

## « Questions éthiques relatives à la transplantation d'organes »

### Plan du cours et citations

Valérie Gateau 19.02.2013

#### Introduction

« Vivre, quand la fin semblait proche ; grandir ; quand toute croissance était stoppée, retrouver des forces, quand on ne pouvait plus faire trois pas ; être guéri de sa leucémie ; fêter le dixième anniversaire de sa greffe ; pouvoir faire des projets... Des événements heureux, que racontent nombre de malades, qui témoignent de l'efficacité de la greffe et de sa capacité à modifier favorablement le cours d'une vie » (Houssin D., *L'aventure de la greffe*, Paris : Denoël, 2000).

Pourtant, la médecine des greffes fait appel aux grands principes de la bioéthique tels que l'autonomie, la bienfaisance, la non-malfaisance et la justice.

#### I. La greffe, définition et histoire

La transplantation d'organes consiste « à prélever sur un cadavre certains organes tels par exemple les reins, le cœur, la cornée, les poumons, les os, etc., en vue de les transplanter chez un receveur atteint généralement d'une maladie incurable ou terminale » (Parizeau M.-H., « Organe (transplantation d') », dans Hottois G. Missa J.-N. éd., *Nouvelle encyclopédie de bioéthique*, Bruxelles, De Boeck Université, 2001).

**Années 1950/60:** Premières réussites et **premier débat éthique** : il est « contraire à l'éthique de continuer à sacrifier des reins sains de volontaires pour un bénéfice aussi minime » (Gueniche K., *L'énigme de la greffe, le je de l'hôte à l'autre*, Paris, l'Harmattan, 2000).

**Années 1960/70 :** Nouveaux traitements immunosuppresseurs, la greffe devient efficace. Découverte du coma dépassé ou « mort cérébrale ». 1967 : première greffe de cœur et première greffe de foie. 1969, première greffe de poumon. **Second débat éthique** : cette définition de la mort tombe « trop bien ». « L'entrée en jeu (...) de l'intérêt d'autres patients ne prive pas seulement la définition de sa pureté théorique mais place aussi son application dans le dangereux clair-obscur d'une tentation animée de bonnes intentions » (Jonas H., *Le droit de mourir*, Paris, Rivages poche, 1996).

**Années 1980 :** « âge d'or de la transplantation » (Chavot P. Felt U. Masseran A., « Une crise entre savoir et conscience », dans Collange J.-F. éd., *Ethique et transplantations d'organes*, Paris, Ellipses, 2000).

**Années 1990/2000 :** Greffe efficace : environ 70% de survie à 5 ans versus 80% échec début années 60. Mais situation de pénurie. En 2007, 13081 personnes étaient en attente d'un organe, et 4666 ont été greffées. 8415 restent en attente, dont certaines vont décéder et d'autres « sortir de liste » (ne plus répondre aux critères permettant d'être greffé). Source : ABM.

**Débat éthique :** comment procurer et répartir le plus justement possible une « ressource rare » ?

#### II. La question du prélèvement en mort cérébrale.

##### Définition de la Mort Cérébrale (MC)

« Etat dans lequel se surajoute, à l'abolition totale des fonctions de la vie de relation (conscience, motilité, sensibilité, réflexes), (...) une abolition également totale des fonctions de la vie végétative » (Mollaret P. Goulon M., « Le coma dépassé », *Revue Neurologique*, n°11, 1959).

Critères cliniques de la mort cérébrale : Absence de respiration spontanée, aucun réflexe, hypotonie, mydriase, disparition de tout signal encéphalographique\* spontané ou provoqué (electroencéphalogramme plat)

##### Cas n°1 : Marie

« Nier au corps extra-cérébral sa participation déterminante à l'identité de la personne est une ineptie. Mon corps est de façon aussi unique le corps de mon cerveau et celui de personne d'autre. Si ce n'était pas le cas, comment un homme pourrait-il aimer une femme et pas seulement son cerveau ? Comment pourrions nous être touchés par la magie d'une silhouette ? ». (Jonas H. "Against the stream : comments on the definition and redefinition of death", *Philosophical Essays, from ancient creed to technological man*, New-Jersey, Prentice Hall, 1974).

