

Directives d'éthique médicale pour les transplantations d'organes

I. Préambule

1. La transplantation d'organes, de parties d'organes et de tissus d'origine humaine (ci-après les "organes") est devenue une technique couramment appliquée en médecine humaine. Les développements techniques intervenus au cours de ces dernières années sont venus apporter de nouvelles possibilités; simultanément, le manque d'organes à disposition a donné lieu à de nouveaux problèmes. L'Académie Suisse des Sciences Médicales s'est donc vue contrainte de revoir ses directives de 1981.
2. En édictant de nouvelles directives, l'ASSM s'est inspirée des travaux les plus récents sur le sujet, émanant notamment du Conseil de l'Europe et de l'Organisation mondiale de la santé (cf. littérature, paragraphe IV).

II. Directives

A. Prélèvement sur donneur décédé

1. Un prélèvement d'organes peut être effectué sur le corps d'une personne décédée, en état de mort cardiaque ou cérébrale, si toutes les conditions prévues par la législation et la jurisprudence sont remplies et en l'absence d'une opposition formelle de la personne décédée, exprimée de son vivant. Le médecin¹ en charge du donneur potentiel a l'obligation d'informer les personnes les plus proches du donneur sur la possibilité et le mode d'un prélèvement d'organes et il leur en explique le processus. Cette démarche sera effectuée même si la personne décédée a laissé par écrit son consentement au prélèvement d'organes.
2. La constatation du décès doit être effectuée conformément aux recommandations de l'ASSM du 24 février 1995: "Définition et directives relatives à la constatation de la mort en vue de transplantations d'organes" par un ou plusieurs médecins qui ne sont pas en rapport avec les receveurs et ne s'occupent pas de prélèvements d'organes ni de transplantations.

¹ pour simplifier, nous n'emploierons que le masculin pour les deux sexes

3. L'équipe soignante sera impliquée dans les différentes étapes du processus de décision jusqu'au prélèvement d'organes.
4. L'anonymat du receveur vis-à-vis des proches du donneur et du donneur vis-à-vis du receveur et de ses proches sera respecté. Il faut respecter également l'anonymat des deux parties vis-à-vis des tiers.

B. Prélèvements d'organes sur donneurs vivants

1. Un organe peut être prélevé à des fins de transplantation sur un donneur majeur, capable de discernement, si celui-ci y consent librement et pour autant que son état de santé le permette. En règle générale, donneur et receveur sont parents de sang ou intimement liés sur le plan affectif.
2. Le donneur potentiel doit être informé de manière complète sur les modalités, les risques et les conséquences du prélèvement envisagé. Il doit faire part de son consentement par écrit, mais peut cependant le révoquer à tout moment sans en indiquer le motif.
3. Aucun organe ne doit être prélevé sur un mineur ou sur un adulte incapable de discernement aux fins de transplantation. Une exception peut être faite pour les tissus régénérables dont le prélèvement comporte peu de risques, pour autant que celui-ci se limite à une transplantation aux parents de sang les plus proches et serve à prévenir un danger pour la vie ou une atteinte grave à la santé du receveur. Le consentement du mineur capable de mesurer la portée de l'intervention, après avoir été instruit en détail, et le consentement de ses représentants légaux doivent être obtenus séparément, le second par écrit. On respectera l'opposition du donneur potentiel sans que celui-ci soit obligé de fournir des explications quant à son refus.

C. Règles communes

1. Un organe ne doit en aucune circonstance être l'objet d'une transaction commerciale quelconque. En outre, aucun médecin n'est autorisé à participer aux prélèvements ou transplantations d'organes ou à des préparatifs s'il y a des raisons de croire que ces derniers ont fait l'objet de transactions commerciales.

2. Aucune institution ou personne participant à un prélèvement d'organes au sens le plus large ne doit recevoir de rémunération dépassant le montant des frais engagés. Toutefois, les donateurs vivants ont droit à une compensation financière, à charge du receveur, pour ce qui concerne le coût de l'hospitalisation et les soins médicaux ainsi que leur propre perte de salaire. Ils doivent être assurés de manière appropriée pour les atteintes directes à la santé.

D. Attribution des organes

1. Tout patient, dont la maladie peut être guérie ou atténuée au moyen d'une greffe d'organe pour un laps de temps prolongé, a droit à l'attribution d'un organe devenu disponible. Les principes de l'égalité de traitement et de l'équité d'attribution sur la base des critères médicaux doivent être respectés dans toute la Suisse. Lorsqu'un organe à transplanter est facilement transportable (par ex. un rein), il devra être proposé aux organisations européennes d'échanges.
2. Tous les patients qui présentent une indication médicale pour une greffe d'organe doivent être renseignés sur la possibilité d'une transplantation. L'annonce du receveur potentiel à un centre de transplantation, son inscription sur une liste d'attente et l'attribution d'un organe devenu disponible doivent intervenir sur la base de critères médicaux et non d'éléments d'ordre matériel ou social. Le choix entre plusieurs receveurs qui présentent un pronostic médical semblable doit s'effectuer en fonction de leur position sur la liste d'attente.
3. En cas de pénurie d'organes, l'inscription sur la liste d'attente pourra être limitée aux patients résidant en Suisse.

