

## DON D'ORGANES A CŒUR ARRETE (DCA)

### I. INTRODUCTION

La transplantation d'organes est un progrès majeur de la médecine qui permet de sauver des vies. Il est possible de prélever des organes sur un donneur vivant ou décédé. Le mot « donneur » est ici important car il s'agit bien d'un don.

Toutefois les organes transplantables sont en nombre largement insuffisant par rapport aux besoins et des patients décèdent en attente de greffe. Les raisons de la pénurie d'organes sont diverses notamment les progrès dans la prise en charge des neurotraumatisés<sup>1,2</sup> et le taux de refus en augmentation. Il en découle une nécessité de définir d'autres situations permettant le prélèvement d'organes. C'est ainsi qu'est né le concept de don à cœur arrêté (DCA), plus spécifiquement Maastricht I (MI), II (MII) et III (MIII).<sup>a</sup>

**MI et MII** présentent des difficultés similaires et seront traités ensemble dans le présent avis. Il s'agit de patients ayant subi un arrêt cardiaque soit en dehors de l'hôpital (MI) ou aux urgences (MII), n'ayant pas répondu aux mesures de réanimation. Nous sommes dans une situation où le temps disponible pour agir dans l'intérêt du receveur est court et laisse peu de temps à la réflexion.

**MIII** s'applique dans le cas où, suite à une décision de retrait thérapeutique aux soins intensifs, les mesures de réanimation qui maintenaient le patient en vie, sont retirées. Un arrêt cardiaque s'en suit. Dans MIII, la décision d'arrêt thérapeutique menant au décès se superpose avec la décision de prélèvement d'organes. De plus, le maintien d'une bonne qualité des organes à greffer peut impliquer la pose de mesures invasives alors que le décès n'a pas été prononcé et que l'arrêt cardiaque n'a pas encore eu lieu.

**Les deux cas de figure mettent en jeu le principe de non malfeasance pour le potentiel donneur d'organes et de bienfaisance pour le futur receveur. Une autre question se pose : jusqu'où peut aller la possibilité médico-technique de la transplantation pour le bien du receveur sans compromettre le respect dû à tout être humain, même mort.**

Une précision s'impose ici quant à la définition de la mort. Depuis toujours la mort est définie comme l'arrêt complet des fonctions vitales, cœur et circulation.

La définition de la mort a évolué dans le temps en relation avec les critères nécessaires pour le prélèvement d'organes en vue de la transplantation.

**Mort cérébrale** : Dans les années 1970, en lien avec le développement du don d'organes de patients décédés, une autre définition a vu le jour, celle de la mort cérébrale. Le diagnostic de décès basé sur l'arrêt complet des fonctions cérébrales a ceci de particulier que les fonctions

---

<sup>a</sup> Maastricht IV concernent les patients qui présentent un arrêt cardiaque alors qu'ils sont déjà en mort cérébrale. Cette situation peut conduire à accélérer le processus d'obtention du consentement et/ou de partir en salle d'opération. Toutefois, les questions fondamentales ne diffèrent pas de la situation de don chez le patient en mort cérébrale. Maastricht V : Dans les pays où l'euthanasie est acceptée, un don d'organes est possible suivant un protocole strict (M V). Par analogie, il n'est pas exclu que la Suisse puisse envisager un don après un suicide assisté. Les membres du groupe de travail n'ont pas jugé opportun d'aborder ce sujet à l'heure actuelle.

vitales (battements du cœur et circulation) ne sont pas arrêtées; en conséquence, bien que le patient soit mort, ses organes continuent à être perfusés<sup>b</sup> et peuvent être greffés sans être abîmés par l'hypoxie<sup>c</sup>. Cette condition permet de disposer de temps jusqu'au prélèvement éventuel des organes.

**Mort par arrêt cardiaque** : quand le cœur s'arrête, la perfusion de tous les organes y compris le cerveau est arrêtée et c'est la mort. Or lorsque l'on envisage un prélèvement chez un patient dont le cœur s'est arrêté le prélèvement d'organes implique une gestion du temps et des manœuvres de réanimation d'organes telles que la pose de cathéters, de champs stériles ou l'administration de médicaments, ceci non pour le bénéfice du patient mais pour conserver la qualité des organes à greffer.

En Suisse, les situations permettant un don d'organes dans un contexte de mort cérébrale avaient été très rigoureusement décrites dans les directives de l'Académie Suisse des Sciences Médicales (ASSM) de 1996. Ces directives ont été revues et modifiées en 2005 puis en 2011 afin d'élargir aux décès par arrêt cardiaque les situations où un don d'organes est possible.<sup>3</sup>

En Europe, les réglementations varient selon les pays. Certains s'opposent au prélèvement d'organes chez les patients décédés d'un arrêt cardiaque, d'autres l'encouragent. Dans de très nombreux pays où le prélèvement d'organes à cœur arrêté est pratiqué, les intervenants relèvent la difficulté opérationnelle et les problèmes éthiques liés à la procédure, de même que les incertitudes liées aux critères de sélection des patients.<sup>4</sup>

Aux HUG, les étapes menant du patient en cours de réanimation au patient décédé d'un arrêt cardiaque, puis au patient donneur d'organes, sont très bien décrites sur le plan technique pour les DCA MI et MII. MIII n'est pas réalisé à Genève mais un protocole est en cours de rédaction.

Le CEC soucieux des dérives potentielles auxquelles pourraient conduire certaines situations cliniques, souhaite formuler des recommandations qui puissent accompagner les procédures mentionnées ci-dessus, sachant qu'en janvier 2004, le CEC a rendu un avis sur le même sujet<sup>5</sup>.

L'objet du présent avis n'est pas de discuter du bien fondé du prélèvement dans le cadre de DCA, mais d'examiner les enjeux éthiques autour de sa mise en pratique.

Il n'a pas pour vocation de traiter tous les éléments et circonstances relatifs au don d'organes mais uniquement ceux caractéristiques de MI, II et III.

Par ailleurs, il importe de préciser également qu'à l'heure actuelle aux HUG, contrairement au prélèvement de multiples organes après mort cérébrale, seul le prélèvement de reins est prévu par ces nouvelles procédures. Celui du foie et poumons pourraient être envisagé dans le futur.

