

# Médecine transplantatoire

## Savons nous [vraiment *ndt*] ce que nous faisons ?

*Paolo Bavastro*

**En 2012 une nouvelle loi sur la transplantation fut votée avec l'objectif de rehausser la disponibilité au don d'organes. Une publicité au lieu d'une clarification et des mises en œuvre abusives dans quelques centres de transplantation provoquèrent le contraire.**

**La médecine transplantatoire se fonde sur deux mensonges : la « mort cérébrale » serait la mort de l'être humain et ce serait le concept de « mort complète du cerveau » qui vaudrait. Nous avons vu que les deux conditions préalables ne sont pas remplies. Mentir ou bien faire « comme si » ne fournissent aucun fondement éthique porteur.**

Au second semestre de l'année 2012, des infractions massives, des irrégularités et des situations scandaleuses furent portées à la connaissance du public, aussi bien dans les attributions d'organes qu'auprès de la DSO [*Deutsche Stiftung Organtransplantation*] et dans les prélèvements d'organes. Du côté officiel, on insiste jusqu'à aujourd'hui sur le fait qu'il s'agit purement et simplement de cas isolés : mais ces scandales révèlent manifestement des fautes graves dans le système. Le citoyen remarque ces problèmes, la disponibilité au don a chuté en 2012 d'environ 13% et dans le premier trimestre de 2013 de 20% supplémentaire. Les mesures prises pour empêcher la répétition de tels scandales ne sont que cosmétiques : rien n'a changé dans les erreurs structurelles de construction. Au sens de la déclaration de rigueur, je voudrais ici décrire la phénoménologie du patient en « mort cérébrale », ainsi que les contradictions en rapport avec la détermination de l'état de « mort cérébrale ».

### **Interdiction de perception**

Au moyen de multiples causes (accident, hémorragie cérébrale, opération) le cerveau peut être irrémédiablement détruit ; cet état se développe dans un laps de temps d'heures ou de jours dans l'image complète de la maladie. Le patient en défaillance cérébrale se trouve dans un profond coma, sous assistance respiratoire, sans conscience de veille rationnelle, puisque cervelet, cerveau et tronc cérébral sont détruits — telle est en tout cas la définition.

Des réflexes reliés au tronc cérébral sont éteints : par exemple, le réflexe de cornée et celui de tousser. Les pupilles ne réagissent plus à l'excitation lumineuse. Des réflexes de protection lors de stimulation douloureuse ne sont plus à provoquer. Des réflexes de la moelle épinière sont encore existants : par exemple le réflexe rotulien du genou ou l'érection chez l'homme. Et tout plus, dix réflexes sont encore déclenchables. Ces réflexes sont des phénomènes de vie, ils appartiennent à la vie, indépendamment du lieu de leur apparition. Un mort, un cadavre n'a aucun réflexe !! Ceux qui préconisent la « déclaration de décès » affirment que ce ne sont que des réflexes, c'est pourquoi l'être humain est mort. Cette « logique » correspond à une « éthique du semblant de définition », c'est une interdiction de perception.

Des patients en mort cérébrale présentent de nombreux événements de vie, qui ont des fonctions intégratives : respiration interne (l'échange gazeux entre sang et tissu), respiration cellulaire, régulation de la pression sanguine, activité cardiaque spontanée, régulation de température, excréments « urine et selles », processus métaboliques ainsi que décharge et formation hormonales, formation et coagulation du sang. La biologie décrit ces phénomènes d'une manière correcte comme appartenant à la vie. Le degré de gravité de la maladie nous montre comment de telles fonctions sont gravement perturbées : un grand malade, un mourant est cependant un patient au plan phénoménologique, et il n'est pas déjà mort.

