

## RESEARCH OUTPUTS / RÉSULTATS DE RECHERCHE

### Réflexions éthiques sur la prolongation de la vie pour fin de don d'organes

Bert, Catherine

*Published in:*  
Frontières

*Publication date:*  
1994

*Document Version*  
le PDF de l'éditeur

[Link to publication](#)

*Citation for pulished version (HARVARD):*

Bert, C 1994, 'Réflexions éthiques sur la prolongation de la vie pour fin de don d'organes', *Frontières*, vol. automne 1994, pp. 19-24.

#### General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal ?

#### Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

# Réflexion éthique sur la prolongation de la vie pour fin de don d'organes

**«IL FAUT BIEN ADMETTRE, EN EFFET, QUE LA PERSONNE EN COMA DÉPASSÉ EST À LA FOIS MORTE ET VIVANTE. IL FAUT QU'ELLE SOIT VIVANTE, PUISQUE TELLE EST LA CONDITION POUR PRÉLEVER DES ORGANES «FRAIS», EN BON ÉTAT DE FONCTIONNEMENT. IL FAUT BIEN ADMETTRE D'AUTRE PART QU'ELLE SOIT MORTE, SOUS PEINE D'AVOIR À RECONNAÎTRE QUE L'ON RETIRE LA VIE AUX UNS, EN LES PRIVANT D'ORGANES VITAUX, POUR MAINTENIR D'AUTRES PERSONNES EN VIE.»<sup>1</sup>**

par Catherine Bert,

chercheur, Centre de Droit de la Consommation,  
Université Catholique de Louvain-la-Neuve.

Les techniques de prélèvement et de transplantation d'organes humains ont une incidence sur l'établissement des critères de mort.

Les progrès réalisés au cours de ces dernières décennies en matière de prélèvement et de transplantation d'organes restent incontestables, permettant par exemple un accroissement de vie des organes transplantés et partant, de la durée de vie des malades. En effet, l'importance de la médecine des greffes se situe actuellement à un niveau qualitatif en tant que thérapeutique efficace en certaines situations fatales. Mais, cette thérapeutique semble également acquérir une importance quantitative dans la médecine de demain. À titre indicatif, certaines prévisions laissent augurer qu'elle pourrait représenter, en l'an 2000, la moitié des actes chirurgicaux effectués sur l'enfant<sup>2</sup>. On ne peut par conséquent considérer la greffe d'organe

comme seulement destinée à une frange de la population.

À l'exception de certains organes et tissus (rein, poumon, partie de foie, moelle) prélevés sur des donneurs vivants généralement apparentés aux receveurs, les greffons proviennent majoritairement de donneurs décédés, surtout de ceux dont la mort est constatée à partir des critères de la mort cérébrale<sup>3</sup>. Ces critères permettent de retarder l'extinction de certaines fonctions vitales du défunt (circulation sanguine, oxygénation), dans le but de prélever des organes en état de bon fonctionnement. Cette prolongation artificielle d'une partie de la vie corporelle du donneur permet, si tout se passe bien, de prolonger efficacement toute la vie humaine du receveur en palliant le dysfonctionnement fatal d'une partie de son organisme physique.

Au regard des développements attendus de la technique et des conditions actuelles<sup>4</sup> de prélèvement, les questions éthiques relatives à la prolongation de la vie se posent dans toute

leur intensité: à quelles conditions la prolongation de la vie organique d'un individu, à des fins de prélèvement et de transplantation d'organes, peut-elle respecter sa dignité humaine et son droit à l'autodétermination? Car outre des conséquences affectives, juridiques et organisationnelles, ce problème présente également des enjeux philosophiques: sur quelles valeurs se fonde le sens du don?

En posant la question du sens du don, c'est finalement la question de ce qui fait l'essence de la vie humaine que l'on est amené à poser. Les actes techniques que constituent le prélèvement et la transplantation d'organes mettent de fait en cause, aujourd'hui plus qu'hier et bien moins que demain sans doute, le sens de la vie et de la mort des humains. Ils impliquent des décisions qui bouleversent les critères de détermination du seuil frontière entre la vie et la mort, ceux-ci appelant à de nouveaux repères tels que la qualité de la vie et l'autonomie personnelle.

## ENTRE LA VIE ET LA MORT

Les scientifiques admettent aujourd'hui que les signes cliniques de la mort ne permettent plus aussi facilement qu'auparavant de distinguer le seuil entre la vie et la mort. Cette confusion renforce par ailleurs d'une certaine façon une ambiguïté envers la mort propre à la société occidentale contemporaine et les difficultés de respecter tant le

corps mort que les rites funéraires traditionnels. Même si la médecine des greffes a bien fait les preuves de son efficacité, elle participe de façon particulière à l'occultation de l'expérience rituelle associée à la mort. La disparition du rite autour de la survenance de la mort paraît encore plus sensible et plus difficile à vivre en cas de prélèvement d'organes, et ce aussi bien par les médecins qui opèrent dans l'urgence que par les familles qui ne peuvent aider ni les équipes médicales, ni le défunt qui leur est pour ainsi dire enlevé pour être soumis au rituel d'une médecine de pointe.

