

Islam et transplantation d'organes

Springer

Paris

Berlin

Heidelberg

New York

Hong Kong

Londres

Milan

Tokyo

Mohammed Salah Ben Ammar

Islam et transplantation d'organes

 Springer

Mohammed Salah Ben Ammar

CHU Mongi Slim
La Marsa
Tunisie

ISBN-13 : 978-2-287-92844-4 Springer Paris Berlin Heidelberg New York

© Springer-Verlag France, Paris, 2009
Imprimé en France

Springer-Verlag France est membre du groupe Springer Science + Business Media

Cet ouvrage est soumis au copyright. Tous droits réservés, notamment la reproduction et la représentation la traduction, la réimpression, l'exposé, la reproduction des illustrations et des tableaux, la transmission par voie d'enregistrement sonore ou visuel, la reproduction par microfilm ou tout autre moyen ainsi que la conservation des banques de données. La loi française sur le copyright du 9 septembre 1965 dans la version en vigueur n'autorise une reproduction intégrale ou partielle que dans certains cas, et en principe moyennant le paiement des droits. Toute représentation, reproduction, contrefaçon ou conservation dans une banque de données par quelque procédé que ce soit est sanctionnée par la loi pénale sur le copyright.

L'utilisation dans cet ouvrage de désignations, dénominations commerciales, marques de fabrique, etc. même sans spécification ne signifie pas que ces termes soient libres de la législation sur les marques de fabrique et la protection des marques et qu'ils puissent être utilisés par chacun.

La maison d'édition décline toute responsabilité quant à l'exactitude des indications de dosage et des modes d'emploi. Dans chaque cas il incombe à l'utilisateur de vérifier les informations données par comparaison à la littérature existante.



Maquette de couverture : Jean-François Montmarché

*« Lis, au nom de ton Seigneur qui a créé, qui a créé l'homme d'une adhérence.
Lis ! Ton Seigneur est le Très Noble, qui a enseigné par la plume.
Il a enseigné à l'homme ce qu'il ne savait pas. » (96:1 à 5)*

à ma mère

*« Sur quoi baser mes jugements?
- Sur le Coran
- Et si le Coran n'a rien spécifié?
- Sur la Sunna
- Et si la Sunna n'a rien spécifié?
- Sur l'Ijmâ
- Et s'ils n'ont rien dit ?
- Sur ta propre raison. »*

Hadith

SOMMAIRE

Préface	IX
Glossaire	XIII
Islam et transplantation d'organes : quels enjeux ?	1
Un Islam, plusieurs courants de pensées ?	15
Notions de droit musulman	27
L'islam et la science : savoir et conscience	41
Nécessités et interdits : <i>dharourate</i> et <i>mahdhourate</i>	49
La mort en Islam : une étape et non une fin	59
La mort encéphalique : du doute à la confiance	71
Le corps humain en Islam : le corps et la personne	77
De la solidarité en Islam : un principe fondateur	83
Le consentement et le don en Islam : droits et devoirs	89
Transplantation d'organes et risques d'atteinte aux droits de l'homme	99
L'exemple de la Tunisie	111
L'approche des familles : écoute, information, dialogue	127
Annexes	135
Annexe 1 : Fatwas et déclarations d'organismes islamiques	137
Annexe 2 : Éléments de législations comparées au Maghreb et recommandations des colloques	149
Annexe 3 : Déclarations internationales	203
Bibliographie	227
Index	241

Préface

C'est un fait que le prélèvement multi-organes (PMO) chez le patient en état de mort cérébrale est beaucoup moins fréquent dans les pays arabo-musulmans qu'en Europe ou aux États-Unis. Le taux de PMO y est inférieur à 1 par million d'habitants alors que ce chiffre est supérieur à 20 dans la plupart des pays occidentaux. C'est aussi un fait qu'un certain nombre de ces pays sont touchés de plein fouet par le commerce des organes, en particulier des reins. Comment expliquer ces différences et ce paradoxe ? Est-ce l'Islam en tant que religion ou est-ce la culture arabe qui en est responsable ? En d'autres termes, est-ce une différence d'origine culturelle ou culturelle ? Dans cet ouvrage courageux, le Pr. Mohammed Salah Ben Ammar n'hésite pas à aborder de front ces questions clés qui hantent les médecins du monde arabe. La réponse à ces interrogations essentielles conditionne l'avenir de la transplantation d'organe dans ces pays, sujet de santé publique s'il en est.

À l'aise aussi bien dans le monde occidental que dans le monde oriental, le Pr. Ben Ammar est particulièrement qualifié pour s'attaquer à cette délicate question, possédant une triple culture médicale, éthique et spirituelle. *Médicale*, car il occupe le poste de chef de service d'anesthésie-réanimation à l'hôpital de la Marsa à Tunis depuis plus de 15 ans. Il est également membre du Centre national tunisien pour la promotion du don d'organe. *Éthique*, car il est aussi le rédacteur d'un ouvrage de référence sur l'éthique médicale publié depuis cette année en langue arabe et membre du Comité national d'éthique médicale tunisien. *Spirituelle* enfin, par ses racines familiales. Son grand-père et son père, diplômés de théologie de l'université Zitouna, créée il y a plus de 1 000 ans, lui ont donné les fondamentaux de la religion musulmane et le goût de son étude approfondie.

L'ouvrage qu'il nous propose ici *Islam et transplantation d'organes* est complet. M.S. Ben Ammar n'élude pas la question de la position de l'Islam vis-à-vis de la greffe d'organes, celle-ci étant souvent évoquée comme cause du refus. Il démontre que l'Islam, en tant que religion, ne s'oppose en rien au don d'organes, bien au contraire. Fort de sa double culture, il insiste sur les mécanismes de prise de décision pour le musulman : primauté du texte sacré bien sûr, mais dans les cas où le Coran n'a rien précisé, valeur extrême du processus de délibération démocratique des membres de la société établissant en une véritable jurisprudence, la voie à suivre. En l'absence de clergé au sens hiérarchique du terme (l'Islam étant tout entier tourné vers d'adoration directe de Dieu), si le

Coran et la jurisprudence n'ont pas statué sur tel ou tel sujet, il reviendra en définitive à la personne elle-même, en exerçant sa *raison*, la responsabilité de trouver la décision juste et bonne à prendre. C'est ainsi que le concept de mort cérébrale a été clairement défini et ne pose plus de problème aujourd'hui pour les musulmans.

L'Islam pose clairement la préservation de la vie humaine comme une valeur supérieure à tous les interdits. L'auteur nous rappelle qu'en Islam, l'intérêt de la collectivité, compris ici comme la mise en œuvre d'une politique de don d'organes, doit toujours primer sur l'intérêt individuel et que la solidarité entre membres d'une même *Umma* est une obligation coranique. La greffe d'organes est d'ailleurs légitimée par toutes les organisations inter-musulmanes. L'adaptation au progrès est une obligation pour le musulman qui ne doit pas laisser sa communauté vivre en marge du progrès.

M.S. Ben Ammar analyse de façon exhaustive la résistance au don d'organes dans le monde arabo-musulman. Concernant les causes non spécifiques à l'Islam, il évoque l'ignorance, l'illettrisme, la pauvreté, ou la faible motivation du corps soignant. Une autre hypothèse qu'il formule est que le rejet de la greffe d'organes pourrait faire suite au rejet du colonialisme qui lui aussi avait pour projet d'apporter « le progrès » au monde arabe. Dans cette hypothèse, c'est le passé colonialiste de l'occident auquel la greffe ferait référence inconsciente qui serait rejeté, plus que la greffe elle-même. Pour ce qui concerne les causes spécifiques, M.S. Ben Ammar cite l'absence de structuration des PMO dans la plupart des pays arabo-musulmans. Il évoque aussi les rites funéraires musulmans qui par la rapidité de la mise en terre exigée, sont difficilement compatibles avec le prélèvement multi-organes. Ceci serait une cause fréquente de refus qui doit trouver pour réponse la mise en place de procédures spécifiques et adaptées au vécu des familles. La croyance de certains qu'il faudrait un corps intérieurement intact pour se préparer au jugement dernier, ou la croyance d'une vie transitoire entre la mort et celui-ci, sont aussi évoquées.

En sus des raisons évoquées par l'auteur, on peut se demander si la faiblesse des moyens alloués au traitement des maladies facilement curables ne met pas le médecin, consciemment ou inconsciemment, en situation de porte-à-faux par rapport à la greffe d'organes dont le coût pourrait lui apparaître comme disproportionné par rapport à celui de traitements plus conventionnels et pourtant encore inaccessibles.

Enfin, dans cet ouvrage, M.S. Ben Ammar a le courage de lever le tabou qui règne sur la vente d'organes en provenance des pays pauvres. Il ne s'agit bien sûr pas là de l'apanage des pays musulmans, la Chine ou l'Inde étant aussi particulièrement touchés. Cette déviance de la médecine et des notions les plus élémentaires de l'éthique médicale est rendue possible par la possibilité légale qui existe dans certains pays de greffer des organes provenant de donneurs non apparentés. Des chiffres précis sont donnés. L'immense majorité des reins greffés à Oman ou en Malaisie proviennent de l'extérieur du pays. En 2006, deux tiers des reins greffés en Arabie Saoudite provenaient de donneurs vivants étrangers non apparentés. La montée spectaculaire de la greffe de rein en Iran ne serait pas non plus étrangère à ces phénomènes, bien que l'État iranien ait mis en place un mécanisme original de rétribution en se constituant comme intermédiaire entre donneur et receveur. Un trafic de reins semble s'être développé en Égypte, un rein y étant négocié pour 10 000 US D. Des sites Internet sont cités. On peut par exemple se

connecter sur <http://www.liver4you.org> et y lire que le ministère de la Santé des Philippines encourage le tourisme médical et se charge de dédommager directement le donneur qui recevra une assurance médicale pour lui et sa famille. M.S. Ben Ammar dénonce les fatwas déclarant qu'il n'y a aucun empêchement à ce que des compensations soient accordées au donneur et dont il estime qu'elles sont une des causes de ce trafic. Il cite aussi la fatwa la plus récente du cheikh Kameleddine Djait qui interdit toute commercialisation des organes, au motif principal qu'en Islam, l'homme n'est que l'utilisateur de son corps qui appartient au Créateur divin et dont il ne peut donc disposer à sa guise.

Au total, ce sont ces incohérences entre l'Islam tel qu'il devrait être et la réalité du don d'organes dans les pays arabo-musulmans que M.S. Ben Ammar dénonce. On ne peut qu'espérer que ce livre, qui appelle à un travail en profondeur des sociétés arabo-musulmanes sur le don d'organes, fasse avancer la réflexion et modifier les comportements tant des médecins que des citoyens des pays d'Orient mais aussi d'Occident.

Louis Puybasset

Glossaire

Abu Cassis : El Zahraoui Abul Kacem, connu en Occident sous le nom d'Abu Cassis 1030-1106. Chirurgien arabe de grande notoriété. Vécut en Andalousie. A inventé plusieurs instruments de chirurgie. Est l'auteur notamment d'un ouvrage intitulé *L'entraînement de la main à la pratique de la chirurgie*.

Allocation : attribution et distribution d'organes, de tissus ou de cellules.

Allogreffe : greffe effectuée entre deux individus de la même espèce mais de formule génétique différente.

Autopsie clinique : prélèvement à finalité scientifique ayant pour but notamment de rechercher les causes médicales de la mort du défunt.

Autopsie médico-légale : ordonnée par le parquet, elle a pour but de déterminer les circonstances de la mort du défunt.

Banque de tissus : unité, service, département d'un établissement public de santé ou organisme assurant la transformation, la conservation, la distribution et la cession de tissus d'origine humaine.

Bienfaisance : traiter les personnes avec bienfaisance, c'est les protéger contre les dommages éventuels, et faire des efforts pour assurer leur bien-être. Deux règles générales ont été formulées en tant qu'expressions complémentaires des actes bienfaisants dans ce sens : (1) ne faites pas de tort ; et (2) maximisez les avantages et minimisez les dommages possibles.

Calame : littéralement plume. Outil dont on se sert pour écrire.

Calife (khalife) : chef de la communauté musulmane après la mort du prophète Mohamed. Considéré par les sunnites en tant que remplaçant du Prophète.

Cellules : cellules individuelles ou groupes de cellules non associés en tissu conjonctif.

Charia : législation de droit musulman.

Cheikh : littéralement vieil homme. Toutefois est utilisé par les lettrés dans le sens de professeur, et de maître es sciences islamiques.

Commerce d'organes : le commerce de transplantation est une politique ou une pratique au cours de laquelle un organe est traité comme une marchandise, notamment en étant acheté ou vendu, ou utilisé en vue d'un gain matériel.

Communication : établir une relation avec quelqu'un.

Compatibilité : degré de concordance ou de compatibilité entre le donneur et le receveur. Cette compatibilité est de deux ordres : la compatibilité du groupe tissulaire (ABO pour le sang et HLA, la plus importante) et la compatibilité morphologique (poids, taille).

Conditionnement (des tissus) : emballage supplémentaire utilisé pour protéger un ou plusieurs conteneurs de tissus pendant le transport.

Consentement éclairé : procédure au cours de laquelle l'information concernant le processus du don est présentée sans que la moindre pression soit exercée sur le donneur ou sur son plus proche parent, qui a la possibilité de poser des questions ; à l'issue de cette procédure, l'accord est consigné par écrit.

Consentement explicite : acte positif fait du vivant de la personne et visant à accepter expressément quelque chose. Le prélèvement n'est autorisé que si le défunt a, de son vivant, fait connaître son consentement au don de ses organes après son décès en s'inscrivant sur un registre national ou une carte de donneur.

Consentement présumé : toute personne est considérée comme un donneur si elle n'a pas formulé expressément le souhait de ne pas l'être.

Coran : Livre saint révélé par Dieu au prophète Mohamed alors qu'il avait 40 ans, par l'entremise de l'ange Gabriel. Cette révélation ne s'est pas faite en une seule fois, mais tout au long des vingt et une années qui ont suivi et fonction des conjonctures soit pour ordonner, interdire, prescrire ou indiquer la juste voie. Le Coran comprend 114 sourates, chacune d'entre elles composées de versets. C'est la première source du droit musulman.

Curatelle renforcée : le curateur gère les ressources du majeur, à charge pour lui de les utiliser pour l'entretien du majeur protégé et de verser l'excédent sur un compte ouvert au nom de la personne protégée. Le curateur rend compte annuellement de sa gestion au juge des tutelles.

Curatelle simple : le majeur a le droit d'effectuer des actes concernant sa personne et ses biens. Les actes les plus importants doivent être approuvés par le curateur (mariage, divorce, et actes portant transmission des droits pouvant avoir pour effet de diminuer la valeur du patrimoine).

Curatelle : mesure qui permet de conserver à la personne sa capacité d'effectuer les actes de la vie courante.

Deuil : douleur, affliction que l'on éprouve à la mort de quelqu'un. Épreuve de la vie rencontrée à différents temps de la vie. Processus psychique naturel après la perte d'un être cher.

Dharourate : pluriel de dharouratoun : état de nécessité.

Don du corps à la science : démarche volontaire faite par le défunt de son vivant. Cela correspond à un legs de son corps à la faculté de médecine. Le corps, une fois transporté vers la faculté de médecine, n'est pas rendu à la famille. Il est tout à fait possible de faire en même temps don de son corps à la science et don d'organes, de tissus ou de cellules à finalité thérapeutique.

