

Dimanche 22 juin 2008 : 13^{ème} journée nationale du don d'organes :

"L'association pour le don d'organes et de tissus humains, *France Adot*, organise, dimanche 22 juin sa 13^{ème} Journée nationale du don d'organes. Le professeur *Christian Cabrol*, qui a réalisé la première transplantation cardiaque en Europe en 1968, soutient cette initiative : 'le don d'organes, est un devoir humain, social, immédiat.'" En 2007, selon *France Adot*, on a procédé à 4 664 greffes, soit 54 pour cent de plus qu'en 2000 ([source](#)).

La **loi Caillavet** et la **loi relative à la bioéthique du 6/08/2004**, qui a succédé à la loi Caillavet, font prévaloir le **consentement présumé** : tout usager de la santé devenu un donneur d'organes potentiel est réputé consentant au don de ses organes à sa mort, à moins que ses proches apportent le témoignage de sa position contre le don d'organes, ou à moins que cet usager de la santé donneur potentiel soit inscrit sur le *Registre National des Refus*. La loi Caillavet, en même temps qu'elle stipulait le consentement présumé, imposait une obligation d'informer l'usager de la santé. Ce devoir d'information existe toujours, il est inscrit dans les droits du patient (loi du 04/03/2002) :

"Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent, ainsi que les autres solutions possibles et les conséquences prévisibles en cas de refus." "Aucun acte médical ni traitement ne peuvent être pratiqués sans le consentement libre et éclairé de la personne. Ce consentement peut être retiré à tout moment." (Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002, Art. L.1111-4). Cependant, si vous le souhaitez, vous pouvez expressément demander à ne pas être informé." ([source](#)).

Cette information est de nature *médicale*, non juridique ou légale. Les deux fondements juridiques sur lesquels les transplantations s'appuient sont : le consentement présumé, l'*information*. Celle-ci doit permettre le "*consentement éclairé*", que la loi requiert de la part de l'usager de la santé, pour peu que celui-ci ait consenti ou ait à consentir ou non au don de ses organes ou de ceux d'un proche. *Officiellement créée le 5 mai 2005 par décret dans le cadre de la loi de bioéthique du 6 août 2004, l'Agence de la Biomédecine a été inaugurée mardi 10 mai 2005*. Elle prend le relais de l'*Etablissement Français des Greffes*. Sa mission, inscrite dans ses statuts, est de promouvoir le don d'organes, d'encadrer les hôpitaux afin de développer l'activité des transplantations d'organes en France. En même temps, l'Agence orchestre le discours public (officiel) sur le don d'organes et centralise les actions de communication grand public, donc le discours officiel sur les transplantations, c'est-à-dire l'information faite aux usagers de la santé, cette fameuse information qui doit permettre le consentement (ou le refus) "éclairé" de tout un chacun sur la question du don d'organes. **L'Agence de la biomédecine est donc un organisme bicéphale**, responsable à la fois de la promotion des transplantations et du discours officiel sur le don et les greffes d'organes. Ceci pose problème, puisque *promouvoir n'est pas informer...*

Entre promotion et information, l'Agence de la biomédecine peut-elle être le garant du consentement éclairé requis par la loi ?

Le discours public visant à informer se situe en fait entre promotion et information, ce qui pose un problème d'éthique, au sens où ce discours ne s'affranchit jamais de la promotion. Est-ce le rôle de l'Etat d'inciter les citoyens à réfléchir sur le constat de décès sur le plan de l'éthique dans le cadre des transplantations d'organes (qu'est-ce qu'un donneur mort "à cœur battant" ?). Faut-il désigner un propriétaire du corps des potentiels donneurs d'organes, en l'occurrence l'Etat ? **Plus de 13.000 patients en attente de greffe en 2007**, or la mort encéphalique est une forme de mort rare, qui ne représente qu'un pour cent du total des décès annuels. Faut-il élargir le "pool" des donneurs potentiels aux patients en "arrêt cardio-respiratoire persistant" ou/et aux patients se trouvant en état de coma profond ? Cela pose-t-il des problèmes d'éthique ?

Le discours officiel sur les prélèvements d'organes sur donneurs décédés insiste sur la distinction entre coma profond et coma dépassé, ou mort encéphalique. Seule la mort encéphalique, auparavant appelée "coma dépassé" permettrait le prélèvement d'organes. La mort encéphalique représente un état irréversible, à la différence du coma profond : une personne en état de coma profond pourrait sortir du coma, tandis que celle en état de coma dépassé (ou mort encéphalique) ne reviendra jamais de cet état, qui est irréversible.