### LA CONTRIBUTION DES SCIENTIFIQUES

Le respect des exigences médicales et techniques requiert que le prélèvement sur un donneur non-vivant s'effectue sur un individu dont l'organisme en tant qu'être humain a cessé d'exister mais est toutefois artificiellement maintenu en vie.

La mort est désormais définie en fonction de la cessation des activités cérébrales déterminée au moyen de différents critères. D'après les connaissances médicales actuelles, la fonction qui régit le système cérébral s'anéantit la première, avant le système cardiovasculaire, le système respiratoire, le système nerveux, digestif, urogénital, locomoteur et avant les éléments cellulaires. La mort médicale ne correspond plus à un arrêt de l'activité cardiaque mais elle est le résultat de la suppression totale et irréversible des fonctions du cerveau. À l'heure actuelle, cinq critères médicaux<sup>5</sup> doivent être réunis: deux électro-encéphalogrammes plats, mesurés à six heures d'intervalle, l'absence de tout réflexe issu du tronc cérébral ainsi que de toute forme de conscience, l'immobilité absolue des globes oculaires et la perte de toute respiration.

Un tel diagnostic de la mort permet, tout en déclarant le décès, de maintenir en vie, pendant un certain laps de temps, les organes de la personne décédée. Les techniques de réanimation peuvent en effet créer un état de dissociation entre la mort du cerveau et celle de son organisme. La mort du cerveau empêche ultérieurement toute possibilité d'activités psychiques ou mentales bien que certaines parties du corps puissent encore être maintenues en vie.

La problématique des limites de la vie et de la mort connaît cependant une région intermédiaire entre ces deux

pôles. Les progrès techniques ayant démontré que la mort est un phénomène qui s'accomplit graduellement, il y a lieu d'établir une transition entre la mort humaine et la mort physiologique. Cette phase transitoire entre la vie et la mort reste relativement floue dans la mesure où elle permet de considérer l'homme comme décédé en tant que personne humaine en raison de l'anéantissement des fonctions organiques du cerveau, mais sans que celui-ci puisse être réduit à l'état de cadavre, la vie végétative des autres organes se poursuivant à l'aide d'appareils de plus en plus perfectionnés.

