

Le don d'organes

État des lieux scientifique,
juridique et éthique

Octobre 2024

Table des matières

Introduction	5
---------------------------	----------

I. Aspects techniques et juridiques.....	7
---	----------

A. Utilité du don	7
--------------------------------	----------

De quels organes parle-t-on ?	8
-------------------------------------	---

Compatibilité entre le donneur et le receveur	8
---	---

Les causes de la pénurie.....	9
-------------------------------	---

B. Le don d'organes de donneur vivant	10
--	-----------

C. Le don d'organes en cas de décès.....	12
---	-----------

L'état de mort cérébrale	16
--------------------------------	----

L'arrêt cardio-respiratoire.....	17
----------------------------------	----

La technique « NRP » et l'arrêt cardiaque contrôlé	18
--	----

Don d'organes après euthanasie	19
--------------------------------------	----

Procédure de prélèvement	21
--------------------------------	----

D. Les principes contenus dans la loi belge	24
--	-----------

Principes régissant le prélèvement sur une personne vivante	25
---	----

Principes régissant le prélèvement sur une personne décédée	25
---	----

E. À l'étranger	27
------------------------------	-----------

II. Enjeux éthiques : les principes du don d'organes remis en question dans un contexte de pénurie	28
A. Consentement présumé et consentement informé.....	28
Qui ne dit mot consent ?.....	28
Don d'organes et euthanasie : l'autonomie mise à mal	29
B. Primum non nocere	31
La technique NRP interroge la règle du donneur mort.....	32
L'euthanasie par don d'organes : la règle du « donneur décédé » ébranlée.....	34
Les risques de la xénotransplantation	37
C. La marchandisation du corps humain.....	38
Le trafic d'organes	38
Le corps humain hors commerce.....	39
 Conclusion	 43
Glossaire	44



Introduction

En 2023, la Belgique a connu un nombre record de 479 610 personnes inscrites comme volontaires pour faire don d'un ou plusieurs de leurs organes en cas de décès. Plus largement, on observe depuis cinq ans une forte augmentation (environ 30%) dans le nombre de personnes manifestant officiellement cette volonté par écrit.

Cependant, dans un pays attaché à la règle du consentement présumé au don d'organes, un autre nombre s'avère également en augmentation constante ces dernières années : il s'agit des personnes ayant inscrit leur volonté de ne pas donner leurs organes en cas de décès, soit 201 753 Belges en 2023¹.

¹ Belgian Transplantation Society,
« Donor & Transplant Statistics 2023 »,
Section Belgian Transplant coordinators, www.transplant.be.
Notons que ce nombre reste minime en proportion de
l'ensemble de la population adulte en Belgique.

Malgré le nombre croissant de personnes disposées à donner leurs organes lors de leur décès, le nombre de transplantations effectuées reste stable, de même que les listes d'attente pour un greffon. Des personnes décèdent chaque année, faute d'avoir pu recevoir un organe à temps. À l'échelle européenne en 2022, 39 000 patients ont reçu une greffe et 48 000 autres sont venus grossir les listes d'attente dans les États membres du Conseil de l'Europe². **On estime à plus de 150 000 le nombre de patients en attente de greffe en Europe, sachant qu'en moyenne, 19 personnes en attente d'une transplantation d'organe y sont mortes chaque jour en 2022.**

Ce don, qui peut donner un sens à la mort, est parfois perçu avec méfiance, en raison d'un certain nombre de questions entourant ce geste : serai-je vraiment mort au moment du

² Direction européenne de la qualité du médicament & soins de santé, Infographie - Journée européenne du don, www.edqm.eu.

prélèvement d'organes ? Mon corps sera-t-il bien respecté ? Qu'en feront les médecins après l'avoir utilisé ? Etc.

D'autre part, la pénurie de greffons et la volonté d'en augmenter le nombre disponible, font peser le risque qu'émergent ou se développent des pratiques qui mettent à mal les principes éthiques entourant la transplantation.

La première partie de ce dossier portera sur les aspects techniques et juridiques du don d'organes : quand peut-on prélever un organe, qu'est-ce que la mort cérébrale, comment se déroule une transplantation, quels sont les freins au don d'organes? La situation et le cadre législatif belges figurent en avant-plan, même si les principes fondamentaux du don d'organes sont généralement partagés dans les autres pays. La deuxième partie du dossier sera consacrée à la réflexion éthique autour des principes qui régissent le don d'organes, principes fragilisés par diverses pratiques.



I. Aspects techniques et juridiques

A. Utilité du don

L'expression « don d'organes » est employée pour désigner l'acte médical au terme duquel, en vertu d'une autorisation préalablement donnée et dans un but thérapeutique¹, il est procédé au prélèvement d'organes ou de tissus sur le corps d'une personne, le donneur, au bénéfice d'une autre personne, le receveur. Les tissus sont des cellules liées les unes aux autres. Les organes sont constitués de différents types de tissus et assurent des fonctions spécifiques dans le corps².

1 Par « but thérapeutique », nous entendons le but de sauver la vie de celui qui reçoit la transplantation, ce qui n'est pas le cas de la transplantation, d'utérus, de gonades* (organe sexuel qui produit les gamètes* — les mots suivis d'un astérisque sont expliqués dans le glossaire page 42) ou d'autres organes dans un but reproductif, qui vient par ailleurs potentiellement fragiliser l'identité biologique et psychologique du receveur et de ses descendants.

2 A. Villa-Forte, « Tissus et organes », *Le manuel MSD*, septembre 2022, www.msmanuals.com.

Don d'organes et don de cellules/tissus : quelle différence ?

La plupart des enjeux éthiques se présentent de manière analogue pour le don d'organes et le don de tissus ou de cellules. Sur le plan du consentement, le formulaire officiel de déclaration de volonté prévu en Belgique prévoit par exemple la possibilité de consentir ou de s'opposer au don d'organes pour la transplantation, mais aussi au don de cellules et tissus pour la transplantation, ou plus largement, au don de matériel corporel humain pour la fabrication de médicaments ou pour la recherche.

En revanche, tant sur le plan symbolique que sur le plan technique, certaines questions éthiques se posent avec une acuité particulière, lorsqu'il est question de don d'organes. En particulier, la compatibilité de certaines nouvelles méthodes de prélèvement (voy. ci-dessous) avec le respect de la règle du donneur décédé revêt une importance encore plus grande en matière de don d'organes : les techniques de maintien de la circulation s'avèrent en effet cruciales lorsqu'il est question de prélèvement d'organes.

Enfin, la question spécifique du don de gamètes, est à distinguer fondamentalement du don d'organes (voy. encadré p. 40).

La transplantation d'organes est l'une des avancées médicales majeures de la deuxième moitié du 20^e siècle. À mesure que les possibilités médicales en la matière se développent, le recours aux greffes d'organes est croissant et se heurte principalement à la pénurie d'organes disponibles. Le prélèvement d'organes peut s'opérer soit du vivant du donneur, soit après le décès du donneur.

De quels organes parle-t-on ?

- Les reins sont les organes les plus souvent transplantés, chez des patients souffrant d'insuffisance rénale ;
- Viennent ensuite le foie, les poumons et le cœur, l'intestin grêle et le pancréas¹ ;

Don de son vivant : seuls le rein, une partie du foie et, plus rarement, un poumon (généralement un lobe), peuvent être prélevés du vivant du donneur.

Don post mortem : l'ensemble des organes précités peut être prélevé post mortem.

¹ La question spécifique du don de cordon ombilical pour ses cellules souches est traitée dans un dossier distinct de l'IEB : « Les cellules souches du cordon ombilical », disponible sur www.ieb-eib.org.

- On procède aussi à des greffes de tissus : c'est le cas, post mortem, de la cornée de l'œil (le plus courant), de la peau, du cartilage, des tendons, des cellules du foie (hépatocytes) et du pancréas (îlots de Langerhans), mais aussi des valves du cœur et des vaisseaux sanguins. Du vivant du donneur, on peut citer le don de cellules souches hématopoïétiques* ou de moelle osseuse. Organes, tissus et cellules sont d'ailleurs souvent regroupés sous le vocable technique de « matériel corporel humain ». En Belgique, des tissus ont ainsi été prélevés chez 56% des donneurs décédés en 2023².

Compatibilité entre le donneur et le receveur

Après une opération de transplantation, l'organe prélevé est appelé à s'intégrer dans l'organisme du receveur. Ceci exige une compatibilité biologique entre le corps du donneur et celui du receveur, notamment au niveau du groupe sanguin et du typage des antigènes d'histocompatibilité (molécules HLA, ou Human Leukocyte Antigens, qui jouent un rôle concernant le rejet potentiel d'une greffe).

