

Lors de cette journée d'étude, il a été rappelé que le don d'organe provenant d'un donneur vivant relève d'une réglementation différente selon qu'on se trouve en France ou aux Etats-Unis (où le concept d'« *emotionnally related* » prévaut). Dans ce dernier pays, le don n'est pas limité au concubin, alors qu'en France, deux ans de vie commune sont exigés, ce qui limite le don aux concubins. La possibilité de dons croisés existe pour les pays anglo-saxons et aux Pays-Bas : si au sein d'un couple se trouve un donneur et au sein d'un autre couple un receveur compatible, il y a possibilité de croiser les deux.

1. Dr. Mariano Musacchio, service de Neuroradiologie, Diagnostique et Thérapeutique, centre hospitalier Louis-Pasteur, Colmar : « Le concept de mort encéphalique : défi conceptuel, problème de diagnostic et affaire humaine » :

Le Dr. Musacchio définit son métier comme celui de photographe de la médecine. Il rappelle que l'idée de vaincre la mort, de s'en servir n'est pas une idée purement médicale. Qu'on pense à l'œuvre littéraire de Mary Shelley : « Frankenstein ». Le prélèvement d'organes, la greffe, la question du don relèvent du défi conceptuel. Du point de vue de la définition médicale, la mort encéphalique représente la perte irréversible de l'ensemble des fonctions cérébrales chez un sujet à cœur battant. Il doit y avoir perte, destruction et irréversibilité du processus de destruction des fonctions cérébrales pour qu'on puisse parler de mort encéphalique. Depuis plus de trente ans, les signes cliniques de la mort encéphalique n'ont jamais été remis en question. En 1959, Pierre Mollaret et Maurice Goullon (« Revue de Neurologie ») utilisent la notion de « coma dépassé ». Leur définition répond à des critères médicaux très stricts, mais le problème est que ces critères ne correspondent pas à ceux culturellement admis concernant la mort, à savoir : l'arrêt cardio-pulmonaire et cérébral : il doit y avoir mort du cœur, des poumons et du cerveau pour qu'on puisse parler de mort au sens traditionnel du terme. Les circulaires du 3 février 1948 et du 19 septembre 1958 parlent d'une cessation de toute activité cardiaque et circulatoire (cœur-poumons, assurant la vascularisation). Or la circulaire du 4 décembre 1996 stipule que les éléments cliniques et mort encéphalique sont confirmés par l'exploration angio-cérébrale et un EEG (électro-encéphalogramme) : en France, la mort encéphalique diagnostiquée cliniquement doit être confirmée par des examens complémentaires : électro encéphalogramme ou angiographie cérébrale. La mort encéphalique est donc définie légalement par le Décret en Conseil d'Etat du 4 décembre 1996 paru au *Journal Officiel*. Le texte précise quels critères cliniques doivent être présents et quel examen para clinique de confirmation est indispensable. C'est le seul diagnostic médical décrit au Journal Officiel. La mort encéphalique c'est la mort du cerveau et du tronc cérébral. Le cerveau ne fonctionne plus, et ce de façon irréversible. La fonction des autres organes est maintenue de façon artificielle par les appareils de réanimation. La mort encéphalique est la conséquence d'un arrêt de la perfusion cérébrale. C'est actuellement la seule circonstance qui permet de faire don de ses organes. Dans la mort encéphalique, il n'y a plus de perfusion des artères du cerveau, de façon définitive, alors que les autres organes conservent une perfusion normale. Le sujet en état de mort encéphalique doit être pris en charge en réanimation car un arrêt cardiaque risque d'intervenir très rapidement. D'autre part, ce sujet respire uniquement grâce à des appareils de réanimation.

« Ankephalos » vient du grec et désigne ce qui est dans la tête, par exemple, les neurones du cerveau, ayant leur activité spécifique. Le sang est filtré au niveau des reins, du foie et des poumons. Les neurones puisent dans le sang le glucose et l'oxygène nécessaires à leur fonctionnement. On voit l'importance de la production d'énergie pour le cerveau, qui est l'organe le plus sensible au manque d'oxygène. Les neurones produisent de l'énergie électrique que l'on mesure, voit et enregistre par le truchement de l'électro encéphalogramme.

La circulaire du 4 décembre 1996 est toujours en vigueur aujourd'hui. Elle requiert de procéder à la validation des critères suivants :

- Absence de facteurs confondants (toxiques, métaboliques, hypothermie)

et :

- Coma non réactif

et :

- Abolition des réflexes du tronc cérébral (émotions, mastication)

et :

- Abolition de la ventilation spontanée,

au moyen d'une angiographie et de deux électro-encéphalogrammes nuls et non réactifs. Dans l'état de mort encéphalique, il y a arrêt complet de la circulation cérébrale. La destruction des tissus encéphaliques est très rapide et irréversible s'il y a manque d'oxygène. L'arrêt circulatoire, la destruction neuronale et la perte des fonctions sont irréversibles. Il y a arrêt définitif des interactions du cerveau avec les autres organes, et donc de sa fonction régulatrice. Ceci fait référence au concept du cerveau comme chef d'orchestre des autres organes. Ce concept est nouveau, puisqu'il a été introduit en 1996, entraînant un bouleversement de la définition traditionnelle de la mort, vieille de quelque 2000 ans, selon laquelle la mort correspond à l'arrêt définitif du cœur, des poumons et à la destruction du cerveau. Depuis 1996, la mort correspond à la destruction irréversible du cerveau. La mort encéphalique équivaut à la mort de l'individu.

Le cerveau primitif (hypothalamus et tronc cérébral) assure une « homéostasie physiologique ». Lorsqu'il y a perte définitive de cette homéostasie physiologique, ainsi qu'une dégradation de tous les organes (altération fonctionnelle), le décès est prévisible, puisque le sujet se trouve déjà en état de mort encéphalique. Du fait que ce décès est prévisible, le compte à rebours de la vie des organes (subissant une altération fonctionnelle) a commencé. Du point de vue du prélèvement des organes chez ce sujet potentiellement donneur d'organes, la dégradation de tous les organes (l'altération fonctionnelle) compromet (dans l'immédiat et à long terme) la réussite d'une transplantation d'organes. On comprend donc qu'il faille intervenir au plus vite pour un prélèvement d'organes, dès le début de ce compte à rebours. Afin de fournir un cadre légal à l'activité de prélèvement d'organes, l'entrée en vigueur d'une nouvelle définition de la mort comme mort encéphalique autorise bel et bien le prélèvement d'organes sur donneur en état de mort encéphalique dès le début de ce compte à rebours. En effet, les moyens techniques de la médecine moderne permettent de stabiliser ces organes pour un temps (mais pour un temps seulement), une fois le diagnostic de mort encéphalique posé. C'est dans ces conditions qu'on peut dire que le cœur a quatre heures d'autonomie. Ce qu'il faut retenir, c'est que la capacité de la médecine à contrôler les perturbations résultant du phénomène de mort encéphalique est limitée et temporaire, du fait que cette mort encéphalique peut entraîner des dommages collatéraux aux organes potentiellement transplantables (concept du cerveau comme « chef d'orchestre », au cœur de cette définition de la mort comme mort encéphalique).