### **Phénomènes de vie**

Chez les patients en « mort cérébrale », nous voyons des signes de vie du système neurovégétatif : il gouverne indépendamment de la volonté des événements et processus de vie internes, comme le pouls, la pression sanguine, l'activité glandulaire. Si des « morts cérébraux » sont soumis à une

opération de prélèvement d'organes, ils présentent alors des réactions végétatives que montrent aussi tout être humain placé sous des conditions opératoires : la coupure de la peau par le chirurgien provoque, malgré l'anesthésie, une douleur éprouvée inconsciemment. De ce fait le pouls s'accélère, la pression sanguine s'élève nettement, la décharge de l'hormone de stress est multipliée ; lors de relèvements passifs de la tête, le pouls et la pression sanguine s'élèvent. Des « morts cérébraux » montrent sous anesthésie, des réactions qui sont des phénomènes de la vie. De telles manifestations appartiennent phénoménologiquement et sans aucun doute à la vie — un mort ne présente pas de telles réactions. Lors d'une ouverture du corps, aucune anesthésie n'est pratiquée auparavant. Les signes de vie décrits plus haut sont des réflexes mais par quoi sont-ils donc déclenchés ? Ils attirent l'attention sur une perception de douleur profondément ressentie subconsciemment par le « mort cérébral ». De tels êtres humains, déclarés en mort cérébrale, qui montrent, malgré l'anesthésie, de tels phénomènes vivants, sont-ils donc censés être morts ? C'est une notion absurde ! — À ce propos, la DSO déclare : « Il n'est pas à justifier de fait qu'une personne déclarée en état de mort cérébrale ne dispose d'aucune sorte de capacité de perception, en particulier la sensibilité à la douleur. Des neurologues et neuro-physiologistes de renom excluent bien entendu une faculté de perception et une capacité de perception de la douleur chez les morts cérébraux. » Scientifiquement correcte est purement et simplement l'affirmation que nous ne savons pas si ils ressentent ou perçoivent ou ce qu'ils ressentent ou perçoivent : exclure une perception uniquement sur la base d'une définition, c'est malhonnête. Pour écarter ces phénomènes de vie d'un patient mourant, des organes sont prélevés sous anesthésie partielle ou complète ou bien « seulement » sous élimination des réflexes musculaires ; ces patients sont attachés pendant le prélèvement d'organes — ceci, quoiqu'ils fussent déclarés décédés en « mort cérébrale » avec certificat de décès, en étant ramenés en salle d'opération : « On n'a pas encore rapporté jusqu'à présent que des cadavres lors de l'ouverture du corps dussent encore avoir été anesthésiés ou attachés » — remarque cyniquement Manfred Balkenohl.

Les trois piliers d'une anesthésie sont élimination de la douleur, élimination de la conscience et relaxation musculaire : un ou deux de ces trois éléments sont utilisés. La nécessité d'une anesthésie est véhémentement combattue par les tenants de la « mort cérébrale », nonobstant elle est discutée dans la littérature dans maints pays, par exemple en Suisse, elle est carrément prescrite. Le plus souvent elle est appelée thérapie de protection des organes, pour tromper sur le fait qu'il s'agit du traitement de personnes vivantes. L'Ordre des médecins écrivit en 2001 : « L'activité des anesthésistes lors du prélèvement d'organes — pour des mesures comme la respiration artificielle, le contrôle de l'activité cardiaque et de la circulation sanguine ainsi que la mise au repos nécessaire de la musculature — sert exclusivement le maintien de la fonctionnalité des organes à prélever » — donc : la conservation optimale des fonctions vitales des organes, les tâches de l'anesthésiste, que celui-ci a à prendre lors de toute opération, sont-elles bien prescrites ici à l'égard d'un mort ? Des fonctions vitales ne peuvent fondamentalement être maintenues qu'aussi longtemps qu'une vie existe.

#### **Mise au même niveau de la mort cérébrale et de la mort**

Un autre phénomène fait apparaître comme une absurdité la mise au même niveau de la « mort cérébrale » d'avec la mort : les récits de grossesses de femmes en « mort cérébrale ». Il n'en existe que peu décrites dans la littérature, on y rapporte sporadiquement une survie plus longue de la mère et de l'enfant — rarement la naissance d'un enfant sain. Les traitements des patientes en défaillance cérébrale, qui étaient enceintes — comme cela est arrivé à la Clinique Filder en 1991 (jusqu'à la naissance d'un enfant sain) et à Erlangen en 1992 (avortement spontané) — démontrent carrément que de telles patientes sont des êtres humains vivants. Ces deux patientes remplissaient les « critères de mort cérébrale » dans la conception valable à l'époque.