² Belgian Transplantation Society, « Donor & Transplant Statistics 2023 », op. cit.

Les causes de la pénurie

Le décalage entre le nombre de donneurs effectifs et le nombre de personnes en demande de transplantation peut s'expliquer par un certain nombre de facteurs. Tout d'abord, chaque transplantation est conditionnée à l'existence d'une bonne compatibilité sanguine et HLA entre le donneur et le receveur est nécessaire.

Par ailleurs, une cause majeure – sinon principale – de pénurie de donneurs est la baisse significative des accidents de la route (et du travail) dont les victimes comptent régulièrement parmi les donneurs post mortem potentiels. En d'autres termes, moins de donneurs potentiels (y compris ceux ayant donné un consentement explicite) meurent dans des circonstances qui permettraient la transplantation. Le prélèvement sur le donneur est en effet complexe : plusieurs médecins doivent dans un premier temps constater la mort du donneur, avant que celui-ci soit maintenu en vie artificiellement jusqu'au prélèvement.

Une dernière cause de pénurie est le refus des personnes elles-mêmes avant leur mort.

Or, on sait que la rapidité avec laquelle s'effectuent le prélèvement et la greffe sont gages de succès des transplantations. Un autre facteur a trait à l'âge moyen des donneurs potentiels qui, du fait de la hausse de l'espérance de vie – lié notamment à l'amélioration des traitements cardiovasculaires – tend à augmenter. Les organes de donneurs plus âgés sont en moyenne, du fait de leur état, moins facilement prélevables.

Enfin, une dernière cause de pénurie est le refus des personnes elles-mêmes avant leur mort, ou de leurs familles après leur décès. Ce dernier cas constitue la raison principale d'absence de don en Belgique, et est d'ailleurs en augmentation : alors que ce refus représentait 10 à 15% des causes d'impossibilité de dons entre 2014 et 2020, la proportion est passée à 18,5% des cas en 2023. Le fait que les organes du donneur soient maintenus en vie artificiellement peut rendre la décision difficile pour la famille qui peut avoir l'impression que leur proche vit toujours.

B. Le don d'organes de donneur vivant

La loi belge permet également, dans certains cas, de prélever des organes (rein, partie de foie, ou, plus rarement, poumon) sur une personne vivante. **Celle-ci doit y avoir consenti librement et sciemment, dans un but incontestablement altruiste.** D'après la Société belge de transplantation (Belgian Transplantation Society, ou BTS), les dons du vivant du donneur se réalisent le plus souvent en raison d'un lien familial (53%) ou émotionnel (41%)¹.

Ainsi, aux Cliniques Universitaires Saint-Luc à Bruxelles, la moitié des greffes hépatiques en pédiatrie sont réalisées avec un morceau de foie d'un parent ou de la proche famille. Toutefois, ce qui est possible lorsqu'il s'agit de greffe pédiatrique est plus difficile lorsqu'il s'agit d'un receveur adulte. En effet, si un petit morceau de foie adulte suffit pour un petit enfant, plus le receveur est âgé et grand, plus le morceau d'or-

gane reçu doit être important, afin d'assurer une fonction métabolique suffisante.

Ce geste n'est pas dénué de tout risque pour le donneur, puisque, pour ce faire, il subit une opération chirurgicale conséquente.

Plus le receveur est âgé et grand, plus le morceau d'organe reçu doit être important, afin d'assurer une fonction métabolique suffisante.

Outre les organes, on peut également prélever de la moelle osseuse, ce qui représente un espoir pour des milliers de malades atteints entre autres de leucémie. Le don de moelle peut se faire entre 18 et 50 ans, une seule fois, après un examen sanguin dans un labo-

ratoire agréé afin d'être répertorié sur le fichier national des volontaires au don de moelle osseuse. Le prélèvement se fait par ponction dans les os du bassin. Ces cellules, tout comme le sang, se reconstituent en 48 heures.

¹ *Ibid.* (chiffres pour l'année 2023).



Une possibilité supplémentaire, lancée au départ aux Pays-Bas, est le don croisé. Prenons une situation concrète : un patient se trouve en attente de transplantation rénale à Bruxelles, tandis qu'un donneur motivé est disponible en Belgique mais malheureusement incompatible. Dans un autre hôpital, ailleurs en Europe, un autre couple donneur-receveur rencontre le même problème.

On peut alors envisager un don croisé pour résoudre cette incompatibilité à une échelle plus large : le premier donneur donne son rein au receveur de l'autre couple, et le premier candidat reçoit le rein de l'autre donneur. L'organisation *Eurotransplant* (voy. ci-dessous) organise ce type de dons croisés sur la base d'un programme informatique qui compare les compatibilités de tous les donneurs et receveurs inscrits sur ses listes, tout en préservant l'anonymat des donneurs et receveurs.

C. Le don d'organes en cas de décès

La constatation de la mort est confiée à la science et à la conscience des spécialistes, qui sont parvenus à la définition de la « mort clinique ». Celle-ci consiste dans la constatation de la cessation de l'activité circulatoire, respiratoire ou nerveuse, de manière non pas temporaire mais irréversible.

Il convient de distinguer deux hypothèses de prélèvement en cas de décès :

- le prélèvement sur donneur à cœur battant, réalisé sur des personnes en état de mort cérébrale (Maastricht IV) ;
- le prélèvement sur donneur à cœur non battant, réalisé sur des personnes décédées des suites d'un arrêt cardio-respiratoire (cessation irréversible des fonctions respiratoire et circulatoire). L'arrêt cardio-respiratoire est soit inopiné (Maastricht I et II), soit planifié comme dans le cadre du retrait d'un ventilateur (Maastricht III) ou d'une euthanasie (Maastricht V).

Types de morts

Classification internationale de Maastricht

Établie lors d'une conférence internationale tenue à Maastricht en 1995, cette classification vise à distinguer les différents types de décès après arrêt circulatoire, dans la perspective de la prise de décision en matière de prélèvement d'organes. La classification a été révisée en 2013.

Catégorie	Situation	Type d'arrêt cardiaque	Prélèvement
Maastricht I	Personnes qui font un arrêt cardiaque en dehors de tout contexte de prise en charge médicalisée et décédées à l'arrivée des secours	Arrêt cardiaque inopiné	Prélèvement à réaliser dès que possible
Maastricht II	Personnes qui font un arrêt cardiaque en présence de secours qualifiés, aptes à réaliser un massage cardiaque et une ventilation mécanique efficaces, mais dont la réanimation ne permettra pas une récupération hémodynamique	Arrêt cardiaque inopiné	Prélèvement ne peut être effectué qu'après une réanimation infructueuse et un arrêt circulatoire complet d'au moins cinq minutes
Maastricht III	Personnes pour lesquelles une décision d'arrêt de soins thérapeutique ou de limitation thérapeutique est prise en raison du pronostic des pathologies et nécessitera une prise en charge en réanimation	Arrêt cardiaque faisant suite à la limitation ou l'arrêt des traitements (LAT)	Prélèvement après l'arrêt circulatoire faisant suite à l'arrêt des mesures de maintien en vie
Maastricht IV	Personnes décédées en mort cérébrale qui font un arrêt cardiaque irréversible au cours de la prise en charge en réanimation	Arrêt cardiaque inopiné	Prélèvement après l'arrêt cardiaque mais maintien artificiel de la circulation
Maastricht V	Personnes décédées par euthanasie	Arrêt cardiaque provoqué	Prélèvement après l'arrêt circulatoire

**Loi belge du 13 juin 1986
sur le prélèvement
et la transplantation d'organes**

*Constatation du décès
et respect de la dépouille*

Article 11

« Le décès du donneur doit être constaté par trois médecins, à l'exclusion de ceux qui traitent le receveur ou qui effectueront le prélèvement ou la transplantation. Ces médecins se fondent sur l'état le plus récent de la science pour constater le décès. Ces médecins mentionnent dans un procès-verbal daté et signé, l'heure du décès et la méthode de sa constatation. Ce procès-verbal et, le cas échéant, les documents qui y sont annexés, doivent être conservés pendant dix ans. »

Article 12

« Le prélèvement des organes et la suture du corps doivent être effectués dans le respect de la dépouille mortelle et en ménageant les sentiments de la famille. La mise en bière aura lieu dans les plus brefs délais afin de permettre à la famille de rendre les derniers devoirs au défunt le plus rapidement possible. »

Utilisation de donneurs décédés, par million d'habitants, par année, par pays donateur