Une fois expliqué ce défi conceptuel, le Dr. Mariano Musacchio rappelle le rôle du radiologue :

- Etablir un diagnostic étiologique (réunissant des éléments cliniques et para-cliniques)
- Etablir le diagnostic de mort encéphalique
- Evaluer l'état des organes susceptibles d'être transplantés.

Un radiologue a donc un rôle central dans le processus des transplantations d'organes, puisqu'il peut être amené à signer un acte de décès pour les cas de mort encéphalique.

→ Bibliographie :

« *Prise en charge des sujets en état de mort encéphalique dans l'optique du prélèvement d'organes et de tissus* », sous l'égide de l'**Agence de la biomédecine**, de la **Sfar** et de la **SRLF**, coordonné par G. Boulard, P. Guiot, T. Pottecher et A. Tenaillon, Editions Elsevier, 2005.

2. Dr. Elisabeth Lepresle, médecin et philosophe, Agence de la biomédecine :

« *Le consentement présumé du donneur, un paradoxe du langage* ».

Le consentement présumé du donneur est inscrit dans la loi Cavaillet de 1976. Le Dr. Lepresle rappelle que dans le cas du prélèvement d'organes, donner et prendre s'affrontent. La nouvelle loi de bioéthique d'avril 2004 ne résout pas cet affrontement puisqu'on parle de consentement présumé (i.e. : qui ne s'est pas opposé de son vivant au prélèvement de ses organes est réputé / présumé y consentir lorsqu'il se retrouve en état de mort encéphalique). Or qui aurait la naïveté de croire que qui ne dit pas non dit « oui » ? Acceptation ou refus : il s'agit de choisir le moins mauvais mot à dire au plus mauvais moment. Le don d'organes est-il un nouveau contrat social ? Le mot de « don » prête à confusion. Le don permet de s'affirmer soi-même et confirme l'existence des autres. Il y a implication du donneur dans la chose donnée. Le don va devenir un devoir ou une obligation, et non plus seulement une vertu au sens aristotélicien. Dans un monde ultralibéral, le don devient une convention sociale, un double rapport solidarité-dépendance. La définition du Contrat social de Jean-Jacques Rousseau se borne à ce qui est de l'ordre de l'utilité publique. L'Etat y est garant d'un bien commun : la santé. Pour qu'il y ait don, il faut qu'il y ait confiance réciproque. Une fois ces considérations posées, quelle est la légitimité du don d'organes ? Tous ces aspects peuvent-ils coexister dans la société ? Le droit est assuré par le consentement présumé au sens où l'Etat protège ce droit pour les patients en attente de greffe. Le philosophe Michel Foucault a parlé d'une « inversion du pouvoir de mort ».

Une autre question soulevée est : la justice peut-elle se préoccuper du don d'organes ? Cela semblerait faire référence à un contrat de soin. Le droit (qui ne dit non consent au prélèvement) est transgressif. Le droit est-il une transgression du Contrat social ? « Présumé » signifie : croire quelque chose comme hypothèse, ou encore : considérer vrai un fait qu'on n'a pas encore observé. Mais qui peut dire ce qu'est le « vrai » dans les arcanes de la biomédecine ? Le silence est-il une manifestation de la volonté ? La règle de droit du consentement présumé fait penser au prélèvement, c'est-à-dire à la levée, de l'impôt. Cette notion de prélèvement renvoie donc à un des aspects les moins agréables de l'Etat. Tout se passe comme si je n'avais pas les mêmes droits de mon vivant que de ma mort. La mort encéphalique est dite « mort invisible », ou encore : « mort incroyable ». Notre société est fâchée avec les mots de la mort. Qui acceptera d'entendre ce discours ? Les proches sont chargés de répondre de la non-opposition du défunt. Or le prélèvement est ressenti comme une violence, qui fait ressortir l'utilitarisme du consentement présumé : don VERSUS (par opposition à) prélèvement. Ce qui soulève la question : faut-il nationaliser les corps ? Vous êtes mort(e), votre corps appartient à l'Etat. Y viendra-t-on ?

Le don fait référence à l'obligation et à la liberté. La question du don d'organes indique qu'il y a présomption d'autonomie et contrainte de liberté à la fois. Ceci donne lieu à une certaine perversité. Pour faire taire le paradoxe du langage : l'Etat peut-il devenir garant de la santé ? Faut-il, au paradoxe du langage, répondre par le silence du langage ?

Voir les témoignages sur le site internet :

<http://www.greffedevie.fr/temoignages/>

3. Isabelle Varescon, psychologue, maître de conférence à l'université Paris V René Descartes : « L'impact des conduites addictives sur la transplantation hépatique »

L'intervenante a rappelé les chiffres : plus de 10.000 décès par an causés par la cirrhose alcoolique en France. Cette maladie est définie comme une maladie auto-infligée. Si aux Etats-Unis il y a eu des résistances pour transplanter ces patients, cela n'a pas été le cas en France. De manière générale, il y a eu un à-priori défavorable au début des transplantations hépatiques car le risque de récurrence est élevé. Actuellement, les critères d'indication de la transplantation hépatique pour cirrhose alcoolique sont superposables à la transplantation pour d'autres étiologies. *Mais* : une période de sevrage est imposée avant transplantation. On parle d'abstinence à six mois, dans les faits la durée optimale de sevrage est de 3 à 6 mois. Elle permet :

- d'apprécier la motivation du sujet
- au foie de récupérer (en conséquence, une greffe ne sera peut-être pas nécessaire).

En France, la cirrhose hépatique est la première cause de transplantation hépatique. Cette dernière requiert une prise en charge multidisciplinaire. Les contre-indications sont de nature :

- somatique
- psycho-sociale (dans le cas de patients désinsérés : pour qu'une greffe ait des chances de réussite, il faut une insertion et un soutien social très importants).

