

1) *On ne peut prélever d'organes que sur les patients en état de mort encéphalique, ce qui représente très peu de patients.*

Faux. Il y a certes très peu de cas de mort encéphalique (moins de 1% des causes de décès). Aussi pratique-t-on en France depuis mars 2007 le prélèvement d'organes sur donneur à « cœur arrêté ». La technique dite « cœur arrêté » (ou non battant) consiste à mettre en œuvre des moyens visant à éviter la détérioration des organes d'une personne ... dont le cœur ne bat plus, ce qui est le cas de loin le plus fréquent. Le patient « à cœur arrêté » présente un arrêt définitif des fonctions cardiaques, ce qui n'est pas le cas pour le patient en état de mort encéphalique, dont le cœur bat.

Dans le cas du donneur potentiel « à cœur arrêté », que s'est-il passé ? Les battements cardiaques de la personne ne reprennent pas malgré les manœuvres de réanimation (dont le massage cardiaque). Cinq minutes d'absence d'activité cardiaque après une réanimation intensive dont la durée varie selon les circonstances (30 minutes environ) conduisent au diagnostic de mort de la personne.

Dans le cas des personnes en état de mort encéphalique, il a pu être prouvé que le cerveau est irrémédiablement détruit par des examens (électroencéphalogramme ou angiographie), mais le cœur bat encore. Une oxygénation pulmonaire est maintenue artificiellement (par un ventilateur).

Il convient également de mentionner le prélèvement d'organe sur donneur vivant. Ce mode de prélèvement représente 5% des prélèvements en France, mais bien plus aux USA et dans les pays scandinaves.

Il y a donc deux catégories de donneurs « décédés » : les patients en état de mort encéphalique et les patients « à cœur arrêté ». A cela, il faut ajouter le prélèvement d'organe sur donneurs vivants. La mort encéphalique est donc une des formes de décès qui permettent le prélèvement d'organes, mais ce n'est pas la seule.

2) *On sait bien pourquoi les familles confrontées au don d'organes refusent le prélèvement des organes de leur proche : les familles qui refusent font preuve d'un manque de solidarité.*

Le problème est plus complexe. Concrètement, dans le cas de la mort encéphalique, les familles se trouvent face à un corps chaud, qui respire. Il n'est pas aisé d'imaginer que cette personne est morte (un « mort » à cœur battant ?!). La question du don et de la générosité n'est que « la partie émergée de l'iceberg ». Il se pourrait bien que le refus des familles confrontées à la question du prélèvement d'organes soit lié à des questions d'ordre physiologique bien plus qu'idéologique. En effet, les formes de décès qui permettent les prélèvements d'organes sont déroutantes, au sens où elles diffèrent de l'acception traditionnelle de la mort, c'est-à-dire : l'arrêt cardio-vasculaire et cérébral définitif et irréversible. Il faut savoir que les formes de décès qui conduisent au prélèvement des organes (mort encéphalique, patient « à cœur arrêté ») ne coïncident jamais avec *la Mort* dans l'acception traditionnelle du terme – à savoir, comme nous l'avons dit, la destruction irréversible du cœur, des poumons, du cerveau. La mort encéphalique n'a pas encore entraîné la destruction du cœur tandis que dans le cas de la personne « à cœur arrêté », la destruction de la fonction cérébrale n'est pas vérifiée, seul est requis l'arrêt du cœur. Il convient de respecter la représentation de la mort que se fait chaque famille confrontée au don d'organes,

car, ô surprise, la question fort délicate de la mort ne fait pas l'unanimité, pis encore : il en a toujours été ainsi...

3) Les résultats des greffes sont bons, même à 10 ans et plus après la greffe.

A nuancer ! Les patients ayant bénéficié d'un greffon provenant d'un patient « décédé » connaissent un taux de survie à 10 ans hélas moins bon que le taux de survie à 1, 2 ou 5 ans... Il est difficile de trouver des statistiques concernant les taux de réussite des greffes à 10 ans (et plus) sur internet. En revanche, on peut accéder à nombre de statistiques à 1, 2, voire à 5 ans. En France, les hôpitaux et cliniques transmettent les statistiques concernant leurs patients greffés à l'Agence de la biomédecine, qui centralise cette information.

