Ethique et greffe

Introduction :

- A 1ère vue **on ne voit pas ce qui pose problème avec la transplantation d'organe.** En effet, **elle semble entièrement bénéfique** au patient.
- Or elle **questionne en réalité tous les principes classiques de l'éthique médicale**, à savoir les principes de :

bienfaisance = obligation de faire le bien médicalement c'est-à-dire soigner en proportion des risques (= balance **bénéfice/risque**),
non malfaisance (= d'abord **ne pas nuire)**
respect de l'autonomie
justice (= principe qui oblige à **répartir les risques et les bénéfices** selon les populations)

I. La greffe définition et histoire

> DEFINITION : La transplantation d'organes consiste : *« à **prélever** certains organes en vue de les **transplanter** chez un receveur atteint généralement d'une maladie incurable ou terminale. »*

> QUESTIONS ETHIQUES = portent en général sur **les prélèvements sur le donneur** et non sur le receveur puisque la greffe vise à lui sauver la vie.

Histoire médicales des greffes :

- 1) **années 1950 = 1ères greffes réussies (**greffes rénales où un membre de la famille donne un rein. Réussites des greffes entre jumeaux, sinon échecs). **Greffe = pratique expérimentale peu efficace, avec un taux d'échec très important**.

- **2) fin années 60 et années 70 = généralisation de la greffe.**
- >Découverte du **statut de « mort cérébrale » >> une nouvelle définition de la mort est ainsi acceptée** (par opposition au concept traditionnel de mort = arrêt cardio-respiratoire). Débat éthique : la définition de « mort » cérébrale est-elle valide ?

> **apparition du principe de consentement présumé en France** (inauguré par la loi Caillavet de 1976) vs principe de consentement explicite pour être donneur par ex. aux Etats-Unis.
>Apparition de nouveaux traitements immunosuppresseurs qui rendent la greffe efficace, en diminuant considérablement les rejets.
>> **Elargissement du nombre et du type d'organes greffés** qui lance **la dynamique de la greffe** telle que nous la connaissons aujourd'hui**.**

- **3) années 80 = âge d'or de la transplantation.**

>Mise en place de l'organisation des prélèvements multi-organes, nouveaux protocoles
>Tri des indications à la greffe, ouverture à la greffe pour de nouvelles pathologies et pour des patients receveurs plus âgés donc plus fragiles….
>Organisation du registre national des greffes
>Progrès des traitements immunosuppresseurs.

- 4) Actuellement : situation de « pénurie » de greffons.

> années 1990-2000 : certitudes quant à l'efficacité des greffes avec 75% de survie à 5 ans
> Ecart entre le nbre de greffons disponible et le nombre de patients en attente d'un organe grandit. La préoccupation principale est donc de savoir comment augmenter les greffons disponibles : prélever + de morts : initiation de nouvelles méthodes comme prélèvement à coeur arrêté, prélever des morts + âgés // prélever + de vivants.
>>Ces 2 orientations entrainent des débats éthiques.

II. Le prélèvement en mort cérébrale

> DEFINITION : **critères diagnostiques de la mort cérébrale** sont les suivants (les signes doivent TOUS concorder) : **absence de respiration spontanée / abolition des réflexes, mydriase / hypotonie / EEG plat** malgré différents tests de la douleur

- exclusions : hypothermie, état végétatif chronique …

NB : le diag de mort cérébrale doit être fait par des médecins qui n'ont pas d'activité de greffe pour éviter tout conflit d'intérêt.

Si diagnostic posé, on se demande alors si la personne s'était opposée ou non au prélèvement > on garde une attention au consentement même si la personne concernée est morte car il s'agit par le prélèvement d'une atteinte au corps, à l'intégrité physique, or le corps mort est aussi un corps auquel on doit le respect car il représente pour la société et ses proches la personne disparue.

Ce qui rend le prélèvement légitime est donc :
- **> parce que sauve des vies (bienfaisance)**
- **> parce que pas d'opposition de la personne prélevée (autonomie)**
- **> pas de souffrance infligée car la personne est morte (non malfaisance)**
- **> répartition juste**

>> correspond aux 4 principes éthiques.

Cependant en pratique, pose des problèmes. Notamment parce que la mort cérébrale n'est pas toujours considérée comme une mort (vue comme arrêt cardio-respiratoire, avec un corps froid), surtout par les proches.
***exemple : le cas de « Marie » : une jeune fille s'oppose au prélèvement de sa mère en mort cérébrale, alors que celle-ci ne s'était pas opposée au don de son vivant. La fille dit avoir compris que sa mère est morte mais s'oppose au prélèvement qu'elle voit comme une source de nouvelles souffrances pour sa mère.
Dans ce cas, la loi dit que les médecins doivent prélever les organes même si les proches refusent. En pratique, il est impossible de rajouter ce traumatisme pour les proches et difficile de s' « emparer » du corps dans ces circonstances quand la famille est à son chevet.

Les soignants eux-mêmes affrontent la complexité de ces situations, peuvent avoir des doutes sur la souffrance possible et la mort réelle de l'individu.

Pb éthiques :
>>le concept de mort cérébrale est parfois difficile à comprendre.
>>en pratique, interroge le patient de non-malfaisance car le prélèvement peut faire souffrir les proches dans certains cas.
>>**le principe du consentement présumé est discuté**. Mais poser la question explicitement (par ex. au moment du passage du permis de conduire comme aux Etats-Unis) pourrait augmenter le nombre de refus.
>> Faut-il privilégier la bienfaisance pour les malades en attente de greffe où l'autonomie des personnes en mort cérébrale et/ou la place des proches ?? : c'est le pb principal.

