



DON D'ORGANES & EUTHANASIE : *éthiquement compatibles ?*

INTRODUCTION

Dans un contexte de pénurie d'organes face aux longues listes de patients en attente d'un organe sain, quel regard poser sur le développement du don d'organes après l'euthanasie ? Élan d'altruisme, ou relent d'utilitarisme ?

Reconnaissons que la transplantation d'organes est l'une des avancées médicales majeures de la deuxième moitié du 20ème siècle. Elle consiste à remplacer l'organe défaillant d'un patient par l'organe sain d'un donneur pour permettre de sauver la vie du receveur ou d'améliorer considérablement sa qualité de vie. On distingue habituellement le don des organes en eux-mêmes (cœur, poumons, reins, foie, pancréas, intestins), du don de tissus (peau, os, cornées, valves cardiaques, moelle osseuse, etc.) Il peut être fait don d'organes non-vitaux durant le vivant du donneur, tandis que les organes vitaux ne peuvent être prélevés qu'après sa mort. Celle-ci survient naturellement ou par accident, mais elle peut aussi être provoquée (euthanasie), dans les pays ayant légalisé cette pratique.

Le prélèvement des organes après une euthanasie résulte de la juxtaposition de deux procédures distinctes mais concordantes : celle de la demande d'euthanasie d'une part, et celle du don d'organes d'autre part. Concrètement, comment s'accordent l'euthanasie et le don d'organes ? La loi permet-elle ce cumul ? Mais surtout, quelle évaluation éthique poser sur la succession de l'euthanasie par un don d'organes ?

C'est pour tenter de répondre à ces multiples questionnements qui surgissent autour de la combinaison de l'euthanasie et du don d'organes que ce dossier de l'IEB est publié à l'heure où cette pratique tend à être promue par certains chirurgiens et universités. Il en présente les contours pratiques, juridiques et éthiques.

I. ASPECTS PRATIQUES DU DON D'ORGANES APRÈS EUTHANASIE

A. Les pays concernés

La Belgique, les Pays-Bas et le Canada sont à l'heure actuelle les seuls pays donnant cours à des euthanasies suivies de prélèvement et transplantations d'organes.¹ La Belgique ayant dé penalisé l'euthanasie en 2002 moyennant certaines conditions, c'est déjà en 2005 qu'on y enregistre le premier cas au monde d'euthanasie suivie d'un don d'organes : c'est l'histoire de Diane, âgée d'une quarantaine d'années et atteinte du syndrome d'enfermement (paralysie quasi-totale).² Les Pays-Bas avaient autorisé l'euthanasie un an plus tôt que la Belgique, mais ont attendu 11 ans avant de l'associer au don d'organes (2012).³ Héritant de l'expérience de ces deux pays, le Canada a connu le don d'organes après euthanasie dès la légalisation de cette dernière, soit en 2016.⁴



Dans les pays autorisant le **suicide assisté**, comme **la Suisse et un certain nombre d'États américains**⁵, ce sont les circonstances plus que les lois qui freinent l'association du suicide assisté et du don d'organes. En Suisse par exemple, le suicide assisté n'a pas lieu à l'hôpital mais au domicile de la personne ou dans un lieu mis à disposition par l'organisation qui aide le patient à se suicider. Le temps écoulé entre le suicide et l'arrivée à l'hôpital pour le prélèvement serait trop important et entraînerait la dégradation des organes, devenus impropre à la transplantation.⁶ De plus, le suicide assisté implique l'administration d'un poison qui peut mettre jusqu'à 30 minutes pour provoquer la mort. Il s'ensuit que la pression sanguine et l'oxygène diminuent de façon trop importante, et que les organes se détériorent rapidement.⁷

¹ Nous n'avons pas connaissance de tels cas au Luxembourg, bien que ce pays ait légalisé l'euthanasie en 2009.

² "Le don d'organes après euthanasie", brochure réalisée par la Société Belge de Transplantation, Levenseinde Informatieforum (LEIF), et De Maakbare Mens (2017).

³ J. MULDER, J. SONNEVELD, "Organ donation after medical assistance in dying at home", *CMAJ* 5 novembre 2018.

⁴ I. BALL, A. HEALEY, S. KEENAN e.a., "Organ Donation after Medical Assistance in Dying — Canada's First Cases", *N. Engl. J. Med.*, 6 février 2020, 382;6, p. 576.

⁵ Il s'agit de la Californie, du Colorado, du District de Colombie, Hawaii, Montana, Maine, New Jersey, Oregon, Vermont, et Washington.

⁶ D. M. SHAW, "Organ Donation After Assisted Suicide: A Potential Solution to the Organ Scarcity Problem", *Transplantation* 2014;98: 248.

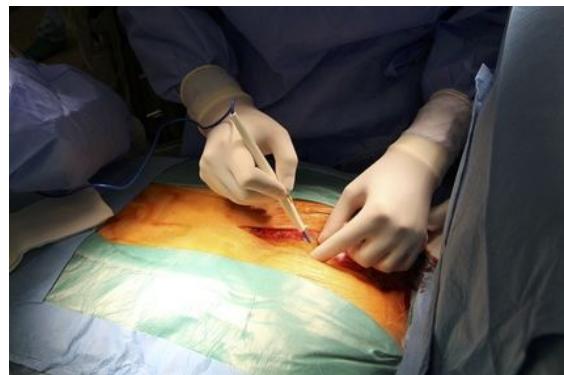
⁷ J. BOLLEN, *Organ donation after euthanasia; medical, legal and ethical considerations*, Gildeprint en Universitaire Pers Maastricht, 2019, p. 36.