La technicisation du soin et les progrès de la science comportent le risque d'oublier la personne et d'utiliser l'homme uniquement comme un moyen. Il est nécessaire de garder un questionnement lucide, pluriel, basé sur les valeurs qui fondent notre société ; garder aussi une inquiétude, une « incertitude d'avoir raison » comme le définit Didier Sicard<sup>6</sup> avec comme préoccupation majeure, que l'homme reste un homme et ne devienne pas un *produit de consommation, une boîte à outils*. A cet égard, il est fondamental de garantir le respect absolu des intérêts du donneur potentiel, patient pour qui la médecine ne peut plus rien et le respect absolu des intérêts du receveur pour qui la médecine peut beaucoup.

<sup>b</sup> Perfusé : Irrigué par le sang : chez les patients en mort cérébrales, le cœur continue à battre, donc le corps du patient décédé continue à être irrigué et reste chaud

<sup>c</sup> Hypoxie : manque d'oxygène : un tissu ou organe du corps ne peut rester vivant sans oxygène qui est apporté par le sang

<sup>d</sup> La durée entre le retrait des mesures de soutien des fonctions vitales et le décès détermine la durée d'ischémie chaude où les organes seraient mal perfusés et oxygénés, compromettant leurs fonctionnalités après transplantation.

<sup>d</sup> La durée entre le retrait des mesures de soutien des fonctions vitales et le décès détermine la durée d'ischémie chaude où les organes seraient mal perfusés et oxygénés, compromettant leurs fonctionnalités après transplantation.

Au cœur de la mort, de la vie et de la frontière de plus en plus ténue qui les distingue, au-delà du regard scientifique et du respect d'un protocole, il est, pour le personnel médical des urgences, des soins intensifs et les équipes de transplantation ainsi que pour les familles et les patients, des questions éthiques mais également des enjeux culturels, émotionnels et de société qui ne peuvent être ignorés. Nous devons penser nos actes, conscients que la possibilité de dérive est contenue dans notre liberté.

## **II. BASES DE LA REFLEXION**

Pour mener cette réflexion, les membres du CEC se sont basés sur:

- les bases légales applicables en Suisse;
- l'avis du CEC de janvier 2005 ;
- l'étude comparative des différents cadres d'application de transplantation dans le cas de DCA dans le monde, en particulier en Espagne, France, Belgique, Allemagne, Pays-Bas, USA, Canada, Grande-Bretagne et Japon;
- les articles récents de la littérature médicale traitant des aspects éthiques de la transplantation à partir de donneurs à cœur arrêté; <sup>7-13</sup>
- les directives de l'Académie Suisse des Sciences Médicales (« ASSM ») pour le diagnostic de la mort dans le contexte de la transplantation d'organes<sup>3</sup>

Nous avons également rencontré pour confronter leur expérience et nos réflexions,

- Pr Léo Buhler chirurgien viscéral transplanteur HUG,
- Le groupe multidisciplinaire Zurichois qui pratique le don d'organe à cœur arrêté depuis 2008 (par vidéoconférence : Renato Lenherr – médecin chef de projet MIII ; Stefan Regenscheit – infirmier coordinateur, Tanja Kronen – éthicienne; Schüpbach Reto – le chirurgien responsable du programme était excusé)
- Mme Diane Moretti, coordinatrice générale de la PLDO (programme latin du don d'organes).

## **III. PRESENTATION DES QUESTIONS ETHIQUES**

### **1. Don d'organes après arrêt cardiaque à domicile ou aux urgences (MI, MII)**

La catégorie MI se rapporte à l'arrêt cardiaque survenu en dehors du milieu hospitalier, avec réanimation retardée. La catégorie MII concerne l'arrêt cardiaque, avec réanimation immédiate mais inefficace. En cas d'échec de la réanimation et donc de mort par arrêt cardiaque, les soignants peuvent entamer une procédure en vue d'un don d'organes.

Selon le protocole applicable, on peut perfuser les organes pour maintenir leur qualité, pendant que l'on contacte les proches. Ceux-ci doivent se prononcer sur le don d'organes en même temps qu'ils reçoivent l'annonce du décès.

Les questions éthiques principales dans cette situation particulière sont :

- Un conflit d'intérêt entre la réanimation et l'instauration de la procédure de don (bienfaisance / non-malfaisance pour le donneur vs. receveur)
- Le respect de l'autonomie du patient (consentement au don)
- Le surcroît de charge émotionnelle que subissent les proches qui doivent consentir au don dans l'urgence alors qu'ils sont en souffrance
- L'intervention sur le corps du patient décédé donneur potentiel sans avoir obtenu son consentement, pour préserver les organes.

## **2. Don d'organes après arrêt cardiaque suite à un retrait thérapeutique (MIII)**

Si malgré toutes les mesures prises aux soins intensifs les objectifs visés s'avèrent impossibles à atteindre, les intensivistes renoncent à poursuivre une thérapie jugée dépourvue de sens. Les proches sont informés du pronostic défavorable et de la décision de retrait thérapeutique qui en découle. Les intensivistes entament la procédure de retrait des mesures de soutien en assurant des soins de confort optimaux au patient, ceci lorsqu'ils se sont assurés que les proches ont bien compris la situation et qu'ils adhèrent à la décision.

Lorsqu'un prélèvement d'organes est possible, il est impératif d'obtenir le consentement du patient (par le patient ou par ses proches) avant que la procédure d'arrêt thérapeutique soit entreprise. Le décès devrait alors survenir dans un temps limité pour préserver au mieux la qualité des organes<sup>d</sup>.

Les questions éthiques principales dans cette situation particulière sont :

- Un conflit d'intérêt entre la décision de retrait thérapeutique (non malfaisance / respect du patient, éventuel futur donneur) et le prélèvement (bienfaisance / intérêt du futur receveur)
- Un doute pour les proches sur les vraies raisons menant à l'arrêt thérapeutique
- Après le retrait thérapeutique, le risque d'accélérer le processus menant à l'arrêt cardiaque pour ne pas dépasser le temps au-delà duquel le prélèvement devient caduc
- Le risque de négliger le soutien et l'accompagnement des proches.

## **IV RAPPEL DU CADRE LEGAL**

### **1. *Fondements juridiques***

En droit suisse, la transplantation est régie par la loi fédérale sur la transplantation d'organes, de tissus et de cellules (LTx-RS 810.21), adoptée le 8 octobre 2004<sup>14</sup> et par l'ordonnance sur la transplantation d'organes, de tissus et de cellules (OTx-RS 810.211) du 16 mars 2007, toutes deux en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2007<sup>15</sup>.

### **2. *Conditions requises pour le prélèvement d'organes sur une personne décédée***

Dans le respect de la norme constitutionnelle relative à la transplantation d'organes, la LTx pose les fondements non négociables de la protection de la dignité humaine, de la personnalité et de la santé (article 1 alinéa 3 LTx).

