



RECOMMANDATION DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE MÉDECINE LÉGALE

PRELEVEMENTS D'ORGANES ET DECES MEDICO-LEGAUX

Y. Delannoy, B. Averland, V. Hédouin, B. Ludes

PREAMBULE

Les oppositions judiciaires aux prélèvements d'organes, c'est-à-dire, les refus de prélèvement décidés lors d'une enquête par le magistrat en charge de celle-ci, ne peuvent être négligées étant donné le contexte actuel de pénurie en greffons qui impose de ne laisser passer aucune occasion potentielle de don [1].

Suivant la recommandation européenne R (99)3 d'harmonisation des règles en matière d'autopsie médico-légale, une grande partie des donneurs d'organes potentiels recensés, se voient considérés comme relevant d'un obstacle médico-légal à l'inhumation, étant donné le caractère souvent traumatique de leur décès. Ainsi, nombre de ces donneurs recensés passent par la voie de l'enquête judiciaire et sont potentiellement grevés d'oppositions de ce type.

Les règlements français prévoient cette situation de prélèvement d'organes lors de décès médico-légaux : l'arrêté du 29 octobre 2015 est le texte applicable, il a remplacé l'arrêté du 27 février 1998. Il précise que le procureur de la République (ou le juge d'instruction en cas d'ouverture d'une information judiciaire) doit être contacté sans délai pour tout décès dont la cause est inconnue ou suspecte qu'il s'agisse ou non d'une mort violente. Pour faciliter ce contact, l'arrêté du 29 octobre 2015 a introduit la nécessaire rédaction d'une procédure écrite entre les services du procureur de la République et l'UF médicale de coordination hospitalière. Ce même texte explique que le magistrat garant de la préservation de la preuve peut ou non donner son accord à la réalisation des prélèvements après s'être possiblement concerté avec un médecin légiste et avoir mis en place un contact avec les équipes de coordinations des greffes.

Le médecin légiste a donc un rôle crucial à jouer, car il est l'interlocuteur privilégié du magistrat afin de l'éclairer comme dans toute mission d'expertise sur un point de technique qui lui est étranger. Il faut cependant préciser que si l'arrêté du 27 février 1998 précisait le nécessaire entretien du magistrat avec le médecin légiste, l'arrêté du 29 octobre 2015 a pondéré cette obligation réglementaire en la qualifiant de possibilité.

La Société Française de Médecine Légale a donc voulu participer à cette œuvre de Santé Publique qui avait été nommée grande cause nationale en 2009 en élaborant conjointement avec l'Agence de la biomédecine, une recommandation qui favoriserait tout en préservant la preuve médico-légale, la réalisation des prélèvements d'organes malgré l'existence de décès médico-légaux.

METHODE : CREATION D'UNE BASE DE DONNEES NATIONALE ET REVUE DE LA LITTERATURE

La préservation de la preuve médico-légale étant l'élément crucial dans la décision du maintien ou de la levée d'une opposition judiciaire à un prélèvement, une étude préliminaire avait été réalisée sur la zone de compétence de l'interrégion Nord-Est de l'Agence de la biomédecine entre 2003 et 2011, afin d'identifier qu'elles étaient les raisons et attentes des magistrats à ce sujet [2].

Les résultats retrouvaient des données similaires à celles de la littérature internationale, à savoir essentiellement, la crainte par ces professionnels de la justice d'une création de biais d'interprétation par le prélèvement, pouvant compromettre les résultats d'une autopsie secondaire. Or, outre ce travail, la littérature internationale est unanime quant à l'absence de preuve scientifique validant cette hypothèse, sous strict respect des règles légales et de recommandations médico-légales pratiques qui seront détaillées ici.