B. Conditions pratiques pour un don d'organes après euthanasie

Le prélèvement des organes suivant un décès provoqué ou une mort naturelle n'est évidemment pas envisageable pour tout le monde. En effet, on ne prélève que les organes présentant une chance suffisante d'améliorer la santé du receveur. Sont donc exclus les organes provenant de personnes atteintes d'un cancer (**affections malignes**). L'**âge avancé** (au-delà de 80 ans)⁸ et un **état de santé détérioré** sont d'autres facteurs d'exclusion,⁹ tout comme des pathologies affectant un organe spécifique (diabète type 1, cirrhose du foie, etc.)¹⁰. Le cœur est quant à lui trop endommagé pour être transplanté, suite à l'arrêt cardiaque provoqué par la substance létale. Cette dernière n'affecte apparemment pas la qualité des autres organes.¹¹

Organiser le prélèvement des organes après avoir euthanasié un patient a des exigences **de temps et de lieu**. Cela implique pour le donneur certains **examens médicaux** dans les jours qui précèdent l'euthanasie afin de vérifier

l'état des organes à transplanter¹² : prises de sang ou prélèvement d'urine à domicile, voire parfois des analyses plus approfondies à l'hôpital. On administre en général de l'héparine au donneur juste avant ou immédiatement après l'euthanasie, pour favoriser une circulation sanguine fluide dans les organes.¹³ Ensuite, il ne peut s'écouler que quelques minutes entre le décès et le prélèvement.



Dans ces conditions, il est donc requis que la personne soit **euthanasiée à l'hôpital** où s'effectuera le prélèvement. La personne sera euthanasiée dans la salle d'opération ou dans une pièce avoisinante : il est impératif d'agir au plus vite après l'attente obligatoire (2 à 5 minutes) après avoir constaté la mort faisant suite à l'arrêt cardiaque provoqué.¹⁴ La procédure est rapide, plus rapide

⁸ O. DETRY, Euthanasie & Don d'organes, 2016, présentation accessible via : https://orbi.uliege.be/bitstream/2268/194234/1/Euthanasie_2016.pdf

⁹ G. VAN DIJK, A. GIEZEMAN, F. ULTEE e.a., "Orgaandonatie na euthanasie bij een patiënt met een neurodegeneratieve aandoening", *Ned. Tijdschr. Geneesk*, 2013;157: A6548, p. 3.

¹⁰ J. MULDER, J. SONNEVELD, *op. cit.*

¹¹ DM. WOOD, PI. DARGAN, AL. JONES, "Poisoned patients as potential organ donors: postal survey of transplant centres and intensive care units", *Critical Care* 2003; 7: p. 147.

¹² D. VAN RAEMDONCK, G.M. VERLEDEN, L. DUPONT et al, "Initial experience with transplantation of lungs recovered from donors after euthanasia", *Appl Cardiopulm Pathophysiol* 2011;15, p. 40.

¹³ *Ibidem*, p. 41.

¹⁴ G. VAN DIJK, A. GIEZEMAN, F. ULTEE e.a., *op. cit.*, p. 2. Puisque le don d'organe s'opère suite à un arrêt cardiaque (provoqué par l'euthanasie), le don d'organes après euthanasie est répertorié dans la catégorie III de Maastricht, i.e. "Awaiting cardiac arrest": J. BOLLEN, *op. cit.*, p. 34.

La réduction du temps d'attente à seulement 2 minutes est basée notamment sur l'étude de R. STEINBROOK, "Organ Donation after Cardiac Death", *N Engl J Med*, 2007; 357-3: 209-213.

qu'en cas de prélèvement après mort cérébrale car dans ce cas-là, les organes restent vascularisés.¹⁵

Ces contraintes de lieu et de temps, **peu propices à l'intimité familiale**, amènent la plupart des personnes qui choisissent l'euthanasie, à ne pas opter pour le don d'organe. Pour y pallier, des médecins néerlandais proposent désormais de séder le patient chez lui, entouré de ses proches, à la suite de quoi, le patient est acheminé en ambulance jusqu'à l'hôpital où un médecin provoquera sa mort dans la salle d'opération, quelques minutes avant le prélèvement.¹⁶

C. Le profil des donneurs après euthanasie

La plupart des personnes qui demandent à être euthanasiées sont atteintes d'un cancer et ne peuvent donc pas donner leurs organes après leur mort. Cela se vérifie pour les trois pays en question : le cancer concernait 63% des euthanasies en 2019 pour la Belgique¹⁷, 64% des euthanasies la même année pour les Pays-Bas¹⁸, et 64% des euthanasies en

2018 pour le Canada.¹⁹ En revanche, les personnes présentant des **maladies du système nerveux** (suite à un accident cardiovasculaire, une sclérose multiple, une sclérose latérale amyotrophique (SLA), ou encore la maladie de Huntington²⁰) ou des **troubles mentaux et du comportement** sont des « candidats de choix » pour le prélèvement d'organes, que leur maladie laisse généralement intacts.²¹ A noter qu'en Belgique, 8,7% des personnes euthanasiées en 2019 souffraient de maladies du système nerveux, et 1,8% de troubles mentaux et du comportement.²² Ceci rejoint l'estimation de certains scientifiques selon laquelle jusqu'à 10% des patients euthanasiés en Belgique seraient éligibles pour le prélèvement d'organes²³, soit **environ 260 personnes par an**. Il faut comparer ce chiffre au nombre de donneurs d'organes décédés en 2018 en Belgique, à savoir 335 personnes.²⁴ Cela reviendrait à presque doubler le nombre de donneurs si tous les patients euthanasiés éligibles pour le prélèvement d'organes choisissaient de donner leurs organes. On comprend dès lors l'enjeu

¹⁹ Fourth Interim Report on Medical Assistance in Dying in Canada, April 2019.