Depuis 2006, une situation d'arrêt cardiaque peut conduire au prélèvement des organes. Il s'agit des prélèvements "**à cœur arrêté**". Les prélèvements d'organes "*à cœur arrêté*" ont repris en France depuis 2006 suite à la *loi du 21 avril 2005* établissant la procédure des prélèvements d'organes "*à cœur arrêté*" - procédure qui permet qu'une situation d'arrêt cardiaque devienne une source de greffons. Un patient dont les fonctions cardio-respiratoires sont en arrêt persistant peut désormais devenir donneur d'organes. Dans cette situation, le foie, les reins et les poumons peuvent être prélevés : *les reins constituent l'essentiel des greffons prélevés*, néanmoins des équipes pilotes étudient actuellement la possibilité de prélever les poumons sur donneurs "*à cœur arrêté*".

Les donneurs "décédés" peuvent donc désormais être en état de mort encéphalique (dans ce cas le cœur peut être prélevé), ou en état d'arrêt cardiaque et respiratoire persistant (dans ce cas, le cœur ne peut pas être prélevé, car il serait en trop mauvais état pour être greffé avec succès). Le cœur peut être prélevé sur des patients en état de mort encéphalique uniquement.

Pour que les prélèvements d'organes puissent recueillir l'acceptation sociétale, il faut que le donneur soit mort (dans le cas des prélèvements d'organes sur donneurs "décédés"). Or pour que les greffes soient efficaces, il faut que le donneur soit *aussi mort que nécessaire aux yeux de la loi, tout en étant aussi vivant que possible sur le plan médical*. Ce dilemme revêt une importance sur le plan de l'éthique et de la loi.

En dernière analyse, **une définition légale de la mort**, dans le but de permettre l'activité des prélèvements d'organes sur donneurs "décédés", se heurte à **des contradictions insurmontables**. Il y aurait un conflit insurmontable entre la nécessité de laisser passer suffisamment de temps pour que le décès d'un donneur d'organes potentiel puisse être raisonnablement prononcé, et la nécessité de prélever des organes (greffons) viables, ces organes ou greffons devant être prélevés le plus tôt possible. Face à ce constat, certains pays recommandent d'arrêter les tentatives, vouées à l'échec, de fournir une définition légale des critères de la mort, dans le but de permettre des prélèvements d'organes ([source](#)). Ce n'est pas l'orientation choisie par la France, qui maintient les tentatives de définition des critères de la mort d'un point de vue légal, dans le but de recueillir l'acceptation sociétale vis-à-vis des

prélèvements d'organes sur donneur "mort". Il y a donc un consensus mou de la communauté médicale internationale sur les critères de définition de la mort.

Il existe d'ailleurs une controverse au sujet de la loi en France, *qui fait équivaloir la mort avec une incompétence du cerveau (loi de bioéthique de 1996, revue en 2004)* : Dr. Marc Andronikof, chef du service des urgences à l'hôpital Antoine-Béclère, Clamart (06/2007) :

"Depuis peu en France [lois de bioéthique d'août 1996, révisées en 2004, ndlr], il y a une définition de la mort qui repose sur la mort encéphalique, autrement dit : quand il y a un coma tel que les gens ne pourront jamais revenir et qu'ils sont obligés d'avoir des machines pour respirer, pour tout, en fait, puisque le cerveau ne marche plus. Donc la définition de la mort en France repose sur une incompétence du cerveau, disons. J'ai été le premier je pense à m'élever, il y a 15 ans, contre cette définition de la mort puisque c'est extrêmement réducteur et finalement pas du tout réel puisque tout fonctionne sauf une partie du cerveau et là on dit que les gens sont morts. Mais c'est une pétition de principe, si vous voulez, mais c'est maintenant inscrit dans la loi en France, depuis quelques années. Ce qui est paradoxal, c'est que c'est inscrit dans la loi en France et en même temps, aux USA, en Grande-Bretagne, on se pose toutes ces questions qui sortent dans les articles en disant : 'mais personne ne peut dire que ces gens-là sont morts !' Donc c'est un paradoxe, on peut dire, une sorte de *retard à l'allumage* en France, où maintenant les gens sérieux et honnêtes ne peuvent pas dire que ces gens sont morts, mais il y a la pratique des transplantations, donc peut-être qu'on pourrait quand même les prélever puisque maintenant on ne peut rien faire pour eux. Mais ils ont bien compris qu'en fait personne ne peut dire qu'ils sont morts. En France, c'est inscrit dans la loi. Il faudra encore attendre un cycle, quelques années, pour qu'il y ait une prise de conscience en France." (Dr. Marc Andronikof, chef du service des urgences à l'hôpital Antoine-Béclère, 10 juin 2007. [Source](#))

