

LA MORT

FAIT INDIVIDUEL, FAIT SOCIAL, FAIT CULTUREL

Dr P. JAMBOU

- ▶ *Coordination Hospitalière des Prélèvements d'Organes et de Tissus
CHU de Nice et région PACA-Est / Haute Corse*
- ▶ *Direction prélèvement et greffe – Organes, tissus- Agence de la biomédecine
Service de Régulation et d'Appui Sud-Est / Océan Indien*
- ▶ *Espace Ethique Azuréen*



1

LA MORT**FAIT INDIVIDUEL** (approche clinique et psychologique)

- **Définition de la vie**
- Définition et diagnostic de la mort
 - Notion de mort encéphalique*
- Les étapes psychologiques de la mort

DEFINITION DE LA VIE

- La vie se manifeste lorsque le sujet
 - **transforme de l'énergie, métabolise et excrète** (*usine, automobile, ordinateur, ...*) ?
- Un organisme est dit vivant lorsque
 - il échange de la matière et de l'énergie avec son environnement en conservant son autonomie, lorsqu'il se reproduit et évolue par **sélection naturelle** (*cristal en phase de croissance, mule, virus informatique, organismes virtuels, ...*) ?
 - la matière est capable de **s'auto-organiser sans être programmée** (*androïde*) ?
- La vie se définit par sa structure physique en 3 parties
 - une membrane perméable qui sépare du monde extérieur
 - un matériel génétique qui préside à l'auto-duplication
 - des protéines qui assurent le travail (*organismes unicellulaires*)
- A quel stade d'évolution d'un organisme pluricellulaire peut-on parler d'organisme vivant ? (*embryon humain : 14^e J ?*)

DEFINITION DE LA VIE

□ **La vie d'une cellule** repose essentiellement sur :

- **la respiration : fonction des mitochondries, avec consommation d'O₂ et production de CO₂ et d'H₂O**

- **le métabolisme cellulaire représenté par**

⇒ l'utilisation des substrats : glucides, lipides, protides

⇒ la production d'énergie (ATP) ex. : [cycle de Krebs]

⇒ la production de substances hormonales nécessaires à l'équilibre général des organes et de l'individu
(corticosurrénale, thyroïde, H. sexuelles,....)

⇒ le renouvellement et la croissance : synthèse cellulaire

DEFINITION DE LA VIE

□ **La vie d'un organe** repose sur :

le métabolisme de cellules de même nature ou complémentaires qui répondent au besoin de fonctionnement de l'organe.

⇒ **le cœur** : muscle à fct automatique à la fois périphérique et central.
Amas de cellules musculaires élémentaires = pompe

⇒ **le foie** : usine chimique et métabolique très complexe, aux fonctions multiples (production : bile, glycogène,... / transformations métaboliques de produits actifs en produits inactifs, d'une activité X en activité Y / détoxification (bactéries, substances ingérées : rôle de la circulation porte..) = amas de cellules complexes et variées ayant des missions très différentes.)

⇒ **le cerveau** : fonction « centrale » (de coordination : psycho affective, cognitive, motrice (intégration des ordres et réalisation de l'action), sensitive (les 5 sens)... / de régulation : endocrinométabolique..., de la température, etc...

Mais qu'est-ce que la vie ?

□ La vie d'un individu repose sur :

l'assemblage et la connexion des grandes fonctions vitales comme

la respiration, la circulation, la conscience (différente en fonction des espèces), etc...

La vie spirituelle, dans notre contexte monothéïste, n'a pas de localisation propre : l'âme n'est ni dans le cœur, ni dans le cerveau, elle est la personne toute entière.

□ La vie de l'individu est le résultat :

du fonctionnement harmonieux et équilibré des différentes vies cellulaires et organiques qui la composent.

le fonctionnement de « l'assemblage » est toujours plus complexe, élaboré et performant que la simple somme des fonctionnalités de chaque partie : un simple regroupement de cellules identiques ne crée pas un organe, et un regroupement d'organes de même espèce ne crée pas un individu.

1

LA MORT

FAIT INDIVIDUEL (approche clinique et psychologique)

- Définition de la vie
- **Définition et diagnostic de la mort**
Notion de mort encéphalique
- Les étapes psychologiques de la mort

LA MORT

...de la définition au diagnostic en France en 2012



Le jugement de l'homme est tellement incertain
qu'il n'arrive pas même à définir la mort

PLINE L'ANCIEN (23-79) [Histoire Naturelle]

Pourquoi un tel sujet en 2011 ?

Le Point.fr - Publié le 22/10/2010 à 20:08 - Modifié le 23/10/2010 à 19:10

COMA - Même pas mort !

Commentaires (21) Imprimer Envoyer par email



A+ A-



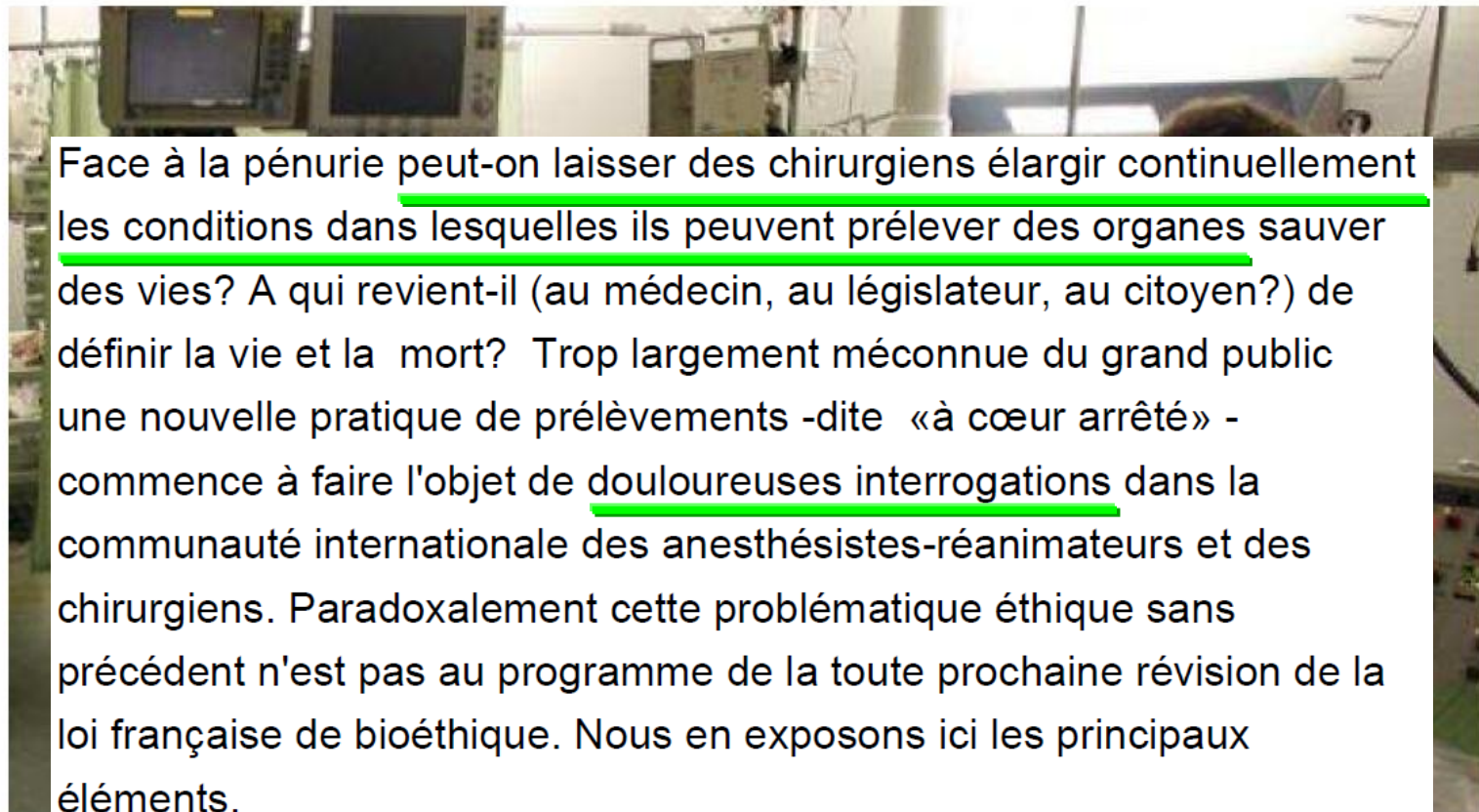
La mort précipitamment annoncée d'une sexagénaire qui s'est réveillée quatorze heures plus tard suscite bien des inquiétudes. Cette femme a fait un malaise dans une clinique proche de Bordeaux, où elle était arrivée, à pied, afin de subir une nouvelle chimiothérapie pour un cancer du poumon détecté en 2005. Explications du professeur Pierre Carli, qui dirige le Samu de Paris et du professeur Patrick de Rohan Chabot, responsable du service de réanimation médicale de l'Hôpital américain de Neuilly-sur-Seine.

Avec le peu d'informations connues, il semble que cette patiente n'a pas bénéficié dans la clinique où elle était de tous les examens nécessaires à l'annonce d'une mort cérébrale.

Pourquoi un tel sujet en 2012 ?

Greffes: des donneurs plus vivants que morts

L'angoisse grandit face au développement de nouvelles pratiques de prélèvements d'organe.



Face à la pénurie peut-on laisser des chirurgiens élargir continuellement les conditions dans lesquelles ils peuvent prélever des organes sauver des vies? A qui revient-il (au médecin, au législateur, au citoyen?) de définir la vie et la mort? Trop largement méconnue du grand public une nouvelle pratique de prélèvements -dite «à cœur arrêté» - commence à faire l'objet de douloureuses interrogations dans la communauté internationale des anesthésistes-réanimateurs et des chirurgiens. Paradoxalement cette problématique éthique sans précédent n'est pas au programme de la toute prochaine révision de la loi française de bioéthique. Nous en exposons ici les principaux éléments.

De quelle mort parle-t-on ?

□ Mort d'une cellule

- **nécrose** (gonflement cellulaire, lyse membranaire,...)
- **apoptose** (suicide cellulaire, propre, ordonné)

□ Mort d'un organe

- **mort de l'ensemble des cellules constituant l'organe** (*non vital, vital ou non mais remplaçable, vital et irremplaçable*)

□ Mort d'un individu (définition clinique)–

- signes négatifs de la vie

- abolition de toute conscience, sensibilité, réflexe (*croque mort*)
- perte du tonus musculaire et mydriase
- arrêt respiratoire (*miroir / buée*)

+

- arrêt circulatoire (\neq arrêt cardiaque) → artériotomie (1948)
test à l'éther (1958)

- pâleur dite cadavérique

- signes positifs de la mort

- refroidissement, rigidité, lividités cadavériques

...et qu'est-ce que la mort ?

- concept métaphysique
- définition légale
- critères cliniques

Définition de la mort

- **POUR LE PHILOSOPHE OU L'ETHICIEN**, la mort est un phénomène culturel et social complexe, pas un problème médical.
- **POUR LE JURISTE**, la mort est un fait, un état qui implique une réglementation particulière.
- **POUR LE MEDECIN**, c'est un diagnostic à un moment donné, basé sur la clinique et parfois des examens paracliniques.

Trois notions de mort sont classiquement distinguées

- La mort clinique,
 - traduisant l'arrêt permanent du fonctionnement de l'organisme
- La mort biologique,
 - avec cessation de l'activité de toutes les cellules, mort irrémédiable allant vers la putréfaction
- La mort ontologique, (de l'être)
 - avec “séparation du principe vital de l'organisme (ce que les Anciens appelaient *psychè*, *anima*, âme) et du corps”.

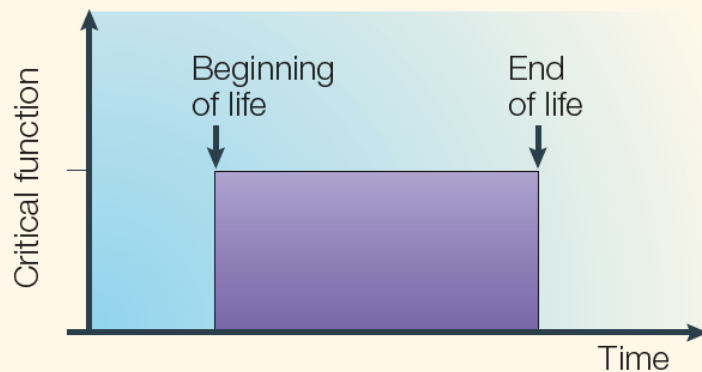
En fait, diagnostiquer la mort... une tache difficile



- MOURIR: est un processus
- La MORT: intervient à un moment particulier de ce processus, mais quand ?
- La société demande à la médecine de diagnostiquer la mort à un moment précis et de pouvoir la confirmer par des éléments objectifs

MORT PROCESSUS

a Death as an event



b Death as a process

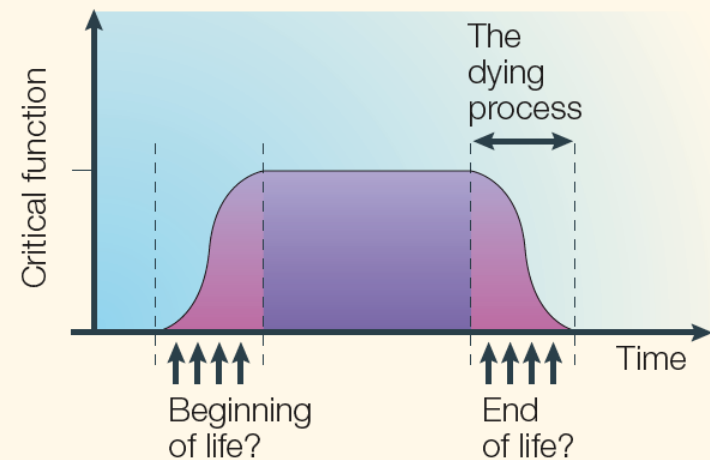


Figure 1 | **Death: event or process?** Death, which is defined as the loss of the capacity of an organism to function as a whole as a result of the irretrievable cessation of its critical functions (circulation, respiration and consciousness), has been considered to be a radical, clear-cut event (**a**) or a progressive, continuous process (**b**). The exact moments of the beginning and ending of life remain a challenge that science has not yet resolved.

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

Pourquoi préciser la date de la mort ?

CONSEQUENCES

- QUAND PEUT ON SEPARER VIVANTS ET MORTS EN TERME EPIDEMIQUE OU DE CATASTROPHE ?
- THERAPEUTIQUE OU ARRET DES TRAITEMENTS ?
- QUEL RISQUE D'ETRE ENTERRE VIVANT ? (2h, veillée, croque-mort,...)
- JUSQU'À QUAND DONNER LES SACREMENTS ?
- QUAND PEUT-ON ENCLENCHER UN PROCESSUS DE SUCCESSION ? (notaire, Franco, Tito,...)
- QUAND PEUT-ON PRELEVER DES ORGANES ?

MORT PROCESSUS

Quand commence-t-on à mourir ?

Quand finit-on de mourir ?

Quand est-on mort ?

Depuis l'Antiquité, les médecins ont essayé
de définir le moment précis de la mort !!

HIPPOCRATE - 500 av JC

« Front ridé, yeux caves, nez pointu, bordé d'une couleur noirâtre, tempes affaissées, creusées et ridées, oreilles rétractées vers le haut, lèvres pendantes, pommettes enfoncées, menton ridé et racorni, peau sèche livide ou plombée, poil des narines et cils parsemés d'une sorte de poussière d'un blanc terne, visage contourné et méconnaissable »

MORT PROCESSUS

Quand commence-t-on à mourir ?

Quand finit-on de mourir ?

Quand est-on mort ?

AU XIX^o SIECLE (1) :

« Il est des organes, il est des grands systèmes d'organes dans lesquels la vie persiste durant un temps variable, de sorte que l'on peut dire que l'extinction de la vie n'est absolue que lors de l'abolition complète de toute fonction et de toute vie cellulaire » Devergie 1873 (Bull. Acad. Med.)

MORT PROCESSUS

Quand commence-t-on à mourir ?

Quand finit-on de mourir ?

Quand est-on mort ?

AU XIX^e SIECLE (2) :

« Chez les animaux supérieurs, la mort du tout, la mort de l'ensemble, la mort cérébrale précède toujours la mort des tissus, la mort des éléments, la mort moléculaire »

Icard 1897 La mort réelle la mort apparente

XVIII° ET XIX° SIECLE DEBATS ACHARNES

Traditionnalistes (Winslow, Buffon, Bruhin...)

AUCUN SIGNE DE CERTITUDE DE MORT AUTRE QUE LE DEBUT DE
PUTREFACTION, DONC ATTENDRE

« LA TACHE VERTE »

Agissants (Louis, Icard , Halluin...)

1840-1849 : 47 LIVRES OU THESES SUR LES SIGNES DE LA MORT

PRIX MANNI 1837: MORT APPARENTE. ENTERREMENT PREMATURE

PRIX MARQUIS D'OURBE 1866: MOYEN DU DIAGNOSTIC VULGAIRE DE MORT

Législateur **XX°** : **SIGNES A RETENIR POUR LE DIAGNOSTIC
OFFICIEL DE MORT**

REANIMATION

1959 : Ventilation mécanique

“A propos du
 diagnostic de la mort
 du système nerveux
 dans les comas avec
 arret respiratoire
 traités par respiration
 artificielle”

Wertheimer P, Jouvét M, Descotes J
 Press Med 1959, 67:87-88

Tome 101. -- N° 1.

1959

REVUE NEUROLOGIQUE

MÉMOIRES ORIGINAUX

LE COMA DÉPASSÉ
 (MÉMOIRE PRÉLIMINAIRE)

PAR M^{me}

P. MOLLARET et M. GOULON

Après quatre années de réflexion, nous croyons venu le moment d'ajouter un chapitre nouveau au domaine traditionnel des comas.

Précisons de suite que ce problème du coma dépassé a été mis, l'année dernière, au programme de la prochaine Journée de Réanimation de l'Hôpital Claude-Bernard du 7 octobre 1959, en vue d'une mise au point intégrale.

LA MORT CHANGE DE DEFINITION

- **JAMA 1968 :**

A DEFINITION OF IRREVERSIBLE COMA : THE REPORT OF THE AD HOC COMMITTEE OF THE HARVARD MEDICAL SCHOOL TO EXAMINE THE DEFINITION OF BRAIN DEATH

- « DEATH IS A GRADUAL PROCESS IN CELLULAR LEVEL, BECAUSE THE TISSUES DIFFER FROM ITS CAPACITY TO SUPPORT THE LACK OF OXYGEN. THE CLINIC INTEREST DOES NOT REST IN THE CONSERVATION OF ISOLATED CELLS BUT ONLY IN THE PERSON LACK. THEREFORE, THE DEATH OF DIFFERENT CELLS OR ORGANS IS NOT AS IMPORTANT AS TO BE CERTAIN OF THE PROCESS WHICH BECOMES IRREVERSIBLE, INDEPENDENTLY FROM THE TECHNIQUES OF RESUSCITATION APPLIED. »

World medical assembly Sidney 1968

CONCEPT DE MORT ENCEPHALIQUE

*Débats scientifiques, philosophiques, éthiques,
religieux, juridiques*

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

~~Coma dépassé = MORT CEREBRALE = MORT~~

CONCEPT DE MORT CEREBRALE

*Concept scientifique nécessaire à la greffe ?
(Zamparetti, ICM, 2004)*

2 écoles s'affrontent :

□ **Mort de tout l'encéphale**

whole brain death : hémisphères et tronc cérébral

□ **Mort du tronc cérébral**

brainstem death :

- *abolition de la réactivité des paires crâniennes*
- *absence de conscience*
- *apnée*
- *confrontés à l'étiologie*

Mais rares cas d'atteinte isolée du TC sans atteinte hémisphérique

DEFINITION DE LA MORT

« La mort est la disparition définitive **de la personne humaine**, étant entendu que ce qui sépare les vivants des morts est l'activité ou non du cerveau »

Décret 1996 - France

ET LA MORT PAR ARRÊT CARDIAQUE ? Décret 1996 - France

Arrêt circulatoire, mort encéphalique, arrêt cardiaque et respiratoire persistant : une ou des définitions légales de la mort ?

- *Arrêt circulatoire* : la mort dans son *acception traditionnelle* : arrêt définitif des fonctions du coeur, des poumons et du cerveau.
- *Mort encéphalique* : le cerveau est irrémédiablement détruit, tandis que *le coeur bat encore*.
- *Arrêt cardiaque et respiratoire persistant* : cette forme de décès permet les *prélèvements "à coeur arrêté"* qui ont repris en France depuis 2007 (loi de 2005). Dans ce cas, le coeur ne bat plus (échec des tentatives de réanimation d'une personne), mais la destruction du cerveau n'est pas confirmée. *On ne sait pas déterminer avec précision, à l'heure actuelle, le moment où la mort encéphalique survient dans le cas d'une personne en*

La définition légale de la mort doit-elle être conditionnée par les transplantations d'organes ?