²⁰ D. YSEBAERT, G. VAN BEEUMEN, K. DE GREEF e.a., "Organ Procurement After Euthanasia: Belgian Experience", *Transplantation Proceedings*, 41, p. 585.

G. VAN DIJK, A. GIEZEMAN, F. ULTEE e.a., *op. cit.*, p. 3.

²¹ F. LEMAIRE et M. HUBERT, "Euthanasie et don d'organes", *Rev. Med. Brux.*, 2017 ; 38, p. 472.

²² Voir également le Flash expert IEB "[Euthanasie pour troubles psychiatriques ou démence en Belgique : analyse des cas reportés](#)".

²³ D. YSEBAERT, G. VAN BEEUMEN, K. DE GREEF e.a., *op. cit.*

²⁴ Donor & Transplant Statistics 2018, Belgium Transplantation Society : https://www.transplant.be/assets/bts - donor_and_transplant_statistics_2018

J. DOWNAR, S. D. SHEMIE, C. GILLRIE e.a., "Deceased organ and tissue donation after medical assistance in dying and other conscious and competent donors: guidance for policy", *CMAJ* 2019 June 3;191:E604-13.

¹⁵ D. M. SHAW, "Organ Donation After Assisted Suicide: A Potential Solution to the Organ Scarcity Problem", *Transplantation* 2014;98: p. 248.

¹⁶ J. MULDER, J. SONNEVELD, *op. cit.*

¹⁷ Commission fédérale de Contrôle et d'Évaluation de l'Euthanasie - CFCEE, communiqué de presse du 3 mars 2020 : Euthanasie – Chiffres de l'année 2019, p. 3.

¹⁸ Regionale Toetsingscommissie Euthanasie, Jaarverslag 2019, p. 12.

que représente le prélèvement d'organes après euthanasie...

- Pour la Belgique, lors du 22^{ème} congrès de la Société Belge de Transplantation en 2015, le corps médical a rapporté **21 cas** d'euthanasies suivies de prélèvement d'organes **de 2005 à 2015**.²⁵ L'âge moyen de ces personnes était de **48 ans**. La plupart d'entre elles étaient atteintes de **maladies neurodégénératives** (6) ou **d'affections psychiatriques** (7). **75%** des prélèvements furent effectués en **Communauté flamande**, soit la majorité. Il faut y ajouter 14 nouveaux cas de 2015 à 2017²⁶ : visiblement, la pratique s'élargit considérablement, sans doute dû à la promotion qu'en font certaines associations dans des brochures informant de la possibilité de donner ses organes après l'euthanasie.²⁷
- Aux Pays-Bas, on comptait 46 euthanasies suivies de don d'organes entre 2012 et 2017.²⁸
- Au Canada, de juin 2016 à janvier 2019, on relève 30 euthanasies suivies de don d'organes. La pratique se développe donc plus

vite qu'en Belgique ou aux Pays-Bas. L'âge moyen des patients était de 61 ans, et le diagnostic le plus fréquent celui de la sclérose latérale amyotrophique (SLA), suivie de l'obstruction pulmonaire chronique, puis de la maladie de Parkinson.²⁹

D. La qualité des organes prélevés après euthanasie

Les scientifiques impliqués dans les transplantations après euthanasie s'accordent pour dire qu'en général, les organes sont de **meilleure qualité** après une euthanasie qu'après un arrêt cardiaque ou une mort cérébrale. C'est le cas par exemple pour une greffe de pancréas, comme le souligne une étude menée par le Dr D.L. De Paep, chirurgien à l'UZ Brussel.³⁰ Les chercheurs imputent la qualité supérieure des pancréas prélevés après euthanasie à la **différence de profil des donneurs** : parce qu'ils ne sont pas toujours en fin de vie ou sont même physiquement en bonne santé, les patients euthanasiés présentent un taux de glycémie, d'hémoglobine, d'enzymes du foie, de lipase et de sodium supérieurs aux donneurs décédés "naturellement" après arrêt cardiaque ou mort cérébrale. Un autre aspect est important : le laps de temps prélèvement - transplantation.

²⁵ O. DETRY, *op. cit.*

²⁶ J. MULDER, J. SONNEVELD, *op.cit.*

²⁷ "Le don d'organes après euthanasie", brochure réalisée par la Société Belge de Transplantation, Levenseinde Informatieforum (LEIF), et De Maakbare Mens (2017).

²⁸ *ibidem.*

²⁹ I. BALL, A. HEALEY, S. KEENAN e.a., *op. cit.*, p. 576.

³⁰ D.L. DE PAEP, Z. LING, D. YSEBAERT, "Pancreatic Islet Isolation from Donors after Euthanasia", BTS 2019 Annual Meeting Poster session, 14 mars 2019.