III Commentaires

ad/ I :

La sous-commission de l'ASSM chargée de revoir les directives pour les transplantations d'organes s'est notamment fondée sur les règles formulées par le Conseil de l'Europe dans son rapport MSM 3. 1 - 5, 1987[1], sur celles adoptées par l'Organisation mondiale de la santé lors de son assemblée générale à Helsinki en 1991 (WHA 44.25) et sur le rapport des activités entreprises sous les auspices de l'OMS de 1987 à 1991(cf. littérature, paragraphe IV).

ad/ II A:

La préparation d'un prélèvement d'organe mobilise de nombreuses personnes. Les proches, déjà mis à rude épreuve par les circonstances de la mort, peuvent éprouver le sentiment que le mourant est traité comme un objet, ballotté d'une instance à l'autre. Il est donc recommandé de choisir, dans l'équipe médicale, un interlocuteur unique qui sera à disposition des proches dans les heures qui suivent. Cet interlocuteur expliquera de manière compétente et compréhensible l'enjeu du don d'organes, la nécessité de changements de personnel médical, les motifs d'un déplacement indispensable vers une autre clinique, les éventuels traitements intermédiaires ainsi que l'importance des examens complémentaires effectués dans l'intérêt du receveur.

La plupart des cantons possèdent des bases juridiques concernant le prélèvement d'organes, mais elles sont en partielle contradiction. Sur le plan médico-éthique, l'accord présumé de la personne décédée est suffisant comme condition du prélèvement d'organes.

Tout médecin, qu'il soit généraliste ou spécialiste, devrait tenter d'encourager le don d'organes dans son champ d'activités. Si l'on disposait d'un nombre plus important d'organes destinés aux transplantations, les problèmes éthiques actuels liés à l'attribution d'organes seraient moins aigus.

ad/ II D :

La sélection des receveurs se base sur les critères médicaux élaborés par les sociétés scientifiques concernées (statut immunologique, âge biologique, maladies associées ou secondaires, etc). Les directives du groupe de travail de Swiss Transplant et de sociétés de médecine spécialisée, entre autres, fournissent de plus amples détails à ce sujet.

Dans le cas où le nombre des organes à disposition est insuffisant pour répondre aux besoins des receveurs médicalement aptes, il y a une tendance à choisir d'autres critères de sélection qui ne sont pas toujours objectifs. Ainsi, des critères sociaux, tels que la race, le sexe, l'état civil, la situation économique, la notoriété, la déviance et la défaillance sociales ne constituent pas, à cause de leur subjectivité, une base valable pour l'attribution d'organes. Il n'y a pas lieu de favoriser des receveurs locaux lorsqu'il y a ailleurs un receveur mieux adapté du point de vue des critères médicaux (notamment de la compatibilité immunologique).

Les présentes directives ont été adoptées par le Sénat de l'ASSM le 8 juin 1995 et remplacent celles de 1981.

Prof. B. Courvoisier, Genève, (président de la Commission centrale d'éthique jusqu'au 4.6.1992)

Prof. W.H. Hitzig, Zurich, (président de la Commission centrale d'éthique dès le 5.6.1992).

IV Littérature

1. Conseil de l'Europe: rapport MSM 3, 1 - 5, 1987.
2. OMS, Genève: WHA 44.25, 1991.
3. OMS, Genève: Human organ transplantation, a report on developments under the auspices of WHOP (1987 à 1991), 1991.
- 4) Recueil international de législation sanitaire: 42, 419-445, 1991.
- 5) Simon I., Lau Hansen J. , Fluss S.S., Médecine et Hygiène: 1843, 1706, 1990.
- 6) Guiding principles on human organ transplantation (WHO): Lancet 337, 1420-1471, 1991.
- 7) Who shall be dialysed? (Editorial): Lancet vol. 1 (8379) March 31, 1984.
- 8) Halper T.: The misfortune of others. End stage renal disease in the UK, Cambridge University Press, Cambridge, 1989.
- 9) Nadelson C.C.: Emerging issues in medical ethics. Br J Psychiatry 158, Suppl 10, 9-16, 1991.
- 10) Death from chronic renal failure under age 50, Medical service study group of the RCP.: Br Med J 283, 286, 1981.
- 11) Starzl T.E. et al.: Equitable allocation of extra renal organs with special reference to the liver. Transplant Proc 20, 131-138, 1988.

- 12) Pearlman R.A. et al.: Variability in physicians bioethical decision making. *Ann Int Med* 142, 1442-43, 1982.
- 13) Société Suisse de néphrologie, Commission de transplantation, recommandations éthiques concernant la transplantation rénale en Suisse, *Bulletin des médecins suisses*, 73, 65-66, 1992.

Membres de la sous-commission de l'élaboration de ces directives:

Prof. H.-R. Gujer, Lausanne, Président; PD Dr. A. Bondolfi, Zurich;
Prof. B. Courvoisier, Genève; Dr. M. Decurtins, Zurich;
Dr. Cécile Ernst-Allemann, Zurich; Nicole Fichter, Genève;
Prof. O. Guillod, Neuchâtel; Prof. M.E. Rothlin, Zurich; Dr. H. Walser, Zurich;
Prof. J.-P. Wauters, Lausanne