Le risque est jugé modéré, moyen ou élevé. L'intervenante rappelle que :

- la récurrence est extrêmement fréquente chez les patients alcooliques
- chaque histoire d'alcoolisme est différente
- il existe à l'heure actuelle très peu de données sur la psychopathologie des patients alcooliques, et aucun suivi longitudinal (suivi du patient sur le long terme). Pour ce genre d'étude, on se heurte donc à des problèmes méthodologiques très importants.

Quel effet a la phrase « Seule une greffe peut vous sauver » sur le patient atteint de cirrhose alcoolique ? Pour certains, c'est l'effet électrochoc ou douche froide, conduisant à l'abstinence. Pour d'autres : cet effet électrochoc ne sera pas suffisant pour conduire à l'abstinence, tant il est vrai qu'existent différents types, différentes formes d'alcoolisme. Ce dernier est associé à la dépression et à l'anxiété, qui sont à traiter avant la greffe.

L'intervenante rappelle que si le patient est bien inséré socialement, l'équipe médicale a du mal à aborder le problème de l'alcoolisme. Il s'agira alors d'un alcoolisme masqué. L'alcoolisme est le symptôme d'une maladie, qu'il faut prendre en charge.

Au cours de la discussion générale, Alain Caillé, sociologue, professeur à l'université de Paris X-Nanterre, fait remarquer que la Loi Cavaillat est une maxime sadique, qui n'est pas acceptable pour les familles. Des intervenants font part du fait que « don » et « sauver » sont des mots très problématiques, des chausse-trappes. La phrase « je vais le sauver » dans le cas d'un donneur vivant (le fils en parlant du père à qui il va faire un don d'organes) est problématique. « Je dois, il faut bien », la notion de devoir pour un candidat donneur vivant peut également indiquer que le donneur est sous pression et ne veut pas donner de lui-même. Un comité de l'Agence de biomédecine est ainsi chargé d'évaluer la motivation des candidats donneurs vivants. Dans le cas d'un candidat sous pression, ce comité peut être amené à

refuser que le candidat en question soit donneur - pour le plus grand soulagement de celui-ci, dans certains cas, a indiqué un des membres de ce comité de l'Agence de biomédecine.

Peu de temps après cette journée de travail, l'auteur de ces notes a rencontré M. Guy Benamozig, psychanalyste-anthropologue, unité de neuroanesthésie-réanimation, groupe hospitalier de la Pitié-Salpêtrière, AP-HP (service du Professeur Louis Puybasset), afin de s'entretenir sur la question de la prise en charge des familles confrontées au don d'organes. Qu'il me soit permis d'évoquer ici la spécificité du travail de M. Benamozig, afin d'enrichir la perspective de cette journée d'étude multidisciplinaire d'un éclairage supplémentaire :

Lors de mon entretien avec ce psychanalyste-anthropologue, je suis partie de la réflexion suivante : puisqu'il existe un comité de l'Agence de biomédecine pour évaluer la motivation des candidats donneurs vivants, pourquoi n'existerait-il pas, sur le même principe, un comité visant à évaluer la motivation d'une famille confrontée au don d'organes (proches d'un patient en état de mort encéphalique) – motivation amenant les proches à accepter ou à refuser le don d'organes ? On peut imaginer que ce comité aiderait la famille confrontée au don d'organes à prendre une décision collégiale, le « oui » ou le « non » décidé correspondant alors pour cette famille au « moins mauvais mot au pire moment ». En effet, à l'heure actuelle, des familles regrettent leur décision (qu'elle ait été pour ou contre le don), ou encore regrettent d'avoir été si peu accompagnées sur le difficile chemin du deuil au don (ou du deuil au refus de don) – sans parler des tensions que la confrontation à un tel choix génère ou révèle au sein des familles confrontées au don d'organes ... La mise en place d'un comité visant à aider les familles confrontées au don d'organes à anticiper les problèmes liés à un choix difficile (impossible ?) et à accompagner la prise de décision constituerait un pas supplémentaire vers une prise en charge des proches confrontés à la question du don d'organes. Mais l'existence d'un tel comité est-elle possible ? L'Agence de biomédecine a publié le 07 juillet 2006 la Délibération N° 2006-CO-24, rendant un « avis sur la médiatisation de certaines greffes » :

« Il convient notamment, en toutes circonstances, de veiller tout particulièrement à ne pas mettre en cause l'activité de prélèvement et de greffe, dont le développement reste dans de très nombreux cas la seule réponse à certaines pathologies mettant en jeu la vie des personnes malades ».

Source :

<http://www.espace-ethique.org/fr/greffe.php>

A l'heure actuelle, la prise en charge des familles confrontées au don d'organes (après décision) fait globalement défaut, à en croire des témoignages recueillis sur le Blog « Ethique et transplantation d'organes » : peu de suivi de ces familles après leur décision d'accepter le prélèvement d'organes ; aucun suivi après leur décision de s'opposer au prélèvement. Ce suivi serait-il impossible, à l'image du choix qu'on exige des familles confrontées au don d'organes ? Un intervenant de cette journée d'étude a remarqué que dans les deux cas (donneur en état de mort encéphalique, donneur vivant), la procédure de prélèvement est invasive, un « donneur » est prélevé, dépossédé – pour autant qu'il soit le possesseur de ses organes.

Le psychanalyste Guy Benamozig, psychanalyste-anthropologue, unité de neuroanesthésie-réanimation, groupe hospitalier de la Pitié-Salpêtrière, AP-HP (service du Professeur Louis Puybasset), prend en charge (entre autres) l'accompagnement des proches d'un patient en état

de mort encéphalique, bien en amont de la question du prélèvement des organes, et accompagne ces proches après la décision de prélèvement. Combien de services de réanimation en France bénéficient de la présence d'un psychanalyste-anthropologue ? Sans doute fort peu. Précisions qu'il s'agit d'une cellule psychologique qui aide les proches à accepter les prélèvements :

Sandrine CABUT, dans un article de *Libération* datant de juin 2002, décrit l'activité de ce service de réanimation de la Pitié-Salpêtrière, et le rôle qu'y joue M. Guy Benamozig. Lors de mon entretien du 11 juillet 2006 avec celui-ci, j'ai pu constater que cet article reste tout à fait d'actualité. En voici l'essentiel :