Donors used pmp	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Austria	24.3	22.8	23.9	23.5	22.9	20.3	21.1	18.8	22.1	17.6
Belgium	25.2	28.0	28.4	30.7	29.4	27.2	21.3	24.2	26.6	31.4
Croatia	33.7	37.6	35.8	31.8	36.8	31.4	23.9	27.7	23.6	28.6
Germany	10.5	10.6	10.1	9.3	11.3	10.8	10.7	10.8	10.1	11.0
Hungary	20.1	17.7	18.0	15.4	17.1	18.2	11.0	10.4	12.3	13.0
Luxembourg	7.3	5.3	5.2	15.2	11.6	8.1	4.8	3.2	12.4	10.6
Netherlands	16.1	15.7	13.8	14.3	15.9	14.5	14.4	15.5	16.2	16.4
Slovenia	20.9	25.7	19.9	18.9	19.4	18.3	18.6	18.5	23.3	27.4
All ET	14.9	15.1	14.5	13.9	15.4	14.5	13.2	13.6	13.8	14.7

statistics.eurotransplant.org : 1031_all organs : 07.02.2024 : based on population at start of year

Ce tableau reprend pour différents pays européens, le nombre de donneurs post mortem dont au moins un organe a fait l'objet d'une transplantation, par million d'habitants. Plus le taux est élevé, plus le nombre de dons est élevé relativement à la taille de la population. La Belgique affichait en 2023 pour sa population le nombre de dons le plus élevé de la liste.

NB : La baisse du nombre de donneurs post mortem en 2020 s'explique notamment, dans le contexte des mesures de confinement durant la crise sanitaire, par la baisse des déplacements, et donc le nombre plus réduit d'accidents de la route.

L'état de mort cérébrale

La mort cérébrale est l'arrêt irréversible de toutes les fonctions cérébrales, y compris celles du tronc cérébral et de la moelle jusqu'au niveau des deux premières vertèbres. Les lésions du tronc cérébral entraînent un arrêt de la respiration spontanée conduisant à l'arrêt cardiaque par hypoxie*. Si la respiration est entretenue artificiellement, les organes viscéraux peuvent continuer à fonctionner durant quelques heures, voire quelques jours. **C'est dans cet état de « mort cérébrale à cœur battant » (DBD, *Donation after Brain Death**) que les organes peuvent être prélevés, tout en ayant été protégés au maximum de l'ischémie* (manque d'oxygénation des organes).** C'est l'Université catholique de Louvain qui, en 1963, a réalisé pour la première fois au monde un prélèvement sur un donneur à cœur battant en état de mort cérébrale (Maastricht IV).

Notons qu'il n'existe pas de critères universels pour constater l'état de mort cérébrale ou de mort encéphalique. Ceux-ci varient selon les directives propres des pays, comme l'expliquent les Dr. Zamour-Tissot et Lafarge :

« En Europe, la notion de mort encéphalique (ME) fait l'objet de nombreux débats scientifiques, éthiques ou religieux ou juridiques. Plusieurs concepts s'opposent : celui selon lequel la mort de tout l'encéphale est nécessaire au diagnostic de ME, adopté en France, à l'opposé de celui en vigueur dans la majorité des pays anglo-saxons, selon lequel seule la mort du tronc cérébral suffit. En matière de législation, les pays se sont progressivement tous dotés d'une réglementation encadrant le diagnostic de ME, mais là encore les positions divergent.

Alors que les pays latins s'appuient dans leur majorité sur des examens paracliniques qui n'ont pas toujours de caractère obligatoire, les pays anglo-saxons assoient leur diagnostic sur des critères cliniques associés à une anamnèse des circonstances de survenue. Enfin, en Suisse, les lois sont cantonales et chaque équipe de prélèvement choisit ses propres critères et les fait valider par le médecin cantonal¹. »

¹ C. Amour-Tissot et R. Lafarge, « Le diagnostic de mort encéphalique », *Urgences*, Maloine – Samu de France SFMU, ch. 47, 2010, p. 508.

L'arrêt cardio-respiratoire

Une autre méthode de prélèvement est le prélèvement sur donneur à cœur non-battant. Le donneur potentiel est alors un patient ayant subi une lésion cérébrale ou un arrêt cardiaque qui a provoqué des dégâts cérébraux tels que la mort peut être déclarée (même si le patient n'arrive pas encore au critère de mort encéphalique). La différence avec le prélèvement sur des donneurs à cœur battant est que, dans ce cas, le diagnostic de la mort se fait à partir de critères cardio-vasculaires (arrêt cardio-respiratoire irréversible) et non pas cérébraux. Le prélèvement sur un donneur à cœur non battant est délicat car il doit se faire très rapidement (dans les 30-40 minutes après l'arrêt cardiaque).

Dans le cas des décès de catégorie Maastricht III, l'arrêt cardiaque est programmé, et fait suite à la décision d'arrêt des traitements de maintien en vie (en raison du pronostic des pathologies), tels que la respiration artificielle.

En revanche, dans les décès correspondant aux catégories Maastricht I et II, l'arrêt cardiaque est inopiné, par exemple à la suite d'une crise cardiaque ou d'un accident de la route. Dans ces cas, le don d'organes est plus difficile à gérer du point de vue humain et organisationnel, car le caractère soudain du décès rend le temps particulièrement compté pour le prélèvement. L'équipe médicale doit, en effet, annoncer le décès aux proches et, dans la foulée, leur faire part de la possibilité d'utiliser les organes du défunt pour la transplantation.

La technique « NRP* » et l'arrêt cardiaque contrôlé

Pour remédier à la pénurie d'organes, les médecins se tournent depuis quelques années vers des patients qui ne sont pas en état de mort cérébrale (ceux-ci restent peu nombreux) mais dont les lésions neurologiques sont suffisamment graves – à la suite d'un AVC par exemple – pour affecter leur vie. La mort de ces patients est donc établie sur des critères cardiovasculaires et intervient après l'arrêt ou la limitation des traitements (Maastricht III).

Dans ce cas, la règle consiste à débrancher le respirateur artificiel et à attendre cinq minutes après l'arrêt cardiocirculatoire pour s'assurer que le cœur ne repart pas spontanément. Cela permet de considérer que le patient est mort selon les critères circulatoires. Avec la technique de perfusion régionale normothermique (NRP en anglais, pour *Normothermic Regional Perfusion*), les médecins font ensuite repartir l'activité du cœur et des poumons en faisant circuler du sang rempli d'oxygène dans les organes abdominaux et thoraciques.

Cette technique permet d'évaluer in situ et avant même la transplantation si l'organe souhaité est de bonne qualité et apte à la transplantation. De plus, la perfusion rapide des organes évite leur détérioration. D'après certaines études¹, le don après arrêt cardiocirculatoire (DCD, pour *Donation after Circulatory Death**) a augmenté le nombre d'organes abdominaux et de poumons disponibles pour la transplantation, mais son impact sur le nombre de donneurs de cœur est encore maigre.

On estime que le don dans le cadre de Maastricht III pourrait augmenter le nombre de transplantations cardiaques de 15 à 30 %. En améliorant la qualité des organes récupérés après un décès contrôlé, la technique NRP pourrait permettre de pallier la pénurie d'organes pour le don, notamment de cœur, mais elle pose de réelles questions éthiques qui seront abordées plus bas.

¹ E. Alamouti-fard e.a., « Regional Perfusion is an Emerging Cost-Effective Alternative in Donation After Circulatory Death (DCD) in Heart Transplantation », *Cureus*, 2022, vol. 14, n° 6.



Don d'organes après euthanasie

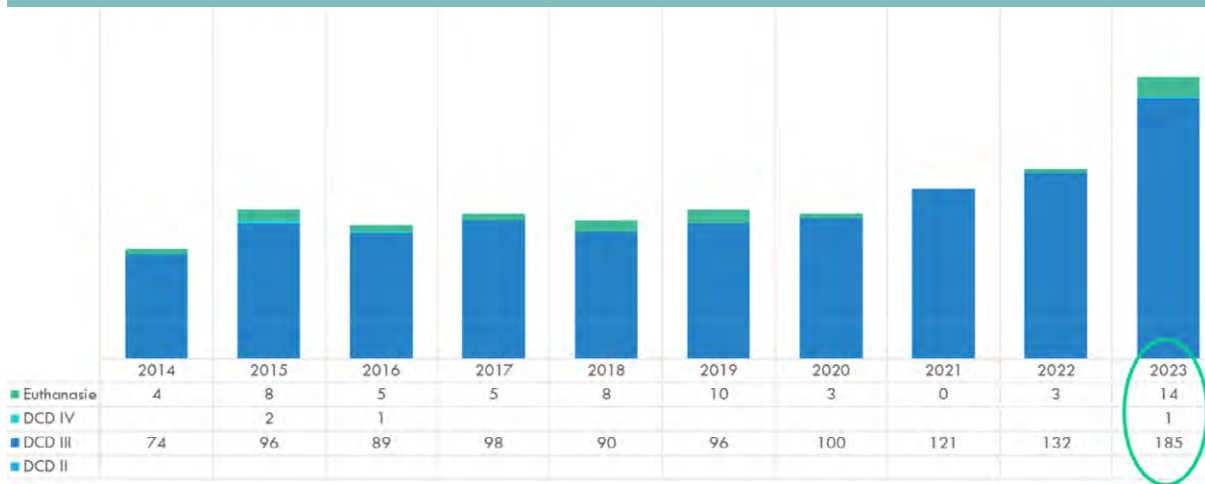
Dans les pays qui autorisent l'euthanasie sous certaines conditions, le don d'organes après euthanasie se répand peu à peu. En Belgique, on a observé une augmentation soudaine des donneurs après euthanasie en 2023 (14), alors que la période 2004-2022 affichait une moyenne de 5 donneurs par an.