Plus l'ischémie³¹ est courte, plus la transplantation a des chances de réussir. Dans le cas de la mort naturelle, ou lorsque sont arrêtées les techniques de soutien à la vie, la mort cardiaque survient parfois après plusieurs heures, compromettant ainsi la qualité des organes par le manque d'oxygène. L'euthanasie, au contraire, provoque immédiatement la mort du patient ; le temps d'ischémie est très réduit.³²

Les auteurs de l'étude en concluent que "l'utilité clinique supérieure" de ces organes montre l'importance des conditions de santé du donneur et celles du prélèvement (euthanasie). De même, pour ce qui est du prélèvement des poumons après euthanasie, **l'absence d'agonie** avant l'arrêt circulatoire préserve ces organes d'une inflammation qui pourrait diminuer les chances de réussite de la transplantation.³³

Enfin, il va sans dire que le choix et la **planification de l'euthanasie** facilite l'organisation de la transplantation. Le réseau de transplantation auquel est

rattaché l'hôpital peut dès lors, sur base des données qui lui sont communiquées à propos du donneur, **alloquer d'avance les organes** en fonction de la liste d'attente des receveurs.³⁴

³¹ Ischémie : temps éoulé entre l'arrêt circulatoire chez le donneur et la transplantation du greffon chez le receveur.

³² Argument développé par les Dr J.D. MEZRICH et J. SCALEA, dans The Atlantic, « As they ley dying », Avril 2015.

³³ D. VAN RAEMDONCK, G.M. VERLEDEN, L. DUPONT et al., *op. cit.*, p. 44.

³⁴ G. VAN DIJK, A. GIEZEMAN, F. ULTEE e.a., *op. cit.*, p. 2.

II. LE CADRE JURIDIQUE DU DON D'ORGANES APRÈS EUTHANASIE

Aucune loi ne règle la situation spécifique dans laquelle un prélèvement d'organes succéderait à une euthanasie. En revanche, l'euthanasie d'une part et le don d'organes d'autre part suivent des règles précises qui s'appliquent tout autant en l'espèce. C'est d'ailleurs la condition principale posée par l'ensemble des praticiens cités jusqu'ici et énoncée par le réseau européen de don d'organes *Eurotransplant* en 2008³⁵ : les deux procédures doivent obéir à leurs règles respectives et rester indépendantes l'une de l'autre, pour éviter tout conflit d'intérêt entre donneur et receveur d'une part, et entre l'équipe médicale de transplantation et l'équipe médicale chargée de l'euthanasie d'autre part. L'analyse éthique en troisième partie nous montrera si cet objectif est réaliste ou non.

Si la loi n'aborde pas la combinaison euthanasie/prélèvement d'organes, des organisations de transplantation et des associations médicales ou scientifiques ont pris l'initiative d'établir des recommandations en la matière. La *Fondation Néerlandaise de Transplantation* fut la première à édicter ses directives, en 2017.³⁶ La *Société Belge de Transplantation*, en collaboration avec

³⁵ Eurotransplant, Rapport Annuel 2008, REC01.08 p. 24.

³⁶ Richtlijn Orgaandonatie na euthanasie, *Nederlandse Transplantatiestichting*, septembre 2019 (version 1.3). Voir la synthèse de la directive dans le [Flash Expert IEB](#) : "Directives relatives au don d'organes après euthanasie aux Pays-Bas", 30 mars 2017.

Levenseinde InformatieForum (LEIF) et *De Maakbare Mens* propose une brochure assez pauvre en contenu.³⁷ Des associations canadiennes³⁸, enfin, publièrent des lignes de conduite en juin 2019.³⁹ Ces recommandations ont pour but de situer le prélèvement des organes après le geste d'euthanasie du médecin sur son patient dans le cadre juridique existant de ces pays, afin notamment de s'assurer du consentement du donneur dans le contexte très particulier de l'euthanasie.

A. Comment s'assurer du consentement du donneur ?

La loi belge relative au don d'organes⁴⁰ part du principe que chacun est **présumé candidat-donneur** s'il n'a pas exprimé de son vivant son **opposition** au prélèvement, actée au Registre national via l'administration communale. A partir du 1er juillet 2020, les **Pays-Bas** adopteront le même régime (dit d'"opt-out") et quitteront donc le régime dit d'"opt-in" où, pour figurer au rang des candidats-donneurs, il faut enregistrer explicitement son consentement.⁴¹ Au Canada, pour l'instant, seule la province de l'**Alberta** connaît un régime d'opt-out,

³⁷ "Le don d'organes après euthanasie", brochure réalisée par la Société Belge de Transplantation, *Levenseinde Informatieforum* (LEIF), et *De Maakbare Mens* (2017).

³⁸ Canadian Blood Services, Canadian Critical Care Society, Canadian Society of Transplantation, Canadian Association of Critical Care Nurses

³⁹ J. DOWNAR, S. D. SHEMIE, C. GILLRIE e.a., *op. cit.*

⁴⁰ Loi du 13 juin 1986 sur le prélèvement et la transplantation d'organes, *M.B.*, 14 février 1987.