<sup>d</sup> La durée entre le retrait des mesures de soutien des fonctions vitales et le décès détermine la durée d'ischémie chaude où les organes seraient mal perfusés et oxygénés, compromettant leurs fonctionnalités après transplantation.

### **3. Consentement au prélèvement**

Il n'y a pas de prélèvement d'organes sans consentement. Le législateur a donc privilégié le consentement exprès du patient et rejeté le consentement présumé. Ainsi, soit la personne a de son vivant consenti à un prélèvement d'organe attesté dans un document, soit les proches, respectant en cela la volonté présumée du défunt, y consentent. S'il n'y a pas de proches ou qu'il est impossible de les joindre, le prélèvement d'organe est interdit.

### **4. Constatation du décès**

L'article 9 LTx stipule qu'une personne est décédée lorsque les fonctions du cerveau, y compris du tronc cérébral, ont subi un arrêt irréversible.

Dans les cas de DCA MI, II ou III, le diagnostic de mort est posé par une échocardiographie certifiant l'absence de contraction cardiaque durant 10 minutes et les signes cliniques de mort cérébrale<sup>16</sup>. L'examen clinique de la mort cérébrale doit être fait par 2 médecins FMH « principe de quatre yeux ».

### **5. Mesures médicales préliminaires**

La loi et son ordonnance d'exécution exigent le consentement du donneur potentiel pour des mesures médicales introduites avant le décès en vue de la conservation des organes à transplanter<sup>14</sup>. En l'absence d'une déclaration de don (article 10 alinéa 3 LTx)<sup>17</sup>, des mesures médicales préliminaires ne peuvent donc être prises, qu'après le décès du patient, exclusivement le temps de contacter les proches et connaître leur décision. La durée maximale autorisée pour de telles mesures est fixée à 72 heures après le décès du patient (article 8 OTx).

L'interprétation des dispositions légales suscite des prises de positions contradictoires. Le Conseil fédéral, lui, exclut les mesures médicales préliminaires dans le cas d'un patient incapable de discernement qui n'y aurait pas consenti à l'avance<sup>14</sup>.

S'appuyant sur l'avis de certains auteurs<sup>18</sup>, l'ASSM quant à elle est d'avis que *«lorsque le patient a un représentant légal ou qu'il a transmis la représentation à une personne de sa confiance, c'est elle qui décidera de l'introduction de mesures destinées à la conservation des organes. Si le patient n'a pas de représentant légal, des mesures destinées à la conservation des organes peuvent être introduites - avec le consentement des proches - dans la mesure où la volonté présumée du patient est respectée. Si cet entretien révèle que le patient n'aurait probablement pas consenti aux mesures destinées à la conservation de ses organes ou si ses proches ne savent pas ce que le patient aurait souhaité, il faut renoncer aux mesures destinées à la conservation des organes »*<sup>16</sup>.

### **6. Indépendance du personnel soignant**

Dans le domaine de la transplantation, la séparation des rôles entre les équipes qui s'occupent de réanimation et celles qui s'occupent de transplantation est un grand principe à respecter. Le médecin qui constate le décès du patient ne peut participer ni au prélèvement ni à la transplantation d'organes (article 11 alinéa 1 LTx)<sup>19</sup>.

## V ANALYSE ETHIQUE DES MODALITES DE LA TRANSPLANTATION A PARTIR DE DONNEURS A CŒUR ARRETE

Le présent avis examine les protocoles MI, MII et MIII en perspective avec les valeurs éthiques suivantes :

- **Autonomie** du patient
- **Bienfaisance** pour le patient, le receveur, les proches ainsi que les équipes médicales et soignantes impliquées
- **Non malfaisance** pour le patient, le receveur, leurs proches, ainsi que les équipes médicales et soignantes impliquées
- Prévention de **conflits d'intérêts**
- **Justice** distributive vis-à-vis des autres patients et receveurs.

### A. *Respect du principe d'autonomie du patient éventuel donneur*

Le principe d'autonomie consiste à reconnaître le droit d'une personne à avoir des opinions, à faire des choix et à entreprendre une action sur la base de ses propres valeurs et croyances personnelles<sup>20</sup>. Il s'applique par-delà la mort : le défunt a droit au respect de ce qu'il a exprimé avant de mourir.

Dans la situation de MI / MII, le respect du principe d'autonomie signifie que pour poursuivre une réanimation dont la finalité exclusive est le prélèvement d'organes, il faut s'assurer que le patient, respectivement ses proches, a consenti au prélèvement<sup>21</sup>.

Dans le cadre de MIII, le respect du principe d'autonomie du patient, intervient à deux niveaux. Celui du retrait thérapeutique et celui du prélèvement. La question de savoir si le patient a valablement consenti au retrait thérapeutique ne peut être ignorée, mais elle est hors de notre sujet. On admet que chaque patient a le droit de disposer librement de sa personne<sup>22</sup> et que la décision de sa propre mort relève de son autodétermination.

Le principe du respect de l'autonomie impose que le choix fait par le patient ou ses proches en toute connaissance de cause soit respecté. C'est l'occasion de relever qu'aux HUG, comme dans de nombreux pays, le consentement des proches est un prérequis à tout prélèvement, même dans le cas où le donneur potentiel y a expressément consenti. Cette pratique a été établie sur l'idée qu'agir sur la base du seul consentement du patient sans associer ses proches serait une source de souffrance inacceptable pour les proches et serait contreproductif pour la cause de la transplantation.

Dans le cas de MI et MII, l'un des problèmes cruciaux lié au consentement au don, vient de la nécessité de donner une information claire, honnête et sans pression à des proches qui sont en état de désarroi et de souffrance, le tout dans un temps très court, compte tenu du besoin impératif de préserver la qualité des organes. Certains centres ont renoncé à ce type de prélèvement car le respect du principe d'autonomie ne leur paraissait pas compatible avec le temps à disposition.

Dans MIII l'urgence n'existe pas, puisque la famille a déjà un lien avec l'équipe des soins intensifs et que le retrait thérapeutique est décidé avec la famille et après réflexion commune.

La question de l'introduction de mesures techniques médicales préliminaires destinées à la conservation des organes soulève une difficulté particulière. Comme exprimé dans le chapitre consacré au cadre juridique, l'ASSM autorise, sous certaines conditions, l'introduction de mesures destinées à la conservation des organes dans la mesure où la volonté présumée du patient est respectée<sup>16</sup>.

Dans MI et MII, les mesures médicales préliminaires à la greffe (comme la canulation) ne peuvent intervenir qu'après le diagnostic de mort. Elles nécessitent le consentement des proches mais peuvent être entreprises pour une durée maximale de 72 heures avant que ce consentement ne soit recueilli.