Au Québec, le nombre de donneurs d'organes décédés par euthanasie est passé de 4,9% (8 donneurs sur 164 personnes euthanasiées) en 2018 à 14% (24 donneurs sur 171) en 2022. Si le don d'organes dans de telles circonstances est possible depuis 2015, un nouveau pas décisif a été franchi en 2018 : depuis cette date, *Transplant Québec*, qui coordonne le processus de don d'organes, encourage les médecins à parler du don d'organes aux patients qui ont choisi l'euthanasie¹. Les aspects éthiques de la question seront abordés plus loin dans ce dossier.

1 Dans ce cas, on ne prélève que les organes présentant une chance suffisante d'améliorer la santé du receveur. Sont donc exclus les organes provenant de personnes euthanasiées atteintes d'un cancer (affections malignes). L'âge avancé (au-delà de 80 ans) et un état de santé détérioré sont d'autres facteurs d'exclusion, de même que les pathologies affectant un organe spécifique (diabète type 1, cirrhose du foie, etc.). Le cœur est quant à lui trop endommagé pour être transplanté, du fait de l'arrêt cardiaque provoqué par la substance létale. Cette dernière n'affecte apparemment pas la qualité des autres organes. Voy. le Dossier de l'IEB « Don d'organes & euthanasie : éthiquement compatibles ? », www.ieb-eib.org.

Nombre de donneurs DCD (après mort circulatoire) par an en Belgique

Observation sur une période de 10 ans



NB : la numérotation des catégories DCD correspond à la classification Maastricht (voy. supra)

Source : « Donor & Transplant Statistics 2023 », Section Belgian Transplantcoordinators, www.transplant.be

Procédure de prélèvement

Il convient d'abord de préciser que dans tous les cas, l'équipe médicale qui procède au prélèvement d'organes n'est pas celle qui tente de réanimer le patient, ni celle qui transplante. Tout est fait pour sauver la personne (hormis dans le cas d'une euthanasie). Ce n'est que lorsque la mort est constatée que débute formellement la procédure de prélèvement d'organes. **Avant toute intervention, l'équipe médicale consulte le registre national du Ministère de la Santé publique afin de s'assurer que le patient ne s'est pas opposé au prélèvement.** L'équipe consulte également la famille proche qui peut librement refuser le prélèvement.

S'il n'y a aucun refus ou que le patient a introduit une déclaration positive de don d'organes post mortem (voy. infra p. 26), le prélèvement peut avoir lieu. Celui-ci se fait dans les mêmes conditions qu'une intervention chirurgicale. Après le prélèvement, les organes sont remplacés par des prothèses afin que le corps conserve un aspect normal. Les plaies sont suturées et les infirmières procèdent alors à la toilette mortuaire. Le corps est ensuite transféré soit au funérarium, soit au domicile familial, selon le souhait de la famille.

Eurotransplant

La Belgique fait partie d'Eurotransplant, fondation internationale créée en 1968 à Leiden, aux Pays-Bas visant à faciliter l'allocation et l'échange transfrontaliers des organes de donneurs décédés. *Eurotransplant* rassemble les données médicales et immunologiques des patients candidats à une transplantation de huit pays européens : l'Allemagne, l'Autriche, la Belgique, la Croatie, la Hongrie, le Luxembourg, les Pays-Bas et la Slovénie. L'organisation coordonne le travail des centres de transplantation et des laboratoires d'histocompatibilité au sein de ces pays. Ses objectifs principaux sont, d'une part, d'atteindre une utilisation optimale des organes disponibles, d'autre part, de garantir la transparence du système et une sélection objective basée sur des critères médicaux.

Les sept centres de transplantation présents en Belgique ont la possibilité d'adhérer à *Eurotransplant*. Cette adhésion leur offre une plus grande opportunité de trouver le bon donneur. En échange, le centre de transplantation accepte de mettre les organes qu'il prélève à la disposition d'*Eurotransplant*, c'est-à-dire d'aviser systématiquement cet organisme de la présence d'un donneur répondant aux caractéristiques en question, afin de trouver le receveur le plus adéquat. Le temps moyen d'attente est d'environ huit mois. Pour les plus chanceux, il se peut que le délai ne dure que quelques jours, pour les moins chanceux, plus d'un an.



Comment sélectionne-t-on le receveur ?

Le choix se fait essentiellement sur des bases médicales définies par une compatibilité optimale de sérologie et de taille. Si deux receveurs correspondent pour un même organe, la priorité est donnée soit à la personne qui présente l'état clinique le plus grave, soit en fonction de la durée d'inscription sur la liste d'attente. Eurotransplant n'est pas la seule organisation de ce type active en Europe. D'autres organisations similaires travaillent dans différents pays, telles que Scandiatransplant, France Transplant, Swisstransplant, etc.

Donner son corps à la science

Faire don de son corps à la science une fois décédé constitue un acte d'une grande générosité et contribue à l'amélioration des connaissances scientifiques et thérapeutiques.

Ceci permet notamment de former de nouveaux médecins et soignants.

Même inanimé, le corps d'une personne ne peut être réduit à un simple objet de recherche ou d'attraction (commerciale, touristique...)

Il mérite qu'on le manipule avec respect, par égard pour la personne qui l'a habité et pour ses proches.

D. Les principes contenus dans la loi belge

En Europe, la plupart des lois régissant le don d'organes énoncent les principes suivants¹ :

- Tout prélèvement et toute transplantation doivent être effectués par un médecin.
- Le don d'organes ou le consentement au don ne peut avoir lieu dans un but lucratif.

¹ Aux principes généralement contenus dans la loi, il faut ajouter le principe de la sauvegarde de l'identité personnelle du receveur et de ses descendants. Il convient d'être particulièrement vigilant quant au respect de ce principe, à trois égards : lorsqu'il est question de transplantation de gonades ou d'organes reproductifs, dans l'hypothèse peu humaine – et aujourd'hui irréalisable — de la transplantation tête-tronc, et concernant la xénotransplantation (voy. infra).

Principes régissant le prélèvement sur une personne vivante

- Le prélèvement ne peut avoir lieu, en principe, que sur une personne ayant atteint l'âge de 18 ans.
- Le consentement du donneur est exigé. Celui-ci doit être donné par écrit, librement et sciemment ; il peut être révoqué à tout moment et doit être présenté au médecin qui envisage d'effectuer le prélèvement.
- La vie du donneur, ni celle du receveur, ne peuvent être mises en danger. De plus, une proportionnalité doit être respectée entre les préjudices et les risques qu'encourt le donneur, et le bien recherché pour le receveur¹.

1 Selon E. Sgreccia, ce critère de proportionnalité implique de respecter le critère thérapeutique pour la sélection des receveurs, qui tient compte « *de certains paramètres cliniques, et notamment de l'urgence, des chances de réussite de la transplantation en fonction des conditions du patient, de la prévision de prise du greffon et, en dernière instance, de la priorité de la demande.* » (*Manuel de bioéthique - Les fondements de l'éthique biomédicale*, Mame EDIFA, Paris, 2004, p. 728).

Principes régissant le prélèvement sur une personne décédée

- Le décès doit être constaté par plusieurs médecins, se fondant sur l'état le plus récent de la science, et à l'exclusion des médecins qui traitent le receveur ou qui effectueront le prélèvement ou la transplantation.
- Le consentement est soit présumé (voy. encadré), soit exigé par écrit du vivant du donneur.
- Le prélèvement ne peut être effectué lorsque la personne décédée s'y est opposée de son vivant ou lorsque les parents d'un enfant mineur s'y sont opposés.
- L'identité du donneur et du receveur ne peut pas être communiquée.
- Le prélèvement doit se faire dans le respect de la dépouille mortelle et des sentiments de la famille.