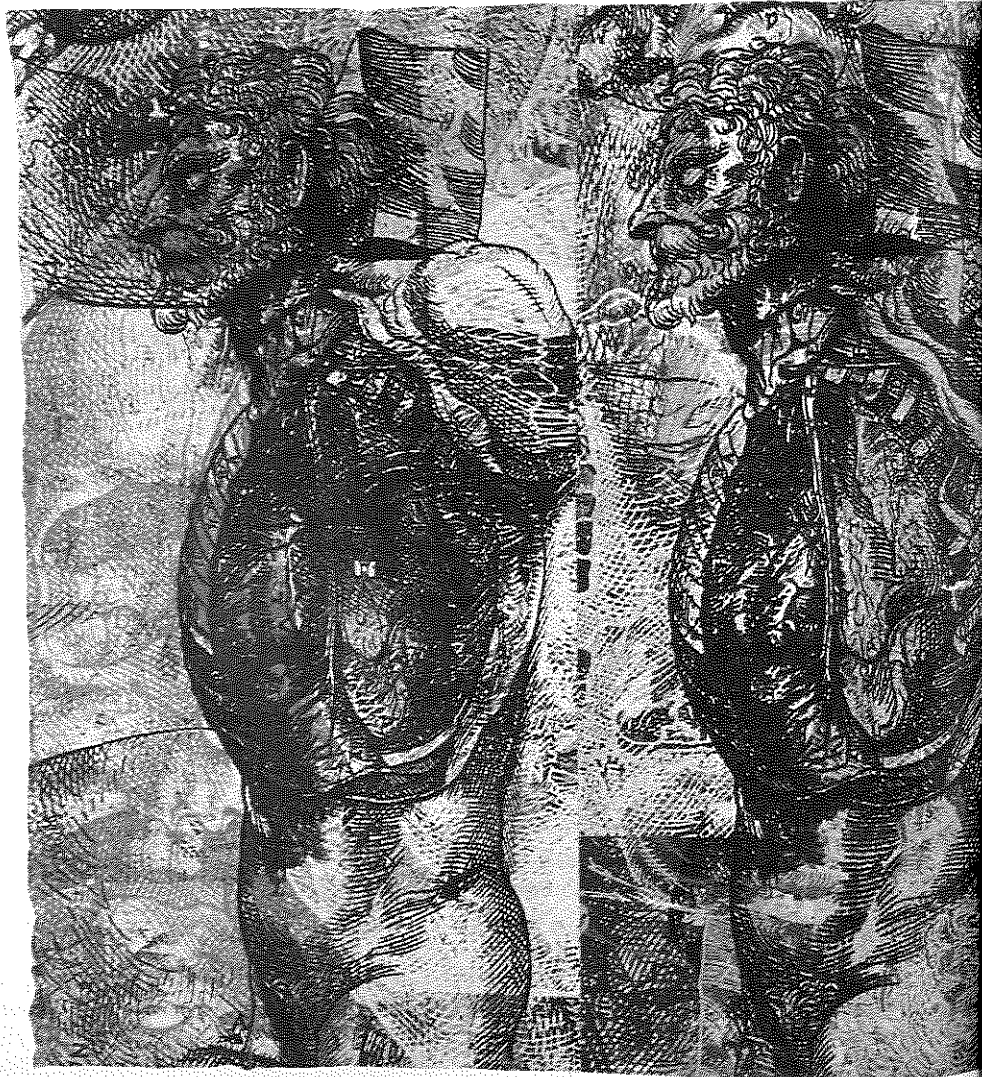
### L'ADAPTATION JURIDIQUE

Le problème du diagnostic de la mort cérébrale reste un problème médical. En revanche, le fait d'accepter la mort cérébrale, dans une société donnée, comme critère de décès est du ressort de l'éthique et du droit.

En Europe de l'Ouest, l'équivalence

entre la mort cérébrale et la mort du sujet est actuellement acceptée par presque tous les pays. La reconnaissance de ce critère correspond à l'apparition d'une nouvelle situation témoignant d'une dissociation entre un cœur toujours actif, une respiration assurée mécaniquement et un cerveau détruit et ce en vue de faire plus directement référence à ce qui est considéré comme l'essence de l'humain. On tend de cette façon à définir l'humain par le relationnel, car la destruction des fonctions cérébrales a pour conséquence la destruction irréversible de tout substrat possible au contenu conscient.

Juridiquement, il est d'une réelle importance de déterminer le moment où la mort cérébrale organique d'un être humain est intervenue et où il cesse d'être une personne humaine, titulaire des droits attachés à la personnalité pour être soumis à un régime juridique tout à fait différent; le chirurgien pouvant, par exemple, pratiquer le prélève-



ment sans se rendre coupable d'homicide volontaire.

En droit positif belge, il n'existe pas de définition de la mort. Celle-ci est avant tout un fait dont la loi requiert pour preuve la rédaction d'un acte de décès. Toutefois, à présent que les progrès techniques et médicaux permettent de prolonger le processus biologique jusqu'à des états frontières entre la vie et la mort, il devient plus difficile encore de déterminer le moment de la mort sur base de critères fixes. De plus, une telle définition légale risque fort d'être vite obsolète en étant dépassée par les nouvelles découvertes. La société peut ainsi être amenée à modifier cette même définition tous les 50 ans, pour en proposer une nouvelle plus adéquate<sup>6</sup>.

### LA QUALITÉ DE LA VIE

Ce passage obligé par l'examen des critères permettant de diagnostiquer

médicalement la mort et de la déterminer juridiquement laisse poindre la conception de la vie que la société tend à promouvoir. La vie humaine, dans toute sa spécificité, se définit par sa composante relationnelle.

La prolongation de la vie ne signifie pas nécessairement la prolongation de n'importe quelle vie. Il semble cependant tout aussi délicat, pour une société, de légiférer sur la qualité de la vie humaine que sur la limite entre la vie et la mort. L'importance et la valeur de la vie ne peuvent être interprétées en fonction de critères universellement admis. La qualité de la vie humaine fait l'objet de différentes évaluations possibles.

### LA SACRALITÉ DE LA VIE

Selon certaines options, la vie humaine est radicalement sacrée et inviolable. La tradition biblique, par exemple, élève la vie au rang sacré de don de Dieu; principe au nom duquel

il ne revient pas à l'homme de décréter qu'une vie vaut ou non la peine d'être prolongée<sup>7</sup>.

Mais le présupposé selon lequel la vie n'a pas de prix peut aussi trouver son origine dans une conception de la technologie et de l'efficacité médicale. Le fait qu'un puissant dispositif technique, allié à des connaissances scientifiques poussées, soit appliqué à la maladie est un des facteurs à l'origine du sens de la vie comme n'ayant pas de prix, et corollairement de la mort comme échec thérapeutique.