Diagnostic de la mort dans le contexte de la transplantation d'organes

Directives médico-éthiques de l'ASSM

COMMENT PROUVER LA MORT APRES ARRET CARDIAQUE

- AUCUN MOYEN DE Prouver LA MORT
DELAI TROP PRECIS
- REFLEXION EXISTANTE
« DIRECTIVES MEDICO-ETHIQUES
DIAGNOSTIC DE LA MORT
ACADEMIE S

LA MORT APRES

ACTUELLEMENT,

LE
DEFINITION ET LE
CRITERES DE LA MORT
« MENT D'ORGANES »
EN 2002 / 2005



SST
Société Suisse de Transplantation
Société Suisse de Transplantation

ASSM
Association Française
des Médecins

ASSM
Association Française
des Médecins

ASSM
Association Française
des Médecins

Réversibilité (2)

LE TEMPS D'ISCHEMIE TOTALE MAXIMALE CLASSIQUE POUR LE CERVEAU HUMAIN EST DE:

10 MIN, AU DELA : MORT ENCEPHALIQUE

BASES DE L'AFFIRMATION:

- EXPERIMENTATIONS ANIMALES 1956- 1968
HIRSH, MARSCHALL, SCHOEN, WALTHER
QUELQUE SOIT L'ANIMAL CHAT , CHIEN, LAPIN
EN CAS D'ISCHEMIE CEREBRALE TOTALE ISOLEE: **10MIN**
EN CAS D'ISCHEMIE TOTALE CORPS ENTIER : **5-8 MIN**
EN CAS D'HYPOTHERMIE EN RAPPORT AVEC SON DEGRE
- HOMME BRENDDEL MEME RESULTATS

Observations cliniques

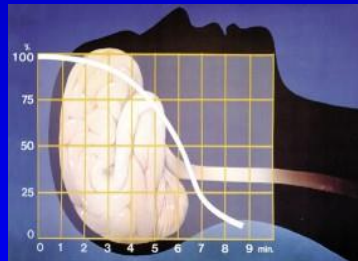
- MULLIE 1989 ANALYSE DE **3089 ARRETS HORS HOPITAL** :
SURVIVANTS ANOXIE 3-4 Min / REANIMATION 12,7 Min
- BEREK 1996 ANALYSE DE **122 ARRETS HORS HOPITAL** :
MEDIANE ANOXIE SURVIVANTS 4Min / DECEDES 10Min
MEDIANE REA SURVIVANTS 10Min / DECEDES 30Min
- VAN WALRAVEN 1999 ANALYSE **1077 ARRETS HOSPITALIERS**
DECEDES : SANS TEMOINS, AUCUNE EFFICACITE 10Min
NI FV NI TV
- GWINNUT 2000 ANALYSE DE **1368 ARRETS**
SUCCES PRIMAIRES ET SORTIE HOSPITALIERE
REPRISE ACTIVITE EN < 3Min

Réversibilité (3)

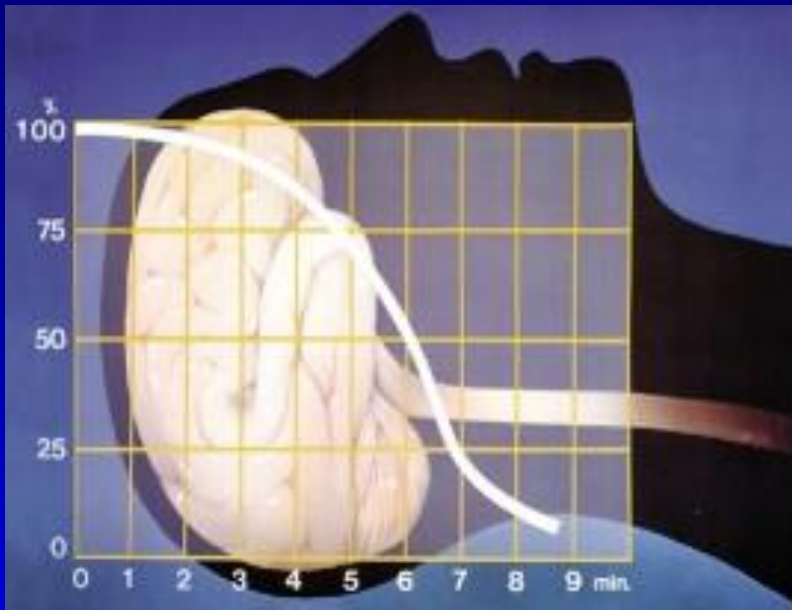
- « ON PEUT CONCLURE QU'APRES UN ARRET DE **5 MINUTES** ON NE PEUT PLUS ESCOMPTER UN SUCCES DES MESURES DE REANIMATION ET
- QU'APRES UNE DUREE DE **10 MINUTES** LA MORT CEREBRALE EST CERTAINE;
- QUE SI LES MESURES DE REANIMATION APRES L'ARRET ASSURENT UNE CIRCULATION , CELLE-CI EST TOUJOURS REDUITE ET CORRESPOND AU MIEUX A UN ETAT DE CHOC SEVERE (ORNATO 1993) **LOW FLOW**
- EN L'ABSENCE DE REPRISE AU MOINS TEMPORAIRE DE BATTEMENTS CARDIAQUES EFFICACE . IL EST ADMIS QUE AU BOUT DE **30 MINUTES** L'ARRET TOTAL ET IRREVERSIBLE DES FONCTIONS CEREBRALES PEUT ÊTRE AFFIRME. »

Réversibilité (4)

**CE N'EST PAS LA DUREE DE LA
RESSUSCITATION INITIALE QUI COMPTE
MAIS LA DUREE DE L'INEFICACITE DE
CELLE-CI**



**Le moment de la mort est donc déterminé
par la durée de l'absence de perfusion du
système nerveux central**



Survie du cerveau en fonction de la durée de l'anoxie due à un ACR

2 % C'est le taux de survie de l'ACR en cas de défibrillation tardive (12 minutes) à l'arrivée des secours médicaux, si rien n'a été tenté avant par les témoins ou par les secouristes.

8 % C'est le taux de survie de l'ACR si une réanimation cardio-pulmonaire de base précoce (RCP-B) a été entreprise par les témoins avant la défibrillation tardive (12 minutes).

20 % C'est le taux de survie de l'ACR si une réanimation cardio-pulmonaire de base précoce (RCP-B) assortie d'une alerte précoce ont été entreprises par les témoins avant la défibrillation précoce.

40 % C'est le taux de survie de l'ACR si une réanimation cardio-pulmonaire de base précoce (RCP-B) assortie d'une alerte précoce ont été entreprises .défibrillation précoce et que le patient a pu bénéficier également d'une réanimation cardio-pulmonaire médicalisée précoce (RCP-M).

Véritable course contre la montre !!!!

MORT PAR ARRET CARDIAQUE

Le temps d'ischémie totale maximale classique pour le cerveau humain est de 10 MIN.

AU DELA : MORT ENCEPHALIQUE

DECRET 1996 : *Mort par arrêt cardiaque et respiratoire persistant*

- 1- Absence totale de conscience et d'activité motrice spontanée.**
- 2- Abolition de tous les réflexes du tronc cérébral.**
- 3- Absence totale de ventilation spontanée.**

MORT

Cessation irréversible de toutes les fonctions des structures neurologiques intracrâniennes (hémisphères et tronc cérébral)

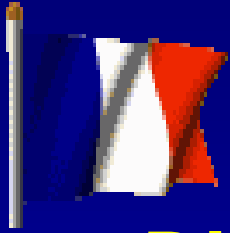
~~MORT CARDIAQUE~~

~~MORT CÉRÉBRALE~~

“Il y a donc plusieurs façons de mourir
mais une seule d’être mort”

Mort et législation

- **Pas d'enjeu majeur** : le pouvoir de constater la mort repose sur l'Officier d'Etat Civil
 - **Le médecin devient l'expert de la mort (1960)**
mais il constate la mort, il ne la définit pas
 - **La mort est définie en France par Droit positif**
 - **circulaires du 3 février 1948, 19 septembre 1958**
« cessation de toute activité cardiaque et circulatoire »
 - **Circulaire Jeanneney 1968,**
 - **Décret en Conseil d'Etat 2 décembre 1996**
« mort par arrêt cardiaque et respiratoire persistant »
« mort encéphalique »
 - **Essor des TK de réanimation**
 - **mort = étape dans un processus de dégradation**
qui peut être enrayé **soit dans l'intérêt du malade (réanimation), soit dans l'intérêt d'un tiers (le receveur)**
- ⇒ **nécessité de définition d'un état de non-retour**



Diagnostic de la mort encéphalique et prélèvements d'organes Le cadre juridique

- Décret en Conseil d'Etat : 2 Décembre 1996
- Arrêté au JO : 4 Décembre 1996
- Circulaire au JO : 4 Décembre 1996
- Pas de bonnes pratiques, pas de recommandations
- une conférence d'experts en 1998 (SFAR, SFT, EfG)

Législation du diagnostic de la mort encéphalique EN EUROPE EN 2000



Espagne		1979
Autriche		LOI
Belgique		LOI de 1986
Suisse		PAS DE LOI FEDERALE
Portugal		1993
Hollande		LOI
Norvège		LOI
France		LOI
Suède		LOI
G ^{de} Bretagne		RECOMMANDATIONS
Allemagne		1997
Italie		1999

Causes, physiopathologie et diagnostic de la mort encéphalique (1)

ARRET COMPLET DE LA PERFUSION CEREBRALE

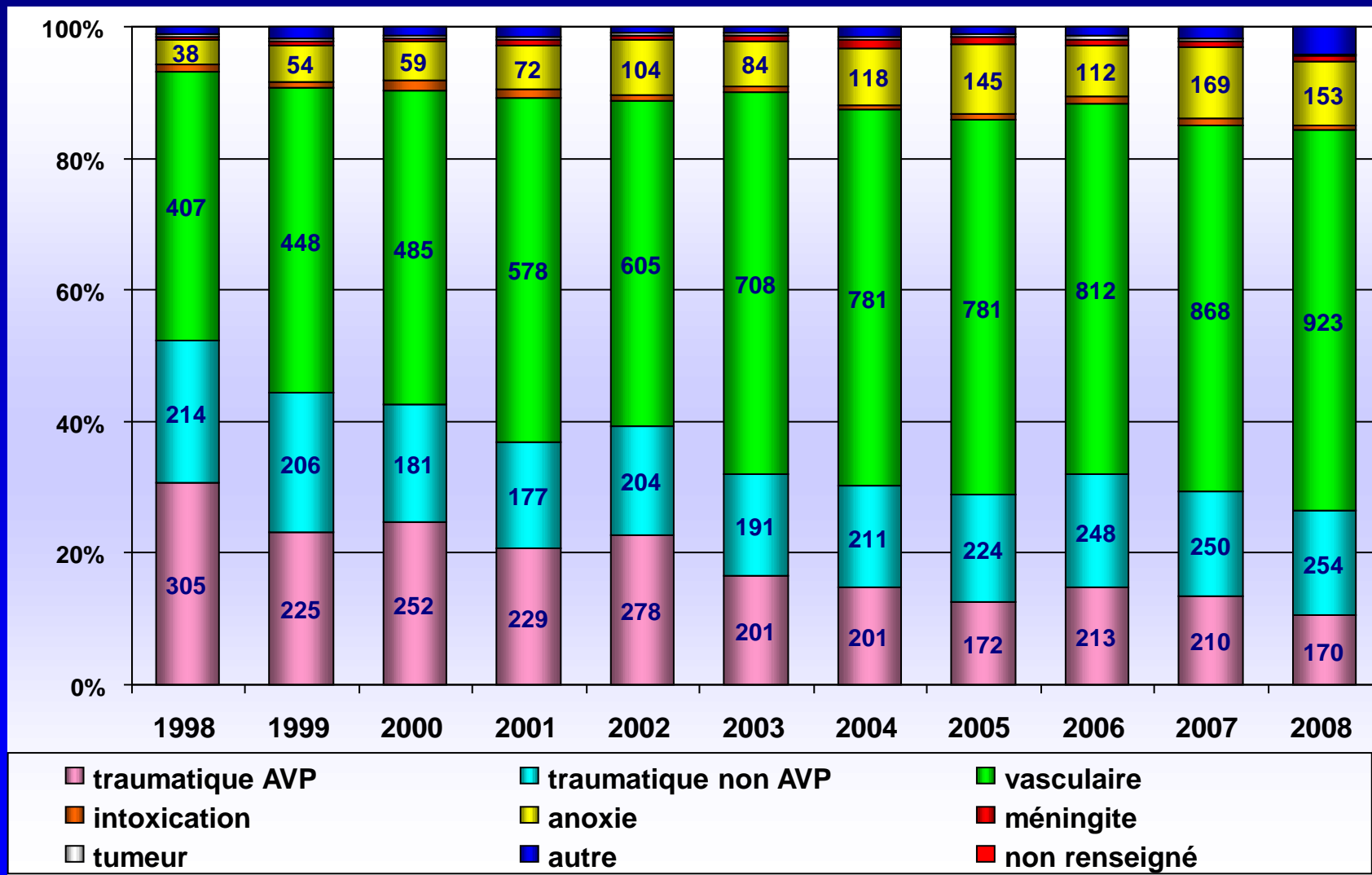
1 – Oedème cérébral

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

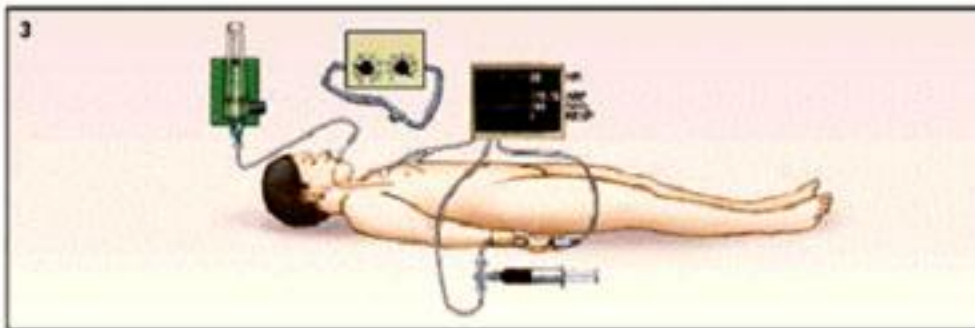
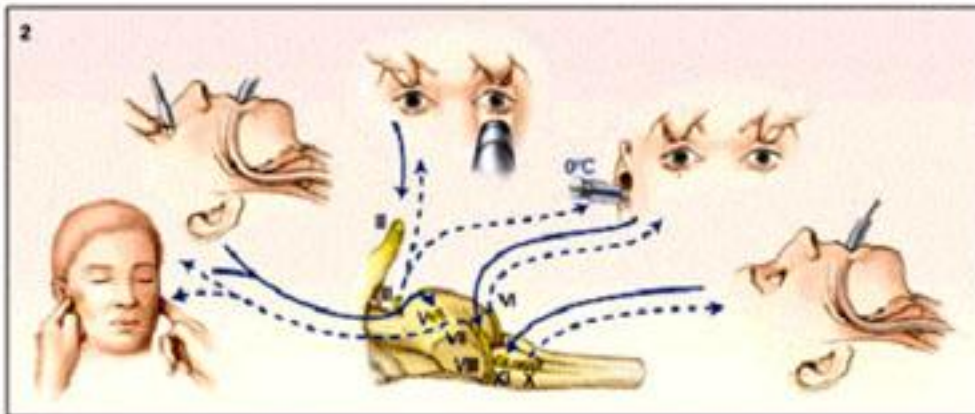
2 – Vasoconstriction cérébrale = orage neurovégétatif

Causes de décès par mort encéphalique en France de 1998 à 2008

3181 M.E. en 2008 sur 550 000 décès/an
soit < 0,5 %

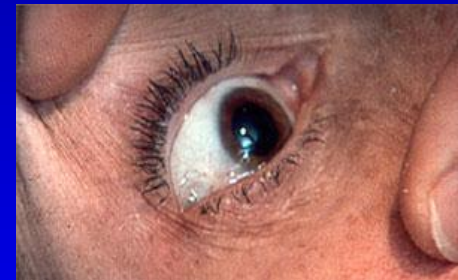


Les étapes dans l'examen clinique du sujet « en état de mort encéphalique » ou « après arrêt cardiaque »



Pas de mouvements ni d'ouverture des yeux aux stimuli nociceptifs ; coma.

Analyse des paires crâniennes (II, III, V, VI, VII, VIII, X, XI)



Epreuve de débranchement



N Engl J Med, E F M Wijdicks, 2001

DIAGNOSTIC DE MORT

- Certains mouvements, liés à un automatisme médullaire peuvent persister :
 - flexion des bras
 - élévation des membres
 - inspiration profonde
 - opisthotonos



DIAGNOSTIC DE MORT

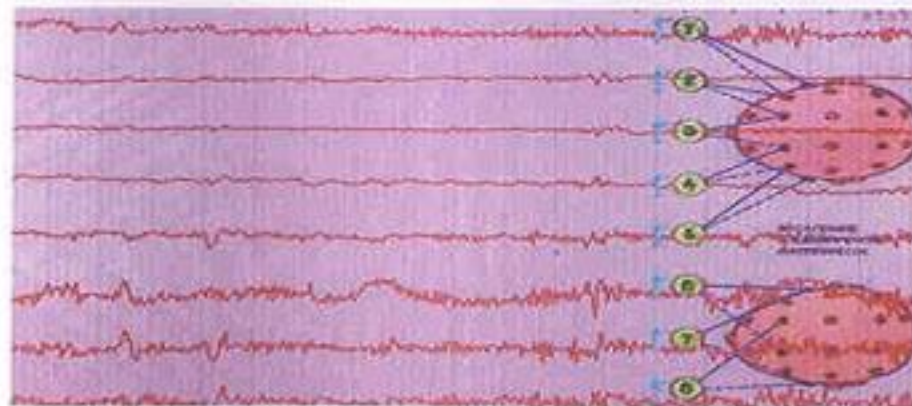
4 - EEG « plat » EN
NORMOTHERMIE

10 ELECTRODES,

10', 3 SENSIBILITES

-

Légalement : 2
à un intervalle de 4h



7.262 Tracé d'EEG / Normal EEG

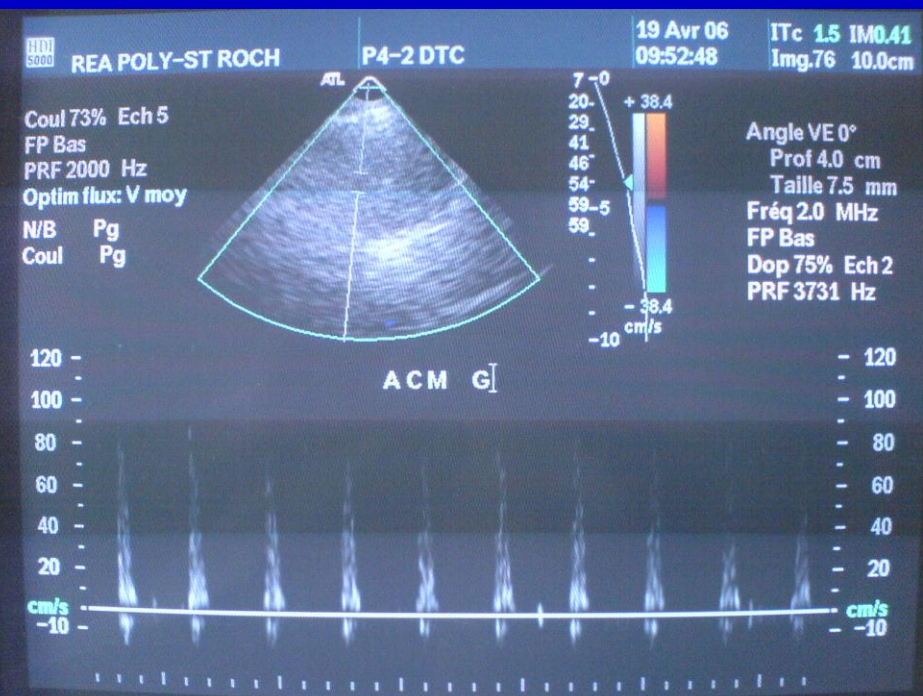
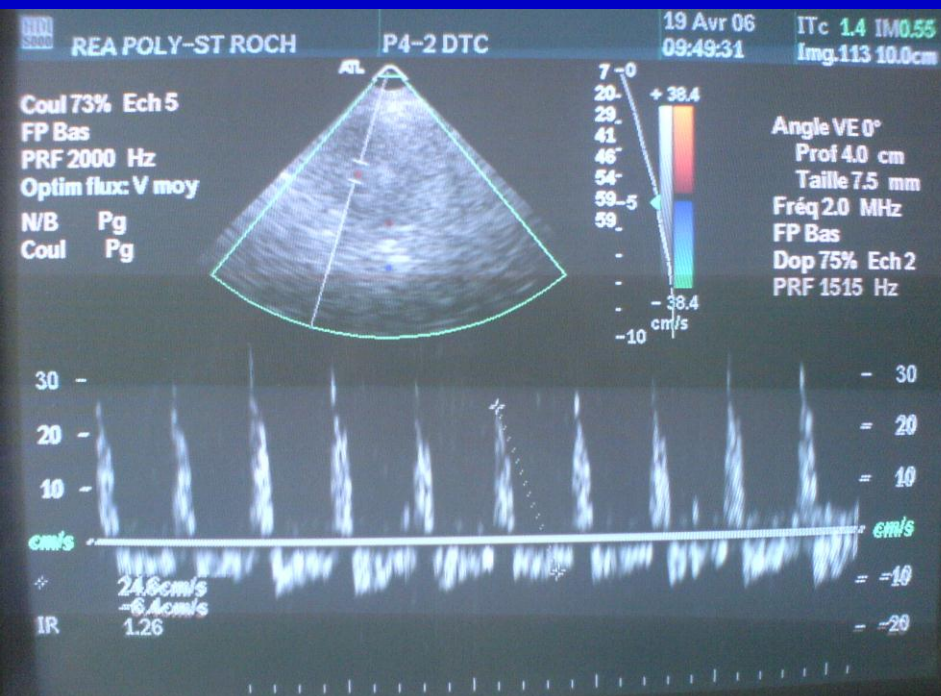


7.263 Tracé de mort cérébrale / Brain death

Doppler trans-crânien et ME

- **Critères DTC de ME : arrêt circulatoire cérébral (ACC)**
 - Examen bilatéral, ≥ 30 min, 3-5 min/Vx, sur toutes les artères intra/extra
 - Disparition vitesses diastoliques,
 - flux diastolique négatif (flux oscillant)
 - Absence totale de flux

Ducrocq X. Consensus opinion on diagnosis of cerebral circulatory arrest using Doppler-sonography: Task Force Group on cerebral death of the World Federation of Neurology. *J Neurol Sci* 1998



DIAGNOSTIC ARTERIOGRAPHIQUE DE MORT



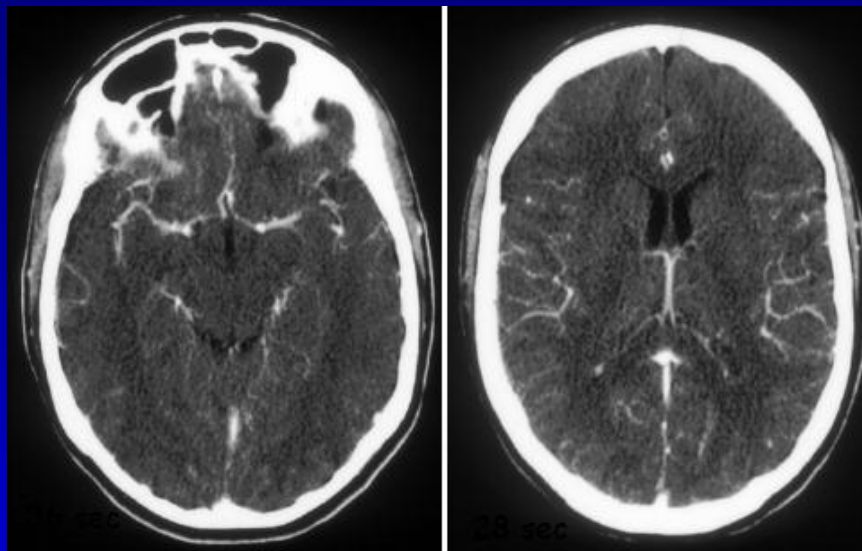
Circulation normale



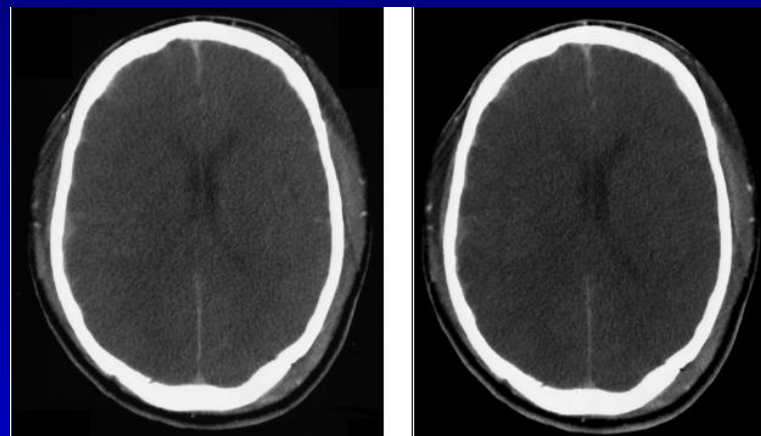
Stop de la circulation



Angioscanner



Angioscanner normal



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

Temps précoce

Temps tardif

2 temps

Vaisseaux mieux vus au temps tardif si ralentissement circulatoire
Dans ce cas, pas de vascularisation en distalité et pas de retour veineux.