Consentement présumé, consentement explicite et refus explicite

La législation belge est très favorable au don d'organes. Ainsi, la loi du 13 juin 1986 sur le prélèvement et la transplantation d'organes se fonde sur le principe « qui ne dit mot consent ». L'hypothèse est que chacun désire céder des organes après le décès, dans un esprit de solidarité humaine. Le consentement explicite du donneur, lorsqu'il est encore en vie, n'est donc pas requis.

Cependant, même si le médecin n'est formellement pas tenu de demander le consentement à la famille, le médecin consulte en pratique les proches du défunt. Si les membres de la famille du défunt manifestent leur opposition au don d'organes après le décès, soit du fait de l'opposition connue – mais non expresse – du défunt, ou par refus personnel, le prélèvement ne sera pas réalisé par l'équipe médicale.

C'est notamment en raison de cette opposition possible de la famille que depuis le 1er juillet 2020, toute personne disposée à faire don de ses organes après sa mort peut introduire une déclaration via le portail de santé en ligne masante.belgique.be ou auprès de son médecin traitant. Exprimer un choix de son vivant permet non seulement de « faire gagner un temps

précieux aux équipes de réanimation pour qui chaque minute compte », mais évite aussi aux « proches de devoir prendre une décision importante à un moment très douloureux ».

Cette déclaration peut être positive ou négative : elle peut aussi bien exprimer un accord explicite qu'une opposition au don d'organes. Jusqu'alors, seule une déclaration introduite à l'administration communale était possible – option qui est toutefois maintenue.

Le nouveau dispositif permet également de décider du sort du reste du matériel corporel, tels les vaisseaux sanguins ou les os, qui était jusqu'alors lié au don d'organes. Le formulaire distingue désormais différents éléments sur lequel chaque citoyen peut poser un choix :

- don d'organes pour la transplantation;
- don de matériel corporel humain (tissus et cellules) pour la transplantation;
- don de matériel corporel humain pour la fabrication de médicaments;
- don de matériel corporel humain pour la recherche.

La déclaration peut être modifiée à tout moment.



E. À l'étranger

Parmi les 76 pays étudiés sur la base du Registre international sur le don et la transplantation d'organes (IRODaT), en 2022, l'Espagne et les Etats-Unis étaient les pays comptant le plus de donateurs d'organes post-mortem par million d'habitants au monde, avec respectivement 46 et 44,5 par million. Cette pratique est nettement plus rare dans les pays asiatiques¹. De nombreux pays européens et latino-américains ont opté pour le régime du consentement présumé des donateurs décédés². D'autres ont choisi le principe du consentement explicite (opt-in), comme le Danemark, l'Allemagne, le Japon, le Maroc mais aussi les Etats-Unis, au nom du principe d'autonomie du patient. En Chine, une loi de 2021 prévoit la possibilité pour les familles d'autoriser le prélèvement d'organes sur leurs proches décédés, sans pour autant introduire le consentement présumé³.

27

¹ V. Fourreau, « L'Espagne et les États-Unis, champions du don d'organes », *Statista*, 21 février 2024, disponible sur www.statista.com.

² Pour la liste détaillées des pays, voy. European Committee on Organ Transplantation, « International figures on organ, tissue & hematopoietic stem cell donation & transplantation activities », *Council of Europe*, 2022, disponible sur www.edqm.eu.

³ Agence de la biomédecine, *Encadrement international de la bioéthique*, Actualisation 2024, p. 19.

II. ENJEUX ÉTHIQUES : les principes du don d'organes remis en question dans un contexte de pénurie

La pénurie d'organes entraîne inévitablement des taux de morbidité importants parmi la population en attente de greffe (15 à 30% des patients inscrits sur les listes d'attente décèdent avant d'avoir pu en bénéficier).

Dans ce contexte de pénurie, les principes qui garantissent le caractère éthique de ce geste sont mis sous tension à de multiples égards, dans une perspective utilitariste. Un premier élément à prendre en compte est l'existence et le développement du trafic d'organes au niveau mondial. En parallèle de cette réalité, d'autres principes éthiques sont fragilisés, sur le plan des modalités du don d'organes : citons la règle du consentement présumé, l'apparition de nouvelles techniques de transplantation, ou encore le prélèvement d'organe dans le contexte d'une euthanasie.

A. Consentement présumé et consentement informé

Le don d'organes est un acte de grande générosité qui ne peut être imposé à quiconque en raison du principe d'autonomie du patient et du respect de sa dépouille mais aussi du respect de ses proches. Le consentement présumé est la règle dans la plupart des pays européens. L'objectif est d'augmenter le nombre de donneurs potentiels dans un contexte de pénurie d'organes transplantables.

Qui ne dit mot consent ?

Le consentement présumé interroge le respect de la volonté du patient qui n'est pas connue a priori. Il suppose une solidarité commune mais ne permet pas de s'assurer de la qualité du consentement. La personne a-t-elle été informée de son vivant de la possibilité du don d'organes et des besoins des personnes en attentes de greffes ? Connaît-elle la possibilité de s'inscrire sur un registre des donneurs ou au contraire des refus ? Dans le soin, le consentement du patient est le signe d'une relation marquée par la confiance, l'écoute et la communication avec le soignant. Un consentement informé et explicite dans le cadre du don d'organes pourrait favoriser la confiance et encourager au

don. Ainsi, des campagnes de sensibilisation pourraient mettre l'accent sur la nécessité de ce geste altruiste par excellence mais aussi volontaire, conscient et donc nécessairement informé¹.

Don d'organes et euthanasie : l'autonomie mise à mal

Dans un contexte de pénurie d'organes, une réflexion éthique approfondie s'impose concernant le développement du don d'organes après l'euthanasie, dans les pays ayant légalisé cette mort provoquée².

Imbrication inévitable des deux procédures

Le déroulement pratique de l'euthanasie suivie d'un don d'organes montre combien il est impossible de séparer, du point de vue éthique, l'euthanasie du prélèvement d'organes qui s'en suit : le patient subit des analyses médicales pour vérifier la qualité de ses organes quelques jours, 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 donc coordonnées. Véritablement prédisposé au don d'organes par toutes ces circonstances, on peut se demander si le patient garde encore réellement l'espace suffisant pour pouvoir décider de revenir sur sa décision d'euthanasie. En dépit du fait que de tels cas existent en nombre, on ne possède pas de données scientifiques sur les patients qui abandonnent leur demande d'euthanasie. Or, le poids des normes sociales peut empêcher certaines personnes de faire marche-arrière

¹ L. Beaulieu et M. D'Astous,
« [Don d'organes : faut-il rendre le consentement automatique?](#) », *Relations*, 2020, n° 808, pp. 12-13.

² Pour une réflexion plus générale sur le don d'organes dans le cadre de l'euthanasie voy. « [Don d'organes & euthanasie : éthiquement compatibles ?](#) », Dossier de l'Institut Européen de Bioéthique, 2020, disponible sur www.ieb-eib.org. Voy. également l'avis n° 83 rendu en 2023 par le Comité consultatif de bioéthique de Belgique sur le sujet (disponible sur www.health.belgium.be) et l'analyse de cet avis par l'IEB (« *Don d'organes après euthanasie : le Comité consultatif de bioéthique de Belgique se raccroche à une éthique procédurale* », 14 juillet 2023, disponible sur www.ieb-eib.org).

alors qu'elles le souhaiteraient, en particulier lorsque d'autres vies sont en jeu – comme dans le cas du don d'organes¹.

Suggestion par le corps médical

Au Québec, depuis 2018, les médecins sont encouragés à parler du don d'organes aux patients qui ont choisi l'euthanasie. Cela a contribué à l'augmentation du nombre de dons d'organes après euthanasie dans cette région². Aux Pays-Bas, un manuel pratique sur le don d'organes après euthanasie pose la question de savoir si les médecins sont tenus — sans même se questionner sur le fait de savoir s'ils peuvent éthiquement le faire — de proposer cette option aux patients³. Pour le médecin en soins intensifs Jonah

Rubin, membre du Centre de bioéthique de la faculté de médecine d'Harvard, « le moindre lien entre le don d'organes et l'euthanasie (...) restreint la capacité du patient qui envisage l'euthanasie, de poser son propre choix final en toute liberté par rapport au contrôle exercé par des sources extérieures »⁴. Parmi les personnes qui demandent à être euthanasiées, les candidats potentiels à un don d'organes « de qualité » sont essentiellement les personnes souffrant de pathologies neurologiques ou atteintes d'affections psychiatriques. Ces affections laissent en effet intacts les tissus et les organes vitaux susceptibles d'être transplantés. En Belgique, une étude de 2017 estime ainsi que, chez un peu plus de 10 % des personnes euthanasiées, le prélèvement d'organes serait « médicalement pertinent »⁵.