« Comment assurer le soutien psychologique d'une famille qui vient de perdre un proche, souvent jeune, de façon extrêmement brutale ? Et comment, immédiatement après l'annonce d'un tel décès, faire passer cette deuxième violence qu'est la demande de don d'organes ? Pour sa journée nationale de réflexion, organisée aujourd'hui, l'Etablissement français des greffes (EFG) a choisi cette année le thème du dialogue en famille : 'Le don d'organes, il faut d'abord en parler.' Accueil. Confrontée de façon quasi quotidienne à ce casse-tête, l'équipe de neuro-réanimation de La Pitié-Salpêtrière (Paris) a mis en place depuis environ un an un 'protocole' original d'accueil des familles, avec recours systématique à un psychologue attaché au service. Pratiquée par quelques équipes anglo-saxonnes, cette initiative reste étonnamment quasiment unique en France. C'est à l'occasion d'un film sur les dons d'organes, réalisé par sa femme à La Pitié, que Guy Benamozig, anthropologue et psychanalyste, a eu l'idée de proposer ses compétences en réanimation. Une offre accueillie avec enthousiasme par le Pr Louis Puybasset, chef d'une unité qui affronte chaque année une centaine de décès d'origine neurologique. Ce secteur très spécialisé de trente lits, qui participe à la grande garde des urgences neurologiques de la région parisienne, accueille en effet 650 patients par an, en majorité pour de graves traumatismes crâniens, des hémorragies cérébrales ou méningées. 15 % à 20 % d'entre eux ne pourront être sauvés. Dans ce service, les décès concernent des personnes souvent jeunes (la moyenne d'âge est de 49 ans), dont l'accident survient de façon suraiguë et imprévisible, et entraîne à la fois un choc terrible et un sentiment de culpabilité de l'entourage. 'En quelques heures, il faut passer du deuil au don, et cela est très difficile, tant pour les familles que pour l'équipe médicale, résume Louis Puybasset. L'objectif de notre approche est certes de diminuer le taux de refus de prélèvements, actuellement de l'ordre de 50 %, mais plus encore d'aider les proches à faire face au choc du deuil, qu'il y ait ou non don d'organes'. Dans un premier temps, Guy Benamozig a travaillé bénévolement. Il est maintenant rémunéré dans le cadre d'un projet de recherche de l'EFG. Présent tous les matins dans le service, le psychologue discute autant que possible avec les proches des cas les plus graves, pour les réconforter, mais aussi comprendre l'organisation de la cellule familiale. 'Une approche quasi anthropologique', estime-t-il. Et un moyen pour l'équipe de se préparer à l'éventuel décès du patient. Paradoxe. Dans ce cas, les entretiens – qui peuvent durer des heures – s'organisent alors en quatre temps. Le premier, qui revient au réanimateur, est d'annoncer la mort à la famille, en expliquant ses circonstances médicales. 'La difficulté est de leur faire comprendre le paradoxe de la mort cérébrale. Qu'ils réalisent que leur parent est décédé, de façon irréversible, bien que ses organes soient encore vivants pendant quelques heures puisque la cause est neurologique et qu'il est en réanimation', précise Louis Puybasset. Le psychologue prend ensuite le relais. 'Je suis là pour les aider à prendre du recul, pour qu'ils parviennent à recomposer la famille sans l'absent, et qu'ils se reconnectent avec le monde extérieur', énonce calmement Guy Benamozig. Ce n'est que dans un troisième temps qu'a lieu la demande de dons d'organes. Pour éviter toute ambiguïté, elle n'est jamais faite par le

médecin qui a pris en charge le patient, mais par une infirmière coordinatrice. Son rôle ? Instaurer la confiance, en assurant à la famille que tout sera fait dans les règles de l'art, donner des informations pratiques sur les funérailles... Enfin, la dernière étape, celle du *débriefing* des soignants. 'C'est indispensable, car à chaque fois on laisse un peu de nous-mêmes', témoigne LouisPuybasset. Pour ce jeune chef de service (37 ans), le programme a déjà des répercussions positives sur l'équipe médicale et paramédicale, qui se sent moins démunie, avec un discours plus cohérent aux familles. Reste à évaluer ses résultats objectifs, sur les pourcentages d'acceptation des prélèvements d'organes, et surtout sur le vécu du deuil par l'entourage(...) ».

Source :

<http://www.sitanest.net/AFCH/revuepresse.html>

4. Elsa Lannot, psychologue, ATER et doctorante à l'Université de Poitiers :

« Le don d'organe : quels enjeux psychiques chez les proches d'un patient décédé ? »

L'intervenante précise qu'elle a modifié le titre de son intervention, désormais intitulée : « Le don d'organes, une clinique contemporaine ». Dans le mythe hindou, le dieu Ganesh est un homme corpulent, possédant quatre bras et une tête d'éléphant. Dans l'hindouisme, Ganesh, connu aussi sous des noms tels que Ganapati, Ekadanta, Vinayaka, Heramba, etc., est le dieu à tête d'éléphant, protecteur du foyer, celui que l'on invoque avant toute entreprise, pour le prier de lever les obstacles. Il est vénéré dans l'Inde entière par des foules immenses, comme par chacun dans l'intimité de son foyer. D'où vient cette tête d'éléphant ? Plus exactement : comment se fait-il qu'un dieu à corps humain se retrouve avec une tête d'éléphant ? Shiva rentrant de guerre (ou de méditation, selon les versions du mythe) trouve un jeune homme lui barrant la porte de sa maison. Ce jeune homme est le gardien des appartements de Shiva, dont il est le fils. Shiva, ne reconnaissant pas son fils, décapite celui qui prétend l'empêcher de rentrer dans sa demeure. Suite à la mort de son fils, Parvati, l'épouse de Shiva, est inconsolable. Shiva tue alors un éléphant dont il greffe la tête à son fils, afin de lui « rendre la vie » et de « consoler » son épouse. La greffe apparaît comme une modalité de jouissance. Le mythe permet de cerner un réel en tant qu'impossible.

« Le dieu Ganesh est le fils de Shiva et de Parvati. C'est lorsque Shiva décida de se retirer sur l'Himalaya que Parvati mit au monde Ganesh pour la protéger. Ce dernier avait la responsabilité de ne laisser entrer personne dans la maison. Toutefois, au retour de Shiva, ne sachant pas qui il était, Ganesh appliqua la consigne à la lettre. Ce qui ne laissa pas d'autre choix à Shiva que d'étêter Ganesh. Désespérée, Parvati implora Shiva de rendre la vie à son fils. Comme un éléphant passait au même moment, Shiva prit sa tête et la plaça sur le corps de l'enfant. Depuis, Ganesh est devenu le symbole de l'intelligence et aide à surmonter les obstacles. »

Au 20^{ème} siècle, la transformation du corps est possible dans la réalité. La médecine subit un remaniement et devient une science, au même titre que la physiologie et la chimie. Cela lui permet d'appliquer les lois qui font autorité dans le monde inanimé. La médecine agissante s'oppose alors à la médecine qui observe (la médecine d'Hippocrate). La définition de la mort s'en trouve bouleversée. Aujourd'hui, la définition juridique de cette mort prévaut, afin de prévenir les abus de diagnostic de mort encéphalique. Avec l'apparition du médicament antirejet, la Ciclosporine, la coordination hospitalière apparaît en France. Le rôle essentiel de l'équipe de coordination, qui agit selon le principe d'équité, prévaut dans les transplantations. Une infirmière coordinatrice doit recueillir le témoignage d'un(e) proche sur la volonté du

défunt, ainsi que le prévoit la loi, dans une situation d'urgence. Dans ce processus, on peut identifier deux temps :

- celui de la médecine (contexte d'urgence)
- celui de la famille (le temps s'arrête à l'annonce de la mort).