III. Le prélèvement sur donneur vivant

Le **rein** est l'organe le plus concerné, puis le foie mais beaucoup moins (qq centaines par an contre qq centaines en 10 ans en France).

> **avantages de la greffe avec donneur vivant pour le receveur** : l'organe n'a pas souffert + permet d'adapter la greffe au receveur en termes de timing (éviter un temps d'attente trop long qui l'affaiblirait / permet de la repousser si le receveur a un pb ponctuel)

> mais le prélèvement est **risqué pour le donneur** (ex. mortalité entre 0.5 et 1% et morbidité de 30% pour les dons de foie en vue de greffer un adulte)
>> peut poser des pb voire un **« malaise éthique »** des médecins à opérer une personne qui n'a aucun pb alors que les risques sont importants.

La greffe avec donneur vivant est encadrée par la loi de bioéthique de 2004 qui autorise tout membre de la famille élargie d'un malade à donner un organe en vue d'un bénéfice thérapeutique. Autres critères juridiques :

- ✓ **Le don est obligatoire** ce qui veut dire que **tout échange ou vente d'organe est interdit**
- ✓ Le donneur doit se soumettre à **des tests médicaux poussés**
- ✓ Le donneur potentiel doit **passer devant un comité d'experts** puis devant le **tribunal de grande instance** pour **exprimer clairement son consentement**
- ✓ **Les médecins doivent informer le donneur** sur les risques médicaux, psychologiques et sociaux du prélèvement
- ✓ La réalité du consentement doit être évaluée par le comité d'experts qui, au final, autorisera ou non le prélèvement.

*** ex. : le cas de Baptiste (cas réel) : après un don qui a sauvé son père, un jeune homme se retrouve après une suite de graves complications dans une situation médicale et surtout psycho-sociale précaire, alors qu'il n'avait aucun problème avant.

> QUESTIONS ETHIQUES sur le prélèvement sur donneur vivant :

- principe de **non-malfaisance :** prélever le vivant en bonne santé transgresse ce principe de non-malfaisance et jusqu'à quel point est-ce qu'on estime que c'est légitime de transgresser ce principe ?
- **principe de bienfaisance : question principale = Comment détermine-t-on la balance bénéfices/ risques (alors qu'ils concernent 2 personnes) ?**
- principe d'**autonomie** : Normalement le respect de ce principe est assuré par le consentement du donneur qui doit être libre et éclairé. Mais **est-on vraiment libre de refuser ?** Y a-t-il une « **contrainte interne** » = morale, psychique, même si pas de contrainte externe ? Le consentement est-il donc **toujours éclairé ?** Il n'est pas sûr que l'information puisse être entièrement comprise objectivement et assimilée par le donneur potentiel vu la situation.
- **principe de justice :** à travers la question de la **gratuité obligatoire** (dans la loi depuis 1994) : on ne peut vendre un organe ni l'échanger contre quoi que ce soit. Cependant, **le donneur est le seul à subir les risques** et ne tirer **aucun bénéfice** de son geste, alors même qu'il aide tous les malades et la société, **est-ce vraiment juste ?**

>>Une **meilleure place** est en train de se faire pour les **donneurs vivants, et le principe de « neutralité financière » du don pour eux est entré dans la loi depuis 2009 (=ne pas perdre ni gagner d'argent à cause du don). Il permet de maintenir une protection des donneurs sans introduire une rémunération.**

- Recherche par entretiens menée à partir de 2002 pour éclaircir ces problèmes :

- sur la question de l'**autonomie**, qui préoccupait particulièrement les équipes (poser la question est-ce déjà « obliger » le donneur à le faire ?) > Résultats : on aurait donc pensé les donneurs plutôt contraints et les receveurs plutôt libres, mais il ne le ressentent pas forcément ainsi, parfois à l'inverse.

>>mieux vaut évoquer cette question le + tôt possible dans les familles quand la situation se présente pour que chacun ait le temps d'y réfléchir.

- sur la question des **suites pour les receveurs/donneurs,** prélèvement très bienfaisant pour les receveurs (à 80% en bonne santé), mais pas toujours dépourvu de csqces négatives pour le donneur. Donc interroge sur la non-malfaisance. D'où progrès vers un statut officiel du donneur et la reconnaissance depuis 2009 de la nécessité de neutralité financière pour lui.

Controverse philosophique sur la gratuité du don : 2 positions > principe kantien : on est une personne et non une chose, or vendre un de ses organes est transformer son corps en chose donc porter atteinte à soi-même / position utilitariste (= dire que ce qui compte est de faire le + grand bien pour le + grand nombre) : le don n'est pas assez efficace, si l'argent permet d'augmenter le nombre d'organes disponibles, il est légitime de l'introduire, en tenant compte du libre choix de chacun.

Conclusion : But de ce cours = faire réfléchir à la complexité des situations, rester attentif au donneur et au respect qu'on leur doit, en particulier dans le cas des donneurs vivants mais aussi du don post-mortem où il peut être ressenti comme une brutalité par les familles. On accepte au cours de ce geste de transgresser le principe d'intégrité des corps, ce qui mobilise des q° complexes, et il faut accepter que chacun donne un sens à ce geste. Vis à vis des donneurs vivants, il faut rappeler que ce n'est pas le refus de don mais la maladie initiale qui provoque la mort.