

# Pourquoi développer la pratique du « donneur vivant » ?

**Emmanuel Morelon**

DANS **LAENNEC 2003/2 Tome 51** , PAGES 10 À 20

ÉDITIONS **CENTRE LAENNEC**

ISSN 1272-520X

DOI 10.3917/lae.032.0010

Date de mise en ligne : 01/01/2012

Article disponible en ligne à l'adresse

<https://stm.cairn.info/revue-laennec-2003-2-page-10?lang=fr>



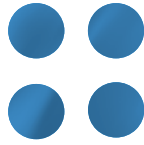
Découvrir le sommaire de ce numéro, suivre la revue par email, s'abonner...  
Scannez ce QR Code pour accéder à la page de ce numéro sur Cairn.info.



**Distribution électronique Cairn.info pour Centre Laennec.**

Vous avez l'autorisation de reproduire cet article dans les limites des conditions d'utilisation de Cairn.info ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Détails et conditions sur [Cairn.info/copyright](http:// Cairn.info/copyright).

Sauf dispositions légales contraires, les usages numériques à des fins pédagogiques des présentes ressources sont soumises à l'autorisation de l'Éditeur ou, le cas échéant, de l'organisme de gestion collective habilité à cet effet. Il en est ainsi notamment en France avec le CFC qui est l'organisme agréé en la matière.



Médecine et société

## Actes du colloque

Emmanuel Morelon

Service de Transplantation

et de Réanimation

Hôpital Necker –

Enfants Malades, Paris

# Pourquoi développer la pratique du « donneur vivant » ?

*Le développement des transplantations  
d'organe se trouve aujourd'hui  
freiné par le manque d'organes  
disponibles, d'où un recours croissant  
à des donneurs vivants.*

*Néphrologue, Emmanuel Morelon  
analyse les causes de cette évolution  
et en souligne les enjeux éthiques.*

L'utilisation de la transplantation d'organe comme thérapeutique substitutive chez l'homme a débuté dans les années 1950, avec les premières greffes de rein réussies à Boston et à Paris. Depuis cinquante ans, cette nouvelle spécialité a soulevé de nombreuses questions éthiques et deux lois de bioéthique ont défini ses conditions d'application. Celle de 1994, notamment, réservait le don d'organe entre vifs aux personnes apparentées au premier degré au receveur : frères et sœurs, parents ou enfants. Les conjoints ne pouvaient pas être donneur en dehors d'un contexte d'urgence.

La nouvelle loi de bioéthique, en cours de discussion à l'Assemblée Nationale et au Sénat, doit se prononcer sur l'extension du don d'organe aux donneurs vivants non-apparentés. Une telle modification n'est pas sans poser toute une série de questions éthiques nouvelles, auxquelles on tentera de répondre dans cet article : comment s'assurer, au sein d'un couple, que le don est librement consenti ? Comment gérer la liberté de choix du donneur éventuel dans l'urgence d'une transplantation hépatique ? Comment aborder le problème avec les familles ? Comment choisir le futur donneur en lui laissant la liberté de consentir ou de refuser ? L'extension du don aux donneurs vivants non apparentés ne risque-t-elle pas d'entraîner une commercialisation des organes ?

Mais avant de soulever ces interrogations, il convient de rappeler les aspects médicaux des transplantations d'organe, leurs enjeux et leurs spécificités en fonction des organes greffés, ainsi que les différents types de dons possibles. Nous examinerons principalement la transplantation rénale et hépatique, car ce sont les deux types de transplantation les plus fréquemment réalisés dans notre pays ; en outre, le foie et le rein sont les organes les plus concernés par la question du donneur vivant.

## Les enjeux de la transplantation d'organe

Initialement thérapeutique exceptionnelle, la transplantation d'organe est devenue une pratique clinique courante depuis au moins vingt ans. Les organes transplantés sont les reins, le foie, le cœur, les poumons, le pancréas et l'intestin.

La transplantation consiste à remplacer un organe défectueux, vital ou non, par un autre organe : c'est sa première particularité. L'objet thérapeutique, l'organe transplanté, ne peut pas





être produit par l'industrie pharmaceutique ; l'activité de transplantation d'une société dépend donc de sa capacité à se procurer ces organes.