Recommandations de la SFNR 2007

- 1 - Dupas B, Gayet-Delacroix M, Villers D, Antonioli D, Veccherini MF, Soullillou JP *Diagnosis of brain death using two-phase spiral CT. AJNR Am J Neuroradiol 19:641-647, April 1998*
- 2 - De Kerviler E, Dupas B, Roussin F, Mourey F, Zagdanski AM, Gayet Delacroix M, Jacob L *L'angioscanner cérébral (angioTDM) dans le diagnostic d'EME. A propos de 33 cas. Annales Françaises d'Anesthésie Réanimation Abstract R509 22(2003) 373s-377s*
- 3 - Leclerc X, Taschner CA, Vidal A, Strecker G, Savage J, Gauvrit JY, Pruvo JP *The role of spiral Ct for assessment of the intracranial circulation in suspected brain death. J. Neurorad - iol.2006, 33, 90-95*

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.

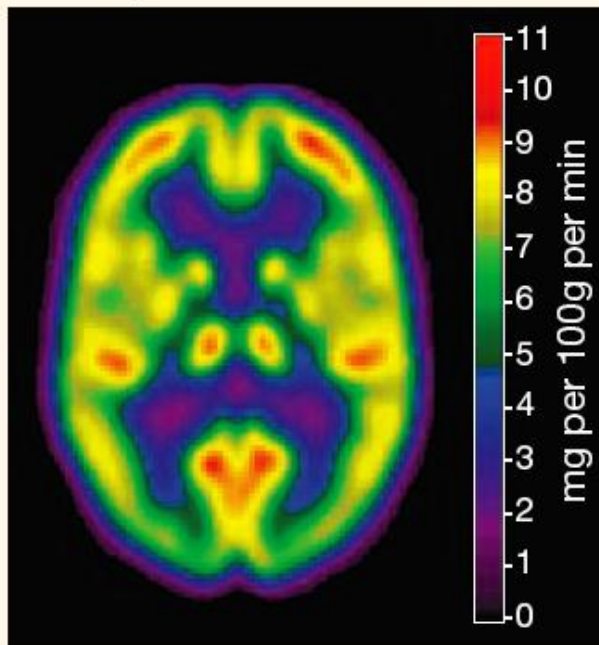
DIFFERENCES

C.V.

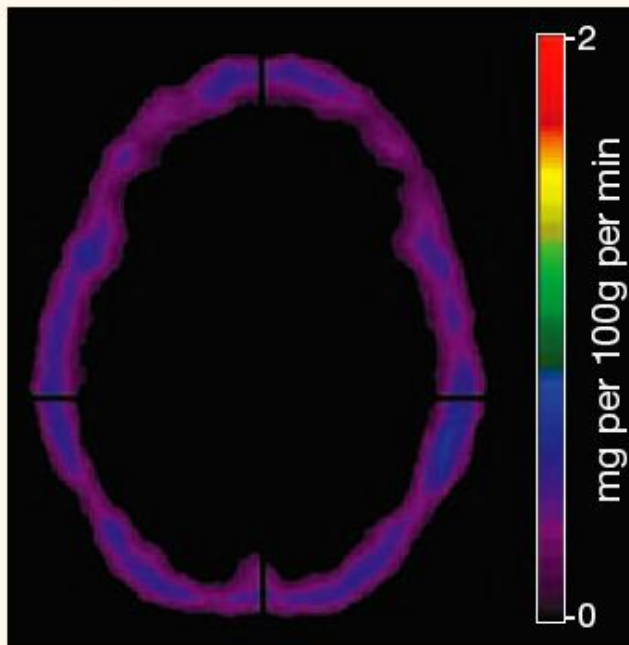
Stop	circulation cérébrale	normale
Artificielle	ventilation	spontanée
Instable	Fcton cardio-circulatoire	stable
Oui	troubles métaboliques et thermiques	Non

Mort encéphalique et état végétatif persistant

Healthy control



Brain death



Vegetative state

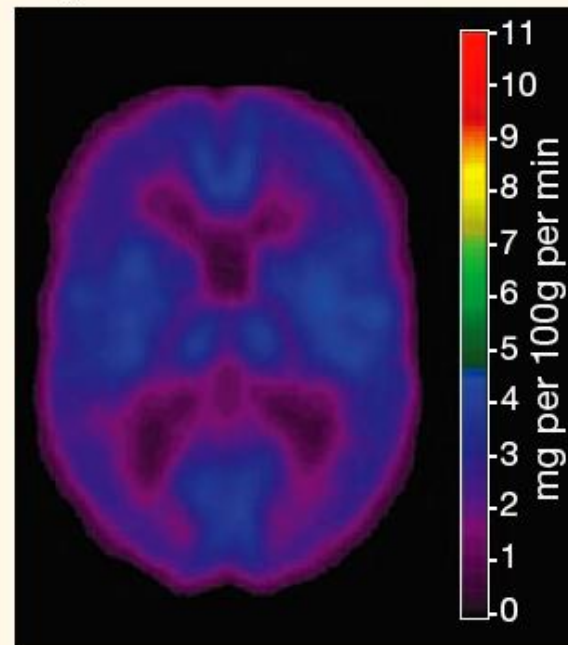


Figure 2 | **Illustration of the differences in resting brain metabolism measured in brain death and in the vegetative state, compared with controls.** The image in patients with brain death shows a clear-cut 'hollow-skull sign', which is tantamount to a 'functional decapitation'. This is markedly different 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

A photograph of a patient lying in a hospital bed, covered with a light pink sheet. The patient is surrounded by various medical devices, including a heart rate monitor on the wall, a computer monitor displaying vital signs, and several IV stands with bags. The room has a window on the left side, and the overall atmosphere is clinical and busy.

MAIS
LE CŒUR BAT TOUJOURS
ET
LE SUJET EST CHAUD

EN CONCLUSION

En un siècle, on est passé de :

La mort du corps défini par la mort de la dernière cellule (autant dire le début de la décomposition du cadavre) DEFINITION TARDIVE

A

Une mort des fonctions cérébrales définie par une perte totale d'autonomie intellectuelle (disparition de la personne), mais aussi végétative (destruction du tronc cérébral)

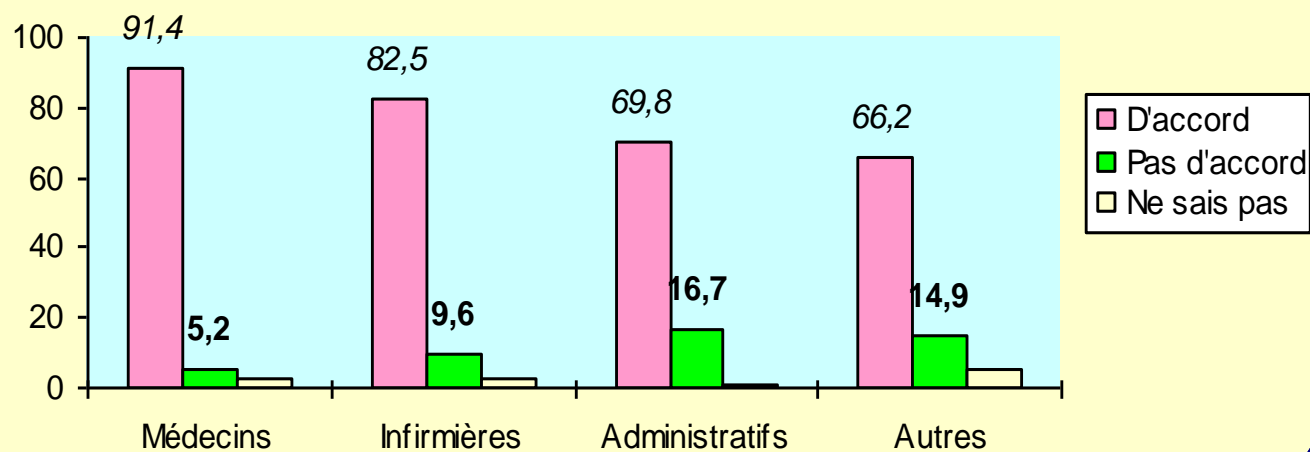
MORT PLUS FACILE (?!) A DATER

LA MORT ENCEPHALIQUE EST- CE LA MORT?

FRANCE

La mort en céphalique est elle une détermination valable de la mort

N=1958

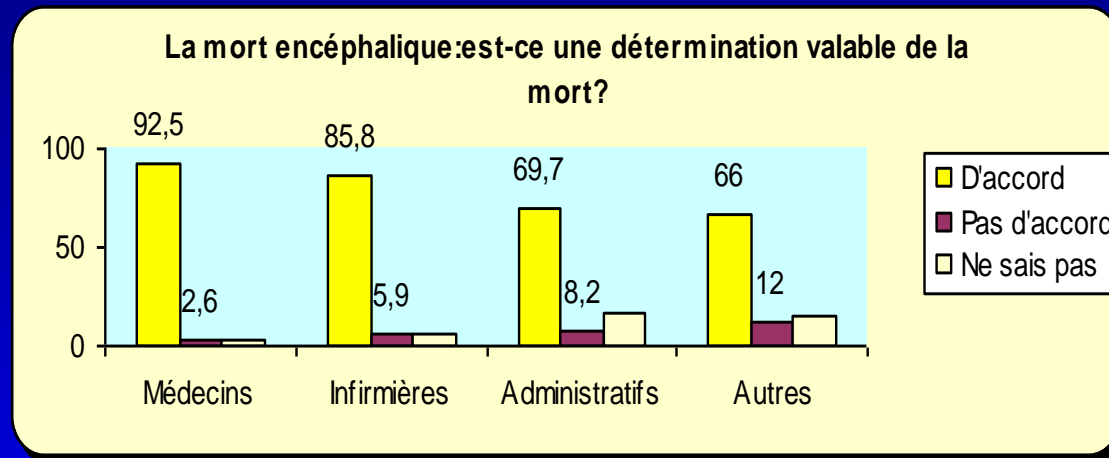


	D'accord	Pas d'accord	Ne sais pas	
Médecins.....	91,4.....	5,2.....	2,6	8%
Paramédicaux.....	2,5.....	9,6.....	2,9	12%
Administratifs.....	9,8.....	16,7.....	1,2	18%
Autres.....	66,2.....	14,9.....	5	

LA MORT ENCEPHALIQUE EST-CE LA MORT?

EUROPE

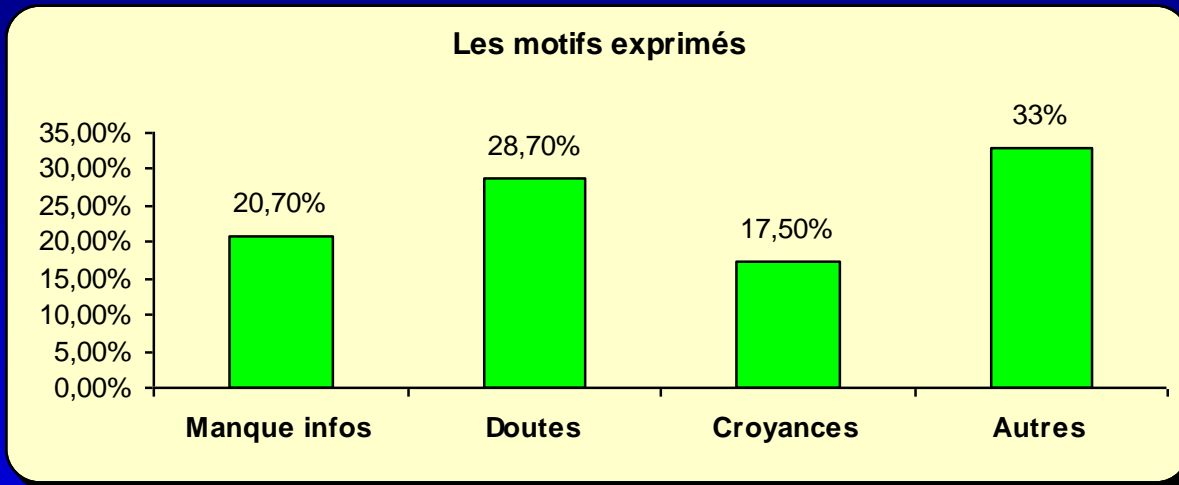
N=6 720



	D'accord	Pas d'accord	Ne sais pas
Médecins.....	92,5.....	2,6.....	2,7
Paramédicaux.....	85,8.....	5,9.....	5,9
Administratifs.....	69,7.....	8,2.....	17,1
Autres.....	66.....	12.....	5,8

5,3
11,8
25%

MOTIFS DE DESACCORDS ET DE NON REPONSES



Manque d'information.....	20,70 %
Doute scientifique	28,70%
Croyances	17,50%
Autres (non réponses).....	33%

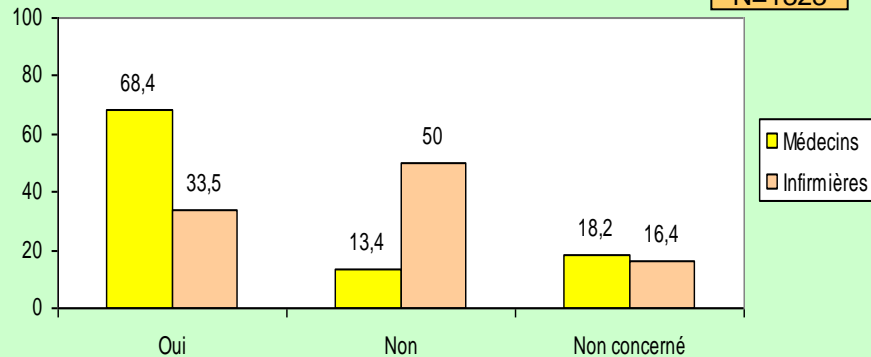
Avez-vous les connaissances pour expliquer la mort encéphalique?

France – Europe (Médecins - infirmières)

Avez vous les connaissances pour expliquer la mort encéphalique France

N=268

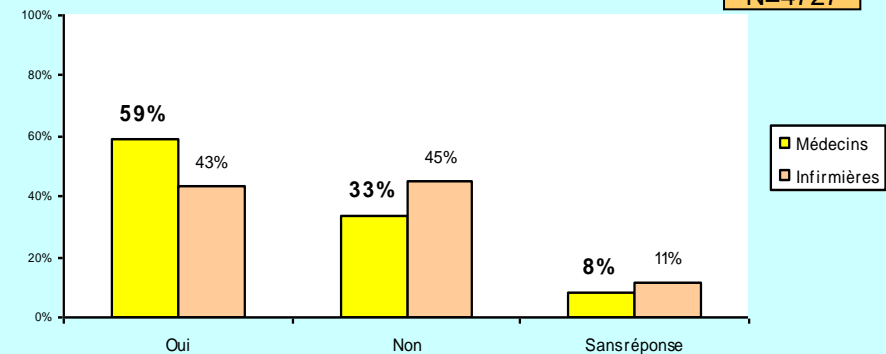
N=1323



Avez vous les connaissances pour expliquer la mort encéphalique. (Europe)

N=1444

N=4727



Avez-vous des connaissances pour expliquer la mort encéphalique

	oui	Non	Non concerné
Médecins	68,4	13,4	18,2
Paramédicaux	33,5	50	16,4

Avez-vous des connaissances pour expliquer la mort encéphalique ?

	oui	Non	Non concerné
Médecins	59%	33%	8%
Paramédicaux	43%	45%	11%

1

LA MORT**FAIT INDIVIDUEL** (approche clinique et psychologique)

- Définition de la vie
- Définition et diagnostic de la mort
 - Notion de mort encéphalique*
- **Les étapes psychologiques de la mort**

Psychologie de la mort d'une partie d'un individu

- **Mort du fœtus pour la mère = à la fois perte d'une partie d'elle-même et perte d'un autre**
- **Amputation d'un sein pour cancer = perte physique et symbolique d'un objet de séduction = destruction d'une partie du tout symbolique de la féminité**
- **Amputation et/ou remplacement d'un organe**
 - **approche mécaniste = changmt d'une pièce**
 - **Approche symbolique = don d'un malchanceux à un privilégié, accueil en soit d'une partie de l'autre qu'il faut accepter**
(troubles de dépendance, de dette, de culpabilité,...)

Psychologie d'un individu mourant

Les 5 étapes psychologiques décrites par E. Kübler-Ross

■ Refus et isolement

- ❖ *"ce n'est pas possible", "non pas moi"*

■ Révolte et colère

- ❖ *« pourquoi moi et pas l'autre" (rupture de la relation soignant / malade)*

■ Marchandage, négociation, régression

- ❖ *« attendez, je n'ai pas tout mis en ordre"*

■ Dépression, désolation

- ❖ *chagrin intérieur, silencieux, fatalisme*

■ Acceptation

- ❖ *soit par simple résignation soit par transcendance spirituelle.*

Ce stade d'acceptation finale (je suis prêt maintenant, je n'ai plus peur) annonce toujours pour E. Kubler-Ross, l'imminence de la mort.

LA MORT

FAIT INDIVIDUEL, FAIT CULTUREL, FAIT RELIGIEUX
FAIT SOCIAL

Sous la direction de Frédéric Lenoir et Jean-Philippe de Tonnac

LA MORT ET L'IMMORTALITÉ

ENCYCLOPÉDIE DES SAVOIRS ET DES CROYANCES



2

LA MORT

FAIT SOCIAL (approche déontologique et législative)

- **Prélèvements et greffes d'organes et de tissus**
ou « la mort attendue »
- Le respect de la vie et le droit de mourir
- L'accompagnement du mourant et les soins palliatifs

Diagnostic de mort cérébrale en vue d'un prélèvement d'organes

• Diagnostic clinique

Quand une mort peut sauver des vies

- ➡ **Tout patient en état de mort encéphalique est un donneur potentiel d'organes ou de tissus**
- ➡ **L'âge n'est pas un facteur limitant**

chargé de la santé. L'original est conservé dans le dossier médical de la personne décédée. »

« Les médecins qui établissent le constat de la mort, d'une part, et ceux qui effectuent le prélèvement ou la transplantation, d'autre part, doivent faire partie d'unités fonctionnelles ou de services distincts. »

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
en cas de prélèvement d'organes**

Prise en charge d'un sujet en E.M.E. en vue d'un prélèvement multi-organes

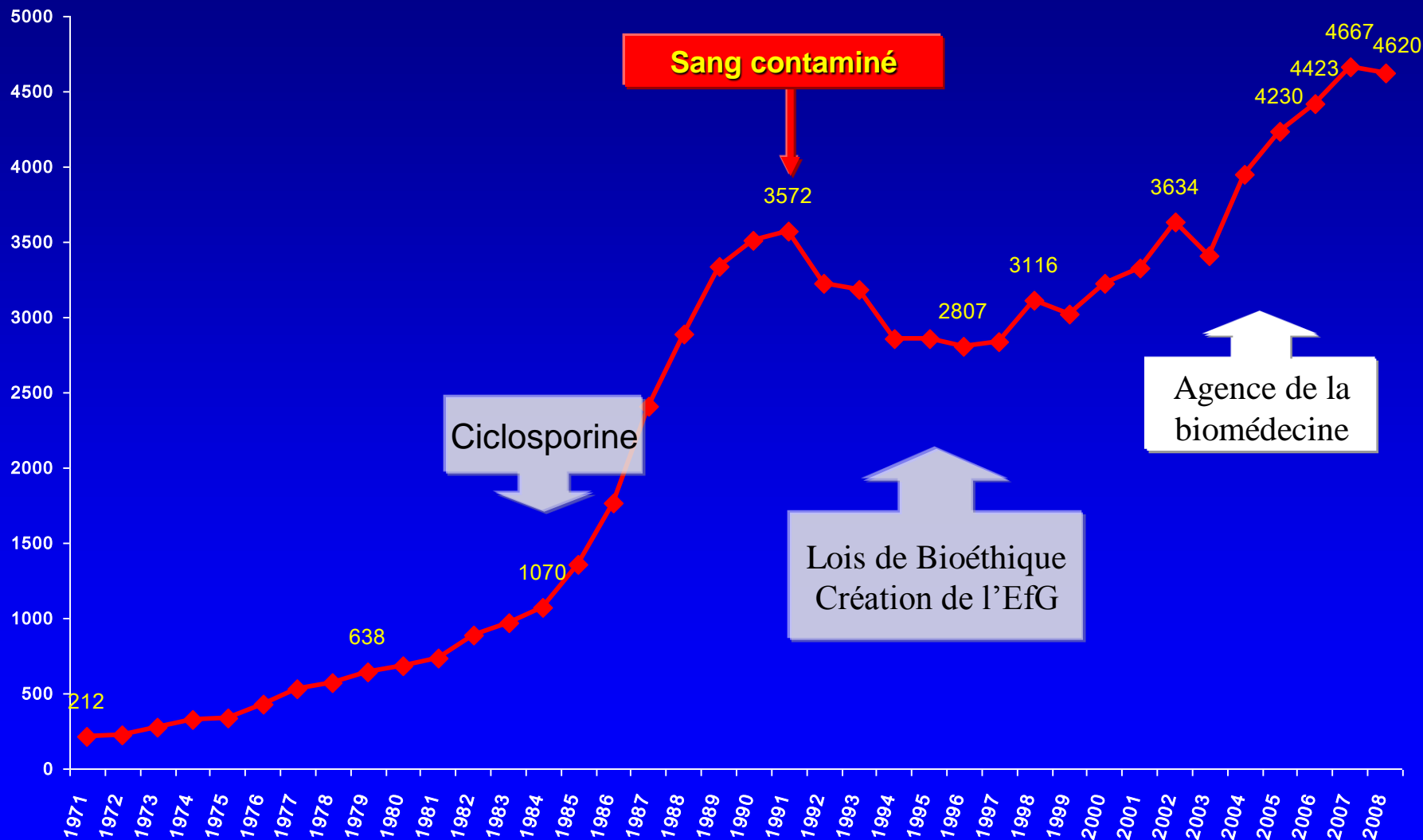
Objectif: permettre la réalisation d'un prélèvement multi-organe

- Maintien de l'homéostasie
- Évaluation des greffons potentiels
- Permettre une amélioration des organes