##### Des doutes récurrents

2001 Débat réanimateurs suisses : doit-on endormir les « morts » ? (Tschui M., *Le don d'organes, donneurs greffés et soignants témoignent*, Paris, Editions Anne Carrière, 2003).

Un « consentement » présumé ?

### **III. Le don entre vivants : le cas de la transplantation hépatique avec donneurs vivants (THDV)**

#### **La THDV**

Possible depuis années 1990 car le foie est un organe double, qui régénère, et pour lequel il n'y a pas d'alternative thérapeutique (sans rein on peut être dialysé, sans foie on meurt).

Bénéfices receveur : identique à la situation où le donneur est décédé (80% survie à 5 ans ou presque)

Risques donneur : Greffe pédiatrique, on prélève 40% du foie du donneur. Risques Donneur : Mortalité 0,1% ; Morbidité 10%. Greffe pour un adulte : on prélève 60% du foie (le plus souvent le lobe droit qui est le plus gros). Risques Donneur : Mortalité 0,5 à 1% ; morbidité 30% environ.

#### **Le cas Baptiste**

Quel avenir pour Baptiste ?

#### **Questions principales et enquête de terrain**

La liberté des donneurs et des receveurs.

Suites médicales :

Donneurs « adultes » : 43% de complications (lésion des voies biliaires, épanchement pleural (2), collection biliaire, pleurésie purulente, hématome, pontage artériel, incapacité à boire de l'alcool, pneumo-thorax) . Donneurs « parentaux » : 20% de complications (laparotomie au lieu de coelioscopie, incapacité à boire de l'alcool).

Receveurs adultes : 57 % vont bien dont 14 % ont eu de grosses complications, 28 % sont en reprise de la maladie mais vont bien, 1 receveur est perdu de vue et 1 « va mal psychologiquement ». Receveurs pédiatriques (N10) : la moitié va bien, 3 sont en reprise de la maladie mais vont bien, un est décédé et un est « non classé » (impossible de savoir).

Pour les suites sociales et familiales donneurs

Pour les donneurs « parentaux » : 2 situations principales : Situation 1 le don permet une nouvelle vie ; Situation 2 le don change des contraintes liées à la maladie initiale en nouvelles contraintes liées à la greffe : conséquences conjugales négatives.

Pour les donneurs adultes : Situation 1 le donneur n'a pas de complication, retour à la vie normale. Situation 2 le donneur a des complications médicales et ne peut retourner à la vie normale : dans ce cas les donneurs décrivent des difficultés professionnelles (4) et problèmes financiers (6).

#### **Discussion et analyse des résultats**

Un jugement de valeur partagé : Tous les acteurs décident de recourir à la THDV en raison de la situation de besoin du receveur (besoin médical de greffe en situation de pénurie d'organes) au prix d'un risque vital pour le donneur – reconnu comme tel par tous les acteurs. DONC tout le monde accepte que le receveur passe avant le donneur, ce qui est un jugement de valeur partagé.

Une situation équitable ? La nécessaire protection des donneurs et la valeur « gratuité ».

### **Conclusion**

La greffe soigne des malades autrement condamnés. Le manque d'organes participe au décès de certains malades qui auraient pu, avec la greffe, vivre. Mais ce n'est pas « faute d'organe » qu'ils meurent : c'est en raison de leur maladie initiale.

*« On ne peut élever une exigence ou une revendication de justice sur le corps d'autrui. Dans ce domaine, on a certainement le droit de demander, mais il ne semble pas qu'on ait celui d'exiger ».* (Pharo p. « Introduction, justice et respect », *Sciences sociales et santé*, vol.15, n°1, mars 1997).