Dans MIII en revanche, ces mesures médicales peuvent intervenir avant le diagnostic de mort du donneur potentiel, pour autant que les proches aient été informés et y aient consenti<sup>23</sup>. La canulation n'est pas un acte anodin puisqu'elle constitue une atteinte à l'intégrité corporelle sur une personne encore en vie. La canulation peut être faite aux soins intensifs ou en salle d'opération.

Dans MI, II et III, il faut se poser la question de savoir s'il y a un droit de disposer du corps du patient et de comment résoudre la tension qui existe entre préservation de l'intégrité corporelle du patient et préservation de la qualité des organes. Donner la préférence au sauvetage des organes peut contrevenir au principe de bienfaisance du patient. A l'inverse, donner la préférence à la bienfaisance du patient (à son intégrité corporelle) peut contrevenir au principe de bienfaisance du potentiel receveur d'organe.

## **B. *Respect du principe de bienfaisance***

Le principe de bienfaisance commande de considérer en premier le bien et l'intérêt du patient, objectif multidirectionnel qui peut, chez les uns, signifier soulager la souffrance, chez les autres, sauver une vie.

### **1. *Envers le patient-donneur***

Le donneur potentiel est un patient pour lequel le principe de bienfaisance commande de tout mettre en œuvre pour le soigner au mieux ce qui inclut les manœuvres de réanimation. Cette étape primordiale doit s'imposer avant toute autre considération.

Quand la médecine a atteint ses limites et que se pose la question de l'arrêt des manœuvres de réanimation pour MI et MII ou du retrait thérapeutique aux soins intensifs pour MIII, un traitement palliatif doit être instauré exactement de la même manière que lorsque l'on procède dans le cas d'un patient non donneur en fin de vie.

Si des mesures préliminaires sont appliquées avant le diagnostic de décès, (MIII) un traitement antalgique adéquat devra être administré comme on l'aurait fait pour n'importe quel autre patient.

La présence de la famille, le respect des rites de décès, le respect des proches doivent être au cœur du processus de don.

### **2. *Envers le receveur***

Grâce au don, le receveur peut continuer à vivre. Il faut tout mettre en œuvre pour que les organes transplantés soient de « bonne qualité ». Cette qualité est fonction de critères objectifs (par exemple, un âge maximum pour le donneur) et du respect scrupuleux des différentes étapes du protocole de prélèvement. Si l'un des éléments ne peut être satisfait, il faut arrêter le processus de don.

Dans le cas de MI et MII, il est indispensable de respecter les limites de temps imparties pour les différentes étapes depuis l'arrêt cardiaque jusqu'au prélèvement.

Pour MIII, le risque le plus important pour la qualité des organes réside dans la durée d'ischémie chaude, entre le retrait et la survenance du décès.

### **3. *Envers les familles***

Dans le cas du DCA, la prise en compte des proches est très importante. Parce qu'ils vivent des moments dramatiques dont ils se souviendront toujours, l'attention et l'empathie dont ils seront entourés par le personnel hospitalier seront d'autant plus précieuses. Le sentiment des proches de n'avoir pas été pris en compte et accompagnés comme il convient serait sans nul doute contreproductif à la cause de la transplantation.

Pour M1 et M2, en même temps que les proches apprennent qu'un être cher a été victime d'un accident et se trouve dans une situation désespérée, ils sont confrontés à la question d'un don d'organes.

Dans le cas de M3, les proches doivent absorber la nouvelle qu'il n'y a plus d'espoir d'amélioration et qu'un retrait thérapeutique se justifie. En même temps, dans le cas où ils donnent leur accord pour un prélèvement, ils doivent comprendre qu'il faut enlever les mesures de soutien qui maintenaient le patient en vie et d'en introduire éventuellement d'autres pour conserver les organes en bon état. Le moment des adieux doit être abrégé puisque dès le diagnostic de mort, les proches doivent rapidement quitter le donneur pour permettre aux chirurgiens-transplanteurs de faire leur travail. Dans ce contexte extrêmement difficile, il est important que la famille soit prise en charge par une équipe formée à cet effet, dédiée à cette tâche et disponible en tout temps. Est également de grande importance la possibilité de disposer d'un espace réservé au recueillement afin que ceux qui le souhaitent puissent se retrouver au calme, dans une atmosphère réconfortante, puis veiller le corps du défunt qui leur est rendu après le prélèvement.

Comme pour toute transplantation, s'ils le souhaitent, les proches doivent pouvoir être rassurées sur l'emploi des organes offerts par leur défunt. Il est important qu'un retour leur soit fait sur l'évolution des patients anonymisés qui auraient bénéficié des greffons.

### **4. *Envers les équipes médico-soignantes***

Les équipes médico-soignantes des urgences et des soins intensifs vivent au quotidien des situations d'arrêt de réanimation ou de retrait thérapeutique.

La particularité et la difficulté du DCA résident dans le fait qu'en même temps que l'arrêt des mesures de réanimation, il faut appliquer au patient des procédures invasives qui ne sont pas faites pour lui mais pour maintenir la qualité de ses organes.

Concrètement, les équipes doivent comprendre que le patient-donneur est décédé mais continuer à maintenir en vie les organes. Cette situation peut être perturbante pour les équipes en charge du patient. C'est pourquoi il serait judicieux de séparer les équipes qui ont effectué la réanimation du patient, de celles qui entreprennent le processus de don.

Enfin, afin que chacun puisse exprimer librement ses émotions, ses difficultés et son ressenti il est indispensable d'organiser un débriefing des équipes médico-soignantes.



### **C. *Respect du principe de non-malfaisance***

Le principe de non malfaisance signifie qu'il faut éviter au patient des souffrances ou des préjudices intentionnels (*primum non nocere*). Ce principe se juxtapose au principe de bienfaisance : non seulement il faut tendre à faire le bien mais viser à ne pas faire du mal ou minimiser le mal.

#### **1. *Envers le patient donneur***

Dans le contexte des patients MI et MII, le principe de non malfaisance invite au respect du défunt et donc de son corps. Les mesures préliminaires imposées dans l'attente du consentement des proches représentent une agression au corps du défunt, contrebalancée et admissible uniquement par le bienfait envers le futur receveur.