- 6% d'obstacle médical au prélèvement

Nombre de greffes réalisées en France

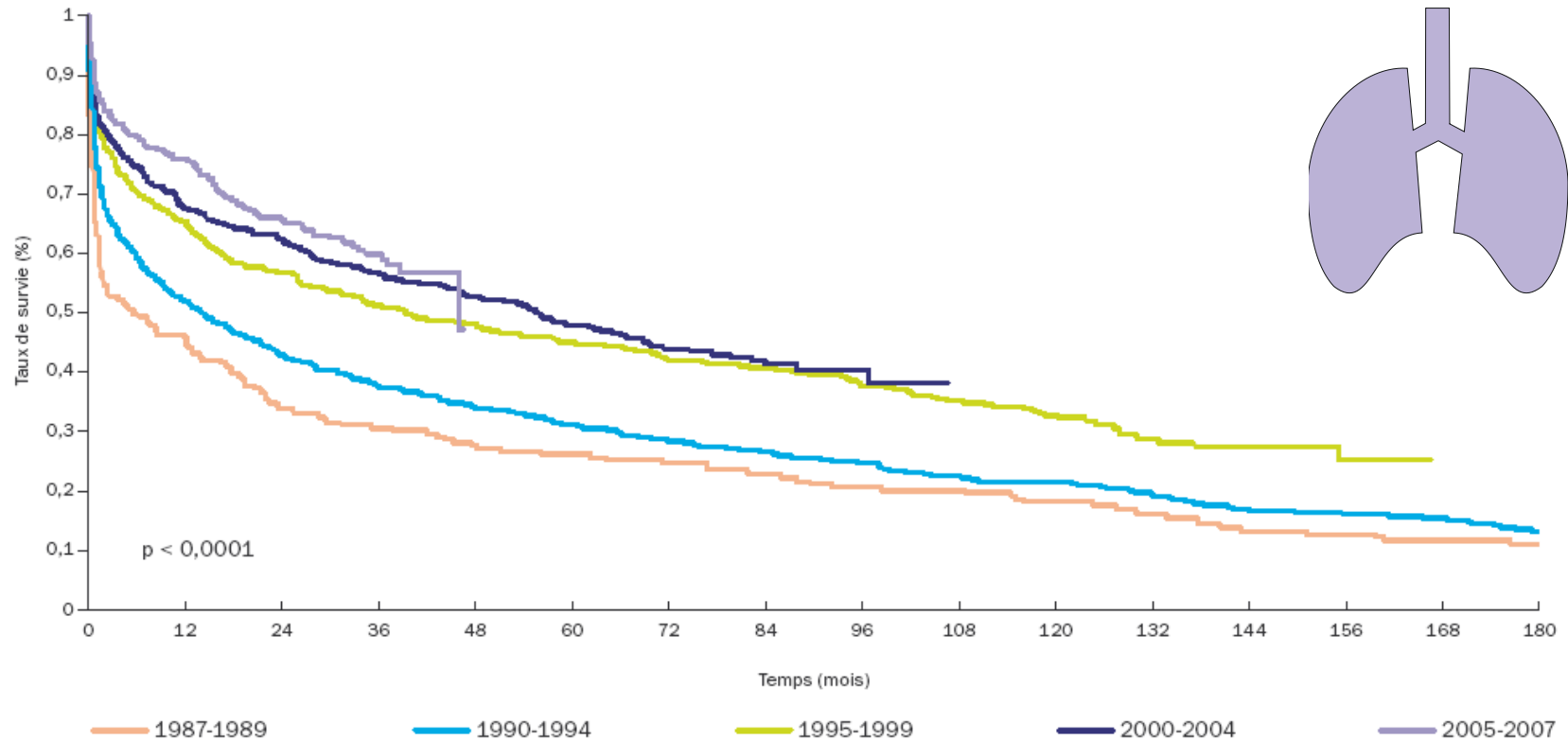
Ce n'est plus expérimental ou exceptionnel



Survie du greffon rénal ou du greffé hépatique

C'est efficace

Figure PCP 4. Survie du receveur après greffe pulmonaire selon la période de greffe (1987-2007)



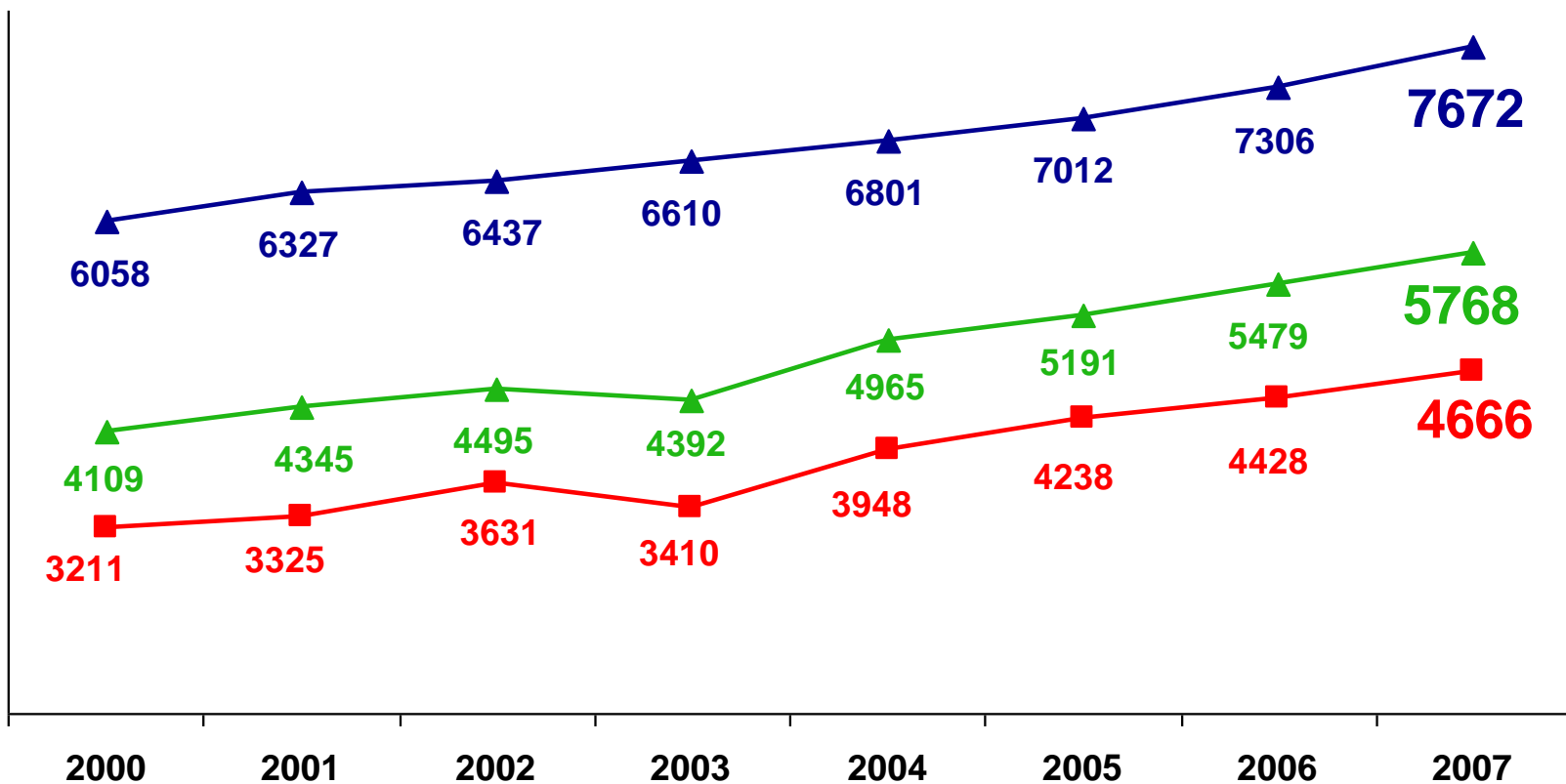
 **LIONS CLUB NICE AEROPORT**
DON D'ORGANES

COORDINATION HOSPITALIERE
DES PRELEVEMENTS ET GREFFE
D'ORGANES DE TISSUS ET DE CELLULE



Inscriptions et greffes d'organe

- Nombre de greffes
- ▲ Nombre de personnes restants inscrites en liste d'attente au 31/12
- ▲ Nombre de nouveaux inscrits

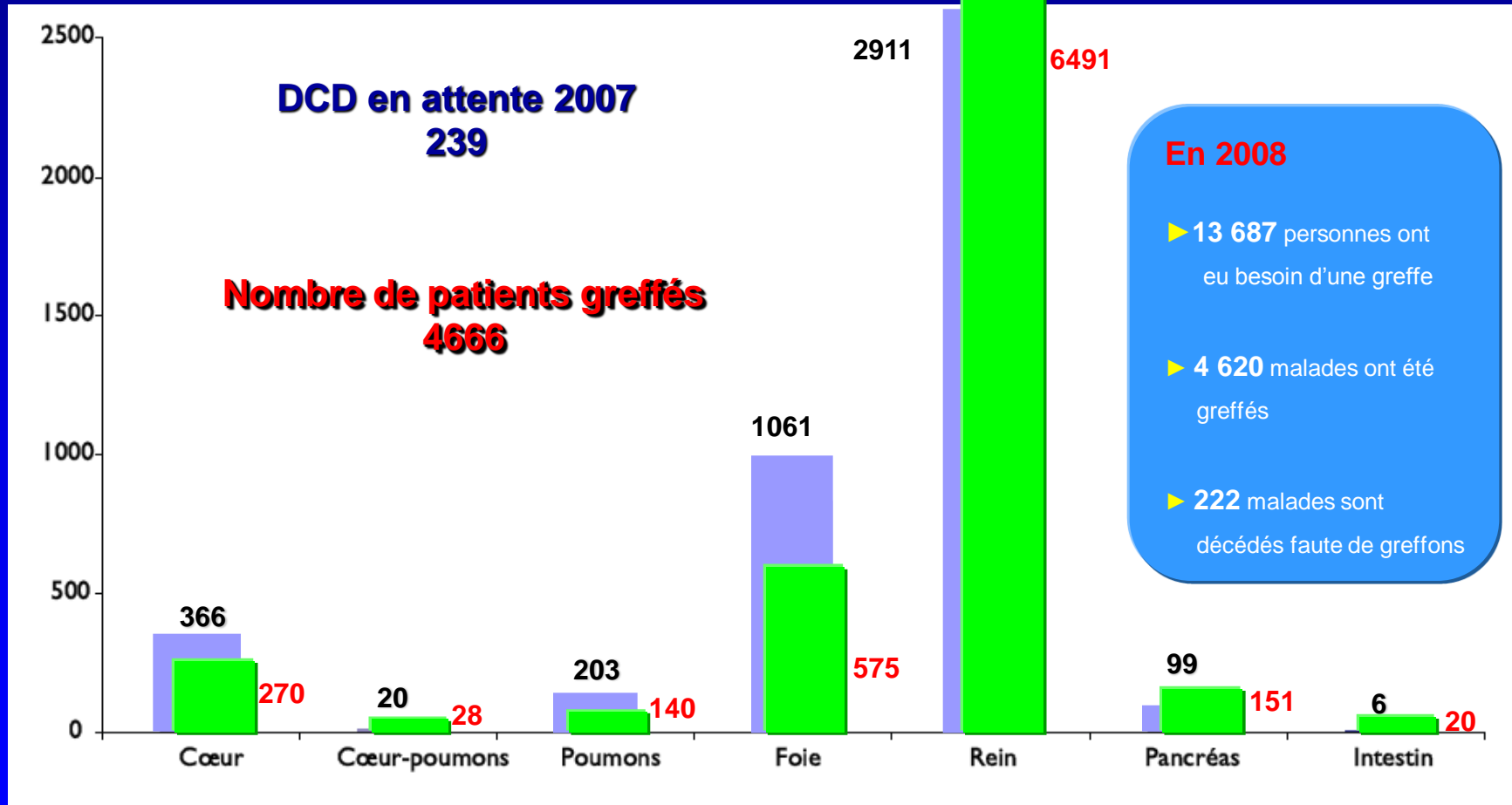


Nombre de greffes réalisées en France en 2007

Par type d'organes

Patients en attente au 31 Décembre 2007
7675

*Des listes d'attentes
en constante augmentation*



Des délais d'attente qui augmentent chaque année

Figure R 6. Durée d'attente avant greffe rénale par période d'inscription

Tableau R 6. Évolution des médianes de durée d'attente avant greffe par groupe sanguin et taux d'anticorps anti-HLA

	Effectifs			Médiane 50 % des inscrits séjournent en liste d'attente moins de : mois (IC)		
	1995-1998	1999-2002	2003-2008	1995-1998	1999-2002	2003-2008
Globale	8 569	9 390	18 063	14,2 (13,5 - 15,0)	16,0 (15,4 - 16,8)	18,4 (17,9 - 19,0)
Groupe sanguin						
A	3 630	3 905	7 458	9,0 (8,5 - 9,4)	10,5 (10,0 - 11,1)	11,1 (10,8 - 11,6)
AB	356	356	736	11,5 (9,1 - 13,8)	10,8 (9,2 - 13,9)	10,0 (9,0 - 11,2)
B	951	1 093	2 215	18,0 (15,9 - 20,3)	24,1 (21,7 - 26,9)	38,3 (35,6 - 41,0)
O	3 632	4 036	7 654	22,2 (20,6 - 24,0)	22,5 (21,3 - 23,7)	25,4 (24,4 - 26,4)
Taux d'anticorps anti-HLA						
0-4 %	6 208	6 939	13 559	11,4 (10,9 - 11,9)	13,9 (13,3 - 14,6)	16,1 (15,6 - 16,5)
5-79 %	1 395	1 271	2 911	35,3 (31,1 - 39,5)	34,9 (31,7 - 38,5)	34,8 (33,1 - 36,5)
80-100 %	538	496	701	65,2 (56,2 - 74,7)	33,2 (29,6 - 36,7)	25,3 (23,0 - 29,7)
manquant	428	684	892	8,1 (6,7 - 9,5)	9,0 (7,8 - 9,9)	9,7 (8,6 - 12,3)

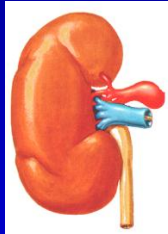


Période d'inscription	Effectif	Médiane d'attente (mois)	Intervalle de confiance à 95 %
1995-1998	8 569	14,2	[13,5 - 15,0]
1999-2002	9 390	16,0	[15,4 - 16,8]
2003-2008	18 063	18,4	[17,9 - 19,0]

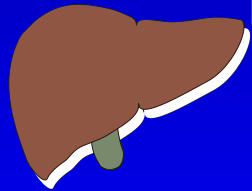
Les différents types de prélèvements

■ Le Donneur Vivant

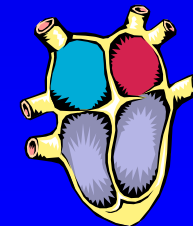
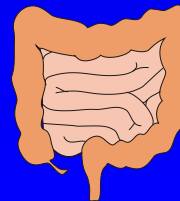
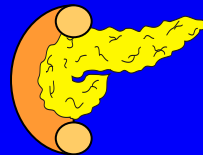
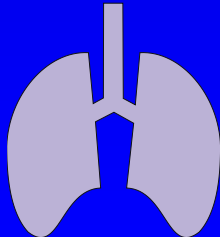
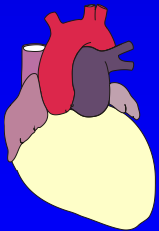
- C...ique, lobe pulmonaire
- T...s (os, peau,...)



**Il n'y a pas de miracle.
Pour greffer, il faut des donneurs.**



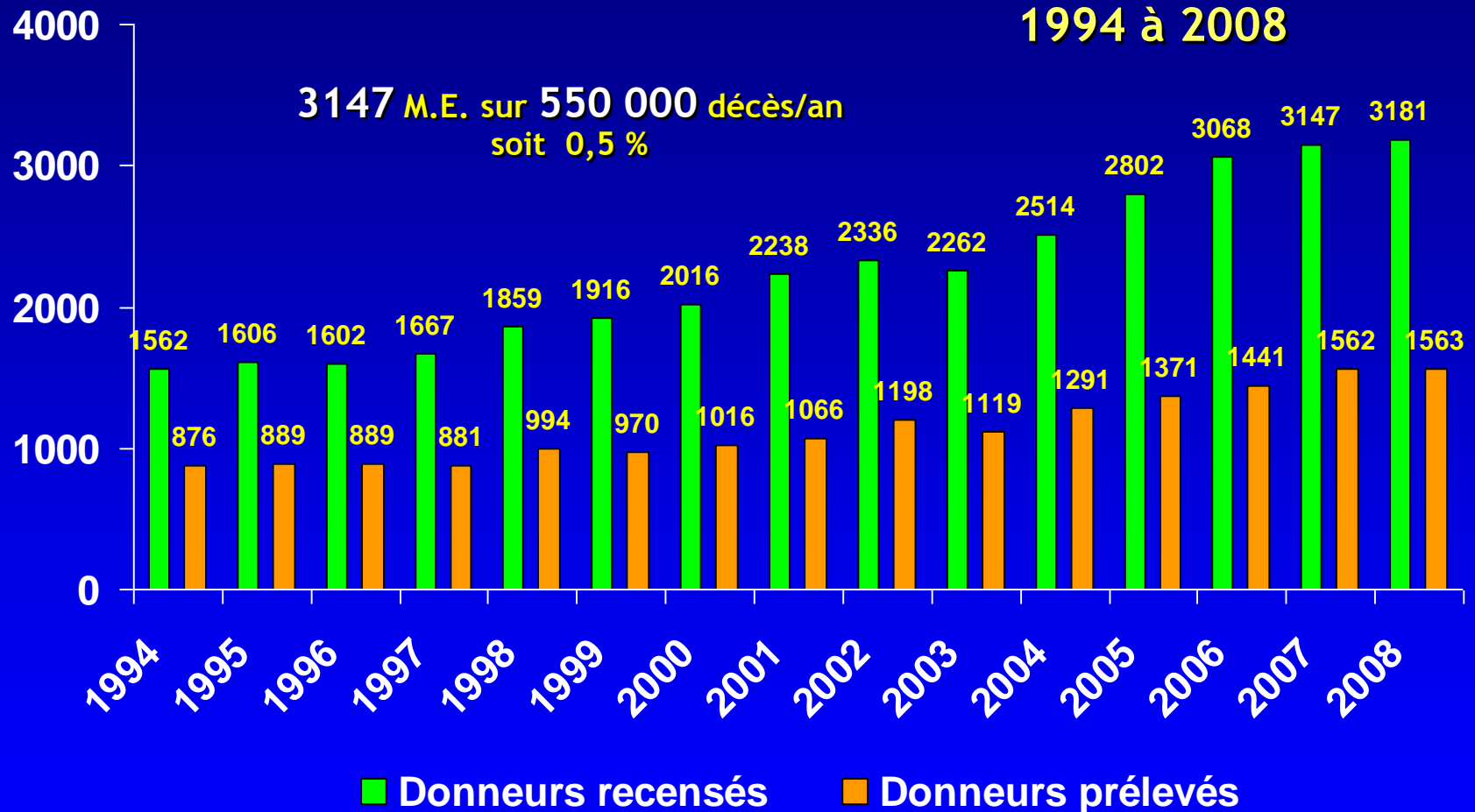
- par mor...anes et tissus
- après ar...e, poumon, tous tissus
- cadavéri...issus (cornée, vaisseaux, valves c...ts, os)



Les donneurs décédés par mort cérébrale

71

Recensement et le prélèvement en France de 1994 à 2008

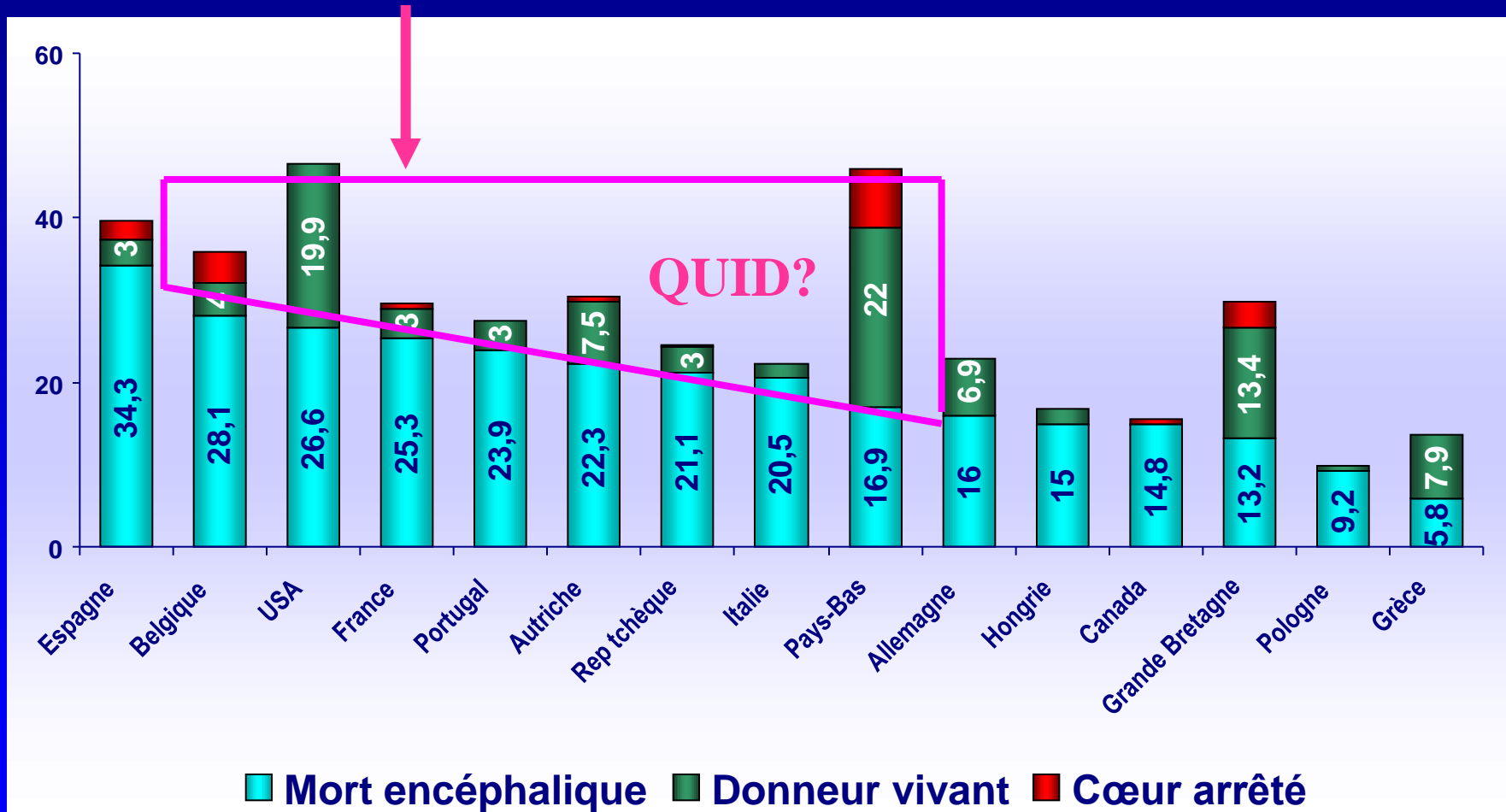


2009 FRANCE : 23,2 donneurs prélevés pmh

Activité de prélèvement en Europe et en Amérique du Nord en 2007

72

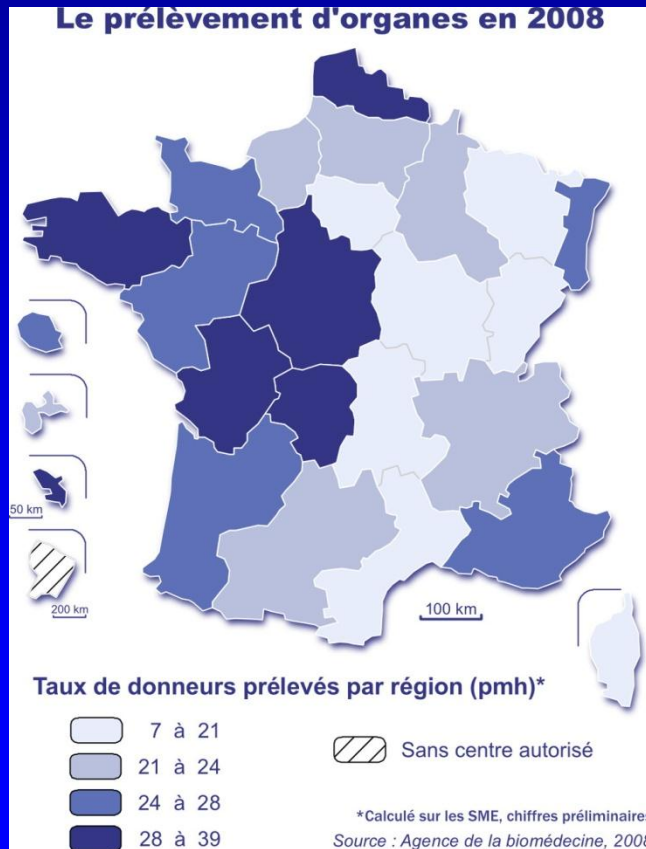
donneurs pmh



une grande disparité régionale !!