Ainsi, la fameuse grenouille disséquée en cours de biologie par les collégiens de France et de Navarre était dite "*décérébrée*" (et non pas : morte !) avant 1996, date à compter de laquelle, la mort du cerveau étant inscrite dans la loi comme définition de la mort, notre grenouille doit être dite "*morte*" ! Les organes d'un mort ne soigneraient-ils donc personne ? Le prélèvement d'organes serait-il donc *une forme d'euthanasie qui ne dit pas son nom* ? Pour le *Docteur Martin Winckler*, il est hypocrite de ne pas vouloir légiférer sur l'euthanasie, tout en autorisant les prélèvements d'organes sur patients en état de mort encéphalique :

Voir l'article du *Docteur Martin Winckler* : "**Le paternalisme médical français interdit tout débat sur l'euthanasie**" (13 mars 2007, [source](#)) :

"Prélèvement d'organes et maintien médical légal d'un corps en vie artificielle" :

"Le prélèvement d'organes pose lui aussi une question éthique rarement abordée avec la famille. La législation actuelle permet

à toute personne qui le désire d'autoriser le prélèvement de ses organes en cas de coma dépassé à 'électroencéphalogramme plat' (en état de mort cérébrale) fut-ce contre l'avis de la famille. Il est donc possible, de son vivant, de donner par écrit aux médecins l'autorisation de disposer de son corps à un moment où l'on ne sera plus en mesure de prendre cette décision en toute lucidité.

Don et prélèvements d'organes sont présentés par les services de transplantation comme étant louables et susceptibles de sauver des vies, mais ils taisent (ou feignent d'ignorer) que le médecin va **choisir de maintenir en vie un patient 'en état de mort cérébrale' afin de prélever ses organes**. Maintenir un patient en vie artificielle pour lui retirer le cœur, les poumons, le foie ou les deux reins est une procédure qui n'est pas dénuée de sens symbolique, même si c'est pour tenter de prolonger la vie d'un autre patient.

Certes, la 'mort cérébrale' est la condition légale préalable à tout prélèvement, mais elle ne donne pas pour autant, à elle seule, toute liberté au médecin de cesser ou de prolonger la réanimation de tous les patients sous machine... C'est la volonté clairement exprimée du patient qui détermine ces gestes. (...) **La volonté de mourir à une heure choisie par le médecin (en fonction des nécessités du prélèvement) ne serait-elle recevable que pour les donneurs d'organes en mort cérébrale ?** La mise à disposition du corps ne serait-elle justifiable que par l'existence d'un 'bien supérieur' ? On retrouve ici l'aversion séculaire des pays catholiques (même lorsqu'ils se déclarent laïcs) envers toute forme de mort volontaire.

Aux yeux du corps médical, la décision d'un patient sain qui choisit de faire un don d'organes a beaucoup plus de valeur que celle d'un patient gravement atteint qui désire ne pas continuer à vivre.

Aux yeux de l'Eglise catholique, les greffes d'organes sont acceptables ; la mort volontaire ne l'est pas.

Coïncidence ?"

Rappelons qu'en France, si la définition légale de la mort repose sur la mort du cerveau (loi de bioéthique de 1996, révisée en 2004), le rapport de *l'Académie nationale de médecine* du 14/03/2007, intitulé "*Prélèvements d'organes à cœur arrêté*", stipule :

"Depuis 1968 et jusqu'à présent, le prélèvement a été limité aux donneurs à cœur battant en état de mort cérébrale. Dans le sillage des expériences étrangères, la loi française a ouvert depuis août 2005 une voie nouvelle, celle des 'décédés

présentant un arrêt cardiaque et respiratoire persistant' autorisant le prélèvement des reins et du foie." Ce même rapport précise : "Il n'y a qu'une seule forme de mort : la mort encéphalique, qu'elle soit primitive ou secondaire à l'arrêt cardiaque".