Donneurs décédés : les organes sont prélevés sur les donneurs ayant une activité cardiaque en état de mort encéphalique, alors que les tissus le sont sur les donneurs décédés ayant ou non une activité cardiaque. Dans certains pays, le don d'organes de donneurs en arrêt cardiaque est aussi autorisé.

Durée d'ischémie : la durée d'ischémie chaude désigne la période entre l'arrêt circulatoire et le commencement de la conservation réfrigérée. La durée d'ischémie froide désigne la période de conservation réfrigérée.

El ijmaä : accord unanime exprimé par un groupe de savants au sujet d'un point n'ayant pas fait l'objet d'une injonction directe par le Coran ou la Sunna.

El ijthihad : dans le droit islamique, El ijthihad est l'effort de réflexion que l'on fournit pour extraire des règles générales à partir des sources fondamentales de la législation islamique, ou s'il est l'effort déployé en vue d'aboutir à un avis juridique à partir des fondements de la chariä, il correspond, dans le domaine juridique plus particulièrement, à la jurisprudence, c'est-à-dire à l'ensemble des décisions rendues par les juridictions sur une matière pouvant constituer une source de droit qui peut servir de base ou de référence pour le règlement de différends ou de cas d'espèce semblables.

El ijthihad absolu : porte sur toutes les dispositions de la législation islamique. C'est l'effort de réflexion que fournit le juriste pour mettre au point un avis juridique concernant des cas rares, en se fondant sur un indice ou en se rattachant aux sources de la législation islamique.

El ijthihad créatif : déduction d'une nouvelle règle ou d'un nouveau précepte à propos d'une question ancienne ou nouvelle qui n'avait jamais été traitée. Mais ce type d'*ijthihad* porte surtout sur les questions nouvelles.

El ijthihad indépendant : traite au cas par cas, en intervenant à chaque fois pour apporter des réponses urgentes à la société au sujet d'une question donnée. Cet *ijthihad* ne peut faire foi qu'à la condition que la position ou la règle déduite ne soit pas en contradiction avec le texte coranique ou avec la décision unanimement prise (*ijmaä*) par les docteurs de la chariä. En revanche, il n'est pas obligatoire que l'on soit au courant de toutes les réponses légales relatives à cette question.

El ijthihad sélectif : consiste à puiser un avis juridique dans le riche patrimoine disponible en la matière en vue d'émettre une fatwa ou pour que cet avis soit retenu comme étant plus probable que les autres points de vue, à la suite d'une confrontation de ceux-ci et une révision des preuves tirées du texte sacré ou issues de la jurisprudence pour n'en choisir, à la fin, que l'avis le plus solide en termes d'argumentation et le plus probable eu égard aux critères de probabilité. Un avis qui prend en compte les exigences et les besoins de l'époque qui imposent au juriste contemporain de prendre en considération la réalité en veillant dans ses avis concernant les aspects de la vie secondaires et pratiques à faciliter au mieux la vie aux individus.

Événement indésirable : tout incident, événement fâcheux ou non intentionnel, lié à l'obtention, l'analyse, le traitement, le stockage et la distribution d'organes, de tissus et de cellules.

Événement indésirable grave : incident fâcheux, lié à l'obtention, à l'analyse, au traitement, au stockage et à la distribution d'organes, de tissus et de cellules et susceptible d'entraîner la propagation d'une maladie transmissible, la mort d'un patient, ou un état qui met en jeu la vie de celui-ci, de provoquer une invalidité ou une incapacité de travail, de conduire à une hospitalisation ou à un état morbide ou de prolonger ceux-ci.

Fatwa consensuelle : fatwa rendue par un aréopage de jurisconsultes réunis sous l'égide d'organismes inter-musulmans ou autre.

Fatwa : consultation juridique sollicitée auprès de juristes afin de connaître le statut de la religion à l'égard de tel acte ou comportement de la vie courante.

Fikh : droit juridique musulman.

Fkih (fakih) : juriste, ayant des connaissances étendues du droit musulman.

Fonctions des rites funéraires : expression et partage des émotions plus encore par les corps que par les paroles ; mise en scène des fantasmes collectifs en fournissant un exutoire. Préparation de la mort, accompagnement du mourant, moments de la mort et funérailles sont marqués par de nombreux rites de séparation progressive.

Grefte chez l'être humain : implantation dans le corps d'une personne appelée receveur d'un organe ou tissu qui peut être pris sur la même personne (autogrefte) ou sur une autre personne (allogrefte) appelée donneur, ou en remplacement d'un organe ou tissu en insuffisance terminale.

Greffon : organe (rein, cœur, foie...) ou tissu (cornée, moelle osseuse, os spongieux...) prélevé chez un donneur et destiné à la greffe.

Hadith : deuxième source de droit musulman après le Coran. Il s'agit de la narration des faits, gestes, comportements du Prophète face à certains événements. Ce qui constitue la science de la Sunna. Le Hadith sert notamment à expliciter certains versets du Coran.

Hégire : littéralement émigration. En Islam, l'hégire est le point de départ du calendrier musulman. Il correspond à la date de l'émigration du Prophète de La Mecque à Médine. La répression contre les musulmans s'étant accentuée de la part des habitants non musulmans de La Mecque qui étaient plus nombreux à cette époque.

HLA : système HLA (human leukocyte antigen).

Homogrefte : voir allogrefte.

Ibn Sina (980-1037) : plus connu en Occident sous le nom d'Avicenne. D'origine iranienne, fut l'un des savants musulmans les plus réputés. Est l'auteur de plusieurs ouvrages dont les plus importants furent le *Canon de la médecine* et une interprétation d'Aristote.

Ibn Zohr (1073-1162) : connu en Occident sous le nom d'Avenzoar. Médecin musulman d'origine andalouse appartenant à une famille dont plusieurs membres sont médecins. Auteur de nombreux ouvrages de médecine.

Ifta : action de rendre une sentence en réponse à une consultation juridique (fatwa).

Ijmâa : source de droit postprophétique, correspondant à un accord unanime de la communauté. Pour les sunnites l'Ijmâa est la plus forte des preuves légales.

Immunosuppresseurs : traitement qui permet de diminuer l'intensité de la réaction de défense du receveur contre le greffon.

Insuffisance organique ou tissulaire terminale : perte totale et définitive de la fonction d'un organe (rein, cœur, foie, poumon, pancréas...) ou d'un tissu.

Justice : distribution équitable ou encore de qui le mérite. Traiter les gens égaux de manière égale est une autre façon de concevoir le principe de la justice.

Mahdhourates : pluriel de *mahdhouratoun* : interdiction. Est souvent utilisée en droit musulman par rapport à *dharourate*. Ces dernières permettant en certains cas d'outrepasser les premières.

Maslaha : utilité. En droit, sert à désigner une situation d'utilité publique ou privée.

Mohamed (Muhammed) : s'écrit de même Mohamed ou Mahomet. Né à La Mecque (Arabie) 570-632. Prophète et messenger de Dieu. Reçut la révélation divine en 610 d'avoir à propager l'islam.

Mort encéphalique : destruction totale et irréversible du cerveau. Le terme de coma dépassé ne doit plus être utilisé pour désigner cet état.

Mufti : savant et jurisconsulte en droit musulman. Spécialiste en interprétation des textes religieux.

Organe : partie différenciée et vitale du corps humain, formée de différents tissus, qui conserve sa structure, sa vascularisation et sa capacité à remplir des fonctions physiologiques avec un degré d'autonomie important.

Organe vascularisé : toute partie du corps humain composée d'un ensemble structuré de tissus vascularisés qui, s'il est entièrement retiré, ne peut pas être reproduit par le corps.

Prélèvement à finalité scientifique : lorsque l'utilisation de l'élément prélevé a pour finalité de faire progresser les connaissances biomédicales sans que cet élément, qu'il s'agisse de sa totalité, d'une partie, ou d'un dérivé, ne soit utilisé chez l'homme de quelque manière que ce soit.

Prélèvement à finalité thérapeutique : lorsque l'élément prélevé est destiné à être utilisé chez l'homme, par exemple dans le cadre d'une greffe, à l'exclusion de tout autre usage. Lorsque l'utilisation chez l'homme est effectuée dans le cadre d'une recherche clinique prospective et déclarée comme telle dans le cadre de la loi Huriet, le prélèvement est considéré à finalité thérapeutique.

Préservation : utilisation de produits chimiques, de modifications de l'environnement ou d'autres moyens pour prévenir ou retarder la détérioration biologique ou physique des organes, tissus ou cellules.

Raison : instrument qui sert à distinguer le bien du mal. Pour les conservations le critère qui permet de faire cette distinction est une interdiction ou un ordre absolu.

Razi : Médecin musulman célèbre (864-923). Auteur de plusieurs ouvrages de médecine dont une grande partie fut traduite en latin et exploitée.

Réaction indésirable grave : réaction inattendue, notamment maladie transmissible, chez le donneur ou le receveur, liée à l'obtention ou à la transplantation de tissus et de cellules, qui peut être fatale pour le patient, mettre en danger la vie de celui-ci, provoquer une invalidité ou une incapacité de travail, conduire à une hospitalisation ou à un état morbide ou prolonger ceux-ci.

Receveur : personne sur laquelle sont greffés/implantés un organe, des tissus ou des cellules.

Rejet : réaction aiguë ou chronique du système immunitaire du receveur contre l'organe ou le tissu du donneur. Elle a pour but de détruire le greffon considéré comme corps étranger par le système immunitaire du receveur.

Résidus opératoires : tissus, cellules et produits humains recueillis à l'occasion d'une intervention médicale lorsqu'ils sont conservés en vue d'une utilisation ultérieure (anciennement appelé « nuulus »). Source importante de tissus et de cellules, et dans certains cas d'organes (par exemple : cœur « domino » et foie).

Respect : le respect de la personne regroupe au moins deux convictions éthiques : premièrement, les personnes doivent être traitées comme des agents autonomes, deuxièmement, les personnes avec une autonomie diminuée ont droit à une protection. Le principe du respect de la personne se divise en deux exigences morales distinctes : l'exigence de reconnaître l'autonomie et l'exigence de protéger ceux qui ont une autonomie diminuée.

Révolution kaméliste : par référence à Mustapha Kamel (Ataturk) qui en fut l'instigateur et le meneur, en Turquie. Cette révolution consista d'abord à déposer le sultan et à abolir le califat ; puis une fois proclamé président de la République turque, il dota le pays d'une Constitution laïque : ce qui était en soi une véritable révolution.

Rites funéraires : organisation séquentielle, exprimant quelque chose de l'ordre du culturel, du spirituel, de l'histoire originelle mythique ou religieuse du groupe qui s'y adonne.

Sang du cordon : cellules souches hématopoïétiques prélevées dans des vaisseaux de sang du cordon placentaire ou ombilical après clampage du cordon ombilical.

Sélection du donneur : évaluation des informations concernant un donneur potentiel en vue de déterminer si celui-ci répond aux conditions définies dans les modes opératoires normalisés et les normes.

Solidarité : sentiment humanitaire qui pousse à assister autrui.

Stérilisation : procédé physique ou chimique validé pour détruire, inactiver ou réduire les micro-organismes à un niveau de stérilité garanti.

Sunna : faits et gestes du prophète, source de loi car elle désigne sa sagesse et une conduite exemplaire.

Talak el ikrah : divorce de coercition. Le droit musulman donne à l'homme le droit de répudier sa femme, mais il faut que cette décision traduise la volonté réelle de l'époux. Le forcer à le faire constitue un talak el ikrah que l'imam Malek a désavoué.

Tissus : toute partie constituante du corps humain, formée de cellules.

Tourisme de transplantation : le voyage pour transplantation se définit par le déplacement d'organes, de donneurs, de receveurs ou de professionnels de la transplantation au-delà de frontières juridictionnelles, dans un objectif de transplantation. Ce voyage pour transplantation devient du tourisme de transplantation s'il implique du trafic d'organes et/ou du commerce de transplantation, ou si les ressources utilisées pour la transplantation de patients venant de l'extérieur d'un pays (qu'il s'agisse d'organes, de professionnels ou de centres de transplantation) réduisent les capacités de ce pays à répondre aux besoins de transplantation de sa propre population.

Traçabilité : possibilité d'identifier l'organe, le tissu ou la cellule à chaque étape du don, du prélèvement, de la transformation, des tests, du stockage et de la distribution, que celle-ci vise un receveur ou le rebut. Implique la capacité d'identifier le donneur et l'établissement médical qui reçoit l'organe/tissu, et, à l'établissement médical, la capacité d'identifier le receveur. Cette traçabilité doit également s'appliquer à l'ensemble des données pertinentes relatives aux produits et matériels entrant en contact avec ces organes, tissus et cellules.

Trafic : le trafic d'organes consiste à rechercher, transporter, transférer, détenir ou réceptionner des personnes vivantes ou décédées ou leurs organes en faisant usage de

menaces, de violence ou de toute autre forme de coercition et d'abduction, par la fraude ou par tromperie, par abus de pouvoir ou en mettant à profit la vulnérabilité des individus ; c'est aussi le fait de donner ou de recevoir en tant que tierce partie un paiement ou toute autre forme de bénéfice, pour conduire un donneur potentiel à se laisser exploiter par l'ablation de ses organes en vue d'une transplantation.

Traitement : ensemble des opérations réalisées pour la préparation, la manipulation, la préservation et le conditionnement d'organes, de tissus ou de cellules aux fins de leur transplantation.

Traitement aseptique : les tissus, le conteneur et la fermeture sont indemnes de bactéries ou soumis séparément à stérilisation puis réunis.

Transplantation : désigne le processus de restitution d'une fonction en transférant à un receveur des organes, tissus ou cellules équivalents. Peut se faire d'une personne à une autre (transplantation allogénique) ou d'une personne pour elle-même (transplantation autologue).

Tutelle : la personne placée sous tutelle perd la capacité d'effectuer valablement tous les actes de la vie civile, qu'ils concernent sa personne ou son patrimoine.

Umma : (*umma*, communauté ; nation même étymologie qu'umm, mère) désigne la communauté des musulmans au-delà de leur nationalité, de leurs liens sanguins et de la parcellisation des pouvoirs politiques qui les gouvernent. Elle naît avec l'hégire en 622, au moment où les premiers fidèles renoncent à l'organisation clanique qui prévaut jusque-là pour une communauté de foi. La notion d'*umma* ne parvient cependant pas toujours à transcender les clivages dus aux hétérodoxies et aux rivalités ethniques et politiques. La première rupture de l'*umma* date de 910, lorsque le fatimide Oubeid Allah al-Mahdi s'est proclamé calife contre le calife abbasside de Bagdad. Deux logiques de succession s'opposent alors : d'un côté chez les fatimides, le calife doit être un descendant d'Ali et de Fatma (école aristocratique), de l'autre ceux qui veulent un calife descendant du clan quraychite. Cette division recouvre exactement la rupture plus ancienne entre chiïtes et sunnites au moment de désigner le premier calife : d'un côté Ali, gendre du Prophète, et de l'autre Abû Bakr beau-père du Prophète, mais parent assez lointain. Dans cette querelle, les kharijites refusèrent tout caractère dynastique au titre de calife, celui-ci devant être choisi (élu) comme le meilleur parmi les musulmans. Aujourd'hui, le terme d'*umma* est largement repris par des mouvements politico-religieux panislamiques comme les frères musulmans. Depuis le début du xx^e siècle, il a été repris par les différents nationalismes du monde arabe pour désigner la nation, tout en lui ôtant ici son origine religieuse.