⁴¹

<https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/orgaandonatie-en-weefseldonatie/actieve-donorregistratie>

les douze autres provinces restant attachées au système d'*opt-in*.⁴²

La question est la suivante : dans un pays qui **présume** du consentement de ses citoyens au don d'organes, **doit-on se baser sur cette présomption pour prélever les organes en cas de décès par euthanasie** ? Si l'on s'en tient à la loi, il devrait en être ainsi : toute personne euthanasiée qui n'a pas exprimé de son vivant un refus à se voir prélever des organes à sa mort, est présumée consentir au don d'organes. C'est ainsi que la nouvelle loi néerlandaise qui introduit le principe d'*opt-out* change la donne en matière d'euthanasie suivie d'un don d'organes. Si **auparavant** tant le corps médical que les directives de la Fondation Néerlandaise de Transplantation indiquaient que le patient désirant l'euthanasie devait **aborder de lui-même (et sans initiative de la part du médecin)**⁴³ le sujet du don d'organes, le médecin aura **dorénavant** l'obligation de consulter le Registre des donneurs **et prendra l'initiative, si le patient ne le fait pas, de lui demander s'il veut donner ses organes** après son euthanasie.⁴⁴ On peut dès lors se questionner sur le sort de la personne atteinte de **démence** et euthanasiée aux Pays-Bas sur base d'une déclaration anticipée.⁴⁵ Se basera-t-on sur la présomption de son consentement à

⁴² <https://novascotia.ca/organdonation/>

⁴³ Richtlijn Orgaandonatie na euthanasie, *op. cit.*, p. 18.

⁴⁴ S. HAENSEL en E. KOMPANJE, "Nieuwe donorwet vraagt artsen een actievere rol. Orgaandonatie na euthanasie: de vrijblijvendheid voorbij", *Medisch Contact*, 30 januari 2020, p. 22-23.

⁴⁵ Pour un état de la question récent sur l'euthanasie des personnes démentes aux Pays-Bas, voir l'actualité IEB "Personnes démentes et consentement à l'euthanasie : la Cour suprême des Pays-Bas livre son interprétation".

donner ses organes pour les lui prélever suite à une euthanasie dont elle ne se rendra peut-être même pas compte ?

Le corps médical **belge** est plus timide à cet égard : malgré une législation basée sur le consentement présumé à donner ses organes, on aperçoit qu'en pratique, la demande de combiner euthanasie et prélèvement de ses organes doit toujours **émaner du patient**.⁴⁶ Car il serait déontologiquement questionnable de mettre le patient sous pression (provoquer la mort du patient *en vue* d'un don d'organes). De façon peu claire, les directives canadiennes en la matière recommandent que le patient "*reçoive l'opportunité de considérer la question*", tout en reconnaissant le poids de certaines "valeurs régionales" et de la "culture des soins" prédominante.⁴⁷

Dans ces trois pays, les recommandations conviennent que le patient doit rester libre jusqu'à l'ultime moment de l'injection létale de changer d'avis par rapport à l'acte euthanasique, mais aussi par rapport au prélèvement des organes qui s'ensuit. Enfin, pour éviter que la demande d'euthanasie ne soit motivée que par le don d'organes, elles préconisent de **n'aborder la question du don d'organes qu'une fois la demande d'euthanasie validée**.

B. Information et consentement du receveur

Au sein des pays européens, diverses organisations à l'échelle nationale ou internationale sont chargées de la bonne

⁴⁶ D. VAN RAEMDONCK, G.M. VERLEDEN, L. DUPONT et al., *op. cit.*, p. 39.

⁴⁷ J. DOWNAR, S. D. SHEMIE, C. GILLRIE e.a., *op. cit.*

gestion de la transplantation d'organes. La Commission européenne a instauré un réseau européen de don d'organes *Eurotransplant* en 1969, pour faciliter les transferts d'organes d'un pays à un autre de l'Union européenne en faisant correspondre les listes de donneurs et de receveurs. Ce réseau comprend l'Allemagne, l'Autriche, la Belgique, la Croatie, la Hongrie, le Luxembourg, les Pays-Bas et la Slovénie. Au sein du réseau *Eurotransplant*, la transplantation d'organes à partir de patients ayant été euthanasiés ne peut se faire qu'au bénéfice de receveurs enregistrés dans un pays "acceptant la transplantation d'organes de ce type de donneur"⁴⁸. Jusqu'à présent, ces pays sont au nombre de deux : **la Belgique et les Pays-Bas**.⁴⁹ Autrement dit, les organes de patients euthanasiés ne sont pas admis pour une transplantation dans un pays où l'euthanasie n'est pas dé penalisée.

Quant au **consentement du receveur d'être greffé d'un organe provenant du corps d'une personne ayant été euthanasiée**, Eurotransplant ne spécifie rien. En Belgique, c'est en s'inscrivant sur la liste d'attente pour une greffe d'organe que le candidat-receveur marque automatiquement son accord pour être greffé d'organes éventuellement issus de donneurs euthanasiés.⁵⁰ Mais au moment de la proposition du greffon, on ne lui communiquera que les **informations**

pertinentes d'un point de vue médical. Le fait que le donneur soit décédé par euthanasie n'est pas considéré comme une information pertinente à cet égard. Par contre, les centres de transplantations qui reçoivent ces organes en sont informés, souvent à l'avance puisque dans ce cas, la mort est planifiée.⁵¹ Le Canada a adopté le même raisonnement.⁵²



Quant aux pays européens qui ne font pas partie du réseau Eurotransplant, ils ne sont pas concernés par la réception d'organes provenant de personnes euthanasiées, puisque ces organes ne sont alloués qu'en Belgique, aux Pays-Bas et (potentiellement) au Luxembourg.

⁴⁸ Eurotransplant, Rapport Annuel 2008, REC01.08 p. 24.

⁴⁹ J. BOLLEN, R. TEN HOOPEN, D. YSEBAERT e.a., "Legal and ethical aspects of organ donation after euthanasia in Belgium and the Netherlands", *J Med Ethics* 2016; 42: p. 486.

⁵⁰ D. VAN RAEMDONCK, G.M. VERLEDEN, L. DUPONT et al., *op. cit.*, p. 41.

⁵¹ D. YSEBAERT, G. VAN BEEUMEN, K. DE GREEF e.a., *op. cit.*, p. 586.

