

## **PRE SUPPOSES DES TRANSFERTS D'ORGANES**

### **AC Masquelet**

Je partirai d'un fait d'actualité survenu au début de l'année 2008 et dont Le Monde s'est fait l'écho dans son édition du 11 Juin 2008 ; ce fait concerne un homme de 45 ans, victime d'un arrêt cardiaque sur la voie publique, probablement sur infarctus massif. L'intervention très rapide du SAMU (< 10 mn) ne permet pas la reprise de l'activité cardio circulatoire ; cependant, la possibilité d'une intervention de corono-dilatation dans un centre spécialisé très proche justifie la poursuite des manœuvres de réanimation. A l'arrivée à l'hôpital, cette intervention ne s'avère pas faisable et le patient est dès lors considéré comme donneur potentiel d'organes, à cœur arrêté. Une oxygénation extracorporelle est mise en route, après plus de 1h30 de non reprise de l'activité cardiaque, dans le but de préserver les organes. C'est alors que le patient présente des signes de respiration spontanée et que l'on constate une reprise de l'activité cardiaque. Le patient a donc changé trois fois de statut : d'abord considéré comme un patient à réanimer, puis comme un donneur potentiel et de nouveau comme un patient à réanimer.

Cet évènement extraordinaire au sens le plus fort du terme ne peut laisser indifférent et rappelle l'histoire mythique du procès fait à Vésale pour une dissection anatomique au cours de laquelle l'assistance aurait constaté la persistance des battements du cœur. Rétrospectivement, l'évènement peut susciter en chacun de nous une réaction émotionnelle sur le mode "cela aurait pu m'arriver", "le prélèvement des organes l'aurait tué à coup sur"... mais aussi une profonde interrogation sur la définition de la mort et l'occurrence d'un destin qui se déjoue des commandements médicaux ; mais il faut également relever le singulier paradoxe de cette situation dans

la mesure où c'est l'intention de prélèvement d'organes qui a justifié la poursuite de la réanimation et qui a sauvé le patient.

Les médecins avaient pré-supposé que le patient était mort et que par conséquent ses organes étaient disponibles en vertu du principe du consentement présumé. Voilà bien le thème central de cet exposé, orienté vers une critique des pré-supposés médicaux relatifs à la définition de la mort et aux transferts d'organes. En réalité, dans ce domaine si complexe, nombreux sont les pré-supposés de tous ordres : sociaux, culturels, religieux, anthropologiques, philosophiques qui font qu'une grande variété de dispositions régit les transplantations d'organes selon les pays, et il serait artificiel et stérile d'opposer l'Orient à l'Occident tant sont importantes les disparités au sein de l'Occident, entre les Etats-Unis et la France par exemple, mais également en Orient entre Chine et Japon

Je propose un parcours en trois parties :

- un survol historique et un état des lieux qui me semblent indispensables pour bien saisir la problématique entre les définitions médicales de la mort et les transplantations d'organes ;
- une analyse critique des deux grandes définitions de la mort : la mort encéphalique et la mort par arrêt cardio-respiratoire, ce qui nous permettra, au passage, de nous interroger sur la notion d'irréversibilité ; notion philosophique s'il en est.
- l'éclairage de ces deux étapes nous permettra peut-être de mieux appréhender l'évolution et la situation des transplantations d'organes au Japon que j'évoquerai brièvement, en fin de parcours, dans le but d'introduire la discussion. Mais je précise que je n'ai pas qualité pour une analyse subtile dans ce domaine.

## I - HISTORIQUE ET ETAT DES LIEUX

L'histoire nous apprend que la chirurgie des transferts d'organes et le concept de mort encéphalique se sont développés initialement de façon indépendante pour ensuite se renforcer mutuellement.

