

L'ASSM salue la révision partielle de la loi sur la transplantation

Faits et arguments

Depuis le 1er juillet 2007, les conditions juridiques pour les transplantations d'organes sont définies par la Loi fédérale sur la transplantation d'organes, de tissus et de cellules (Loi sur la transplantation). En raison de difficultés d'interprétations de la loi dans la pratique et de l'introduction d'une intervention parlementaire, le Conseil fédéral propose une révision de la loi. L'un des points clarifiés dans ce nouveau texte est le moment à partir duquel peut intervenir la demande adressée aux proches du patient en vue d'un prélèvement d'organes. Egalement la possibilité pour les proches de consentir à des mesures médicales préliminaires avant le décès du patient si celui-ci n'a pris aucune décision à ce sujet, est à présent ancrée dans la loi. Le projet de révision contient, en outre, des dispositions relatives à la couverture financière des donneurs vivants et à l'attribution d'organes à des frontaliers.

La proposition de laisser les proches donner leur consentement aux mesures préliminaires, même lorsqu'ils ne connaissent pas la volonté du patient, reste controversée. Selon l'ASSM, l'évaluation du législateur à ce sujet est défendable. Les patients susceptibles d'être des donneurs potentiels sont en fin de vie; leur pronostic est sans issue. Les mesures préliminaires sont indispensables au succès d'une transplantation. Il va de soi que celles-ci doivent être réalisées dans le respect absolu de la dignité et de l'intégrité du donneur. La loi exige que les mesures autorisées dans cette situation ne présentent qu'un risque minimal et des contraintes minimales pour le donneur.

L'ASSM salue les modifications proposées dans toute leur étendue. Lors de l'élaboration des directives concernant les «Dons d'organes solides par des personnes vivantes» et la révision des directives relatives au «Diagnostic de la mort dans le contexte de la transplantation d'organes», elle a procédé à une étude approfondie de la question de la transplantation d'organes. La révision proposée tient compte des expériences acquises depuis l'entrée en vigueur de la Loi sur la transplantation ainsi que des principales attentes de la pratique; l'objectif de cette révision est essentiellement de permettre à la transplantation d'organes de rester une méthode thérapeutique prospère et bien établie.

Dans le débat public, il reste trois thèmes controversés concernant la transplantation d'organes:

- le diagnostic de la mort dans le contexte de la transplantation d'organes,
- le prélèvement d'organes après un arrêt cardio-circulatoire,
- l'introduction de mesures médicales préliminaires.

L'ASSM présente ci-après des faits et des arguments concernant chacun de ces trois thèmes; ceux-ci devraient faciliter la formation d'opinion.

Définition de la mort

Quand peut-on affirmer qu'un être humain est décédé ? La réponse à cette question dépend largement d'aspects scientifiques, idéologiques et culturels. La loi sur la transplantation est basée sur la **mort dite cérébrale qu'elle définit comme suit: un être humain est mort lorsque l'ensemble des fonctions du cerveau, y compris du tronc cérébral, a subi un arrêt irréversible. La constatation de la mort (diagnostic de mort cérébrale) est décrite dans les directives médico-éthiques de l'ASSM.** Le législateur délègue la responsabilité de la constatation de la mort dans les règles de l'art à l'avancement des sciences médicales.

D'un point de vue scientifique, il n'existe pas de césure temporelle exacte entre la vie et la mort; la mort de l'organisme en tant que tout, des organes et des différentes cellules est un processus. Même après la défaillance du cerveau, certaines réactions instinctives (par ex. réflexes musculaires) sont encore possibles. C'est pour cette raison que les organes sont prélevés sous anesthésie.

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

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

Que le décès soit dû à une lésion cérébrale primaire ou à un arrêt cardio-circulatoire, la défaillance du cerveau est complète et irréversible ; on procède alors au diagnostic dit de mort cérébrale. Cela signifie que les signes cliniques suivants sont examinés; ceux-ci doivent être cumulés:

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

Un diagnostic de mort cérébrale correctement établi est un procédé fiable. Toutefois, conformément aux directives de l'ASSM, l'examen doit être **réalisé par deux médecins et tous deux doivent confirmer le diagnostic de la mort cérébrale** (principe du double contrôle). Les médecins doivent justifier des qualifications requises.

Cette méthode de détection s'est établie au niveau international. Si l'on compare la Suisse à d'autres pays européens, ils ont tous adopté le concept de la mort cérébrale fondé sur la défaillance totale et irréversible de toutes les fonctions cérébrales – à l'exception de l'Angleterre qui se base sur la défaillance du tronc cérébral (concept de mort du tronc cérébral). De quelle manière faut-il procéder pour constater correctement le critère de la mort dans des situations individuelles? La réponse à cette question est déléguée aux organisations médicales professionnelles respectives. Certaines dispositions révèlent des différences, par ex. au niveau des procédés techniques autorisés pour établir le diagnostic de la mort.

Prélèvement d'organes après un arrêt cardio-circulatoire¹

Pour des raisons techniques et d'organisation, la transplantation d'organes est pratiquée plus rarement après un arrêt cardio-circulatoire qu'après la mort cérébrale primaire. Alors que chez les patients qui présentent une lésion cérébrale primaire, l'arrêt cardio-circulatoire ne survient qu'après l'interruption des mesures de soins intensifs, c'est l'inverse qui se produit lors du prélèvement d'organes après un arrêt cardio-circulatoire., **Dix minutes après l'arrêt cardio-circulatoire, la défaillance des fonctions cérébrales et du tronc cérébral est irréversible.**

On distingue quatre catégories de prélèvement d'organes après un arrêt cardio-circulatoire:

- Catégorie 1 de Maastricht : hospitalisation en arrêt cardio-circulatoire
- Catégorie 2 de Maastricht : réanimation infructueuse
- Catégorie 3 de Maastricht : arrêt cardio-circulatoire imminent après l'interruption des traitements vitaux
- Catégorie 4 de Maastricht : arrêt cardio-circulatoire chez des patients après le diagnostic de mort cérébrale.