Usul el fikh : fondements du droit musulman.

Utilisation allogénique : organes, tissus ou cellules transplantés d'une personne à une autre.

Utilisation autologue : cellules ou tissus prélevés à une personne afin de les lui transplanter par la suite.

Validation : opération consistant à réunir tous les éléments d'information permettant de certifier avec un fort degré de confiance qu'un procédé donné va fournir un produit respectant des spécifications préétablies et les normes de qualité. Un procédé est validé pour évaluer l'efficacité d'un système par rapport à l'utilisation qui en est envisagée.

Zakat : dîme que l'on doit payer sur sa fortune. Soit un impôt. Exigible une fois par an, elle est toutefois conditionnée par un minimum à partir duquel elle est redevable, et son pourcentage varie en fonction de la nature des biens : liquidités, or, argent, bijoux, recettes agricoles, bétail, etc. La loi musulmane précise en détail les modalités à respecter et les bénéficiaires de cette zakat.

Islam et transplantation d'organes : quels enjeux ?

La transplantation d'organes est l'un des miracles de la médecine moderne. Elle est pratiquée à travers le monde dans plus de cent pays en 2007. Indéniablement, il s'agit donc d'une thérapeutique sûre et efficace. Elle est même devenue le traitement de choix qui assure la meilleure qualité de vie à un coût moindre, aux insuffisants rénaux par exemple. En cas de transplantations « vitales », telles que celles du cœur, du foie, des poumons, bien évidemment les bénéfices de la transplantation ne sauraient être évalués, à moins que l'on décide de donner un coût à la vie. Malheureusement et pour longtemps encore, la seule source d'organes restera la solidarité entre humains. En effet, il y a deux possibilités de se procurer les organes, soit chez des donneurs vivants, soit chez des donneurs décédés. L'ensemble du processus est régi par des règles médicales éthiques et légales.

Il est regrettable de constater que quel que soit le type de don, la nature de la greffe, des conflits déclarés ou camouflés existent encore, alors que toutes les énergies devraient s'additionner pour trouver les meilleures solutions éthiques, légales, médicales et offrir aux malades et à leurs proches cette chance unique, et ce dans le respect de toutes les sensibilités on y reviendra plus loin.

D'ores et déjà et sans prendre des risques démesurés, on ne peut que constater que l'activité de greffe d'organes ne s'est pas développée dans les pays musulmans comme elle l'a été ailleurs à travers le monde. Bien sûr, cette affirmation peut surprendre, car les musulmans ne constituent pas une entité unique et homogène. De fait, le monde islamique s'étale sur trois continents. En Afrique, il s'étend du détroit de Gibraltar au nord jusqu'au Nigeria au sud, en passant par le grand Sahara, et va encore vers l'est, sur le même continent, pour englober l'Égypte, le Soudan et la Somalie. En Europe, il s'étend aussi aux Balkans pour inclure la mer Noire, puis va vers l'Asie où il englobe le centre et l'ouest du continent en plus de l'est où il inclut la Mongolie et l'ouest de la Chine. Ensuite, il va vers le sud dans la région des Indes orientales et s'étend jusqu'en Malaisie. Dans le Moyen-Orient, la présence des musulmans est des plus grandes, se concentrant notamment au sud et à l'est de la Méditerranée. Ainsi, le monde islamique occupe le centre du globe, sous forme d'une large ceinture longeant les côtes des plus grands océans et mers du monde. Les musulmans représentent près de 20 % de la population mondiale, soit plus d'un milliard de personnes. Ces pays islamiques sont parmi les pays

les plus pauvres mais aussi les plus riches en ressources naturelles, et où les besoins en matière de soins sont énormes, et en particulier dans le domaine de la greffe. La figure 1 indique le pourcentage de survie des greffons et l'activité annuelle en fonction des régions OMS en 2005 : seule l'Afrique fait moins bien que les pays musulmans. L'Islam serait-il au moins en partie opposé à la transplantation d'organes ? Le don d'organes serait-il contraire aux préceptes de l'islam ? Nous allons tenter d'exposer les problèmes et d'y répondre dans les différents chapitres.

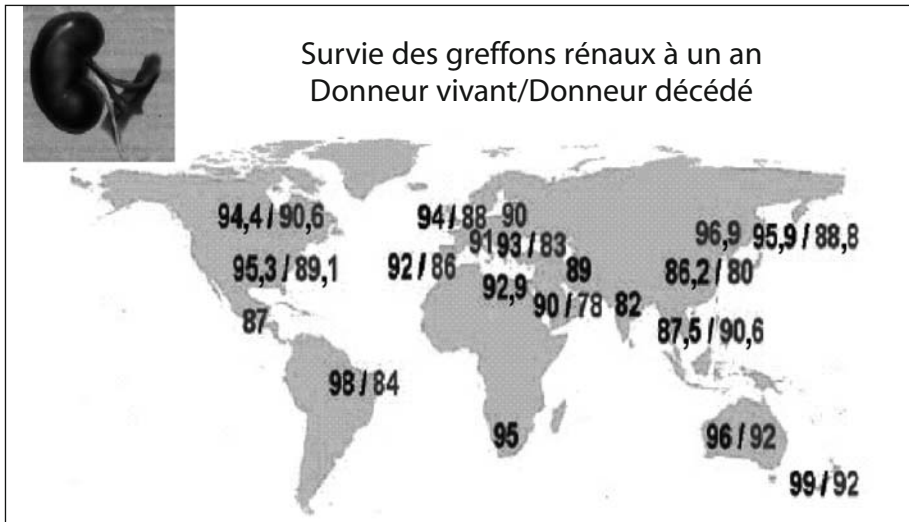


Fig. 1 - Pourcentage de survie des greffons rénaux à un an donneur vivant/donneur décédé. (Global knowledge base on transplantation (GKT): WHO-ONT 2007.)
 EMRO : 6000 - Afro : 330 - Euro : 18 500 Chine : 10 400 - Amériques : 24 100 - Asie du sud : 3300 <http://www.who.int/transplantation/knowledgebase/en/>

L'avis de l'Islam sur cette question est toujours mis en avant, à juste titre, mais existe-t-il un seul avis ?

En matière de santé, l'équité devant l'accès aux soins, et notamment l'accès à la dialyse et à la greffe, ne constitue-t-elle pas un préalable au don d'organes ? On pourrait légitimement se demander s'ils ne sont pas un facteur important à prendre en considération.

Les rumeurs de trafic d'organes et de commercialisation des organes humains sont fréquentes dans nos régions. Ne nuisent-elles pas à la dynamique positive du don ?

Nous développerons tout au long des chapitres un certain nombre d'obstacles que nous considérons comme des freins au progrès de l'activité de greffe. Nous mettrons en exergue à chaque fois la position de la religion musulmane face à ces questions. Mais une idée lancinante revient au détour de chaque phrase, et à chaque développement : est-ce les musulmans ou l'islam qui sont en question ?

Il est incontestable que l'islam a libéré l'homme. Proclamer qu' « Allah est le plus grand », c'est fermer la porte à toute servitude. Il n'y a pas de clergé en Islam, l'homme est seul responsable de ses actes devant Dieu. Pour l'islam, l'homme jouit de la capacité de pouvoir distinguer entre le bien et le mal. Il représente par essence la libération, l'affirmation et l'épanouissement de l'homme. L'islam condamne toutes sortes de divisions ou de stratifications sociales (28:4). Il incite au respect des principes fondamentaux de la bioéthique universellement reconnus (16:90) comme :

- la primauté de la personne humaine;
- le respect de l'être humain dès le commencement de la vie;
- l'inviolabilité, l'intégrité et l'absence de caractère patrimonial du corps humain,
- l'intégrité de l'espèce humaine;
- l'interdiction de toute pratique eugénique tendant à l'organisation de la sélection des personnes.

« Pharaon était hautain sur la terre. Il avait réparti les habitants en sections » (28:4)

« Allah ordonne l'Équité, la Bienfaisance et la Libéralité envers les proches. Il interdit la Turpitude, l'Acte blâmable et l'Insolence. Il vous exhorte, peut-être vous vous amenderez » (16:90)

Dès lors s'agit-il d'un problème de confiance ou d'interprétation de règles religieuses équivoques au premier abord, de croyances culturelles et populaires ou d'un déficit en sensibilisation des sociétés qui restent encore dans l'ignorance de certaines questions de santé?

Il ne faut pas perdre de vue que le développement de la greffe d'organes n'est pas un luxe mais une nécessité; cependant les prélèvements d'organes sur donneurs décédés ou vivants doivent se mettre en place dans le respect des préceptes de la religion musulmane. Au stade actuel de la médecine, c'est le seul moyen de sauver des vies. Quelle réponse donner à des milliers de coreligionnaires qui souffrent d'une insuffisance d'organe terminale ? Comment justifier les milliards de dollars dépensés pour prendre en charge ces malades ? En termes de santé publique selon Schnitzler M. A. *et al.* (« The Life-Years Saved by a Deceased Organ Donor ») en moyenne un donneur d'organes offre 30,8 années distribuées à 2,9 receveurs, et si tous les organes sont distribués c'est 55,8 ans qui seraient distribués à 6 receveurs. Le nombre d'années de vie perdues faute de prélèvement ou d'utilisation des organes est du même ordre que celles perdues par les suicides ou les anomalies congénitales. Les économies réalisées sur 10 ans par un greffé représentent six fois le coût de la dialyse (680 000 euros *versus* 118 000 euros). Pourtant tous les choix sont respectables, et prolonger la vie ne doit pas se faire aux dépens du sens de la vie et de la mort, aux dépens du sacré. Mais est-ce le cas ?

Revenons un instant sur l'efficacité des transplantations comme techniques de soins.

La survie du greffon rénal en cas de donneur décédé est en moyenne de 10,2 ans et en cas de donneur vivant elle est d'environ de 16 ans et demi, et mieux encore en cas de donneur vivant avec une identité immunitaire HLA-identique la survie du greffon atteint en moyenne 39,7 ans (fig. 2). Sans compter que la transplantation représente un

intérêt particulier en termes de santé et d'économie. « La transplantation d'organes est le traitement le plus avantageux de l'insuffisance rénale chronique terminale et le seul traitement existant de la défaillance terminale des organes comme le foie, les poumons et le cœur. La transplantation de tissus tels que la cornée, les tissus cardiovasculaires, les os, les tendons, la peau ; est une méthode thérapeutique bien connue. Bien que tous ces tissus ne sauvent pas obligatoirement des vies, leur transplantation apporte néanmoins un bénéfice thérapeutique considérable à un grand nombre de patients. » (*Guide sur la sécurité et l'assurance de qualité de la transplantation d'organes, de tissus et de cellules. 2007*).

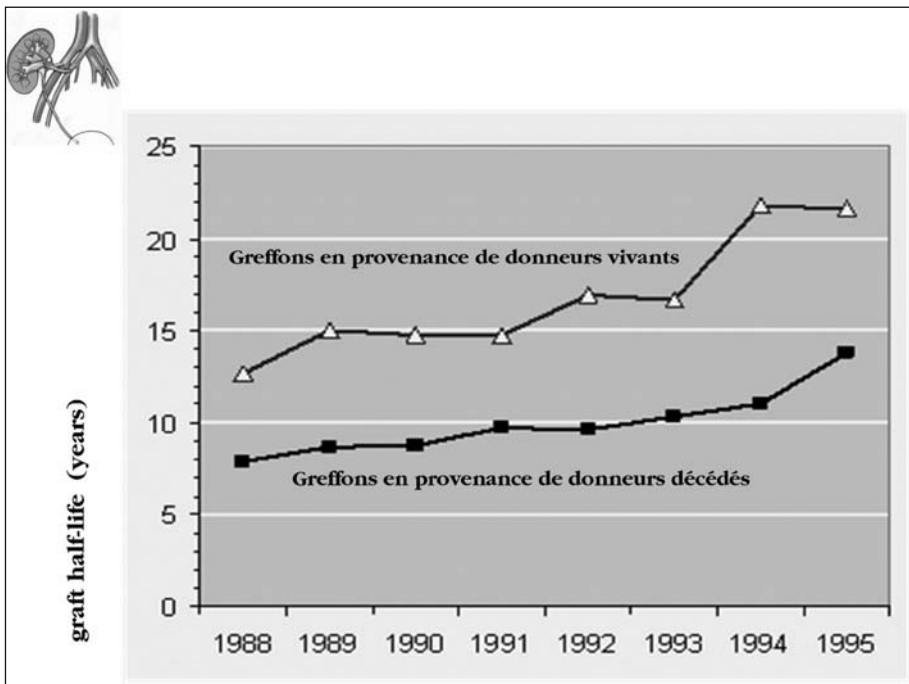


Fig. 2 - Survie comparée du greffon en fonction de la provenance : donneurs vivant versus donneur cadavérique. Hariharan S *et al* : NEJM - JASN 2000.

Toutefois le succès de la greffe est moins important pour le foie, le cœur ou le poumon et le prélèvement d'organes chez des donneurs vivants n'est jamais dénué de risque.

L'islam tout en plaçant l'intérêt communautaire avant celui de l'individu, si nécessaire, pose des conditions strictes. Il ne faut pas déshumaniser, ni entraîner la perte de liberté et de dignité des hommes. L'impératif individuel de justice, doublé de miséricorde et de générosité, s'exprime, au plan collectif, par l'altruisme qui dérive directement du concept de solidarité indispensable à la communauté (umma). Ce principe de solidarité est très fort en Islam, il est la pierre angulaire sur laquelle repose la construction d'un système social juste. Le fondement historique et philosophique de l'islam demeure l'au-

tonomie de la personne humaine (17:13). L'islam est un équilibre subtil entre la liberté individuelle et l'intérêt communautaire.

« *Nous attachons son destin au cou de chaque homme* » (17:13)

« *Si Dieu avait voulu, il aurait fait de nous une communauté unique* » (5:32)

Comment alors expliquer les forts taux de refus du don d'organes dans nos régions ?

Les taux de refus du don varient d'un pays à l'autre et d'une région à l'autre. Prélever des organes n'est pas une simple affaire. Pas moins de seize étapes séparent le moment où le diagnostic de mort encéphalique – nous reviendrons sur cette mort – est évoqué de l'acte de greffer l'organe prélevé. Aucune approximation n'est tolérée tout au long de ces étapes. Pour beaucoup, le faible taux de prélèvement est surtout dû à des failles dans le système mis en place plutôt qu'à des considérations culturelles. Si on souhaite faire d'un donneur potentiel un donneur réel, il faut assurer de façon professionnelle toutes les étapes suivantes :

- recensement du donneur potentiel en état de mort encéphalique ;
- maintien du donneur en réanimation ;
- diagnostic (et confirmation) de la mort du patient ;
- accompagnement et discussion avec les proches : recueil de leur témoignage/permission de prélèvement ;
- analyse et validation des organes prélevables du donneur ;
- contact avec d'autres hôpitaux et identification dans la liste d'attente du ou des receveurs ;
- analyse de compatibilité du receveur ;
- contact avec les receveurs ;
- coordination des équipes de greffe depuis les différents hôpitaux jusqu'au centre dans lequel se trouve le donneur ;
- prélèvement chirurgical des greffons ;
- soins externes et restauration tégumentaire du corps du défunt ;
- conservation des organes prélevés ;
- transport du greffon jusqu'à l'hôpital où se trouve le receveur ;
- installation et anesthésie du receveur ;
- instauration de l'immunosuppression au receveur ;
- substitution chirurgicale de l'organe malade du receveur par l'organe provenant du don.