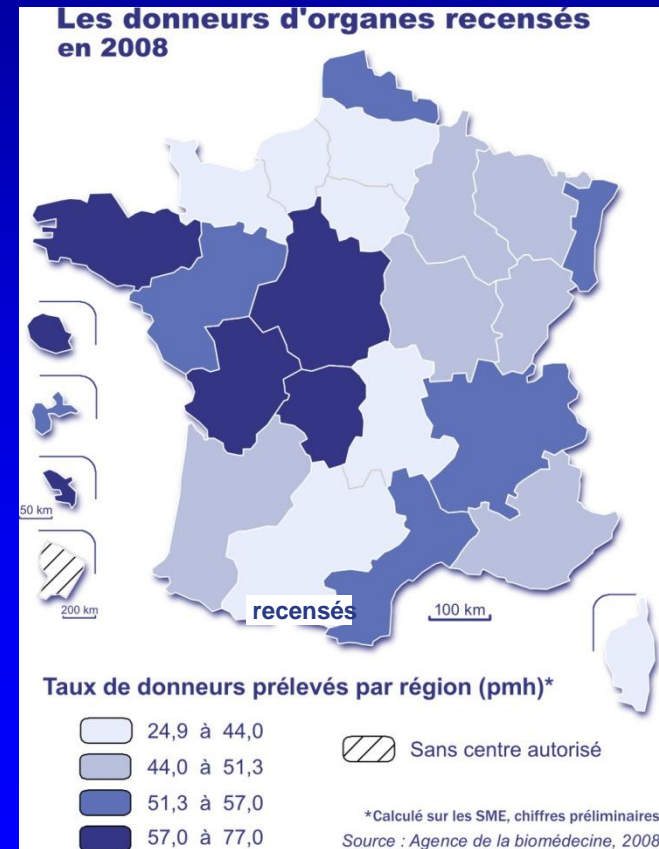
Taux de donneurs prélevés

24,6 pmh



Taux de donneurs recensés

50,0 pmh



Le recensement et le prélèvement

une grande disparité régionale

Bilan d'activités 2005 CHU Nice et réseau PACA-Est/ Haute Corse

RECENSEMENT des DONNEURS PRELEVES ou NON PRELEVES en INTER REGION SUD par réseau : en nombre et rapporté au nombre d'habitants

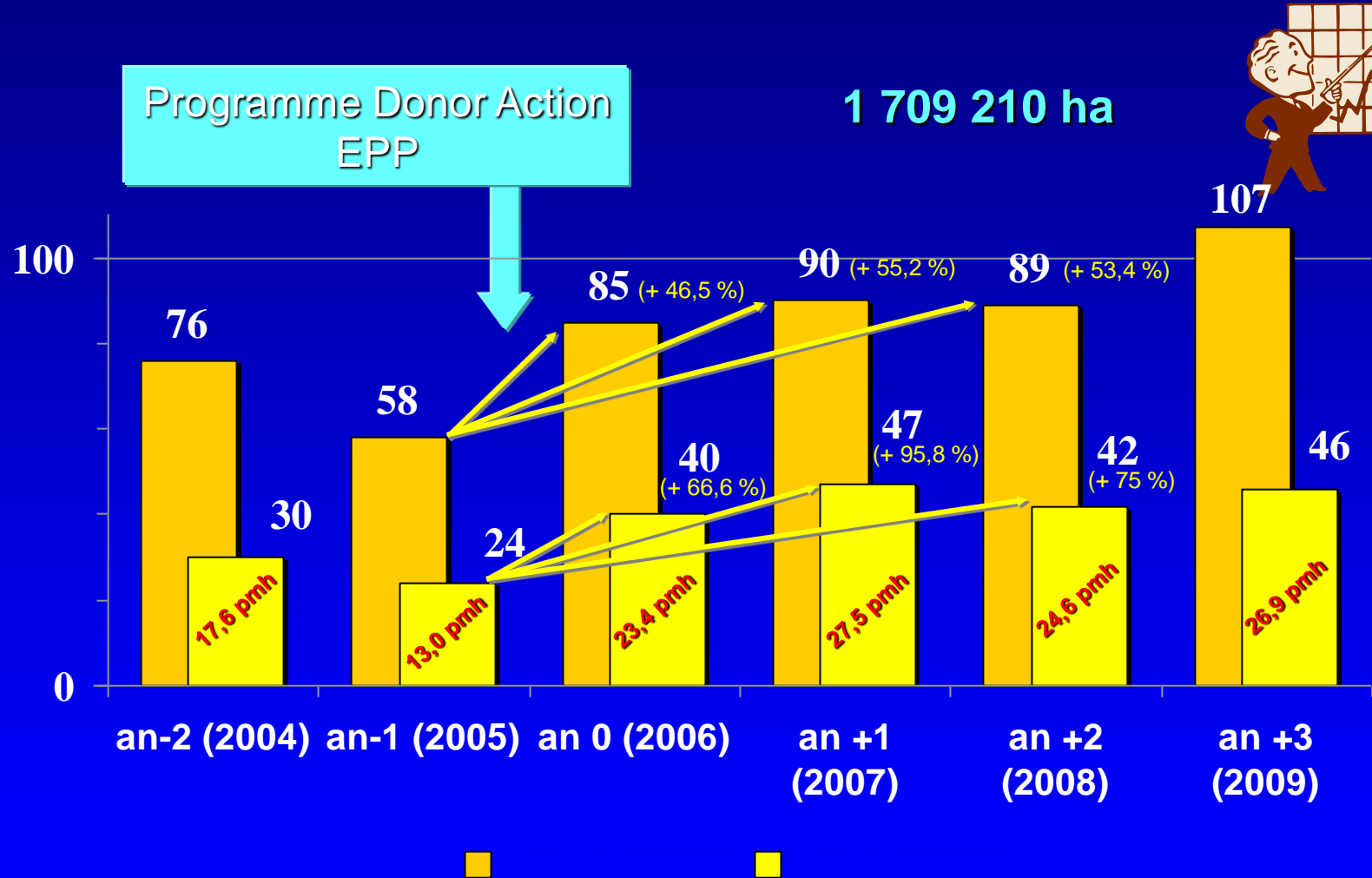
Du 1er Janvier au 31 Décembre 2005

	<i>Aquitaine</i>	<i>Midi- Pyrénées</i>	<i>Languedoc -Roussillon</i>	<i>Paca-ouest Corse Sud</i>	<i>Paca-est Corse Nord</i>	IR 9	National
	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓
Donneurs recensés	109 (101)	82 (92)	112 (91)	118 (120)	58 (76)	477 (480)	2791 (2514)
Donneurs recensés par MH ¹	36.2	30.9	45.7	37.7	31.4	36.5	45.2
Donneurs prélevés	51 (52)	53 (43)	48 (41)	70 (65)	24 (30)	244 (231)	1371 (1291)
Donneurs prélevés par MH ¹	17	20	19.6	22.4	13.0	18.6	22.2
Donneurs prélevés/ recensés (%)	46.8	64.6	42.8	59.3	41.4	51.1	49.1

(¹) chiffres du 01.01.2004 au 31.12.2004

Normal ou pas ?

Bilan d'activité Prélèvements 2004-2008 CHU Nice et réseau PACA-Est/Haute Corse



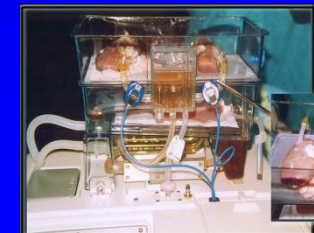
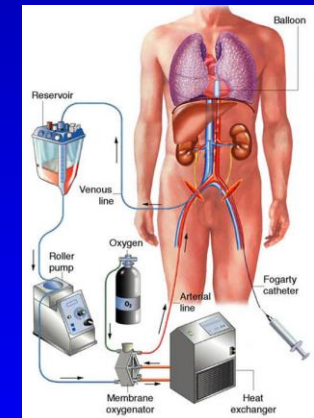
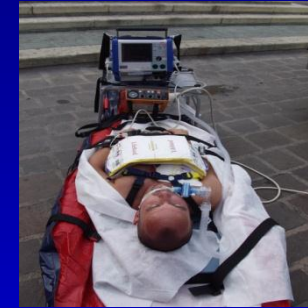
Le donneur décédé après arrêt cardiaque

Une nouvelle possibilité en France

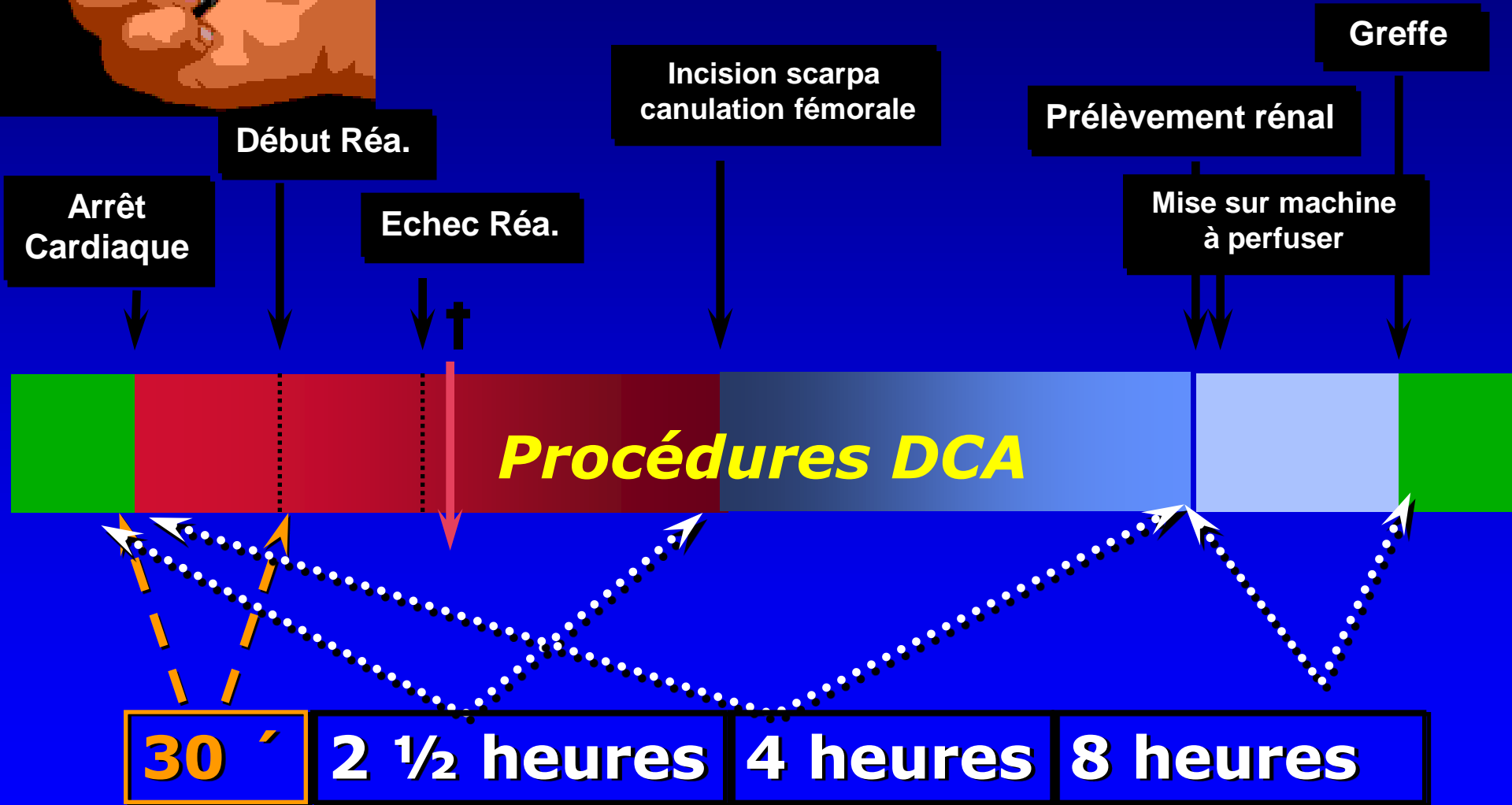


- ▶ Depuis les années **1990** : nombreux pays, **survies de greffons équiv.** à celles des greffons issus de donneurs en EME (Espagne, Belgique, Pays-Bas,...).
- ▶ **Autorisé** en France par **décret** en conseil d'Etat du **2 août 2005**
- ▶ **Protocole très strict**, présenté au C.O. de l'Agence de la biomédecine, au Comité d'Ethique de l'EFG et à l'Académie de médecine (2007)
- ▶ Pratique limitée : **10 sites hospitaliers pilotes**
- ▶ Au 31 décembre 2008, a permis de réaliser **52** (43 en 2007) **greffes rénales**

bientôt le foie



Le « Temps » maître absolu du processus







NE PAS UTI
POUR SOU

Reperfusion en normothermie avant de refroidir

Mise en place de la CRN

Délai canulation –
explantation < 240 mn

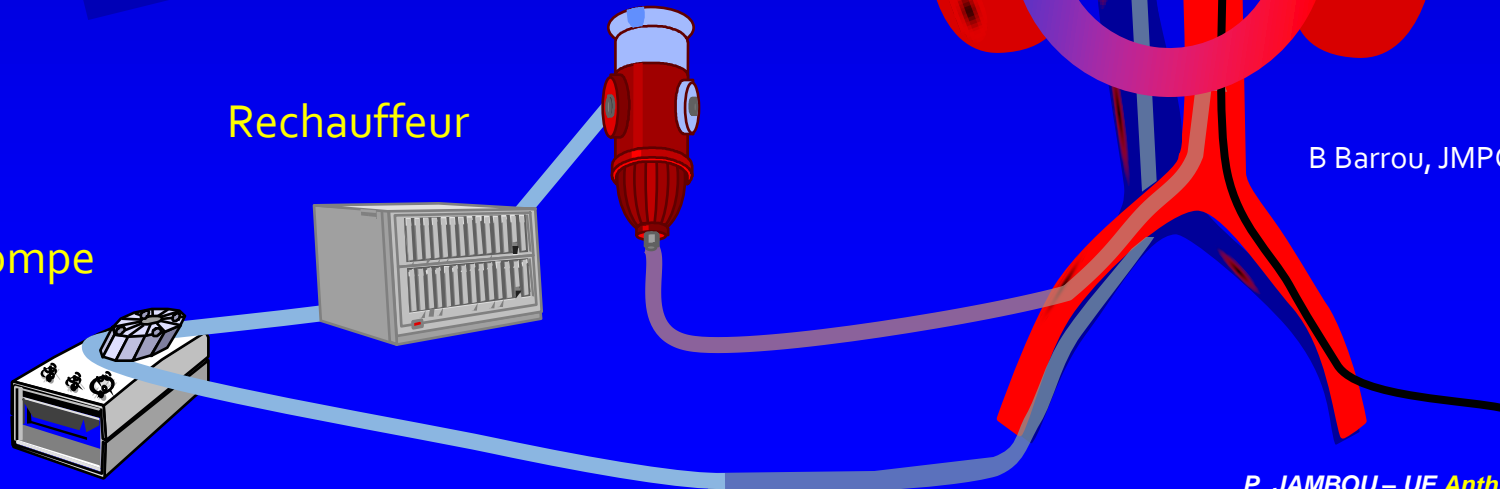
À différencier de l'ECMO

Oxygénateur à
membranes

Rechauffeur

Pompe

B Barrou, JMPG Nice 1 avril 2010















DIAGNOSTIC DE VIABILITE

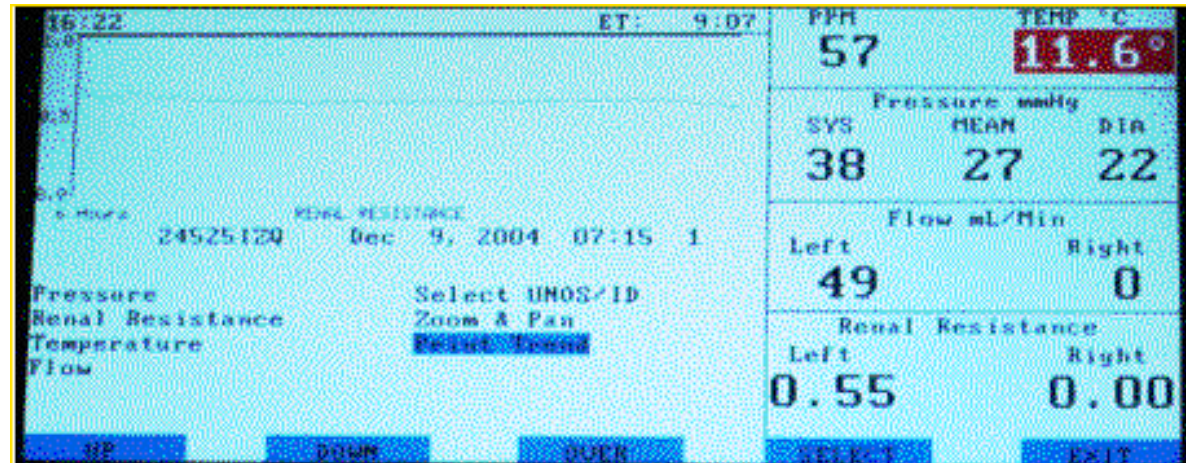
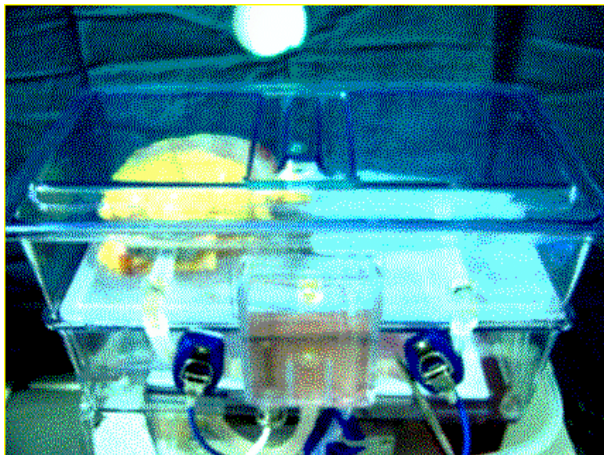
Les variables de la machine de perfusion pulsatile



Exemple d'un rein écarté de la transplantation:

-Evaluation macroscopique

-Variables de la perfusion (flux < 60 mL/Min, RR $> 0,40$)





Machines de perfusion



Principes éthiques généraux (1)

■ Protection du corps humain

- principes d'intégrité et de non patrimonialité (inviolabilité du corps humain)

« Il ne peut être porté atteinte à l'intégrité du corps humain qu'en cas de nécessité médicale pour la personne ou à titre exceptionnel dans l'intérêt thérapeutique d'autrui. »

■ Protection des mineurs et des adultes protégés

- une exception: la moelle osseuse et les cellules (sous certaines conditions)

■ Consentement (préssumé ou express ?)

- Préssumé = l'approche la plus pragmatique
- Express = implique la mise en place de registres souvent coûteux
- En pratique = le prélèvement implique généralement la recherche de la volonté du défunt auprès de son entourage

■ Principes de sécurité sanitaire

« Les éléments et produits du corps humain ne peuvent être utilisés à des fins thérapeutiques si le risque mesurable en l'état des connaissances scientifiques et médicales couru par le receveur potentiel est supérieur à l'avantage escompté pour celui-ci. »

Principes éthiques généraux (2)

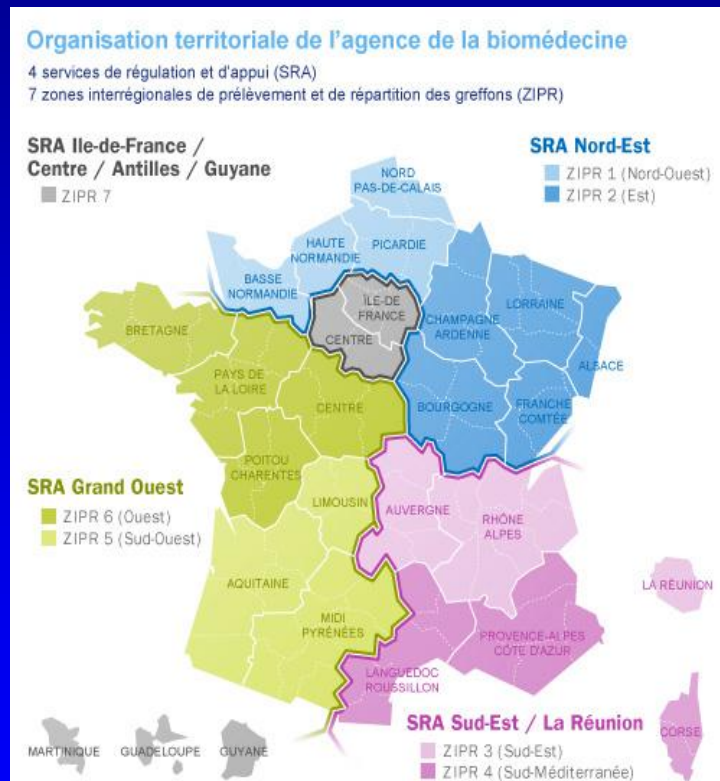
- **Non commercialisation / Non rémunération**
 - Élément essentiel pour prévenir le trafic d'organes
 - Le trafic d'organes est un délit pénal puni de sanctions sévères en France et dans la plupart des pays d'Europe
 - A distinguer de la compensation de la perte de revenu ou des frais engagés par le donneur vivant
- **Anonymat donneur/receveur**
 - Règles communes à la plupart des pays, bien que dans certains pays il y ait une possibilité de contact entre la famille d'un donneur et d'un receveur
 - Parfois difficile à préserver dans les cas très médiatisés

La greffe d'organes et de tissus

Organisation en France

Le prélèvement et la greffe d'organes et de tissus

Encadrés par l'Agence de la Biomédecine



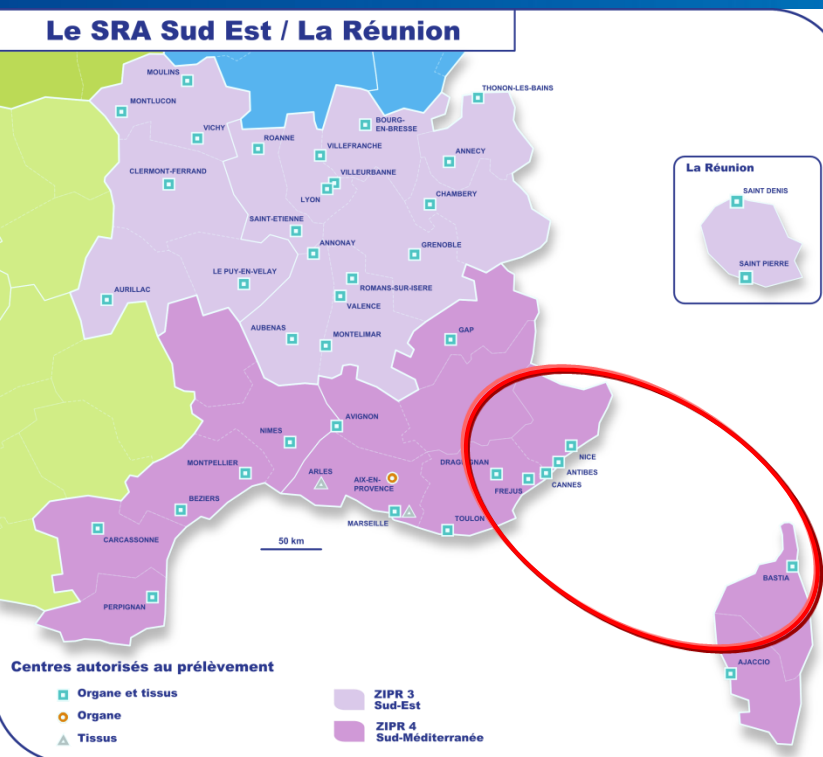
Etablissement public
administratif de l'Etat placé
sous la tutelle du ministre de
la Santé

