

**LE SOIR, Opinions et débats Vendredi  
(25 août 2000)  
Faut-il anesthésier les donneurs  
d'organes ?**

**JEAN-MICHEL GUÉRIT**  
**Professeur clinique, Cliniques**  
**universitaires St-Luc,**  
**chargé de cours UCL**

**Est-on mort quand on est cliniquement mort ?**  
Les morts sentent-ils la douleur ? Ces questions, soulevées dans un article de Daniel Coulon ("Le Soir" du 22 août) font suite aux réflexions d'un anesthésiste anglais relatant la survenue, lors de prélèvements d'organes, de mouvements et de modifications du pouls ou de la tension artérielle chez des patients en état de mort cérébrale. Ce dernier conclut qu'il refusera la carte de donneur d'organes en l'absence de nouvelles règles concernant l'**anesthésie** de ces patients. Si les observations à l'origine de ce débat sont bien réelles, nous craignons qu'elles jettent un trouble injustifié dans l'opinion publique.

***L'évolution des frontières  
entre la vie et la mort***

Avant les années 1960, la mort était diagnostiquée sur base de plusieurs signes indissociables : arrêt du coeur et de la respiration, immobilité cadavérique. La mort était considérée comme un événement instantané, survenant à un moment précis, et global, concernant d'emblée l'intégralité physique et psychologique du sujet. Il existait donc une frontière précise entre la vie et la mort.  
Cette frontière n'est plus aussi précise, la mort

étant actuellement considérée comme un processus continu et progressif. On sait effectivement que les différents tissus de l'organisme "meurent" à des rythmes différents. Par exemple, des greffons de peau et d'os viables peuvent être obtenus jusqu'à 24 heures et 48 heures après l'arrêt cardiaque. Par ailleurs, alors que jusqu'il y a peu de temps, la défaillance d'un des grands systèmes de l'organisme (circulatoire, respiratoire, etc.) entraînait quasi automatiquement celle des autres systèmes et donc le décès, les progrès récents de la réanimation ont permis de suppléer artificiellement à la défaillance isolée de la plupart de ces systèmes : si le coeur ne bat plus, la circulation peut être assistée par une circulation extracorporelle, si la respiration s'arrête, le patient peut être placé sous respirateur.

Cet émoussement de la frontière entre la vie et la mort pose la question du choix des critères décisifs permettant d'affirmer la mort de la personne. Il s'agit d'un débat complexe se situant à l'intersection de la philosophie et de la médecine. Il existe néanmoins un consensus presque total pour affirmer que la destruction de tout le cerveau entraîne la perte des fonctions assurant la spécificité humaine et est donc équivalente à la mort de la personne.

### ***Quand peut-on affirmer que le cerveau est détruit ?***

Comme la cigale de la fable, le cerveau ne dispose d'aucune réserve énergétique et a donc besoin d'une alimentation continue en énergie qui lui est fournie par le sang. Si le sang ne lui arrive plus, le cerveau se détruit en quelques dizaines de minutes. Ceci valide les critères traditionnels de la mort basés sur la

démonstration d'un arrêt circulatoire. Dans ces situations qui peuvent être rencontrées par exemple lors d'un arrêt cardiaque, la destruction du cerveau est secondaire à la défaillance de la circulation. Formellement, ce n'est cependant pas la destruction du cœur mais bien celle du cerveau qui permet d'affirmer le décès du patient en tant qu'être humain.

Dans d'autres circonstances - par exemple, un traumatisme crânien sévère - la destruction totale du cerveau peut être due à l'interruption isolée de la circulation sanguine cérébrale alors qu'au départ tout au moins, le reste du corps reste vascularisé. Ces situations existent depuis toujours mais leurs conséquences à court terme se sont vues modifiées radicalement par les progrès de la réanimation.

En effet, en l'absence de réanimation efficace, la destruction totale du cerveau entraîne à court terme l'arrêt de la respiration et donc celui du cœur, privé d'oxygène. La situation est alors analogue à celle décrite précédemment. Par contre, si le patient est placé sous respirateur, sa situation devient celle d'une personne dont le cerveau est totalement détruit - et qui doit donc être considérée comme humainement morte - mais dont les autres organes restent fonctionnels et susceptibles d'être prélevés pour sauver d'autres vies.