Références utilisées :

1. Rapport médical et scientifique du prélèvement et de la greffe en France pour l'année 2015. <https://www.agence-biomedecine.fr/annexes/bilan2015/donnees/ldtf.htm>
2. Delannoy Y, B. Averland, G. Tournel, R. Cornez, J. Pollard, V. Hedouin, D. Gosset. Prélèvements d'organes et décès medico-légaux. Ann Fr Anesth Reanim. 2012; dx.doi.org/10.1016/j.annfar.2012.10.008
3. Jaynes CL, Springer JW. Decreasing the organ donor shortage by increasing communication between coroners, medical examiners and organ procurement organizations. Am J Forensic Med Pathol. 1994;15:156-9
4. Jaynes CL, Springer JW. Evaluating a successful coroner protocol. J Transpl Coord. 1996;6:28-31
5. Shafer TJ, Schkade LL, Warner HE, Eakin M, O'Connor K, Springer J, Jankiewicz T, Reitsma W, Steele J, Keen-Denton K. Impact of medical examiner/coroner practices on organ recovery in the United States. JAMA. 1994;272:1607-13
6. Kurachek SC, Titus SL, Olesen M, Reaney J. Medical examiners' attitudes toward organ procurement from child abuse/homicide victims. Am J Forensic Med Pathol. 1995;16:1-10
7. Pinckard JK, Wetli CV, Graham MA; National Association of Medical Examiners. National Association of Medical Examiners position paper on the medical examiner release of organs and tissues for transplantation. Am J Forensic Med Pathol. 2007;28:202-7
8. Frutos MA, Ruiz P, Mansilla JJ, Lebrón M, Guerrero F, Ortuño R, Daga D, Carballo M, Baquedano B, Navarrete P, Gallego A, Pérez-Bernal J. Profile of organ donors not authorized for judicial reasons. Transplant Proc. 2008;40:2879-80
9. Jason D. The role of the medical examiner/coroner in organ and tissue procurement for transplantation. Am J Forensic Med Pathol. 1994;15:192-202
10. Strama BT, Burling-Hatcher S, Shafer TJ. Criminal Investigations and Prosecutions Not Adversely Affected by Organ Donation. A case Law Review. Newsletter of Medicine and Law Committee. Tort and Insurance Practice Section. American Bar Association. 1994: 15-21
11. Davis JH, Wright RK. Influence of the medical examiner on cadaver organ procurement. J Forensic Sci. 1977;22:824-6
12. Zugibe FT, Costello J, Breithaupt M, Segelbacher J. Model organ description protocols for completion by transplant surgeons using organs procured from medical examiner cases. J Transpl Coord. 1999;9:73-80
13. Wolf DA, Derrick SM, Wood RP. Preservation of evidence during pediatric organ donation: a modified thoracotomy procedure designed to increase consent in medical examiner cases. Prog Transplant. 2011;21:67-70
14. Delannoy Y, Jousset N, Averland B, Hedouin V, Ludes B, Gosset D. Organ procurement in forensic deaths: French developments. Med Sci Law. 2016;56:2-6
15. Delannoy Y, Jousset N, Averland B, Hedouin V, Rougé-Maillart C, Gosset D. Organ Procurement in Forensic Deaths: Specific Features of Nonheart-Beating Donors. Prog Transplant. 2016;26(3):255-9

Afin de poursuivre le travail préliminaire présenté plus haut dans le document, la création d'une base de données qui recueillerait toutes les oppositions judiciaires, en en détaillant les circonstances, permettrait d'améliorer cette recommandation. Cette base de données nationale sera hébergée par l'Agence de la biomédecine chargée du recueil des informations via les coordinations hospitalières de greffes et les équipes médico-légales concernées.

Dans ce cadre, si auparavant les décisions d'oppositions des magistrats à la réalisation de prélèvements, ne nécessitaient pas de forme spécifique, l'arrêté du 29 octobre 2015 a imposé une confirmation écrite de cette opposition. Ceci permettra d'identifier encore plus précisément les motivations de ces refus, afin de les comprendre pour améliorer les pratiques.