Une grossesse intacte chez une patiente en « mort cérébrale » ôte tout fondement élémentaire au concept de mort cérébrale. Il est évident que des êtres humains en défaillance cérébrale sont les plus

gravement malades, ce sont des mourants mais pas morts. Le prélèvement d'organes c'est la mort d'un mourant.

À peine 10 % seulement des donneurs d'organes s'étaient auparavant déclarés prêts à cela — plus de 90 % des « donneurs » ne le deviennent que par l'accord des proches. Une mise à mort ne peut pas être justifiée — quand bien même elle suit un objectif « bon », pour préciser au service du receveur d'organe(s). Peut-il y avoir un « *justified killing* [assassinat justifié, en anglais dans le texte, *ndt*] » ? Déclarer un mourant en défaillance cérébrale pour mort, afin de contourner une mort lors du prélèvement d'organes, représente une disposition utilitaire, arbitraire, qui n'est pas conciliable avec l'honnêteté en tant que condition préalable à toute considération éthique.

### **Le concept de mort cérébrale**

Qu'énonce le « concept de mort cérébrale » ? L'Ordre des médecins le formule de la manière suivante : « La mort cérébrale est définie comme un état d'extinction irréversible de l'ensemble des fonctions du cerveau, du cervelet et du tronc cérébral. » Toutes les fonctions du cerveau, du cervelet et du tronc cérébral doivent donc être irrémédiablement éteintes. Dans le concept d'Harvard, était encore exigée une complète aréflexie [ou encore irréflexivité, *ndt*]. Mais celle-ci eût extrêmement réduit le nombre de donneurs, c'est pourquoi après 1968, ne fut définie que l'aréflexie cérébrale. La plupart des fonctions et décharges hormonales, qui appartiennent au tronc cérébral sont intactes lors d'une mort cérébrale ou bien légèrement modifiées. Toutes ces fonctions devraient être supprimées, si, comme condition de mort cérébrale, on requerrait la défection complète du tronc cérébral. Au lieu de cela, on affirme que le circuit des régulations hormonales encore existant ne contredirait pas la « mort cérébrale ». Nous avons *de facto* au niveau mondial la situation que l'on peut prouver un grave endommagement du tronc cérébral. Sur le cerveau, une déclaration est possible d'une manière extrêmement restreinte, sur le cervelet aucune déclaration n'est possible. Ce qui vaut purement et simplement effectivement, c'est la notion de mort cérébrale partielle — une situation très alarmante !

Nous devons donc constater qu'on ne peut pas satisfaire aux conditions, qui sont exigés dans la loi et que l'Ordre des médecins a établies. Les tests ne peuvent ni fournir l'assurance exigée ni démontrer la défaillance de l'ensemble de l'encéphale. — Dans le diagnostic nous constatons l'état d'existence d'une maladie, d'un état : comme on constate, au moyen d'une image radiographique, qu'un os se présente brisé consécutivement à une chute. Nous constatons alors un état préexistant. Par contre lors du diagnostic de « mort cérébrale », surgit un état (mort) au moyen du diagnostic lui-même, l'affirmation que « mort cérébrale équivaut à la mort » ne prend naissance que par le diagnostic. Cela est donc censé aussi déterminer l'être.

L'image de l'être humain de la médecine transplantatoire, est au fond de nature primitive, se fondant sur Descartes : l'être humain y est analogue à une machine, dont les rouages — organes — sont remplaçables. L'organe central de l'être humain, qui coordonne tout, c'est le cerveau ; ici se loge ce qui est typiquement humain. C'est pourquoi l'être humain est mort lorsque son cerveau ne fonctionne plus : le « concept de mort cérébrale ». Un tel concept n'est ni conciliable avec l'image chrétienne de l'être humain ni avec celle de Steiner.

**Das Goetheanum, n°35-36/2013.**

(Traduction Daniel Kmiecik)

**Paolo Bavastro est spécialiste des maladies internes, cardiologue, et philosophe spécialiste en éthique. Il a rédigé de nombreuses publications sur des questions éthiques en médecine. Un ouvrage sur la transplantation d'organes est en cours de préparation par ses soins. L'article entier, y compris les notes de bas de page, peut être demandé auprès de l'auteur lui-même : [p.bavastro@t-online.de](mailto:p.bavastro@t-online.de)**