Face à ces conceptions reposant sur une protection absolue de la vie humaine ainsi que sur l'égalité de toutes les vies, l'évaluation en termes de qualité reste peu considérée.

### L'OPTION QUALITATIVE

La qualité de la vie est une notion relativement subjective, reposant notamment<sup>8</sup> sur la valeur que chacun lui attribue. On fait alors appel au jugement de la personne concernée ou d'un tiers pour apprécier cette qualité.

En cas d'incapacité, deux hypothèses se présentent. Soit l'évaluation et la prise de décision relative à l'interruption ou au refus d'un traitement sont laissées à un proche. Les différents formules de décision en fin de vie permettent d'en organiser les modalités. Soit le jugement ou l'appréciation d'un tiers pallie à l'incapacité en prenant comme référence des critères objectifs communément admis tels que l'existence d'un traitement qui peut encore sauver la vie du patient.

Les critères permettant de déterminer quel est le meilleur intérêt du malade restent néanmoins difficiles à établir. Ils devraient permettre d'évaluer en quoi consiste la qualité de la vie pour la personne qui ne peut s'exprimer. Il est sans doute plus facile et moins dangereux de dire ce qu'ils ne doivent pas être plutôt que d'établir une liste positive de ce qu'ils devraient être. L'évaluation de la qualité de la vie se fait avant tout au nom de la personne concernée et donc au cas par cas. En ce sens, elle semble au moins devoir tenir compte et de la valeur intrinsèque de la vie humaine et de la qualité proprement dite de cette vie<sup>9</sup>. La valeur intrinsèque fait fi de toute relativité de la valeur humaine d'une vie individuelle par rapport à une autre. La comparaison entre les vies semble ici d'une aide médiocre car la référence à l'utilité ou à l'importance sociale n'est nullement requise.



De humani corporis fabrica, Alain Paul, sérigraphie, 15" x 32".

Quoi qu'il en soit, en aucun cas, le silence du sujet ne décharge les autres de la responsabilité et de leur prise de position envers lui.

### LA REVENDICATION DU RESPECT DE LA DIGNITÉ

Dans le prolongement de l'option qualitative, s'inscrivent des initiatives par lesquelles le sujet tend à se réapproprier sa mort et à la soustraire au phénomène de médicalisation. La prise en compte des revendications de consommateurs de soins au stade de vie finissante témoigne d'une inquiétude quant à la mise en œuvre du droit de ne pas vivre dans n'importe quelles conditions.

Le concept de dignité peut ainsi se préciser à partir d'une liste d'éléments qui constituent les situations limites au delà desquelles certains individus se refusent à vivre<sup>10</sup>.

- Avoir un corps respectable; avec la perte de contrôle des fonctions corporelles élémentaires, une limite est atteinte dans le respect que l'on peut avoir de son corps et de sa personne. La perte de cette maîtrise rend public ce qui ne devait pas l'être; l'intervention d'autrui dans ce domaine est ressentie comme une intrusion. D'où le sentiment d'humiliation et de perte de dignité pour l'intéressé.
- Ne pas être victime d'un investissement technologique et médical excessif. L'axe prioritaire de l'évaluation d'une option thérapeutique semble devoir être l'identité du consommateur de soins ayant une personnalité propre et non les éventuelles performances techniques<sup>11</sup>.
- Éviter toutes les souffrances insupportables qui épuisent l'énergie et la conscience du mourant.
- Le souci de son image renvoie pour l'essentiel à un rapport à autrui. L'image de soi, bien que présentée dans un tel rapport, est conçue par soi et pour soi comme acceptable ou non et donc montrable ou non. L'image de soi se situe avant tout au niveau des anticipations que l'on fait de sa propre vie.
- Donner sens à la vie suppose en aval un intérêt pour la vie et en amont un projet de vie. L'absence de projet peut être causée par la restriction des activités et des relations, par la souffrance aussi. L'absence d'attente concernant l'avenir mutilé l'individu dans une dimension temporelle essentielle, la projection dans le futur.

- Conserver l'intégrité de ses facultés mentales permet de maintenir la conscience de soi, les rapports au monde et à autrui. Cela assure aussi la conservation de son autonomie. L'aggravation de la réduction des activités constitue une menace pour le maintien de la conscience et de la cohérence de la personne.

En d'autres termes, la valeur de la vie humaine ne peut être mesurée selon un critère quantitatif, dans le simple fait de sa prolongation. L'importance du caractère relationnel est ici aussi soulignée. Les revendications concernant notamment la conscience et l'image de soi dénotent la primauté du rapport à autrui dans l'acceptation que l'on se fait de la qualité de la vie.