D'un côté, sur le plan légal, la mort équivaut à la mort encéphalique. De l'autre, dans le cas des prélèvements "à cœur arrêté", le diagnostic de la mort de la personne "*repose sur le fait que son cœur a cessé irréversiblement de battre, et (...) aucun examen complémentaire n'est requis*" (Dr. Marc Guerrier, [source](#)). La mort encéphalique n'est donc pas requise. Le patient "en arrêt cardiaque et respiratoire persistant" devrait donc être déclaré mort lors du prélèvement de ses organes, et non avant, alors que *la mort du cerveau n'est pas requise ni vérifiée au préalable du prélèvement d'organes*.

En ce qui concerne les prélèvements "à cœur arrêté", le constat de décès est basé sur l'arrêt des fonctions du cœur et des poumons, sans que soit vérifiée la destruction du cerveau (mort encéphalique). Dans le cas de la mort encéphalique, le cerveau est détruit, mais le cœur bat encore. Rappelons que la mort, dans son acception traditionnelle, se définit par la cessation irréversible des fonctions du cœur, des poumons et du cerveau.

Régis Quéré, infirmier, coordinateur de prélèvements d'organes et de tissus, groupe hospitalier Necker-Enfants malades, Département de recherche en éthique, université Paris-Sud 11, Réseau de recherche en éthique médicale, INSERM, a écrit un article intitulé "*Enjeux éthiques des prélèvements d'organes et de tissus : vers un utilitarisme de la mort ?*" ([lire](#)).

Dans cet article, M. Quéré décrit le travail des coordinateurs des transplantations : information et accompagnement des familles confrontées au don : "*Une éthique de l'accompagnement :*"

[p. 6-7 de l'article cité :] "Le débat relatif à la révision des lois de bioéthique prévue de manière régulière reprend et la question de la 'propriété' du corps se trouve à nouveau posée. Peut-on envisager, comme il fut proposé, que l'Etat puisse automatiquement en disposer pour le bien d'autrui ? [Il s'agit du "concept de l'appropriation conditionnelle par la société", proposé par le Professeur Henri Kreis, chef du service de néphrologie, transplantation rénale à Necker-Enfants malades. ([lire](#))]

L'éthique appelle pourtant à assumer la contradiction et non à la fuir. La greffe n'est possible que grâce aux prélèvements et les *besoins des malades doivent donc se conjuguer avant tout avec les représentations de cette atteinte au corps et la prise en compte de la douleur des proches face à la mort*. Au-delà d'un simple corps-machine, réservoir d'organes, il s'agit de relier cette démarche à la singularité d'un individu dont l'acceptation ou le refus ne peut se comprendre qu'à la lecture de son existence. (...) [C]ette démarche ne saurait se concevoir autrement que selon *une conception éthique de l'accompagnement des proches*. Il en va de l'acceptabilité de cette activité par le grand public, mais aussi par les professionnels de santé. On sait en effet

que l'acceptation des prélèvements tient au niveau de confiance que l'on accorde aux soignants. L'accueil, la qualité de l'information délivrée, les conditions de l'annonce du décès, l'empathie et une loyauté dans les actions entreprises marquent les points essentiels de cette activité. Le concours de tous les membres de l'équipe participant à cette prise en charge est alors indispensable. Entre ce qui est possible, légitime et acceptable, les coordinations hospitalières se doivent donc, plus que jamais, d'être les garants moraux d'une activité complexe. Exposées à deux demandes parfois contradictoires, elles constituent ce lien entre un donneur et des receveurs *alors que la mort et la vie se trouvent inévitablement liées*. Parfois perçues comme des oiseaux tournant autour de leurs 'proies', elles n'en sont pas pour autant que de simples passeurs anonymes. *Conscients des problématiques soulevées*, confrontés à la douleur des uns et à l'espoir des autres, ces professionnels témoignent de valeurs profondes au service de la vie."

"Mort faute de greffe" : de quelle(s) faute(s) parlons-nous ?

