

LA VIE – LA MORT

Pr D GRIMAUD



PAES 2011-2012

30 mars

8 h 30 – 17 h 00

**Invitation : venez nombreux
(entrée libre)**

Journée organisée par

L'ESPACE ETHIQUE AZUREEN = EEA

« *Ethique d'une mort annoncée :*

moi et l'autre »

(Amphithéâtre du petit Valrose)

ETHIQUE

DEFINITIONS

La morale : impose de faire le bien
= impérative, normative
récompense ou sanctionne

L'éthique : réf exions sur les valeurs humaines (la vie, la personne, la liberté, le secret...)
Propose de choisir la meilleure des voies possibles
= fruit d'une réf exion collective et individuelle

ETHIQUE

DEFINITIONS (suite)

La bioéthique : éthique des sciences de la vie
débouche sur :

- . la recherche scientifique
- . l'élaboration de lois sur les grands problèmes de la vie

La déontologie : code de bonne conduite → malades
confrères
société

LES FONDEMENTS DE L'ETHIQUE MEDICALE

- 1. Connaissance approfondie des faits**
= la rigueur scientifique est indissociable de l'éthique : obligation de compétence et connaissance optimale
- 2. La recherche et le respect de la dignité humaine**
(intégrité physique et psychique, égalité des chances, confidentialité...)
- 3. L'altérité = . respect de l'existence de l'autre
. reconnaître sa différence**
→ fraternité, solidarité
en médecine = service au bénéfice du malade

LA VIE – LA MORT

I – Aspects biologiques de la vie / la mort

1. Définition biologique de la vie

2. Définition biologique de la mort → Cellule
Organe
individu

→ mort cérébrale = prélèvements et greffes
d'organes

LA VIE – LA MORT

II – Aspects psychologiques de la vie / la mort

1. Aspects psychologiques de la vie
2. Aspects psychologiques de la mort

III – Réflexions éthiques sur la vie / la mort

1. Refus des dons d'organes : analyse des causes
2. Acharnement thérapeutique ou obstination déraisonnable
3. Témoignage d'un mourant

CAS CLINIQUE : Madame B... = encéphalopathie métabolique

Histoire d'un coma végétatif ou « entre la vie et la mort ».

I – ASPECTS BIOLOGIQUES DE LA VIE / LA MORT

1- Définition biologique de la vie

a - La vie d'une cellule

- la respiration
- le métabolisme cellulaire

b - La vie d'un organe

- le cœur
- le foie
- le cerveau = fonction « centrale » de coordination

c - La vie d'un individu est l'assemblage et la connexion
des grands fonctions vitales

La vie spirituelle

ETAPES DE LA VIE ORGANIQUE

- Conception ⇒
- Croissance in utero ⇒
- Naissance (section du cordon)
- Croissance = maturation
- Maturité (âge adulte)
- Déclin organique (à partir de 25 – 30 ans), maladie
- Mort organique

contraception
pb
avortement

2- Définition biologique de la mort

a- La mort d'une cellule

★ Certaines cellules se renouvellent ou se régénèrent

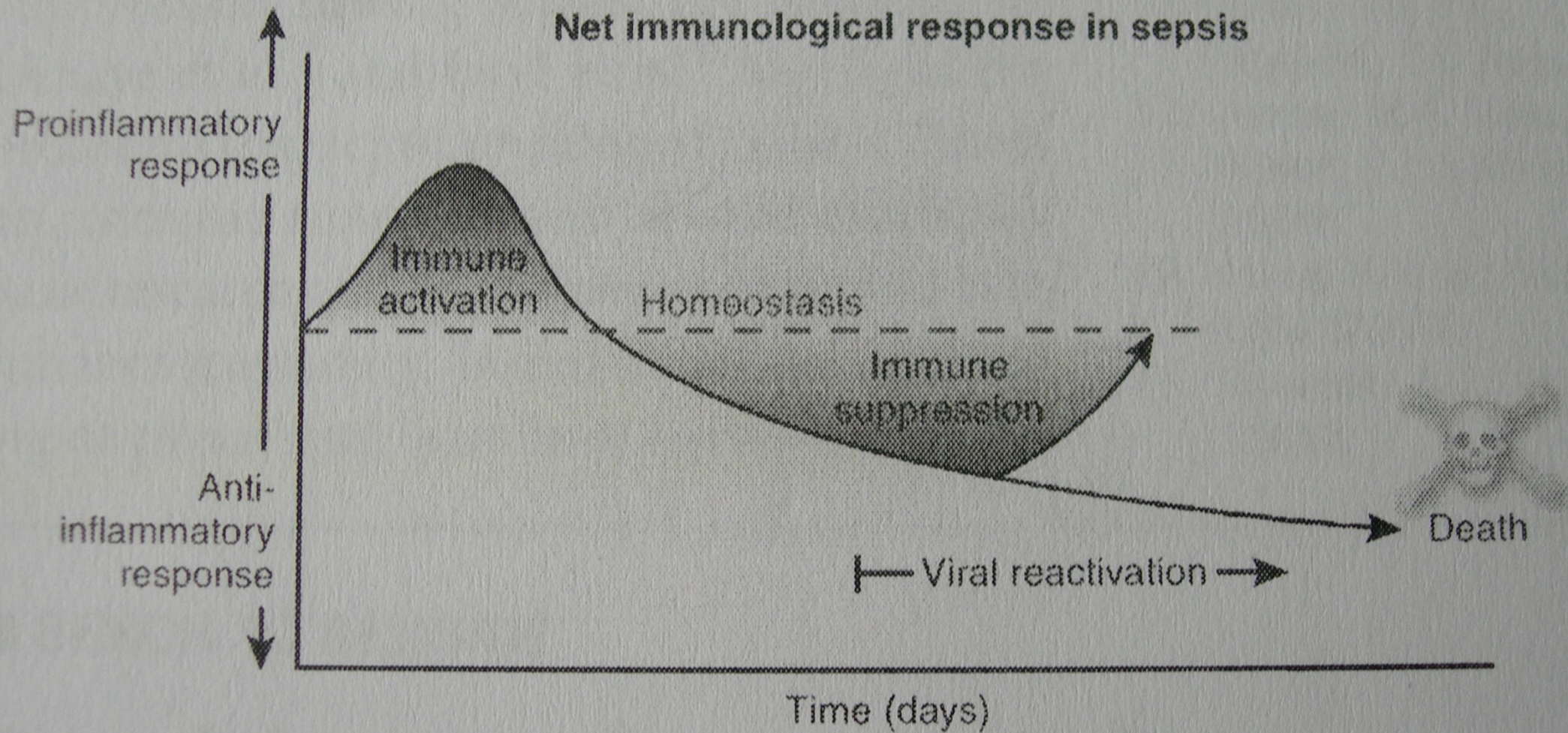
= peau, muscle, foie

= caractère réversible de leur destruction

★ D'autres non : cellules nerveuses (++++)

= caractère définitif de leur destruction

C'est ce qui fait la plus ou moins grande gravité des atteintes de certains tissus par rapport à d'autres



Physiopathologie de la réponse inf ammatoire au sepsis (Molan, Marshall, 2008)

• Phase 2 =

- Immunosuppression → **APOPTOSE** grec | Apo = séparation, hors de
Ptosis = tomber de

= suicide ou mort cellulaire programmée (code génétique)
ou mort cellulaire induite pas :

- cytokines (agents de l'inf ammation)
- radicaux libres
- agents bactériens
- réactivation virale

Conséquences : . atteinte de l'endothélium vasculaire
. défaillances d'organes : poumon (SDRA)

→ **M.O.F.**

foie
rein

→ **Décès**

coeur

b- La mort d'un organe

= la mort d'un ensemble cohérent de cellules constituant l'organe

→ organe non vital pour l'individu

- un bout d'intestin
- appendice
- vésicule
- organes doubles

Peu de conséquences

→ organe vital ou non pour l'individu mais remplaçable

- tête du fémur
- rein
- cœur
- foie
- etc...

Prothèse, machine

Greffes

→ organe vital et irremplaçable à ce jour, entraînant toujours la mort de l'individu

- ex : le cerveau
- relativité historique de « à ce jour »

C- La mort d'un individu

- Avant : le souff e
- Déf nition classique de la mort (arrêt cardio-respiratoire)
- La mort cérébrale =
 - . Circulaire ministérielle de J.M. JEANNENEY :
24 avril 1968
 - . Décret : décembre 1996
 - . Lois de bioéthique : 1994-2004-2011

MORT CEREBRALE PRISE EN CHARGE DU DONNEUR D'ORGANES ET TRANSPLANTATION

Pr D. GRIMAUD

CHU de Nice



PAES 2011-2012

MORT CEREBRALE PRISE EN CHARGE DU DONNEUR D'ORGANES ET TRANSPLANTATION

- 1 - Diagnostic de la mort cérébrale**
- 2 - Prise en charge du donneur d'organes en unité de réanimation**
- 3 - Organisation, et résultats des prélèvements et greffes d'organes en France**
- 4 - Aspects réglementaires, éthiques et religieux**
- 5 - Conclusion**

1- DIAGNOSTIC DE MORT CEREBRALE

- **1959 France** : « **COMA DEPASSE** »
MOLLARET P. et GOULON M.
- **1968 U.S.A** : « **MORT CEREBRALE** » = « **BRAIN DEATH** »
AD HOC committee of the HARVARD MEDICAL SCHOOL
- **1976 Royaume Uni** : *MEDICAL ROYAL COLLEGE*
- **1988 Suède** : *MEDICAL ROYAL COLLEGE*

Coma dépassé = MORT CEREBRALE = M.E.= MORT

DEFINITION

= destruction **irréversible** de toutes les structures de l'encéphale

(Décret du 2/12/1996)



- **coma aréactif et irréversible,**
- **Abolition** de tous les **réf axes** du tronc cérébral,
- **Absence de ventilation spontanée,**
- **EEG plat**