L'état frontière qui est créé entre la survie organique et la mort cérébrale fait à nouveau question quant à l'éventuelle instrumentalisation et/ou objectivation du corps humain.

### L'AUTONOMIE PERSONNELLE

La vie humaine envisagée sous l'angle d'un projet de liberté personnelle est liée à l'idée selon laquelle chacun peut juger que sa vie, dans certaines circonstances, vaut ou non la peine d'être vécue. Ainsi, l'évaluation de la qualité de la vie implique, dans la mesure du possible, le respect du sens que chacun attribue à la vie et donc du principe d'autonomie personnelle.

Les grandes déclarations qui font référence en matière de bioéthique soulignent d'ailleurs unanimement l'importance d'une reconnaissance pratique de l'autonomie personnelle du malade.

### LE CONSENTEMENT INFORMÉ

Concrètement, la mise en application de ce principe se manifeste essentiellement par la procédure de consentement informé reposant sur une information préalable adéquate et compréhensible en vue d'une décision éclairée. Requis au départ de tout geste médical, le devoir du médecin de demander le consentement du patient s'appuie sur une obligation morale fondamentale que constitue le respect du droit à l'autodétermination. Le fait de consentir à titre de sujet permet d'une part, la participation à l'intervention et d'autre part, selon les possibilités, de garder le contrôle des actes qui touchent à sa propre vie. La collaboration à l'intervention rend effectives la prise en charge et l'orientation de sa propre vie.

### DES LIMITES AU PRINCIPE DE CONSENTEMENT

La problématique du consentement au sein de la relation thérapeutique illustre une tension entre le principe de bienfaisance et l'autonomie du malade. Le principe de bienfaisance s'inspire de la sentence *primum non nocere*, tirée du Serment d'Hippocrate qui incite le médecin à agir avec prudence et bienveillance vis-à-vis de son patient. Mais les progrès techniques<sup>12</sup> peuvent aussi avoir pour conséquence que le médecin soit tenté de mettre en œuvre tous les moyens possibles au nom du bien du patient, lui imposant de par le fait-même sa propre vision du bien, tel le médecin ordonnant un traitement de chimiothérapie pour un cancer en phase terminale. Le respect de l'autonomie du patient peut alors s'opposer au principe de bienveillance. La confrontation des deux points de vue tient compte de paramètres d'évaluation totalement différents. Le médecin évalue plus souvent le bien-être du malade en fonction d'une situation médicale reposant sur des critères objectifs et rationnels. Tandis que le malade évalue les impacts de cette décision sur son mode de vie, sur ses valeurs, sur son histoire personnelle et sur le sens de son existence<sup>14</sup>. Le principe du consentement attribue au malade une capacité de juger en fonction de sa spécificité individuelle.

Une autre nuance est à préciser quant au principe d'autonomie de la volonté tel qu'il s'applique dans le consentement. «L'individu maîtrise son corps en fait sans qu'il soit reconnu d'en disposer en droit»<sup>14</sup>. Ainsi, par exemple, le consentement est doté d'une importance relativement plus considérable en ce qui concerne le droit de disposer de son image ou de sa vie privée, qu'en ce qui concerne le droit de disposer de son corps ou de son intégrité physique<sup>15</sup>. Certains actes sur le corps, tel le prélèvement d'un organe vital unique sur un donneur vivant, sont illicites même si l'intéressé y consentait.

Le consentement se présente alors avant tout comme une condition nécessaire mais non suffisante. L'intervention de la société, par le biais de la législation, soustrait en principe à la libre disposition de l'individu certains actes médicaux. En ce qui concerne les rapports de l'individu à son corps, c'est tantôt le droit de disposition qui prévaut, tantôt le droit de protection.

Il reste également différentes catégories de consommateurs de soins pour

DANS LE CADRE DE LA PHILOSOPHIE DU DON,  
IL NE PARAÎT PAS PERTINENT DE SÉPARER L'INTÉRÊT  
DU DONNEUR ET CELUI DU RECEVEUR.

lesquelles l'acte de consentir est impossible. Le droit à l'information soulève, dans ces circonstances, la difficile question de savoir qui doit décider pour autrui et comment décider du meilleur intérêt d'autrui.

Quand le malade concerné n'est pas doté de la capacité de consentir, on recourt à une décision substituée. L'autonomie souhaitable et souhaitée implique la création de formules autres que le consentement éclairé dans certaines de ces modalités pratiques. Cette alternative permet de reconnaître à la personne jugée incapable, ce qui peut être consenti aux autres, en refusant par exemple de lui voir infliger un acharnement thérapeutique qui ne ferait que prolonger sa souffrance sans espoir de guérison. Différents acteurs se présentent: le médecin et l'équipe soignante, ou un proche (le conjoint, les parents, la famille, un ami, etc.). La décision peut aussi être collégiale. Les proches peuvent se trouver dans une situation émotionnelle intense que l'avis du médecin ou de l'équipe soignante peut nuancer.