Dans MIII le retrait des mesures thérapeutiques évite de prolonger inutilement la vie du patient et possiblement de lui imposer des souffrances supplémentaires. Un prélèvement ne peut cependant être envisagé que si le décès qui suit le retrait thérapeutique survient dans un délai bref. Au-delà de ce délai, la qualité des organes n'est plus assurée. Les mesures préliminaires qui permettent d'étendre ce délai de quelques heures et qui sont pratiquées sur le corps d'un patient non encore décédé peuvent être légitimement considérées comme de la malfaisance, c'est-à-dire une agression faite à la personne et donc un abus de la part du corps soignant. Le fait que l'ASSM autorise la canulation avec le consentement du patient ou des proches n'empêche en aucun cas une réflexion au cas par cas sur la tension réelle entre intégrité corporelle du donneur et préservation des organes pour le receveur.

Par ailleurs, une durée d'agonie prolongée sans mesure de préservation rendrait le prélèvement impossible. Dans ce cas, le respect de l'autonomie du patient qui avait consenti au don ne serait plus respecté.

#### **2. *Envers le patient receveur***

Pour le patient receveur gravement malade, inscrit sur une liste d'attente depuis de nombreux mois et dont la survie dépend d'une transplantation, le fait de ne pas tout mettre en œuvre pour faciliter le don peut être apparenté à de la malfaisance. Il ne s'agit pas pour autant d'exercer des pressions indues sur la famille du donneur mais bien de disposer d'équipes multidisciplinaires rodées, dévouées à la cause du don tout en étant respectueuses des volontés du donneur, prêtes à passer du temps avec les proches pour donner toutes les explications nécessaires aux familles. Pour ce faire, l'importance du soutien de la direction de l'hôpital, afin de disposer d'équipes de coordination, de procédures protocolées et d'un personnel formé à cet effet, est cruciale.

#### **3. *Envers les familles et les proches***

Il est difficile de donner à la famille une information sans pression et respectant l'autonomie lors de la demande de don. Négliger ce moment clé pourrait s'apparenter à de la malfaisance. Une formation spécifique des soignants à cet égard est indispensable. Un document écrit explicatif régulièrement mis à jour serait d'une grande utilité.

Dans MII, le respect de la non-malfaisance conduit à ne pas aggraver la douleur induite par le décès brutal d'un proche et d'amener presque simultanément la réflexion sur le don d'organes avec le plus de douceur possible

Dans MIII, le risque que les familles perçoivent l'arrêt des mesures thérapeutiques comme une incitation directe, une pression au don d'organes n'est pas négligeable. Afin qu'il n'y ait aucun doute, il est important de respecter la règle selon laquelle les soignants responsables du patient éventuel donneur aux urgences ou aux soins intensifs soient indépendants de ceux qui prendront en charge le donneur décédé pour un prélèvement<sup>23</sup>.

De même pour la mise en place d'une canulation avant le décès, si la procédure n'est pas expliquée et acceptée par la famille, elle pourra avoir sur eux un effet traumatisant (MIII). Un manque de communication, à tous les niveaux de la procédure, peut être associé à de la malfaisance.

Il est important que si, après l'arrêt des mesures de soutien, le patient ne décède pas dans le temps imparti, la famille ait été avertie de ce cas de figure et puisse retrouver le mourant pour l'entourer dans sa fin de vie. Une mauvaise information empêcherait la famille de pouvoir anticiper ce qui constituerait un traumatisme supplémentaire.

Enfin, durant l'attente et après le prélèvement d'organe, un espace dédié à la famille est indispensable afin qu'elle puisse se recueillir auprès du corps de la personne qu'elle vient de perdre, pendant le temps qui lui est nécessaire.

De manière générale, pour une institution comme les HUG qui détecte régulièrement des donneurs et qui réalise un certain nombre de transplantations annuelles, la mise en place d'un coordinateur local spécifiquement destiné à cette tâche, formé à cet effet, serait de nature à potentialiser la détection des donneurs, offrir aux familles le contact de qualité nécessaire dans une telle situation et éviter à des soignants peu, mal ou pas formés la charge de la demande de don.

#### **4. Envers les soignants**

Le personnel peut se sentir en désaccord ou déstabilisé sévèrement à plusieurs points de la procédure entre le décès aux urgences ou aux soins intensifs et l'opération de greffe au receveur. L'institution devrait reconnaître le poids imposé à ces équipes et fournir des ressources tant au niveau de leur préparation (formation) que de la gestion post événement (débriefing).

#### **D. La prévention de conflits d'intérêts**

L'expression « *conflit d'intérêts* » se rapporte à une situation réelle, apparente ou potentielle, dans laquelle un individu (ou un groupe de personnes) est soumis à des intérêts multiples du fait de ses fonctions ou des responsabilités qu'il assume. Ces intérêts divers peuvent entrer en opposition et corrompre les décisions à prendre ou la façon d'agir. Le conflit d'intérêts existe, que la personne soit ou non réellement influencée par l'intérêt concurrent.

Le prélèvement d'organes DCA laisse entrevoir un certain nombre de conflits.

Les professionnels de la santé sont confrontés à un conflit entre les intérêts du patient donneur et ceux du patient receveur. Il existe en effet dans l'imaginaire collectif la crainte que l'équipe médicale, prise entre sa mission de soins et d'accompagnement du patient en fin de vie et sa responsabilité de santé publique à l'égard d'une société et d'un système de santé demandeurs d'organes, ne déclare le patient donneur décédé seulement (ou ne serait-ce qu'en partie) dans un but de prélèvement d'organes. La possibilité, chez un patient dont on ne pourrait affirmer avec un très haut degré de certitude le mauvais pronostic, qu'un arrêt de la réanimation ou qu'un retrait thérapeutique soient décidés pour obtenir des organes, crée un conflit d'intérêts majeur entre donneur et receveur.

Il convient donc de prévenir ce conflit d'intérêts, pour obtenir la confiance des usagers envers le système de santé.

Rapportés concrètement aux processus de MI et MII, les risques de conflits qui pourraient exister dans les circonstances suivantes:

1. Au début de la réanimation: l'équipe fait-elle vraiment tout pour réanimer le patient ou le laisse-t-elle mourir pour aller vers un prélèvement ?
2. A l'arrêt des mesures de réanimation : le patient est-il vraiment « insauvable » ? A ce titre, la procédure d'arrêt doit être en tout point irréprochable, avec des *guidelines* claires pour les équipes.
3. Lors du constat de décès : le décès est-il prononcé uniquement pour ouvrir la porte au prélèvement ? Là encore, la procédure doit être claire et la règles des deux médecins strictement respectée.
4. Dans le cadre de la continuité des soins en vue d'un prélèvement (par exemple, canulation). Ces mesures doivent être assurées par une autre équipe que celle qui a fait la réanimation, pour garantir la neutralité de l'équipe et aussi par souci de cohérence entre les soins au patient pour tenter de sauver sa vie et les soins en vue d'un prélèvement dans de bonnes conditions.