A deux ans et demi, Océane est décédée au printemps 2008, suite à une infection consécutive à la greffe du bloc cœur-poumons qu'elle avait reçue. L'origine de l'infection n'a pas pu être déterminée à temps, et la petite fille a succombé à cette infection en l'espace de cinq jours. Les patients greffés se heurtent en effet à deux problèmes qu'il est vital de maîtriser : *l'infection et le rejet*. **Les médecins ont expliqué que le décès d'Océane était en partie causé par le "manque de dons"**. Si davantage de greffes du bloc cœur-poumons avaient pu être réalisées, les médecins acteurs des transplantations auraient été mieux armés et expérimentés pour lutter contre l'infection consécutive à la greffe chez Océane. Le problème de la pénurie d'organes se retrouve donc jusque dans les greffes réalisées. "Faute de greffons" : si les greffes échouent, c'est aussi la faute à la pénurie de greffons. *Dans le discours public sur le don d'organes, tous les chemins mènent à la pénurie de greffons :*

En 2006, 12.411 patients attendaient une greffe. 229 patients seraient morts faute de greffon. 4.426 greffes ont été réalisées. 1.441 donneurs ont été prélevés. En 2007, 13.074 patients attendaient une greffe et 231 personnes seraient mortes faute de greffon ([source](#)).

Même quand on donne, on ne fait pas assez de greffes, d'où l'échec de certaines greffes. 20 greffes du bloc cœur-poumons en 2007 ([source](#)). Pas assez pour que les médecins puissent lutter contre l'infection qui a emporté Océane.

« Faute de greffe », même quand il y a greffe ?

Comment sortir de ce cercle vicieux ? Avec une telle liste de patients en attente de greffe, plus les rejets et les infections, peut-on dire que la greffe est une "indication courante" ? "Pas assez de dons", "faute de greffe", etc. : **le douloureux problème de la pénurie de greffons est omniprésent, quand on parle des transplantations**. *Faut-il organiser un recyclage du corps humain ? Est-ce cela, être au plus près de la douleur de chacun ?*

L'utilisation du mourir à des fins thérapeutiques est une première dans l'histoire de l'humanité. Elle démarre timidement dès les années 50 ; s'accroît dans les années 80, alors que les progrès dans la lutte contre le rejet des greffons deviennent tangibles. Un grand pas a été effectué en 1981 avec l'introduction de la ciclosporine, relançant dans le monde entier les programmes de transplantation, dont la transplantation cardiaque. Sans maintien en vie artificielle ou, le cas échéant, réanimation, il ne peut y avoir de prélèvement. D'où la question : *qu'est-ce qu'un mort maintenu en vie artificielle (un mort à cœur battant), ou un mort réanimé ? Est-on tous bien d'accord sur la définition de la mort ? La "mort encéphalique" et l'"arrêt cardio-respiratoire persistant" sont deux états de mort bien distincts, qui peuvent conduire au prélèvement d'organes. De quelle(s) forme(s) de mort parle-t-on ?*

On aurait tort de parler d'un "utilitarisme de la mort " dans le contexte des débuts des transplantations, tant les greffes étaient loin de constituer une indication courante dans le traitement de l'insuffisance rénale, de maladies cardiaques ou cardio-pulmonaires, du diabète, etc. Peu de malades étaient greffés. Mais l'amélioration du traitement antirejet ou immunosuppresseur, conjuguée à l'explosion de la liste des patients en attente de greffe, a changé la donne. Techniquement parlant, la greffe est devenue une indication courante pour beaucoup de maladies. *Greffe de reins, foie, pancréas, intestin, vaisseaux, cœur et/ou valves cardiaque et pulmonaire, poumons, face, main, cornées, etc. Tissus, organes, os, cornées, peuvent être prélevés lors d'un prélèvement multi-organes sur un donneur en état de mort encéphalique, incluant éventuellement la face ou une/des main(s). Tout cela à partir d'un seul et même donneur ! Les greffons seront ensuite répartis entre différents malades en attente de greffe. Deux reins aident deux patients en insuffisance rénale, trouvant ainsi une chance inestimable et inespérée d'échapper à la redoutable dialyse. Si la greffe ne fonctionne pas, le patient retourne en dialyse mais ne meurt pas. Dans ce cas, il ne sort pas de la liste d'attente nationale, qui regroupe tous les patients candidats à la greffe. Un rein provenant d'un donneur en état de mort encéphalique peut avoir une durée de vie de 15 ans après greffe. Un rein provenant d'un donneur vivant peut avoir une durée de vie de 30 ans après greffe ! Il s'agit là de chiffres qui correspondent à des moyennes. La greffe de rein revient moins cher à la société que la dialyse. L'arrêt cardiaque, l'accident vasculaire cérébral, un accident de la route : autant de situations qui font de toute personne s'y trouvant un donneur d'organes présumé consentant : nous sommes tous réputés consentir au don de nos organes à notre décès, à moins d'avoir exprimé notre refus (proche, Registre National des Refus).*