MECANISMES DE LA MORT CEREBRALE

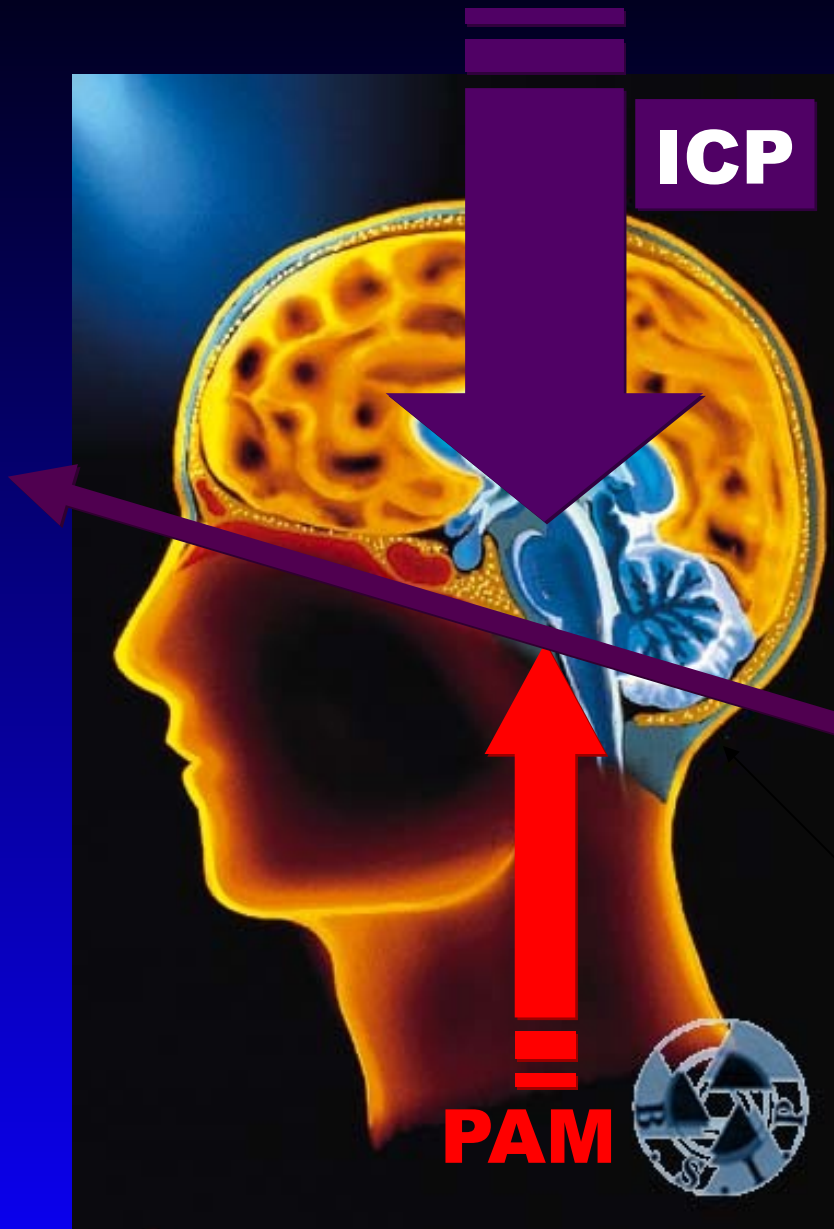
ARRET COMPLET DE LA PERFUSION CEREBRALE

1 – Oedème cérébral

Pression intracrânienne > Pression de perfusion
cérébrale = P.I.C > P.P.C

2 – Vasoconstriction cérébrale = orage neurovégétatif

MECHANISM OF BRAIN DEATH



1 – Cerebral oedema

Intracranial pressure >
cerebral perfusion pressure
= I.C.P > C.P.P

2 – Cerebral vasoconstriction = neurovegetative storm

TOTAL ARREST OF
CEREBRAL PERFUSION

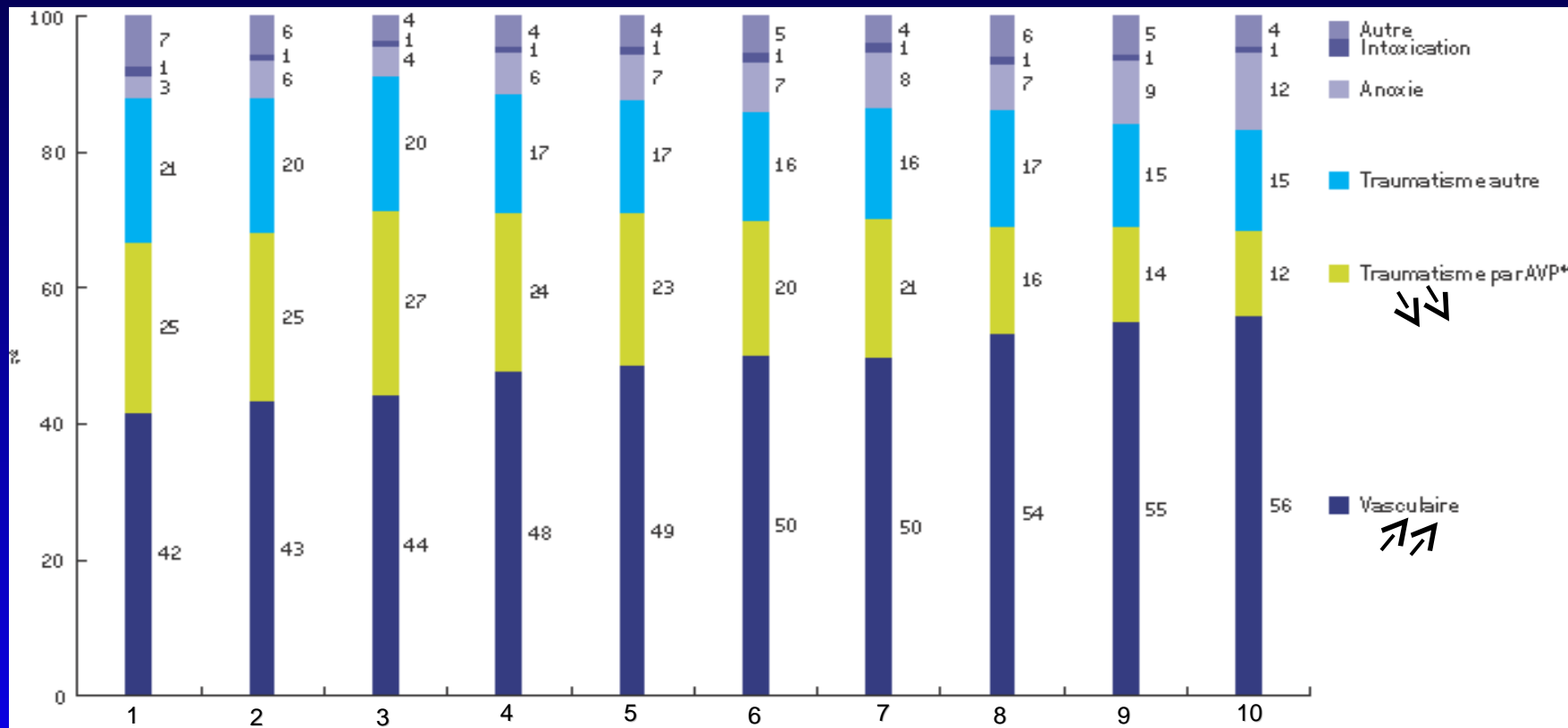
> 10 min = death

+++

EVOLUTION DES CAUSES DE DECES DES SUJETS EN E.M.E. PRELEVES EN FRANCE DEPUIS CES 10 DERNIERES ANNEES

**3000 M.E. sur 550 000 décès/an
soit 0,5 %**

- **Pathologies cérébrales** **85 %**
 - Traumatiques **30 %**
 - Médicales **55 %**
- **Anoxies** **10 %**
- **Toxiques** **1 %**
- **Autres causes** **4 %**



AVP = Accident de la Voie Publique

DIAGNOSTIC DE MORT CEREBRALE

1 – CONDITIONS PREALABLES

ELIMINER

- Hypothermie profonde
- Surdosage médicamenteux : **barbituriques, carbamates, alcool ...**

DIAGNOSTIC DE MORT CEREBRALE

1ère CONDITION

= 4 signes fondamentaux (cf.)

2ème CONDITION

= Persistance de tous ces signes

DIAGNOSTIC DE MORT CEREBRALE

Législation française = 4 signes fondamentaux

1 – COMA PROFOND

**PERTE TOTALE DE CONSCIENCE, ABSENCE DE MOUVEMENT SPONTANE,
MAIS PERSISTANCE D'UNE ACTIVITE CARDIAQUE**

- Typiquement : **HYPOTONIE** avec disparition des réf exes profonds, tendineux, sphinctériens et cutanés
- Cependant, persistance possible de réf exes de

LIBERATION MEDULLAIRE

(idiomusculaire, babinski, triple retrait, embrassement)

DIAGNOSTIC DE MORT CEREBRALE

2 – ABOLITION DE TOUS LES REFLEXES DU TRONC CEREBRAL

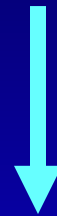
- Disparition du réflexe oculocardiaque (++)
- Disparition des réflexes pharyngé, de toux, de déglutition
- Absence de réponse aux stimuli auditifs, visuels et nociceptifs

Typiquement : mydriase bilatérale

Parfois : pupilles intermédiaires

DIAGNOSTIC DE MORT CEREBRALE

3 – DISPARITION DE LA VENTILATION SPONTANEE
= CRITERE ESSENTIEL +++



Preuve : débranchement après O2 pur (20 ')
(= test d'hypercapnie)
Test : 10 - 30 ' SELON LES PAYS

DIAGNOSTIC DE MORT CEREBRALE



Mydriase bilatérale aréactive
Absence de mouvement oculaire
Absence de réflexe oculo-cardiaque



Absence de ventilation spontanée

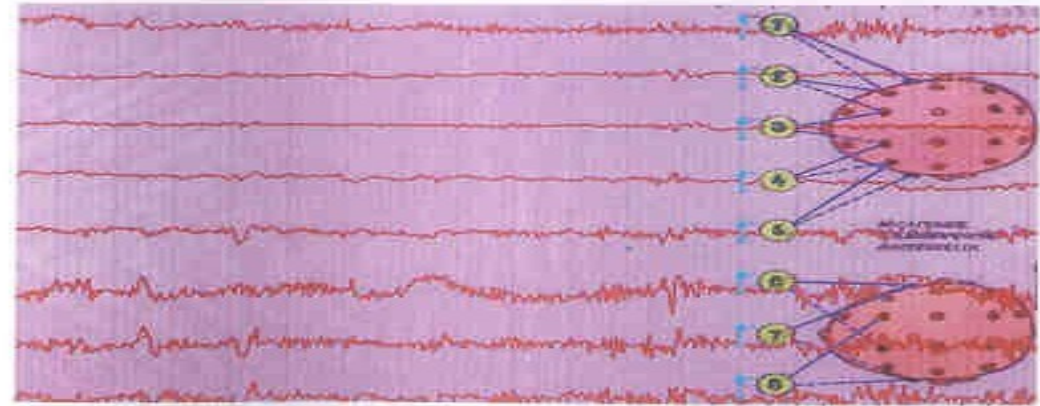
DIAGNOSTIC DE MORT CEREBRALE

4 - EEG « plat » EN
NORMOTHERMIE

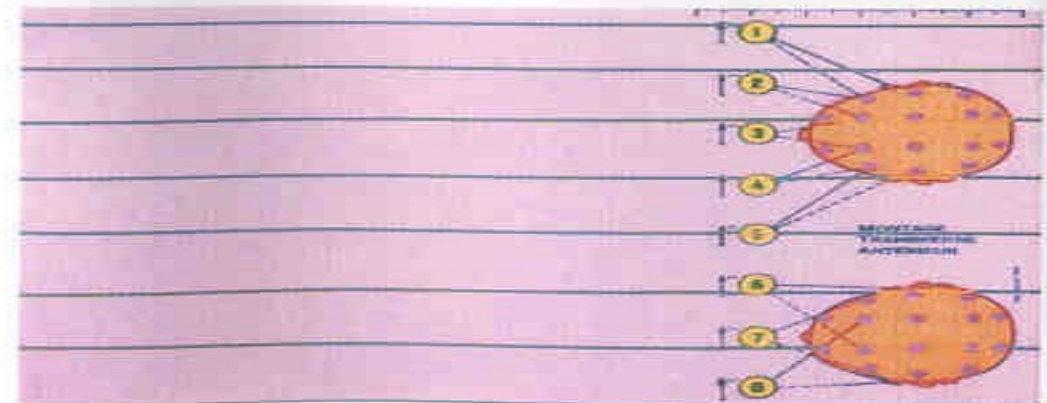
10 ELECTRODES,

10', 3 SENSIBILITES

- Légalement : 2
à un intervalle de 4h



7.262 Tracé d'EEG / Normal EEG



7.263 Tracé de mort cérébrale / Brain death

DIAGNOSTIC DE MORT CEREBRALE

MAIS

LE CŒUR BAT TOUJOURS

ET

LE SUJET EST CHAUD

DIAGNOSTIC DE MORT CEREBRALE

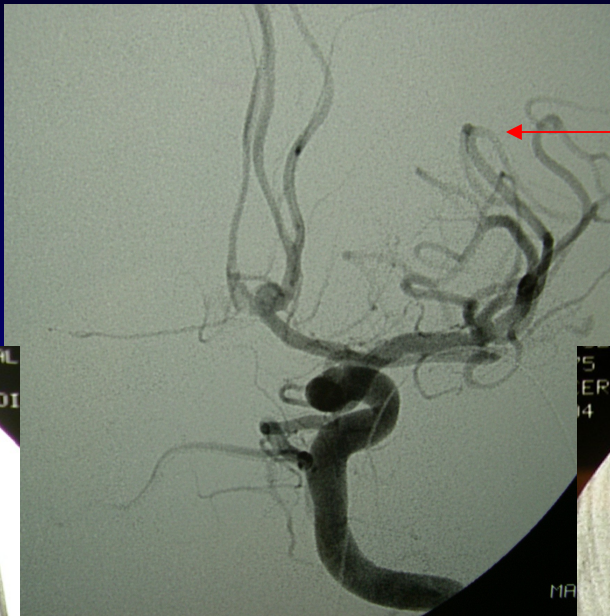
AUTRES EXAMENS COMPLEMENTAIRES

Circulation cérébrale

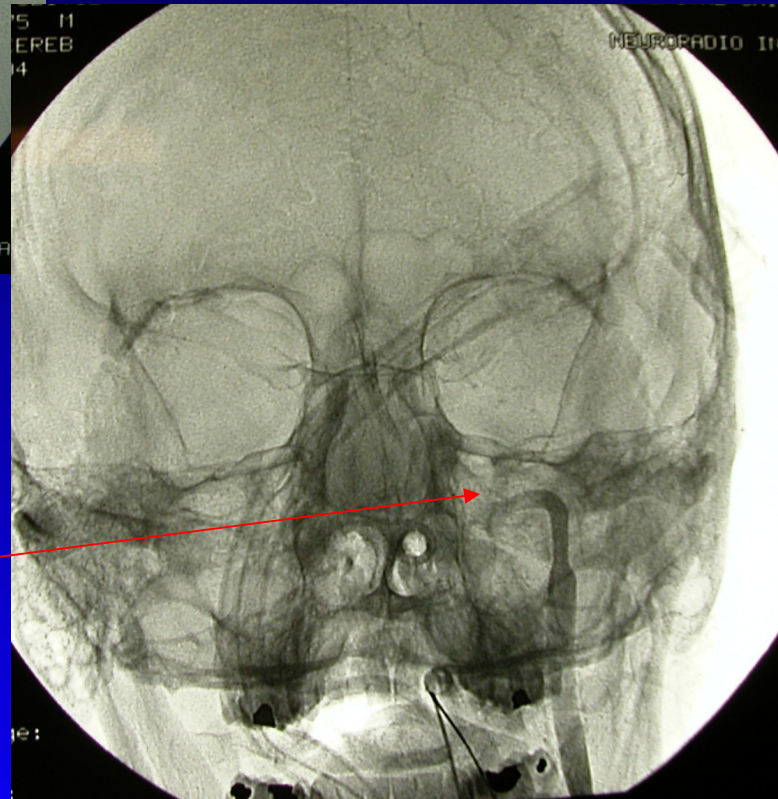
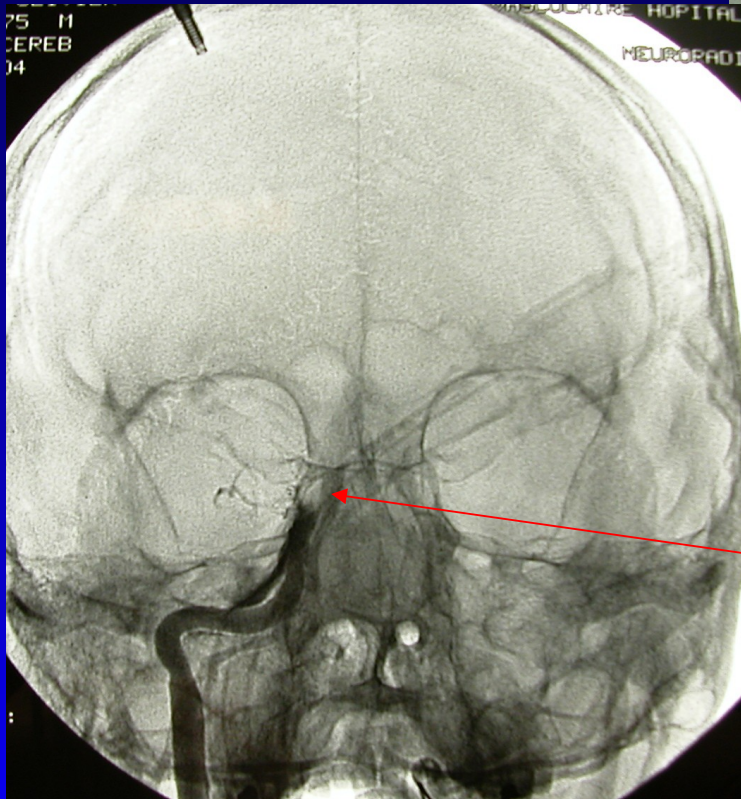
- **Artériographie carotidienne bilatérale +++ (4 vaisseaux)**
 - Arrêt du produit de contraste à la base du crâne (PIC > PPC)
 - PAS DE FAUX POSITIF
- **AngioScanner (idem)**
- **Doppler carotidien (pulsé)**
 - NON INVASIF, NON COÛTEUX, AU LIT DU PATIENT (exam. de présomption)
- **Scintigraphie (XENON)**
 - ONEREUX, ET PROBLEME DE DISPONIBILITE