En annexe, des exemples des décisions, fatwas et textes de lois régissant le don et la greffe dans les pays musulmans démontrent que légiférer est nécessaire mais insuffisant.

Victor Schwach dans *Éthique et transplantation d'organes* (éd. Ellipses p. 139) parle du complexe du vautour, qu'il définit comme :

- une motivation personnelle créant une pression dans le sens du prélèvement ;

- le déni de la pression à prélever ;
- un basculement sémantique de la notion de don vers l'idée de « prendre des organes » ;
- un sentiment de culpabilité ;
- la projection de cette culpabilité sous la forme de crainte de réactions agressives de la part des familles ;
- l'affirmation défensive du respect des familles ;
- l'acceptation de la limite : plutôt perdre un donneur/des organes que de poser la question inconvenante ;
- un malaise personnel ;

À ces éléments de base s'ajoutent occasionnellement d'autres facteurs périphériques comme :

- le glissement vers une décision à endosser par les familles ;
- le doute quant à la réalité de la mort encéphalique.

Il est probable que personne n'échappe complètement et définitivement à cette façon de ressentir face à la question du don, les choix de l'autre et les siens.

Comme nous le verrons au chapitre « Une approche professionnelle des familles », bâtir la confiance c'est en grande partie gérer le « cannibalisme médical ».

Étapes de la mort à l'acte chirurgical

L'augmentation du taux de prélèvement dépend de la professionnalisation de cette activité.

En 2005, en Espagne 16,7 % en moyenne des familles ont refusé de donner leur consentement. Dans les équipes mal organisées, ou insuffisamment formées, ce taux pouvait atteindre 50 %. Le taux d'opposition au don en France est environ de 30 %, alors que des enquêtes d'opinion dans ce pays montrent que 95 % des Français pensent que la greffe d'organes est un progrès médical considérable. R. Matesanz (Organisation nationale de transplantation (Espagne)) pense que « le consentement familial dépend bien plus de l'interviewer que de l'interviewé. Responsabiliser la population en général sur le fait qu'il n'y a pas suffisamment de dons, ni non plus d'activité en ce domaine est à la fois injuste et peu pratique pour trouver une solution au problème ». Voilà des questions qui apparemment n'ont aucune relation avec la religion.

En Islam, l'homme est supérieur à toutes les autres créatures (17:70). Il est respectable et digne parce qu'il est responsable devant Dieu et devant les hommes.

« Nous avons ennobli les fils d'Adam... Nous leur avons donné la préférence sur beaucoup de ceux que nous avons créés » (17:70)

Partant de là, nous tenterons d'expliquer la vision de l'islam sur la signification du don d'organes, la mort encéphalique, le consentement, la restauration du corps, l'autopsie et le type de prélèvements effectués.

Actuellement, plus de 150 000 personnes sont en attente de greffes dans le monde arabo-musulman, or le taux de greffons potentiellement prélevables à partir de cadavres

est en moyenne inférieur à un par million ; ce chiffre est à comparer à 35 par million dans certains pays (fig. 3). Partant du fait que de 1,2 % à 4,3 % du total des décès hospitaliers et 15 % des décès en réanimation ont lieu par suite d'une mort encéphalique, on peut estimer que 50 donneurs potentiels sont réellement prélevables par million d'habitants.

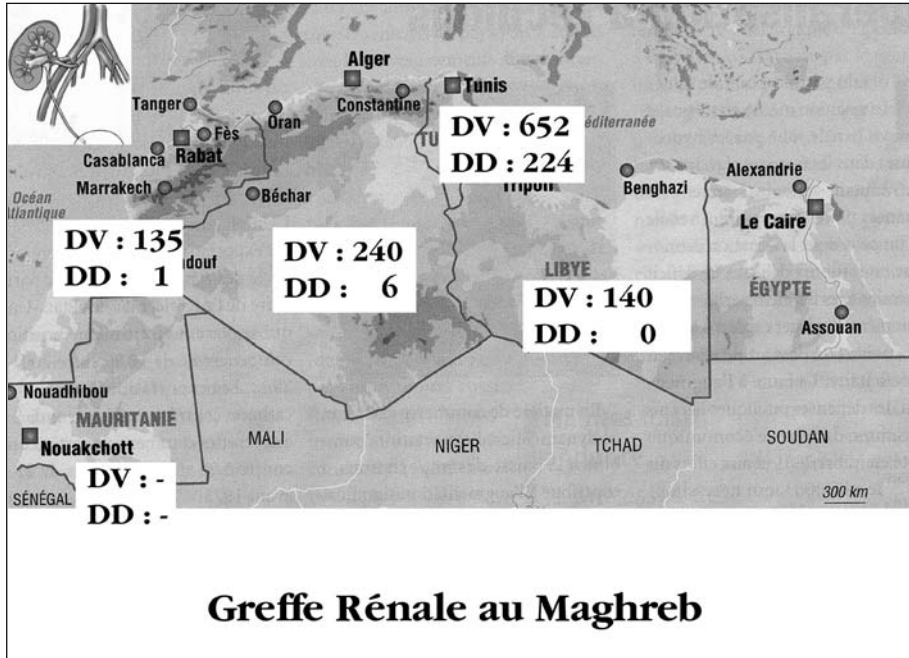


Fig. 3 - Total en valeur absolue de l'activité de greffe rénale au Maghreb (conférence Jamil Hchicha en 2007). DD : Donneur décédé ; DV : Donneur vivant.

La mort encéphalique, qui est l'arrêt brutal, définitif et irréversible du cerveau qui n'est plus irrigué, est incomprise ou remise en cause parfois par des individus isolés ou des groupes. Pourtant, plus aucun médecin à travers le monde ne conteste scientifiquement le fait : le cerveau peut être définitivement détruit dans certaines circonstances précises quelques temps avant l'arrêt du cœur qui de toute façon et quel que soient les moyens mis en œuvre surviendra dans les minutes ou les heures qui suivent. Aujourd'hui, le diagnostic de mort encéphalique repose sur l'examen clinique qui constate l'absence de conscience, de réflexe et de respiration spontanée, et la confirmation de cet état se fait soit par l'électroencéphalogramme ou par une artériographie cérébrale (tableau I, p. 74). Le constat de mort encéphalique doit être établi par des médecins qui n'interviennent pas dans l'activité de greffe. Il n'y a donc aucune confusion possible, la mort encéphalique n'est pas une invention de la science, mais une découverte rendue possible grâce aux progrès de la réanimation.

Pendant des siècles, le passage de la vie à la mort a été synonyme d'arrêt cardiaque. Faire admettre la mort alors que le cœur bat et que les organes sont encore vivants n'est pas aisément acceptable. Pour beaucoup, la redéfinition de la mort, les nouvelles définitions légales et scientifiques ne servent qu'à légitimer le prélèvement d'organes. Ces doutes sont respectables et compréhensibles, s'ils sont accompagnés d'un réel souci de recherche de la vérité scientifique et religieuse. En quoi le concept de mort encéphalique serait-il contradictoire avec la philosophie de l'islam ? C'est une lourde responsabilité et la préservation de la vie est un devoir en Islam. Il faut distinguer la mort du coma ! Lors du coma, le cerveau continue à fonctionner imparfaitement, mais il n'est pas totalement détruit. En cas de mort encéphalique, il n'y a plus de chance de survie, c'est une étape avant l'arrêt du cœur. À nouveau le cerveau des personnes atteintes de mort encéphalique est irrémédiablement détruit, bien que le corps laisse encore apparaître certaines apparences de vie (respiration, chaleur et couleur), aucune chance de survie n'est possible dans ce cas.

Face à une mort, le devoir des équipes soignantes lorsque la mort encéphalique est diagnostiquée est de soutenir la famille, de la rassurer et de répondre à ses questions. On ne doit jamais oublier que la demande pour le don d'organes est accessoire par rapport à la douleur de la perte d'un proche. L'islam nous apprend que l'homme en sa qualité de vicaire de Dieu, a pour mission d'établir la justice et de favoriser le bien-être humain, de faire le bien et d'éviter le mal. L'homme doit accomplir sa mission dans le cadre de référence des enseignements divins. Nous avons, en outre, été avertis que le processus de vie ne s'arrêtait pas avec notre fin physique dans le monde, mais se poursuit. Aussi doit-on garder présent à l'esprit qu'on aura à rendre compte de nos actes à notre Créateur le jour du Jugement et qu'on sera, en conséquence, soit récompensé, soit puni (33:72).

*« Nous avions proposé le dépôt de la foi aux cieux, à la terre et aux montagnes.
Ceux-ci ont refusé de s'en charger, ils en ont été effrayés.
Seul l'homme s'en est chargé mais il est injuste et ignorant » (33:72)*

Le fait de faire accepter un acte de prélèvement d'organes sur un corps renvoie le corps médical à un certain nombre de devoirs. Faire en sorte que les organes soient distribués équitablement et gratuitement n'exempte pas d'un ensemble de responsabilités. Le respect de l'intégrité physique de la personne humaine décédée est un devoir. Un être humain mort n'est pas simplement un cadavre ou un ensemble d'organes appelés à se décomposer. C'est un être cher, un frère, un ami, un parent. Dans toutes les cultures, l'enveloppe corporelle du mort est respectée. L'oublier est une faute grave, oublier même d'en parler est une erreur. En Islam le respect dû au cadavre est absolu et équivalent à celui dû au corps vivant. Le prélèvement d'organes sur un cadavre respecte rigoureusement les règles d'une intervention chirurgicale. En matière de prélèvement, une fois le(s) prélèvement(s) d'organe(s) réalisé(s), les téguments sont fermés anatomiquement et chirurgicalement puis recouverts d'un pansement. La restitution tégumentaire doit respecter l'aspect extérieur du corps après l'opération. Le défunt est rendu à sa famille dans un état de propreté parfait.

« Donner sans raison, donner ce rien qu'on est, qu'on a. Par là, supprimer les adhérences de la propriété ou du gain, s'ouvrir à l'éclatement, à l'illumination d'un cosmos où rien ne se déroulerait comme dans l'univers clos de l'espace euclidien. » (J. Duvignaud). Le don est un affranchissement des rôles sociaux. Certaines choses sont inestimables, ce sont celles auxquelles les hommes accordent le plus d'importance. Don, anonymat et gratuité sont souvent confondus, pourtant l'autorisation de prélèvement n'est pas synonyme du don. Le don n'est jamais gratuit et encore moins anonyme dans notre culture. La règle de l'anonymat serait-elle contradictoire avec le don ?

La gratuité est associée à tort au don, donner suppose l'établissement d'une relation qui crée une obligation mutuelle, or donner dans un système de redistribution bureaucratique efface toute relation interpersonnelle. Ce n'est donc pas un don, mais un abandon de droit que nous demandons aux familles. Le musulman a une relation directe avec Dieu (voir chapitre « Le consentement et le don en Islam : droits et devoirs », p. 91). L'Islam encourage cette notion de don anonyme à la communauté des croyants, on devrait donc être plus enclins à donner ? Mais le musulman a le droit de s'opposer au prélèvement d'un organe sans avoir à justifier son choix. La règle d'autonomie est essentielle. C'est une affaire entre lui et son Créateur. Il existe deux types de dons : soit à partir d'un vivant, soit à partir d'un cadavre. Seuls certains dons sont possibles entre vivants pour les greffes de rein, de foie, de moelle osseuse dans le cas de maladie du sang, et de poumon. Le prélèvement est une intervention chirurgicale, elle comporte toujours un risque pour le donneur vivant. Le donneur doit être informé du risque mais l'espérance de vie des donneurs est excellente dans toutes les séries (fig. 4). La loi limite le don au cercle familial proche (parents, frères, sœurs, enfants, conjoints). Cet aspect de la question sera examiné plus loin, à la lumière de la religion musulmane.

« Dis ! O Fils d'Adam ! Mon Seigneur a ordonné l'équité » (7:29)

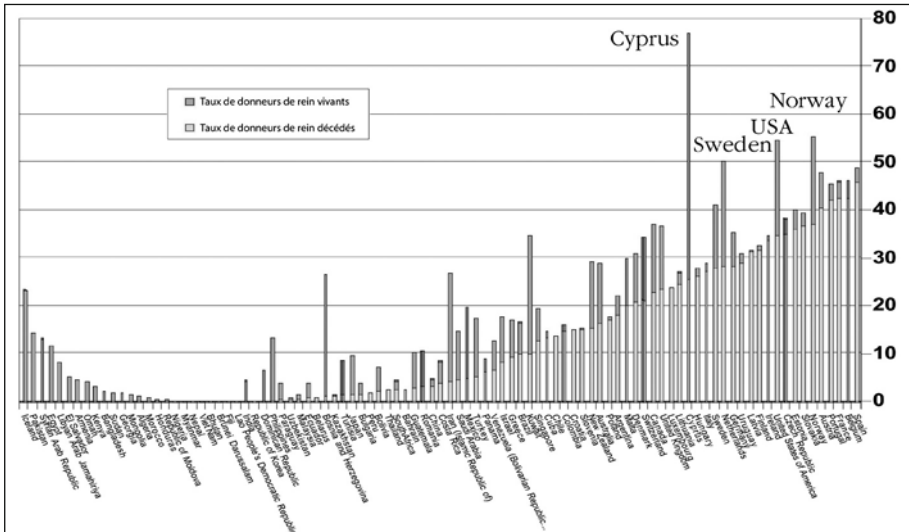


Fig. 4 - Transplantation rénale (pmp). Donneurs décédés (clair) et donneurs vivants (foncé) par pays.

Lorsque les organes sont prélevés, ils sont attribués à un patient selon des critères principalement médicaux (7:29). En Tunisie, c'est le Centre national pour la promotion de la transplantation d'organe (CNPTO) qui gère les listes d'attente et d'attribution des greffons. Au-delà des problèmes de compatibilité tissulaire, les priorités sont définies selon des critères stricts arrêtés à l'avance.

Ces règles de répartition ont été élaborées par des commissions nationales spécialisées. Les listes de priorités sont fixées et connues à l'avance. C'est la règle de transparence, règle essentielle à respecter en matière de répartition des organes.

L'anonymat, autre pilier du don, suppose que l'attribution du don soit faite de façon anonyme, ni le receveur ni sa famille ne doivent connaître l'origine de l'organe en cas de donneur décédé.

La gratuité est aussi un principe sacré dans le don d'organes. Le non-respect de la gratuité du don est une grave entorse à toute cette dynamique. Malheureusement dans certaines régions du monde, très pauvres, un commerce des organes s'est développé. Autant de questions qui seront traitées plus loin.