Décret n° 2005- 420 du 4 mai
2005

Révision des lois de
bioéthique du
6 août 2004 - Remplace l'EfG

Procréation médicale
assistée ,embryologie,
génétique humaines

Organisation Territoriale de l'Agence de la biomédecine



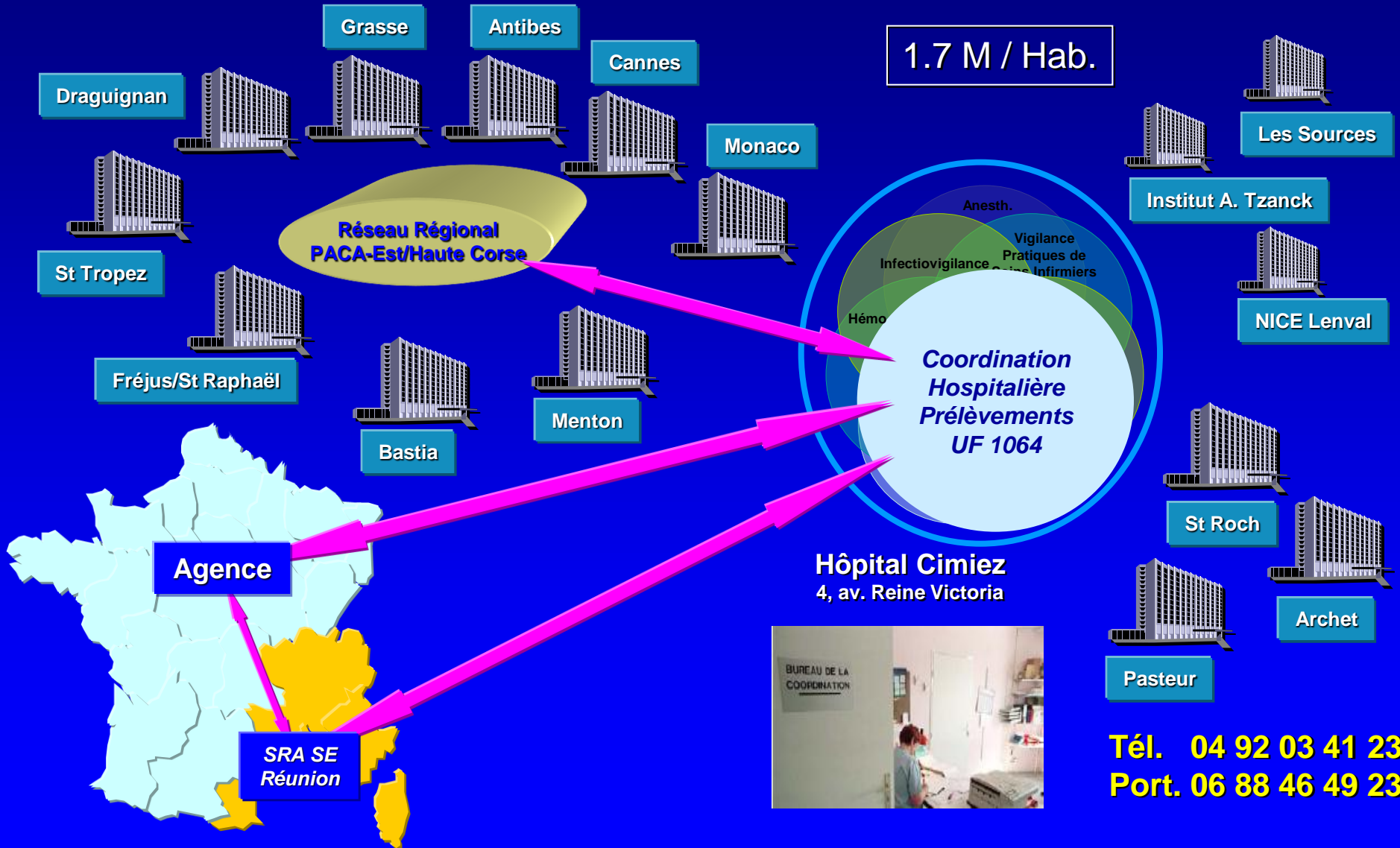
Services de Régulation et d'Appui régionaux
4 SRA

Zones inter régionales de prélèvement et de Répartition des greffons

7 ZIPR

Pôle National de Répartition des Greffons
1 PNRG

La Coordination Hospitalière CHU Nice au cœur du réseau PACA-Est / Haute Corse

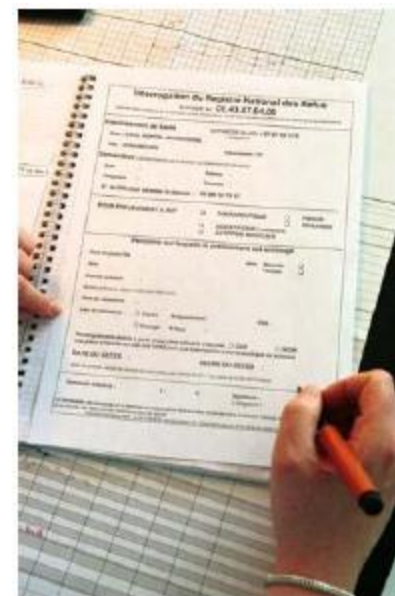


Le prélèvement et la greffe d'organes et de tissus

En pratique

Le prélèvement : une activité transversale

1. En amont du prélèvement...



Des règles de répartition très strictes

A l'aide de score

- Une proposition prioritaire du greffon peut être faite successivement au bénéficiaire des receveurs suivants :
 - Ceux dont la vie est menacée à très court terme
 - Ceux pour lesquels la probabilité d'obtenir un greffon est très faible
 - Les enfants

https://www.sipg.sante.fr - Cristal - Microsoft Internet Explorer

Fichier Edition Affichage Favoris Outils ?

Précédente Recherche Favoris

HOPITAL SAINT ROCH - NICE M Charles GLOECKLER
REGULATION TERMINEE

DECEDE Coeur Battant (SME)
Donneur prélevé, organe greffé
Intention de prélèvement organe Intention de prélèvement tissu

Aide au choix

Groupes : A	Ac HCv : négatif	Ac Hbc : négatif	Ag HBs : négatif
Poids : 65.0 kg	Taille : 170 cm	Créatininémie : 70	Clairance : 97
HLA saisi A : 3/11	B : 38/62	DR : 8/11	DQ : 7/0
HLA public A : 3/11	B : 16/15	DR : 8/5	DQ : 3/0

Liste d'aide au choix: COEUR-IR9- W.ABADIE - 08/04/07 12:21 En cours vers: v18.1 Tous (116940)

Greffes multiples (Vos patients:1)				ISO		Vue:R Tri: Organe>Multigreffe									
Proposition	Equipe	P	NEFG/NATT	Nom/Prénom	Gr	ATC	Inscrit	cm	kg	CMV	Age	Org	AD		
REFUS	T05XA	T	33908/151290				02/07	153	40	-	38	C/R			

Vos patients:1

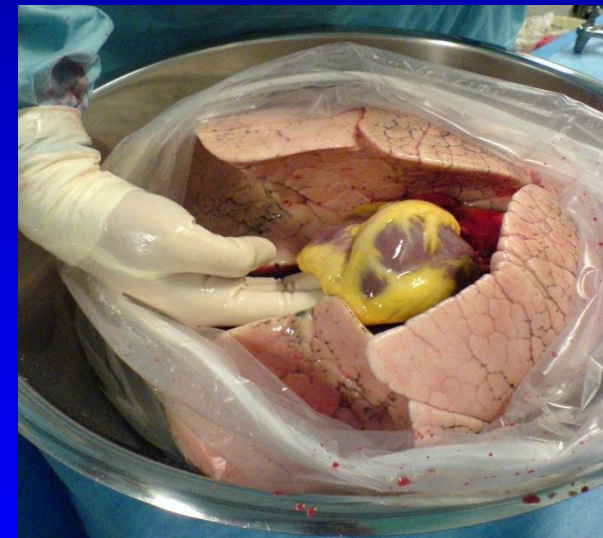
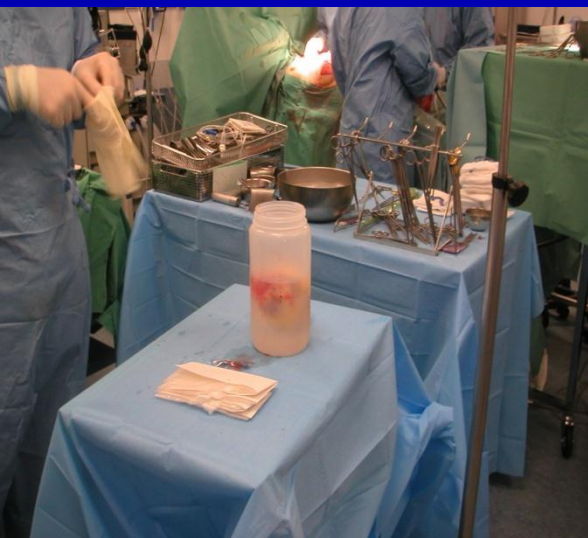
Non Prioritaires (Vos patients:36)				ISO Régional		Tri: Equipe>Inscription									
Proposition	Equipe	P	NEFG/NATT	Nom/Prénom	Gr	ATC	Inscrit	cm	kg	CMV	Age	Org	AD		
REFUS	MA4CO	T	111479/142270		A		02/03	181	96	+	55				
Vers l'équipe	MA4CO	T	119637/152235		A		02/05	172	65	+	58				

démarrer

FR 11:46

TEMPS OPERATOIRES

Explantation et conditionnement des greffons



Le prélèvement : une activité transversale

2. D'un bloc à l'autre...



Principales garanties organisationnelles

- Des rôles clairement identifiés et séparés
 - État et professionnels
 - Prélèvement et greffe
- Existence d'une liste nationale d'attente
- De règles
- La transparence et l'équité dans l'accès à la greffe
- De banques de tissus
- Garanties en terme de qualité et de sécurité Décret « Biovigilance » déc.2003

...et pourtant

« Art. L. 1235-5. – Les règles de bonnes pratiques qui s'appliquent au prélèvement, à la préparation, à la conservation, au transport et à l'utilisation des organes du corps humain sont élaborées par l'Agence de la biomédecine après avis de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé. Ces règles sont approuvées par arrêté du ministre chargé de la santé. »

- La confiance de la population

Consentement présumé et expression de sa volonté

Un acte « citoyen »

Un acte de responsabilité

(vis-à-vis de ses proches)

La notion de consentement présumé

Art L 1232-1

- « Le prélèvement d'organes sur une personne dont la mort a été dûment constatée ne peut être effectué qu'à des fins thérapeutiques ou scientifiques »

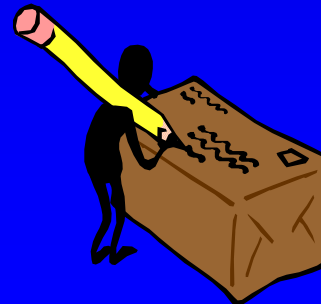
Extension aux Prélèvements scientifiques

- « Les prélèvements à des fins scientifiques ne peuvent être pratiqués que dans le cadre de protocoles transmis, préalablement à leur mise en oeuvre, à l'Agence de la biomédecine. »
- « Le ministre chargé de la recherche peut suspendre ou interdire la mise en oeuvre de tels protocoles, lorsque la nécessité du prélèvement ou la pertinence de la recherche n'est pas établie. »

La notion de consentement présumé

Art L 1232-1

- « Ce prélèvement peut être pratiqué dès lors que la personne n'a pas fait connaître de son vivant, son refus d'un tel prélèvement. Ce refus peut être exprimé par tout moyen, notamment par l'inscription sur un registre national automatisé, prévu à cet effet. Il est révoable à tout moment »



La notion de consentement présumé

Art L 1232-1

- « Si le médecin n'a pas directement connaissance de la volonté du défunt, il doit s'efforcer de recueillir auprès des proches l'OPPOSITION au don d'organes éventuellement exprimée de son vivant par le défunt, par tout moyen, et il les informe de la finalité des prélèvements envisagés »

La notion de consentement présumé

Art L 1232-1

- « les proches sont informés de leur droit à connaître les prélèvements effectués »
- « l'Agence de la biomédecine est avisée, préalablement à sa réalisation de tout prélèvement à fins thérapeutiques ou scientifiques »
- consentement écrit de chacun des titulaires de l'autorité parentale pour les mineurs (Art L 1232-2) *(Toutefois, en cas d'impossibilité de consulter l'un des titulaires de l'autorité parentale, le prélèvement peut avoir lieu à condition que l'autre titulaire y consente par écrit)*
- consentement écrit du tuteur pour un majeur sous tutelle
(mais pas sous curatelle)
- Les organes prélevés à l'occasion d'une intervention chirurgicale, pratiquée dans l'intérêt de la personne opérée, peuvent être utilisés à des fins thérapeutiques ou scientifiques, sauf opposition exprimée par elle après qu'elle a été informée de l'objet de cette utilisation.

L'information des jeunes

Journées citoyennes

Modification du code du service national Art L 114-3 par cette phrase :

- « Il est délivré une information sur les modalités de consentement au don d'organes à fins de greffe et sur la possibilité pour une personne d'inscrire son refus sur le registre national automatisé »

Rôle du médecin traitant

- « Les médecins s'assurent que leurs patients âgés de seize à vingt-cinq ans sont informés des modalités de consentement au don d'organes à fins de greffe et, à défaut, leur délivrent individuellement cette information dès que possible. » Art 1211-3
- Les conditions dans lesquelles les médecins assurent l'information sont déterminées par décret en Conseil d'Etat;

Renforcement de l'obligation de restauration du corps Art L 1232-5

- « les médecins ayant procédé à un prélèvement ou à une autopsie médicale sur une personne décédée sont tenus de s'assurer de la meilleure restauration possible du corps »

Prise en charge intégrale des frais liés aux prélèvements

« les frais afférents au prélèvement ou à la collecte sont intégralement pris en charge par l'établissement de santé chargé d'effectuer le prélèvement ou la collecte »

- vers une évaluation plus satisfaisante des moyens nécessaires à l'activité de prélèvement
- la tarification (T2A)

Cas particulier des autopsies

- « Les **autopsies** sont dites **médicales** lorsqu'elles sont pratiquées, en dehors du cadre de mesures d'enquête ou d'instruction diligentées lors d'une procédure judiciaire, dans le but d'obtenir un diagnostic sur les causes du décès ».
- « Elles doivent être pratiquées conformément aux **exigences de recherche du consentement** ainsi qu'aux autres conditions prévues au chapitre II du titre III du présent livre ».
- « Toutefois, à titre exceptionnel, elles peuvent être réalisées malgré l'opposition de la personne décédée, en cas de **nécessité impérieuse pour la santé publique** et en l'absence d'autres procédés permettant d'obtenir une certitude diagnostique sur les causes de la mort. »
- « Un arrêté du ministre chargé de la santé précise **les pathologies et les situations** justifiant la réalisation des autopsies médicales dans ces conditions »

Que faire pour être donneur ?

Exprimer un choix personnel vis à vis du don d'organes ou de tissus

Con

Formulaire d'inscription au registre national des refus

NOM de naissance.....

NOM usuel

PRÉNOM(S) (ordre de l'état civil)

NÉ(E) LE (jour/mois/année) / / SEXE F H

LIEU DE NAISSANCE – VILLE.....

CODE POSTAL (si France)..... (sinon) PAYS

JE M'OPPOSE À TOUT DON D'ÉLÉMENTS DE MON CORPS, APRÈS MA MORT :

pour soigner les malades (greffe)

pour aider la recherche scientifique

pour rechercher la cause médicale du décès (autopsie, excepté les autopsies judiciaires qui sont obligatoires)

Je souhaite recevoir une confirmation de mon inscription oui non

C'est une demande de modification de ma précédente inscription oui non

ADRESSE.....

VILLE CODE POSTAL

Je joins à mon envoi une photocopie de ma carte nationale d'identité ou de mon titre de séjour

Date / /

Signature

CONTRE

*Il est imposé
ou de tiss
témoigner.
refus. L'ins
avant d'en*

*organes
sent en
onal des
interrogé
ment.*

Exprimer un choix personnel vis à vis du don d'organes ou de tissus

Comment exprimer son choix ?


POUR le don d'organes ou de tissus en vue de greffe :

Il est important et efficace que toute personne ayant pris une position en faveur du don d'organes ou de tissus transmette sa position à ses proches. Ce sont eux en effet qui vont restituer aux médecins la volonté du défunt lorsque le décès peut conduire à un prélèvement. Il est aussi possible de porter sur soi une carte de donneur. Celle-ci n'est pas obligatoire mais elle est utile car elle témoigne de la décision prise.

Cette carte vous appartient, ne nous la retournez pas, conservez-la sur vous.




Je décide de faire don, après ma mort, d'éléments de mon corps (organes, tissus) en vue d'une greffe. Je témoigne de cette décision en portant cette carte sur moi.

 agence de la biomédecine

Nom

Prénom Date

Signature

Pour toute demande de carte, appelez au  0 800 20 22 24 1 avenue du Stade de France 93212 SAINT-DENIS LA PLAINE CEDEX www.agence-biomedecine.fr

2

LA MORT

FAIT SOCIAL (approche déontologique et législative)

- Prélèvements et greffes d'organes et de tissus
- **Le respect de la vie et le droit de mourir**
- L'accompagnement du mourant et les soins palliatifs



⇒ ... le médecin, **conscient des limites** de toute thérapeutique, se doit **d'assister** son patient en soulageant ses douleurs physiques et morales et **non de supprimer une vie** qu'il a pour mission de protéger.

⇒ ... de la **morphine** prescrite à la demande et beaucoup **d'amour** permettent d'éviter les écueils extrêmes de l'acharnement thérapeutique ou du suicide assisté. .

⇒ ... promulguer une **loi** favorisant l'euthanasie est **impensable**. Parce que **la mort** est l'instant le plus intime de la vie et **n'est pas l'affaire d'un tribunal**.

François de Closets

La dernière liberté

Fayard

⇒ ... **la médecine moderne** nous fait vivre plus longtemps, elle **doit** aussi nous **permettre** de mourir plus dignement ... **de déterminer**, si nous le souhaitons, **le moment et les conditions de notre mort.**

⇒ ... **la mort volontaire**, interdite par la loi, est une pratique médicale courante. Elle **concerne** au moins **le tiers des décès en France.**

⇒ ... **l'interdit a créé la mort à deux vitesses.** D'un côté, ceux qui disposent de relation et bénéficient d'une fin douce et médicalisée. De l'autre, les **malades ordinaires** qui **se voient refuser l'ultime délivrance** ou, au contraire, **imposer la mort à leur insu...**

Catherine Leguay

Mourir dans la Dignité Quand un médecin dit oui

*Commentaires
de André Comte-Sponville*

Robert Laffont

⇒ ... **ADMD** : Association pour le Droit de Mourir dans la Dignité.

⇒ ... aujourd'hui, l'allongement de la durée de vie a trop souvent pour corollaire **l'acharnement thérapeutique**. Certaines personnes qui, en toute lucidité, demandent à mourir, se voient opposer un refus proche de **l'abus de pouvoir**.

⇒ ... **légiférer** permettrait de **respecter** les désirs des malades, mais aussi de les **protéger**.

⇒ ... La déchéance me gagne. Je ne me sens plus digne du regard d'autrui, surtout de mes petits enfants. Je rêve d'être délivrée, mais voilà, **dans le pays des droits de l'homme, je n'ai pas le droit de choisir ma fin de vie**.

PRÉFACE DE SOGYAL RINPOCHÉ, AUTEUR DU
« LIVRE TIBÉTAIN DE LA VIE ET DE LA MORT »

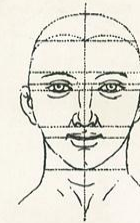
TROUVER
L'ESPOIR
face à
LA MORT

Un guide pour
l'accompagnement
émotionnel et spirituel
des mourants

CHRISTINE
LONGAKER

SUICIDE
MODE D'EMPLOI
histoire, technique, actualité

Claude Guillon
Yves Le Bonniec



ALAIN MOREAU

Fichier Edition Affichage Favoris Résultats Aide

Précédente Suivante Arrêter Actualiser Imprimer Résultats Précédent Suivant Traduire Résumer

Documents: 1 de 25 Adresse: <http://www.acfas.ca/congres/congres68/5468.HTM> Surligner

68^e Congrès de l'Acfas

Session: S-156 Santé publique

[POIRIER, NORNMA](#)

Pourquoi les médecins font-ils de l'*acharnement thérapeutique* ?

L'*acharnement thérapeutique* des médecins auprès des personnes atteintes de maladie terminale amène souvent les infirmières à poser la question suivante : pourquoi les médecins refusent-ils de respecter la volonté des patients atteints de maladie terminale qui refusent tout traitement ? Plusieurs explications ont été offertes à cette question : la crainte des médecins des poursuites civiles ou pénales, leurs valeurs religieuses et les valeurs propres à la profession médicale. L'auteure a fait des interviews approfondies avec 25 médecins spécialistes en soins intensifs ou palliatifs dans le but de comprendre pourquoi ils refusent de respecter la volonté de leurs patients de ne pas être traités. Les interviews ont été soumises à une analyse de contenu. La thèse de l'influence primordiale des valeurs de la profession médicale est retenue comme explication partielle au phénomène de l'*acharnement thérapeutique*. Cette conclusion a des conséquences sur les politiques sociales, en ce sens qu'il ne suffit pas de changer les lois pour obtenir des médecins qu'ils respectent la volonté de leurs patients. Un travail d'éducation sur les valeurs propres à la profession médicale, travail entrepris par la profession elle-même, est nécessaire pour que se manifestent chez les médecins des changement d'attitude et de comportement.

Terminé

Démarrer Jeux Tiscali France - World D... Copernic 2001 Basic Congrès Acfas 2000... 17:31

Un décès sur deux en réanimation a lieu après une "euthanasie passive"

Près de la moitié des décès enregistrés dans les services de

plus de la moitié, suivent une décision "d'abstention théra-

souligné que "quels que soient les hôpitaux, les pratiques sont très voisines".

res" après la prise de décision. Les soins interrompus concernent dans 43 % des cas un traitement cardiaque, dans 28 % l'arrêt d'une antibiothérapie, dans 21 % l'arrêt de la ventilation artificielle, et dans 14 % des cas l'arrêt de l'épuration extrarénale.

Selon le docteur Ferrand, cette première étude a été possible grâce à une toute nouvelle atmosphère de "transparence" en France sur ce sujet, avec des pratiques "plus claires et plus homogènes".

La décision d'arrêt des soins intervient en moyenne 10 jours après l'admission du patient en réanimation - contre deux jours en moyenne aux Etats-Unis - et elle est prise de façon collective "dans plus de 90 % des cas", souligne le docteur Ferrand dans Libération.