A ce titre, deux principes cardinaux des règles juridiques suisses en matière de transplantation préviennent à notre sens ce conflit d'intérêts : la gratuité du don et la séparation claire des équipes.

En effet, on pourrait tout d'abord imaginer que les équipes subissent des pressions externes, des centres de transplantation par exemple, qui les inciteraient au prélèvement notamment par une rétribution financière. Or, l'art. 7 al. 1 let. b LTx interdit tout prélèvement d'organes de même que la transplantation contre un avantage pécuniaire ou un autre avantage. Le droit suisse prévient donc cet aspect du conflit d'intérêts donneur-receveur.

Le second principe est celui de la séparation claire des équipes de soins et des équipes de prélèvement, intitulé dans l'art. 11 LTx « indépendance des soignants »<sup>12</sup>.

Par ailleurs, les recommandations de l'ASSM sur le diagnostic de la mort dans le contexte de la transplantation d'organes rappellent qu' «au niveau médical, les processus de prélèvement et de transplantation d'organes doivent être strictement séparés afin d'éviter les conflits d'intérêts. En médecine intensive, la question de l'indépendance se pose tout spécialement. Un conflit d'intérêts peut surgir avec la question de l'arrêt ou de la poursuite des mesures. Il n'est pas exclu que des receveurs potentiels soient hospitalisés dans la même unité de soins intensifs que le donneur éventuel. C'est pourquoi, un deuxième médecin est toujours associé à la constatation de la mort (principe des quatre yeux).»

Le droit suisse écarte donc également cet aspect du conflit d'intérêts entre donneur et receveur.

En lien avec le processus MIII, le risque de conflit d'intérêts est encore plus saillant, puisque l'on parle de retrait thérapeutique et qu'il y a un risque de confusion entre cette décision et celle du prélèvement : le retrait thérapeutique doit être décidé et effectué selon la pratique usuelle des soins intensifs, étant précisé que cette pratique ne doit pas être affectée ou modifiée du fait d'un don éventuel. La décision doit être explicitée aux proches. Il convient de s'assurer que ces derniers acceptent la décision et en comprennent les raisons. Les équipes ne doivent en aucun cas prolonger le traitement pour obtenir le consentement au don. Durant l'accompagnement après suspension de toute mesure de soutien, un conflit d'intérêt. Pour le surplus, les remarques 2 à 4 ci-dessus concernant les processus de MI et MII sont aussi pertinentes concernant MIII.

A noter que la Commission d'éthique de la Société de réanimation de langue française (SFL) prône qu'une interrogation permanente d'ordre éthique soit présente dans les équipes, les professionnels

de la santé devant par exemple se poser les questions suivantes : « ... les intérêts vitaux du donneur potentiel ont-ils été pris en compte sans que prévale l'arrière-pensée d'un potentiel prélèvement ? Ce patient a-t-il bien été considéré comme une « fin en soi » et non comme un « moyen » à la phase initiale de sa prise en charge thérapeutique ? Les soins et les actes pratiqués ne le sont-ils pas en vue d'augmenter les opportunités de prélèvement d'organes ? N'y a-t-il pas eu, à un quelconque moment, « manœuvre » d'obstination thérapeutique « stratégique », visant à maximiser les possibilités de don d'organes ?<sup>24</sup> ».

A cet effet, le CEC recommande qu'une personne externe, ne faisant pas partie de l'équipe de transplantation, soit le garant de l'efficacité de la réanimation et du fait que les chances de survie du patient-donneur sont nulles.

A noter enfin que les proches auprès desquels s'effectue le recueil du consentement au don d'organes pourraient également être pris dans un conflit d'intérêts entre ceux du donneur et les leurs (on peut penser à un proche qui déciderait d'accepter un retrait thérapeutique parce qu'il ne peut pas assumer les frais des traitements de son proche ou encore un proche qui recevrait une contribution financière en cas d'acceptation d'un don). A nouveau le droit suisse, les règlements institutionnels et l'organisation du prélèvement d'organes préviennent ce type de conflit d'intérêts, par le principe de gratuité, d'anonymat et de bon fonctionnement du système de santé.

#### **E. *Respect du principe de justice et notion d'équité***

Le principe de justice désigne les règles justes d'attribution des ressources en santé dans une perspective collective alors que l'équité concerne plus le souci de l'individu concret (en rapport aux autres).

Le champ de ce principe recouvre donc plusieurs règles, comme par exemple le refus de la discrimination des patients, le fait de traiter des situations identiques de la même façon, l'idée de poursuivre le plus grand bien pour le plus grand nombre et la règle des chances égales.

Le principe de justice met également en exergue la problématique de l'allocation des ressources médicales, qui ne sont pas indéfiniment extensibles. En effet, l'allocation juste des ressources médicales, n'est pas forcément celle qui est optimale d'un point de vue médical, économique ou « d'utilité sociale ».

Dans le cadre du prélèvement d'organes selon les processus de MI, MII et MIII, le principe de justice impose que l'on se questionne sur les coûts matériels et humains engendrés par ce type de prélèvements et leur mise en œuvre avec succès.

En effet, comme cela a été énoncé dans le présent avis, pour pouvoir être effectués dans les conditions respectant le cadre légal et éthiquement acceptables, ces prélèvements nécessitent notamment la disponibilité d'équipes médicales clairement distinctes, la mobilisation de personnel formé dans ce domaine et des ressources destinées à l'accompagnement des proches. En termes de logistique, des locaux dédiés aux familles pour pouvoir dire au revoir à leur proche devraient être à disposition.

En termes de chiffres, par exemple à Zurich les 6 services de soins intensifs ne pratiquent que le programme MIII. 18 patients sont devenus potentiellement donneurs ces 2 dernières années (données disponibles jusqu'en septembre 2013), les organes ont pu être prélevés chez 4 de ces patients. Les coordinateurs zurichois estiment pouvoir parvenir à 6-8 donneurs par an dans l'avenir.

Au vu de ce qui précède, le CEC est d'avis que l'Institution devrait entreprendre une analyse coût-bénéfice en rapport avec l'implémentation de ces protocoles MI, MII et MIII afin de prendre position sur les ressources qu'elle souhaite y allouer.