Les soignants sont au moment de conclure alors que les familles sont au moment de comprendre. L'annonce de mort est obligatoirement faite *après* le prélèvement d'organes ; le corps du défunt peut être artificiellement réanimé afin de permettre le prélèvement d'organes. Les propos des proches (« êtes-vous sûr qu'il est mort ? ») soulignent les difficultés techniques qui caractérisent cette mort. « Peut-on rester auprès de notre proche jusqu'à ce que le cœur s'arrête ? » est une question fréquemment posée (souci des proches d'accompagner leur mourant), et permet de comprendre à quel point la définition traditionnelle de la mort prévaut dans les esprits (arrêt cardio-respiratoire). Il faut souligner la fréquence des accidents cardio-vasculaires en France : l'arrêt cardio-vasculaire est en effet la première cause de décès en France. L'auteur de ces notes se permet d'ajouter la précision suivante : les personnes décédées à cause d'un arrêt cardio-vasculaire ne peuvent être donneuses d'organes ; ce sont les personnes victimes d'AVC (Accidents Vasculaires Cérébraux) qui peuvent l'être. Ces personnes vont être ventilées artificiellement (respirateur artificiel pour maintenir le cœur battant), jusqu'à ce que leurs organes soient prélevés (dans le cas d'un accord des proches). On peut donc voir qu'il est impossible au personnel médical d'accéder à la demande « Peut-on rester auprès de notre proche jusqu'à ce que le cœur s'arrête ? », puisqu'à ce moment le prélèvement des organes aura déjà commencé, ce qui veut dire que, bien entendu, le proche en question sera déjà au bloc, entre les mains des équipes chirurgicales chargées du prélèvement des organes. Le cœur ne s'arrêtera de battre que lorsque les chirurgiens clamberont l'aorte (couperont la circulation) afin de le prélever. Le Dr. Philippe Tuppin, de l'Agence de la biomédecine, responsable du pôle évaluation, Direction médicale et scientifique, a rappelé que 80% des donneurs d'organes sont des personnes victimes d'AVC, les 20% restant proviennent d'accidentés de la route.

L'être de chair et l'être cher se confondent, le proche est confronté à l'impossible et au doute quant à la mort. Le corps mort réanimé provoque des angoisses sur le morcellement du corps. Des problématiques psychologiques inédites sont suscitées. On assiste à une rencontre nouvelle avec le corps mort médicalement réanimé, qui apparaît à la place du sujet / de l'être cher. Le proche se trouve alors précipité dans « l'inquiétante étrangeté ». L'intervenante rappelle qu'avant 18 mois, le nourrisson a une conscience de son corps comme étant morcelé, et non comme formant un tout. La demande autour du don d'organes fait donc ressurgir l'expérience de « l'inquiétante étrangeté » : ce vécu durant les 18 premiers mois de la vie, refoulé, ressurgit dans le réel. Il y a donc retour dans le réel du refoulé – le refoulé étant ce morcellement imaginaire. « L'inquiétante étrangeté » oblige le proche à « projeter » et à « introjeter », c'est-à-dire que le proche s'identifie au défunt, modifiant ainsi la frontière entre lui et le monde extérieur. Il demeure un impossible à dire et à penser : le réel.

Passer par le mythe de Ganesh permet de cerner l'impossible à dire : la mort d'un éléphant pour la survie de Ganesh, fils de Shiva (une des plus vieilles divinités du monde). Le sujet de cet exposé est donc le destin culturel de l'objet – d'un objet qui se dissémine. Il est question de l'animé (être cher) et de l'inanimé (découpe d'un corps promis à sa circulation en tant qu'organe. Auquel cas, la logique du monde médical, ce serait de vouloir être au plus proche de la découpe dans la logique du besoin). Selon l'intervenante, une façon de transmettre la psychanalyse et la psychologie, c'est d'étudier la mythologie.

NB : ces notes sur l'intervention intitulée « *Le don d'organes, une clinique contemporaine* », et non revues par l'intervenante, ont été retranscrites ici dans le but d'inciter le plus grand nombre à lire la thèse d'Elsa Lannot sur les enjeux psychiques du don d'organes chez les proches d'un parent décédé – thèse actuellement en cours de préparation. Pour toute question, s'adresser au Réseau international et interdisciplinaire de recherche sur « *Le don et la transplantation d'organes* ».

E-mail : redorganos@yahoo.com.ar

5. Lucile Rolland-Piegue, psychologue, Centre Hépatobiliaire, hôpital Paul-Brousse, Villejuif : « L'aventure de la greffe : le parcours du combattant ? »