### L'INTERROGATION ÉTHIQUE

En termes éthiques, la précision des critères destinés à déterminer le seuil de la mort tend à mettre en avant une conception de l'humain qui se fonde dans la capacité d'être en relation avec autrui. Cette approche de la mort n'est cependant pas à l'abri du postulat selon lequel le corps mort pourrait être réduit à une mécanique dont les pièces peuvent être enlevées, corroborant ainsi une vision utilitariste de l'être humain.

Selon que l'on adopte le point de vue du donneur ou celui du receveur, un autre enjeu semble essentiel sans pour autant faire l'objet d'un débat public. En Belgique et en France, l'information du grand public par la presse quotidienne vise davantage les scandales de trafic d'organes, les problèmes organisationnels de pénurie de greffons ou parfois les problèmes juridiques relatifs au constat du décès du donneur potentiel. Très rarement, on y discute le contenu des textes de lois tel que le problème de consentement présumé du donneur. Or, en dehors de tout jugement de valeur sur ces choix, il semble

au moins tout aussi urgent pour la société d'évaluer ces questions.

En ce qui concerne le prélèvement post mortem, la plupart des législations européennes retiennent, comme la loi belge, le mécanisme du consentement présumé selon lequel tout individu consent au prélèvement à moins d'avoir préalablement marqué son désaccord. Ce mécanisme ne dispense nullement le médecin de s'entourer des précautions nécessaires afin de connaître la volonté du défunt. Selon les différentes modalités d'application de cette législation, le praticien a à consulter un registre dans lequel l'éventuel refus est notifié et/ou à consulter la famille du donneur potentiel.

En facilitant les conditions de prélèvement, ce mécanisme a certes permis un certain essor des transplantations d'organes et donc de sauver des vies. Mais l'on ne peut manquer d'être sceptique quant à la légitimité de l'idée de solidarité présumée qu'il signifie en théorie lorsque l'on apprend que 80% des Français ignorent tout des dispositions de la loi sur le prélèvement d'organes<sup>16</sup>. Autrement dit seuls 20% des Français connaissent le principe de consentement présumé relatif au donneur adulte décédé.

Il serait bien entendu excessif de dénier la légalité et le progrès que constituent les transplantations à des fins thérapeutiques. Le principe du consentement présumé a cependant aussi pour effet de généraliser l'usage du corps entre la vie et la mort au bénéfice d'une autre vie prolongée. Il semble important, au nom du respect du sujet mis en avant dans la promotion de nouveaux repères éthiques tels que la qualité de la vie et l'autonomie personnelle, de repréciser les limites du principe d'indisponibilité du corps humain.

Le débat qui oppose les tenants de la formule juridique du consentement explicite à ceux qui se prononcent plutôt en faveur du consentement présumé pose la question du respect de l'intégrité du corps humain. La prolongation de la vie organique du donneur est-elle respectueuse du principe d'inviolabilité du corps humain?

Dans le cadre de la philosophie du don, il ne paraît pas pertinent de séparer l'intérêt du donneur et celui du

receveur. Car, poussés à l'extrême, de tels arguments reviendraient à sacrifier le receveur au profit d'un appel à l'autodétermination à l'égard d'un corps sans vie et donc, à attribuer plus de valeur à un corps, en l'occurrence mort, qu'à la vie.

Le mécanisme de consentement présumé ne reste garant du rapport dialectique instauré entre le receveur et le donneur que s'il est associé à de réelles mesures d'information au niveau des conditions légales de prélèvement. Ce principe juridique signifie en réalité, dans le contexte du don d'organe, que le fait de ne pas marquer son désaccord correspond à l'acceptation du don. Mais il ne peut pour autant se confondre avec un acte réalisé en l'absence de toute connaissance de cause. Les débiteurs de l'information sont, dans ce cas, les responsables politiques qui déterminent les conditions légales.

### EN GUISE DE CONCLUSION... LE SENS DU DON

Sous la pression du développement des techniques de prélèvement et de transplantation d'organes, les critères de détermination du seuil de la mort ont évolué. Les progrès techniques permettent notamment de prolonger artificiellement certaines parties de la vie corporelle d'un donneur d'organes.

L'évaluation de la prolongation d'une vie en termes de qualité et d'autonomie présuppose une participation comme sujet, dans la mesure du possible, à toute prise de décision qui touche à sa vie. Cette condition primordiale requiert, dans le contexte d'une législation s'inspirant du principe de consentement présumé, une information préalable adéquate tant sur les conditions légales de prélèvement que sur la valeur symbolique du don.