0 % des proches

La décision d'arrêt des soins intervient en moyenne 10 jours après l'admission du patient en réanimation - contre deux jours en moyenne aux Etats-Unis - et elle est prise de façon collective "dans plus de 90 % des cas", souligne le docteur Ferrand dans Libération.

rd Ferrand à l'hôpital de Créteil et l'étude, a

Le décès intervient généralement "entre 24 et 48 heu-

aborder au cas par cas"

ayer les

éventuellement le personnel soignant, "et ne peut en aucun cas faire l'objet d'une loi, compte-tenu du nombre de critères entrant en jeu".

Il rappelle que le problème est particulièrement difficile à cerner: "La réanimation se définit comme la réversibilité des atteintes à des fonctions vitales.

Quand on estime que l'at-

teinte est irréversible, il faut savoir arrêter certains traitements, sinon on tombe dans l'acharnement thérapeutique".

Tout le problème est de savoir à partir de quel moment les lésions sont irréversibles. "Ce n'est pas une donnée mathématique. Certains mettent peut-être la barre plus haut que d'autres".

S.Ma

passive est pratiquée dans les services de réanimation, mais les chiffres de cette enquête me paraissent élevés", estime le responsable d'un centre de réanimation à Marseille. Lui-même contacté par les responsables de l'étude, il a refusé de répondre, estimant qu'il était "inutile de porter le débat sur la place publique: cela ne

Et de s'interroger sur la validité scientifique d'une enquête, basée sur des réponses volontaires. Pour ce spécialiste, l'euthanasie passive - qui consiste à ne pas entreprendre certains traitements compte-tenu de l'état du malade - doit rester une question à aborder au cas par cas, avec la famille,

P. Verspieren

Face à celui qui meurt: Euthanasie, Acharnement thérapeutique, Accompagnement,

Desclée de Brouwer, Paris 1984

“Accompagner quelqu’un ce n’est pas le précéder, lui indiquer la route, lui imposer un itinéraire, ni même connaître la direction qu’il va prendre.

C’est marcher à ses côtés en le laissant libre de choisir son chemin et le rythme de son pas.”



Les traitements « devenus vains » en réanimation

Éléments généraux pour la réflexion

Code de Déontologie

⇒ ... **Article 2** : « le médecin, **au service de l'individu et de la santé publique**, exerce sa mission dans le respect de la vie humaine, de la personne et de sa dignité ».

⇒ ... **Article 37** : « En toute circonstance, le médecin doit s'efforcer de soulager les souffrances de son malade, l'assister moralement et éviter toute obstination thérapeutique déraisonnable dans les investigations ou la thérapeutique ».

⇒ ... **Article 38** : « Le médecin doit accompagner le mourant jusqu'à ses derniers moments, assurer par des soins et mesures appropriés la qualité d'une vie qui prend fin, sauvegarder la dignité du malade et reconforter son entourage. Il n'a pas le droit de provoquer délibérément la mort ».

Les traitements « devenus vains » en réanimation

Eléments généraux pour la réflexion

⇒ ... d'une façon générale, l'arrêt d'un traitement fait partie intégrante de la démarche thérapeutique, mais il ne s'agit en aucun cas de l'arrêt des soins.

L'acharnement thérapeutique

Concepts et Définitions

Dictionnaire permanent de bioéthique

« Attitude qui consiste à poursuivre une thérapie lourde à visée curative, alors même qu'il n'existe aucun espoir réel d'obtenir une amélioration de l'état du malade et qui a pour résultat de prolonger simplement la vie »

- 1 - du refus de l'acharnement thérapeutique à l'abandon de patient**
- 2 - banalisation de l'euthanasie au nom du refus de l'acharnement thérapeutique ?**

SUMMARY

Fundamental thoughts on the withholding and withdrawing of treatments in adult intensive care units

- Concepts and definitions
 - Critical care medicine
 - Critical care treatment: goals and limits
 - Types of treatment in intensive care units
 - Withholding and withdrawing treatment in critical care medicine
- Main elements of thought
 - Ethical elements
 - Legal elements
- The implementation of a thoughtful procedure
 - Time
 - Factors
 - Participants
- Decision-making procedure

Réanim Urgences 2000 ; 9 : 11-25.
 © 2000 Editions scientifiques et médicales Elsevier SAS

autonomy / decision-making procedure /
 ethics, medical / life-support care / medi-
 cal futility / withdrawing / withholding

Bases de réflexion pour la limitation et l'arrêt des traitements en réanimation chez l'adulte*

Groupe de travail du Comité d'éthique de la SRLF sur la limitation et l'arrêt des traitements (1996-1998) : S. Grosbuis¹, F. Nicolas², S. Rameix³, O. Pourrat^{4*}, F. Kossman-Michon⁵, Y. Ravaud⁶, F. Blin⁷, P. Edde⁸

Le développement des techniques de réanimation a ouvert un champ de questions d'ordre éthique. En effet, si ces techniques permettent de sauver la vie de malades très graves en assurant, momentanément, le soutien artificiel ou la suppléance de fonctions vitales défaillantes, dans l'attente de la guérison de l'affection causale, elles n'en maintiennent pas moins la vie artificiellement, par des moyens très invasifs. Or, il est des situations où la justification morale de l'action médicale par le principe de bienfaisance ne semble plus valide. Autrement dit, ce qui était bienfaisance thérapeutique légitime devient acharnement thérapeutique illégitime et doit prendre fin. Le principe moral de non malfaisance s'impose dès lors à la conscience morale des participants.

En cas de pronostic très défavorable chez un patient de réanimation, que l'issue prévisible proche soit le décès ou un handicap majeur, la suspicion d'échec thérapeutique impose donc de réfléchir sur l'opportunité de limiter ou d'arrêter certains traitements,

surtout s'ils sont perçus comme excessivement agressifs par les patients, les familles et les soignants. Il s'agit donc d'éviter l'acharnement thérapeutique ou encore l'insistance thérapeutique excessive, rejetés par le Code de déontologie médicale sous les termes d'obstination déraisonnable [1]. Il s'agit de ne pas entreprendre ou de ne pas poursuivre des traitements qui, devenus inutiles, perdent leur raison d'être et peuvent non seulement n'apporter aucun bénéfice mais même être préjudiciables. Ils relèvent du concept de *futility* défini par les Nord-Américains [2-3].

Si le Code de déontologie médicale fixe des principes clairs, son application n'en requiert pas moins une réflexion éthique pour la prise de décision dans chaque situation concrète. Le propos est ici de poser les bases et de tracer les voies d'une démarche éthique afin d'offrir une aide à la décision.

Ce texte concerne les malades hospitalisés en service de réanimation ; il ne concerne ni la limitation et l'arrêt des traitements décidés dans les



¹ Réanimateur médical, 3 bis, rue Sylvain-Vigneras, 92380 Garches ;
² service de réanimation médicale, CHU Hôtel-Dieu, place Alexis-Ricordeau, BP 1005, 44035 Nantes cedex 01 ;
³ professeur de philosophie, département d'éthique médicale, Paris XII-CHU Henri-Mondor, 8, rue du Général-Sarrail, 94010 Créteil ;
⁴ service de réanimation médicale, CHU de Poitiers, 350, avenue Jacques-Cœur, BP 577, 86021 Poitiers cedex ;
⁵ infirmière, service de réanimation médicale, hôpital Raymond-Poincaré, 104, boulevard Raymond-Poincaré, 92380 Garches ;
⁶ réanimateur médical, département d'anesthésie-réanimation, CH Hôtel-Dieu, 1, place du Parvis-de-Notre-Dame, 75004 Paris ;
⁷ service de réanimation polyvalente, CH de Gonesse, 25, rue Pierre-de-Thellay, BP 71, 95503 Gonesse ;
⁸ juriste, 1, avenue Frédéric-le-Play, 75007 Paris, France.

* Texte publié conjointement sur le site Internet de la SRLF (<http://www.srlf.org>) avec ouverture d'un forum de discussion.

** Correspondance et tirés à part : O. Pourrat, même adresse.


Reçu le 14 octobre 1999,
 accepté le 3 décembre 1999.

Fichier Edition Affichage Favoris Outils ?

Précédente Suivante Arrêter Actualiser Démarrage Rechercher Favoris Historique Courrier Imprimer Edition Copernic Traduire Messenger Real.com

Adresse <http://www.sfar.org/ttvainsreanim.html#groupe> OK

Liens Moteurs de recherches Utilitaires Sites JC Actualités.Legifrance ADDE, Cartes et plans de ville interactifs sur internet AdmiFrance ALR en ophtalmologie >>

 **Traitements devenus vains en réanimation : points d'ancrage**

**Géry BOULARD (président du groupe de réflexion éthique de la Sfar), André LIENHART (président de la Sfar),
pour le groupe de réflexion éthique de la Sfar**

Ce texte, approuvé par le Conseil d'Administration de la SFAR du 19 septembre 2001, sera publié sous forme d'éditorial dans les Ann Fr Anesth Réanim.

Sans entrer dans le détail des réflexions éthiques, philosophiques ou religieuses que soulève cette question, il n'est pas niable que nombre de patients traités en réanimation sont, à un moment donné de leur évolution, dans une situation telle que la poursuite des traitements de réanimation pourrait s'apparenter à ce qu'il est convenu d'appeler de " l'acharnement thérapeutique ", ce que le médecin doit éviter (article 37 du code de déontologie) [1]. L'interruption de traitements devenus vains en réanimation a été abordée récemment lors d'un congrès de la Sfar [2], et a fait l'objet d'une proposition d'aide à la décision médicale fondée sur son caractère collectif, l'argumentation, le consensus et le refus de précipitation [3].

Contrairement à l'atteinte à l'intégrité du corps humain, qui est licite en cas de nécessité médicale pour la personne (article 16-3 du code civil), le fait de mettre volontairement fin à la vie d'autrui est sanctionné par la loi française, comme meurtre (article 221-1 du code pénal). Cette loi n'admet pas d'exception, y compris médicale, ce qu'énonce sans ambiguïté l'article 38 du code de déontologie [1]. De même, la recommandation européenne adoptée le 26 juin 1999 définissant un droit à l'autodétermination et un droit à

Internet

Limitation et arrêt des traitements en réanimation

Concepts et Définitions

- ⇒ **La réanimation** « passer un cap »
 - ❖ **objectifs** : empêcher la mort
 - lutter contre la maladie causale
 - soulager la souffrance physique et psychique
 - ❖ **limites** : la poursuite du traitement ne permet pas d'espérer survie / qualité de vie = « obstination déraisonnable »

- ⇒ **Les soins donnés en réanimation**
 - ❖ les soins de base (hygiène, cutanés et décubitus, surveillance, parole)
 - ❖ les traitements de confort (air, eau, douleur,...)
 - ❖ les traitements curatifs (fonctions vitales et traitement étiologique)

Limitation et arrêt des traitements en réanimation

Mise en œuvre de la réflexion

- ⇒ **Le moment**
- ⇒ **Les éléments**
 - ❖ **éléments médicaux : le pronostic ?**
 - ❖ **éléments non médicaux**
- ⇒ **Les acteurs**
 - ❖ **le patient**
 - ❖ **les médecins (réanimateurs, traitants)**
 - ❖ **l'équipe soignante**
 - ❖ **la famille, les proches, les représentants légaux**

Calcul de l'IGS II

Mode d'admission <input type="text" value="0"/>	Maladies chroniques <input type="text" value="0"/>	Score de Glasgow (aide) <input type="text" value="0"/>
Age <input type="text" value="0"/>	P. Art. Syst. <input type="text" value="0"/>	Fréq. cardiaque <input type="text" value="0"/>
Température <input type="text" value="0"/>	PaO2/FIO2 (mmHg) Si VM ou CPAP <input type="text" value="0"/>	Diurèse (L/24 h) <input type="text" value="0"/>
Urée sanguine <input type="text" value="0"/>	Leucocytes <input type="text" value="0"/>	Kaliémie <input type="text" value="0"/>
Natrémie <input type="text" value="0"/>	HCO3- <input type="text" value="0"/>	Bilirubine (si ictère) <input type="text" value="0"/>

(les paramètres sont colligés dans les 24 H suivant l'admission en USI) ([aide pour les définitions](#))

Total IGS II

Mortalité Prédite	$\text{Logit} = \left[\text{input} \right]$ $\text{Logit} = -7,7631 + 0,0737 * \text{IGS} + 0,9971 * \log(\text{IGS} + 1)$ $\text{Probabilité} = \frac{e^{(\text{Logit})}}{1 + e^{(\text{Logit})}}$
<input type="text" value="0"/> <input type="button" value="Effacer"/>	

Réf : Le Gall JR et coll. A new simplified acute physiology score (SAPS II) based on a European/North American multicenter study. *JAMA*. 1993; 270: 2957-2963

Adulte

Scores généralistes

- Calcul de l'IGS II et de la mortalité prédite
- Calcul du score Apache II et de la mortalité prédite
- Calcul du score SOFA (Sequential Organ Failure Assessment)
- Calcul du MODS (Multiple Organ Dysfunction Score)
- Calcul du score ODIN (Organ Dysfunctions and / or Infection)
- Calcul du score MPM (Mortality Probability Model)
 - à l'admission
 - à la 24ème heure
 - à la 48ème heure
 - mortalité pondérée admission-24 h-48 h (Over Time)
- Calcul du score MPM II (Mortality Probability Model)
 - à l'admission
 - à 24 h, 48 h, 72 h
- Calcul du score LODS (Logistic Organ Dysfunction System)
- Calcul du TRIOS (Three days Recalibrated ICU Outcome Score)

Limitation et arrêt des traitements en réanimation

Chronologie de la décision et de sa mise en oeuvre

- ⇒ Mobilisation des données
- ⇒ Information (du patient et de ses proches) sur l'évolution de la situation
- ⇒ Délibération et décision
- ⇒ Information (du patient et des proches) de la décision de limitation ou d'arrêt des traitements
- ⇒ En cas de désaccord des proches (accompagnement et seconde délibération)
- ⇒ Communication de la décision
- ⇒ Mise en œuvre de la décision
- ⇒ Suspension éventuelle de la décision

Limitation et arrêt des traitements en réanimation

Chronologie de la décision et de sa mise en oeuvre

Notre attitude pratique

Avant tout :

- RIGUEUR (scientifique, diagnostique, thérapeutique....)
- DIALOGUE avec équipe médicale, soignante, famille, malade

Critères objectifs :

- Arrêt si pronostic sûrement défavorable (stat. ?)

Critères subjectifs :

- Position du malade
- Position de la famille
- Qualité de la vie restante :
 - . du malade : respect de la dignité de sa vie ?
 - . de sa famille (charge physique, affective, financière)
 - . problèmes économiques pour la société

information

=

éclairage

Pb = "guérison technique" immédiate et "échec éthique" à terme

L'acharnement thérapeutique

Y a t-il une solution ?

Faut-il légiférer ? (\pm) → - nécessité de repères légaux
- mais limites de toute législation

→ car diversité des cas d'espèce

Relation à l'autre réinventée et
recréée chaque fois

(doute et humilité)

2

LA MORT

FAIT SOCIAL (approche déontologique et législative)

- Prélèvements et greffes d'organes et de tissus
- Diagnostic légal de la mort
- Le respect de la vie et le droit de mourir
- **L'accompagnement du mourant et les soins palliatifs**

Mission « Fin de vie et accompagnement »

Rapport remis par

Madame Marie de Hennezel,

à Monsieur Jean-François Mattéi,

Ministre de la Santé, de la Famille et des Personnes Handicapées

Octobre 2003

La prise en charge de la fin de vie soulève des positions à la fois diverses et discutées. Cette spécificité est bien compréhensible compte tenu de la complexité de cette question. Les mesures législatives prises par certains Etats voisins ainsi que des affaires récentes portées devant la Cour européenne des droits de l'homme ont relancé le débat dans notre pays.

La loi du 9 juin 1999 affirme le **droit à toute personne malade dont l'état le requiert, d'accéder à des soins palliatifs et à un accompagnement, à l'hôpital comme à son domicile.**

Toutefois, en pratique, de nombreux professionnels de santé sont aujourd'hui démunis devant ces situations difficiles, faute de formation au traitement de la douleur, mais aussi au dialogue et à la communication avec les patients mourants.

La culture de l'accompagnement et une **réflexion éthique sur la mort méritent d'être développées dans les hôpitaux et dans la société civile.** Certains professionnels confrontés à des décisions de limitation et d'arrêt thérapeutiques, les réanimateurs par exemple, se retrouvent isolés dans leurs pratiques.

Dans ce contexte, et face aux préoccupations parfois exprimées dans l'opinion publique et aux choix faits par certains pays voisins de légiférer dans ce domaine, je souhaite vous confier une mission dont l'objet consiste à **proposer des réponses autres que normatives** en impliquant, selon les modalités que vous déterminerez, la société tout entière et pas seulement les professionnels de santé dans l'accompagnement de la fin de vie.

LOIS

LOI n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative
aux droits des malades et à la fin de vie (1)

NOR : SANX0407815L

(1)

Redéfinition de l'acharnement thérapeutique

Malade inconscient

Malade conscient en fin de vie

Refus de traitement par le patient

Dans la situation où un malade, qui n'est pas en fin de vie, refuse un traitement mettant sa vie en danger, le médecin "peut faire appel à un autre membre du corps médical. Dans tous les cas, le malade doit réitérer sa décision après un délai raisonnable" (article 4).

LOIS

LOI n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative
aux droits des malades et à la fin de vie (1)

NOR : SANX0407815L

(2)

Renforcement du rôle de la personne de confiance

Testament de fin de vie

Anti-douleurs accélérant le décès ("double effet")

Soins palliatifs

Obligation de créer des lits identifiés de soins palliatifs et d'imposer des référents en soins palliatifs dans chaque grand service ou établissement médico-social accueillant des personnes âgées assurant ces soins (article 11 et 14).

Information du Parlement tous les deux ans (article 14 bis).

3

LA MORT FAIT CULTUREL



LES CAUSES DE REFUS DES DONNS D'ORGANES

Regard éthique

David Le Breton
Anthropologie
du corps
et moderne



puf
Quadrige

Les transplantations

coordonné par Sir Peter Morris



Council of Europe Publishing
Editions du Conseil de l'Europe

YVES T. GODBOUT

Le don,
la dette ■
et l'identité

homo donator
homo æconomicus



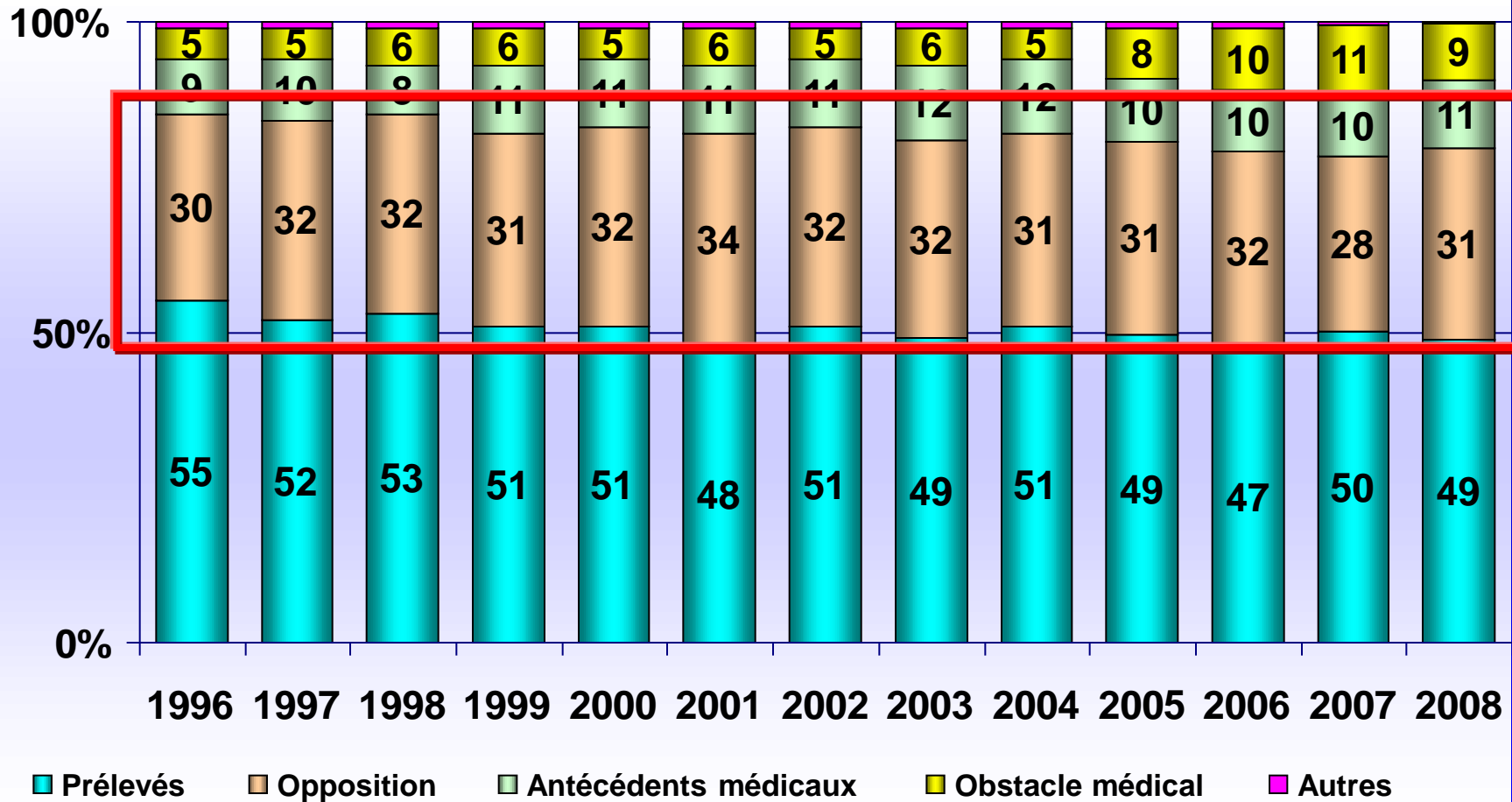
La Découverte-M.A.U.S.S.

Mort encéphalique et greffes

- L'introduction de la technique médicale (la "mort encéphalique") au sein de ce qui reste un domaine humain privé transforme-t-elle notre approche face à la mort ?