Le parcours de la greffe est envisagé en tant que parcours du combattant. L'intervenante décrit sa fonction : il s'agit de « donner un espace de parole » aux receveurs et donneurs d'organes au centre hépatobiliaire de l'hôpital Paul-Brousse, à Villejuif. « Il existe des moments-clé qui peuvent avoir une valeur traumatique s'ils ne sont pas exprimés ». La maladie hépatique est une maladie qui se voit : le patient est jaune, il a un ventre proéminent. Le fait que sa propre vie dépend de la mort de quelqu'un est lourd à porter ! Sont également à prendre en compte : le risque constant de rejet du greffon, le délai d'attente, qui peut être de plus de deux ans pour des patients appartenant au groupe sanguin O. L'idée culpabilisante de souhait de mort d'un donneur peut apparaître, l'attente prend alors une valeur traumatique. D'où la question : quel est le prix à payer pour rester en vie ? Le poids des jours qui passe peut peser très lourd... Les patients peuvent avoir l'impression que cette greffe n'arrivera jamais à temps. Dans d'autres cas, ils se projettent positivement. Le moment le plus « lourd » pour les patients greffés est décrit par l'intervenante comme étant le réveil postopératoire. En réanimation, le contrôle de son corps échappe au patient. La réanimation est vécue comme un moment insupportable, trop violent, pour certains patients, qui ressentent souvent un bref moment d'euphorie, suivi d'un désespoir profond. Les fortes doses de morphine administrées plongent le patient dans un état de rêve éveillé à valeur persécutrice. Cet épisode est très dur à gérer pour le corps médical. Un patient va par exemple percevoir la potence servant à poser les perfusions, à travers son rêve éveillé, comme un instrument d'exécution par pendaison, dont il va être la victime. L'intervenante relate le rêve d'un patient greffé, se trouvant en réveil post-op : il se voyait sur un cheval lancé au galop, sans qu'il puisse exercer le moindre contrôle sur l'animal. Ce moment en réanimation peut faire remonter, ressurgir des éléments de la vie du patient qui n'ont jamais pu être racontés avant. L'hépatectomie représente un acte chirurgical lourd, la morphine déclenche toutes ces questions, ces ressurgissements. Il y a aussi les lacunes de la mémoire, que le psychologue va devoir aider à reconstruire. Au réveil, le patient éprouve une impression de morcellement de son corps. Tel patient, greffé du foie, a l'impression de n'être qu'un foie, étant donné que toute l'attention du corps médical se trouve reportée sur le sien. Le patient en question rappelle alors à l'équipe médicale qui le suit qu'il n'est pas qu'un foie. Une patiente déclare, telle une femme enceinte posant la main sur son ventre : « - Maintenant on est deux, mon foie et moi ». L'intervenante, en tant que psychologue, peut poser le diagnostic suivant : le foie nouvellement greffé n'est pas encore intégré dans le corps de la patiente, et surtout dans sa tête.

A une semaine passée en réanimation succède une semaine d'hospitalisation classique. L'impression d'« inquiétante étrangeté » apparaît, ainsi que la notion de dette à l'égard du donneur : le souci de réparation. Alors que toute l'équipe médicale pousse le patient greffé à plus d'autonomie, un petit moment de régression est pourtant nécessaire. L'intervenante évoque ensuite les phases de réappropriation du corps : le patient/la patiente souhaite plaire à nouveau.

L'intervenante explique le concept de « foie-domino » :

« Foie en parfait état de fonctionnement qui, pour des raisons médicales, doit être prélevé sur un patient et peut alors être transplanté dans l'organisme d'un autre patient. On parle de 'don domino' lorsque, pour des raisons médicales, on prélève sur un patient des organes, des tissus et des cellules sains, qui deviennent ainsi disponibles pour une transplantation. Par exemple, lors d'une transplantation cœur-poumon chez un patient dont les poumons sont malades, on prélève non seulement les poumons, mais aussi le cœur, qui est sain. Ce cœur est alors disponible pour un autre patient souffrant d'une maladie cardiaque. »

Source : Office Fédéral de la Santé Publique (OFSP)

Le foie-domino laisse une marge de vie de 20 ans, c'est-à-dire que ce nouvel organe greffé, en cas de succès de la greffe, peut « tenir » 20 ans !

L'intervenante prend en charge les patients en attente de greffe, dans le cadre du bilan pré-transplantation nécessitant une semaine d'hospitalisation. Lorsqu'une transplantation faisant appel à un donneur vivant est envisagée, l'intervenante, en tant que psychologue, a un poids de décision.

L'intervenante évoque également, côté greffé, l'après-intervention dans le cas d'une greffe du bloc cœur-poumon. Les patients greffés éprouvent une impression de vide. Ils doivent réapprendre à respirer. L'acte intrusif (chirurgie invasive) est très lourd. Le traitement antirejet provoque une phase d'euphorie suivie d'une dépression. Au réveil du patient, le psychologue évoquera avec lui son vécu onirique (il évitera bien entendu de parler de délire !). Suivant la culture, l'imaginaire, le questionnement sur l'organe est différent. Le cœur et le foie peuvent ainsi être le siège du courage, de la peur.

6. Alain Caillé, sociologue, professeur à l'Université de Paris X-Nanterre : « *Le don entre science sociale et psychanalyse : l'héritage de Mauss jusqu'à Lacan* ».

Docteur en économie et docteur en sociologie, Alain Caillé est actuellement professeur de sociologie à l'Université Paris X - Nanterre. Il y dirige le DEA Société, Économie et Démocratie (École doctorale «Économie, Organisations et Société», dont il est, par ailleurs, le directeur adjoint) et il est le directeur du GÉODE (Groupe d'Étude et d'Observation de la Démocratie, laboratoire associé au CNRS, FRE 2257). Il a fondé le M.A.U.S.S. (Mouvement Anti-utilitariste dans les sciences sociales) en 1981 et est directeur de La Revue du MAUSS (revue interdisciplinaire en sciences sociales et en philosophie politique publiée aux Editions La Découverte), désormais semestrielle, à laquelle est adjointe une collection (une quinzaine de livres publiés), La Bibliothèque du MAUSS. L'intervenant précise qu'il est un théoricien du don et explique l'origine du mouvement anti-utilitariste dans les sciences sociales :

Dans le domaine des sciences sociales, on observe un débordement d'« économicisme » : comportement « maximisateur » de satisfaction, optimisateur, « homo economicus » sont donnés comme autant de paradigmes à l'aune desquels l'intégralité du monde social serait explicable. Le M.A.U.S.S. et sa théorisation du don s'inscrivent contre cet « économicisme » dit « ambiant », c'est-à-dire contre la généralisation du modèle économique en sciences sociales, en psychologie, en épistémologie.

L'intervenant définit trois modes de circulation des biens :

- Le marché

- La redistribution
- La circulation par réciprocité : don et contre-don

La circulation par le don peut ensuite déboucher sur une circulation par le marché et par la redistribution. Au sein d'une société première, Marcel Mauss, père de l'ethnographie française, voit une triple obligation de donner, de recevoir et de rendre. Cette triple obligation joue pour lui un rôle fondateur, il parle de « don systémique », de don alimentant une « guerre des générosités », d'obligation pour l'être humain de s'afficher dans cette opération du don pour être reconnu comme être humain. A travers ce processus du don ainsi défini se dessinent l'identité du sujet et celle des groupes sociaux, ainsi qu'une alliance avec des divinités invisibles. Selon M Mauss, le don n'est ni intéressé, ni désintéressé. C'est à travers ce don qu'est reconnue l'altérité de l'autre. Le don archaïque contient donc une dimension d'obligation sociale. Mauss parle de « don hybride », mêlant intérêt et désintéressement, obligation et liberté. Dans les sociétés archaïques, l'un des deux pôles du don ne pouvant être préféré, sacrifié à l'autre, cet équilibre, cette tension entre obligation et liberté – les deux pôles du don devant impérativement se compenser – est nécessaire pour qu'il y ait don.