Actuellement, ce procédé permet de prélever des greffons de reins, de poumon, de foie et de pancréas. Le prélèvement d'organes chez des patients pris en charge aux soins intensifs avec arrêt cardio-circulatoire imminent (catégorie 3 de Maastricht) est le plus fréquent. Ces patients ont une activité cardiaque normale aussi longtemps que les mesures de maintien en vie sont appliquées. **En cas de pronostic sans issue, les traitements vitaux sont interrompus; dans la mesure où l'arrêt cardiaque intervient dans les 60 à 120 minutes après l'interruption du traitement, le prélèvement d'organes est en principe possible.** Le traitement peut être interrompu à l'unité de soins intensifs ou en salle d'opération. Les proches doivent être informés, d'une part, que les organes doivent être prélevés le plus rapidement possible et que, le cas échéant, le traitement peut être interrompu en salle d'opération et, d'autre part, que le prélèvement d'organes n'est plus possible après plus de 120 minutes d'arrêt cardiaque.

Pratique actuelle dans les hôpitaux suisses

La loi sur la transplantation permet le prélèvement d'organes après un arrêt cardio-circulatoire. L'hôpital cantonal de St. Gall et les hôpitaux universitaires de Zurich et Genève ont instauré des programmes correspondants depuis l'automne 2011. A St. Gall et Zurich, les organes sont prélevés exclusivement après un arrêt cardiaque imminent (catégorie 3 de Maastricht). L'hôpital universitaire de Genève (HUG) a introduit depuis janvier 2012, un programme pour le prélèvement chez des patients de la catégorie 2 de Maastricht et vérifie actuellement l'introduction d'un programme pour le prélèvement d'organes chez les patients de la catégorie 3 de Maastricht. Tous les hôpitaux dotés d'un programme de prélèvement d'organes après un arrêt cardio-circulatoire ne pratiquent une éventuelle canulation de l'artère inguinale avec une sonde de Gillot qu'après la constatation de la mort cérébrale.

¹ Le prélèvement d'organes en cas d'arrêt cardio-circulatoire est défini en même temps de Non-Heart-Beating-Donation, NHBD, et de Donation after Cardiac Death, DCD, ou Donation after Circulatory determination of death, DCDD.

Mesures médicales préliminaires avant la mort et rôle des proches habilités à représenter le patient

On appelle «mesures médicales préparatoires» toutes les mesures prises entre le moment de la décision d'interrompre le traitement et le moment du prélèvement d'organes, dont l'objectif n'est pas le traitement du patient mourant, mais exclusivement le prélèvement d'organes. Sans ces mesures, il est impossible de mener à bien une transplantation. Des mesures préliminaires sont introduites tant chez les patients avec une lésion cérébrale primaire que chez les patients avec un arrêt cardio-circulatoire.

Parmi les mesures préliminaires, on compte:

- la continuation de la ventilation artificielle
- l'administration de médicaments tendant à maintenir la circulation et l'équilibre hormonal. Ces médicaments doivent être administrés dans le dosage le plus faible possible.
- des examens sérologiques et immunologiques
- le cas échéant, l'administration de médicaments anticoagulants pour assurer l'irrigation sanguine des organes.

Réglementation actuelle dans la loi sur la transplantation et nouvelle réglementation prévue

Conformément à l'article 10 de la loi sur la transplantation, les mesures préliminaires peuvent être prises dans la mesure où le patient y a consenti. Cependant, lorsque le patient n'a pris aucune décision lui-même, la prise de décision par les proches et ses conditions restent largement controversées. Cette situation est de loin la plus fréquente, car **la plupart des patients n'ont toujours pas rempli de carte de donneur**. Les réglementations dans la loi sur les transplantations sont interprétées de manière divergente. La révision actuelle prévoit de clarifier ce point et d'assurer une sécurité juridique. Selon les nouvelles dispositions, les proches habilités à représenter le patient peuvent consentir aux mesures médicales préliminaires si telle est la volonté présumée du patient ou si sa volonté n'est pas connue. **Si la volonté du patient n'est pas connue, des mesures préliminaires ne peuvent être introduites avant la mort que si elles comportent des risques et des contraintes minimales et sont indispensables au succès de la transplantation.**

Instrumentalisation du donneur d'organes?

Les mesures préliminaires sont exclusivement destinées au succès de la transplantation; il s'agit donc de mesures en faveur d'une tierce personne. Les opposants à la réglementation proposée objectent que seul le patient a le droit de décider si de telles mesures peuvent être adoptées avant sa mort. Le transfert de la compétence décisionnelle aux proches habilités à représenter le patient représenterait une atteinte aux droits des personnes incapables de discernement, qui ont particulièrement besoin de protection pendant cette courte période de survie. Par ailleurs, le fait de retarder la mort avec des mesures techniques, sans le consentement express du patient et en faveur du receveur, correspondrait à une instrumentalisation du mourant.

Les partisans de la réglementation proposée soulignent que les donneurs d'organes potentiels sont des patients dont le décès est prévisible et pour lesquels la décision d'interrompre les traitements vitaux, en raison du pronostic sans issue, a été prise. **Il ne s'agit pas de décider si un patient doit continuer à vivre ou mourir, mais de décider si le processus de la mort peut être légèrement modifié pour que des organes puissent être prélevés après la mort du patient.**