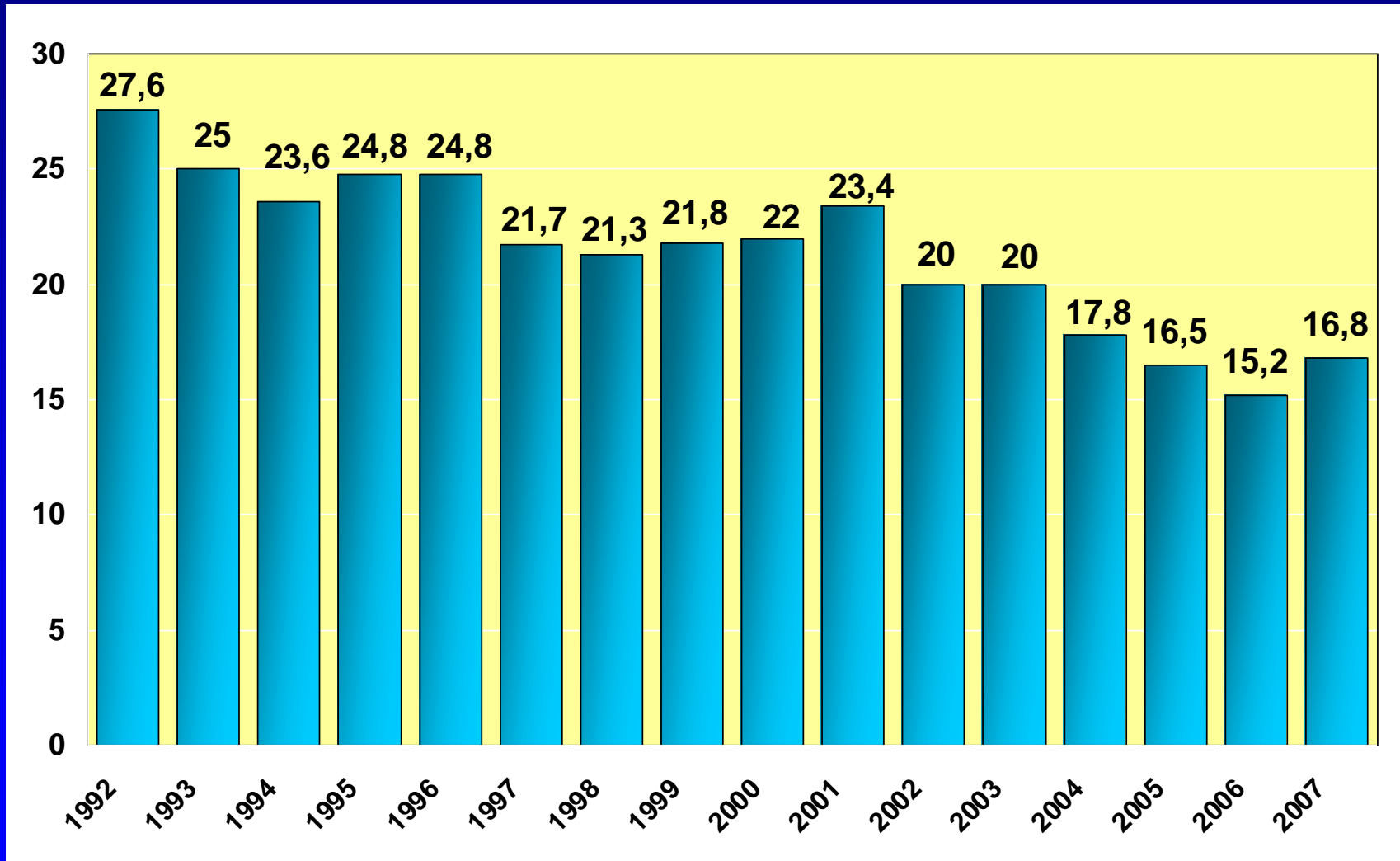
Evolution des causes de non-prélèvement en France

140



Evolution du taux d'oppositions au prélèvement en Espagne

141



LES CAUSES DE REFUS DES DONNS D'ORGANES

SONT LIEES AU

- **Concept de la mort**

- biologique, de la personne, mort cérébrale (*Zamparetti, ICM, 2004*)

- **Contexte psychologique**

- Prélèvement = banalisation technique de la mort (transfert)

- **L'absence de droit patrimonial** (*Lois de bioéthiques, 1994 / 2004*)

- Le corps n'appartient ni à l'individu, ni à la famille, ni à la société (= bien collectif) ⇒ contesté !!
 - Consentement présumé = atteinte à la dignité et au respect de la personne humaine et de son corps ? (appropriation cachée)

- **L'inviolabilité du corps** (*D. Lebreton, puf, 2003*)

- respect de l'intégrité et de l'image corporelle (risque dépeçage ?)

- **La notion de don et de dette** (*J-T. Godbout, La découverte. MAUSS, 2000*)

- Pression institutionnelle au nom de la solidarité (judéo-chrétien) ≠ Liberté individuelle ?
 - « Je donne et qu'ais-je en retour ? »
 - Poids des intermédiaires (médiatisation, trafic, ...) détournement du don comme « acte symbolique pur »
 - refus du transfert d'une partie de soi (et de son identité) chez un autre

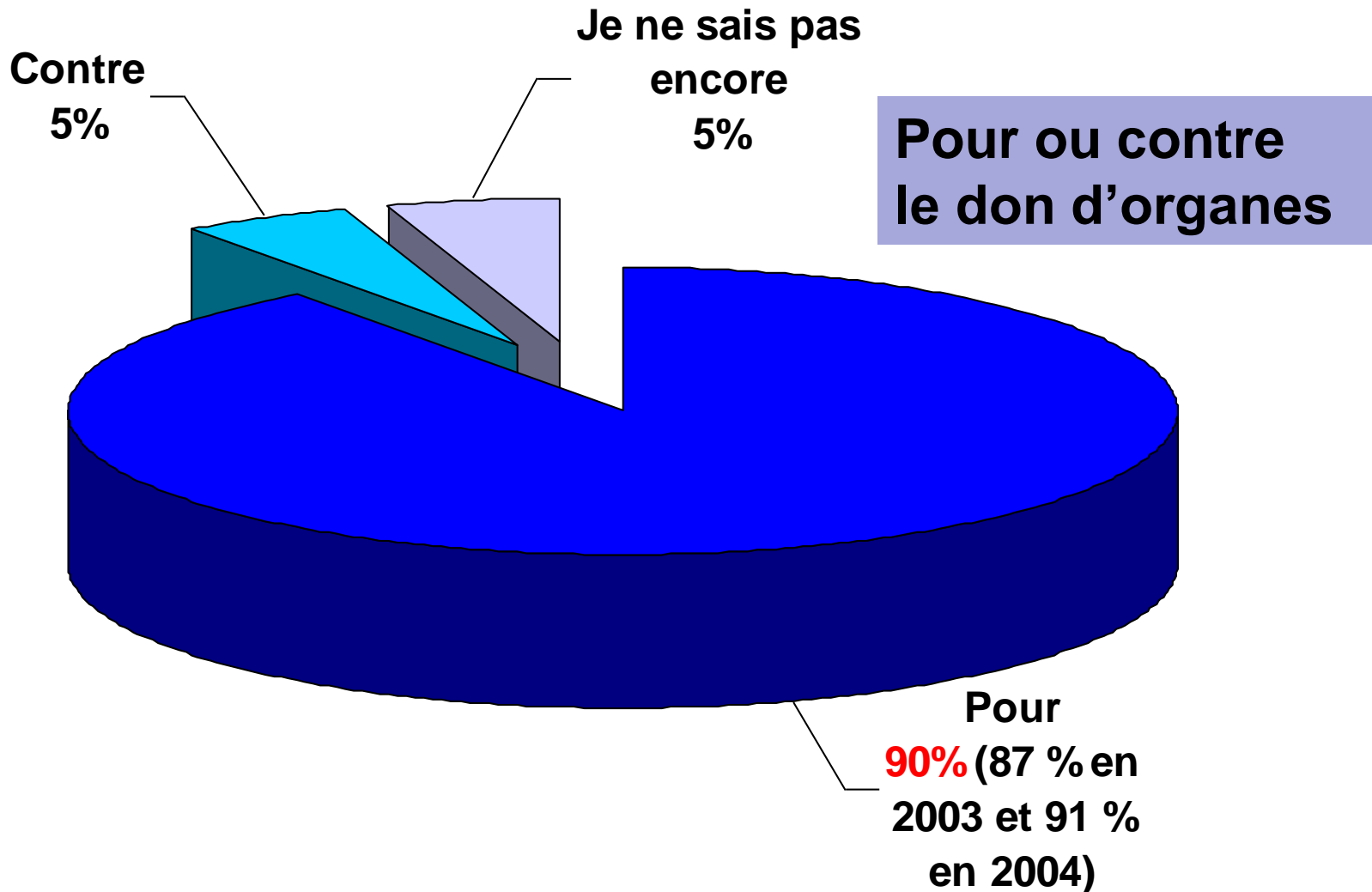
?

Opinion sur le don d'organes

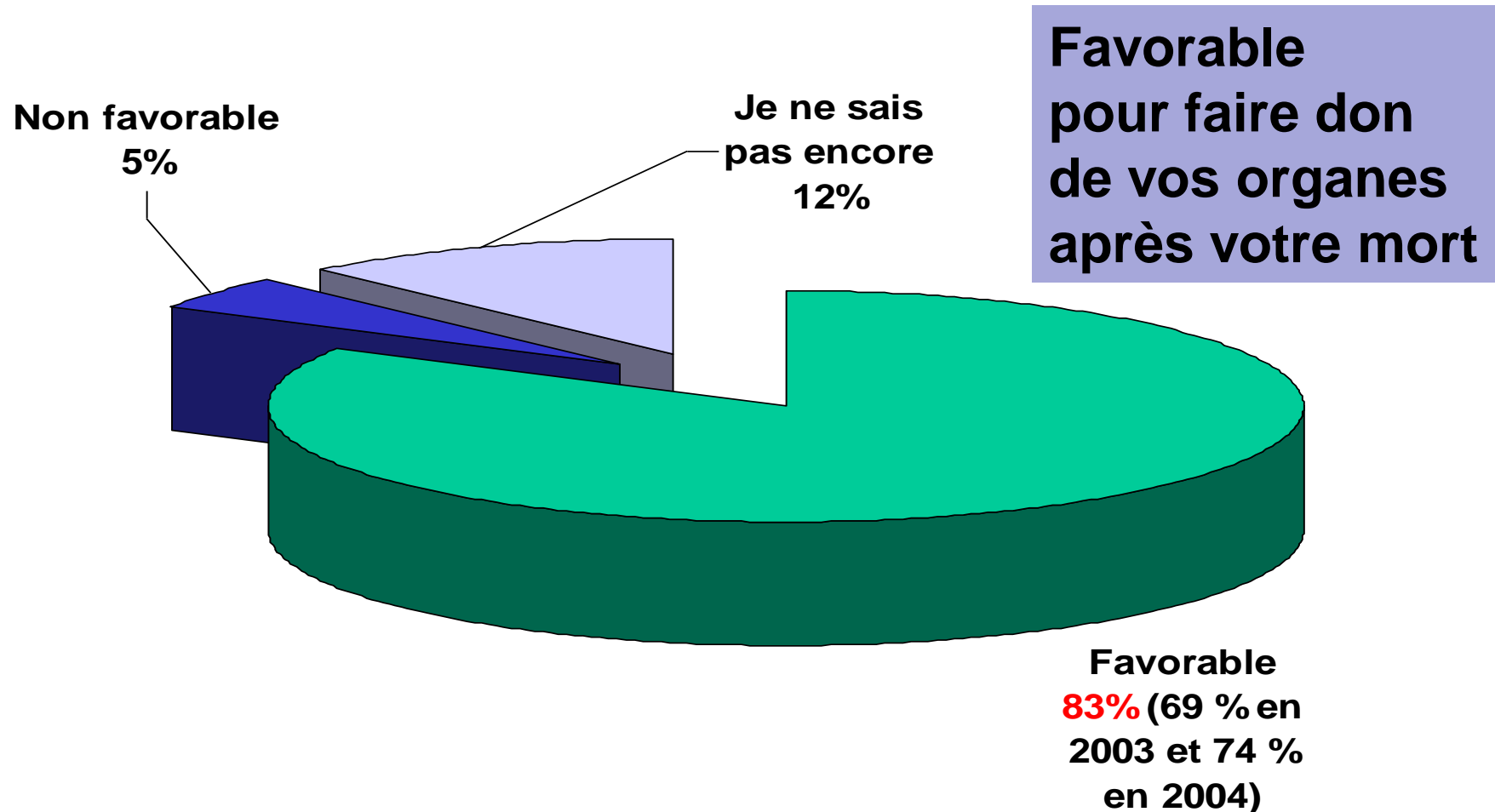
juin 2002-2004 – Rapport Louis Harris

- **« Êtes-vous Pour ou Contre, le don d'organes ? »**
- **« Êtes-vous favorable à faire don de vos organes après votre mort ? »**
- **« Êtes-vous favorable au prélèvement d'organes sur vos proches après la mort ? »**

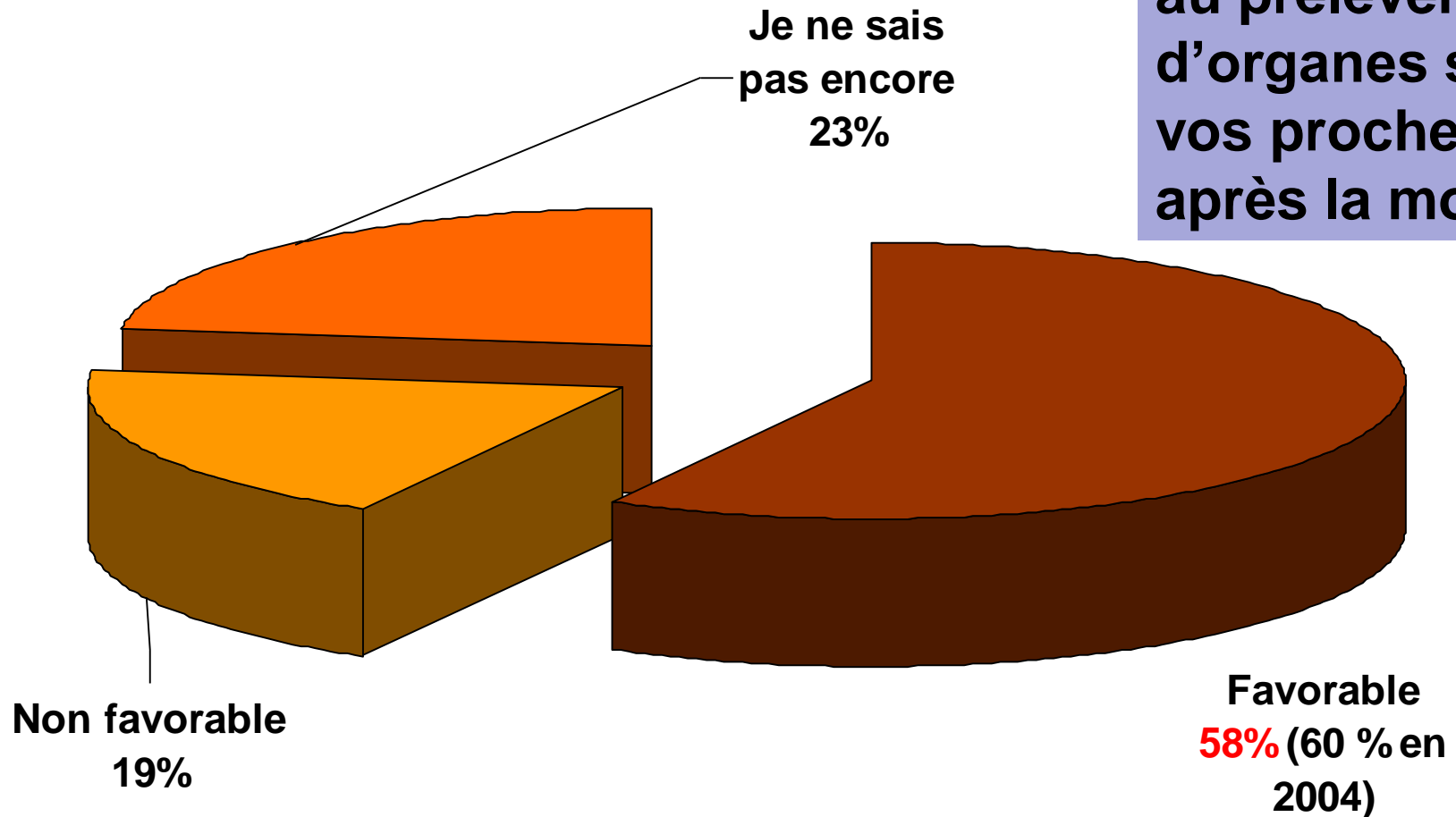
Opinion sur le don d'organes juin 2002-2004 – Rapport Louis Harris



Opinion sur le don d'organes juin 2002-2004 – Rapport Louis Harris



Opinion sur le don d'organes juin 2002-2004 – Rapport Louis Harris



- Une opinion très positive : 85% des Français favorables au don de leurs organes
- Pourtant, 39% seulement de la population a pris position sur le don d'organes.
- 45% des Français pensent que le corps risque d'être mutilé.
- 45% de la population estiment difficile de faire connaître sa position
- 85% jugent traumatisant de prendre une décision à la place d'un proche décédé.
- Si 30% à 15% d'opposition : 1500 greffes de plus !!!
- A titre individuel : risque être receveur = 4 x risque être donneur !!

Cordier & Goudineau : Religions, corps et greffes

(In: Ethique et transplantation d'organes. Paris: Ellipses, 2000)

- *“Fortes de leurs perspectives propres, ces religions contribuent utilement au débat sur cette épineuse question.*
- *Elles mettent en garde notre culture moderne contre les dérives néfastes auxquelles peut mener son approche scientifique, techniciste et pragmatique :*
 - *un rapport utilitariste au corps humain conçu, dès lors qu'il ne "fonctionne" plus, comme une banque d'organes ;*
 - *une vision sectorisée de la personne humaine ;*
 - *une compréhension purement "horizontale" de la mort, dépouillée de son mystère et de la méditation sur le sens de la vie à laquelle elle invite”*

LA MORT ET LES RELIGIONS

D'une manière très schématique,

- **le catholicisme, le protestantisme et l'islam**
 - reconnaissent le concept de mort encéphalique,
 - laissant à la communauté scientifique le soin de la détermination du moment de la mort;
- **alors que judaïsme, orthodoxie et bouddhisme**
 - rejetteraient ce critère
 - en mettant en avant un délai (traditionnellement de trois jours) entre la constatation de la mort et le départ de l'âme.
- **Pourtant, ce critère de mort encéphalique**

“est, de fait, accepté par ceux-là même qui le contestent sur un plan anthropologique et religieux”, lorsqu'ils mettent en avant les manifestations de solidarité et d'amour envers l'Autre pour accepter le don d'organes.

Exprimer un choix personnel vis à vis du don d'organes ou de tissus

Les religions et le don d'organes

Le prélèvement d'organes, qui a pour finalité de sauver ou d'améliorer la qualité de vie, ne rencontre pas d'objection de principe de la part des confessions religieuses. Toutes les religions invitent leurs fidèles à une réflexion en faveur du don et disent leur assentiment dès lors qu'il s'agit de sauver une vie en péril.

**Toutes les religions monothéistes sont
favorables au don d'organes**

Respect et Consentement du Donneur

Judaïsme

- La croyance en la résurrection tend à se voir substituer la croyance en l'immortalité de l'âme dans les milieux libéraux.
- Les critères reconnus par les autorités rabbiniques pour définir la mort sont l'abolition irréversible (impliquant un délai minimum de 30 min d'observation) de toute activité nerveuse, circulatoire et respiratoire.
- Cependant, les prélèvements et la transplantation pourraient être effectués à condition de respecter des conditions strictes comme la valeur sacrée de la vie.

Catholicisme

- s'est prononcé en 1956 (Pape Pie XII) en faveur des dons d'organes, mais sans jamais cependant en faire un devoir.
- critères de mort cérébrale reconnus et don possible à condition que :
 - le consentement soit obtenu,
 - les rites funéraires puissent être effectués,
 - le corps humain ne soit pas considéré comme une entité purement biologique.

Orthodoxie

- Plus réservée et plus hétérogène face à la greffe.
- Vivante ou morte, une personne reste la somme indissociable de son corps et de son esprit.
- Le corps étant impliqué dans la résurrection, son intégrité est indispensable. De plus, 3 jours s'écouleraient au moins avant qu'il y ait départ de l'âme du corps.
- Cependant il existe aussi une approche plus pragmatique reconnaissant la validité du concept de mort cérébrale.

Protestantisme

- Reconnaît dans sa grande majorité (sauf réticences individuelles ou culturelles, notamment en Allemagne) le concept de ME,
- tout en insistant sur :
 - le respect dû à la personne,
 - le souci d'accompagnement des receveurs et des familles de donneurs,
 - ou la nécessaire équité dans la répartition des organes.

Bouddhisme

- Naissance et mort forment un tout inséparable (vision cyclique et ininterrompue de la vie).
 - Cette vision est différente de celle de la médecine moderne analytique et explique les réticences à la greffe au Japon.
- A la manière de l'âme, la force psycho-mentale de l'être à renaître demeure dans l'enveloppe physique du mort pendant encore 3 jours.
- Mais en pratique, le critère de ME est souvent en fait accepté, en accord avec les principes édictés par les autres religions (consentement, respect et non-commercialisation)

En Islam,

- Seul Dieu donne et reprend la vie, nous ne sommes que les usufruitiers de la vie lors de notre passage sur Terre.
- Cependant, la maladie n'est pas une fatalité et entre deux maux il faut choisir le moindre; l'intérêt du vivant a priorité sur le respect dû au cadavre.

POSITIONS RELIGIEUSES

TEMOINS DE JEHOVAH

Pas de recommandation spéciale

=

Décision personnelle

POSITIONS RELIGIEUSES

SHINTOÏSME

**N'accepte pas la notion de
mort cérébrale**

≠ la mort de l'individu

**Le cadavre continue à héberger l'âme du
défunt, pendant un certain temps**

EN CONCLUSION

LA MORT : FAIT CULTUREL ?

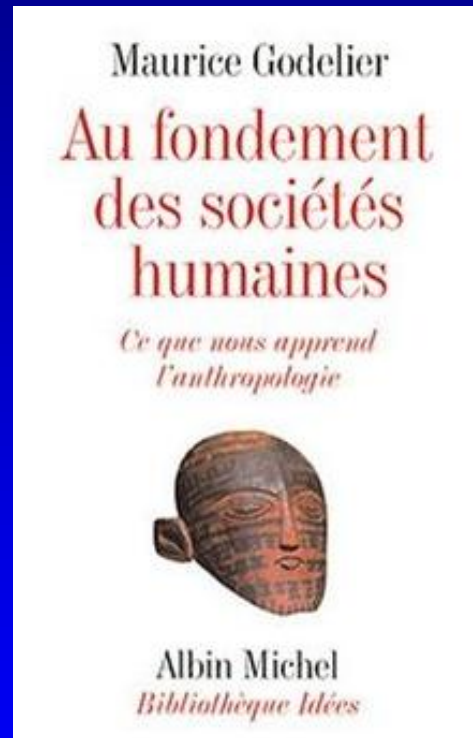
Evolution des approches au cours du temps ?

1. **Vivre en mortel** (*signification de la mort ?*)
2. **La mort et le devenir du corps** (*rituels d'accompagnement et funéraires*)
3. **Jugements et états intermédiaires** (*le jugement des morts et l'accès à l'au-delà*)
4. **Le terme du voyage** (*l'immortalité, le Paradis, l'Enfer, l'Eternité*)
5. **Les vivants et les morts** (*Relation avec les défunts*)

Les rapports actuels avec la mort ?

1. **La mort neutralisée** (*la quête contemporaine de l'immortalité*)
2. **La mort et le devenir du corps** (*Soins palliatifs, cimetières, crémation...*)
3. **Imaginaires *post mortem*** (*jeux vidéo, réincarnation, NDE, pulsions de mort*)
4. **Nouvelles promesses d'immortalité** (*mort biologique et immortalité*)
5. **Les vivants et les morts** (*nouveaux cultes de la mémoire collective,...*)

“Dans aucune culture que je connais, la mort n’est la fin de la vie.”



Maurice Godelier : *Au fondement des sociétés humaines : ce que nous apprend l'anthropologie* (Albin Michel, 2007)