Une deuxième particularité tient au fait qu'il s'agit d'un traitement de dernière intention pour lequel il n'existe pas beaucoup d'alternatives. Le patient en attente d'une greffe de foie ou de cœur va décéder dans un délai plus ou moins long si la greffe n'est pas possible ou si elle échoue. Compte-tenu de ces enjeux vitaux, la personne en attente d'un de ces organes est dans une situation de grande détresse physique et morale ; une transplantation demeure ainsi, au début de ce XXI<sup>e</sup> siècle, un acte fort et très marquant dans la vie d'un patient.

Il n'en va pas de même pour le rein. Dans les pays industrialisés et riches, il existe une alternative à la greffe qui est l'épuration extra-rénale par la dialyse péritonéale ou l'hémodialyse. Cependant, on considère actuellement pour des raisons médicales et socio-économiques que la transplantation rénale constitue le traitement de choix de l'insuffisance rénale terminale. Dans les pays où les patients n'ont pas accès à l'hémodialyse, elle reste le seul traitement possible en pareil cas. Dans ces pays, la transplantation rénale est donc un acte salvateur au même titre que la transplantation cardiaque et hépatique. En France, il nous faut tout de même garder en mémoire qu'un patient en insuffisance rénale terminale ne décèdera pas s'il n'est pas transplanté. La transplantation rénale est donc une thérapeutique de confort, contrairement à la transplantation cardiaque et hépatique. Cette différence est majeure et doit être prise en compte dans le débat éthique.

### **Donneur décédé et donneur vivant : les deux sources d'organes**

Les organes greffés sont prélevés sur deux types de donneurs. Les donneurs en état de mort cérébrale, dits donneurs décédés, sont morts à la suite d'un traumatisme cérébral, d'une anoxie cérébrale ou d'un accident vasculaire cérébral. Tous les organes peuvent être prélevés chez ce type de donneur. Les donneurs vivants, par contre, ne peuvent donner qu'un rein, le plus souvent, un lobe hépatique ou, plus rarement, un lobe pulmonaire.

Le don d'organe à partir de donneur décédé a été développé

en France depuis les années 1960 pour un double motif : il permet de procéder à tous les types de transplantation tout en évitant de faire appel aux donneurs vivants. La transplantation étant ainsi pratiquée au bénéfice des malades sans mettre en jeu la santé d'autres personnes, l'acte thérapeutique effectué ne transige pas avec l'un des principes fondamentaux sur lesquels repose, depuis toujours, notre pratique médicale : *primum non nocere*. Or, depuis une dizaine d'années, l'activité de prélèvement à partir de donneur cadavérique diminue, ce qui pourrait expliquer en partie le manque d'organes actuel. Les causes de cette diminution sont complexes et je ne ferai que les évoquer.

Tout d'abord, le prélèvement d'organe requiert un personnel nombreux et expérimenté. Cette activité très lourde est de plus en plus difficile à maintenir dans un contexte de déficit en personnel médical et paramédical. De plus, l'absence de compensation directe ou indirecte a démotivé progressivement les acteurs impliqués dans les prélèvements d'organes de personnes en état de mort cérébrale. En effet, pour des raisons de transparence, les activités de prélèvement et de greffe ont été complètement séparées. Le personnel impliqué dans le prélèvement d'organe, dans des hôpitaux où il n'existe aucune activité de transplantation, ne mesure pas toujours les avantages qu'apporte cette dernière aux patients en attente de greffe ; il ne perçoit que les inconvénients de cet acte lourd et pénible qu'est le prélèvement d'organe sur un patient décédé.

De façon plus positive, la baisse enregistrée dans l'activité de prélèvement d'organe sur donneur décédé est également due à une diminution des décès par accident et traumatisme crânien, grâce à la prévention mise en place par les autorités sanitaires. Enfin, une troisième explication tient au refus croissant des familles d'autoriser le prélèvement, dans le contexte actuel de crise de confiance de la population par rapport au « pouvoir » médical.