→ Non encore officiellement validés

DIAGNOSTIC ARTERIOGRAPHIQUE DE MORT CEREBRALE

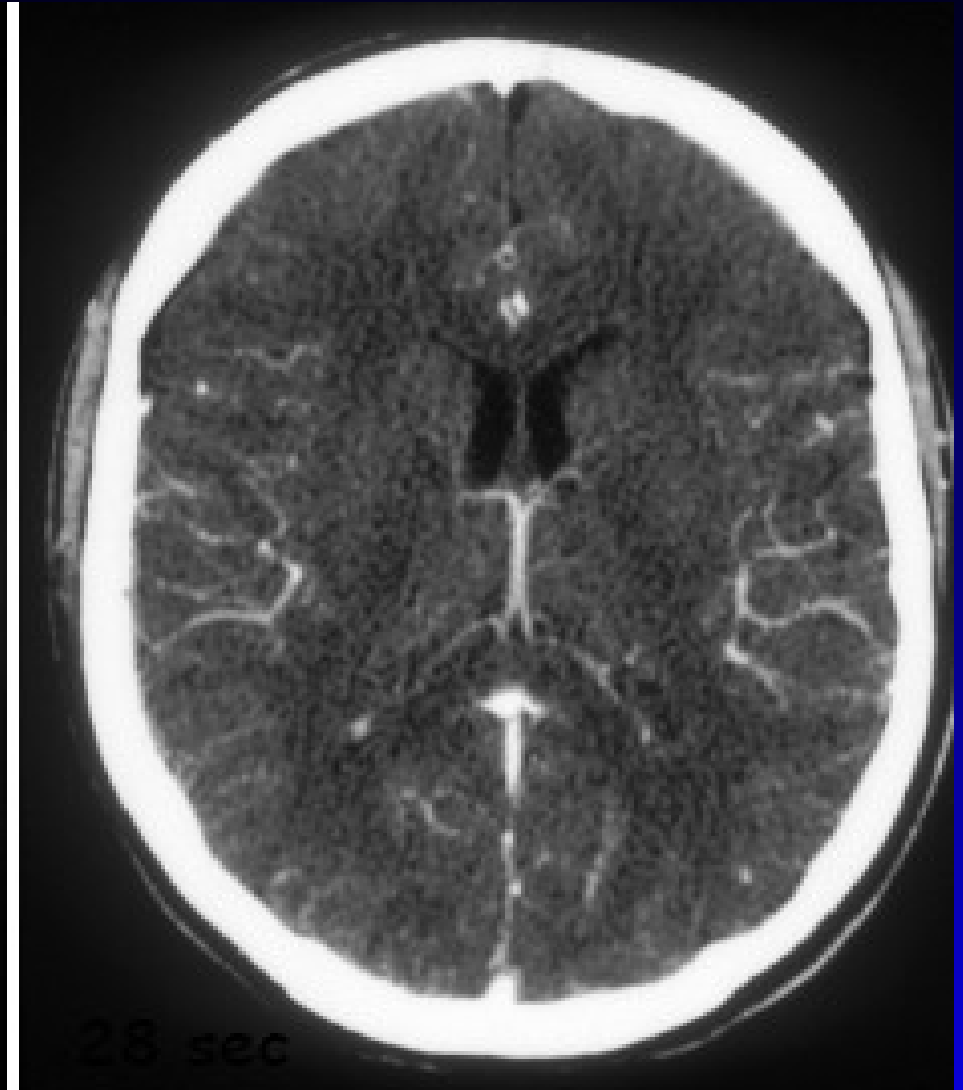
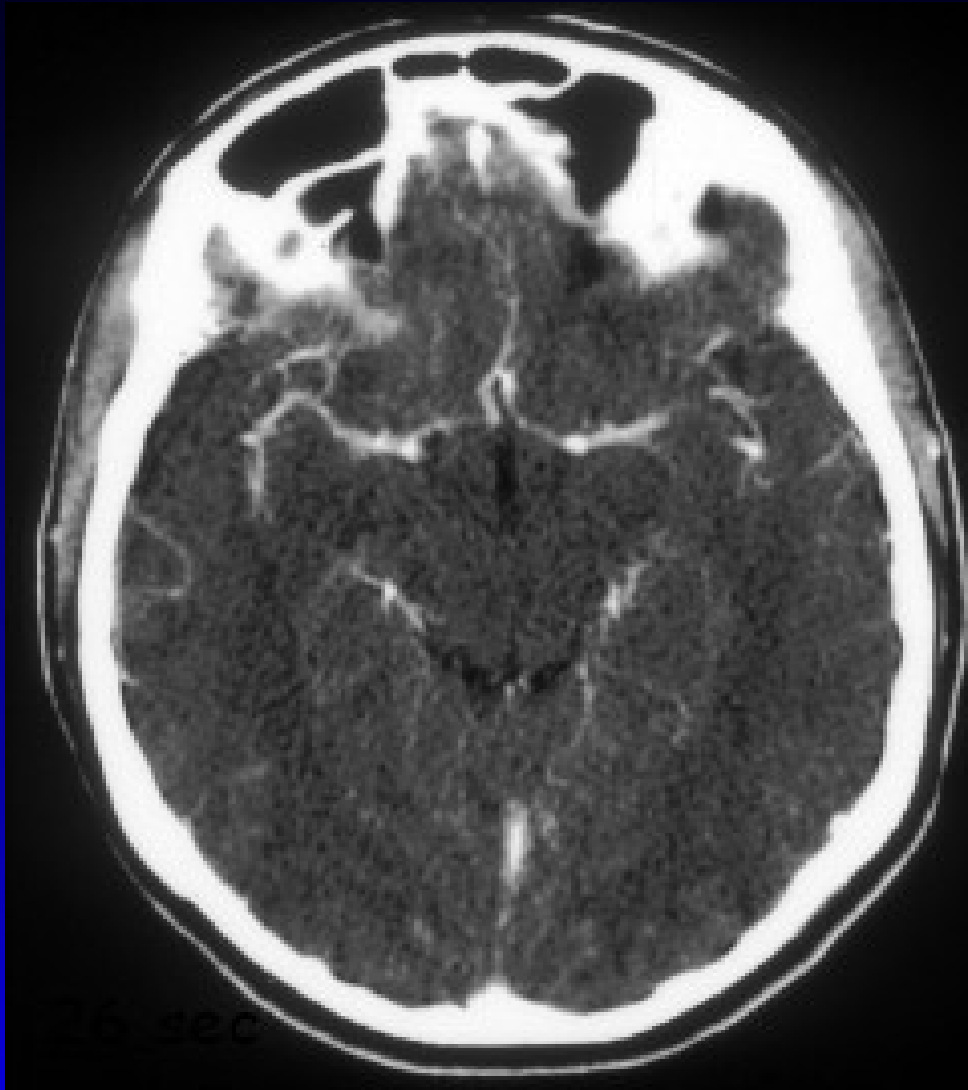


Circulation normale



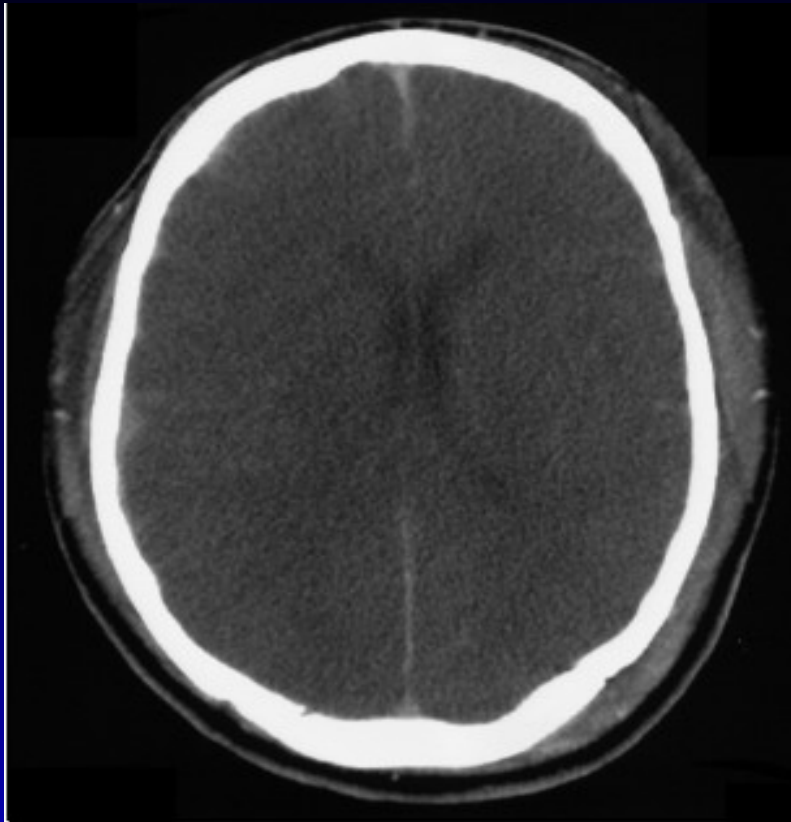
Stop de la circulation

Angioscanner



Angioscanner normal

Angioscanner



première phase > 20 sec (28 sec)
= opacification
des artères temporales superficielles



deuxième phase > 1 minute (70 sec)
7 critères de non opacification des
vaisseaux cérébraux = ME

2 temps :

Temps précoce

Temps tardif

Vaisseaux mieux vus au temps tardif si ralentissement circulatoire

Dans ce cas, pas de vascularisation en distalité et pas de retour veineux.

Brain Metabolism (glucose)

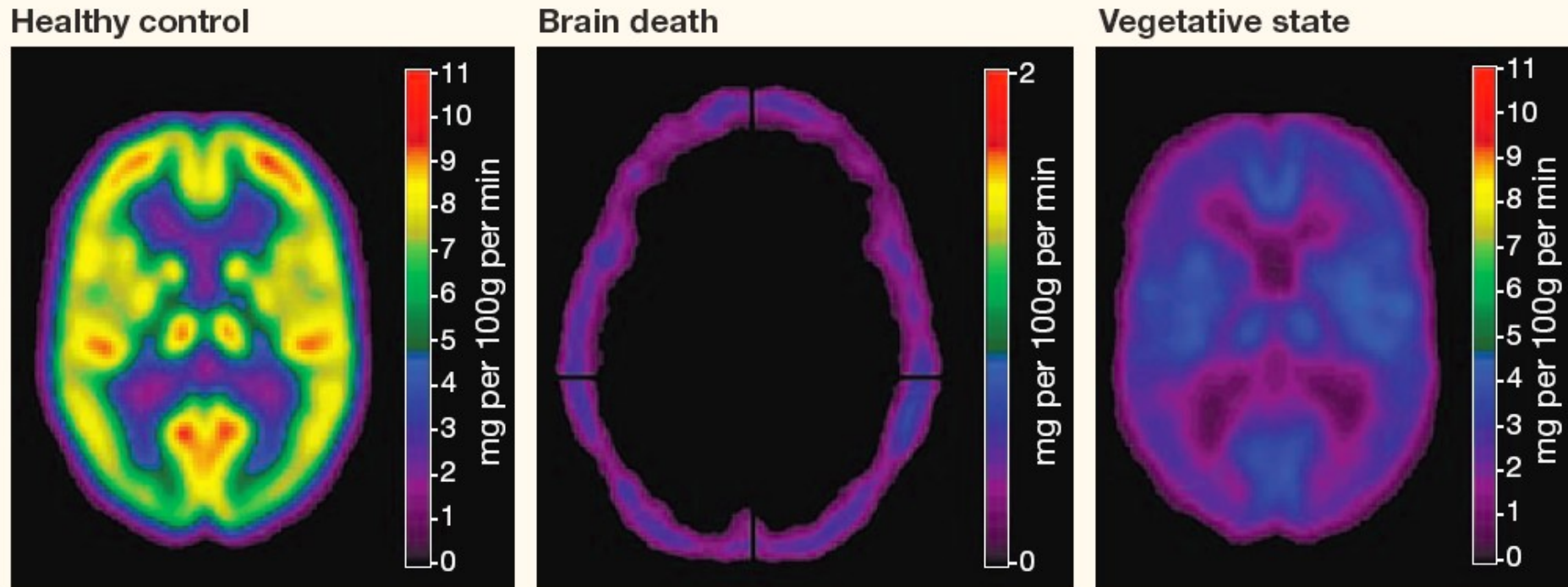


Figure 2 | **Illustration of the differences in resting brain metabolism measured in brain death and in the vegetative state, compared with controls.** The image in patients with brain death shows a clear-cut 'hollow-skull sign', which is tantamount to a 'functional decapitation'. This is markedly different from the situation seen in patients in a vegetative state, in whom cerebral metabolism is massively and globally decreased (to 50% of normal value) but not absent. The colour scale shows the amount of glucose metabolized per 100 g of brain tissue per minute.