4) Les médecins ne peuvent pas déclarer mort un patient dont le cœur bat ou pour lequel ils n'ont pas la certitude que le cerveau a été irrémédiablement détruit.

Faux (voir les questions 1 et 2). Dans le cas d'un prélèvement d'organes qui se fait sur une personne en état de mort encéphalique, il est prouvé que le cerveau est irrémédiablement détruit, mais le cœur bat. Chez ce patient, une oxygénation pulmonaire est maintenue artificiellement (par un ventilateur). Dans une telle situation où le cœur de la personne décédée continue de battre de façon 'réflexe' pour un temps, les organes restent irrigués avec du sang oxygéné et ne se détériorent pas, ce qui permet une transplantation efficace.

Dans le cas d'un prélèvement sur patient « à cœur arrêté », le diagnostic de la mort de la personne repose sur le fait que son cœur a cessé irréversiblement de battre, et qu'aucun examen complémentaire n'est requis. La question que le corps médical se pose alors est : qu'en est-il de la destruction du cerveau ? Quand survient-elle exactement ? Il n'est pas aisé de répondre à cette question, les avis des spécialistes divergent, ceci est aussi lié au fait qu'il existe différentes situations, bien distinctes, correspondant au décès « à cœur arrêté ». Les progrès effectués en réanimation ont rendu la question du décès extraordinairement complexe. Il faut aussi savoir que cette question a été complexe de tout temps... Mais il faut bien dire qu'avec l'apparition des progrès techniques en réanimation, l'écart existant entre la mort des individus et celle de toute autre espèce vivante s'est creusé encore davantage...

5) Techniquement, le constat de décès ne pose aucun problème dans le contexte d'un prélèvement d'organes sur patient « décédé ».

Vrai. Il existe des critères précis, mais qui varient d'un pays à l'autre et qui ne font pas l'objet d'un consensus au sein de la communauté scientifique internationale. Ainsi, les critères scientifiques établissant les tests à effectuer afin de diagnostiquer la mort encéphalique sont clairement définis. Mais ils varient d'un pays à l'autre. Dans la même situation, on est déclaré mort 4 heures plus tôt en Espagne qu'en France, tandis qu'aux USA, il faudra entre 6 et 24 heures, selon qu'on se trouve en Virginie ou au Texas, etc... A cela s'ajoute le fait que la communauté scientifique internationale est divisée : pour certains, la mort encéphalique est certes un état qui permet d'aller au prélèvement des organes, mais la mort n'interviendrait qu'avec l'arrêt du cœur, au moment où les organes sont prélevés... Mort encéphalique et mort correspondraient donc à deux moments distincts, d'autant que la mort est de plus en plus envisagée comme un processus et non comme un point sur l'échelle du temps...

Il en va de même en ce qui concerne le patient « à cœur arrêté ». Les étapes sont clairement définies :

- Premièrement, constater le décès : les battements cardiaques de la personne ne reprennent pas malgré les manœuvres de réanimation. Cinq minutes d'absence d'activité cardiaque après une réanimation intensive dont la durée varie selon les circonstances (30 minutes environ) conduisent au diagnostic de mort de la personne.
- « Deuxièmement, il faut immédiatement effectuer des gestes identiques à ceux de la réanimation : massage cardiaque et ventilation artificielle, non plus dans l'espoir d'une reprise de la vie, mais dans le but d'irriguer les organes avec du sang oxygéné – en vue de leur conservation physiologique en cas de prélèvement. Le corps de la personne, sur lequel on ne cesse de pratiquer ces manœuvres, est transporté rapidement à l'hôpital s'il ne s'y trouvait pas déjà au moment de son décès.
- Troisièmement, soit le sang de la personne est remplacé par un liquide glacé pour permettre un refroidissement aux vertus conservatrices, soit est mis en place un système d'assistance circulatoire (circulation extracorporelle) qui permet de maintenir une circulation de sang oxygéné dans les organes. »