Selon le principe de gratuité, l'organe ne peut nullement faire l'objet d'une évaluation économique. Selon le principe d'indisponibilité du corps humain, il doit pouvoir faire l'objet d'une évaluation en termes de dignité humaine. Il fait partie de la personne et ne peut être considéré comme un matériau pouvant être réduit au rang de moyen thérapeutique. Ce n'est d'ailleurs aucunement le cas au regard des réglementations européennes et des pratiques médicales actuelles.

Pour le donneur ainsi que pour son entourage davantage sans doute, l'acte, dans la mesure où il est anonyme, s'inscrit dans une éthique sociale plutôt que dans une éthique relationnelle. Car en

réalité, ce qui est donné est détaché de la relation interpersonnelle et donc relativement objectivé. Le principe de consentement présumé contribue à renforcer cette situation. Mais le fait que l'on demande le plus souvent l'avis de la famille permet actuellement de continuer à parler de don.

Au sein de la relation de don, c'est donc le statut de l'organe et du corps humain qui se pose. Le don d'organe s'inscrit en effet dans le contexte d'une relation de solidarité par laquelle un individu fait don d'une partie de son corps pour permettre la prolongation de la vie d'un autre individu. La prolongation de la vie du receveur s'effectue bien entendu dans un tout autre cadre que celle du donneur. Pour le donneur en effet, on considère que toute possibilité de vie relationnelle a disparu. Et, dans le but d'un prélèvement, on entretient, grâce à des techniques sophistiquées, la vie végétative des organes à prélever. Tandis que dans le cas du receveur, la vie est prolongée grâce à un geste symbolique qui renvoie à son rang de moyen intermédiaire l'intervention médicale.

En ce qui concerne le statut du donneur, le respect du droit à l'autodétermination dans le geste du don s'accom-

pagne de mesures d'information, car le respect de la vie prolongée du receveur prend tout son sens dans la symbolique du don qui se présente comme une alternative, authentiquement humaine, à d'autres formes plus impersonnelles de disposition sociale des ressources biomédicales telles que la commercialisation des organes. En d'autres termes, l'aspect relationnel, qui caractérise si bien la vie humaine, tend à être réduit à des conditions de bon fonctionnement organique s'il ne peut inclure le sens que lui attribue le système symbolique de la société.

Or quel peut être le sens du don si, d'une part, la formule de consentement doit entraver la vie du receveur et si, d'autre part, le prélèvement s'effectue sur la base d'un consentement vidé de toute sa substance?