Laureys S, Nature Reviews-Neuroscience, 6: 899-909, 2005

MORT ENCEPHALIQUE ET COMA VEGETATIF

M.E

SIGNES COMMUNS

C.V

- absence de vie de relation
- perte totale de l'autonomie

MORT ENCEPHALIQUE ET COMA VEGETATIF

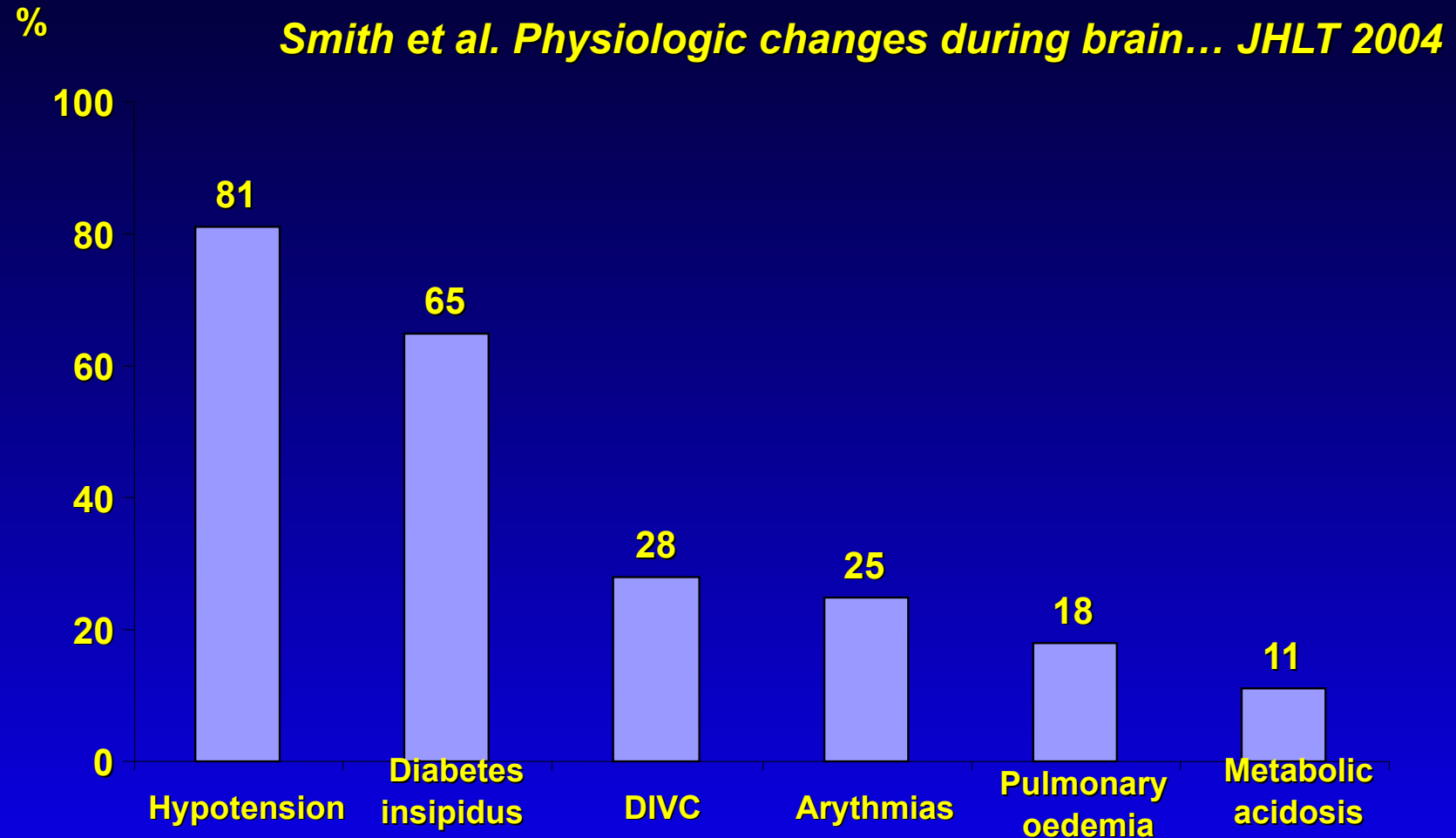
M.E.

DIFFERENCES

C.V.

Stop	circulation cérébrale	normale
Artificielle	ventilation	spontanée
Instable	F_{cton} cardio-circulatoire	stable
Oui	troubles métaboliques et thermiques	Non

Incidence of «complications» during brain death



CONSEQUENCES PHYSIOPATHOLOGIQUES DE LA MORT ENCEPHALIQUE

MORT CEREBRALE = INSTABILITE physiologique



**ARRÊT CARDIAQUE en moins de 12 - 48 h dans
tous les cas**



= organisation et prise en charge URGENTE

2 – Mort cérébrale :

Prise en charge du donneur d'organes en Réanimation

Conférence d'Experts Française
Réanimation du sujet en état de mort encéphalique en
vue d'un prélèvement d'organes
Société Française d'Anesthésie-Réanimation
PARIS - 1998

Pr Dominique GRIMAUD
Réanimation médico-chirurgicale
Centre Hospitalier Universitaire
Nice - France

Mort Cérébrale : Prise en charge du donneur

Synthèse = 5 défis

HEMODYNAMIQUE

- colloïdes
- dysrégulation adrénargique
→ noradrénaline

METABOLIQUE

- pas d'hormone thy.
- desmopressine +++
- insuline
- normothermie

RESPIRATOIRE

- normoxémie

HEMOSTASE

- détection CIVD



CONTROLE INFECTION

- culture (bactérienne / mycologique)
- antibioprophylaxie

MORT CEREBRALE PRISE EN CHARGE DU DONNEUR D'ORGANES ET TRANSPLANTATION

- 1 - Diagnostic de la mort cérébrale**
- 2 - Prise en charge du donneur d'organes en unité de réanimation**
- 3 - Organisation, et résultats des prélèvements et greffes d'organes en France**
- 4 - Aspects réglementaires, éthiques et religieux**
- 5 - Conclusion**

ORGANISATION FRANCAISE

FRANCE - TRANSPLANT
Association Loi 1901
 1969 - 1994

FRANCE - 1969-1994
 Os et moëlle

FRANCE - 1969-1994
 Tissus

1994

ETABLISSEMENT FRANCAIS DES GREFFES

ETABLISSEMENT PUBLIC
 (contrôlé par le ministre de la Santé)
 = Agence Nationale

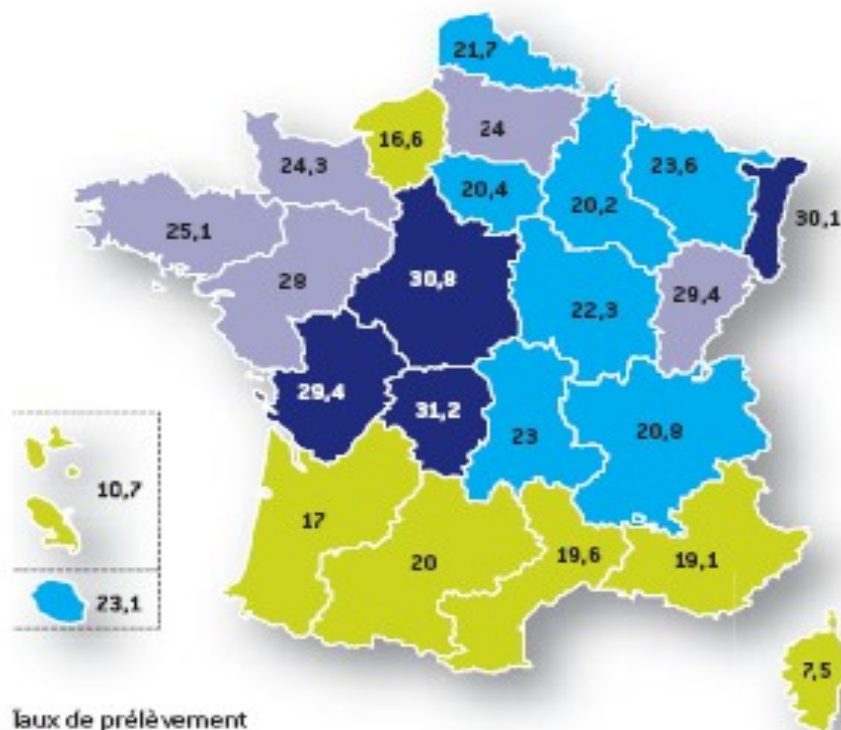
- organes
- tissus
- os, moëlle
- cellules

2004

AGENCE DE LA BIOMEDECINE
 + procréation, embryologie, génétique humaine

TAUX DE DONNEURS RECENSES ET PRELEVES pmh DANS LES REGIONS EN FRANCE

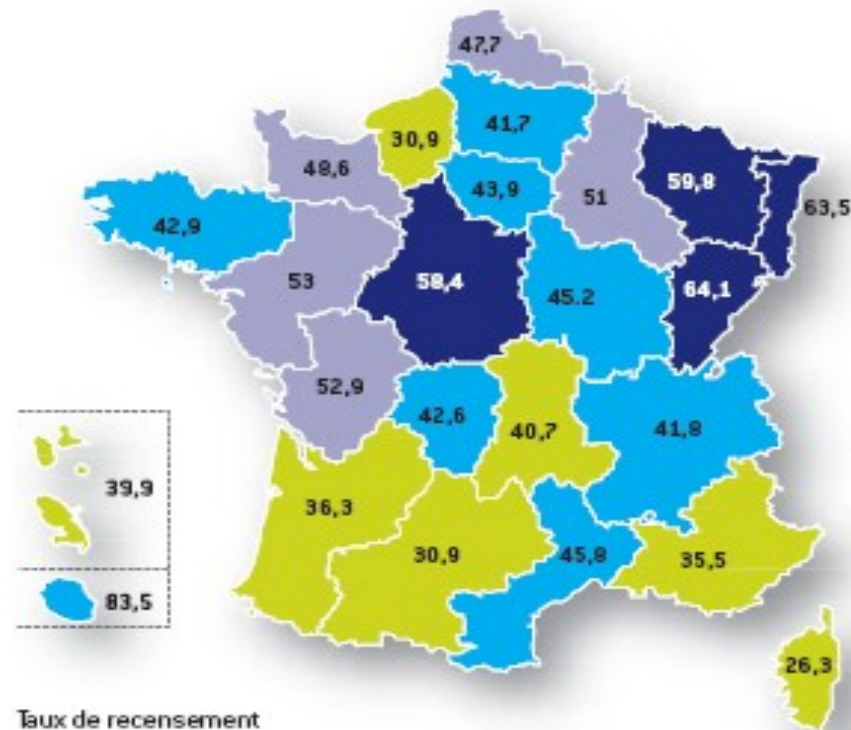
Taux de donneurs prélevés



Taux de prélèvement

- 29,4 à 31,3 (4)
- 23,6 à 29,4 (5)
- 20,2 à 23,6 (7)
- 7,5 à 20,2 (6)