(Source : « Prélèvements à cœur arrêté, enjeux éthiques », **Dr Marc Guerrier**, Adjoint au directeur de l'Espace éthique / AP-HP, Département de recherche en éthique Paris-Sud 11, 15 novembre 2006. Site : <http://www.espace-ethique.org/fr/transplantations.php>)

Mais là encore, on constate différentes pratiques au sein de différents pays - la classification de Maastricht qui regroupe les différentes situations de décès « à cœur arrêté » en témoigne. Pour prendre un exemple : les patients de la classe III de cette classification de Maastricht peuvent être prélevés dans certains pays, comme la Belgique, les Pays-Bas, les Etats-Unis, mais pas en France... Il s'agit de personnes pour lesquelles on décide d'un arrêt de la réanimation (arrêt de soins), et non de personnes sur lesquelles les tentatives de réanimation ont échoué. A ces disparités selon les pays s'ajoutent des dissensions ou controverses d'ordre scientifique... La question de la mort n'est pas épargnée par les querelles de spécialistes...

6) En ce qui concerne le « recrutement » des donneurs d'organes, il existe des disparités entre les pays.

Vrai, on vient d'en voir un exemple avec la classe III de Maastricht, pour les situations de décès « à cœur arrêté ». Notons également que dans les pays scandinaves, le don d'organes à partir de donneurs vivants est bien plus développé qu'en France (en moyenne, 40% des prélèvements sont effectués sur donneurs vivants en Scandinavie, contre à peine 5% en France, encore moins en Espagne). Signalons également le fait que les Anglais parlent de mort cérébrale ; les Français et les Américains de mort encéphalique. Les deux termes n'étant pas strictement synonymes, ils ne recouvrent pas tout à fait les mêmes réalités...

7) Le donneur d'organes « décédé » est anesthésié.

Bien qu'en France il n'existe aucun discours public à ce sujet à ma connaissance, on peut répondre qu'il est « paradoxalement recommandé » d'anesthésier le donneur en état de mort encéphalique. En ce qui concerne les patients « à cœur arrêté », la communication grand public n'a pas encore été mise en place en France.

8) *La promotion des transplantations d'organes et l'information grand public sont deux actions qui doivent être menées de manière distincte, ce qui est d'ailleurs le cas.*

Faux : ce n'est pas le cas. Les actions de communication grand public (donc l'information), ainsi que la promotion des transplantations auprès des hôpitaux et des usagers de la santé, information et promotion, donc, sont certes deux actions bien distinctes, néanmoins elles sont toutes deux centralisées au sein de l'Agence de la biomédecine (qui a pris en mai 2005 le relais de l'Etablissement Français des Greffes suite à la loi de Bioéthique d'août 2004).

9) *Le prélèvement multi-organes est plus rare car difficile à accepter pour les familles.*

Effectivement, un tel prélèvement est « spectaculaire ». Les équipes chirurgicales spécialisées prélèvent tout ce qui peut l'être : cœur, cornée, foie, pancréas, poumons, reins, téguments (peau)... C'est ainsi qu'un seul patient prélevé peut aider quelque quatre ou cinq patients en attente de greffe, voire plus (7 ou 8). Le coordinateur ou la coordinatrice de l'équipe des transplantations relaye, auprès des chirurgiens assurant le prélèvement des organes, le souhait de la famille confrontée au don. Ce coordinateur ou cette coordinatrice est le garant du respect du souhait de la famille en question. Cette dernière, par exemple, aura autorisé le prélèvement des reins et du foie, mais pas celui du cœur et de la cornée des yeux – le cœur et la cornée étant pour elle chargés de symboles, et donc trop intimement liés au « défunt » pour être transplantés...

Un « détail » intéressant : en Espagne, les chirurgiens assurant les prélèvements d'organes voient les familles ayant accepté le prélèvement des organes de leur proche avant d'aller au bloc. En France, ce n'est pas le cas. L'interlocuteur de la famille est le coordinateur ou la coordinatrice des transplantations. C'est ainsi qu'un chirurgien français a pu dire que les méthodes espagnoles sont « plus agressives » que les méthodes françaises...