"Près de 150.000 personnes meurent toujours chaque année en France du fait des complications majeures que sont l'infarctus du myocarde ('crise cardiaque') et l'attaque cérébrale ou accident vasculaire cérébral (AVC). L'AVC et la crise cardiaque constituent la première cause de mortalité en Europe." ([source](#)). L'AVC peut conduire à la *mort cérébrale*, qui permet le prélèvement d'organes. La crise cardiaque peut conduire à l'état d'"*arrêt cardio-respiratoire persistant*" (arrêt du cœur, échec des tentatives de réanimation), là encore cet état permet le prélèvement d'organes.

Nous devons faire face à une radicalisation **inédite** du problème de pénurie de greffons. **13.074 patients en attente de greffe en 2007**. Il s'agit là d'une situation inédite dans toute l'histoire de l'humanité. Comment tous les patients candidats à la greffe vivent-ils l'"Attente" ? Résoudre cette pénurie exigerait que l'on organise un véritable recyclage du corps humain. Se dirige-t-on vers un "utilitarisme de la mort", un recyclage du corps humain ?

"Les grandes religions monothéistes approuvent le don d'organes", répète le discours public sur les transplantations. Qu'il nous soit permis de nuancer ce discours : **le Pape Jean-Paul II avait déclaré qu'il s'en remettait à la médecine pour définir la mort sans ambiguïté.** En 2007, un prélat orthodoxe a exprimé publiquement son **questionnement sur la définition du cadavre** ([lire](#)). **Le don d'organes ne fait pas l'unanimité chez les Protestants** ([lire](#)).

Rappelons qu'il n'y a pas que des organes donnés, voir *l'affaire des transplantations forcées en Chine* : [David Matas s'exprime sur les prélèvements d'organes en Chine](#)

Quelles réalités se cachent derrière le constat de décès du donneur d'organes "décédé" ?

La seule science médicale échoue à définir avec certitude le début et la fin de la vie. Découlent de cette incapacité ou incertitude les problèmes éthiques posés par les recherches sur les cellules souches embryonnaires (début de la vie), ainsi que ceux posés par les prélèvements d'organes sur les donneurs "décédés" (fin de la vie). ([source](#))

Tant qu'on n'aura pas de définition universelle et univoque des critères de la mort ([lire](#)), **tant que la science médicale ne pourra pas définir avec une certitude et une fiabilité absolues le moment exact de la mort, tant que des disparités dans les pratiques seront observées d'un pays sur l'autre, l'acceptation sociétale de la pratique des prélèvements d'organes à partir de donneurs "morts" restera relative.** Un article d'actualité du 15/04/2008, paru dans [le Parisien](#), au sujet des prélèvements "à cœur arrêté", montre *les difficultés rencontrées par le corps médical lorsqu'il s'agit de définir le moment exact de la mort, et de s'accorder sur des critères de définition de la mort univoques et infaillibles.* **A constat de décès relatif, acceptation sociétale relative.**

Cet article du *Parisien* a été repris dans *Le Monde* du 11/06/2008 ([lire](#)).

Faut-il *restreindre* l'accès à la greffe (certaines catégories de patients n'y auraient pas droit) ? Faut-il sous-entendre que le droit à un organe de remplacement est un droit pour tous ? Un droit inaliénable, inopposable ? Dans un tel contexte, si l'organe n'est pas obtenu, alors il y a injustice. Les proches du patient en attente de greffe qui décède ne manqueront pas de ressentir cette insupportable injustice, voire de demander réparation en incriminant les choix politiques du gouvernement. Est-il envisageable que des proches d'un patient décédé en attente de greffe tentent de traîner des médecins acteurs des transplantations devant les tribunaux ? Pourquoi pas, si on fait croire que "les gens ne sont pas généreux" et que le droit à un organe de remplacement est un droit pour tous, en balayant sous le tapis les vrais problèmes. La pénurie d'organes peut créer de fréquents et véritables deuils pathologiques. **Dans quelques années, une personne par jour décèdera dans l'attente d'une greffe.**