Les homo-transplantations n'ont connu leur véritable essor que dans l'immédiat après-guerre avec l'introduction des corticoïdes et des drogues immuno suppressives. Les années 50 furent marquées par les remarquables réalisations chirurgicales des équipes françaises (auxquelles sont attachés les noms de Kuss, Servelle, Dubost, Michon, Hamburger), tandis que les chirurgiens américains étaient les auteurs des premiers succès prolongés de transferts d'organes, le rein par Murray en 1954, le foie en 1963 par Starzl, le pancréas en 1966 par Lillehei. Mais ce fut incontestablement la première transplantation cardiaque en 1967 par le chirurgien Sud-africain, Christian Barnard, qui eut le plus grand retentissement mondial . De son côté Christian Cabrol, à Paris, réalisait, en 1968, la première transplantation de cœur en Europe. Et, en dehors de l'aspect spectaculaire de ces premières chirurgicales frappant par leur audace technique, il convient de retenir que le prélèvement de l'organe transplanté était réalisé tout au moins jusqu'en 1967, sur un donneur décédé impromptement d'un arrêt cardio respiratoire et que le succès de l'intervention était lié à une organisation rigoureuse disposant donneur et receveur dans la même salle d'opération afin de réduire au maximum ce qu'on appelle le temps d'ischémie chaude de l'organe. Dans ses mémoires Christian Barnard relate avec sobriété la tension extrême qui présidait à la première transplantation : "aussitôt que le décès du donneur eut été établi (l'ECG ne montrait aucune activité pendant 5 minutes et il y avait une

absence complète de mouvements respiratoires spontanés et réflexes), le thorax du donneur fut ouvert rapidement".

. Le concept de mort encéphalique

Parallèlement à l'essor des transplantations d'organes, la notion de mort encéphalique s'est développée à la fin des années 1950 sous l'impulsion là aussi de médecins français. Wertheimer et Jouvét évoquent pour la première fois en 1959 la mort du système nerveux mais ce sont Mollaret et Goulon qui diffusent la notion toujours actuelle de coma dépassé, caractérisé par l'absence de respiration spontanée, l'absence de réflexe et l'absence d'activité à l'électroencéphalogramme.

En d'autres termes, l'arrêt de l'assistance respiratoire et des toni cardiaques utilisés à l'époque (Norépinéphrine) étaient inéluctablement suivis de la mort du patient par arrêt cardiaque. Il fallait voir dans cette nouvelle situation, l'immense progrès des techniques de réanimation. Jusque là la mort clinique était définie sur des critères cardio respiratoires qui n'étaient en définitive que l'objectivation médicale d'une expérience humaine millénaire : l'absence de pouls et de respiration, la froideur et la pâleur du corps attestaient de la survenue de la mort. A la fin des années 60, s'opère donc la jonction entre la possibilité de maintenir la circulation par des moyens artificiels et l'utilisation des organes vitaux, rein et cœur surtout, à des fins de transplantation. Ces deux nouvelles pratiques conduisent à réviser l'instant et la définition de la mort qui seront officialisés indépendamment et par un curieux hasard, le même jour, le 05 août 1968, au cours d'un Congrès de la World Medical Assembly à Sidney et par le ad hoc committee of the Harvard Medical School. Cette fois-ci les critères cliniques de la mort sont neurologiques. Dans ce qui peut apparaître de nos jours comme un étonnant mélange d'arguments d'ordre scientifique, moral

et opérationnel, le Président Beecher du Comité ad hoc écrivait :

« quel que soit le niveau que nous choisissons pour parler de la mort, il s'agit d'une décision arbitraire. Mort cardiaque ? Les cheveux continuent de pousser. Mort du cerveau ? Le cœur peut encore battre. Il est nécessaire de retenir un état irréversible où le cerveau ne peut plus fonctionner mais il est préférable de choisir un niveau auquel, quoique le cerveau soit mort, l'utilisation des autres organes est encore possible. C'est ce que nous avons tenté de rendre clair en ce que nous avons appelé la nouvelle définition de la mort. » Le ad hoc committee posait l'équation : coma irréversible = mort, en transférant le concept de mort depuis un organisme vers un organe, le terme « coma irréversible » étant choisi en raison de la difficulté de traduire le mot « dépassé » (coma dépassé) en anglais. Cette relation d'équivalence entre mort encéphalique et décès de la personne sera entérinée et complétée par l'Uniform Determination of Death Act en 1980 dans lequel on peut relever : « un individu pour lequel on constate soit un arrêt irréversible des fonctions circulatoires et respiratoires, soit un arrêt irréversible de toutes les fonctions du cerveau en entier, incluant le tronc cérébral, est mort ». La notion de mort encéphalique fut rapidement adoptée par la quasi totalité de la communauté médicale et surtout chirurgicale qui vit là une facilitation de prélèvements d'organes sur des donneurs dits « à cœur battant » ce qui réduisait à presque rien la redoutable période d'ischémie chaude. ( circulaire Jeanneney en France 1968, qui précise qu'il faut pour recourir au critère de mort « reconnaître le caractère destructeur et irrémédiable des altérations du système nerveux dans son ensemble »).