1 J. Rubin, « [Autonomy to a fault: The confluence of organ donation, euthanasia, and the dead donor rule](#) », *Bioethics*, 2023, n° 37, p. 377.

2 « [De la mort provoquée à la mort utile : augmentation du don d'organes après euthanasie au Québec](#) », Institut Européen de Bioéthique, 23 février 2024, disponible sur www.ieb-eib.org.

3 J. Bollen e.a., « Organ donation after euthanasia: A Dutch practical manual », *American Journal of Transplantation*, 2016, pp. 1967-1972.

4 J. Rubin, op. cit., p. 377.

5 J. Bollen e.a., « [Potential Number of Organ Donors After Euthanasia in Belgium](#) », *JAMA*, 2017, pp.1476-1477. Ce



Selon ce critère médical, **il apparaît qu'assez peu de personnes euthanasiées pourraient offrir des organes de qualité, excepté celles qui souffrent de maladie psychique.** Devant ce constat, la question de l'obtention d'un consentement éclairé, issu d'une volonté libre, se pose de manière accrue, puisque l'enjeu du libre choix de l'euthanasie est encore accru dans le cas de patients souffrant de troubles psychiques tels que la dépression.

B. Primum non nocere

Le principe de non-malfaisance (*primum non nocere*), qui constitue l'un des piliers de l'éthique médicale, implique que le don d'organes ne peut mettre en danger la vie du donneur, ni celle du receveur. La récente technique NRP (*Normothermic Regional Perfusion*), la perspective de l'euthanasie *par* don d'organes, ou encore celle des xénotransplantations* tendent à remettre en question le principe de non-malfaisance.

pourcentage a été établi sur la base des personnes euthanasiées en Belgique en 2015, en excluant celles dont les pathologies ou l'âge n'auraient pas permis de donner des organes de qualité.

La technique NRP interroge la règle du donneur mort

Alors que, jusqu'il y a peu, toute transplantation cardiaque avait lieu sur un donneur en état de mort cérébrale, depuis quelques années, on expérimente une nouvelle technique de réanimation des organes, la perfusion régionale normothermique (NRP, *Normothermic Regional Perfusion*). Cette technique est réalisée sur des donneurs déclarés mort selon les critères circulatoires et après la décision d'arrêt des traitements de maintien en vie (Maastricht III). La déclaration de mort signifie une cessation permanente de la circulation. Or, la technique NRP consiste à faire circuler du sang oxygéné dans les organes du donneur, avant que ceux-ci ne soient retirés de son corps.

La règle du donneur mort (*dead-donor rule*) pose que le donneur doit être mort avant de procéder au don. Autrement dit, le don ne doit jamais être la cause de la mort. Or, la technique NRP implique obligatoirement de ligaturer les principaux vaisseaux qui mènent au cerveau afin de s'assurer que la restauration de la circulation dans les organes thoraciques et abdominaux ne fera pas repartir l'activité cérébrale.

La question se pose de savoir si, dans ce cas, ce n'est pas la ligature des vaisseaux cérébraux qui cause la mort du patient. L'*American Academy of Neurology* (AAN) identifie la détermination de la mort cérébrale par « la démonstration d'une perte complète de conscience (coma), des réflexes du tronc cérébral et de la capacité indépendante de l'entraînement ventilatoire (apnée), en l'absence de tout facteur impliquant une réversibilité possible »¹. Avec la technique NRP, il n'est pas possible de parler de mort cérébrale.

Dans la mesure où il ne s'agit pas d'une mort cérébrale, et face à la crainte que des flux sanguins ne transitent vers le cerveau — avec le risque, si c'était le cas, que le patient ne ressente de la douleur — il faudrait pouvoir s'assurer que le délai de 5 minutes à respecter avant toute intervention sur le corps du donneur déclaré mort entraîne des dommages irréversibles au cerveau. Si c'est le cas, on pourrait alors parler de mort cérébrale et la ligature des vaisseaux cérébraux et de l'aorte ne poserait pas de problème.

¹ J. Russell e.a., « Brain death, the determination of brain death, and member guidance for brain death accommodation requests: AAN position statement », *American Academy of Neurology*, 2019.

Mais aucune étude à ce jour n'a été faite pour savoir si, après les 5 minutes, le cerveau est vraiment irrécupérable. L'incertitude demeure donc quant au fait de savoir si la décision d'arrêt des traitements suivie de la ligature des vaisseaux cérébraux n'accélère pas voire ne provoque pas la mort cérébrale du patient. **La préoccupation éthique concerne également la possibilité que cette technique ne porte atteinte au principe de non-malfaisance¹.**

Quels critères pour établir le diagnostic de mort ?

Dans le corps médical et parmi les bioéthiciens, la technique NRP suscite interrogations et controverses. Certains considèrent qu'elle viole la règle du donneur mort qui, pour être valide, doit pouvoir être établie de manière irréversible. Or, le retour de la circulation sanguine dans des organes vitaux du donneur et la crainte que des flux sanguins ne repartent vers le cerveau remettent selon eux en question le diagnostic de mort selon les critères circulatoires. Dans ce cas, le donneur serait maintenu dans un état intermédiaire

entre la vie et la mort. D'autres considèrent que s'il n'y a pas de flux sanguins vers le cerveau, même si la circulation est restaurée dans le reste du corps, le patient demeure mort. Cependant, à ce jour, la technique ne permet pas de s'assurer qu'aucun flux ne transite vers le cerveau². Cette seconde conception semble ainsi envisager la mort non plus comme une situation irréversible liée à la survenance d'un événement inédit, mais davantage comme un état de permanence, à réévaluer selon certains critères.

Ces questions invitent donc à une grande prudence dans l'attente d'études supplémentaires permettant de confronter cette technique à l'interprétation des critères de mort³.

¹ K. Ladin, « [Ethical Analysis of Normothermic Regional Perfusion \(NRP\)](#) », OPTN Organ Procurement Organization Committee, 2023.

² J. Entwistle e.a., « [Normothermic Regional Perfusion: Ethical Issues in Thoracic Organ Donation](#) », *The Annals of Thoracic Surgery*, 2022, vol. 114, pp. 44 - 51.

³ Pour approfondir le questionnement éthique sur ce point, voy. « [Préservation des organes en vue de la transplantation : focus sur une technique innovante qui questionne l'éthique](#) », Institut Européen de Bioéthique, 6 novembre 2023, www.ieb-eib.org.

L'euthanasie par don d'organes : 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.¹

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'organes².

1 Voy. « [Don d'organes & euthanasie : éthiquement compatibles ?](#) », Dossier de l'Institut Européen de Bioéthique, 2020, disponible sur www.ieb-eib.org.

2 D. Wilkinson et J. Savulescu, « [Should we allow organ donation euthanasia? Alternatives for maximizing the number and quality of organs for transplantation](#) », *Bioethics*, 2012, vol. 26, n° 1, pp 32-48.

L'avis des religions

Les quatre principales religions représentées en Europe que sont le catholicisme, l'islam, le protestantisme, et le judaïsme sont favorables au don d'organes.

Les représentants de l'Église catholique se sont exprimés à plusieurs reprises, notamment en 2000 lors du Congrès international sur la transplantation d'organes et en 2005 dans une lettre adressée à l'Académie pontificale des Sciences. Pour les chrétiens, il s'agit d'un acte d'une grande générosité envers la fraternité humaine.

L'Église catholique considère ainsi que « *la donation d'organes après la mort est un acte noble et méritoire et doit être encouragée comme une manifestation de généreuse solidarité* », mais qu'il convient de veiller à la proportionnalité entre « *les dangers et les risques physiques et psychiques encourus par le donneur* » et le « *bien recherché chez le destinataire* ». Par ailleurs, selon l'Église, ce don « *n'est pas moralement acceptable si le donneur*

ou ses proches ayants droits n'y ont pas donné leur consentement explicite ».

Enfin, il est « *moralement inadmissible de provoquer directement la mutilation invalidante ou la mort d'un être humain, fût-ce pour retarder le décès d'autres personnes* »¹.

S'agissant du point de vue de l'islam, Dalil Boubakeur, ancien recteur de la grande mosquée de Paris, considère également qu'il s'agit d'un acte de charité, un véritable don de vie, au bénéfice d'un autre être humain².