La question est de savoir ce qu'il reste de ceci aujourd'hui : dans quelle mesure cette définition du don au sein des sociétés archaïques est-elle vraie dans notre société actuelle ? L'intervenant défend le point de vue selon lequel ce système du don resterait infiniment plus actuel qu'on ne pourrait le supposer. Il émet l'hypothèse qu'aujourd'hui encore, les registres de la socialité sont semblables à ceux de la société archaïque : registre primaire, secondaire (parenté, amis, voisinage, associations), impersonnel (registre des fonctions). Ce schéma prévaudrait encore aujourd'hui. Au cœur de cette loi est l'idée que c'est l'Etat qui est le propriétaire des corps, d'un point de vue juridique : il incombe à l'Etat de redistribuer. Les médecins ne peuvent pas, quant à eux, appliquer ce cadre. L'intervenant rappelle qu'en Afrique, le propriétaire du corps est le village. Les questions de don anonyme ou de don personnalisé sont donc des questions complexes. Certains défendent le point de vue selon lequel il vaut mieux que le don soit anonyme, afin de neutraliser le travail d'endettement. Mais la dépersonnalisation du donneur et du receveur est source d'angoisse et de douleur. L'intervenant parle d'endettement positif et d'endettement négatif : à travers le don se définit l'identité des sujets, il y a dans ce processus de définition un travail de valorisation du donateur. Or à qui le greffé doit-il être reconnaissant que la vie existe encore pour lui (dans le cas d'un donneur en état de mort encéphalique) ?

L'intervenant caractérise la Loi Cavaillet (qui stipule que toute personne ne s'étant pas explicitement opposée au prélèvement de ses organes y consent implicitement) comme mettant en œuvre à la fois l'« impératif catégorique » kantien et le sadisme tel qu'il apparaît chez Sade. Afin de supprimer de la loi cet aspect « sadique » et pour éviter que ce « couple infernal » (Kant-Sade) vienne sévir dans le cadre juridique définissant les conditions du don d'organes, l'intervenant suggère de modifier la loi Cavaillet en prenant en compte les aspects du don tels qu'ils sont décrits par Mauss. L'idée que notre corps vient toujours de l'autre, que nous avons été créés, n'est pas simple à accepter. La Bible dit à Eve et à ses descendantes : « Tu enfanteras dans la douleur ». Le donneur [vivant ou en état de mort encéphalique] doit-il donner dans la douleur, comme une mère qui devrait enfanter dans la douleur ?

Bibliographie :

Revue du MAUSS (semestrielle) N° 27, 1^{er} semestre 2006 : « De l'anti-utilitarisme » : *Annuaire, bilan et controverses*, Edition La Découverte, MAUSS Recherches. On peut y

lire l'article d'Alain Caillé : « *Le Don entre sciences sociales et psychanalyse. L'héritage de Marcel Mauss à Lacan* », juin 2006.

Sites internet :

<http://www.revuedumauss.com/>

<http://www.editionsladecouverte.fr/index.asp>

NB : ces notes, non revues par l'intervenant, ont été retranscrites ici afin de faire connaître cet article d'Alain Caillé au grand public. Pour toute question, s'adresser au Réseau international et interdisciplinaire de recherche sur « Le don et la transplantation d'organes ».

E-mail : redorganos@yahoo.com.ar

7. Marc Grassin, philosophe et pharmacien, Maître de conférence à l'Institut Catholique de Paris : « *Le Don d'organe : paradoxe sacrificiel dans une culture de l'échange libéral* ».

L'intervenant étudie les raisons de résistance au don : la question sacrificielle croise la question du don : il existe une tension entre les différentes compréhensions du don qui s'affrontent. En Occident, aujourd'hui, prévaut la conception du don comme gratuite et non comme obligation morale. Lorsque l'on parle de prélèvement ou de don, on n'est pas tout à fait sur le même registre. Le don renvoie à la perte, à l'altération. Le tabou contemporain de la mort est un prétexte aux yeux de l'intervenant, évoqué pour expliquer les réticences du grand public à prendre position sur le don d'organes. On voudrait nous faire croire que le défaut d'anticipation serait lié à ce tabou. Est-ce si vrai que cela ?, se demande l'intervenant. Dans notre société actuelle, le corps est valorisé – valorisation à laquelle participe la médecine. Le prélèvement d'organes se présente donc comme une « chirurgie esthétique à l'envers », ce qui rend difficile et inaudible la demande de prélèvement sur le corps. Lorsque la demande d'autorisation de prélèvement des organes de leur proche en état de mort encéphalique parvient aux familles, « on est sur du vivant-mort ». La compression du temps qui résulte de cette demande est hautement problématique. On assiste à un télescopage entre la dimension historico-biographique et le chaos événementiel. Pour la famille, la mort est de l'événementiel, elle ne se borne pas à être un fait médical. Dans ce contexte, il s'agit de retracer une histoire du don : avec le don cérémoniel de Mauss, on est dans une logique d'escalade de la reconnaissance, une lutte de prestige. [Ajout de l'auteur de ce blog : un des acteurs du monde médical de la transplantation a dit, il y a quelques années, qu'il ne fallait attendre aucune gloriole du don].

En parallèle à cette lutte de prestige dans les sociétés archaïques, on assiste à une montée en puissance de la violence : la demande d'autorisation de prélèvement des organes d'un proche, dans ce contexte de compression du temps, correspond à cette montée en puissance de la violence. Le contre-don est moins une dette qu'un défi : en effet, « le don se veut désintéressé et intemporel, cependant, pour faire honneur au don, la personne en bénéficiant fera un don en retour, qu'on appelle le contre-don ».