## La part croissante des greffes avec donneur vivant

Historiquement, c'est à partir de donneurs vivants qu'ont eu lieu les premières transplantations rénales réussies au milieu des années 1950 : don d'un rein d'une mère à son fils,





greffe entre jumeaux homozygotes... Du fait des progrès accomplis en Immunologie de la transplantation et en matière de préservation des organes, la transplantation avec donneur vivant est ensuite tombée en désuétude jusqu'au milieu des années 1980. Sa renaissance s'est amorcée voici une quinzaine d'années et elle se trouve en pleine expansion depuis les années 2000. Elle est devenue la première source de reins aux États-Unis en 2001 – un niveau depuis longtemps atteint en Norvège – mais, en France, elle ne représente encore que moins de 4 % des sources d'organes.

## L'activité de transplantation en France : quelques chiffres

### Transplantation rénale

On estime qu'il existe en France environ 30 000 patients souffrant d'insuffisance rénale terminale. La plupart de ces patients sont en hémodialyse. On réalise environ 2000 greffes de rein par an. Or, chaque année, plus de 5000 malades inscrits sur la liste d'attente espèrent être greffés. Cette liste s'allonge régulièrement car le nombre de patients en insuffisance rénale terminale augmente davantage que le nombre annuel de greffes.

### Transplantation hépatique, pulmonaire et cardiaque

En France, en 2001	Transplantation hépatique	Transplantation pulmonaire	Transplantation cardiaque
Transplantations réalisées	803	91	316
Patients inscrits sur la liste d'attente	1455	137	802
Patients décédés en attendant la greffe	88 (soit 6 % des inscrits)	28 (soit 2 % des inscrits)	108 (soit 13 % des inscrits)

Source : Rapport d'activité 2001 de l'Établissement Français des greffes

## Un constat irréfutable : le manque d'organes

Les chiffres présentés dans ce tableau montrent clairement que l'activité de transplantation est insuffisante pour couvrir les besoins de la population en attente de greffe d'organe. Ce manque est responsable de la mort de patients qui décèdent au cours de cette attente. La possibilité de donner un organe de son vivant vise à augmenter le nombre de greffes réalisables pour pallier le manque d'organes. Il faut cependant rappeler que ce manque est relatif : grâce au progrès médical, les indications de la transplantation sont repoussées toujours plus loin par les médecins. En offrant la possibilité d'être greffés à des patients autrefois écartés de la liste de transplantation, le progrès contribue donc à donner une impression de pénurie. Par exemple, si l'on décide de repousser l'âge de la transplantation rénale de soixante-cinq à soixante-dix ans, on allonge la liste d'attente du nombre des patients concernés et l'on aggrave d'autant le manque d'organes.

À l'inverse, ce contexte de pénurie va influencer sur la décision de ne pas transplanter certains patients. Un exemple illustre bien ce problème. Un homme de soixante-dix ans, greffé du rein et porteur d'une polykystose hépatique, souffre d'une infection permanente de ses canaux biliaires qui entraîne des péritonites à répétition. Une indication théorique de transplantation hépatique est portée car il va probablement décéder de septicémie dans un délai proche. La transplantation hépatique sera finalement exclue ; le risque de décès du patient en post-opératoire est trop important, compte-tenu de son état général. Non seulement l'acte de transplantation risquerait de provoquer sa mort à court terme, mais son décès entraînerait, de surcroît, la perte d'un greffon hépatique qui aurait pu profiter à un patient en meilleur état que lui. Ce type de raisonnement, qui ne repose pas exclusivement sur le calcul du rapport bénéfice-risque pour le patient, n'intervient qu'en période de manque. Les indications dites « limites » de la transplantation d'organe doivent tenir compte de ce manque pour ne pas désavantager des receveurs qui bénéficieraient plus que d'autres d'une transplantation.

Une deuxième conséquence de la pénurie d'organes est l'aspiration à étendre le prélèvement aux donneurs vivants pour





augmenter l'activité de greffe. Proposerait-on la transplantation hépatique ou pulmonaire à partir d'un donneur vivant – avec les risques de mortalité et de morbidité qu'elle représente pour celui-ci – si l'on n'était pas en période de pénurie ? Probablement non.

### **Pour un développement de la greffe avec donneur vivant**

Le premier argument en faveur de l'extension de la pratique des greffes avec donneur vivant consiste, nous l'avons vu, dans le manque d'organes en provenance de donneurs décédés. Le deuxième repose sur la qualité des résultats obtenus grâce aux nouveaux médicaments immunosuppresseurs : il n'est désormais plus nécessaire de disposer d'une bonne compatibilité tissulaire. Les résultats actuels sont au moins aussi bons, voire meilleurs, que ceux obtenus à partir de donneurs décédés. Ce point est important : il serait très discutable de proposer une greffe à partir de donneur vivant non compatible si les résultats devaient être moins satisfaisants que ceux obtenus grâce à un organe provenant d'un patient décédé avec une meilleure compatibilité tissulaire.