Va-t-on éternellement nous servir le dogme-conte de fées qui sent le réchauffé (les bébés naissent dans les choux, les gens sont ou ne sont pas "généreux"), ou va-t-on enfin **demander aux usagers de la santé de réfléchir sur les réalités de la fin de vie d'un donneur d'organes, qui, "in fine", décède au bloc, ce que tout bon chirurgien sait pertinemment ?**

Pour autant : le prélèvement d'organes à la mort d'une personne constitue-t-il :

- Un crime ? *Certainement pas*, pour autant que le constat de décès d'un patient donneur d'organes se base sur la *certitude*, d'un point de vue médical, de l'*irréversibilité* d'un état qui conduit à la mort.
- Une transgression ? *Certainement !* Tant que la communauté médicale internationale ne s'entendra pas, à l'appui de critères scientifiques, sur une *définition univoque et incontestée de la mort* (difficulté à déterminer le moment exact, précis de la mort), le prélèvement d'organes sur donneur "mort" constituera une transgression.
- Une transgression acceptable pour tous ? *Certainement pas !* Le fait que **le donneur est maintenu en vie artificielle ou réanimé** pose problème à certaines familles : imaginer que leur proche est mort alors qu'il n'a pas l'aspect d'un cadavre n'est pas chose aisée. Dans ces conditions, certains proches peuvent ne pas se résoudre à accepter le prélèvement d'organes. Il convient également de tenir compte de certains facteurs religieux, affectifs, culturels et philosophiques. Les proches ont le droit de s'opposer au prélèvement d'organes sur un patient en état de mort encéphalique ou en "arrêt cardio-respiratoire persistant".
- Une transgression inacceptable ? *Certainement pas !* La greffe représente un espoir de vie pour de nombreux patients. **Certains proches confrontés au don d'organes pensent que la mort est intervenue avant le "branchement de toutes ces machines", c'est-à-dire avant la réanimation ou l'assistance respiratoire. Pour ces proches, le don d'organes est acceptable, il n'entre pas en contradiction avec le devoir d'accompagner un proche mourant, ou en conflit avec la crainte d'abandonner un proche au pire moment de son existence.**

Il est dans l'intérêt des hôpitaux et cliniques d'effectuer des greffes, plutôt que d'implanter de coûteuses prothèses (cœur artificiel). C'est ce qu'un chef de service hospitalier m'a dit récemment : les greffes coûteraient moins cher à la société que l'implant de prothèses artificielles, cœur artificiel par exemple. Mais cela est-il vrai dans tous les cas et dans tous les pays ?

L'Allemagne développe la recherche et la commercialisation de prothèses bien au-delà de ce que fait la France. Manquerait-on d'esprit d'entreprise en France, à tel point que l'on préférerait accuser les Français de ne pas "donner" assez ? Les Français ne donnent-ils pas assez, ou bien n'entreprennent-ils pas assez ? Se serait-on trompé de verbe dans le discours public sur le don d'organes ?

Un reportage d'Arte (27/02/2007, "**Les Fabricants de cœurs**") tente de répondre à la question de savoir quelle sera "la riposte high-tech du futur à l'infarctus". Un cœur issu de cellules souches ? Une xénogreffe de cœur d'animal ? Une implantation de cœur-machine (machine miniature) ? Cette médecine réalisant le fantasme de l'homme-machine devrait être opérationnelle dans quelques années seulement, d'ici 15 ans environ, lorsque les problèmes d'adaptabilité du cœur artificiel seront résolus. Il s'agit de problèmes de biocompatibilité : comment le sang va-t-il réagir avec un cœur artificiel ? Ce sont là des problèmes qui ne sont pas encore résolus, mais qui le seront.

➔ Voir le Documentaire : "[Les Fabricants de cœurs](#)" (Arte, *Thema*, 27/02/2007)

Est-ce à la transplantation d'organes de résoudre le problème de pénurie de greffons ? La réponse à la pénurie de greffons devrait passer non seulement par les greffes, mais aussi par les cellules souches, les cœurs artificiels, l'ingénierie tissulaire.

*L'information et l'éducation des usagers de la santé sur les questions de constat de décès sur le plan de l'éthique dans le cadre des transplantations d'organes est-elle possible, alors que ni le Professeur Bernard Debré avec « **La revanche du serpent ou la fin de l'homo sapiens** », ni le Professeur David Khayat avec « **Le Coffre aux âmes** » n'ont pu convaincre les acteurs des transplantations de relayer ces questionnements éthiques auprès des usagers de la santé...Pour l'heure, des polémiques divisent toujours le corps médical.*