Le Japon lui, à l'époque, récusait la notion de mort encéphalique, et nous en avons vu les raisons. Quelques pays, dont la Hollande et les Etats Unis,

adoptèrent une double attitude et maintinrent la possibilité de prélèvements sur des donneurs à cœur arrêté. Ainsi, en Hollande, entre 1981 et 1990, 21 % des reins transplantés provenaient de tels donneurs.

Quelle est rapidement brossée, la situation aujourd'hui ?

1/ Un déséquilibre entre offre et demande d'organes qui va en s'amplifiant et cela est valable partout dans le monde. Pour ne citer que le seul cas de la France, en 2005, 12000 patients étaient en attente de greffe, 4200 ont pu être greffés et près de 300 sont décédés pendant l'attente de la greffe.

2/ Face à la pénurie d'organes, un regain d'intérêt s'est manifesté pour les prélèvements sur donneurs à cœur arrêté dans les pays qui jusqu'ici avaient massivement privilégié la définition de la mort encéphalique ; en tenant compte de l'expérience poursuivie par certaines équipes, en particulier au Japon et surtout en raison des progrès dans les protocoles de prélèvements d'organes sur des patients en état d'arrêt cardio respiratoire (machine à masser, machine à perfuser les reins in situ, circulation extra corporelle normo thermique), techniques nouvelles qui ont toutes pour objet de réduire la période d'ischémie chaude.

- En France, un décret en date d'août 2005 autorise désormais les prélèvements de reins sur donneurs à cœur arrêté. Mais seuls sont autorisés les prélèvements sur des patients en état de mort par arrêt circulatoire non contrôlé, c'est à dire des décès inattendus, afin d'éviter toute confusion entre une décision d'arrêt de soins et l'intention d'un prélèvement d'organes ; ce qui n'est pas le cas aux Etats Unis ni au Japon par exemple, où la loi autorise les prélèvements sur arrêt circulatoire contrôlé ce qui recouvre la réalité de patients en fin de vie et dont on arrête le traitement ; ce sont des patients qui ne sont pas, nécessairement, en état de mort encéphalique, ce qui ne va pas sans soulever des problèmes

majeur que j'aborderai dans la deuxième partie de cet exposé.

Dans les arrêts circulatoires non contrôlés dont les étiologies les plus fréquentes sont les accidents vasculaires cérébraux et les infarctus du myocarde la possibilité d'un prélèvement d'organe résulte d'un échec de la réanimation en l'absence de tout autre recours thérapeutique. Les manœuvres de réanimation sont alors suspendues pendant 5 minutes, délai qui est apparu suffisant à la communauté médicale internationale pour confirmer la mort sur des critères cliniques relatifs à l'arrêt cardiaque et respiratoire persistant :

- absence totale de conscience et d'activité motrice spontanée
- ablation de tous les réflexes du tronc cérébral
- absence totale de ventilation spontanée

au terme des 5 minutes, la mort légale est prononcée et les manœuvres de réanimation sont remises en route pour assurer le relais avec les techniques de préservation des organes et garantir une période d'ischémie froide la plus courte possible (en général, elle est de l'ordre d'une quinzaine d'heures).

- si le délai entre le début de la réanimation par massage cardiaque et la mise en œuvre des techniques de préservation excède deux heures, toute action visant à une transplantation est suspendue.

A travers ces données, on comprend que les prélèvements d'organes sur donneurs victimes d'un arrêt circulatoire non contrôlé, et c'est le cas de la France, ne peuvent représenter qu'une proportion restreinte des transplantations par rapport aux prélèvements sur donneurs à cœur battant (mort encéphalique) et sur donneurs à cœur arrêté contrôlé (ce que ne permet pas le décret en France et qui est autorisé aux Etats Unis et au Japon).

