qualité a été réalisée moins de trente minutes après l'arrêt cardiaque.
Classe II	Personnes qui font un arrêt cardiaque en présence de secours qualifiés, aptes à réaliser un massage cardiaque et une ventilation mécanique efficaces, mais dont la réanimation ne permettra pas une récupération hémodynamique ».
Classe III	Personnes pour lesquelles la mort survient dans les suites d'une décision d'arrêt des traitements en réanimation.
Classe IV	Personnes en mort encéphalique.