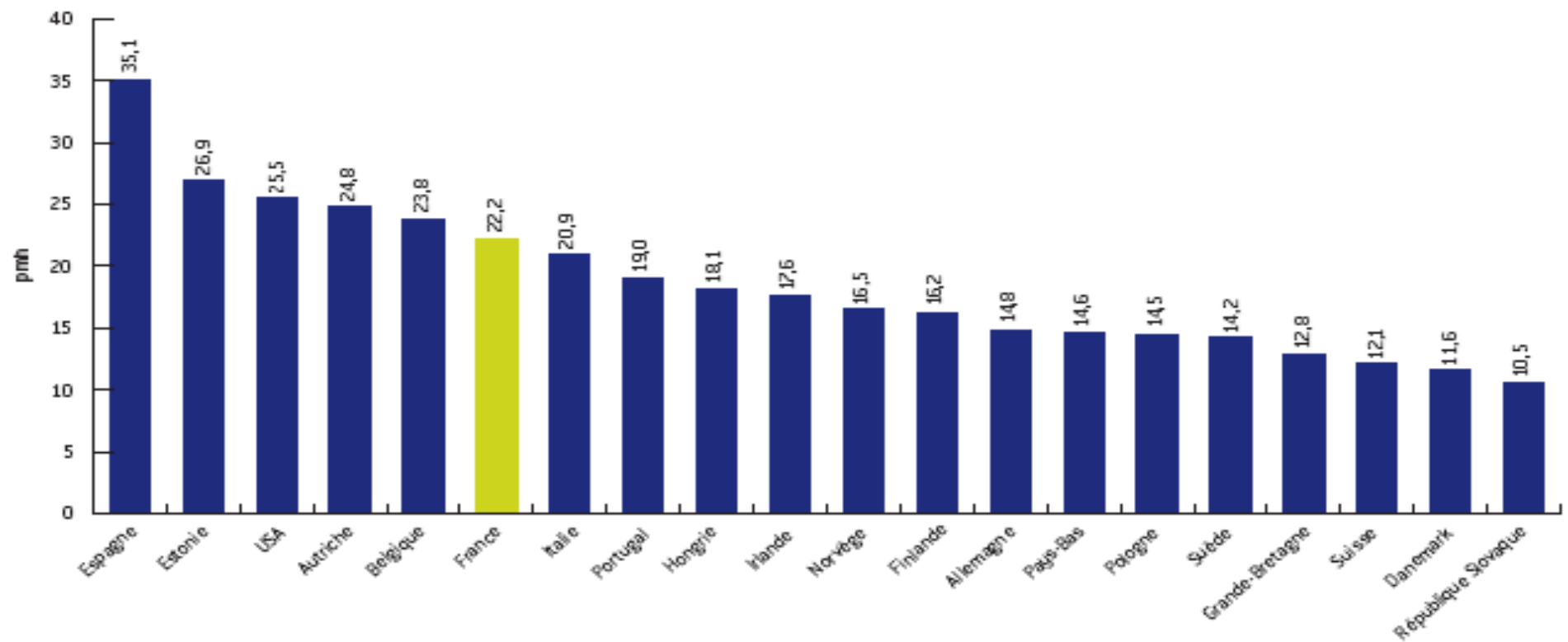
Taux de donneurs recensés



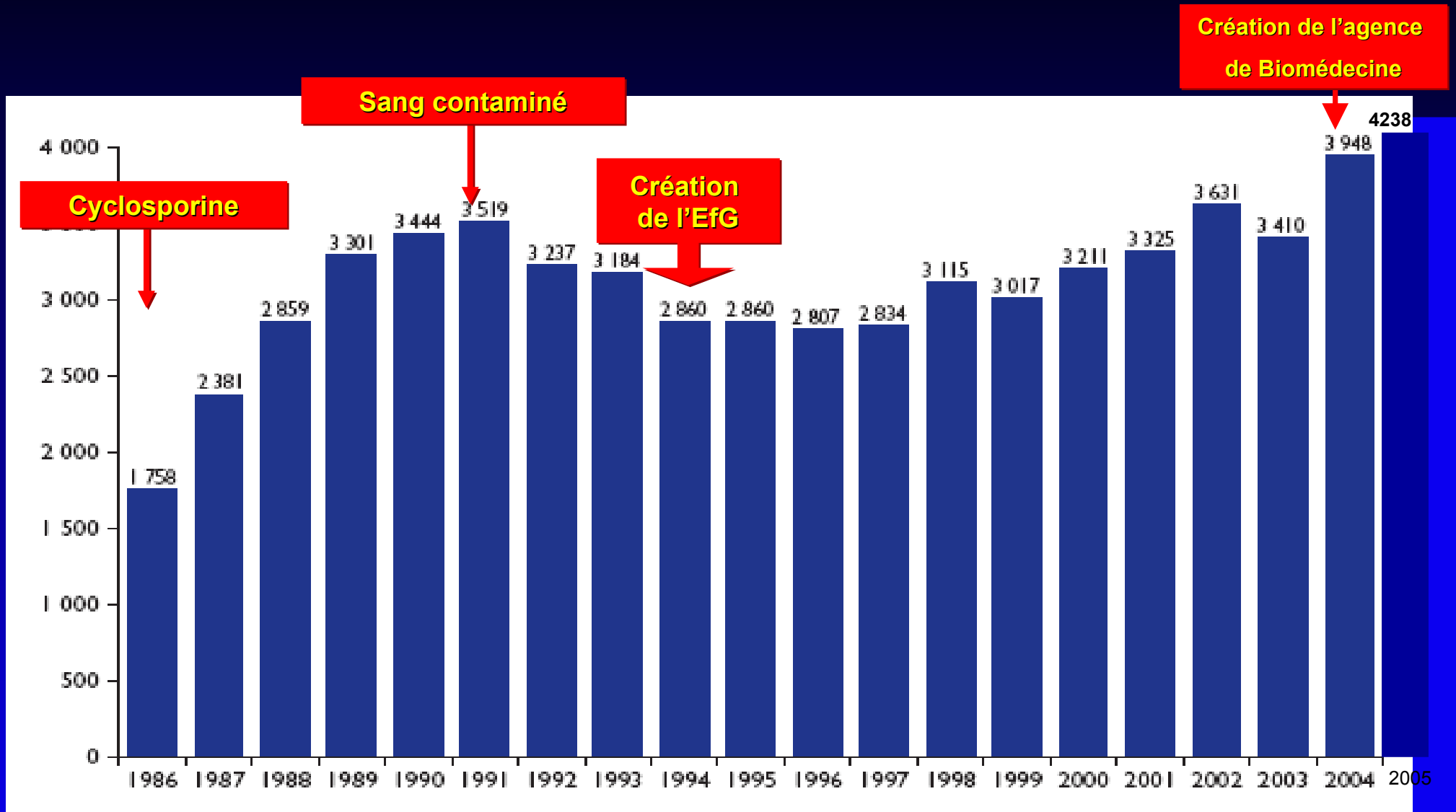
Taux de recensement

- 53 à 64,1 (4)
- 45,8 à 53 (5)
- 41,7 à 45,8 (7)
- 26,2 à 41,7 (6)

TAUX DE DONNEURS PRELEVES PAR MILLION D'HABITANTS DANS DIFFERENTS PAYS



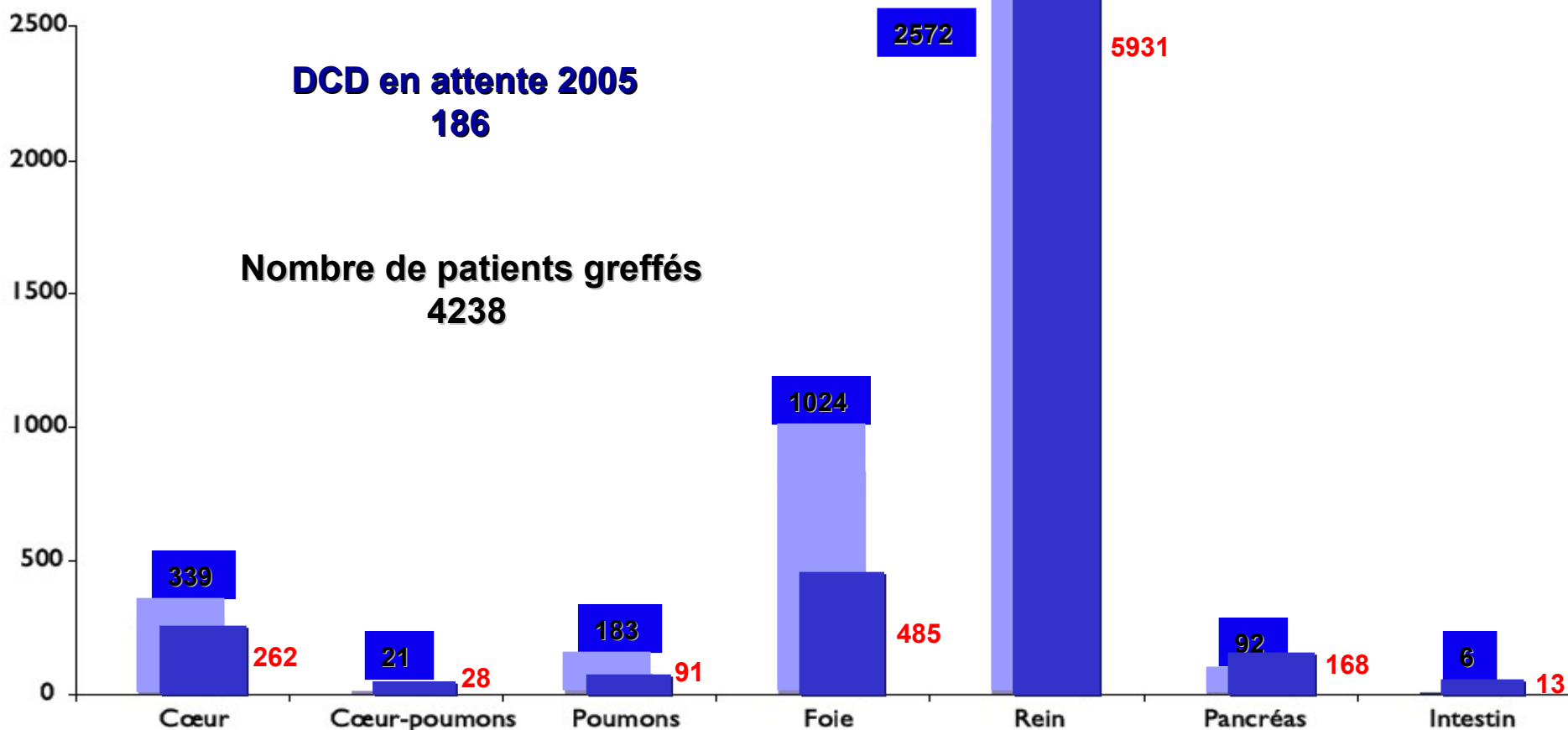
EVOLUTION DE L'ACTIVITE DE GREFFE D'ORGANES EN FRANCE (TOUS TYPES CONFONDUS)



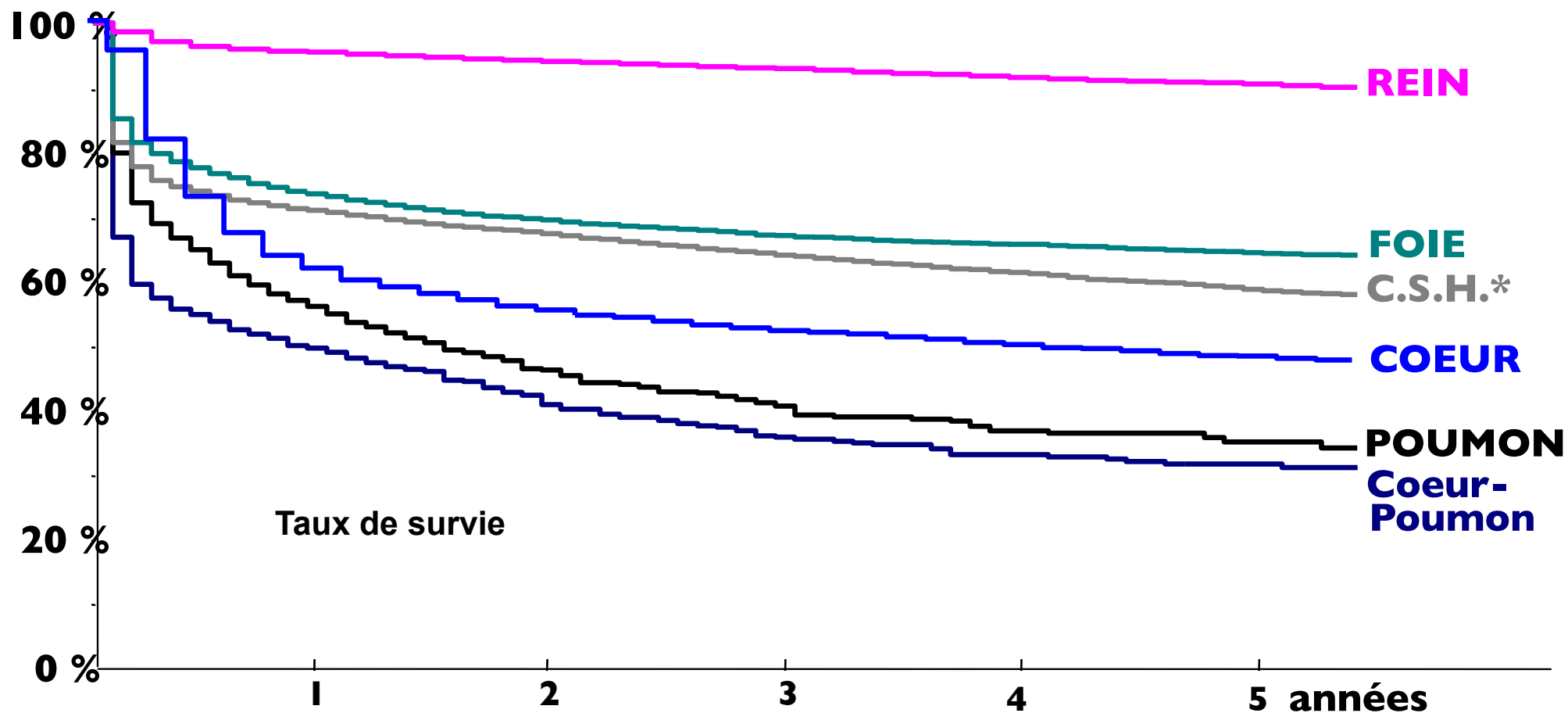
NOMBRES DE GREFFES EFFECTUEES EN FRANCE PAR TYPE D'ORGANE EN 2005

Patients en attente au 31 Décembre 2005
6978

*Des listes d'attentes
en constante augmentation*



SURVIE DES RECEVEURS



MORT CEREBRALE PRISE EN CHARGE DU DONNEUR D'ORGANES ET TRANSPLANTATION

- 1 - Diagnostic de la mort cérébrale**
- 2 - Prise en charge du donneur d'organes en unité de réanimation**
- 3 - Organisation, et résultats des prélèvements et greffes d'organes en France**
- 4 - Aspects réglementaires, éthiques et religieux**
- 5 - Conclusion**

Lois de Bioéthique (1994 / 2004 / 2011) principes fondamentaux

- **Inviolabilité du corps humain**
- **Absence de droit patrimonial**
- **Gratuité du don (et de la greffe)**
- **Anonymat du donneur (et de sa famille)**
- **Interdiction de publicité**
- **Principe d'équité**
- **Sécurité sanitaire (biovigilance)**



Prélèvements à partir d'un donneur décédé

- **Diagnostic clinique et constat de mort cérébrale par 2 médecins + 2 EEG ou Angiographie**
- **Consentement présumé (++) pour adultes seulement**
- **Le refus peut être exprimé**

LEGISLATION FRANCAISE

3 modes possibles d'opposition au prélèvement d'organe pour un sujet décédé

1. Enregistrement sur un **Registre** (informatique)
National des Refus (Agence de Biomédecine)
2. Opposition écrite sur un **papier** porté par le sujet
3. Information **orale** donnée à la famille

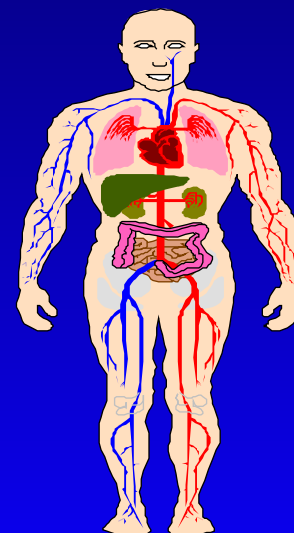
- **Consentement présumé : France, Espagne, UK, Suède, Italie...**
 - **Consentement express : Allemagne, Hollande, Suisse**
 - **contexte culturel**
 - - **eff cacité**
 - **organisation nationale**
- **prise de conscience éthique**
 - **nécessité économique**