REGLEMENTS APPLICABLES : ARRETE du 29 octobre 2015

L'arrêté du 29 octobre 2015 portant homologation des règles de bonnes pratiques relatives au prélèvement d'organes à finalité thérapeutique sur personne décédée précise les points et la démarche à respecter. Après avoir pris l'avis du médecin légiste (avis qui n'est pas contraignant par ailleurs), si le magistrat donne son accord, il pourra être procédé aux opérations de prélèvement sous **strict respect de certaines conditions fixées par lui qui sont sous la responsabilité de la coordination hospitalière et notamment :**

- Prise de photographies du corps du donneur avant prélèvement ;
- Recueil d'échantillons de sang et d'urines préalables au prélèvement ;
- Rédaction des comptes rendus opératoires à l'issue de la chirurgie qui doivent impérativement accompagner le corps lors de son transport pour autopsie ;
- Les seuls prélèvements autorisés le sont à visée thérapeutique ;
- Les greffons non utilisés doivent être renvoyés au médecin légiste pratiquant l'autopsie.

Il est intéressant de noter que les termes de cet arrêté correspondent, point pour point, à de nombreux protocoles américains rédigés pour ces situations où se mêlent interventions médico-légales et prélèvements d'organes [3,4].

Il peut être ici précisé que si l'arrêté du 27 février 1998 imposait l'interdiction absolue de tout prélèvement de peau en vue de permettre au médecin légiste d'identifier de possibles lésions cutanées à l'autopsie et l'interdiction de tout prélèvement sur personne non identifiée, l'arrêté du 29 octobre 2015 a supprimé ces dispositions. Sur ces points la Société Française de Médecine Légale recommande de maintenir ces restrictions en vue des expertises médico-légales futures, tout comme elle préconise de ne pas effectuer de prélèvements osseux.

RECOMMANDATIONS PRATIQUES

Modalités de contact du médecin légiste

Le médecin légiste peut être contacté par l'autorité judiciaire comme le précise l'arrêté du 29 octobre 2015 qui prévoit, que le magistrat en charge de l'enquête a la possibilité se concerter avec lui. Il ne peut effectuer d'actes sans mission judiciaire (réquisition ou ordonnance). Néanmoins, la connaissance du vocabulaire juridique et des attentes des magistrats avec qui le médecin légiste travaille quotidiennement, en font un interlocuteur privilégié entre équipes de coordinations hospitalières de prélèvement et autorité judiciaire. Un contact direct et le plus précoce possible entre équipes de coordinations de prélèvement et médecins légistes est conseillé dans toutes les situations où le décès d'un donneur potentiel fera l'objet d'un obstacle médico-légal lors de son constat. Ceci permettrait de concourir à la course contre le temps que représente la procédure de prélèvement.

Ce contact précoce entre médecins légistes et coordinations hospitalières de prélèvement est conseillé et nécessite donc que les équipes hospitalières de coordinations des greffes, aient à leur disposition les coordonnées des services de médecine légale et la liste de permanence 24h/24 des médecins légistes.

Lorsque cela est possible, la nomination d'un référent médico-légal local pour ces problématiques peut être une voie à privilégier, en vue de limiter le nombre d'intermédiaires et la dispersion des informations.

Rôles du médecin légiste [14]

Son intervention sur place (auprès du donneur) devrait être la plus précoce possible et devrait être systématique. Trois types d'interventions peuvent être réalisées en fonction des possibilités locales :

Examen externe du corps du donneur avant prélèvement

Il doit être exhaustif, il servira de base pour la décision du magistrat qui sera recontacté par le médecin légiste au décours. **Cette intervention devrait être la plus systématique possible.** Cet examen dont les résultats seront consignés dans un rapport, pourra :

- Rechercher les éléments sémiologiques médico-légaux pour les confronter aux données de l'enquête fournies par les services enquêteurs ;
- Relever les soins de réanimation et les lésions provoquées par ces soins ;
- Connaître les organes dont le prélèvement est envisagé et la technique chirurgicale prévue ;
- Emettre des restrictions par organe si nécessaire.