## **VI CONCLUSION**

L'analyse en profondeur des différents aspects du don d'organes à cœur arrêté (DCA) par les protocoles Maastricht I, II et III montre une très grande complexité de par le conflit d'intérêt évident entre le patient potentiel donneur, ses proches et le futur receveur. De plus, les soignants doivent être pris en considération dans cette interrogation.

Les recommandations qui suivent sont là pour accompagner ces protocoles et offrir aux membres des équipes soignantes un outil de référence leur permettant de rester conscients des dérives mais également d'une possibilité d'échec du projet lui-même.

## SYNTHESE ET RECOMMANDATIONS DU CONSEIL D'ETHIQUE CLINIQUE

### Synthèse

**La pratique du don à cœur arrêté (DCA) soulève des questions éthiques majeures mettant en jeu le principe de non malfaisance pour le potentiel donneur d'organes et de bienfaisance pour le futur receveur.**

**MI et MII** : il s'agit de patients ayant subi un arrêt cardiaque soit en dehors de l'hôpital (MI) ou aux urgences (MII), n'ayant pas répondu aux mesures de réanimation. Le temps disponible pour agir dans l'intérêt du receveur est court et laisse peu de temps à la réflexion.

**MIII** : suite à une décision de retrait thérapeutique aux soins intensifs, les mesures de réanimation qui, maintenaient le patient jusqu'alors en vie, sont retirées. Un arrêt cardiaque s'en suit. La décision d'arrêt thérapeutique menant au décès se superpose avec la décision de prélèvement d'organes. De plus, le maintien d'une bonne qualité des organes à greffer peut impliquer la pose de mesures invasives alors que son décès n'a pas été prononcé et que l'arrêt cardiaque n'a pas encore eu lieu.

Il ne s'agit ici en aucun cas de remettre en question les procédures mais d'attirer l'attention sur les problèmes qui peuvent découler de leur application. La limite entre les concepts fondamentaux qui se rencontrent est très fine. Ainsi par exemple, entre:

- réanimation d'un patient / mort d'un donneur
- protection des organes / respect du temps d'arrêt cardiaque nécessaire au constat de décès,
- annonce du décès aux familles / discussion concomitante au sujet du prélèvement,
- suspicion de décès imminent / pose d'une circulation extra corporelle avant le décès.

Le respect absolu des intérêts du donneur potentiel, patient pour qui la médecine ne peut plus rien, est fondamental, tout comme le respect absolu des intérêts du receveur pour qui la médecine peut beaucoup.

Au cœur de la mort, de la vie et de la frontière de plus en plus ténue qui les distingue, au-delà du regard scientifique et du respect d'un protocole, il est, pour le personnel médical des urgences, des soins intensifs et des équipes de transplantation ainsi que pour les familles et les patients, des questions éthiques mais également des enjeux culturels, émotionnels et de société qui ne peuvent être ignorés.

Il est indispensable que les acteurs concernés soient conscients des dérives possibles et de les sensibiliser aux gardes fous nécessaires. Ce d'autant qu'une fois le processus engagé, c'est l'action et non la réflexion qui prévaut, comme dans toutes les situations d'urgence. Nos recommandations ont pour objectif que les procédures internes aux HUG soient créées et appliquées dans des conditions éthiquement acceptables.

Reconnaissant l'importance du projet de protocole de prélèvement sur les donneurs à cœur arrêté aux HUG, mais parallèlement les questions éthiques majeures qu'il soulève, le Conseil d'éthique clinique recommande qu'il soit muni des cautions contenues dans le présent avis.

**Recommandations**

Le Conseil d'éthique clinique recommande ce qui suit :

**De façon générale (MI, II et III) :**

Les prescriptions légales et les directives de l'ASSM en la matière ainsi que les règles des protocoles doivent être impérativement respectées.

Il est indispensable qu'une information claire et compréhensible sur le don soit fournie aux proches du patient par des personnes formées à cet effet dans des circonstances (temps et lieu) qui permettent une réflexion de qualité afin de recueillir leur consentement libre et éclairé au don. Un document explicatif écrit devrait être délivré en parallèle.

Le choix fait par le patient ou ses proches doit être respecté, quel qu'il soit.

Il faut tout mettre en œuvre pour que les organes transplantés soient de bonne qualité. Cette qualité est fonction de critères objectifs et du respect scrupuleux des différentes étapes du protocole.

L'accompagnement des proches du donneur doit être pris en charge par une équipe formée à cet effet, dédiée à cette tâche et disponible en tout temps.

Est également de grande importance la ressource d'espaces réservés aux proches afin qu'ils puissent se retrouver et se recueillir au calme, dans une atmosphère réconfortante, puis veiller le corps du défunt qui leur est rendu après le prélèvement.

Afin que chaque membre des équipes médico-soignantes puisse exprimer librement ses émotions, ses difficultés et son ressenti il est indispensable d'organiser un débriefing.

La séparation claire des équipes est un principe cardinal qui doit être respecté. Les équipes qui ont effectué la réanimation du patient doivent être séparées des équipes de transplantation. De même dans la parole, tant que le traitement de soutien n'a pas été interrompu, le patient est un patient. Il devient un donneur une fois le décès constaté.

**Plus spécifiquement pour MI, II :**

Une personne externe, ne faisant pas partie de l'équipe de transplantation, devrait être le garant de l'efficacité de la réanimation et du fait que les chances de survie du patient-donneur sont nulles.

**Plus spécifiquement pour MIII :**

La solution opérationnelle pour les mesures médicales préliminaires effectuées pour MIII devra viser à limiter au plus la souffrance qu'elle peut entraîner pour les proches du patient.

L'équipe en charge du patient doit tout mettre en œuvre pour que la fin de vie du patient se passe selon les règles habituelles des soins palliatifs.

Il est primordial que la pratique des soins intensifs dans les cas de retrait thérapeutiques ne soit en aucune manière affectée par le fait qu'un prélèvement suivra le décès.