Informé de tous les aspects de la question, le musulman est obligé d'adopter une position strictement individuelle. Le choix de donner devient une décision personnelle guidée par le choix d'une société. En Islam, l'individu est en effet le seul responsable de ses choix devant Dieu ; bien sûr les ulémas éclairent et interprètent les textes. Mais aucun organisme, quelle que soit son autorité ou sa renommée (y compris ceux dans lesquels sont représentés tous les États musulmans tels que la conférence des États islamiques), n'est habilité à déterminer une attitude ou à prononcer une fatwa imposable à tous les musulmans de la planète. Il n'y a pas d'autorité religieuse suprême, ni de clergé habilité à imposer une interprétation des préceptes de l'islam à laquelle seraient tenus tous les musulmans, à l'instar du Vatican pour les catholiques. Toutefois, tous les avis et toutes les fatwas émis seront examinés dans le développement de l'argumentaire.

Pour mémoire, rappelons les trois niveaux de responsabilité en Islam.

- *individuelle* (17:15) : ce verset souligne la responsabilité de l'individu. Mais un acte ne sera jugé que sur sa finalité ;
- *collective* (9:71) : cette responsabilité collective est au cœur de la solidarité. On peut estimer que les fatwas sont une illustration de la notion de la responsabilité collective. Mais toute fatwa n'engage que son auteur, ce n'est pas une vérité. C'est juste une réponse ponctuelle sensée qui éclaire chaque individu pour qu'il fasse des choix éclairés ;
- *étatique* : la citoyenneté en islam n'est ni le droit du sol ni le droit du sang, mais l'appartenance à l'islam. Cette vision de la citoyenneté s'oppose à la vision moderne. La religion devient un concept politique. À travers ce prisme, la religion devient un concept politique : c'est le lieu qui unit les hommes. Toute la difficulté actuelle de l'Islam est de séparer ces concepts.

« Nul homme ne portera le fardeau d'un autre » (17:15)

« Les croyants sont en rapports mutuels de protection : ils commandent le convenable et proscrivent le mauvais » (9:71)

En ce qui concerne les pays laïcs dans lesquels les musulmans sont minoritaires (ce qui est le cas par exemple de la France ou de l'Allemagne qui comptent chacune aujourd'hui plusieurs millions de musulmans), le citoyen musulman est appelé à faire face à des questions pour lesquelles il aura à décider seul en tant qu'individu. C'est pourquoi le rôle des docteurs en science des sources religieuses et des institutions musulmanes sera de puiser dans les textes pour essayer de fournir à chacun des éléments de réponse objective, mais personnelle face aux évolutions majeures de la société.

À l'échelle des États, à chaque époque, le monde musulman s'est trouvé ainsi confronté à des problèmes tant sociaux qu'économiques ou scientifiques qui ne s'étaient pas posés auparavant et qui de fait réclament des solutions pratiques et réalistes adaptées à l'évolution du monde moderne. Il est donc nécessaire pour chaque État arabo-musulman de définir le statut juridique des changements tout en restant fidèle à la foi et aux textes.

Mais pour les États musulmans, il est essentiel de trouver la voie légitime en matière de don d'organes, car ces États sont dotés dans leur majorité de Constitutions écrites ou orales qui font de l'islam une religion d'État. Ils ne peuvent donc légiférer qu'en harmonie avec les prescriptions des lois charaïques (à l'exception de la Turquie qui s'est dotée d'une Constitution laïque depuis la révolution kémaliste). Les lois et textes de réglementation de cette activité obéissent à un cadre légal, très strict. Les règles de consentement et de pratique de cette activité dans les pays musulmans obéissent à des normes internationales rigoureuses qui seront développées et comparées plus loin.

C'est là où réside précisément la motivation idéologique qui sous-tend l'éducation et le développement des ressources humaines en Islam (3:110).

« Vous êtes la meilleure communauté qu'on ait fait surgir pour les Hommes : vous ordonnez le Convenable, interdisez le Blâmable et croyez en Allah » (3:110)

Ainsi, le développement de la greffe est nécessaire dans les pays arabo-musulmans et le prélèvement sur donneur décédé doit se mettre en place ; car, comme partout, les fratries diminuent dans ces pays et le pourcentage de donneurs vivants est limité par les oppositions et le risque de dérive mercantile.

La justice du principe de transplantation des organes

Nous traiterons tout au long de cet ouvrage essentiellement l'aspect religieux du refus du don d'organes, mais la religion est loin d'être le seul argument avancé du refus. Parmi les formes de refus, certains de ceux-ci sont verbalisés et s'accompagnent d'un ou de plusieurs griefs cachés contre le système de santé. Il est fondamental d'en tenir compte dans notre discours.

Ainsi on peut entendre que :

– l'attribution des organes prélevés n'est pas faite de façon juste

Cette affirmation traduit une méfiance du public à l'égard du système de santé en général. Dans ce cas particulier, elle est liée au niveau général de confiance dans l'organisation du prélèvement et de la greffe. Elle naît d'un doute sur la qualité des soins antérieurs à la mort pour aboutir à mettre en doute le degré de transparence des règles d'attribution. C'est dire que l'écriture et la diffusion la plus large de ces règles sont impératives. Par définition, il est impossible d'être à la fois équitable, efficace et solidaire. Comment l'être alors, quand on est face à des caractéristiques démographiques, sociales et médicales tellement différentes, comme c'est le cas dans nos pays ?

Méfiance aussi envers le corps médical : en cas d'expression d'un accord préalable de don d'organes, les médecins vont-ils tout mettre en œuvre pour sauver le donneur potentiel ? Cet argument est très souvent utilisé pour refuser de prendre une carte de donneur dans certains pays ou pour refuser l'inscription de la mention donneur sur la carte d'identité nationale, comme c'est le cas en Tunisie ;

– *le prélèvement est une mutilation de mon corps*

Cette inquiétude revient régulièrement dans le discours. Il est à ce propos frappant de voir le taux de refus de don des cornées lors d'un prélèvement multi-organes accepté. Cette inquiétude traduit un défaut d'information flagrant. La crainte de l'instrumentalisation des organes par la médecine est légitime, mais injustifiée. La représentation sociale du corps médical et de ses pratiques dans l'imaginaire populaire est un sujet qui mériterait une analyse approfondie, ce que d'aucuns ont appelé le cannibalisme institutionnel est une image bien ancrée dans les esprits. Il faut commencer par défaire ce qui a été fait en termes d'images du chirurgien transplantateur ;

– *le refus camouflé derrière la famille*

Par exemple, les familles sont obligées de payer les frais de prélèvement. Si on donne son accord écrit, les familles ne seront pas consultées. La place importante de la famille n'a certainement pas été évaluée à sa propre valeur dans notre approche de la question du don ;

– *le refus médicalisé*

Globalement, les contre-indications médicales au don ne concernaient que 18 % à 24 % des donneurs potentiels. Mais on entend souvent que l'âge est un facteur limitant pour les prélèvements, les organes à partir d'un certain âge ne servent plus à rien. En cas d'antécédents médicaux, on ne peut pas effectuer des prélèvements. Seulement le cœur, le foie et les reins peuvent être prélevés et greffés, les yeux ne peuvent pas l'être, ainsi de suite pour enfin exprimer un refus clair. Il s'agit d'une fuite en avant, d'un refus camouflé, car les contre-indications au prélèvement sont bien claires aujourd'hui et personne ne souhaite prélever et greffer des organes malades ;

– *des rumeurs de vol et de trafic d'organes sont colportées*

Les histoires de kidnapping d'enfants et de vol d'organes renforcent une certaine image négative de la greffe. Il est intéressant de relever que le trafic d'organes est mis dans le même cadre que le vol. Il s'agit pourtant dans la quasi-totalité de commercialisations certes illégales d'organes humains, mais pas de vol (voir en annexe la décalcation d'Istanbul).

Le vrai problème est dû aux possibilités offertes par les lois de certains pays de prendre des reins chez des donneurs vivants non apparentés. Le don à partir de vivant non apparenté dans le secteur privé est la porte ouverte à tous les abus.

Cette question est au cœur des préoccupations de tous les responsables, car les frontières n'existent plus réellement de nos jours, en tout cas pour le tourisme de transplantation.

Nous pensons enfin que la promotion du don d'organes passe par cinq axes de travail :

- l'éducation à tous les aspects de la question. C'est le principal objectif de cet ouvrage ;
- la communication : information et sensibilisation du grand public ;
- la médecine : chaque étape est importante, de la déclaration de la mort encéphalique à la prise en charge en réanimation ou encore l'acte chirurgical ;
- la loi : quel que soit le type de consentement ou de loi adoptés, il faut en permanence l'adapter à l'évolution des normes et aux mentalités ;
- l'économie : la prise de conscience de l'importance du fardeau de la dialyse est une puissante motivation.

Notre réflexion cherche aussi simplement à pousser chacun à se déterminer pour ou contre le don d'organes. L'instauration d'un climat de confiance totale entre les équipes médicales et les citoyens bâti sur l'équité, l'anonymat, la transparence est impérative, pour :

- faire de cette activité dans nos structures de soins une priorité et non pas un choix personnel pour les équipes ;
- diffuser à grande échelle et rappeler constamment les règles éthiques en matière de don et de greffe ;
- imposer une rigueur absolue des règles de sécurité sanitaire.

« La transplantation, même lorsque l'enjeu n'est pas vital, apporte au receveur une amélioration considérable de sa qualité de vie. Il est prouvé qu'il est préférable de vivre avec un rein greffé que sous dialyse. La vue retrouvée grâce à une greffe de cornée, la mobilité retrouvée grâce à une allogreffe de la hanche, ou le remplacement de valves cardiaques, qui supprime la nécessité de traitement anticoagulant de longue durée, sont autant d'exemples des améliorations considérables qu'apporte une greffe à la vie du receveur. » (*Guide sur la sécurité et l'assurance de qualité de la transplantation d'organes, de tissus et de cellules*, 2007) (fig. 5).

Car l'islam prône une morale de solidarité où la survie de l'individu est tributaire du bien-être du groupe et où les principes de justice sociale et de bienfaisance vont de pair avec ceux d'autonomie et de non-malfaisance. Cet islam-là est le meilleur rempart contre tout abus, c'est ce que nous tenterons de prouver tout au long de cet ouvrage.

Partant de là, nous essaierons d'expliquer la vision de l'islam sur la signification du don d'organes, la mort encéphalique, le consentement, la restauration du corps, l'autopsie et le type de prélèvements effectués.

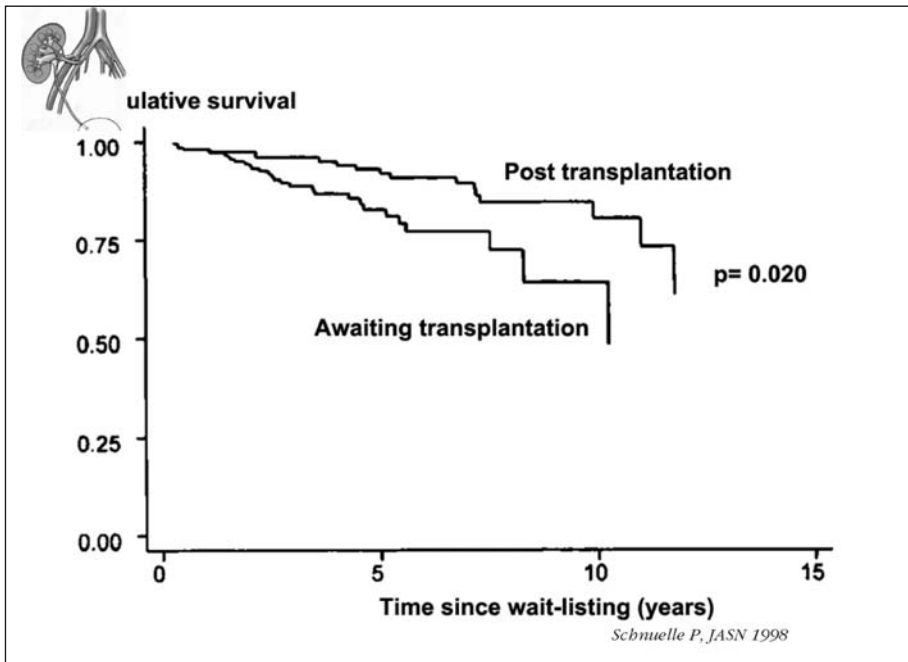


Fig. 5 - Survie à 10 ans après transplantation comparée à la survie en dialyse.

Un Islam, plusieurs courants de pensée ?

Le cas égyptien est exemplaire. Il démontre de façon caricaturale la situation du monde musulman. Les conflits d'intérêt, la manipulation de questions sensibles sous couvert de religion, pour s'opposer à l'autorité légale, tout y est. *In fine*, l'Égypte est aujourd'hui l'un des pays où le commerce des organes et le tourisme de transplantation est le plus développé dans le monde, mais examinons ce cas.

La fatwa émise en 1988, par le cheikh Chaāraoui, (homme de religion égyptien, très écouté au Moyen-Orient, qui a fait sensation avec des fatwas sur le statut de la femme, ou la Vierge Marie) déclarait interdite toute forme de transplantation d'organes, et toute atteinte à l'intégrité d'un corps humain quelle qu'en soit la cause. Cette prise de position souleva un grand remous tant dans la société égyptienne en général que dans les milieux médicaux du monde arabo-musulman. Cet avis est partagé en Égypte par tout un collège de conservateurs. Le cheikh El Hasni, autre orthodoxe conservateur fit paraître un opuscule où il argumentait pour confirmer l'interdiction religieuse de la transplantation, en la comparant au tatouage que le Prophète avait formellement interdit. À ce jour l'Égypte qui est l'un des phares intellectuels et culturels du monde reste l'un des rares pays à ne pas disposer de loi sur le donneur cadavérique. En réponse à cette fatwa rigoriste, le cheikh Tantawi (voir annexes), mufti de la république d'Égypte, seul habilité es qualités en ce pays, en tant que titulaire de la charge officielle de l'ifta, formula une fatwa contraire. Le don et la transplantation d'organes sont pour lui parfaitement licites, sous certaines conditions évidemment. Cet avis fut de même confirmé par le recteur de l'université d'El Azhar (université égyptienne de sciences islamiques de grande notoriété et l'une des plus anciennes du monde arabo-musulman). Cette polémique a donné lieu à des articles de presse et à de vifs débats. L'argument principal des orthodoxes est qu'en plus du respect du corps humain, il est interdit à l'homme de changer ce que Dieu a créé. L'école des modérés réplique que la transplantation d'un organe chez un malade qui en a besoin pour continuer à vivre ou pour retrouver l'usage d'une fonction motrice ne peut être assimilée à une coquetterie, telle qu'une greffe ou une opération à but esthétique.

Par ailleurs, ces types de débats sont exploités de façon perverse, pour donner une image caricaturale de la religion musulmane à propos de plusieurs questions de société. Certains parlent même d'islamophobie. Le développement d'un trafic d'organes en est

l'une des conséquences (voir chapitre « Transplantation d'organes et risques d'atteintes aux droits de l'homme »).

L'islam est certainement un argument de refus camouflé du progrès pour certains musulmans, mais cela n'exclut pas pour autant que de légitimes questions d'éthique peuvent être posées au nom de l'islam.

Peut-être qu'une lecture fondamentaliste du Coran remet en cause certains principes admis par tous ? Certainement. Il est prescrit par exemple, aux musulmans de diffuser la parole de Dieu. Faut-il pour autant l'assimiler automatiquement au djihad et à la guerre sainte ? Il est clairement dit dans le Coran (2:190).