Enfin, exemple de cheminement inverse, la loi de 1997, au Japon, permet désormais les prélèvements sur donneurs en état de mort encéphalique après 30 ans de débat passionné. Nous en verrons les principales caractéristiques dans la dernière partie de l'exposé.

Je passe à présent à la deuxième partie relative à l'analyse critique des définitions de la mort.

## **II – CRITIQUE DES PRE SUPPOSES DE LA MORT**

La pratique de la transplantation d'organes repose sur une règle et une assomption. La règle est celle de la mort préalable du donneur, faute de quoi le prélèvement d'organes vitaux s'apparente à un meurtre. L'assomption est que la médecine peut certifier la mort biologique des donneurs à un moment où le prélèvement des organes vitaux reste possible. Or, cette assomption soulève de nombreux problèmes tant pour l'état de mort encéphalique que pour l'arrêt cardio respiratoire.

1/ La mort encéphalique donne-t-elle une définition biologiquement plausible de la mort ?

Historiquement ce concept a été introduit à une époque où la mort du tronc cérébral impliquait la mort imminente par arrêt cardiaque, même en cas de ventilation et de soins intensifs. Or, les soins intensifs permettent actuellement de maintenir en vie « des corps qui ont une destruction du tronc cérébral ». Il a par ailleurs été suggéré que le tronc cérébral était le régulateur suprême des relations fonctionnelles du corps et qu'à ce titre, son altération définitive pouvait être considérée comme un critère de la mort du cerveau tout entier. Or cette vision est simpliste à la fois sur le plan

biologique et au plan philosophique. Des fonctions organiques très importantes comme l'hématopoïèse, le métabolisme du glucose ou l'immunité existent indépendamment du tronc cérébral. En outre, le cerveau maintient son action de régulation de certaines fonctions du corps chez des patients pour lesquels des critères cliniques de mort encéphalique sont constatés. L'argument qui institue le tronc cérébral dans une fonction de régulation suprême repose sur l'inférence douteuse que le rein, le foie, le cœur peuvent être remplacés par des machines ou des transplantations alors que ce n'est pas possible pour le tronc cérébral.

L'autre versant plus actuel de la critique de la définition biologique de la mort par la mort encéphalique est la perspective révolutionnaire des possibilités de réparation du tissu neural en particulier par les thérapies fondées sur les cellules souches embryonnaires. C'est donc la notion même de perte irréversible de la fonction cérébrale qu'il conviendra à plus ou moins long terme de réviser. Les avancées dans le domaine de la réparation tissulaire conduisent inévitablement à questionner toutes les notions de mort qui reposent sur une localisation anatomique. Il résulte que la mort encéphalique est un diagnostic clinique qui fixe les attributs d'un tissu plutôt que d'un organisme entier et que les critères de lésions du tronc cérébral sont des critères pronostiques.

- qu'en est-il à présent de la mort cardiaque ou par arrêt cardio-respiratoire

De façon similaire mais sur un autre registre, les protocoles de prélèvements d'organes sur donneurs à cœur arrêté, soulèvent le problème de l'état vital du donneur. Les critères cliniques peuvent seulement établir la condition clinique d'asystolie, c'est-à-dire d'absence de battements cardiaques dont l'équivalence en termes de vie ou de mort, ne peut pas

être affirmée par la seule médecine. Cela ne signifie pas que les donneurs, à cœur arrêté sont encore vivants au moment du prélèvement. Mais simplement que la médecine seule ne peut pas démontrer qu'ils sont sûrement morts. Prenons, pour illustrer ce propos, le 'délai légal' qui doit s'écouler entre l'arrêt de la réanimation et la déclaration 'légale' de la mort. Pourquoi 5 minutes ? Durée qui fait consensus mondialement. Cette notion repose sur un article, au demeurant critiquable, publié en 2001 par la Society of Critical Care Medicine, qui affirme sur une série de patients en soins intensifs qu'au delà de deux minutes d'arrêt de la réanimation, aucun patient n'a pu récupérer spontanément. La conclusion, dans l'objectif des transplantations est que le délai d'attente ne doit pas être inférieur à deux minutes mais qu'il est inutile qu'il soit supérieur à cinq minutes.