10) *Le soutien psychologique et le suivi des familles ayant autorisé le prélèvement des organes d'un proche « décédé » est systématique.*

Faux. A l'heure actuelle, ce soutien et ce suivi n'existent que dans certains hôpitaux de l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris (AP-HP), où un psychologue travaille avec les équipes médicales en réanimation chirurgicale, par exemple à l'hôpital de La Pitié Salpêtrière.

11) *Le prélèvement sur patient « à cœur arrêté » est plus rare que le prélèvement sur donneur vivant en France.*

Faux, si on considère qu'en France la loi concernant les prélèvements sur patient « à cœur arrêté » est récente, puisqu'elle date de 2006 (notons que la technique de prélèvement des patients « à cœur arrêté » est, quant à elle, beaucoup plus ancienne : elle date de la fin des années 50 - début des années 60, et a été abandonnée par la suite. Face au problème de pénurie des greffons, elle a été reprise). Ces prélèvements sont effectués depuis mars 2007 dans plusieurs centres hospitaliers, et sont appelés à se développer. En comparaison, les prélèvements d'organe sur donneur vivant sont moins développés, comme nous l'avons indiqué. Il est néanmoins possible d'envisager que dans un avenir proche, les dons d'organes provenant de donneurs vivants seront encouragés, notamment en ce qui concerne le rein ou le foie.

12) Le prélèvement sur donneur vivant est moins éthique que le prélèvement sur donneur mort.

D'un pays à l'autre, ce point de vue varie. Pour les pays scandinaves, le prélèvement d'organe sur patient vivant est « éthiquement sain » (« *ethically sound* ») et pour certains de ces pays, c'est même le mode de prélèvement privilégié (faut-il en déduire que le prélèvement sur donneur vivant y est jugé plus éthique que celui sur donneur « décédé » ?). Pour des pays comme l'Espagne, c'est tout l'inverse : très peu de prélèvements ont lieu sur donneurs vivants, les donneurs en état de mort encéphalique ou « à cœur arrêté » constituent *la* source d'approvisionnement en greffons. Ce point de vue varie également d'un chirurgien à l'autre. Certains chirurgiens ne prélèvent que des donneurs « décédés », arguant du fait que le taux de mortalité chez les donneurs vivants (qui décèdent pendant ou suite à l'opération) est certes très faible, voire infime, mais a un impact considérable lorsque le cas se produit, comme on l'imagine aisément.

13) Au sujet de l'émission télévisée « The Big Donor Show » : 'Le Grand spectacle du donneur' mettait en scène Lisa, 37 ans, atteinte d'une tumeur au cerveau, et trois malades en attente d'une greffe de rein. Vincent, 19 ans, Charlotte, 29 ans et Ester-Claire, 36 ans, qui souffraient tous les trois d'insuffisance rénale. Cette émission a été diffusée le 01/06/2007 sur la chaîne publique Nederland 3 (BNN). 10 mn avant la fin de l'émission, les participants ont révélé qu'il s'agissait d'un canular : Lisa est en fait une actrice, mais les patients en attente de greffe de rein sont bel et bien atteints d'une insuffisance rénale aiguë. Cette émission a été relayée par les médias du monde entier.

En France, le prélèvement des organes d'un patient en phase terminale de maladie dite incurable n'est pas autorisé. Ce prélèvement est néanmoins autorisé en Belgique, au Canada, aux USA et aux Pays-Bas.

Vrai. Ce prélèvement s'effectue dans le cadre des prélèvements sur patients « à cœur arrêté ». De tels patients, qui se trouvent en phase terminale d'une maladie grave, par exemple, sont désignés comme appartenant à la classe III de la classification de Maastricht. Cette classe regroupe les personnes pour lesquelles on décide d'un arrêt de la réanimation. Cette situation peut être assimilée à un arrêt de soins, et non à un échec des tentatives de réanimation. Les prélèvements « à cœur arrêté » regroupent cinq situations ou classes distinctes, sous la dénomination de « Classification de Maastricht ». La situation d'arrêt cardiaque est à la base de quatre de ces classes (classes I, II, IV, V). Pour la classe III (décision de la cessation de soins), il est difficile de prévoir à quel moment l'arrêt définitif de la fonction cardiaque surviendra, et, *a fortiori*, celui de la fonction cérébrale.