Le don d'organes est également autorisé dans la religion juive dans la mesure où, selon le Talmud, celui qui sauve une vie, sauve d'une certaine façon l'humanité tout entière³.

1 Catéchisme de l'Église catholique, n° 2296.

2 D. Boubakeur, « Conférence sur le don d'organe en Islam », *Grande mosquée de Paris*, février 2017, disponible sur www.mosqueedeparis.net.

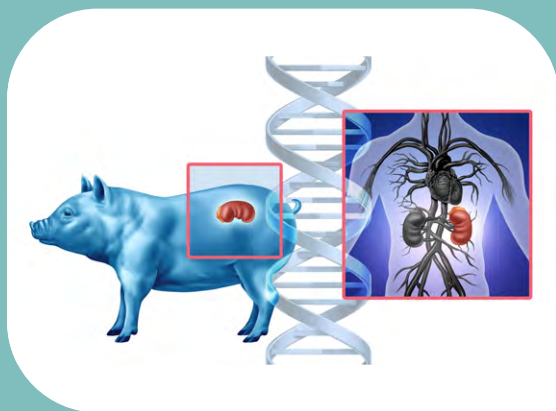
3 P. Kinnaert, « Islam, Judaïsme et transplantation d'organes », *Revue Médicale de Bruxelles*, 2006, pp. 477-481.

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 porte préjudice à 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 respecté¹ ».

1 *Ibid.*, p. 40.



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.

« 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

La xénotransplantation d'organes entiers demeure pour l'instant au stade expérimental, sans aucune certitude quant aux chances de réussite.

Centre de bioéthique à la faculté de médecine d'Harvard. 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 et augmenterait ainsi la qualité des organes prélevés¹.

¹ I. Ball, R. Sibbald et R. Truog, « [Voluntary Euthanasia — Implications for Organ Donation](#) », *N Engl J Med*, 2018, vol. 379, n° 10, p. 910.

Les risques de la xénotransplantation

La xénotransplantation désigne le transfert de cellules, tissus ou organes d'une espèce à une autre. Le terme renvoie généralement à la transplantation d'organes en provenance d'un animal (ex : un porc) chez l'être humain. De nombreux patients bénéficient déjà de prothèses biologiques (par opposition aux prothèses mécaniques) faites de tissu animal, notamment les valves cardiaques fabriquées à partir de tissus porcins, bovins ou équins¹.

Cependant, la xénotransplantation d'organes entiers demeure pour l'instant au stade expérimental, sans aucune certitude quant aux chances de réussite car les scientifiques doivent d'abord résoudre le problème de rejet qui survient quand l'animal donneur est génétiquement distant de l'homme.

Au niveau éthique, pour qu'une xénotransplantation soit acceptable, il faut que l'organe transplanté ne porte pas atteinte à l'intégrité de l'identité psychologique ou génétique de la personne qui la reçoit. Il faut également démontrer la possibilité biologique d'effectuer avec succès la transplantation, sans exposer le receveur à des risques excessifs. Outre le problème de rejet, le risque majeur de la xénogreffe est la transmission d'une maladie contagieuse de l'animal vers l'homme.

Rappelons enfin que le don d'organes de personne à personne est signe de la dignité humaine, tant du donneur que du receveur. Le don est gratuit, désintéressé, généreux, consenti, d'autant plus quand il est fait du vivant du donneur. Il participe à tisser un lien social fort. Ces caractéristiques sont impensables dans le cadre d'une xénotransplantation à partir d'une chimère.²

¹ Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, « *Surveillances des dispositifs médicaux implantables* », 2018, disponible sur : www.ansm.sante.fr.

² Pour approfondir le sujet des chimères, voy. le Dossier de l'IEB « [Chimères animal-homme : état des lieux et enjeux bioéthiques](http://www.ieb-eib.org) », Institut Européen de Bioéthique, www.ieb-eib.org.

C. La marchandisation du corps humain

Le trafic d'organes

La pénurie générale d'organes a très vite été repérée par des organisations criminelles internationales qui y voient un créneau lucratif. En effet, il suffit à ces organisations de faire pression sur des personnes en situation d'extrême pauvreté pour les inciter à vendre leurs organes. Un riche patient peut en effet se rendre assez facilement dans une région comme l'Europe de l'Est, en Inde, aux Philippines, en Amérique du Sud ou encore en Afrique pour acheter l'organe dont il a besoin. C'est ainsi que **la pauvreté a poussé des jeunes d'Europe de l'Est à vendre un de leurs reins pour 2.500 à 3.000 USD, alors que les receveurs verseraient de 100.000 à 200.000 USD pour la greffe**. Une fois le rein prélevé, la santé du donneur se dégrade en général rapidement faute de suivi médical ; ce facteur se conjugue à un travail souvent éprouvant et à un mode et des conditions de vie pas suffisamment sains.

La Chine a marqué l'opinion publique par le scandale des prélèvements d'organes sur les condamnés à mort. Pourtant officiellement interdite depuis 2015 par le gouvernement,

il s'avère que cette pratique perdure. Les victimes de ces prélèvements d'organes sont principalement les Ouïghours, les Tibétains, certains membres de la secte interdite Falun Gong ainsi que des chrétiens condamnés à mort et d'autres prisonniers politiques ou de conscience.

Lors d'une conférence en ligne donnée le 17 décembre 2022, le chercheur américain Ethan Gutman, auteur de deux livres sur le sujet, expliquait que la pratique était répandue en Chine depuis les années 1980 : « *En 2022, cette pratique est devenue banale pour des patients de pays riches tels que des Allemands qui débarquent de leur avion à Shanghai pour recevoir une greffe de foie en quelques heures, recevant un organe fraîchement prélevé qui correspond exactement à leur profil sanguin¹.* »

¹ P-A. Donnet, « Chine : le commerce toujours juteux des prélèvements d'organes sur des condamnés à mort », *Asialyst.com*, 30 janvier 2023.

Le corps humain hors commerce

Approche juridique

Dans l'esprit des juristes, le corps humain n'entre pas dans le commerce car le corps est à ranger dans l'orbite de la personne et non de la chose. Le droit romain connaissait déjà l'adage *Dominus membrorum suorum nemo videtur* (Ulpien, Digeste, 9, 2, 13) : « Personne n'est considéré comme le maître de ses membres ». Le sujet ne dispose pas de son corps comme il disposerait d'un bien extérieur à lui. Le juriste parlera dès lors de l'indisponibilité (ou de la non-marchandisation) du corps, de la même manière — le rapprochement est éclairant — qu'il parlera de l'indisponibilité de l'état civil.

La dignité du corps humain

Vendre un organe humain revient à considérer le corps comme une chose. En le chosifiant, on chosifie indissociablement la personne humaine elle-même. En effet, le corps ne peut pas être dissocié du concept de personne humaine, sous peine de tomber dans une conception an-

thropologique dualiste. Dissocier le corps du reste de la personne revient à dissocier le sujet à l'intime de lui-même, dans l'unicité de son identité. Le corps humain a donc la même dignité que la personne humaine. Selon le Professeur Xavier Dijon, « la dignité se joue d'abord dans un regard de reconnaissance, regard éminemment corporel, et éminemment social, mais qui reconnaît dans le sujet lui-même une qualité qui se cache dans l'expression corporelle, et qui le relie aux autres, humains comme lui¹. »

Ainsi, le corps humain porte à l'intime de lui-même la dignité du sujet. À l'opposé des matérialistes qui jouent à l'idéalisme pour penser le sujet de droit en dehors de son

1 Voy. X. Dijon, *La raison du corps*, Bruxelles, Bruylant, 2012.

corps et donc libre de le monnayer, le droit a pour rôle de mettre en évidence dans le corps lui-même la dignité qu'il reconnaît à la personne comme telle. Pour cette raison, il convient de ne pas entrer dans la logique de la commercialisation du corps, car elle aboutirait inévitablement à une fragilisation des personnes concernées, en particulier des plus pauvres.

A fortiori, mettre à mort des prisonniers pour prélever – voire en prélevant – leurs organes afin d'alimenter un marché, relève de la traite d'êtres humains à laquelle il est urgent de mettre fin par une collaboration au niveau international.