Sur le don, voir l'article de Wikipédia, l'encyclopédie en ligne :

http://fr.wikipedia.org/wiki/Don_%28offrande%29

Tous ces paramètres indiquent qu'on est dans le conflictuel. Si le don d'organes constitue la dimension dernière du don, alors se pose la question de la mise en scène de la relation. Il convient de prendre en compte la question de la totalisation sociale que représente le don d'organes. La tension individu-société est inscrite au cœur de la question du don d'organes. Il

semble y avoir ritualisation du don d'organes puisque la chose donnée est le donneur dans sa totalité. Il faut alors prendre au sérieux les entremêlements d'identité qui peuvent se jouer. Ces entremêlements font sortir le don de la modalité de l'échange. Il y a dépossession et gratuité, toutes deux absentes du don tel qu'il apparaît dans les sociétés archaïques, dans l'histoire. On est dans l'acte pur, hors de l'histoire, i.e. : hors du don tel qu'il a été inscrit dans le contexte de l'histoire. Le don compris comme un geste moral dans notre société moderne, mais aussi comme quelque chose de l'ordre du privé, une affaire de soi à soi, une espèce de don biographique privatisé et privatisant, s'oppose à la demande sociétale du don d'organes. La notion de contre-don disparaît également, alors qu'elle est bien inscrite dans la compréhension du don telle que nous l'avons héritée de l'histoire. Le donneur d'organes apparaît comme stoïque, en référence à la notion stoïque de don sans retour, unilatéral et moral. Ainsi Sénèque a dit : « qui a fait un don pour recevoir n'a pas fait de don ». La notion et les implications du don d'organes sont donc étrangères à la théorie de l'échange.

Avec le judaïsme, la question du don se radicalise. Dieu donne la terre et la vie. Il y a prévalence de l'action de donner, mais le contre-don se joue en partie. La manière de rendre, en effet, est d'appliquer la loi de Dieu. Les modalités de contre-don stabilisent les alliances entre les familles d'Israël : Il y a escalade du don, jusqu'au don radical : Dieu donne son fils, Dieu se donne lui-même. Le contre-don devient alors impossible, car il exclut la possibilité de rendre, de donner en retour. Avec le Nouveau Testament et l'évangile selon Saint-Matthieu, on est très loin de Mauss : « Vous avez reçu gratuitement, donnez gratuitement ». Olivier Douville, psychanalyste et président de la séance de l'après-midi, fait remarquer que « dans la religion chrétienne, le sacrifice du fils se double de la prescription d'amour. C'est là que les ennuis commencent... ».

Dans notre société actuelle, les deux tendances lourdes (don et contre-don ; don sans contre-don) coexistent, ce qui rend la question du don d'organes si difficile. Le modèle de don qui semble prévaloir aujourd'hui serait celui de la gratuité et de l'engagement moral, ce qui sous-tendrait une inadéquation entre la représentation du don et la question de l'échange.

La question du don d'organes conduit à une montée en puissance du conflit, de la violence en situation. Il y a conflit de loyauté vis-à-vis du défunt (un proche se doit d'accompagner son défunt dans la mort du mieux qu'il le peut), et vis-à-vis du receveur : ne pas accepter le prélèvement d'organes pouvant être greffés sur des patients, c'est conduire à la mort un certain nombre d'individus. La mise en pratique des valeurs entraîne un conflit moral, qui se joue lorsque la famille confrontée au don d'organes est mise au pied du mur du fait de la demande d'autorisation de prélèvement. Il existe également un conflit des réalités : la médecine fait une demande fondée sur sa puissance : « regardez comme nous savons sauver des malades ! », or pour les familles de donneur, la médecine n'a justement pas pu sauver leur proche ! Il s'agit en outre d'un don défiguré, sans visage, car il doit se faire dans l'anonymat. Ce dernier repose sur une abstraction théorique morale, qui n'en est pas moins amputante pour les familles de donneurs. Tous ces facteurs jalonnent la montée en violence dans une situation, qui est celle de la question du don. L'intervenant précise que le « surajout de violence » qu'implique la question du prélèvement des organes est « de l'ordre du sacrifice ». Il est possible de répondre à la violence en la régulant : la famille confrontée au don d'organes « fait mourir » le receveur en refusant le don. Le receveur devient le bouc émissaire. Cette « bouc-émissarisation » signifierait ici que le receveur est potentiellement coupable. Il conviendrait de reconsidérer, de « retravailler sur la ritualisation » du don d'organes.

Lors de la discussion générale suivant les interventions de cette journée d'étude, il a été rappelé par un coordinateur des transplantations que 3,1 organes sont prélevés par donneur. Les oppositions électives (les organes pour lesquels les familles de donneurs s'opposent au prélèvement) sont :

- 1) le cœur
- 2) les yeux (cornées)
- 3) le foie
- 4) les reins

En ce qui concerne la xénogreffe (greffe d'un animal à un humain) : 70% des patients seraient prêts à accepter la greffe de cornées de chat.

Un intervenant réfléchit sur l'impératif catégorique kantien, utilisé à des fins de vie à tout prix, dans l'affaire des greffes. La vie structure la vie alors qu'avant, la mort structurait la vie, c'est-à-dire que ce qui structurait la société d'avant les transplantations, c'était la mort.

Un coordinateur des transplantations rappelle que les receveurs souhaitent donner, mais ne peuvent pas être prélevés, du fait des traitements qu'ils ont reçus. [Le seul cas où les receveurs peuvent donner est le cas du « don –domino » (voir page 8)].

Une psychologue explique qu'il faut alors retravailler la notion du don avec les receveurs d'organes. Ces derniers peuvent devenir actifs au sein d'associations, de mouvements sportifs, etc.

Un intervenant souhaite faire remarquer que le corps du donneur en état de mort encéphalique n'est pas rendu « intact » après le prélèvement de ses organes. Ne vaudrait-il pas mieux parler de « reconstitution », de « reconstruction » ou de « chirurgie réparatrice » pour rendre le corps présentable ? Il s'agit d'une reconstitution en surface. Pourquoi nier le fait qu'on touche à l'intégrité physiologique du donneur en état de mort encéphalique ? Ce point-là est très important pour les familles confrontées au don d'organes. Il conviendrait d'aborder ce problème avec elles, et non de le masquer en parlant de « corps intact » : le problème existe bel et bien.

*NB : ces notes sur la journée d'étude du 17 juin 2006 n'ont pas été revues par les intervenants. Les programmes de travail seront publiés prochainement. Pour tout renseignement, s'adresser au **Réseau international et interdisciplinaire de recherche sur « Le don et la transplantation d'organes »**.*

Site internet: http://www.raices.secyt.gov.ar/donacion/red_donacion_fr.htm

E-mail : redorganos@yahoo.com.ar

L'auteur de ces notes remercie les intervenants de cette journée d'étude pour la qualité de leur intervention, et souhaite que ces notes sur la première journée d'étude du **Réseau international et interdisciplinaire de recherche sur « Le don et la transplantation d'organes »** permettent de partager les thèmes abordés et les réflexions menées avec le plus grand nombre, dans l'attente de la publication des programmes de travail. Merci à tous !

Catherine Coste

cath.coste@laposte.net