⁵² J. DOWNAR, S. D. SHEMIE, C. GILLRIE e.a., *op. cit.*

III. CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES SUR LE DON D’ORGANES APRÈS EUTHANASIE

A. La séparation des procédures : une illusion

Les recommandations belge, néerlandaise et canadienne relatives au prélèvement d’organes après euthanasie s’accordent sur le principe que la question de l’éligibilité au don d’organes ne peut être abordée qu’une fois la demande d’euthanasie acceptée. Il s’agirait ainsi de **s’assurer que la perspective d’un don d’organes n’influence pas le choix pour l’euthanasie**. En pratique, on ne peut que constater la fragilité de cette digue éthique, non seulement du point de vue du patient mais aussi concernant le déroulement concret de ces procédures.

Il va sans dire que pour le patient, donner ses organes et ainsi sauver la vie d’autres personnes “en mourant” rend la perspective de son euthanasie moins négative, voire même positive. Réprouvée en amont, l’euthanasie pourrait à ses yeux, et à ceux de la société, devenir un bien. C’est ce qui ressort de l’histoire de Fred Gillis - un Canadien touché par une sclérose latérale amyotrophique - relatée avec beaucoup d’émotion dans un article du *Scientific American* : “*Gillis n’était pas un grand fan de la loi sur l’euthanasie, mais lorsqu’il apprit qu’il pouvait combiner l’aide médicale à mourir (NDLR : l’euthanasie) au projet de donner ses organes, il était aux*

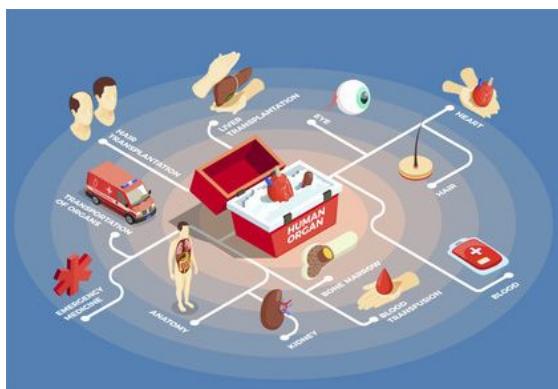
*anges”, raconte sa femme.*⁵³ En effet, une personne souffrante pourrait très bien se trouver dans les conditions pour obtenir l’euthanasie, mais pourtant vouloir continuer de vivre. Si se présente à elle la possibilité de donner ses organes “tant qu’ils sont encore de bonne qualité”, serait-ce naïf de croire que **cette perspective pourrait l’incliner à demander l’euthanasie**, ou du moins à **la demander plus rapidement**? Jan Bollen, chirurgien et auteur d’une thèse sur le sujet, en atteste lui-même : “*Il se peut qu’un patient soit motivé à demander l’euthanasie parce que cela lui donne l’opportunité de donner ses organes. Tant que les exigences de précaution sont rencontrées, le fait que l’euthanasie et le don ne soient pas totalement séparés ne devrait pas constituer d’obstacle.*⁵⁴” La première digue éthique semble donc déjà s’effriter.

Le déroulement pratique de l’euthanasie suivie d’un don d’organes montre suffisamment combien les deux procédures sont **nécessairement imbriquées l’une dans l’autre** : le patient subit des analyses médicales pour vérifier la qualité de ses organes, quelques jours avant, et puis à nouveau quelques instants avant l’euthanasie; celle-ci a forcément lieu à l’hôpital, en salle d’opération, dans une pièce avoisinante ou en soins intensifs; il ne peut s’écouler que quelques minutes entre le moment de la mort et le prélèvement; les équipes de transplantation et d’euthanasie sont coordonnées et le patient peut voir passer

⁵³ “Euthanasia and a Final Gift” in *Scientific American* 322, 5, 23 (May 2020).

⁵⁴ J. BOLLEN, R. TEN HOOPEN, D. YSEBAERT e.a., *op. cit.*, p. 489.

en quelques minutes l'intensiviste, l'anesthésiste, le coordinateur de transplantation, et le médecin qui pratiquera l'euthanasie; il arrive que ce dernier injecte lui-même l'héparine juste avant de procéder à l'euthanasie, pour favoriser une bonne irrigation sanguine des organes. Une ligne artérielle est posée avant l'euthanasie, en vue du monitoring cardiaque pendant le prélèvement.⁵⁵



Véritablement **prédisposé** au don d'organes par toutes ces circonstances, le patient garde-t-il encore réellement **l'espace suffisant** pour interrompre la succession de ces étapes minutées ? Or, changer d'avis quant à se faire euthanasier ou pas, est une condition importante prévue par la loi.

B. Une démarche réellement autonome ?

Autre garde-fou posé par les éthiciens du don d'organe après euthanasie : pour s'assurer qu'il s'agisse véritablement d'un choix autonome, **la demande doit venir du patient lui-même** et le médecin ne peut prendre l'initiative d'aborder le sujet

⁵⁵ G. VAN DIJK, A. GIEZEMAN, F. ULTEE e.a., *op. cit.*, p. 2.

du don d'organes. Aujourd'hui pourtant, ce principe éthique est réellement **remis en question** : les recommandations canadiennes encouragent à ce que le patient reçoive “l'opportunité” de considérer la chose ; la nouvelle loi néerlandaise introduisant le consentement présumé au don d'organe suppose un régime dans lequel le médecin devra d'office soumettre la question du don d'organes au patient qui demande l'euthanasie ; en Belgique, la Société Belge de Transplantation évoque à cet égard le “droit du patient” à être informé de toutes les “options médicales” possibles... Alors, comment comprendre ce basculement dans l'interprétation de l'autonomie du patient, si ce n'est par le contexte de pénurie d'organes si souvent évoqué par ces mêmes éthiciens ? Au nom de son autonomie, il fallait hier que l'initiative vienne du patient. Au nom de cette autonomie, il faut aujourd'hui évoquer d'emblée le don d'organes.