Assistance aux opérations de prélèvements

L'assistance du médecin légiste aux opérations de prélèvements est prévue selon l'arrêté du 29 octobre 2015 en ces termes : « *si le médecin légiste le juge nécessaire* ». Cette intervention est très chronophage, elle n'est que très rarement inférieure à 4 à 6 heures au total. Ainsi, l'organisation actuelle de la médecine légale en France telle que définie par la circulaire du 27 décembre 2010, ne permet pas que cette assistance soit systématique. En effet, les missions de la permanence de médecine légale consistent 24 heures/24 et 7 jours/7 en : l'examen des victimes de violences ; la réalisation de levées de corps ; l'examen des personnes placées sous mesure de garde à vue. Ces missions représentent un tel volume, qu'il est difficile aux médecins légistes de permanence d'être immobilisés sur une telle période de temps, même si les magistrats le leur demandent. Ceci est d'ailleurs unanimement explicité dans la littérature médico-légale internationale.

Scientifiquement, cette assistance aux prélèvements n'a que peu d'intérêt car en cas de découverte d'une lésion traumatique organique, le prélèvement ne sera par essence, pas effectué. De plus, la quasi-totalité des prélèvements multi-organes concernent des donneurs en état de mort encéphalique dont les lésions sont presque uniquement cérébrales et ne sont pas concernées par la procédure de prélèvement. En outre, le prélèvement de peau étant déconseillé, il y a peu de raison qu'une lésion cutanée soit modifiée par la chirurgie.

Néanmoins, pour garantir aux magistrats l'exhaustivité des preuves médico-légales, une alternative à cette assistance systématique se doit d'être proposée par les équipes. **Aussi, le maintien d'un contact téléphonique étroit entre les équipes de coordinations**

hospitalières des greffes et les médecins légistes est conseillé : en cas de difficulté d'interprétation d'une lésion par les équipes chirurgicales lors du prélèvement, le médecin légiste pourrait se déplacer en urgence pour effectuer un constat transitoire à leur demande.

Autopsie après procédure de prélèvement

La prévention de possibles biais d'interprétation en raison des soins de réanimation et de l'acte chirurgical de prélèvement, doit être un objectif majeur de l'intervention médico-légale dans ces procédures de prélèvements.

Le fait que la procédure de prélèvement n'ait pas biaisé les conclusions d'une autopsie, pourrait transparaître dans le rapport médico-légal rédigé à l'issue, si tel est le cas.

Pour limiter les biais, **il est conseillé que le médecin légiste ayant effectué l'examen externe préalablement au prélèvement, soit le médecin pratiquant l'autopsie dans la mesure où cela est possible.**

De même, comme cela est prévu par les textes réglementaires, **il est essentiel que le médecin légiste dispose des comptes rendus opératoires chirurgicaux du prélèvement et des greffons non utilisés le cas échéant.**

Participation des équipes de coordinations hospitalières aux contraintes médico-légales

La prévention des biais d'interprétation pouvant être créés par les soins de réanimation et l'acte chirurgical de prélèvement, peut passer par une intervention précoce et exhaustive des médecins légistes, mais également par une participation des équipes hospitalières aux contraintes médico-légales.

En effet, la littérature internationale précise qu'une des réticences des médecins légistes américains à l'acceptation des prélèvements d'organes lors d'un décès médico-légal pour lequel une autopsie sera ordonnée, est l'absence de participation active des équipes hospitalières aux contraintes imposées par les nécessités médico-légales. L'amélioration des pratiques médico-légales en cas de prélèvement d'organes, doit s'accompagner d'une participation active des coordinations hospitalières.

Pour ce faire, **les équipes hospitalières pourraient être sensibilisées et participer aux nécessités de la préservation des preuves.**

Une revue de la littérature médico-légale internationale permet de pointer les difficultés. Des protocoles à destination des équipes hospitalières ont donc vu le jour. **Des recommandations peuvent comprendre pour ces équipes de coordination des greffes, des éléments précis à fournir aux praticiens médico-légaux et aux magistrats** (Tableau 1). Elles peuvent comprendre également par exemple en fonction des possibilités des services :

- La prise de photographies du corps du donneur avant et pendant prélèvement ;
- La prise de photographies de chaque organe prélevé pendant la chirurgie ;
- La description précise de l'incision chirurgicale et la précision d'une possible modification d'une lésion ;
- La prise de photographie d'un geste qui modifierait une lésion (avant et après le geste) ;
- La description in situ des organes et leur description après explantation ;
- La rédaction précoce des comptes rendus opératoires.