- Or, il existe des récupérations spontanées après un délai d'asystolie supérieur à 5 minutes. La série de la Society of Critical Care Medicine est basée sur une interprétation faible de l'irréversibilité c'est à dire spontanément irréversible ce qui fait douter de la force de la conclusion. Par ailleurs, le fait qu'on soit certain que la mort va survenir sans intervention active, ne signifie pas que le patient est mort. Entre deux et dix minutes d'asystolie, il est possible que la réanimation restaure la circulation et permette la récupération de certaines fonctions cérébrales. En d'autres termes, l'instauration d'un délai d'attente ne peut être justifié que par un doute sur la réalité de la mort, mais dans ce cas pourquoi ne pas poursuivre la réanimation ?
- Enfin, l'arrêt irréversible de toutes les fonctions cérébrales, c'est à dire la mort encéphalique, ne peut pas être considéré comme certaines après 5 minutes d'asystolie, c'est à dire au moment du début du prélèvement d'organes. A cet égard, le rapport de

l'Académie de Médecine de Mars 2007 sur les prélèvements d'organes sur donneur à cœur arrêté rappelle qu'il n'y a qu'une seule mort, le mort encéphalique, qu'elle soit primitive ou secondaire à l'arrêt cardiaque. Ce qui revient à interpréter le texte du décret de 2005 « les prélèvements d'organes peuvent être pratiqués sur une personne décédée présentant un arrêt cardiaque et respiratoire persistant » sous une formule commode qui évacue le problème « les personnes décédées de mort encéphaliques après arrêt cardiaque persistant peuvent être donneurs d'organes ».

De même, si le programme de prélèvement sur donneurs à cœur arrêté est acceptable pour le rein, n'y a-t-il pas quelque étrange paradoxe à déclarer mort un patient sur des critères cardio respiratoires, c'est à dire un arrêt des battements cardiaques, et procéder ensuite à la transplantation d'un cœur en quelque sorte réanimé ? Une vive controverse, à ce sujet, s'est récemment déployée dans les colonnes du New England Journal of Medicine daté du 16 août 2008, suite à la publication, dans le même numéro, d'un article relatant le succès d'une transplantation cardiaque chez 3 enfants âgés de quelques mois à partir de donneurs déclarés morts sur des critères cardio respiratoires. Les donneurs étaient des nouveaux nés, sous assistance respiratoire, souffrant de graves lésions neurologiques, mais sans critères de mort encéphalique. La déclaration de décès fut établie, au moins pour l'un des donneurs, 75 secondes après l'arrêt de l'activité cardiaque, ce qui contrevenait aux dispositions du protocole de Pittsburgh qui exige un minimum de 2 mn. La transplantation cardiaque d'un donneur déclaré mort selon les critères cardiocirculatoires récuse a posteriori la détermination de la mort. On voit là toute l'ambiguïté pour ne pas dire

l'élasticité de la notion d'irréversibilité qui est implicitement restreinte, dans ce cas à la circulation du donneur. On peut toujours prononcer la mort sur des critères encéphaliques s'ils sont présents mais il est discutable de faire une transplantation cardiaque en cohérence avec la règle du décès préalable du donneur, établi sur des critères cardio-circulatoires.

En définitive, l'asystolie de quelques minutes considérée comme irréversible n'est pas l'instant de la mort mais une notion arbitrairement choisie comme point de non retour dans le processus de mort.

En effet, la mort n'est pas un événement survenant à l'instant T et qui ferait dire, à l'instar de l'épithaphe de Monsieur de La Palice, « une seconde avant sa mort, il était encore en vie ». La mort biologique est un processus graduel au niveau cellulaire par la capacité variable selon les tissus de résister à la privation d'oxygène. Il faut admettre que l'instant de la mort est inconnu. Différents patients meurent à des moments différents après un arrêt cardiaque. Ce qui signifie que déclarer la mort d'une personne à un moment compatible avec le prélèvement d'organes est plus une décision d'ordre éthique que d'ordre clinique. La médecine en ce sens, outrepassse ses droits quand elle prétend donner une nouvelle définition de la mort. La médecine ne peut que procurer des critères de situations cliniques. Elle ne peut prouver la mort biologique et donc à fortiori délivrer une définition de la mort laquelle ressortit du domaine anthropologique et philosophique. En réalité les deux principes intangibles qui gouvernent la transplantation sont :

- Le respect de l'intérêt et de la dignité du donneur ;
- Les besoins vitaux des receveurs potentiels.

