

## Il n'existe qu'une seule mort

### Directives sur le « Diagnostic de la mort dans le contexte de la transplantation d'organes » : commentaire sur les principaux points révisés

---

Les directives sur le « Diagnostic de la mort dans le contexte de la transplantation d'organes », qui sont encore applicables jusqu'à fin août 2011, datent de 2005. Dans la pratique, elles ont entraîné des difficultés d'interprétation liées à la Loi sur la transplantation, entrée en vigueur en 2007 (cf. bulletin ASSM 2/2010) ; c'est pourquoi l'Académie Suisse des Sciences Médicales (ASSM) a chargé une sous-commission dirigée par le Prof. Jürg Steiger de Bâle de les réviser.

#### 1. Principales modifications des directives

Les directives révisées et qui entreront en vigueur le 1<sup>er</sup> septembre 2011 prévoient notamment des modifications dans les domaines suivants :

- *Procédure de diagnostic de la mort*

Dans la mesure où l'origine de la défaillance du cerveau est évidente, le diagnostic de mort ne requiert plus deux examens distincts, séparés par un intervalle de six heures (ou la confirmation de l'arrêt circulatoire cérébral à l'aide d'examen complémentaires), mais deux examens réalisés simultanément par deux médecins ainsi qu'une confirmation du diagnostic de mort cérébrale par les deux personnes (principe des quatre yeux). L'un de ces médecins ne doit pas être directement impliqué dans la prise en charge du patient.

- *Moment de la demande aux proches*

Lorsqu'il est établi que le pronostic est sans issue pour le patient, la possibilité d'un « don d'organes » peut être discutée avec les proches.

- *Introduction de mesures médicales préliminaires*

À certaines conditions définies, des mesures médicales préliminaires peuvent être introduites en vue d'une transplantation d'organes. Lorsque le donneur potentiel n'a pas consenti de manière explicite aux mesures, il est nécessaire de faire référence à sa volonté présumée. S'il s'avère que le patient n'aurait probablement pas consenti aux mesures destinées à la conservation de ses organes ou si ses proches ne savent pas ce qu'il aurait souhaité, il faut renoncer aux mesures destinées à la conservation des organes.

#### 2. Justifications

##### 2.1. Processus de diagnostic de la mort

S'il n'y a a priori qu'« une seule mort », il existe en revanche différentes possibilités de diagnostic. Avec la « méthode classique », le médecin diagnostique les signes cliniques de la mort (taches livides, raideur cadavérique) ; ces signes ne se manifestant qu'après une certaine latence (de 20 à 60 min.), ils ne peuvent pas être pris en considération en médecine de transplantation, car les organes ne seraient plus en état de fonctionner une fois ce laps de temps écoulé. La défaillance totale et irréversible du cerveau (appelée « mort cérébrale »)

est donc considérée en médecine de transplantation comme un signe certain de mort. Cette méthode de détection s'est établie dans le monde entier.

La défaillance totale et irréversible du cerveau peut avoir différentes causes :

- une lésion cérébrale grave, par ex. à la suite d'un accident ou d'une hémorragie cérébrale ;
- une absence d'irrigation cérébrale, suite à un arrêt circulatoire ; des lésions cérébrales massives se manifestent déjà 3 minutes après un arrêt circulatoire ; après 10 minutes, la défaillance du cerveau est dans tous les cas totale et irréversible.

Comme il est question, dans le cas de la mort due à une lésion primaire affectant le cerveau et dans le cas de la mort après arrêt circulatoire, d'une défaillance complète et irréversible du cerveau, on réalise le diagnostic dit de mort cérébrale : les signes cliniques suivants sont examinés et doivent tous être présents :

1. coma ;
2. pupilles en mydriase bilatérale, sans réaction à la lumière ;
3. absence des réflexes oculo-céphaliques (cervico-oculaires et vestibulo-oculaires) ;
4. absence des réflexes cornéens ;
5. absence de réaction cérébrale à des stimuli douloureux ;
6. absence des réflexes de toux et oropharyngés ;
7. absence d'activité respiratoire spontanée.

Lorsqu'il est correctement réalisé, le diagnostic clinique de mort cérébrale est considéré comme un procédé sûr, surtout en présence d'une cause connue de mort cérébrale (comme par ex. l'accident ou l'arrêt circulatoire). L'examen doit toutefois être réalisé par deux médecins et le diagnostic confirmé par les deux personnes (principe des quatre yeux). Les deux médecins impliqués dans le diagnostic doivent justifier des qualifications requises.