Cette situation, connue sous le terme de mort cérébrale, n'a donc pu se rencontrer qu'après l'apparition de respirateurs efficaces, fin des années 1950. Cette chronologie n'a pas manqué de susciter des débats de société, bien compréhensibles. Tout se passait effectivement comme si l'on "inventait" une nouvelle façon de mourir et sa coïncidence avec les premières greffes d'organes, au début des années 1960, ne fit qu'accentuer la

suspicion. Il faut être très clair à ce sujet : ce n'est pas pour permettre les greffes d'organes que l'on "inventa une nouvelle façon de mourir" mais bien parce qu'une situation nouvelle, liée à l'avènement des respirateurs, fit son apparition qu'il devint possible d'envisager le prélèvement d'organes viables chez des patients décédés en tant qu'être humains.

Des réactions parfois spectaculaires peuvent être observées chez des patients en état de mort cérébrale.

Une poule décapitée peut encore courir quelques mètres. Ceci s'explique par le fait que sa moelle épinière, provisoirement intacte, contient des circuits nerveux assurant une marche automatique. La situation est en partie la même chez l'humain dont la moelle épinière permet également des réactions nerveuses automatiques. Ces réactions peuvent être des mouvements, parfois élémentaires (de petites secousses musculaires), parfois spectaculaires (le mouvement d'un membre, voire même le redressement de tout le tronc) ou des réactions "végétatives" comme une accélération du pouls ou une augmentation de la tension artérielle en réponse à des stimulations. On peut considérer que le cerveau prend en charge les fonctions cognitives les plus élaborées et "délègue" à la moelle épinière des fonctions automatiques ancillaires indispensables à la survie de l'organisme.

La mort cérébrale correspondant à la destruction du cerveau mais pas de la moelle épinière, ces réactions peuvent être observées chez des patients en état de mort cérébrale, notamment lors des manœuvres chirurgicales de prélèvement. Elles peuvent être gênantes pour le chirurgien et nécessiter une adaptation de l'**anesthésie**. Elles n'impliquent cependant en aucun cas que le patient en état de mort

cérébrale puisse souffrir ou prendre conscience de sa détresse, toutes les structures cérébrales permettant cette prise de conscience étant totalement détruites.

***En conclusion:  
le patient ne souffre pas***

Les observations ayant suscité le débat sont bien réelles et peuvent effectivement justifier une adaptation de l'**anesthésie** pour optimiser les conditions du prélèvement qui n'est pas une autopsie mais une intervention chirurgicale à part entière. L'apparition de réactions motrices ou végétatives n'implique cependant nullement que le patient souffre. De deux choses l'une, ou bien il est mort, auquel cas il ne peut plus souffrir, ou bien il peut souffrir, auquel cas il n'est pas mort et il n'est pas question de prélever ses organes. Il faut savoir que, dans notre pays, le diagnostic de mort cérébrale repose sur des critères objectifs très stricts basés sur l'examen clinique et des examens complémentaires rigoureux. Il doit être posé par trois médecins indépendants de l'équipe de prélèvement et, au moindre doute, le diagnostic est toujours postposé jusqu'à clarification totale de la situation. Les prélèvements d'organes survenant toujours dans des circonstances abruptes et dramatiques, il n'est généralement pas envisageable d'exiger de la famille du défunt une prise de position froide et rationnelle. Plus généralement, nous comprenons qu'il faut donner à la société le temps de comprendre et de réagir à ces situations nouvelles. Nous estimons cependant qu'elle a le devoir de mettre à la disposition de ses membres tous les moyens permettant d'améliorer leur bien-être et les greffes d'organes font incontestablement partie de ces moyens. Il est

dès lors du devoir des spécialistes de lui  
fournir tous les éléments d'informations  
susceptibles d'alimenter un débat  
scientifiquement fondé et aussi serein que  
possible.