Là encore, **la désignation d'un référent local dans une équipe hospitalière de greffe pourrait trouver tout son rôle.**

Cas particulier du donneur avec arrêt cardiaque et respiratoire persistant [15]

L'arrêté du 2 août 2005 fixant la liste des organes pour lesquels le prélèvement sur une personne décédée présentant un arrêt cardiaque et respiratoire persistant est autorisé, a défini des critères stricts pour cette catégorie de prélèvement d'organes, qui s'est initialement concentrée sur les reins et le foie dans des centres pilotes. Ces donneurs sont définis en fonction de la classification de Maastricht. Pour les cas relevant de décès médico-légaux, deux situations doivent être distinguées : les cas dans lesquels les donneurs décèdent sur le lieu de leur découverte (classes I voire II), les cas de décès en structure médicalisée (classes III et IV).

Pour les donneurs des classes III et IV, en cas de décès relevant d'un obstacle médico-légal, la procédure est similaire à celle relative aux donneurs en état de mort encéphalique (cf. supra). *A contrario*, pour les donneurs des classes I et II, par définition, ces derniers décèdent en dehors d'une structure médicale, sur le lieu de leur découverte. Ainsi, initier une procédure de réanimation pour ces donneurs lors de décès médico-légaux, n'a pas pour objectif de tenter de sauver le patient, mais bien d'engager une procédure de prélèvement d'organes pour autrui. Ceci n'est pas sans poser le problème de la préservation de scène de crime par les services de secours, alors que dans toutes les autres situations, une réanimation qui serait justifiée par l'état clinique du patient pour lui-même et qui créerait une pollution de scène de crime par les secours, ne saurait être critiquée.

De plus pour ces donneurs des classes I et II, un problème légal se doit d'être soulevé : il s'agit de patients décédés. Si leur décès relève de l'obstacle médico-légal, toute opération sur le corps se doit d'être suspendue, sauf à ce que le magistrat en charge de l'enquête en dispose autrement. Or, le don issu de donneur avec arrêt cardiaque et respiratoire persistant est contraint par des limitations temporelles strictes qui ne permettent pas à ce magistrat de prendre toute mesure conservatoire nécessaire.

Ces deux situations (classes I, II et classes III, IV) doivent donc être bien distinguées en cas de décès médico-légaux. Si les classes III et IV doivent suivre la même procédure que celle exposée pour les donneurs en état de mort encéphalique, la Société Française de Médecine Légale recommande que s'agissant des donneurs de classes I et II, aucune procédure de prélèvement d'organes ne soit initiée si le décès est constaté sur son lieu de découverte, en dehors de toute structure médicalisée.

Décisions judiciaires

La décision des magistrats quant à un accord ou un refus de prélèvement d'organes n'est pas contestable, ces professionnels de la justice garantissent la sécurité publique et la préservation de la preuve. Néanmoins, l'amélioration des pratiques permet par les garanties scientifiques apportées, qu'une discussion soit établie pour que les parties collaborent au mieux. Et, si un accord sans restriction peut parfois s'avérer être difficile, cette recommandation pourrait permettre de transformer un refus en un accord avec restrictions.

Une opposition judiciaire, si elle devait être maintenue malgré ces garanties, n'a pas lieu de souffrir d'une contestation par les intervenants hospitaliers, cette décision est prise en connaissance de causes, souverainement et elle sera sans nul doute difficile à vivre pour le magistrat confronté à ce cas de conscience l'empêchant de participer au don d'organes.

Quoiqu'il en soit, le sujet relevant de la Santé Publique mérite que les intervenants hospitaliers puissent, sans être impliqués dans le secret d'une enquête, connaître les raisons d'un refus. Cela leur permettrait de les expliquer le cas échéant aux familles, qui en plus de la perte d'un proche, peuvent ressentir douloureusement le refus d'un respect des dernières volontés du défunt, s'il avait manifesté être en faveur du don d'organes. Dans cette optique, l'arrêté du 29 octobre 2015 qui a imposé une confirmation écrite lors d'une opposition judiciaire montre l'attachement du monde judiciaire à participer au sujet des prélèvements d'organes.