**Groupe de travail** (ordre alphabétique)

L. De Chambrier  
 J. Harari  
 A. Langlois  
 K. Marescotti  
 M. Nicolazzi  
 B. Ricou  
 J.-C. Ruckerstuhl

Le 8 janvier 2014



Prof Daniel Lew  
 Président a.i. du Conseil d'éthique clinique

**Références**


---

<sup>1</sup> <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/11/22/press.html?pressID=7902>

<sup>2</sup> Variation in Organ Donation Rates in Switzerland: Prospective Cohort Study of Potential Donors (SwissPOD) : <http://www.swisstransplant.org/l2/don-organe-transplantation-attribution-coordination-liste-attente-statistiques.php>

<sup>3</sup> ASSM 9 août 2011 « il n'existe qu'une seule mort » « Directives sur le diagnostique de la mort dans le contexte de la transplantation d'organes » Commentaire sur les principaux points révisés. [www.samw.ch/fr/Actualites/News.html](http://www.samw.ch/fr/Actualites/News.html)

<sup>4</sup> « Arrêt cardiaque réfractaire et prélèvement d'organes à cœur non battant » B. Riou Congrès national d'anesthésie et de réanimation 2007. *Médecine d'urgence*, p. 579-588. [http://www.sfar.org/acta/dossier/archives/mu07/html/mu07\\_06/urg07\\_06.htm](http://www.sfar.org/acta/dossier/archives/mu07/html/mu07_06/urg07_06.htm)

<sup>5</sup> Avis du Conseil d'éthique clinique HUG 2004 « Donneurs d'organes à coeur non battant » [http://ethique-clinique.hug-ge.ch/\\_library/pdf/don\\_organes\\_a\\_coeur\\_non\\_battant.pdf](http://ethique-clinique.hug-ge.ch/_library/pdf/don_organes_a_coeur_non_battant.pdf)

<sup>6</sup> Réflexions sur le progrès en médecine Par Didier Sicard *Médecine et Hygiène* 7.2004 [www.contrepointphilosophique.ch](http://www.contrepointphilosophique.ch) Rubrique Ethique Octobre 2004

<sup>7</sup> David Rodriguez-Arias; Ivan ortega deballon. Protocols for uncontrolled donation after circulatory death. *The Lancet* april 7 2012 Vol 379 p 1276

<sup>8</sup> Jentina Wind et al. Higher organ donation consent rates by relatives of potential uncontrolled donors versus potential controlled donors after death *Nephrol. Dial. Transplant.* (2012) 27 (11): 4219-4223

<sup>9</sup> S. Ridley\*, S. Bonner, K. Bray, S. Falvey, J. Mackay and al. UK guidance for non-heart-beating donation *British Journal of Anaesthesia* (2005) 95 (5): 592-5



<sup>10</sup> Mark P. Aulisio, PhD; Michael DeVita, MD; Donna Luebke, NP, MSN Taking values seriously: Ethical challenges in organ donation and transplantation for critical care professionals. *Crit Care Med* 2007 Vol. 35, No. 2 (Suppl.)

<sup>11</sup> Robert D. Truog, M.D. Consent for Organ Donation- Balancing Conflicting Ethical Obligations. *N Engl J Med* 2008; 358:1209-1211 March 20, 2008

<sup>12</sup> Groupement de Recherche en Economie Quantitative d'Aix-Marseille - UMR-CNRS 6579  
Ecole des Hautes études en Sciences Sociales Universités d'Aix-Marseille II et III  
Document de Travail n°2009-20  
Cléa SAMBUC L'efficacité du marché des organes : hypothèse théorique ou validité pratique ? Juin 2009

<sup>13</sup> Julian J.Z. Prokopetz, B.A., and Lisa Soleymani Lehmann, M.D., Ph.D. Redefining Physicians' Role in Assisted Dying *The New England Journal of Medicine* July 12, 2012 p 97-99

<sup>14</sup> Message du Conseil fédéral concernant la loi sur la transplantation publié dans la feuille fédérale n° 2 du 15.10.2002 p 139 et suivantes ([www.admin.ch/ch/f/ff/2002/19.pdf](http://www.admin.ch/ch/f/ff/2002/19.pdf))

<sup>15</sup> Ordonnance sur la transplantation d'organes, de tissus et de cellules d'origine humaine (Ordonnance sur la transplantation) du 16 mars 2007 (Etat le 1<sup>er</sup> janvier 2013)

<sup>16</sup> Diagnostic de la mort dans le contexte de la transplantation d'organes, Directives médico-éthiques approuvées par le Sénat de l'ASSM le 24 mai 2011, ch. 3.2

<sup>17</sup> Article 10 LTx mesures médicales préliminaires.

<sup>1</sup> Les mesures médicales qui ont pour but exclusif la conservation des organes, des tissus ou des cellules, ne peuvent être prises, avant le décès du donneur, qu'avec le consentement libre et éclairé de ce dernier.

<sup>2</sup> De telles mesures sont interdites lorsqu'elles :

- a. accélèrent la survenance du décès du patient ;
- b. peuvent faire tomber le donneur dans un état végétatif durable.

<sup>3</sup> En l'absence d'une déclaration de don, de telles mesures peuvent être prises après le décès du patient en attendant que la décision des proches soit connue. Le Conseil fédéral fixe la durée maximale autorisée de telles mesures.

Le Conseil fédéral (article 8 OTx) a décrété que la durée ne devait pas excéder 72 heures après le décès du patient.

<sup>18</sup> <http://www.bag.admin.ch/transplantation/00695/01488/11830/index.html?lang=fr>

Prof. Dr Olivier Guillod et Dre Mélanie Mader Avis de droit : Mesures médicales préliminaires en vue d'un prélèvement d'organes. OFSP 5.7.2010

<sup>19</sup> Art. 11 LTx Indépendance du personnel soignant

1) Le médecin qui constate le décès d'une personne ne peut :

- a) participer ni au prélèvement ni à la transplantation d'organes, de tissus ou de cellules;
- b) recevoir de directives d'un médecin spécialisé qui participe au prélèvement ou à la transplantation.

2) Les médecins qui prélèvent ou transplantent des organes, des tissus ou des cellules, de même que le personnel médical qui participe à de tels actes, ne doivent exercer aucune pression liée à l'urgence ni aucune autre influence sur les personnes qui soignent le patient en fin de vie ou qui constatent son décès. ».

<sup>20</sup> Beauchamp, J. Childress, Principles of biomedical ethics, 1<sup>ère</sup> édition 1981, 5<sup>e</sup> édition, p.63

<sup>21</sup> Louis Puybasset, Enjeux éthiques en réanimation, p. 510-511

<sup>22</sup> Prise en charge des patientes et patients en fin de vie, Directives médico-éthiques approuvées par le Sénat de l'ASSM le 25 novembre 2004, ch. 2

---

<sup>23</sup> Message du Conseil fédéral concernant la loi sur la transplantation publié dans la feuille fédérale n° 2 du 15.10.2002 p. 141([www.admin.ch/ch/f/ff/2002/19.pdf](http://www.admin.ch/ch/f/ff/2002/19.pdf))

<sup>24</sup> Contribution de la commission d'éthique de la Société de réanimation de langue française à un scénario de mise en œuvre des prélèvements d'organes de type Maastricht III en France SR LF et Springer-Verlag France