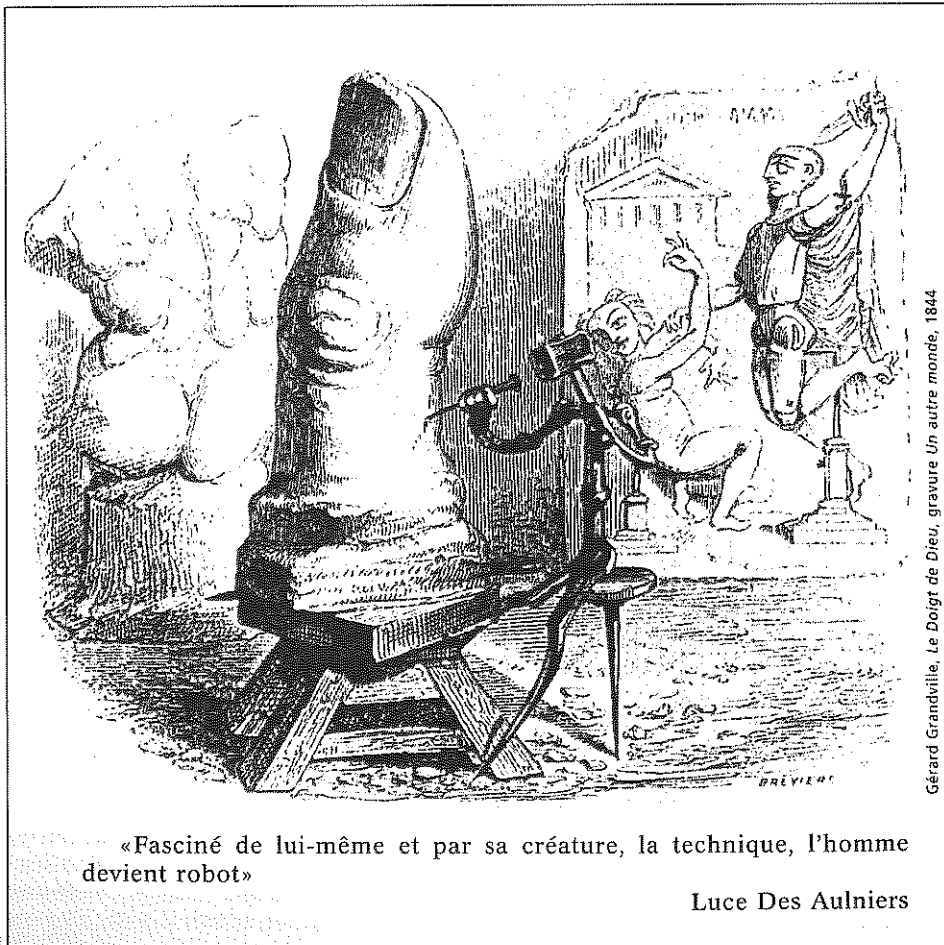
#### Notes

- 1 J. P. Thomas, *Misère de la bioéthique*, Paris, Albin Michel, 1990, p. 209.
- 2 F. Quéré, *L'éthique et la vie*, Paris, Odile Jacob, 1991, p. 153.
- 3 G. Primo, La transplantation d'organes, une réalité de la médecine moderne, dans J. Lemaire (dir. publ.), *Naissance, vie, mort. Quelles libertés?*, Bruxelles, Éditions de l'Université de Bruxelles, 1986, p. 54.
- 4 Voir plus loin, *L'interrogation éthique*.

La plupart des législations européennes retiennent le principe du consentement présumé selon lequel tout individu consent au prélèvement de ses organes s'il n'a préalablement fait connaître son opposition. Ce principe législatif n'existe pas au Québec et au Canada.

- 5 F. Quéré, p. 162. Il est à noter que ces critères sont grosso modo, les mêmes en Europe, au Québec et au Canada. Il y a cependant un débat autour de l'encéphalogramme plat qui, dans les pays anglo-saxons, ne sert qu'à confirmer le diagnostic clinique.
- 6 J. Bernard, *De la biologie à l'éthique*, Paris, Buchet/Chastel, 1990, p. 53
- 7 Il convient toutefois de nuancer ce propos. On relève que selon la déclaration de la Congrégation de la Doctrine de la Foi de 1980 sur l'euthanasie, personne n'est tenu de tout faire pour empêcher la mort et que l'on peut soulager des douleurs insupportables en prenant le risque de hâter la fin.
- 8 Certaines dimensions qualitatives de l'existence humaine sont un minimum objectivement souhaitables.
- 9 G. Bourgeault, *L'éthique et le droit face aux nouvelles technologies biomédicales*, Bruxelles, De Boeck-Wesmael, 1990, p. 163. (Cet ouvrage a également été publié par les Presses de l'Université de Montréal)
- 10 R. Courtas, « L'intervention de l'individu dans la fin de sa vie », dans *Biomédecine et devenir de la personne*, sous la direction de S. Novaes, Paris, Seuil, p. 314-346. Au départ de l'étude de quelques lettres adressées à l'Association pour le Droit de Mourir dans la Dignité, l'auteur précise une représentation commune du concept de dignité ; D. D. Roy, « Les défis en éthique clinique », *Les annales des soins palliatifs*, n° 1, 1992, p. 178.
- 11 X. Dijon, *Le sujet de droit en son corps*, Bruxelles, Larquier, 1982, p. 527.
- 12 Notons que les décisions suscitées par les techniques biomédicales impliquent plus souvent la vie et la mort de l'individu; d'où l'importance de sa participation au processus de prise de décision. Mais le patient peut toutefois décider de s'en remettre au jugement du médecin. Ce type de réaction est d'ailleurs plus fréquent en ce qui concerne les maux courants.
- 13 M. H. Parizeau, « Consentement », dans G. Hottois, M. H. Parizeau, *Les morts de la bioéthique*, Bruxelles, De Boeck-Wesmael, 1993, p. 90.
- 14 F. Rigaux, En quel sens peut-on parler de la notion de vie en droit ?, dans *Bio Ethica*, no 1, octobre 1990, p. 22.
- 15 Ibid.
- 16 J. Y. Nau, 80% des Français ignorent les conditions légales des prélèvements d'organes, *Le Monde*, Jeudi 11 mars 1993.

Cette réflexion présente une partie des résultats d'une recherche exécutée dans le cadre du programme national « Protection juridique du citoyen » des Services Fédéraux des Affaires Scientifiques, Techniques et Culturelles du Gouvernement belge. L'auteur en assume seule la responsabilité scientifique.



« Fasciné de lui-même et par sa créature, la technique, l'homme devient robot »

Luce Des Aulniers