L'autonomie du patient est abondamment citée pour justifier la possibilité de donner ses organes après une euthanasie. C'est pourtant oublier les nombreuses **autres personnes** qui, directement ou indirectement, seront **impactées par le jumelage des deux procédures**, à commencer par le patient qui recevra ces organes. Une certaine doctrine se base sur la confidentialité obligatoire par rapport à l'identité du donneur,⁵⁶ pour justifier le fait que le receveur ne soit pas informé de la mort par euthanasie du donneur. Or, en quoi informer le receveur, préalablement à son

⁵⁶ Art. 4bis de la Loi du 13 juin 1986 sur le prélèvement et la transplantation d'organes.

acceptation de la greffe, de ce que le donneur est mort par euthanasie violerait l'interdiction légale de dévoiler l'**identité** du donneur. **Le receveur pourrait en conscience ne pas vouloir hériter de l'organe d'une personne dont on a provoqué la mort.**

C. Quelle place à l'objection de conscience du personnel médical ?

Est également impacté par la jonction du don d'organes à l'euthanasie, le personnel médical de l'hôpital où se déroulent les faits. Si dans les différents pays concernés, les recommandations s'accordent à dire qu'aucune personne ne peut être contrainte de participer à l'euthanasie (ex : pose de la perfusion par l'infirmier de l'hôpital, en vue de l'euthanasie), la chose est moins claire en ce qui concerne l'équipe de transplantation et tous ceux qui, indirectement, facilitent la coordination entre l'euthanasie et le don d'organes : le **coordinateur de transplantation, l'intensiviste, l'anesthésiste et les ambulanciers** lorsque la personne est d'abord sédatée chez elle puis transportée à l'hôpital pour l'euthanasie et le prélèvement, le **pharmacien** de l'hôpital s'il délivre la substance létale, le **directeur opérationnel** de la salle d'opération mise à disposition, et enfin **les chirurgiens et leurs assistants** en transplantation (prélèvement, puis greffe).



En premier lieu évidemment, c'est **l'institution hospitalière** qui est impliquée. Les recommandations canadiennes prévoient que les hôpitaux doivent "*s'assurer d'avoir du personnel disponible pour honorer les souhaits du patient de donner ses organes après sa mort, ou tâcher d'avoir un plan de renvoi effectif*" (i.e. transfert vers un autre établissement qui accepterait que l'euthanasie ait lieu dans ses murs). Quant aux professionnels de la santé, ils "*devraient s'efforcer de répondre aux souhaits du donneur*" en s'assurant que leur objection de conscience à l'euthanasie "*ne fasse pas obstacle à la possibilité du patient de donner ses organes*". Et de poursuivre en ces termes : "***une fois que le donneur est décédé, il est difficile d'appliquer le même cadre (NDLR : d'objection de conscience) au prélèvement d'organes, au transport et à la transplantation, puisqu'aucun de ces actes ne facilite l'aide médicale à mourir***". Bien plus, selon l'éthicien biomédical suisse D. SHAW, les soignants qui objecteraient à utiliser ces organes "*contribueraient à des morts évitables*".⁵⁷ Les recommandations belge et néerlandaise n'en disent pas plus

⁵⁷ D. SHAW, *op. cit.*, p. 250.

sur les professionnels de santé impliqués dans le don d'organes.

Il apparaît que le personnel de santé ne trouvera pas dans la consécration légale de l'objection de conscience par rapport à l'euthanasie, un appui suffisant pour refuser son implication dans le prélèvement ou la transplantation des organes d'une personne euthanasiée.

Pourtant, même s'il ne collabore pas directement à l'euthanasie, il sera amené à manipuler des organes qui n'auraient pas été à sa disposition sans qu'un médecin n'ait provoqué la mort du donneur. C'est donc tout le **contexte** lié à l'euthanasie qui peut peser lourdement sur la conscience et le travail d'un professionnel de santé impliqué dans une telle transplantation.

D. La règle du “donneur décédé” ébranlée

L'une des règles fondamentales régissant le don d'organes vitaux prescrit qu'il ne peut être fait don de ces organes qu'une fois le donneur décédé (“dead donor rule”). Cette règle complète le principe selon lequel le don d'organes ne peut mener à la mort du donneur.