Un troisième argument tient à la faible mortalité enregistrée et à la morbidité péri-opératoire réduite, en transplantation rénale tout au moins : il est possible de recourir à des donneurs vivants sans leur faire prendre un risque vital majeur.

Enfin, un prélèvement d'organe avec donneur vivant peut être programmé ; il ne demande pas l'organisation sophistiquée qu'exige la transplantation d'organe à partir de donneur décédé et peut être planifié aux heures ouvrables, en dehors de tout contexte d'urgence. Le patient vient avec le donneur ; un bilan est établi pour exclure toute possibilité de contre-indication au prélèvement. Après que le donneur a clairement exprimé sa volonté – le don doit être librement consenti – la transplantation peut être organisée.

### **Les aspects bénéfiques du don**

Le don d'organe entre vifs peut apparaître comme un acte de sublime générosité. Beaucoup d'enquêtes montrent que les donneurs de rein sont le plus souvent heureux d'avoir donné,

et qu'ils referaient ce geste s'il était à refaire. Dans ces conditions, pourquoi ne pas faciliter le don avec donneur vivant ? N'est-ce pas le plus beau geste qui soit ? Pourquoi limiter le don d'organe à la famille du premier degré ? Pourquoi l'interdire, comme le fait la loi de bioéthique de 1994, dans le cadre d'une amitié sincère ou *a fortiori* au sein d'un couple ? N'est-il pas légitime qu'un conjoint ait envie d'aider l'homme ou la femme qu'il aime en lui donnant un organe ? D'autant qu'en pareil cas, le donneur est lui-même directement bénéficiaire de son don ; en effet, sa qualité de vie familiale s'améliore avec la transplantation de son conjoint : liberté de mettre au monde des enfants, possibilité de repartir en week-end ou en vacances, diminution des contraintes du régime alimentaire, reprise d'une vie familiale presque normale...

## Le don entre vifs : risques et enjeux

Pourquoi, au nom de quoi, interdire le don avec donneur vivant non apparenté ? Quels peuvent être les risques du développement de la greffe avec donneur vivant ? Quels en sont les enjeux éthiques (1) ? Que propose la nouvelle loi de bioéthique en cours de discussion ?

### Les risques pour le donneur

Ces risques sont assez bien connus en ce qui concerne le prélèvement de rein et considérés comme mineurs, avec une mortalité très faible (<0.01 %). La morbidité semble aussi peu importante. On relève cependant l'absence de données prospectives et donc la nécessité urgente de mettre en place un registre de suivi des donneurs vivants. Lors d'un récent congrès de transplantation, une communication a rapporté les cas de donneurs de rein qui étaient devenus des candidats à la transplantation rénale...

Le cas du prélèvement d'un lobe pulmonaire ou hépatique est plus délicat : suite à ce type de prélèvements, on observe davantage de complications et la morbidité, comme la mortalité, est plus importante (2).

### Comment s'assurer de la liberté du don ?

Le don d'organe de vif à vif est un acte de générosité sublime que l'on peut considérer comme une forme très avancée d'al-

(1)  
Cf. article du Professeur  
M. Broyer, p. 21.

(2)  
Cf. article du Professeur  
O. Boillot, p. 32.



truisme. Encore faut-il qu'il soit librement consenti ! Comment s'assurer de la liberté du donneur au sein d'une famille ou d'un couple ? Comment être sûr que l'on a bien affaire à un don, et non à une forme de spoliation d'organe ? Comment ne pas transformer un acte sublime en acte sordide ? Quels sont les moyens proposés par la loi actuelle et par la prochaine loi ?

Une situation concrète illustre bien ce problème : il s'agit d'un patient gitan, en insuffisance rénale terminale, qui vient consulter pour une transplantation rénale avec donneur vivant. La donneuse proposée est sa sœur, laquelle vit dans la caravane de son frère et dépend financièrement de lui. Est-elle vraiment consentante ? Est-elle libre de s'exprimer ? Dans ce cas, la transplantation a été repoussée trois fois, la jeune femme ayant de la fièvre avant le prélèvement d'organe. S'agissait-il réellement d'un don librement consenti ?