Contre-indications absolues concernant les prélèvements d'organes et de tissus

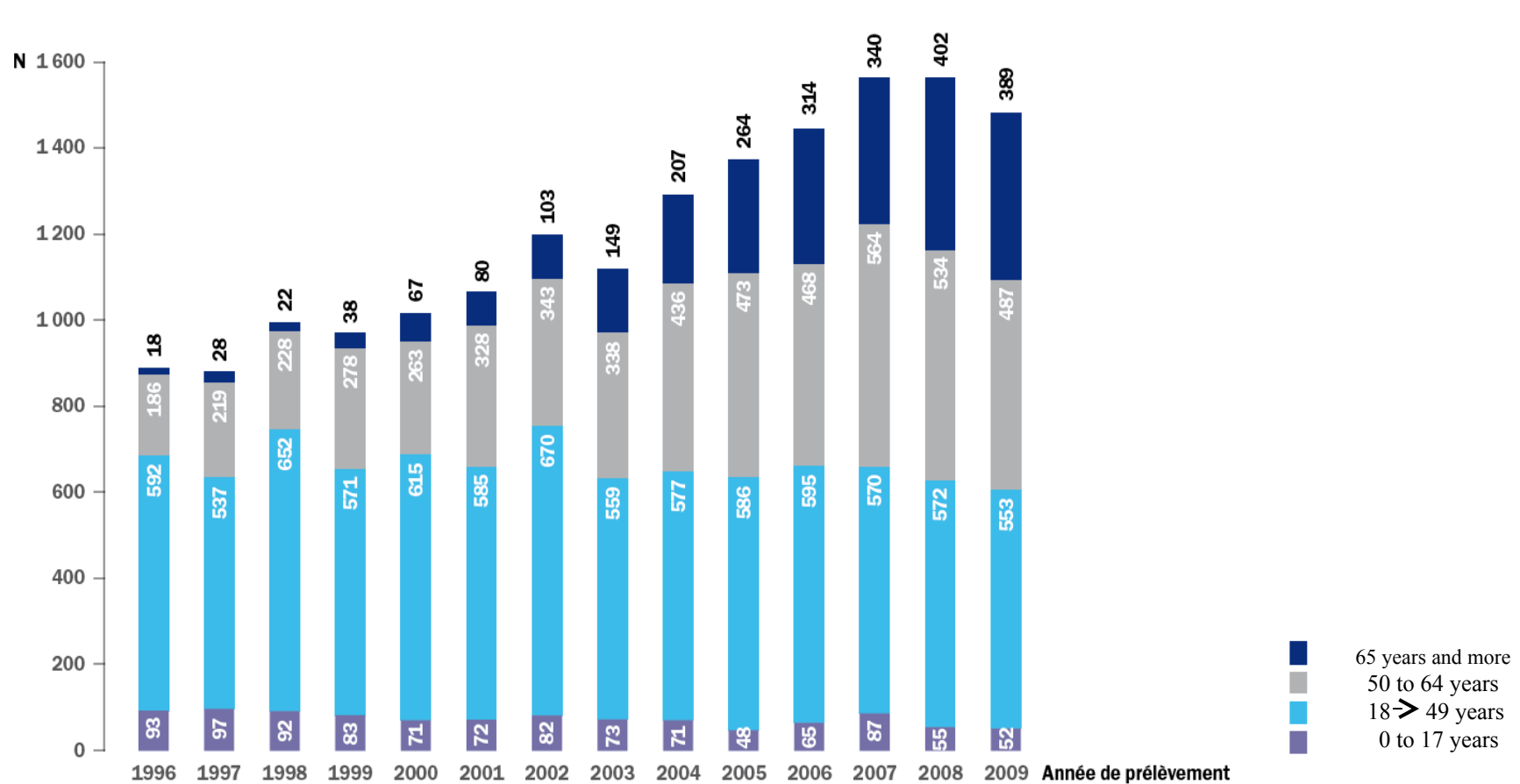
Age : - pas de limite d'âge (état civil)
pour organes et tissus

Mais peut varier selon :

- environ^t social
- urgences



Evolution of number of donors (brain death), according to their age



Year of removal

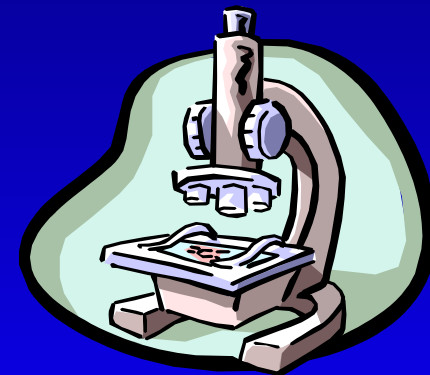
Contre-indications absolues concernant les prélèvements d'organes et de tissus

Positivité d'un séro-diagnostic viral



- néoplasie
- choc septique
- suspicion Creutzfeld-Jakob

VIH 1 et 2
HTLV 1
Hépatite B
Hépatite C
syphilis



Législation française concernant les Etablissements de Santé

Autorisation pour : - prélèvement d'organe
- greffe d'organe



Données par **ministère seulement aux :**

- hôpitaux universitaires publics
- établis^{ts} accrédités
- avec une obligation de gratuité absolue

Prélèvements et greffes d'organes : éthique, droits et devoirs internationaux comparés

Pr D GRIMAUD



PAES 2011-2012

POSITIONS DES RELIGIONS

Chrétienté

- Dons : signe de générosité
- Nécessité de procéder à une formation du public et à une information
- Obligation de :
 - . Respect du corps
 - . Respect de la dignité du mort et de sa famille

POSITIONS DES RELIGIONS

Judaïsme

La congrégation générale des rabbins de France a autorisé les prélèvements

POSITIONS DES RELIGIONS

Bouddhisme

- **Bienfaits du don, aussi bien :**
 - . pour le donneur → acte charitable
 - . que pour le receveur
- **Recommandations :**
 - . développer les dons partiels (préserver l'intégrité du corps mort)
 - . Respecter les rites spirituels lors du don (corps sacré)

POSITIONS DES RELIGIONS

Shintoïsme
(± *animisme* ?)

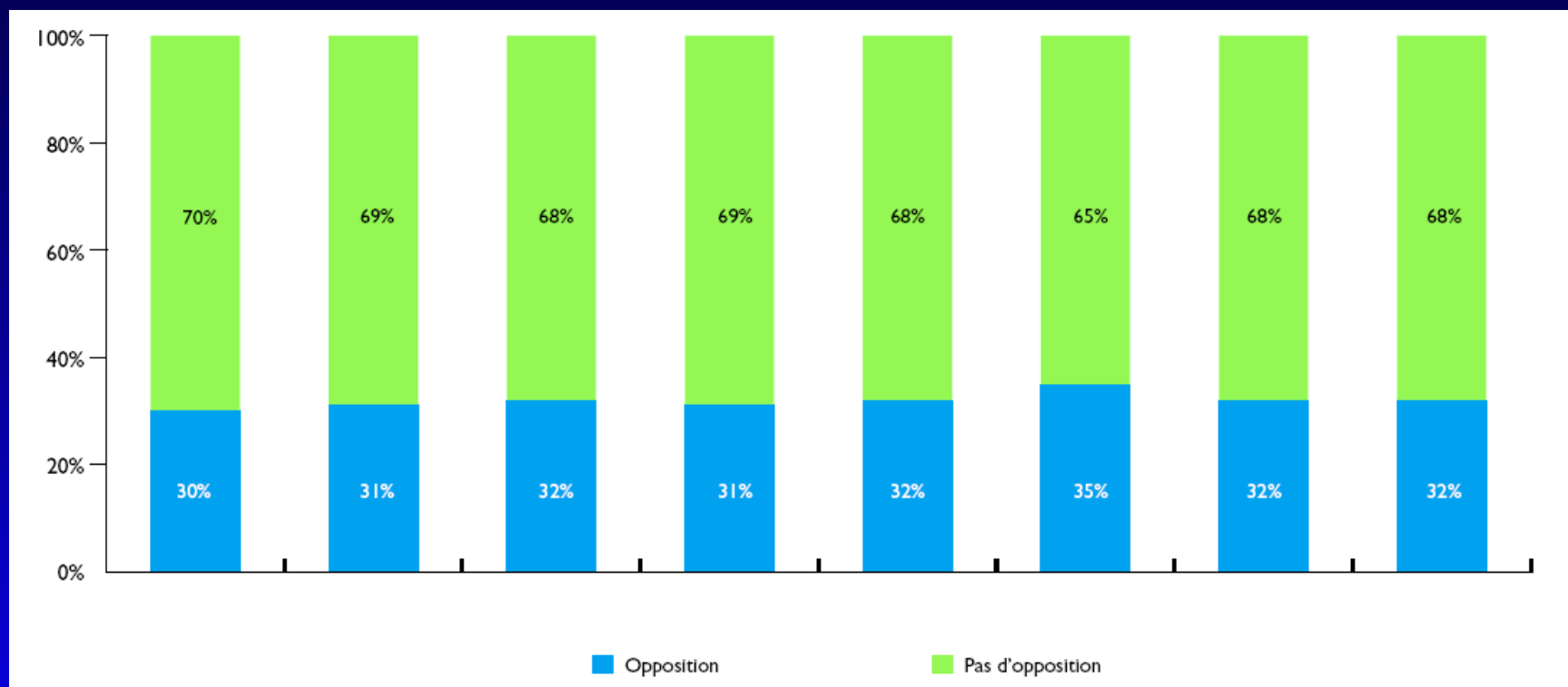
**Ne reconnaît pas la notion de mort
encéphalique mort**
**= l'âme continue d'habiter le corps après
la mort, pendant 1 à 2 mois**

POSITIONS DES RELIGIONS

L'Islam

- Se félicite de la morale et de l'éthique en médecine
- Reconnaît que la mort encéphalique correspond à la fin de la vie
- Réclame l'accord préalable du donneur
- Demande le respect de la dignité
 -➤ pas de consensus général à ce jour, mais tendances favorables

EVOLUTION DE LA PART DE L'OPPOSITION AU PRELEVEMENT CHEZ LES PERSONNES EN E.M.E. CES DERNIERES ANNEES EN FRANCE



LA PENURIE D'ORGANES DANS LE MONDE

2007 =	Greffes		Attente de greffes
	M.E.	D.V.	
France	4430	5 %	7280
U.S.	29000	20 %	95000
Chine	10000	?	2 millions
Arabie Saoudite	25 %	75 %	?

- Temps moyen d'attente : 3 à 5 ans

Prélèvements et Greffes

Pénurie



Trafic - Tourisme de greffes

80000 reins greffés en 2010
= 10 % des besoins estimés :

= 10 % des transpl. mondiales

- . ↗ indications
- . vieillissement population
- . donneurs vivants insuffisants
- . ↘ traumat. routière
- . stagnation des refus (++)

Problème particulier de la CHINE (cf.)

Acceptation ou refus de prélèvements

**Drame à triple détente : 1° : annonce de l'accident,
2° : annonce de la mort, puis 3° : demande de prélèvement
= l'organe (objet) prend le pas sur le mort (sujet)
= désacralisation de la mort**

Aspect «utilitaire» du diagnostic de la mort (rédigé par décret)

- ≠ | . déviation du sens de la vie et de la mort
| . cadre scientifique que réglementaire rigoureux

Incompréhensions

- . «Mort cérébrale» mal comprise : le cœur bat toujours
- . Tabous sur la mort, l'intégrité corporelle,
- . L'appartenance familiale ou sociale du corps

Médiatisation du trafic d'organes et du tourisme de greffes

SOLUTIONS A LA PENURIE

- **A. Les bonnes : officielles et réglementaires**
 - **Développer : info citoyens**
 - • **Développer les donneurs vivants**
 - **Donneur limite → Receveur limite**
 - • **Prélèvements sur morts à cœur arrêté**
 - **Carte europ. de donneur (Bruxelles mai 2007)**
 - **... Xénogreffes**
 - **Thérapies cell. ...**

Prélèvement chez donneur vivant consentant Loi du 6 août 2004 (1)