La seule raison qui plaidait par le passé pour un deuxième diagnostic de la mort cérébrale était de nature psychologique. Il s'est cependant avéré que la phase d'attente de 6 heures constituait plus une contrainte pour les proches qu'un soulagement. La nouvelle réglementation proposée présente l'avantage d'une réponse plus claire qu'auparavant à la question « à quel moment est-on mort (quand la personne est-elle morte) ? ».

## *2.2. Moment de la demande aux proches*

Apparemment, les médecins impliqués ne savaient pas jusqu'ici s'ils pouvaient aborder la question du don d'organes avec les proches avant la mort du patient. La formulation quelque peu maladroitement à ce sujet et qui qualifie, dans la loi actuelle sur la transplantation, le donneur de « personne décédée », contribue pour une large part à cette incertitude. Les directives prévoient désormais de manière explicite qu'un patient est pris en considération comme éventuel donneur d'organes, lorsque le pronostic est sans issue et qu'une poursuite du traitement est médicalement inutile. Dans cette situation, ce n'est plus la préservation de la vie, mais les soins palliatifs du patient qui se trouvent placés au premier plan. Dans la mesure où il n'existe pas de raison médicale évidente excluant le patient d'un don d'organes, sa volonté doit être clarifiée en ce qui concerne le don. C'est pourquoi la question du don d'organes peut (et doit) être abordée avec les proches, dès que la situation est sans issue, mais avant le diagnostic de la mort. Le projet de directives consacre un chapitre complet à

l'entretien relatif au don d'organes (chapitre 3.1.). Les directives prévoient qu'il serait pertinent d'évoquer le don d'organes le plus tôt possible, les proches disposant ainsi d'un temps plus long pour se pencher sur la question. La décision d'arrêter la thérapie qui maintient le patient en vie ne doit toutefois pas être influencée par l'éventualité d'un don d'organes. C'est pourquoi l'entretien concernant le retrait thérapeutique doit avoir lieu nettement avant et indépendamment de l'échange relatif au don d'organes et aux mesures médicales indispensables.

### *3. Introduction de mesures médicales préliminaires*

En médecine intensive et dans le domaine des urgences, la plupart des patients dont le pronostic est sans issue meurent aujourd'hui à la suite d'une limitation ou d'un retrait thérapeutique. Par ailleurs, la médecine intensive dispose de moyens techniques et de médicaments qui permettent à un patient mourant de survivre un certain temps, sans aucune chance de rétablissement ou de guérison. Dans le cas des patients dont le pronostic est sans issue, une discussion a donc lieu, au sein de l'équipe médicale et avec les proches, avant la mort cérébrale du patient : quand les limitations thérapeutiques sont-elles appropriées et à quel moment les mesures de réanimation doivent-elles être abandonnées ? Pour permettre un éventuel prélèvement d'organes chez ces patients, des mesures médicales dites préliminaires doivent être introduites : elles visent à conserver les organes, à clarifier l'aptitude au don et sont autorisées à des conditions définies, conformément à la Loi sur la transplantation (art. 10). Dans la pratique, l'interprétation de la loi a toutefois entraîné des difficultés et une enquête de l'ASSM a montré que la procédure du don d'organes variait jusqu'ici d'un centre à un autre. Les nouvelles directives fournissent des explications à ce sujet, tandis que la campagne d'information nouvellement conçue par l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) au sujet de la transplantation d'organes – « Tous ont raison : ils expriment leur volonté »<sup>1</sup> – tient compte de ce problème et informe en ce qui concerne les mesures médicales préliminaires. La carte de donneur a aussi été adaptée en conséquence.

L'ASSM fonde également ses propositions de réglementation sur une expertise actuelle et ordonnée récemment par l'OFSP, concernant différentes questions liées à la Loi sur la transplantation. D'après cette expertise, ce n'est plus la préservation de la vie ou le rétablissement de la santé qui se trouvent placés au premier plan chez les patients dont le pronostic est sans issue, mais l'intérêt de « mourir dans la dignité ». Pour cette raison, l'introduction de mesures médicales préliminaires, dans le respect des conditions définies, est juridiquement acceptable.

---

<sup>1</sup> <http://www.bag.admin.ch/transplantation/index.html?lang=fr>