La question est la suivante : peut on prélever des organes vitaux de

patients dont on ne peut pas scientifiquement établir le statut vital pour sauver la vie d'autres patients ?

Force est d'admettre que les traditionnels concepts de vie et de mort sont inadéquats au regard des progrès continus des techniques de réanimation et des besoins représentés par la médecine de transplantation. C'est ce qu'avaient crûment exprimé deux auteurs Anglo Saxons Arnold et Wounger, en écrivant en 1993 :

« au lieu de se demander continuellement où se situe la ligne entre vie et mort, nous pourrions poser la question : n'y a-t-il pas certains patients dont la qualité de vie est si peu acceptable et dont la mort est si imminente que nous pourrions prélever leurs organes avant leur mort ? Après tout, notre société n'exige pas qu'un patient soit mort avant d'arrêter les assistances techniques de vie. Elle exige simplement de ne pas porter atteinte aux intérêts du patient... ».

Cette position radicale est une remise en question implicite de la règle du décès préalable du donneur. L'objection qui vient naturellement à l'esprit est que le prélèvement des organes vitaux avant la mort du patient équivaut à une euthanasie active. Le contre argument utilisé par certains auteurs est d'affirmer qu'une telle position est justifiable et qu'elle soulève moins d'objection que la construction d'une fiction en l'occurrence l'état de mort encéphalique considérée comme la mort du patient.

En réalité quand on remet en question le principe de la mort préalable du donneur, on reste dans une logique binaire évoluant entre vie et mort. Dans le processus de mort, il n'y a pas d'événement seuil qui sépare clairement la vie de la mort. On doit admettre la réalité d'états de vie résiduelle dans laquelle une zone délimitée de cessation de vie pourrait

être définie et dont les limites pourraient être l'état végétatif permanent (limite haute, le coma dépassé) et l'arrêt cardiaque irréversible (limite basse). La mort pourrait être déclarée à tout instant à l'intérieur de cette zone délimitée en accord avec une prise de position éclairée du patient. Cette délimitation d'une zone plus que la définition d'un instant, permettrait de reconnaître l'impossibilité pour la médecine de se prononcer sur des critères fiables de mort instantanée et anticipe une définition de la mort en quelque sorte taillée sur mesure, au nom du principe d'autonomie, en accord avec le patient, de façon à ne pas déposséder ce dernier de sa mort.

### **III – LA SITUATION AU JAPON**

Le statut des transplantations d'organes au Japon apparaît d'une grande complexité car la bioéthique semble largement influencée par les traditions culturelles et religieuses, ces dernières étant elles-mêmes très diversifiées. Les écoles bouddhistes et shintoïstes, ont exprimé à la fois leur approbation et leur opposition à la transplantation. Mais le fait massif a été le refus pendant trente ans de la notion de mort encéphalique. Schématiquement, pour le bouddhisme un patient répondant aux critères de mort encéphalique mais qui maintient sa chaleur vitale et les réflexes médullaires est considéré comme étant conscient. Toujours pour les écoles bouddhistes, les partisans de la transplantation soulignent que le don est une offrande au mode de vie du Bouddha et qu'il faut développer une éthique de situations caractéristique justement de la condition bouddhiste. Les opposants en revanche s'inquiètent des rituels de mort, du risque d'impureté à recevoir et à donner, et fondent leur principal argument sur le principe

même qu'on doit encourager les mourants à accepter la mort et non à sauver une autre vie par un don d'organes. Enfin, esprit et corps ne faisant qu'un, les organes ne doivent pas être traités comme les parties d'une simple machine. L'absence de consensus se retrouve également dans les écoles shintoïstes où les partisans arguent que le don rend service à la communauté (ce qui est activement encouragé par la tradition shintoïste) et que la réception d'un organe est acceptable sous réserve que le rite de transfert de l'âme du défunt dans le monde spirituel soit préalablement accompli. Les opposants en revanche, et qui sont largement majoritaires ou qui l'étaient, relèvent le caractère inacceptable de la situation d'un receveur potentiel en attente d'un donneur, situation susceptible d'entretenir le désir de la mort d'un autre. La transplantation d'un organe par ailleurs, interrompt l'héritage de l'âme d'un ancêtre à ses descendants.