De manière générale, la question que l'on se pose en ce qui concerne les prélèvements d'organes sur patient « à cœur arrêté » est : quand la mort du cerveau se produit-elle ?

14) Tous les chirurgiens qui prélèvent les organes d'un patient « décédé » considèrent que le patient est décédé avant le prélèvement des organes.

Faux. Comme on l'a vu, certains considèrent que le patient prélevé décède lors du prélèvement des organes. Mais tous considèrent la mort encéphalique, ou encore l'arrêt cardiaque constaté suite à l'échec des tentatives de réanimation (« cœur arrêté »), comme un état de non-retour à la vie. Il s'agit là d'une certitude sur laquelle tout le monde s'accorde.

Ainsi, certains acteurs des transplantations affirment qu'il ne serait pas éthique de prélever les organes d'un patient « en état de non-retour à la vie » si cette action n'était pas accomplie dans le but de soigner d'autres patients. Selon eux, le fait que les prélèvements permettent d'aider d'autres patients placent ces prélèvements dans une perspective éthique.

15) Un patient en état de mort encéphalique est froid, il ne respire pas.

Faux. La peau est vascularisée, le patient est sous respiration artificielle.

16) On ne pratique aucune mesure invasive suite au décès (échec de la réanimation) d'un patient « à cœur arrêté ». On attend le consentement de la famille de ce patient (pour le prélèvement de ses organes) avant de faire quoi que ce soit après le constat de décès.

Tout dépend de la question de savoir si le témoignage de la famille a pu être recueilli avant ou après la mise en place des moyens de conservation déployés sur le corps de la personne (ventilation artificielle, remplacement du sang par un liquide glacé ou mise en place d'un système d'assistance circulatoire) ? A ma connaissance, le grand public n'est pas informé de cette problématique, au sens où la communication grand public n'est pas encore mise en place à ce sujet. Il appartient aux acteurs de la transplantation de définir la stratégie adéquate. Notons néanmoins que suite à l'échec d'une tentative de réanimation dont la durée approximative est de 30 minutes, le laps de temps imparti avant que ne commence le massage cardiaque et la ventilation artificielle (non plus dans l'espoir d'une reprise de la vie, mais dans le but d'irriguer les organes avec du sang oxygéné – en vue de leur conservation physiologique en cas de prélèvement) est excessivement court : 5 minutes, pendant lesquelles l'absence d'activité cardiaque est constatée. On a du mal à imaginer comment le témoignage des proches concernant la volonté de ce donneur potentiel va pouvoir être recueilli en l'espace de ces cinq minutes, ou suite à ce court laps de temps, alors que la priorité est de transporter le patient « à cœur arrêté » au plus vite à l'hôpital, s'il ne s'y trouve pas déjà ! Consécutivement à ce laps de temps très court, le sang du donneur doit être remplacé au plus vite par des liquides glacés. Il s'agit là bien sûr d'une manœuvre invasive. D'où ce double questionnement d'ordre éthique :

- « Quelles sont les conditions de respect du corps de la personne juste après son décès lorsque l'on pratique sur lui des gestes techniques de nature invasive ?
- Comment les réanimateurs vivent-ils la dualité de leur mission lorsqu'ils assurent par tous les moyens une circulation sanguine d'abord sur une personne à qui ils espèrent redonner vie, puis sur le corps de la même personne au moment même où ils renoncent à cet espoir ? » (Docteur Marc Guerrier, cité plus haut).

17) Le prélèvement des organes sur patient « à cœur arrêté » est moins urgent que celui sur patient en état de mort encéphalique.

Faux. En ce qui concerne les prélèvements « à cœur arrêté », Il ne doit pas s'écouler plus d'une heure trente entre la mise en place du système d'assistance circulatoire ou du refroidissement à l'aide des liquides glacés et le prélèvement en tant que tel. Ce qui ne laisse qu'un très court laps de temps...