*« Combattez dans le chemin de Dieu, ceux qui vous combattent et n'agressez point »
(2:190)*

On pourrait de la même façon aborder la question du statut de la femme ou de la polygamie. En réalité, la multiplicité des moments et des lieux où se jouent les choses pour les musulmans ne permet pas de parler d'un islam. La tolérance et l'intolérance des hommes au nom de cette religion ont souvent été conditionnées par des facteurs économiques ou politiques conjoncturels.

Revenons à notre sujet. Est-il légitime au XXI^e siècle de voir les musulmans examiner, au nom de l'islam, les tenants et les aboutissants du don d'organes ? Oui, c'est même un devoir. Définitivement l'islam s'adapte depuis plus de quatorze siècles aux changements et aux progrès technologiques. Il l'a fait avec plus ou moins de célérité en fonction d'autres facteurs conjoncturels mais l'islam ne peut servir d'alibi au refus du progrès (voir chapitre « L'islam et la science »). Il est aussi légitime de prendre son temps pour s'interroger devant chaque approche qui risque de bouleverser l'équilibre de la société. La question du don d'organes est posée depuis plus d'un siècle, elle aurait dû être résolue définitivement (tableau I). Les étapes clés en ont fait une thérapeutique sûre et reconnue par l'immense majorité des sociétés et des cultures. Même les juifs orthodoxes et certains shintoïstes (Japon) qui étaient les premiers à s'opposer aux prélèvements d'organes essaient de s'adapter aux besoins de santé de leurs concitoyens.

Est-ce l'islam qui pose problème ou est-ce les musulmans eux-mêmes qui se sentent incapables d'affronter les défis ? La question est complexe et n'est pas uniquement un problème de méthodologie, elle reviendra de façon lancinante dans tous les chapitres.

Plus de 90 % des musulmans à travers le monde ne comprennent pas l'arabe.

De nombreux musulmans souffrent encore malheureusement de l'ignorance, de l'illettrisme et de la pauvreté et sont privés de moyens de communication. Le quart des musulmans éduqués ont des visions différentes du progrès. Certains sont prisonniers du passé et ne peuvent pas appréhender les réalités modernes.

Pourtant l'islam en tant que religion a offert aux musulmans les moyens de s'adapter à l'évolution (voir chapitre « L'islam et la science » p. 41). La vision du monde pour un musulman ne doit pas être statique. L'approfondissement des connaissances est une obligation en Islam, pour que l'homme en déduise que l'existence n'est pas le fruit du hasard mais la volonté de Dieu. La réflexion et la rectification de vues est un mode de vie.

L'islam prône le pragmatisme. C'est une religion aisée, dans sa conception et sa pratique (58:11).

Tableau I – Dates clés de la transplantation d'organes. HLA : human leucocyte anti.

Dates	Étapes	Organes	Équipes
1902		Rein	M. Jaboulay
1936	Première sur cadavre	Rein	Vornoy
1942	Mécanismes du rejet		Medawar
1945	Rein artificiel		
1952	Groupes HLA		
1954	Rein	Iso-rein	J.E. Murray
1955	Rein	Allo-rein	Merril ; Murray ; Hamburger
1959	Mort encéphalique		Mollaret - Goulon
1960	Mercaptopurine		
1965	Azathioprine		
1966		Pancréas – rein	R. Lillehei
1967		Foie	Th. Starzl
1967		Cœur	Ch. Barnard
1970		Poumon	Derom
1975	Ciclosporine		J. Borel
1980		Pancréas	Dubernard
1981		Bloc cœur - Poumon	B. Reitz
1982	Xénogrefe	Cœur	Bailey
1984		Foie réduit	H.D. Bismuth
1984		Cœur – foie	Th. Starzl
1986	Première en Tunisie	Rein	H. Ben Ayed ; S. Zmerli
1987		Foie partagé	H.D. Bismuth - Pichlmayr
1987		Cœur en domino	M. Yacoub
1988	Tacrolimus-Mycophenolate		
1988		Cœur- foie - poumon	
1989		Poumon partagé	V.A. Starnes
1990		Poumon vivant	V.A. Starnes
1993	Première en Tunisie	Coeur	M. Fourati
1997		Foie Domino	Furtado

« Dieu élèvera ceux parmi vous qui croient et ceux à qui a été donné d'atteindre des degrés de savoir » (58:11)

« Dieu veut alléger vos obligations, car l'homme a été créé faible » (4:28)

L'avortement, par exemple, est dans l'absolu interdit en Islam mais il devient licite dès lors qu'il s'agit de sauver la mère ou si l'enfant à naître risque d'avoir des malformations majeures. Il faut employer tous les moyens pour éviter de faire souffrir l'homme. La greffe d'organes pourrait s'inscrire dans cette lecture programmatique qui a tant donné à l'humanité.

Une confrontation des savoirs

« À cet égard, les grands débats historiques qui ont porté sur l'utilité de la Raison dans l'établissement des lois canoniques ont donné lieu à deux thèses principales : la première privilégie le Coran et la Sunna au détriment de la Raison ; la seconde, à l'inverse, exalte la raison, faisant fi par là même du Coran et de la Sunna. Celle qui se suffit du Coran et de la Sunna oublie que ces deux sources insistent sur le rôle de la raison ; et celle qui ne considère que la raison oublie le Créateur de celle-ci. L'approche la plus logique donc, c'est celle qui concilie la raison et la loi canonique en vertu du principe : « Ce que la loi religieuse ordonne, la raison l'ordonne » (Mohammad Ali Amir-Moezzi, *Dictionnaire du Coran*, Robert Laffont, 2007).

En réalité, la raison et les lois divines ne sont pas antinomiques, même si elles sont de nature différente. Le Coran et la Sunna tracent les grandes lignes de la loi et traitent même parfois de certains détails. La raison permet ensuite de déterminer chaque fois l'attitude des textes sacrés à l'égard d'un fait lié à un temps et à un espace donnés. Ainsi, l'on peut dire que la raison fait sans cesse des recoupements entre les données dégagées à partir du Coran et de la Sunna, et les expériences antérieures ou les données d'actualité pour aboutir en fin de compte à une position harmonieuse.

Par ailleurs, la raison doit rester très vigilante à l'égard de toute situation qui mettrait en cause la dignité de l'homme ou qui ferait entorse à un principe de la loi canonique. La question de l'esclavage est un des sujets les plus délicats à cet égard. Depuis longtemps, les ulémas ont essayé par divers moyens de nuancer la position de l'islam concernant ce problème. Certains d'entre eux ont ainsi argué du fait que l'esclavage n'est que le résultat d'une conjoncture historique ; d'autres soutiennent que son abolition immédiate était impossible. L'essentiel est que toutes ces argumentations abondent dans le même sens, à savoir que l'esclavage va à l'encontre de la dignité de l'homme. À cet égard, il convient de rappeler que le Coran, en parlant des prisonniers de guerre, n'a pas préconisé l'esclavage mais plutôt la libération. Le Prophète, à son tour – conformément aux prescriptions divines – n'a fait prisonnières certaines personnes que pour les dissuader de combattre pour la mauvaise cause. Le Coran dit expressément à propos des prisonniers de guerre : (47:3). Cela explique que ceux qui étaient esclaves à l'époque païenne se sont empressés d'embrasser la religion islamique qui leur a apporté les lumières de la liberté et de la foi en un Dieu qui oriente ceux qui l'adorent sur la bonne voie.

« Vous choisirez entre leur libération et leur rançon afin que cesse la guerre » (47:3)

« Ainsi, la raison et la foi ne s'excluent pas mutuellement ; et cette dernière ne saurait entraver l'application des préceptes de l'islam dans le monde moderne, pas plus qu'elle ne s'oppose à une vision de la religion qui épouse le rythme de vie contemporaine et qui s'oriente vers l'avenir. La foi ne peut également que favoriser toute démarche intellectuelle en vue d'interpréter les données religieuses et de dégager les prescriptions canoniques, tant qu'elles restent attachées au Coran et à la Sunna. On en conclut que, pour s'occuper de l'homme, les gouvernements religieux n'ont nullement besoin de se défaire de leur caractère religieux ni de faillir à leur devoir d'obéissance envers Dieu. Bien au contraire, il leur faut garder les motivations religieuses, car il y va de leur légitimité et de leur raison d'être. Ils doivent également ne pas perdre de vue la dimension humaine de la religion pour préserver la bonté dont Dieu les a doués, et rester éminemment indulgents en vertu de ce verset coranique (3:159), ou encore (7:199) et (17:70) (p. 8) ». (Mohammad Ali Amir-Moezzi, *Dictionnaire du Coran*, op.cit.).

« Si tu avais été rude et dur de cœur, ils se seraient séparés de toi »(3:159)

« Pratique le pardon, ordonne le bien ; écarte-toi des ignorants » (7:199)

L'effort de réflexion des musulmans pour émettre des avis à partir des sources fondamentales de la législation islamique (Coran, Sunna...), dans tous les domaines de la vie moderne est *el ijthihad*. Pour A. O. Altwajiri, « El ijthihad est la voie royale à emprunter pour passer d'une phase à une autre meilleure, où l'homme voit ses aspirations se concrétiser et accède à une existence plus digne où règnent paix, sécurité, justice et égalité et où est respectée la dignité de l'être humain dont Dieu a gratifié l'homme » et Altwajiri ajoute : « Étant donné l'aspect universel, exhaustif, profond et large des dispositions de la législation islamique en ce sens qu'elles touchent les différents aspects de la vie humaine, la jurisprudence islamique, dans son essence et selon la conception islamique de l'homme, de la vie et de l'univers, (El Ijthihad) est une activité liée à la vie de l'homme dans son acception la plus large.»

Même si l'effort de réflexion et d'interprétation vise à déduire des règles légales à partir des sources de la chariâ ou à les appliquer, la méthode suivie peut varier en fonction des limites que l'on s'est fixées. *El ijthihad* est un facteur de renouvellement et de redressement de nos sociétés qui facilite la vie des individus et veille à préserver leurs intérêts dans un monde en pleine mutation. Comment a-t-on pu accepter que cette porte vers la modernité soit fermée ?

L'analyse des périodes sombres de l'histoire du monde musulman pourrait aider à comprendre ses peurs irrationnelles. Le colonialisme « porteur de progrès » avait pour devise de « moderniser le monde islamique ». C'est peut-être la domination intellectuelle, culturelle, éducative, scientifique, médiatique et économique de l'Occident qui suscite encore le rejet du progrès au nom de ce même islam ?

Le corps social dans les sociétés musulmanes s'est senti attaqué, il se défend comme à son habitude depuis le Moyen Âge, il invoque l'islam : patrie de référence identitaire (selon Benjamin Stora). Les musulmans sont convaincus de la portée universelle du droit coranique, adaptable à toutes les conjonctures et à toutes les époques. Ainsi dans les pays

où l'islam est religion d'État « le juriste musulman n'a pas du juridique une vision détachée du religieux. Le droit est religion appliquée, la religion est règle de droit ». On pourrait penser qu'il suffit au citoyen musulman que le politique se réclame de l'islam pour lever les réserves. Ce n'est pas le cas, au contraire, il est convaincu que ce n'est que pour des raisons de nécessité, en l'occurrence la transplantation d'organes, que le politique s'est appuyé sur la religion. Dans les faits, l'islam par son intemporalité, son conservatisme a été considéré comme un instrument de droit pour préserver l'homme et la société ! C'est plus qu'une religion, c'est un moyen de résistance sociale!

Pour revenir à l'interprétation des textes, on pourrait simplement et à juste titre se demander s'il s'agit d'un *ijtihad* qui s'accommode à son époque, ou de celui qui assimile l'esprit de l'époque et tient parfaitement compte de ses exigences?

Ou d'un *ijtihad* qui se plie aux exigences de l'époque, en vient à reconsidérer le Texte immuable pour l'appliquer coûte que coûte à la réalité variable pour la bonne et simple raison que celle-ci est variable ?

Ou encore d'une entreprise qui consiste à appliquer les dispositions du Texte à la réalité, à la lumière des préceptes de la chariâ islamique ?

Appliquer, se plier ou s'accommoder, la différence entre les trois approches de l'*ijtihad* est réelle et profonde. À propos de la greffe d'organes, chacune des trois pourrait déboucher sur un résultat différent de celui obtenu par les deux autres approches.

En réalité le monde islamique d'aujourd'hui est confronté à plusieurs courants de pensée. Les rigoristes interprètent de façon plus ou moins rigide les textes. Cette école oppose par principe à tout fait nouveau une attitude négative. Son avis sur la question de la transplantation d'organes ne diffère pas de ses autres avis sur d'autres questions. Il fut un temps où le port même de lunettes de vue a été contesté. Ce courant suscite en Occident des interrogations sur la position de l'islam à l'égard du progrès d'une façon générale. Aujourd'hui encore, les femmes n'ont pas le droit de conduire une voiture. Mais une telle prise de position est-elle encore du domaine religieux ? Ne relève-t-elle pas plutôt de la politique ? De la culture ? La lecture des textes que les orthodoxes veulent interpréter *stricto sensu* sans tenir compte ni des conjonctures ni de l'évolution du savoir et des techniques dans le domaine de la santé est à l'origine du malentendu.

L'interprétation de la doctrine a été depuis longtemps le monopole des hommes de religion autorisés : les ulémas. Or, avec la démocratisation de l'éducation, le pouvoir des ulémas a été largement contesté. Ce pouvoir est d'ailleurs remis en cause par les deux extrêmes de la société musulmane, les modérés et les orthodoxes. « La contradiction principale de ces clercs officiels concerne leur relation au pouvoir politique. En effet, leur proximité par rapport à ce pouvoir leur permet de s'affirmer comme corps capable de faire prévaloir ses intérêts spécifiques et d'exercer l'autorité qu'ils revendiquent sur l'administration de la norme religieuse. La contrepartie en est leur instrumentalisation par le pouvoir politique auquel ils fournissent caution et légitimité, de façon d'autant plus cruciale pour ce dernier qu'il peut être confronté à une opposition politique formulée en termes religieux. Cette proximité et cette instrumentalisation les exposent, en retour, au risque d'être accusés de complicité avec le pouvoir en place, faisant le lit d'une contestation articulée en termes religieux. » (*La Pensée islamique contemporaine*, Alain Roussillon, Cérés Éditions, 2007). Quand on examine les pratiques dans le monde

musulman et le nombre de fatwas émises par les organismes, on peut comprendre que le débat autour de la transplantation d'organes n'en est que l'illustration.

L'islam est-il valable en tous temps et en tous lieux ?

La décontextualisation et la recontextualisation de la révélation sont l'objet de controverses depuis des siècles.