Une première loi, en 1994, avait été rejetée en grande partie en raison de l'affirmation de l'équivalence de la mort encéphalique et de la mort de la personne. Des sondages d'opinion à l'époque avaient montré une progression de l'acceptation de la mort encéphalique. La loi adoptée en 1997 autorise le prélèvement sur mort encéphalique si le donneur a exprimé, par écrit, son consentement au diagnostic de mort encéphalique et de son intention de donner ses organes. C'est ainsi que le Japon constitue un cas unique où la loi permet le choix individuel de la définition de la mort. En effet, la carte de donneur comprend trois rubriques :

- je souhaite être donneur après mort encéphalique
- je souhaite être donneur après mort cardiaque
- je refuse d'être donneur

Mais la loi impose aussi le pré requis de l'accord de la famille. La famille a ainsi le pouvoir de veto pour le don d'organes d'un proche ce qui peut constituer donc un obstacle à l'obtention d'organes. C'est que le processus de décès dans la culture japonaise est un événement familial et non individuel. Dans l'état actuel des choses, le consentement familial est obligatoire pour l'intention de don et la déclaration d'adhésion à la mort encéphalique, mais la famille ne peut faire le choix de la définition de la mort au nom d'un proche. La loi est sous révision. Les avancées proposées sont le choix de la définition de la mort clinique pour toutes les situations et pas uniquement pour le don d'organe et un choix libre et indépendant des attaches familiales.

En résumé : l'évolution comparée des conditions de transplantations d'organes entre France et Japon fait apparaître un cheminement inverse, certes pour aboutir à une certaine forme de convergence mais qui recèle en même temps une profonde divergence de conception et de définition de la mort.

1. La France a adopté très tôt la définition de la mort encéphalique et commence, avec beaucoup de précautions, à réaliser des transferts à partir de donneurs à cœur arrêté. Mais les réflexions restent marquées par la seule référence à la mort encéphalique, ce dont témoigne l'absence totale de débat à l'occasion du décret de 2005.

2. Le Japon a été le lieu quasi unique d'un intense débat sur la définition et l'adoption de la mort encéphalique que la loi a consacré 30 ans après une reconnaissance mondiale quasi unanime,

3. La convergence entre Japon et France est l'urgence de la poursuite du débat :

- en France sur les prélèvements à partir de donneurs à cœur arrêté consécutif à un arrêt de soins et sur la possibilité de transplantations cardiaques dans ce cadre

- au Japon, sur l'élargissement du choix individuel, élagué des influences familiales, relatif à la définition clinique de la mort et à la liberté de faire don ou de refuser de faire don de ses organes.

4. En dépit de cet aspect évolutif des réflexions se profile la divergence d'appréhension de la mort et de représentation du corps et les difficultés consécutives dans la conception des transplantations:

- en France, les traits saillants sont la délégation de la mort à l'instance médicale et hospitalière, une certaine hâte à accomplir le deuil, une instrumentalisation généralisée du corps, et une confusion entretenue entre altruisme et civisme.

- au Japon, la mort est vécue comme un processus qui se déroule au sein d'une forte tradition familiale ; toutefois le sentiment communautaire très fort n'est pas forcément corrélé à une solidarité s'exprimant par le don d'organes.

5. Au-delà des convergences et des divergences peut-on déceler un horizon de pensée commune, une perspective élargie de débat partagé ?  
Oui, sans doute, en considérant que les conditions d'effectuation des transplantations d'organes n'obéissent pas exclusivement à des présupposés d'ordre médical et que toute réflexion éthique doit inclure une dimension critique susceptible de conduire à un réexamen des règles établies.

La question fondamentale est : jusqu'où une société peut-elle permettre la manipulation instrumentale d'un donneur ou les modifications de la détermination de la mort pour le bien d'un receveur ?