Or, dans la littérature scientifique traitant du don d'organes après euthanasie, apparaissent des **thèses promouvant l'euthanasie par don d'organes**, autrement dit le prélèvement d'organes comme facteur de la mort du donneur. Ainsi, les professeurs D. WILKINSON et J. SAVULESCU, tous deux spécialisés en éthique médicale à Oxford, remettent ostensiblement la règle du donneur décédé en question, en vertu du **principe**

d'utilité maximale du don d'organes.⁵⁸ Leur groupe cible est celui des patients dépendant de techniques de maintien en vie (respirateur, alimentation et hydratation artificielles, etc.). Leur raisonnement est le suivant : il est aujourd'hui permis de retirer les techniques de maintien en vie de ces patients s'il n'y a aucune perspective d'amélioration; dans ce cas, les patients mettent souvent plusieurs minutes voire plusieurs heures à mourir, ce qui altère la qualité de leurs organes; sachant qu'ils vont de toute façon mourir suite à l'arrêt des traitements, pourquoi ne pas leur assurer une mort “plus rapide” tout en préservant la qualité de leurs organes, c'est-à-dire en prélevant leurs organes après anesthésie générale ? Pour appuyer leur thèse, les auteurs s'inspirent de ladite **“amélioration de Pareto”**, du nom d'un économiste italien, qui encourage un changement (dans la répartition des biens) s'il ne préjudicie personne tout en augmentant le bien d'au moins une autre personne : *“de toute façon le patient mourra, mais dans le cas d'une euthanasie par don d'organes, davantage de vies peuvent être sauvées et le désir du patient que ses organes soient utilisés pour aider les autres sera mieux respecté”*.⁵⁹

Deux valeurs justifieraient donc, selon ces auteurs, d'abandonner le principe du donneur décédé : **l'utilité** des organes pour les receveurs et **l'autonomie** du patient voulant donner ses organes.

⁵⁸ D. WILKINSON et J. SAVULESCU, “Should we allow organ donation euthanasia? Alternatives for maximizing the number and quality of organs for transplantation”, *Bioethics*, Vol. 26 Nr 1 2012 pp 32-48.

⁵⁹ *Ibidem*, p. 40.

“Respecter la règle du donneur décédé pourrait interférer avec la capacité de ces patients d’atteindre leur but”, ajoutent le Dr Ian BALL et le Dr Robert TRUOG, directeur du Centre de Bioéthique à la Harvard Medical School.⁶⁰ Ces derniers avancent par ailleurs que provoquer la mort par prélèvement d’organes sur une personne demandant l’euthanasie **raccourcirait considérablement le temps d’ischémie** (manque d’oxygénation des organes) et augmenterait ainsi la qualité des organes prélevés.

Certaines personnes seraient-elles réellement prêtes à mourir par prélèvement d’organes ? Dans le Journal du médecin, le Dr Marc Cosyns (UGent) relate le cas d’une de ses patientes en fin de vie, qui lui a demandé d’être sédatée (plongée dans l’inconscience), puis prélevée de ses organes vitaux dont le cœur. Elle décèderait ensuite du fait du prélèvement. Un vœu que son médecin aimerait exaucer, regrettant que la loi l’en empêche...

⁶⁰ I. BALL, R. SIBBALD, R. TRUOG, “Voluntary Euthanasia — Implications for Organ Donation”, *N Engl J Med* 379;10, p. 910.

CONCLUSION

En réalité, les principes d’utilité et d’autonomie invoqués pour justifier l’euthanasie *par* prélèvement d’organes se retrouvent déjà dans l’euthanasie *suivie* d’un don d’organes : c’est en vertu de son autonomie que le patient choisit de mourir, là et maintenant ; et voilà son choix conforté par un certain degré d’utilité de sa mort : en mourant, il permettra à d’autres de vivre et **sa mort sera d’autant plus “utile” qu’il pourra donner un plus grand nombre d’organes et de meilleure qualité.** L’euthanasie *par* don d’organes est donc l’aboutissement logique de l’idée qui sous-tend la combinaison de l’euthanasie avec don d’organes : une vie (ma vie) doit s’arrêter, car elle est moins digne d’être poursuivie que celle d’un autre. C’est bien sûr oublier l’égalité en dignité de chaque être humain et l’impératif kantien de **ne jamais considérer une personne comme un moyen** au profit d’une autre. Si l’altruisme est louable, jusqu’à certaines formes d’abnégation, il ne peut impliquer une autodestruction volontaire, ni la participation de professionnels de la santé à une transplantation rendue possible par une euthanasie préalable. Ce n’est pas seulement l’individu dont on provoque la mort qui s’en trouve blessé, mais l’humanité tout entière qui se voit nier l’égale dignité de ses membres dans une logique utilitariste parée d’altruisme.

Il est important de ne pas céder sans approfondissement aux théories alarmistes de ceux qui voient dans les obstacles au don d’organes après une euthanasie, “*un gaspillage massif d’une ressource extrêmement précieuse*”⁶¹. Ceux-là mêmes qui préconisent d’autoriser l’euthanasie *par* don d’organes affirment que la pénurie d’organes pourrait être aisément résolue si l’on prenait la peine de solliciter systématiquement l’accord des familles lorsqu’un candidat présumé donneur est en état de mort cérébrale ou de mort cardiaque.⁶²

Pour conclure, ce n’est pas tant le don d’organes qui pose problème d’un point de vue éthique (il est empreint de générosité et répond au besoin d’organes), mais bien l’euthanasie et le contexte qu’elle crée autour du don d’organes. Posons simplement une question : est-il juste de prélever les organes d’une personne dont la mort a été planifiée d’avance et qui aurait donc pu continuer à vivre ? D’une certaine façon, cette pratique ne contrevient-elle pas à la philosophie de la règle du donneur décédé, selon laquelle le don d’organe tire quelque bien d’un **décès inéluctable et imprévu** ? Sachant que l’euthanasie est déjà en elle-même une mort provoquée délibérément, cette transgression n’explique-t-elle pas précisément le glissement logique vers l’euthanasie *par* don d’organes ?

⁶¹ Mots de D. SHAW, *op.cit.*, p. 247.

⁶² D. WILKINSON et J. SAVULESCU, *op. cit.*, p. 40.