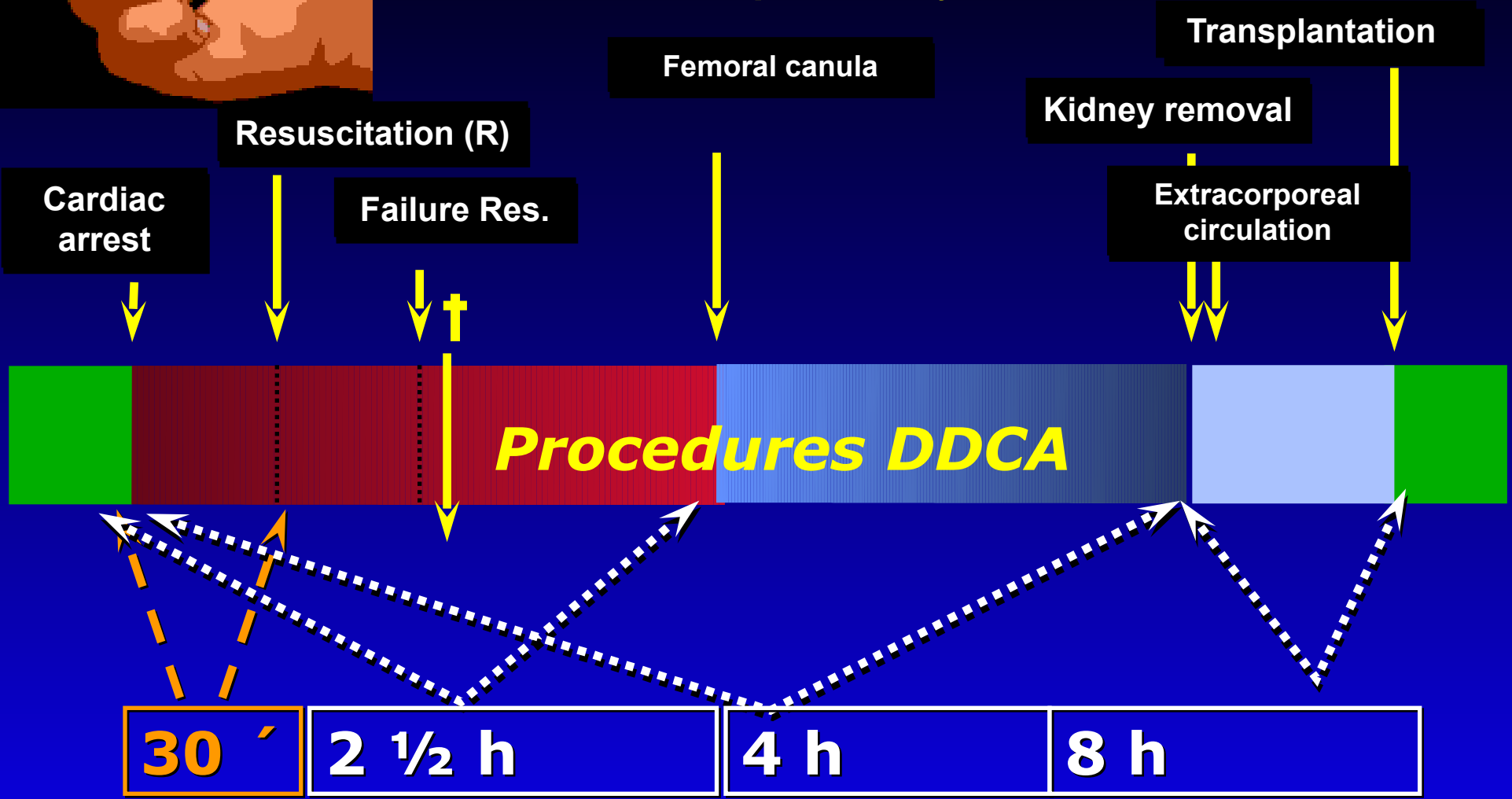
- **Ne concerne que les personnes majeures et capables**
- **Sur père et mère du receveur (ou fratrie)**
- **FINALITE = Intérêt thérapeutique du receveur et évaluation du rapport bénéfice / risque**
- **Consentement du donneur exprimé devant le Président du Tribunal de Grande Instance (sauf urgence)**

PROBLEMES ETHIQUES POSES PAR LE DON DE DONNEUR VIVANT CONSENTANT

- **Principe d'anonymat ?**
- **Pressions familiales ?**
« tu ne voudrais pas être responsable de la mort de ton frère ? »
- **Avantages en nature ?** « cadeaux ? »
- **Recherche d'obstacles médicaux au don ?**
- **Culpabilité du receveur ?**
- **Garantie d'une prise en charge complète des soins liés au don d'organe** (loi de bioéthique 2004)
- **Compensation appropriée** (douleur, inconfort et inconvénients)

Donor died after cardiac arrest (D.D.C.A.)

a new possibility in France



«TIME» is totally determinant for a good process

Prélèvements et Greffes

Eléments de réflexions = bonne ou mauvaise solution ?

*« Pourquoi devrais-je attendre pendant des années le rein d'une personne **accidentée** de la route, **bloquée** dans sa voiture pendant des heures, **réanimée en vain** dans une unité de soins intensifs, et après tout ce traumatisme me faire implanter l'un de ses organes ? Comment voulez-vous que cet organe soit bon ! Ou même pire, recevoir le rein d'une **vieille personne**, ou le rein d'un **alcoolique** ou celui d'une personne morte d'un **cancer** du poumon ? Mieux vaut avoir le rein d'un homme **jeune**, en **bonne santé** et qu'il puisse **profiter de mon argent** ».*

SOLUTIONS A LA PENURIE

- **B. Les mauvaises : trafic d'organes et tourisme de greffe** (Lancet, 2007)

1980 = Asiatiques riches → Inde - Asie Sud Est

1984 = vente d'organes interdite US, Europe (E. Est ?)

2006 = l'Iran autorise la vente de reins (2000 à 4000 US \$ pièce)

Commerce :

2005	Israël
2006	Pakistan (80 à 85 % des greffes) , Inde
2007	Tsunami
	Manille
	Amérique Latine
	Afrique du Sud

Prix du
marché

1500 US \$ (vendeur) → 20 000 US \$ Afr. Sud (... 100 000 US \$) (acheteur)

CHINE

(rapport Matas, Kilgour, Ottawa, janvier 2007)

- Demande de greffes : 1,5 M/an

- Nombre faites : 10 000/an

= 2e rang mondial de greffes par an (notion de mort encéphalique peu développée = problèmes culturels et religieux)

Condamnés à mort : secte Falun Gong

chinois

organes

revente à l'étranger

Avril 2007 → Loi interdit le commerce !
en Chine

Problèmes médicaux et éthiques soulevés par les « solutions commerciales » à la pénurie d'organes

- Sécurité sanitaire et traçabilité des organes ??
- Compatibilités immunologiques des organes (??),
- Risques de transmission d'agents pathogènes non détectés.
- Prélèvements dans des conditions précaires
- Suivi des « touristes de greffes » = frais de sécurité sociale pour leur pays.
- Pas de consentement éclairé, présumé, express...
- Surtout :
 - ++ | → . inégalité des chances face à la santé
 - ++ | → . caution du fait que les pauvres doivent ou peuvent pourvoir à la santé des riches
 - ++ | → . est-on propriétaire de son corps ou de ses organes pour les vendre ou les acheter ?

DISCUSSION ETHIQUE

Big donor show (Printemps 2007) Pays Bas

1. **Donneur en f n de vie**
 2. **3 receveurs potentiels**
- ↑ concours
↓ choix

Réactions A



= Rejet

- Ecole du cynisme, du décervelage et de l'anti-solidarité (concours)
- pub-réalité = pub-tréfaction
- droitisation des esprits

V. Cespedes

BIG DONOR SHOW

Réactions B

⊕ = OK

- Sensibilisation du public à ce que vivent les patients en attente d'organes
- alerte à la pénurie !
- résultat = 4 fois plus d'inscrits sur les listes (consentement express) dans les 3 mois suivants

MAIS

Maturité spirituelle

Dignité
Générosité

Excitation
Provocation
Pulsion

mobilisation

PRELEVEMENTS ET GREFFES = CONCLUSION

**Greffes
d'organes et de tissus**

- très efficaces
- nécessitent une parfaite organisation

Pour le prélèvement, nous devons porter une extrême attention aux impératifs :

- humains (dignité)
- légaux
- médicaux

PRELEVEMENTS ET GREFFES = CONCLUSION

- **Survie à 1 an : ttes greffes = 80 %
à 5 ans : rein = 90 %**
- **Limites culturelles aux prélèvements plus que religieuses**
- **Développement des solutions de substitution**
- **Effet délétère des « hors la loi »**

**coopération internationale
respect des droits de l'homme
harmonisation des pratiques**

LA VIE – LA MORT (2^e partie)

Pr D GRIMAUD



PAES 2011-2012

30 mars

8 h 30 – 17 h 00

**Invitation : venez nombreux
(entrée libre)**

Journée organisée par

L'ESPACE ETHIQUE AZUREEN = EEA

« *Ethique d'une mort annoncée :*

moi et l'autre »

(Amphithéâtre du petit Valrose)

PROGRAMME : 2e Journée Ethique 2012 de l'E.E.A. (matin)

« ETHIQUE D'UNE MORT ANNONCÉE : MOI ET L'AUTRE »

08h30 : **Accueil et introduction : Pr Grimaud et personnalités invitées**

Modération : Pr A. Franco, C. Haller

09h15–10h00 : **Conf. 1 : Questionnements – Dr C Dageville (Réa. Péd. EEA)**

10h00–10h45 : **Conf. 2 : L'inconnue – A. Fornes (Philosophe)**

Pause

Modération : Pr M. Schneider, M. Wybo

11h15–12h00 : **Conf. 3 : L'annonce – Ph. ASSO (Docteur en sciences du langage)**

12h00-12h45 : **Conf. 4 : La compassion – J. Ricot (Philosophe)**

Déjeuner libre

PROGRAMME : 2e Journée Ethique 2012 de l'E.E.A. (après-midi)

« *ETHIQUE D'UNE MORT ANNONCÉE : MOI ET L'AUTRE* »

Modération : Pr G. Darcourt, C. Saglietto

14h00-14h45 : **Conf. 5 : Regards** – A.M. Dickelé (Psychologue CCNE)

14H45-15h30 : **Conf. 6 : La quête spirituelle** – D. Leboul (Psychologue MMJG)

Pause

Modération : Pr D. Grimaud – S. Ebener

16h00 – 16h45 : **Conf. 7 : Le passage** – P. Le Coz (Philosophe CCNE)

16h45 – 17h15 : **Synthèse et conclusion** - P. Le Coz, H. Brocq (Psychologue EEA)

II – ASPECTS PSYCHOLOGIQUES DE LA VIE / LA MORT

1- Aspects psychologiques de la vie

Dans le développement psychologique de la personne, 4 facteurs importants interviennent :

- L'affection ou l'amour**
- La souffrance**
- L'identification positive ou négative**
- L'adaptation**

Donc VIE = RELATION

- à l'objet
 - à l'environnement (contexte historique et géographique)
 - à soi
 - à l'autre
 - à l'Autre (sous toutes ses formes) en cas d'épanouissement spirituel
- **L'harmonie de la vie réside dans l'harmonie de cette relation**

Les différentes étapes de la vie de relation se superposent aux étapes de la vie organique (cf.)

Une **RUPTURE** dans l'harmonie de cette relation ou de la relation elle-même (qui n'existe plus) entraîne :

- un déséquilibre (compensé ou non)
- la **maladie** :
 - psychosomatique
 - psychologique
- le **suicide** = prise de conscience aiguë de ce déséquilibre

Sa signification peut être de deux types :

- ⇒ désir de mort
- ⇒ désir d'une autre vie

Cas clinique

2- Aspects psychologiques de la mort

a- Psychologie de la mort d'une partie d'un individu, d'un organe =

- la perte ou la mort du fœtus pour sa mère**
- L'amputation d'un sein pour un cancer**
- L'ablation et le remplacement d'un organe**

b- Psychologie de l'individu mourant =

Les 5 étapes psychologiques de l'individu mourant décrites par E. KÜBLER-ROSS

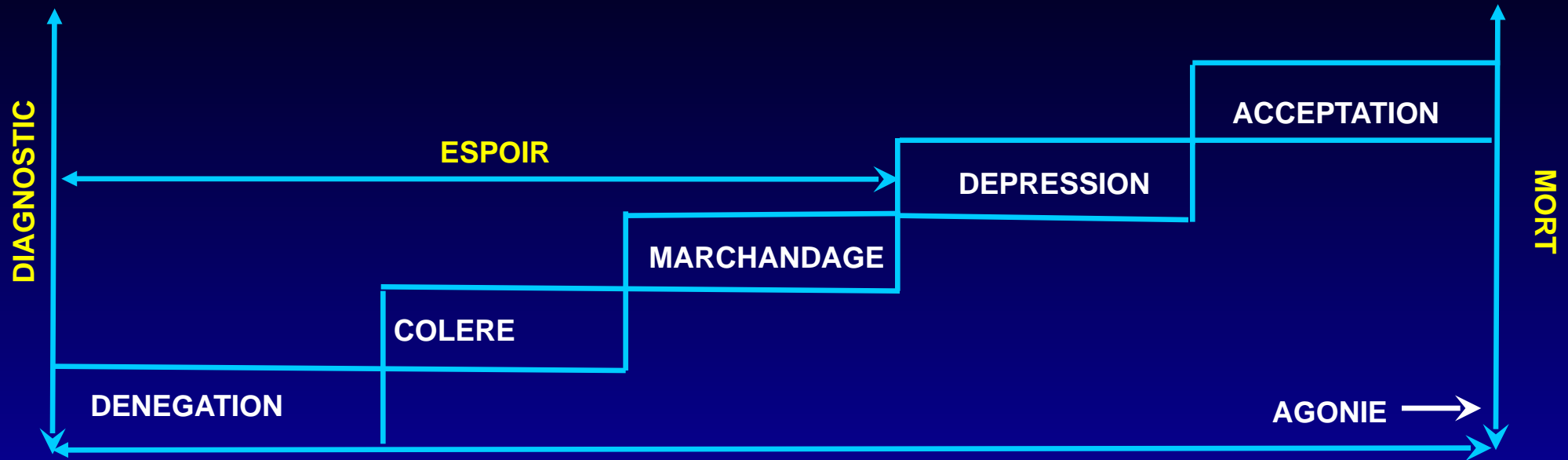


Figure 1

- 1ère étape : Refus et isolement**
- 2ème étape : Révolte et colère**
- 3ème étape : Marchandage, négociation**
- 4ème étape : Dépression, désolation**
- 5ème étape : L'acceptation**

Quel sens donner à la mort ?

1. La mort a-t'elle un sens en dehors de la vie ?

= f n, suivie d'un **«grand rien»**

2. La mort tire-t'elle son sens de la vie ?

= pour que la mort ait un sens, il faut qu'elle soit **précédée** par la vie qui la sublime

3. La mort donne-t'elle son sens à la vie ?

= pour que la vie ait un sens, il faut qu'elle soit **clôturée** par la mort qui l'aboutit

4. La mort est-elle un passage ?

- . vers une autre vie charnelle = **réincarnation**
- . vers une vie spirituelle = **ressuscitation** (intégration dans une transcendance individuelle et collective)
- . à peine perceptible dans un mouvement **cosmique** fait de vies et de morts d'individus qui se succèdent dans le temps et l'espace, pour faire un **«Grand Tout»**

Quel sens donner à la mort ?