MISE EN PLACE DE COLLABORATIONS

Si la nomination de référents locaux dans les différents corps médicaux (médecins légistes – coordinations hospitalières de greffes) pourrait trouver tout son intérêt en limitant les interlocuteurs et la dispersion des informations, il semble qu'il faille en outre, recommander la rédaction de protocoles locaux médico-judiciaires. Sur ce point l'arrêté du 29 octobre 2015 qui a introduit la nécessaire rédaction d'une procédure écrite entre les services du procureur de la République et l'UF médicale de coordination hospitalière montre encore cette volonté des acteurs. Inclure les centres médico-légaux de référence dans ces procédures devra être développé pour que chaque maillon impliqué dans cette problématique soit proactif.

CONCLUSION

La limitation des oppositions judiciaires aux prélèvements d'organes pourra ainsi être encadrée par des recommandations validées et la création d'une base de données nationale permettra un recensement des difficultés pour faire évoluer les pratiques. S'il est difficile d'atteindre la politique du « *zéro refus* » édicté par la NAME (National Association of Medical Examiner) aux USA, parvenir à s'en approcher sera une avancée majeure. Les récentes évolutions réglementaires peuvent être utilisées dans ce but.

Tableau 1 : Exemple de compte rendu utilisable par les équipes de coordinations des greffes pour communiquer les informations nécessaires au médecin légiste qui pratiquera l'autopsie au décours de la procédure de prélèvement d'organes

Date et heure	Informations	Précisions	Particularités
	Magistrat contacté	Nom et fonction	
	Médecin légiste contacté	Nom	
	Instructions du magistrat : <ul style="list-style-type: none"> • Accord • Refus • Restrictions 	Justification	
	Date et heure de constat de mort encéphalique		
	Echantillons de sang et d'urines avant PMO		
	Nom des chirurgiens		
	Description des incisions		
	Rédaction des CR opératoires		
Organes	Description des organes in situ	Précisions	Particularités (photos...)
Cœur	<ul style="list-style-type: none"> • Aspect de l'épicarde • Aspect du péricarde, liquide • Traumatismes 		
Poumons	<ul style="list-style-type: none"> • Aspect des plèvres, liquide • Emphysème • Traumatismes 		
Foie	<ul style="list-style-type: none"> • Aspect du péritoine, liquide • Couleur • Capsule • Traumatismes 		
Reins	<ul style="list-style-type: none"> • Couleurs • Capsules • Traumatismes 		
Pancréas	<ul style="list-style-type: none"> • Traumatisme 		
Intestins	<ul style="list-style-type: none"> • Présence d'un appendice • Occlusion, volvulus • Ischémie, mésentère 		
Cornées	<ul style="list-style-type: none"> • Traumatismes • Aspect des conjonctives, paupières 		
Rate	<ul style="list-style-type: none"> • Traumatismes 		
Organes	Description des organes explantés	Précisions	Particularités (photos...)
Cœur	<ul style="list-style-type: none"> • Taille, hypertrophie, poids • Aspect des coronaires • Diamètre aorte • Diamètre artère pulmonaire • Valves 		
Poumons	<ul style="list-style-type: none"> • Poids (D et G) • Œdème • Masses 		
Foie	<ul style="list-style-type: none"> • Poids, taille • Tumeur, angiome 		
Reins	<ul style="list-style-type: none"> • Poids, tailles 		
Pancréas	<ul style="list-style-type: none"> • Poids • Tumeur 		
Vaisseaux	<ul style="list-style-type: none"> • Calcifications • Sténoses, thromboses 		
Rate	<ul style="list-style-type: none"> • Poids 		
Organes	Organes prélevés non utilisés	Raisons	Laissés dans le corps
Autre	Prélèvements pour compatibilité tissulaire	<ul style="list-style-type: none"> • Rate • Ganglions 	
Autre	Clampage gros vaisseaux	Type	
Remarques			
Photographies			