18) Il existe de nombreuses études concernant le suivi des familles ayant consenti au don des organes d'un de leurs proches « décédé ».

Faux. Les acteurs des transplantations soulèvent régulièrement la question de la prise en charge de la famille des donneurs, qui à l'heure actuelle reste problématique. Néanmoins, des études concernant le suivi de ces familles sur le long terme sont actuellement en cours, dans certains hôpitaux de l'AP-HP (par exemple à l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière).

19) Le pronostic de vie pour un patient ayant bénéficié d'un greffon de donneur vivant est moins bon, comparé à celui d'un patient ayant bénéficié d'un greffon provenant d'un donneur « décédé ».

Faux. D'après les statistiques, c'est même l'inverse qui se produit. Les greffons en provenance de donneurs vivants offriraient une durée de vie supérieure (surtout en ce qui concerne la greffe de rein).

20) Aucun pays européen n'a organisé de référendum impliquant le grand public sur la question du prélèvement des organes sur patient en état de mort encéphalique.

Faux. Lors des « Deuxièmes Journées Internationales d'Ethique : Donner, recevoir un organe, Droit, dû, devoir », au Palais Universitaire de Strasbourg, dans sa présentation intitulée "On ne meurt qu'une fois, mais quand ?", le Dr. Guy Freys, responsable du service de réanimation chirurgicale de l'hôpital de Hautepierre, Hôpitaux Universitaires de Strasbourg, a précisé qu'en Europe, le Danemark s'était longtemps distingué. La mort encéphalique y était vue comme un état permettant d'aller aux prélèvements d'organes, mais il était entendu que la mort ne survenait véritablement qu'avec l'arrêt du cœur pendant le prélèvement des organes. C'est lors d'un référendum que la population va réagir : selon elle, cet état de fait n'est pas logique. Il faut que la mort corresponde au moment où on fait le diagnostic de mort encéphalique pour que ce système de transplantations d'organes soit acceptable. On peut donc dire qu'au Danemark, c'est la population qui a rangé ce pays dans la mouvance de tous les autres pays d'Europe. Rappelons néanmoins que la mort encéphalique ne fait l'objet que d'un consensus mou au sein du corps médical : la question divise toujours... Les deux seuls points sur lesquels il y a consensus sont les suivants :

- Cet état est irréversible. Nul n'en est jamais revenu.
- La mort encéphalique permet d'aller au prélèvement d'organes.

21) La mort encéphalique a été validée d'un point de vue juridique indépendamment des transplantations d'organes.

Faux. En avril 1968, le Professeur Christian Cabrol a réalisé la première transplantation cardiaque en France. Deux jours avant cette grande première à l'échelle de l'Europe paraissait une circulaire validant la mort encéphalique d'un point de vue légal... La mort encéphalique a été mentionnée pour la première fois dans un

article scientifique décrivant un prélèvement d'organes sur sujet mort « à cœur battant ».

22) Un patient en état de mort encéphalique n'a pas le cœur battant.

Faux.

23) La question qu'on se pose dans le cas d'un donneur « à cœur arrêté » est : quand la mort du cerveau survient-elle ? Cette question ne fait pas l'objet d'un consensus.

Vrai, en tout cas pour le moment.

24) De tout temps, la définition de la mort a été problématique. La réanimation n'a fait que compliquer les choses.

Vrai. Pline l'Ancien disait déjà que « le jugement de l'homme est tellement incertain qu'il n'arrive même pas à définir la mort ».

25) La loi Caillavet, qui date des années 1970 et qui prévoit le « consentement présumé » de chaque citoyen français pour le don de ses organes n'est plus en vigueur.

Faux.

26) Dans tous les pays, le « consentement explicite » est la règle. Il n'y a que la France qui prévoit le « consentement présumé ». Dans la pratique, qu'il s'agisse d'une forme de consentement ou de l'autre, cela revient au même.