5. Pourquoi veut-on expliquer la mort ?

= La mort est-elle quelque chose qui **s'explique** ?

**« L'ouvrage de notre vie, c'est bâtir notre mort.
Vous êtes en la mort pendant que vous êtes en vie ; car
vous êtes après la mort quand vous n'êtes plus en vie »**

Montaigne, 1^e l. Essais, chp xx

« Rien n'est plus incertain que le moment de la mort »

E.M.I. Hallucinations délirantes (psycho-patho)

	HALLUCINATION DELIRANTE	EMI
LE MOURANT		
Humeur	Perturbée	Normale
Stress	Présent	Absent
Orientation	Désorienté dans Les 3 sphères (a)	Normale
Conscience	Altérée	Normale
Indice halluc. (b)	Présent	Absent
Conviction de réalité	Oui	Oui
LE VECU DE SON ENVIRONNEMENT		
Personnage halluciné	Vivant	Décédé
Lieux	Terrestre	Un autre monde
Intention des apparitions	Menaçantes	Accueillantes
Durée de l'apparition	Longue	Brève
Aspects de l'apparition	Menaçant	Beau, extraordinaire
Émotions dégagées	Peur, angoisse	Quiétude, sérénité

(a) 3 sphères : temps, espace, personnalité


Tableau I : Comparaison entre expérience de la mort imminente (EMI) et hallucinations : contexte pathologique cérébral, alcool, drogues, hyperthermie... = indice hallucinatoire (b)

LE LIVRE TIBETAIN DES MORTS (XIV^e siècle)

Donne également une description de l'expérience de la mort imminente.

= conception du bouddhisme tantrique de l'agonie, du passage de la mort et du voyage post-mortem

3 bardos

- 
- le moment de la mort = dissolution de la conscience ordinaire
 - l'expérience de la réalité
 - la recherche de la renaissance

Il existe donc une **dynamique de la mort (individuelle et collective)**

→ **accompagnement du mourant** $\left. \begin{array}{l} \text{vie} \\ + \\ \text{mort} \end{array} \right| = \text{relation à l'autre}$

1. Nécessité **déontologique et éthique**

2. Nécessité **socio-économique = on ne meurt plus à la maison**

Quatre raisons :

- abandon par la famille de la charge du vieillard ou du malade
 - les femmes travaillent
 - vieillissement démographique : les grands vieillards ont des enfants déjà vieux
 - frais financiers énormes pour le maintien à domicile
- Développement nécessaire des assistantes sociales, du maintien des patients à domicile, de l'HAD

3. Nécessité **psychosociale**

4. Nécessité **humaine et spirituelle**

III - REFLEXIONS ETHIQUES SUR LA VIE / LA MORT

- 1- Refus des dons d'organes : analyse des causes
(cf.)**
- 2- L'archarnement thérapeutique (A.T.)
ou l'obstination déraisonnable (O.D.)**
- 3- Témoignage d'un mourant**

“Acharnement Thérapeutique” ou “Obstination Dérisonnable”

Limitation et arrêt des traitements en réanimation

Pr D GRIMAUD
CHU Nice



L'ACHARNEMENT THERAPEUTIQUE OU L'OBSTINATION DERAISONNABLE

PLAN

- 1- Acharnement thérapeutique ou obstination déraisonnable = définition**
- 2- Limitation et arrêt des traitements en Réanimation**
- 3- Loi relative aux droits des malades et à la fin de vie (2005)**
- 4- Mesures de confort et de soins palliatifs en Réanimation**
- 5- Conclusion : réflexions éthiques**

L'ACHARNEMENT THERAPEUTIQUE OU L'OBSTINATION DERAISONNABLE

Une préoccupation quotidienne en médecine

Réanimation

Evolution terminale
d'une maladie
(cancer, SIDA...)

Gérontologie

Néonatalogie

Techniques lourdes
au long cours

Urgences (SAMU/SMUR) =

- Risque :
- . malade inconnu (terminal ?)
- . temps d'anoxie ?

Limitation et arrêt des soins en réanimation

- **Conseil de l'Europe (1999) – CCNE (2000) – Code Santé Publique (2006)**
- **Loi de mars 2002 = droits des malades**
- **Loi de avril 2005 + décrets d'appl. février 2006**
 - = droits des malades en f n de vie (ou non)
 - = reconnaissance du refus de « l'obstination déraisonnable »
- **Actualisation des reco. entre juin 2007 et sept. 2009 (SRLF, SFAR)**
- **Dernière loi de bioéthique : juillet 2011**

Limitation et arrêt des traitements en réanimation

Considérations éthiques et définitions

- **Toujours mise en jeu de la responsabilité du médecin**
 - . scientifique
 - . humaine (« sagesse pratique » : Aristote)
- **Notion « d'obstination déraisonnable » =**
« Acharnement thérapeutique »
- **Soins palliatifs**
- **Limitation des traitements**
- **Arrêt des traitements**
- **« Futilité thérapeutique » à ne pas utiliser**
- **Légalisation —> risque de réification (chosification)
de la personne (relation personnelle ++)**

ACHARNEMENT THERAPEUTIQUES OU OBSTINATION DERAISONNABLE

Evaluation du pronostic patient (++)

Pronostic = temps de l'acte médical le plus difficile
(plus que le diagnostic et la thérapeutique)

- nécessite le plus de connaissances et d'expérience
- valeur des chiffres statistiques ?
- un patient n'a pas d'existence statistique

→ **INCERTITUDE** car possibilité d'exceptions



Difficulté de la décision

LIMITATION ET ARRÊT DES TRAITEMENTS EN REANIMATION

Qui peut ou doit décider ?

1 - La société ?

- fixe des **normes** qui renvoient à la **relation médecin/malade**,
- fixe une ligne de conduite générale (lois : 2002-2005-2011)
= interdiction d'une « **obstination déraisonnable** »

2 - Le malade ou sa famille ?

- **affectivité** : obstacle à l'objectivité de la décision
- "**éclairage**" par le médecin. Ont-ils tous les éléments ?
- **motivations** morales, économiques, religieuses très diverses
- **aptitude** physique ou mentale à décider ?
- parfois, cependant décision prise "**en connaissance de cause**"
(+++)

LIMITATION ET ARRET DES TRAITEMENTS EN REANIMATION

Qui peut ou doit décider ?

3 - Le médecin ?

- a (presque) toujours le **poids de la décision finale**
- **mais ne doit pas avoir un pouvoir personnel absolu** : ses motivations varient avec âge, expérience, connaissances,... et :

ATTENTION !

- . **courage et foi en la médecine**
- . **volonté de vaincre, refus de l'échec**
- . **goût de la performance technique**
- . **souci des statistiques personnelles ou du groupe**
- . **faire des K pour faire des sous**
- . **raisons politiques (d'Etat) : Franco-Tito**
- . **rejet de sa propre mort...**

LIMITATION ET ARRÊT DES TRAITEMENTS EN REANIMATION

Attitudes pratiques

Avant tout :

- RIGUEUR (scientifique : diagnostique, thérapeutique....)
- DIALOGUE avec équipe médicale, soignante, famille, malade
- RESPONSABILITÉ : médecin sénior
- INFORMATION (claire, nette) : proches, personnel...
- NOTIFICATION DANS LE DOSSIER MÉDICAL (++)

LIMITATION ET ARRET DES TRAITEMENTS EN REANIMATION

Principes de bases de la réflexion

- **Une «guérison ou une survie technique immédiate peuvent se transformer en échec éthique à terme ».**
- **Un individu n'a pas d'existence statistique**
- **Accompagner, être à l'écoute, soulager**

LIMITATION ET ARRÊT DES TRAITEMENTS EN REANIMATION

Avant = Recommandations des Sociétés Savantes : SRLF = 2002

SFAR = 2001-2002

Schématiquement = 3 situations où le problème se pose

- ① Constat d'échec thérapeutique → ne pas prolonger l'agonie
- ② Très mauvais pronostic / Qualité de la vie
- ③ Demande expresse d'un patient conscient ,
informé, apte à décider l'arrêt des suppléances
d'organes

LOI RELATIVE AUX DROITS DES MALADES ET A LA FIN DE VIE (2005)

Rapporteur : J. Leonetti

1 - Patient en fin de vie , conscient

- Le médecin doit :

- . Respecter la **volonté** du patient après l'avoir informé des conséquences
- . Assurer sa **dignité** (+ palliatif)

Consigner dans dossier médical (+++)

2 - Patient en fin de vie , inconscient

- . Décision médicale = **collégiale**
transparente
- . Avis (ou information) de personne de confiance
- . Tient compte des directives anticipées (révocables)
→ Limitation ou arrêt des traitements (collégiale)

Consigner dans dossier médical (+++)

LOI RELATIVE AUX DROITS DES MALADES ET A LA FIN DE VIE (2005)

Rapporteur : J. Leonetti

3 - Patient non en fin de vie , conscient

- Le patient refuse tout traitement →
 - . Le médecin doit tout mettre en œuvre pour le convaincre d'accepter
 - . Appel à un autre médecin
 - . Après « un délai raisonnable »
 - Limitation ou arrêt des traitements
 - Dossier médical
- Collégiale
 Dignité
 Pers. Conf.

4 - Patient non en fin de vie , inconscient

- Limitation ou arrêt des traitements
 - Dossier médical
- Collégiale
 Pers. Conf., famille
 Transparence

SYNTHESE DE LA LOI :

Principes de base de la décision


- ★ Lutte contre ach. thérapeut. (et diagnostic) et l'obstination déraisonnable
- ★ Reconnaissance au malade le droit de vivre de préparer sa mort
- ★ Sérénité
- ★ Transparence, collégialité
- ★ Stratégie de prise en charge globale du patient
- ★ Garantie des bonnes pratiques
- ★ Améliore la relation de confiance : patient, famille, médecin

MESURES DE CONFORT ET DE SOINS PALLIATIFS EN REANIMATION

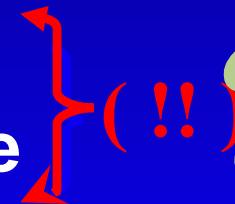
= prise en charge globale

- ★ Responsabilité = senior
- ★ Arrêt = monitoring, radio, prélèvements
- ★ Prise en charge de la douleur - physique
- psychologique
- ★ Sédation / analgésie (doses non limitées) =
 - ✓ morphiniques
 - ✓ BZD
 - ✓ Barbi, Propofol ...

MESURES DE CONFORT ET DE SOINS PALLIATIFS EN REANIMATION

- ★ Vent. Artif. : FIO₂,  V.T = «terminal weaning», (A. Grenvik, 1983....)
Intubation (« terminal extubation ») = pb confort patient
- ★ Limitation ou arrêt des **thérapeutiques actives** (catéch, Al. Parent., Hydrat...)
- ★ **Accompagnement** = patient, famille, personnel
- ★ **Formation** (médecin, personnel)

- ★ **Injection létale** = euthanasie active
= interdite = homicide volontaire



Notion d'exception d'euthanasie

- **Idée avancée par le CCNE en 2002**
 - . réserver un examen « **judiciaire** » particulier à des circonstances exceptionnelles ayant pu conduire à un arrêt de vie (par une commission inter-disciplinaire).
- **Les parlementaires ont rejeté cette proposition car cette « exception de fond » institue une irresponsabilité pénale.**

SUITE : RAPPORT LEONETTI DE 2008 A L'ASSEMBLEE NATIONALE

3 QUESTIONS :

- la loi est-elle connue ?
- la loi est-elle appliquée ?
- quelles sont les insuffisances éventuelles de la loi ?

3 REPONSES :

- une législation mal appliquée
- un droit à la mort peut-il être légalisé ? **NON !**
- mieux prendre en compte les intérêts et les droits des malades en fin de vie

CONCLUSION

- nécessité de repères légaux
- mais limites de toute législation
 - = danger de banalisation (++)
 - diversité des cas d'espèce (++)

Importance de la relation (++++)

→ cas clinique = témoignage d'un mourant

30 mars

8 h 30 – 17 h 00

**Invitation : venez nombreux
(entrée libre)**

Journée organisée par

L'ESPACE ETHIQUE AZUREEN = EEA

« *Ethique d'une mort annoncée :*

moi et l'autre »

(Amphithéâtre du petit Valrose)

**« ETHIQUE D'UNE MORT ANNONCEE :
MOI ET L'AUTRE »**

08h30 : Accueil et introduction : Pr Grimaud et personnalités invitées

Modération : Pr A. Franco, C. Haller

09h15–10h00 : Conf. 1 : Questionnements – Dr C Dageville (Réa. Péd. EEA)

10h00–10h45 : Conf. 2 : L'inconnue – A. Fornes (Philosophe)

Pause

Modération : Pr M. Schneider, M. Wybo

11h15–12h00 : Conf. 3 : L'annonce – Ph. ASSO (Docteur en sciences du langage)

12h00-12h45 : Conf. 4 : La compassion – J. Ricot (Philosophe)

Déjeuner libre

PROGRAMME : 2e Journée Ethique 2012 de l'E.E.A. (après-midi)

« *ETHIQUE D'UNE MORT ANNONCEE : MOI ET L'AUTRE* »

Modération : Pr G. Darcourt, C. Saglietto

14h00-14h45 : **Conf. 5 : Regards** – A.M. Dickelé (Psychologue CCNE)

14H45-15h30 : **Conf. 6 : La quête spirituelle** – D. Leboul (Psychologue MMJG)

Pause

Modération : Pr D. Grimaud – S. Ebener

16h00 – 16h45 : **Conf. 7 : Le passage** – P. Le Coz (Philosophe CCNE)

16h45 – 17h15 : **Synthèse et conclusion** - P. Le Coz, H. Brocq (Psychologue EEA)