Pour Y. Qaradawi, el ijthihad est une obligation qui s'impose à tous les musulmans. Ainsi, quand une personne se charge d'entreprendre l'effort de réflexion pour combler les lacunes, elle en épargne l'ensemble de l'*umma*. En revanche, si elle n'assume pas cette responsabilité avec application et rigueur, c'est toute la communauté musulmane qui est dans le tort. Cette école moderne est majoritaire dans le monde musulman. Elle tient un raisonnement logique, mais ses adeptes font rarement la une des journaux. La règle générale en Islam est que Dieu ordonne à chaque être humain de prendre soin de lui-même, dans la mesure où cela ne porte pas préjudice à son prochain. Les commandements conseillent par essence de ne pas laisser vivre notre communauté en marge du progrès, d'autant que le monde musulman s'est intéressé très tôt à la médecine. Les musulmans ont acquis leurs connaissances en ce domaine des Hindous et des Perses notamment : « Le vaste mouvement de recherches, d'études et de traductions qui prit naissance en Perse (école de Jundishapour), qui fut transféré à Bagdad dès le début du IX^e siècle chrétien et qui se propagea un siècle plus tard à travers le monde arabo-islamique jusqu'à Cordoue, a abouti à l'émergence de plusieurs ouvrages dits de compilation, de traduction, de synthèse et surtout de mise en ordre des manuscrits grecs. À partir de cette étape on vit très vite apparaître, dans les pôles du monde arabo-islamique (Boukhara, Bagdad, Alep, Damas, Le Caire, Kairouan, Cordoue), toute une série d'œuvres de très haut niveau, écrites en arabe, dans les domaines de la médecine, des sciences exactes et naturelles et de la philosophie. » (S. Mestiri, *Abulcassis*, Arcs Éditions. p. 61, 1997.) (L'étude de la médecine fut même considérée comme acte de foi. Ibn Rochd (Averroès) déclarait « L'étude de l'anatomie renforce la foi. » S. Amar, *Histoire de la médecine arabe*, STD, 1965.

« Il n'y a aucune difficulté sérieuse ou insurmontable dans l'Islam en tant que (Din), religion, ou que mode de vie du point de vue du monde moderne dans lequel nous vivons. Si l'on considère les idéologies ou la morale politique modernes, on constate que de nombreux concepts coraniques, comme ceux de raison, justice, sagesse, bienfaisance s'y rencontrent aussi bien. » (Soroush Abdolkarim, *Reason freedom and Democracy in Islam : Essential Writings of Abdolkarim Soroush*, textes édités par Mahmoud Sadri, Ahmad Sadri, Oxford, Oxford University Press, 2000.)

Pour les problèmes touchant au domaine des découvertes scientifiques, qu'il s'agisse de découvertes médicales ou biologiques ou de problèmes d'éthique ou autres, les organismes d'*ifta* (*ref*) agissent soit de leurs propres initiatives, soit à la demande de pays, d'institutions ou même de tiers, pour faire une lecture plus libérale et plus ouverte des textes.

Les versets du Coran, « Les chemins du salut », désignent les chemins de la connaissance propres à préserver l'Homme. Le terme « sortir des ténèbres vers la lumière » veut dire faire quitter le monde de l'obscurantisme pour le mener vers celui de la lumière,

c'est-à-dire celui de la connaissance, que l'homme ne pourra atteindre que grâce à l'effort, signifiant par là que la connaissance n'avait pas de limites.

Le patrimoine scientifique du monde musulman est vaste, il a donné naissance à d'illustres médecins et chercheurs musulmans en de multiples disciplines de la médecine et de la biologie, et dont l'histoire a retenu les noms comme Averroès, Avicenne et bien d'autres. Partant de là, quelle lecture faire des textes sacrés en matière de don et de transplantation d'organes ?

Le statut de la transplantation en droit musulman

À l'initiative de certains pays et plus particulièrement de ceux du Golfe, des organismes interislamiques d'ifta (pluriel de fatwa) ont vu le jour. Les travaux de ces organismes sont sanctionnés par la publication de décisions qui constituent en fait des « fatwas consensuelles » (tableau II).

Tableau II - Principales fatwas depuis 1952.

Année	Source	Fatwa
1952	Cheikh Makhloof Hassanine (Grand Multi Egypte)	Cornée
1959	Cheikh Maamo H. (Grand Multi Egypte)	Cornée
1966	Hureidi H. (Grand Multi Egypte)	Organes
1969	Conférence islamique internationale (Malaisie)	Organes
1972	Conférence islamique supérieur (Algérie)	Organes
1973	Cheikh Khater (Grand Multi Egypte)	Peau
1977	Cour suprême jordanienne	Organes
1978	Grand Uléma Saoudien	Cornée
1979	Cheikh Gad al-Haq	Organes et cadavres
1980	Koweit	Organes
1982	Grand Uléma Saoudien	Organes
1986	3 ^e conférence des juristes musulmans	Mort encéphalique
1988	4 ^e conférence des juristes musulmans	Trafic d'organes
1988	Cheikh Tantawi (Grand Multi Egypte)	Commerce d'organes
1990	5 ^e conférence des juristes musulmans	Embryons ; cellules nerveuses
1994	Oman	Donneurs vivants et cadavres
1994	Al Azhar	Cadavre ; donneurs vivants
1995	Conseil islamique britannique	Donneurs vivants et cadavres
1995	Dr Al Qaradawi Y.	Cadavre ; xénogreffe

À nouveau interviendra la déviation, et ces organismes obéiront souvent au pouvoir politique, comme on le verra pour la question de la gratuité, néanmoins leurs travaux sont en général d'une grande rigueur.

La première conférence internationale de médecine islamique s'est tenue au Koweït en 1981.

Tout en reconnaissant le principe de la nécessité et du besoin sur lequel nous revenons (p. 49), ainsi que la règle qui permet d'outrepasser les interdits exposés plus haut,

les orthodoxes refusent d'admettre la licéité de la transplantation et du prélèvement dans tous les cas de figure. Le cheikh Hasni, par exemple, admet parfaitement l'application de la règle de la nécessité et du besoin pour tous les cas hormis ceux de la transplantation. Il s'agit plus d'une attitude partisane dogmatique que d'une réflexion argumentée. Ces mêmes courants se sont opposés historiquement à toutes les innovations.

Du reste, la licence de prélèvement et de greffe d'organes fait pratiquement l'unanimité du monde musulman, et a été adoptée et légitimée lors de toutes les réunions d'organismes inter-musulmans qui déclarent clairement s'être prononcés après analyse et confrontation des deux thèses (voir texte des ifta). Il n'en demeure pas moins que la position de la religion à l'égard de cette question est toujours d'actualité dans les sociétés musulmanes (tableau III) (6:119).

« Dieu vous a indiqué ce qui vous était interdit, à moins que vous ne soyez contraints d'y recourir par nécessité. Ton Dieu connaît mieux que personne les transgresseurs »
(6:119)

Tableau III - 10 164 transplantations rénales (TR) dans les pays arabo-musulmans jusqu'en 1999.

Pays	Date de la réglementation Organismes coordiateurs	Début de la greffe	Total FR
Koweit	Oui/Oui	1979	1046
Owan	Oui/Non	1988	505
Jordanie	-	1972	1020
Arabie Saoudite	Oui/Oui	1979	2812
Bahreïn	Oui/Non	1995	46
Qatar	Oui/Non	1986	275
Liban	Oui/Oui	1973	320
U.E.A.	Oui/Non	1985	124
Tunisie	Oui/Oui	1986	876
Égypte	Oui/Oui	1976	3100
Syrie	-	1978	370
Algérie	Oui/Non	1986	290
Maroc	Oui/Non	1986	40
Irak	Non	1973	
Soudan	-	1974	45
Lybia	-	1989	64
Yémen	-	1998	4

La république islamique d'Iran ne s'est pas embarrassée de ce type de questions. L'Iran a résorbé ses listes d'attente en matière de greffe et connu l'une des progressions les plus rapides en la matière. Bien sûr, cela s'est fait aux dépens de beaucoup de sacrifices. Le modèle iranien est critiquable pour plusieurs raisons. L'Iran transgresse les règles de l'islam quand il accepte de faire des organes humains une marchandise.

Toutefois, des constantes existent dans la conduite d'un musulman. Les références éthiques sont claires. Ainsi il ne devrait prendre position, concernant un problème précis, en l'absence de textes clairs, qu'en s'appuyant sur sa propre réflexion. Il n'y a pas de clergé en Islam ! L'homme est seul responsable de ses choix devant Dieu (2:48).

*« Redoutez le jour : où nul ne sera récompensé par autrui, où nulle intercession ne sera acceptée, où nulle compensation ne sera admise, où personne ne sera secouru »
(2:48)*

Éviter les complications, être accommodant, rechercher l'apaisement des cœurs, agir avec pondération et mesure et être stoïque devant l'adversité sont des vertus en Islam (2:177).

*« Ceux qui remplissent leurs engagements ; ceux qui sont patients dans l'adversité, le malheur et au moment du danger : voilà ceux qui sont justes !
Voilà ceux qui craignent Dieu ! » (2:177)*

En Islam, l'intérêt de la collectivité prime toujours sur l'intérêt de l'individu, mais l'homme reste la mesure de toute chose. Une théorie d'école par exemple qui illustre l'importance qu'accorde l'islam à la préservation de la vie : si par hasard trois hommes risquent de mourir de soif dans un désert faute d'eau et que la quantité d'eau disponible ne peut en sauver qu'un seul, elle reviendra de droit et en totalité à celui qui a le plus de chance de survivre. Le respect de la vie, l'inviolabilité, l'intégrité du corps humain et l'interdiction de toute pratique eugénique sont rappelés à plusieurs reprises dans le Coran. La mort n'est pas une fin, mais une transition vers une vie plus heureuse pour les justes. Il n'en demeure pas moins que la préservation de la vie est un devoir sacré.

Riche de ces connaissances sur l'islam, on est en droit de s'interroger sur le fossé qui existe entre les vraies valeurs de l'islam et le refus du don d'organes très souvent exprimé au nom de ce même islam dans nos pays. La précarité des citoyens, associée à une certaine corruption des mœurs et à l'amateurisme du corps soignant face aux interrogations légitimes posées par la greffe pourraient à eux seuls justifier la réponse. Les références de la culture médicale, ici plus qu'ailleurs, sont très éloignées du mode de vie qui imprègne nos sociétés arabo-musulmanes (fig. 1). La possibilité de greffer à partir de donneurs vivants non apparentés entre des personnes de nationalités différentes est la source d'une grande confusion.

Le commerce des organes dans certaines régions a miné définitivement les esprits à l'égard du don (fig. 2).

Pour les musulmans vivants dans des pays laïcs, où des lois ne concordent pas avec le Coran, ils auront à décider en tant qu'individus, car il n'y a pas de clergé en Islam. À chacun de fournir à partir de sa propre conviction des éléments de réponse objective et personnelle face aux évolutions majeures de la société.

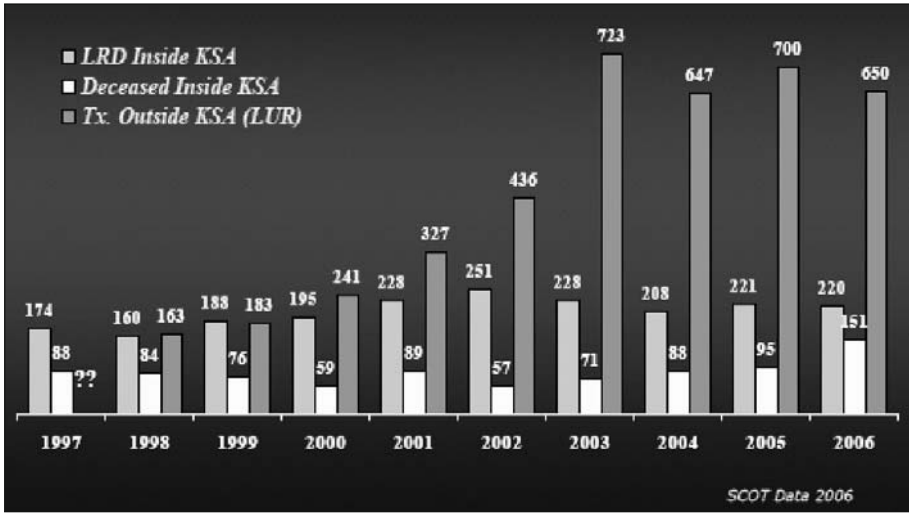


Fig. 1 - L'Arabie Saoudite a développé une activité de transplantation aux dépens des étrangers.

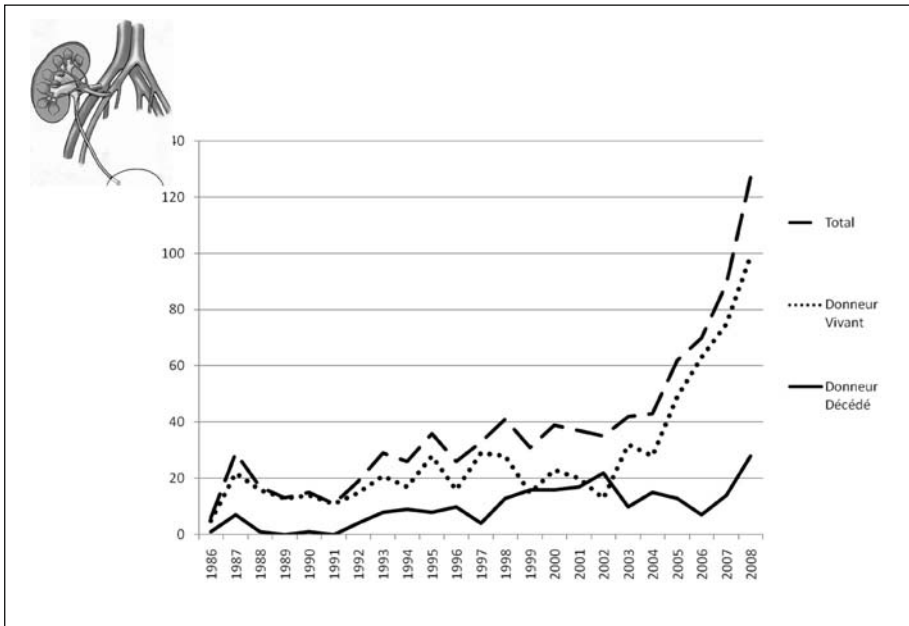


Fig. 2 - Évolution de la transplantation rénale en Tunisie.

Pourtant, dans une enquête réalisée auprès de la population à Tunis (Tunisie) en 2006, la religion n'apparaissait pas être le principal motif chez les personnes qui refusent le don (fig. 3).

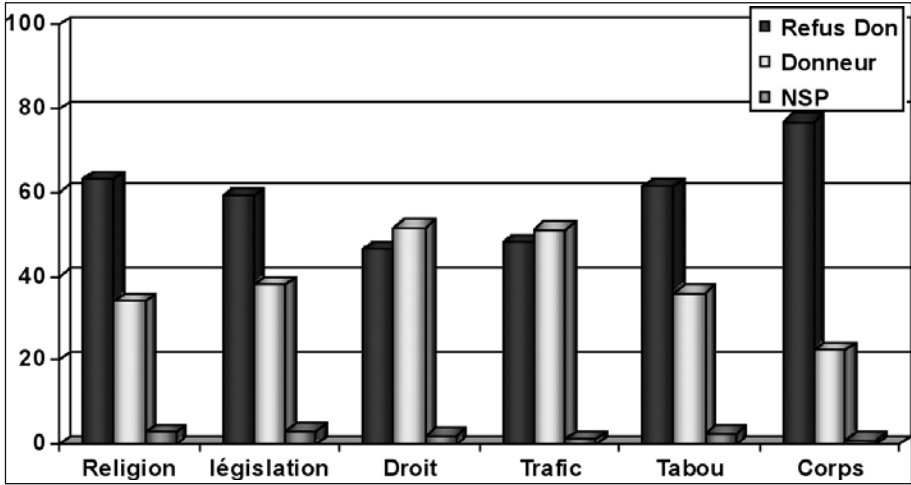


Fig. 3 - Principales raisons déclarées pour refuser ou accepter le don. Enquête réalisée en Tunisie en 2006.