### Préserver la liberté du don dans un contexte d'urgence

Comment s'assurer de la liberté du don dans le contexte d'urgence d'une greffe de foie ou d'une greffe pulmonaire ? A t-on le droit de proposer à un proche du receveur le don d'un lobe pulmonaire ou d'un lobe hépatique en cas d'urgence vitale ? Comment ne pas mettre le donneur potentiel en situation de culpabilité extrême, s'il refuse ce don ? S'il ne consent pas, la vie du receveur est en péril ; s'il accepte, sa propre vie est en danger.

Que faire dans le cas du don de parents à enfants ? Qui doit être le donneur ? Le père ? La mère ? Quels critères de choix retenir ? Et si l'on ne propose pas cette alternative thérapeutique et que le receveur décède, les parents n'auront-ils pas l'impression que le maximum n'a pas été fait, qu'ils auraient pu sauver leur enfant si on leur avait proposé le don d'organe ? Comment aborder ces questions avec les familles ?

### Le risque du commerce d'organes

Enfin, l'un des risques générés par l'extension de la transplantation à partir de donneurs vivants est celui du développement du commerce des organes. Il ne faut pas confondre ce commerce, qui existe déjà dans beaucoup de pays du monde – particulièrement en Orient, en Inde et en Amérique du Sud – avec

le trafic d'organes volés, c'est-à-dire prélevés sur des personnes non consentantes. L'existence d'un tel trafic n'est toujours pas démontrée à l'heure actuelle.

Par contre, le risque de développement du commerce des organes est réel : aux États-Unis et en Angleterre, des groupes influents de médecins et de spécialistes de l'éthique militent en sa faveur. Leurs arguments sont divers ; je n'en citerai que quelques-uns :

- ce commerce représente un moyen de lutter contre la pénurie d'organes ; si un adulte receveur et un adulte donneur sont tous deux consentants, pourquoi refuserait-on la vente d'un organe ?

- la vente d'un organe permet à une famille pauvre de vivre plusieurs mois, voire plusieurs années ; pourquoi la priver de cette chance ?

- le fait d'acheter un organe lui confère de la valeur : le receveur acceptera plus volontiers la prise du traitement immunosuppresseur ;

- le prélèvement d'un organe est une procédure lourde, risquée, et elle fait subir un préjudice au donneur. Il est normal de récompenser financièrement celui-ci pour le don qu'il fait de son rein à la société, laquelle, grâce à lui, réalise des économies. À la notion de « vente d'organe », on préférera celle de « dédommagement du donneur »...

En France, nous restons très opposés à cette vision terrible d'un homme qui pourrait se vendre par morceaux pour subsister. Veut-on d'une société où les pauvres monnaieraient leurs organes pour survivre, tandis que les riches les leur achèteraient pour profiter de la vie ?

Sur ce point, il est clair que l'extension des prélèvements aux donneurs non apparentés augmente les risques en exposant à des formes cachées de commercialisation des organes. Comment éviter que le receveur ne vienne avec un « ami », richement payé pour offrir son rein ? Comment éviter les « mariages blancs » sources d'organes ? Quels seront les moyens prévus par la loi pour éviter tous ces abus ?

## Conclusion

Il me semble personnellement légitime d'élargir le don d'organe aux donneurs vivants non apparentés, tout au moins





en ce qui concerne la transplantation rénale. D'un point de vue pratique, en effet, cette extension devrait permettre de lutter efficacement contre le manque d'organes disponibles ; et sur le plan éthique, le don d'organe représente un bel acte de générosité qu'on ne peut réfuter sous prétexte d'abus éventuels. Pour autant, les dispositions de la future loi de bioéthique devront impérativement définir des moyens adéquats pour vérifier que le don est librement consenti, afin d'éviter toute forme de spoliation d'organe. Il lui faudra également lutter de façon stricte contre toute commercialisation des organes, en instaurant – pourquoi pas – une sanction pénale à l'encontre du receveur et du donneur qui se livreraient à de telles pratiques.

● Emmanuel Morelon