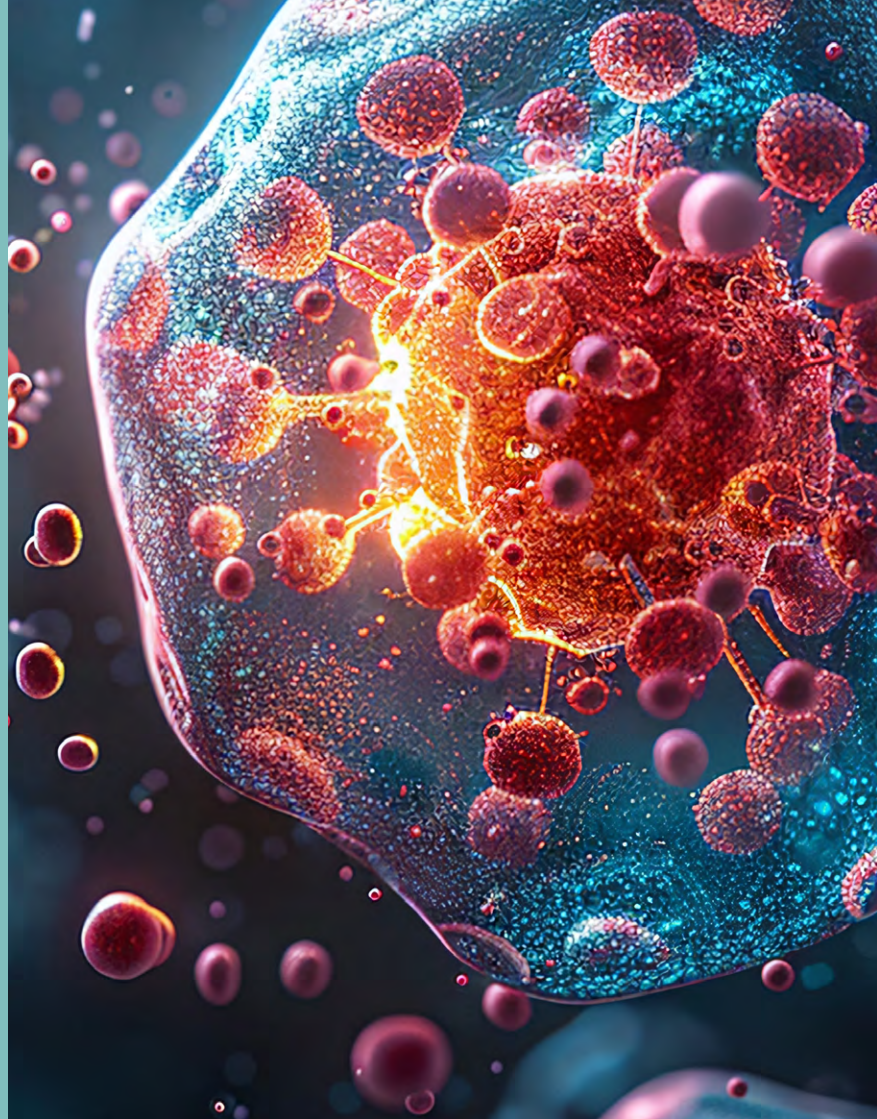
« La dignité se joue d'abord dans un regard de reconnaissance (...), mais qui reconnaît dans le sujet lui-même une qualité qui se cache dans l'expression corporelle, et qui le relie aux autres, humains comme lui. »

Rappelons en effet que, si les victimes sont localisées dans certains pays, les « acheteurs » ou receveurs peu scrupuleux à l'égard des droits humains en la matière, proviennent de tous les continents.

Don d'organes vs don de gamètes : quelles différences ?

Si le don d'organes consiste à permettre la poursuite d'une vie déjà existante, le don de gamètes contribue à la naissance d'une nouvelle vie humaine. Il s'agit donc de deux types de dons au sens large mais dont l'origine et la finalité sont fondamentalement différentes. Les implications éthiques surgissent de ces différences et invitent à questionner l'expression de « don de gamètes ». En effet, donner ses gamètes consiste en fait à donner la vie à une nouvelle personne.

Ce don diffère donc diamétralement du don d'organes qui n'entraîne aucune responsabilité de la part du donneur vis-à-vis du receveur. Dans le cas d'un don de gamètes, bien qu'il s'agisse d'un don de vie, le lien biologique qui unit le donneur à l'enfant issu du don n'est plus reconnu dans la filiation. Celle-ci est établie fictivement vis-à-vis du parent d'intention. Si l'anonymat ne pose pas de problème dans le cas du don d'organes et permet au contraire d'assurer qu'aucune pression ne pèsera sur le donneur (s'il est vivant) ou le receveur ; dans le cas du don de gamètes, il conduit à priver de leur origine biologique les enfants qui en sont issus.





Conclusion

À première vue, il semblerait que les problèmes éthiques liés au don d'organes soient faciles à résoudre, une fois garanties les conditions de vérification de la mort du donneur, et les bonnes conditions pour le don du vivant du donneur. Cependant, nous pouvons dire avec E. Sgreccia qu'avec « *le progrès des techniques, l'augmentation des demandes, la rareté des donneurs, l'exigence de qualité pour les organes susceptibles d'être transplantés, les problèmes éthiques sont devenus au contraire plus complexes*¹ ».

Le consentement présumé et les techniques toujours plus poussées pour obtenir des organes de bonne qualité mettent en lumière les tensions inhérentes à cet acte dans un contexte de pénurie. La recherche d'efficacité ne peut cependant pas faire l'impasse sur le respect dû à chaque personne. Avant d'être un acte technique, le don d'organes est une question de relations humaines. Le don d'organes questionne aussi les limites du consentement.

¹ E. Sgreccia, Manuel de bioéthique. *Les fondements de l'éthique biomédicale*, Mame EDIFA, Paris, 2004, p. 713.

Dès lors qu'il est présumé, il est difficile d'y voir un consentement réellement informé. Le contexte vient également interroger la validité de ce consentement, notamment dans le cas de l'euthanasie, en particulier chez les patients atteints de maladie psychique. Pourtant, ce geste éminemment altruiste gagnerait à être protégé et encouragé par de vraies campagnes de sensibilisation. Pour faciliter les procédures de transplantation et ainsi augmenter les chances de survie des personnes en attente d'organe, les politiques publiques pourraient sensibiliser davantage la population à ce geste de solidarité².

Le don d'organes interroge finalement le rapport de chacun à la vie et à la mort, aux autres et la confiance accordée au corps médical. Chaque personne est un donneur potentiel, mais elle est aussi un receveur potentiel. C'est en ce sens que le don d'organes est aussi le signe de l'interdépendance de l'être humain.

² Citons à cet égard l'exemple du Code de la démocratie locale et de la décentralisation en Wallonie, qui permet à chaque citoyen, à l'occasion des élections, de s'enregistrer comme donneur d'organes *post mortem*, dans son bureau de vote.



Glossaire

- ***cDCD (controlled donation after circulatory-determined death) :***

Don contrôlé après un décès d'origine circulatoire.

- ***DCD (donation after circulatory death) :***

Don après un décès d'origine circulatoire.

- ***DBD (donation after brain death) :***

Don après mort cérébrale.

- ***DDR (dead donor rule) :***

Règle du donneur mort. Cette règle relève du principe largement répandu selon lequel il est mal de tuer une personne pour sauver la vie d'une autre. Pour cette raison, un donneur d'organes doit déjà être mort avant que ses organes vitaux ne soient prélevés.

- ***NRP (normothermic regional perfusion) ou PRN : Perfusion régionale normothermique.***

Cette technique consiste à faire passer le sang à travers les organes du corps d'une personne après que le cœur a cessé de battre de manière irréversible. Elle est utilisée chez les donneurs en arrêt circulatoire pour améliorer la conservation des greffons avant une greffe.



- **Cellules souches hématopoïétiques :**

Cellules fabriquées par la moelle osseuse et à l'origine des différentes cellules du sang : les globules rouges, les globules blancs et les plaquettes.

- **Gamète :**

Cellule reproductrice, appelée spermatozoïde chez l'homme et ovule chez la femme, qui peut s'unir au gamète de sexe opposé lors de la fécondation.

- **Gonade :**

Organe de la [reproduction](#) qui produit les cellules sexuelles (gamètes). Il s'agit de [l'ovaire](#) chez la [femme](#) et du testicule chez [l'homme](#).

- **Hypoxie :**

Diminution de la concentration d'oxygène dans le sang. Elle peut se traduire par un essoufflement et une douleur thoracique, et entraîner divers dysfonctionnements au niveau de plusieurs organes tels que le cerveau ou les poumons.

- **Ischémie :**

Arrêt ou insuffisance de la [circulation sanguine](#) dans une partie du corps ou un organe, qui prive les cellules d'apport d'oxygène et entraîne leur détérioration.

- **Xénotransplantation :**

[Transplantation](#) dont l'organisme [receveur](#) et le [donneur](#) appartiennent à des [espèces](#) différentes (par exemple l'homme et le cochon).



Institut
Européen de
Bioéthique

*Des idées
qui font vivre !*

<https://www.ieb-eib.org>