Faux. Le consentement explicite est en vigueur aux USA, en Grande-Bretagne, en Irlande, en Allemagne, aux Pays-Bas, dans les pays scandinaves. Le consentement présumé est en vigueur en France (Loi Caillavet de 1976, complétée par les lois de bioéthique de 1994), en Italie, en Espagne, au Portugal, en Grèce, en Belgique, en Autriche et au Luxembourg. Dans le premier cas, le prélèvement n'est autorisé que si le défunt a fait connaître sa volonté de donner ses organes à sa mort en demandant une carte de donneur ou en s'inscrivant sur un registre. Aux USA, le consentement au don de ses organes peut même figurer sur le permis de conduire ou sur une vignette collée sur le pare-brise de la voiture. Dans le second cas, le prélèvement est autorisé sauf si le patient a fait connaître son refus de son vivant (registre national des refus, disposition testamentaire ou information orale de ses proches). « Qui ne dit mot consent » est l'adage exprimé par le consentement présumé. Il n'en va pas de même pour le consentement explicite... On peut se demander si les campagnes d'information sur les transplantations sont identiques dans le cas de deux pays pour lesquels la forme de consentement qui prévaut est différente...

27) Les enjeux éthiques concernant la technique de prélèvement d'organes dite « à cœur arrêté » sont moindres en comparaison de ceux concernant les prélèvements sur patient en état de mort encéphalique.

Faux. Dans son article « Prélèvements 'à cœur arrêté' : enjeux éthiques » cité plus haut, le Docteur Marc Guerrier pose, entre autres, les questions suivantes :

- « Quelles sont les conditions de respect du corps de la personne juste après son décès lorsque l'on pratique sur lui des gestes techniques de nature invasive ?
- Comment les réanimateurs vivent-ils la dualité de leur mission lorsqu'ils assurent par tous les moyens une circulation sanguine d'abord sur une personne à qui ils espèrent redonner vie, puis sur le corps de la même personne au moment même où ils renoncent à cet espoir ?
- Doit-on craindre la survenue de conflit d'intérêt à cet égard ?
- Est-on, collectivement, aujourd'hui bien au clair sur la définition même de la mort ? Quels sont les fondements d'une telle définition ? Sont-ils connus et admis de tous ? »

28) En France, il n'est pas question de développer le don d'organes à partir de donneurs vivants.

Faux. Même si cette forme de don est très peu développée à l'heure actuelle, il n'est pas certain que cette situation perdure à l'identique, face au problème du manque de greffons...

29) Dans les pays scandinaves, on ne prélève que sur donneurs vivants.

Faux. Nous avons vu que près de 40% des prélèvements se font sur donneur vivant, et 60% sur donneur « décédé ». Notons que les Etats-Unis sont aussi performants dans les deux domaines.

30) Le modèle espagnol est plus proche de nous que le modèle scandinave, en ce qui concerne les transplantations d'organes.

Vrai.

31) Les Américains parlent de mort cérébrale, et les Anglais et les Français de mort encéphalique.

Faux. La Grande-Bretagne parle de mort cérébrale ; tandis que la France et les USA parlent de mort encéphalique.

32) Il y aura de plus en plus de patients en état de mort encéphalique

Faux. Cette forme de « mort », déjà très rare, tend à se faire encore plus rare... D'où la reprise, depuis mars 2007, des prélèvements d'organes sur patients « à cœur arrêté »...

33) L'accident vasculaire cérébral est de plus en plus fréquents (AVC), bien plus que les accidents de la route, qui, eux, sont en baisse. L'AVC est donc la première cause de mort encéphalique, avant les accidents de la route.

Vrai. 80 pour cent des donneurs d'organes potentiels se trouvent en état de mort encéphalique suite à un AVC (Accident Vasculaire Cérébral), les 20 pour cent restants proviennent des accidents de la route.

34) Les patients en mort cérébrale sont de plus en plus âgés, car les gens jeunes (18-35 ans) meurent de moins en moins dans des accidents de la route.

Vrai. L'âge moyen des donneurs s'est accru. Il s'agit souvent de personnes victimes d'un accident vasculaire cérébral (AVC).