Notions de droit musulman

Ce chapitre a pour finalité d'exposer les outils de réflexion que les musulmans utilisent pour mettre en conformité leur quotidien avec les commandements de Dieu.

L'islam est l'une des trois religions monothéistes abrahamiques. Il a succédé à la religion juive et à la religion chrétienne et a été révélé au prophète Mohamed, qualifié de « messager de Dieu », en l'an 610 av.J.-C. alors qu'il était âgé de quarante ans.

C'est dans la grotte de Hira près de La Mecque, là où il aimait souvent se retirer pour la contemplation et la méditation, que fut faite l'annonce par l'ange Gabriel à Mohamed. C'est également là que lui furent révélés les premiers versets du Coran qui allait constituer en fait le lien entre Dieu et la communauté musulmane.

Au fil du temps se sont constituées les sources du droit musulman contenu aujourd'hui dans trois textes :

– le Coran, livre sacré de révélation divine et paroles de Dieu dont le terme et la teneur ne doivent subir aucune altération. Les premiers versets révélés sont (96:1-2-3-4) ;

*« Lis au nom de ton Seigneur qui a créé ! Il a créé l'homme d'un caillot de sang.
Lis ! Car Ton Seigneur est le Très Généreux Qui a instruit l'homme
au moyen du Calame. Et il lui a enseigné ce qu'il ignorait » (96:1-2-3-4)*

– la Sunna et le Hadith (paroles, injonctions et comportement du Prophète) transmis à travers certains de ses compagnons et consignés après un travail de recension très rigoureux. Ainsi sur 300 000 Hadiths parvenus à Boukhari et à Muslim (qui comptent parmi les recenseurs les plus crédibles et les plus stricts), ils n'ont retenu que 8 000 comme authentiques. Ces Hadiths sont regroupés en différents ouvrages spécialisés ;

– *El ijmaä* et le *qiyass* ou effort collectif de la communauté. Le consensus *Ijmaä* (sources émanant ou relevant du texte sacré ou de la Sunna). Il s'agit là de décisions prises par un aréopage de scientifiques connus et réputés concernant l'explication à donner à tel texte et décidant de l'application qui doit en être faite. L'ensemble de ces textes se trouve en différents ouvrages de science religieuse.

Il devient impératif de recourir au raisonnement par analogie (*giyass*) ou de l'intérêt commun (*maslaha*) à partir des sources fondamentales de l'Islam (*ousoul*). En Islam « les

textes (sources de la législation islamique) sont limités, alors que les cas d'espèces, les situations juridiques inédites (Nawâzil) sont illimitées ».

Les sources scripturales

Le Coran

La révélation du Coran qui comprend 6 236 versets n'a pas été faite au Prophète en une seule fois. Ce fut une révélation successive, et c'est tout au long des vingt et une années qui suivirent les premiers versets, et jusqu'à la fin de sa vie que le prophète Mohamed continua à bénéficier de la révélation divine, et à la transmettre soit de 610 à 632 av. J.-C., année de sa mort. Ces révélations indiquent les chemins de la foi et règlent aussi en fonction de la conjoncture les problèmes qui se posent par le Coran, et qui sont venues en expliciter la teneur, le terme et le langage. «... Il est écrit dans un arabe littéraire particulier, l'«arabe coranique», comprenant bon nombre d'archaïsmes terminologiques, de proses rythmées et parfois assonancées, il est divisé en 114 chapitres, appelés «sourates», de longueurs très différentes, elles sont même réparties en versets (en arabe âya), selon différents systèmes de découpages. Les sourates sont de deux sortes : mecquoises et médinoises, selon l'endroit où elles sont censées avoir été révélées, et le Coran est ordonné selon leur taille, allant grosso modo des plus longues aux plus brèves, ordre qui n'a donc rien de chronologique. » « Le rapport du fidèle ordinaire avec le Livre relève beaucoup plus du sentiment, de la dévotion, que du savoir... Les plus grands pays musulmans sont le Nigéria et l'Indonésie, les trois pays du subcontinent indien, Inde, Pakistan et Bangladesh, abritent près de la moitié de la population musulmane mondiale. Or, aucun des pays qui viennent d'être mentionnés ne connaissent la langue et la culture arabes. Il en est de même d'autres terres de l'Afrique noire, de la Turquie et de l'Iran, des Balkans et du Caucase, de l'Asie centrale ou encore de la Chine. » (Mohammad Ali Amir-Moezzi, *Dictionnaire du Coran*, *op. cit.*).

En outre, à la lecture du Coran nous trouvons des injonctions, des recommandations, des interdits, une morale : soit des règles de vie et de comportement dans la société. Ce qui en fait avait été déjà transmis à l'humanité par la voix de précédents prophètes et de précédents livres révélés, notamment aux deux autres religions monothéistes : la Bible et l'Évangile. Bien plus, le Coran ne s'est pas contenté de ne pas abroger toutes les coutumes antérieures, il en a même confirmé plusieurs que la société musulmane continue d'appliquer. Car le Coran constitue la base même de la religion musulmane (2:2-4).

« Voici Le Livre ! Il ne renferme aucun doute ; Il est une direction pour ceux qui craignent Dieu ; ceux qui croient au Mystère ; ... ceux qui croient à ce qui t'a été révélé et à ce qui a été révélé avant toi ; ceux qui croient fermement à la vie future » (2:2-4)

Ses versets sont un véritable faisceau d'enseignements rappelant à l'homme son origine. Ils soulignent que c'est Dieu qui l'a créé, qui lui a enseigné ce qu'il ignorait, et l'incitent à être à l'étude, et à la recherche de la connaissance et du savoir afin de bénéficier pleinement des biens que Dieu a créés (51:20-21-22).

« Il y a sur la terre et en vous-mêmes des signes pour ceux qui croient fermement. Ne les voyez vous pas ? Il y a dans le ciel les biens qui vous sont destinés et aussi ce dont vous êtes menacés » (51:20-21-22)

« Qu'il y a sur terre, en nous-mêmes et dans le ciel et que nous ignorons » (18:109)

Aller à la découverte des mystères de l'âme, de la création et des secrets de la nature, tous ces trésors dont Dieu a gratifié l'être humain devient un devoir. Les trésors que Dieu met à la disposition de ses créatures étant incommensurables (18:109). Et c'est donc, notamment à partir de ses enseignements et de ses révélations, que se discutera la problématique : islam, dons d'organes et transplantation.

Dans sa consistance, le Coran, en plus du fait qu'il prône l'adoration d'un Dieu unique, comprend deux grands axes autour desquels s'articule tout le texte :

- *les relations entre l'homme et Dieu*, ce qui comprend tout ce qui concerne les actes de dévotion et de croyance (Ibadates) ;
- *les règles qui régissent les rapports entre humains*, ce qui comprend les règles de droit, tant civil que commercial ou pénal, etc., (Muāmalate).

Il s'agit en l'occurrence d'une véritable source de droit. Mais alors est-il l'unique source ?

Non, car bien qu'il constitue la charpente du droit musulman, il existe d'autres sources de droit.

Pour le musulman, le Coran reste la première source de droit.

Le Coran n'est pas un code juridique, bien qu'il prescrive au croyant ce qui lui est interdit et ce qui ne l'est pas. Sur les 6 236 versets, 228 seulement ont un caractère juridique. Il indique néanmoins le chemin de la vérité (2:2).

« Voici l'Écrit que nul doute n'entache, en guidance à ceux qui veulent se prémunir » (2:2)

Tout en traçant la voie de la vérité aux croyants, ce Livre Saint laisse place à la recherche. Les juristes seront appelés à donner aux versets du Coran des normes utilisables.

Le Coran et la Sunna constitueront les références fondamentales de la communauté musulmane face aux autres groupes ou communautés religieuses. « Certains versets sont clairs et règlent un problème bien précis, donc applicables directement. D'autres au contraire poseront des principes généraux qui auront besoin d'être détaillés et approfondis pour constituer véritablement du droit. » M. Charfi, *Introduction à l'étude du droit*, Tunis, 1983, p. 63.

« *C'est Lui qui a fait descendre sur toi le Livre: il s'y trouve des versets sans équivoque, qui sont la base du Livre, et d'autres versets qui peuvent prêter à d'interprétations diverses. Les gens, donc, qui ont au cœur une inclination vers l'égarement, mettent l'accent sur les versets à équivoque, cherchant la dissension en essayant de leur trouver une interprétation, alors que nul n'en connaît l'interprétation, à part Allah. Mais ceux qui sont bien enracinés dans la science disent :*
« *Nous y croyons : tout est de la part de notre Seigneur !* »
Mais, seuls les doués d'intelligence s'en rappellent » (3:7)

« ... “le fait coranique” : d’abord la croyance en tant que construction socioculturelle et force de soulèvement d’une histoire qui se poursuit sous nos yeux aujourd’hui; ensuite l’intelligibilité théorique, analytique et critique que s’efforcent d’articuler les chercheurs – penseurs – transmetteurs des savoirs. Les traits d’union qui lient ces trois noms traduisent les fonctions indissociables d’une activité intellectuelle incluant aussi bien les clercs musulmans qui ont assuré le passage de l’oral à l’écriture savante des systèmes de pensée. »

« Pour l’activité interprétante, il y a un avant et un après les corpus officiels clos. Avant, il était possible de faire circuler des versions et des lectures plus ou moins plausibles qui généraient des débats éducatifs entre les communautés interprétantes; après, les débats sont limités à des problèmes de grammaire, de lexicographie, d’acceptation ou de rejet d’une lecture métaphorique d’un fragment ou d’unités textuelles interdépendantes ou même de l’ensemble du discours prophétique. L’échelle des enjeux change considérablement, au point d’affecter le déroulement de l’histoire des sociétés après fixation du corpus. Pour donner la mesure concrète de ces enjeux, que l’on pense aux tragédies générées par les interprétations des activistes fondamentalistes qui se réfèrent à la Parole de Dieu dans l’ignorance radicale de tous les cheminements historiques et intellectuels... »

Quand on pose des questions récurrentes telles que : « Que dit le Coran sur le port du voile, la consommation du vin ou le statut de martyr ? », on est renvoyé à la lecture d’un texte intangible, en dehors de toute contextualisation des circonstances de la réception et de la transmission de ce texte. »

« Tout ce qui se dit, s’écrit et se vit en aval présuppose la référence à l’amont pour légitimer toute conduite, toute norme, tout sens articulé... on va jusqu’à manipuler la Parole devenue texte ou citée oralement pour “prouver” que l’“Islam” est compatible avec la modernité, le socialisme, la démocratie, la tolérance, etc. Il va de soi que les croyants privés des outils d’analyse qui permettent de distinguer la critique du discours de la manipulation gardent une acceptation naïve de la Parole de Dieu. » (M. Arkoun, *Dictionnaire du Coran*, sous la direction de Mohammad Ali Amir-Moezzi, *op. cit.*)

La Sunna et le Hadith

Le Hadith comprend la transmission des paroles et des injonctions du Prophète selon une procédure d’habilitation. « Le terme Hadith englobe non seulement des “paroles” de Mohamed, rapportées par un auditeur, mais aussi des “actes”, et même des “approbations

silencieuses”, autrement dit des paroles ou des actes d’autrui ayant eu lieu en sa présence sans qu’il s’y opposât, ce qui les valorise. » (M. T. Urvoy, *Dictionnaire du Coran*, sous la direction de Mohammad Ali Amir-Moezzi, *op. cit.*) Il faut distinguer deux types de hadiths : ceux qui sont de « pure exégèse », visant à une compréhension désintéressée de passages difficiles du Livre, et ceux qui sont une « exégèse appliquée », c’est-à-dire qui interprètent le Coran en fonction des besoins du moment.

La Sunna comprend les faits et les gestes du Prophète en diverses circonstances, tels que ses compagnons les ont transmis. Comme exemple de sunna il y a lieu de citer la pratique de la prière dont les modalités n’ont pas été définies par le coran. Le Coran a bien ordonné la pratique de la prière, mais c’est le Prophète qui en a fixé les détails en ordonnant « Priez tel que je le fais ». À partir de ce Hadith qui est en fait une injonction et de la Sunna qui consiste à pratiquer la prière de la même manière que le Prophète. Toute autre façon de faire la prière sera considérée comme erronée. La sunna du Prophète est une base juridique normative (33:21).

« Vous avez en l’Envoyé de Dieu un beau parangon pour ceux qui aspirent à Dieu, au jour dernier, et rappellent Dieu sans trêve » (33:21)

La conduite du Prophète étant exemplaire et sage (17:39), la sunna peut selon certains juristes occuper la première place comme source de loi. Ce que contestent les chiites et d’autres courants de pensée.

« Tous (ces principes) s’inscrivent dans ce que Ton seigneur t’a révélé de la sagesse » (17:39)

La transmission ou la narration de la Sunna et des Hadiths se sont faites selon des règles qui ont donné lieu à l’institution de normes d’habilitation nécessaires pour confirmer leur crédibilité et juger de leur authenticité : la disparition progressive des compagnons du Prophète ayant pu susciter des incertitudes.

On pourrait classer les Hadiths en deux grandes typologies, celle de la chaîne de transmission : *hadith musnad* et celle par catégorie : *hadith musannaf*. Le premier type n’offre pas une garantie suffisante, car Al isnad repose sur les dires des compagnons du Prophète qui sont par définition dignes de respect. Il devient nécessaire d’examiner le « texte » lui-même pour voir sa non-contradiction avec le Coran.

Il est toutefois utile de préciser qu’un travail de recension fut opéré et que les Hadiths ont été classés par catégories en fonction de plusieurs paramètres de certitude. Al-Bukhârî (256/869) a réduit de 200 000 à 2 762 les traditions et récits.

À partir de cette étape d’épure et de clarification, l’étude de la tradition ou Hadiths constituera une véritable science. Le Hadith étant appelé à aider à la compréhension du Coran ou à l’explicitier. Pour le juriste Chafeï (204/820) « Le Livre » désigne le Coran et la « sagesse » le Hadith. En général, lorsqu’un Hadith reprend un verset du Coran, c’est pour l’explicitier et en donner l’application pratique si elle n’est pas évidente à la simple lecture.

Mais, comme le précise le grand sociologue Ibn Khuldun (*Ibn Khuldun* éd. Quatre-mère, t. III, p 119, trad. Montiel) à propos de certaines pratiques : « Mohamed a été

envoyé pour nous enseigner la loi religieuse et non la médecine, ou toute autre profession profane. Lorsqu'il donna des conseils pour féconder les palmiers, il avoua à ses compagnons : « Vous vous y entendez bien mieux que moi en ce genre de choses »... »

Les sources doctrinales

El ijmaä ou accord unanime

L'*ijmaä* est l'opinion exprimée à l'unanimité par un groupe de savants au sujet d'un point débattu et concernant un problème n'ayant pas fait l'objet d'une injonction directe par le Coran ou par la Sunna. Ce qui laisse donc la place à une créativité au sein de la communauté musulmane sans toutefois que cela déroge aux préceptes du Livre ou de la Sunna.

L'opinion une fois édictée par l'*ijmaä* acquiert force de règle en droit musulman et toute désobéissance à une règle édictée par l'*ijmaä* confine à l'hérésie. Mais il faut bien insister sur le fait que l'*ijmaä* ne peut être que le fruit d'un « pluralisme d'opinions » et ne peut être le fait d'un seul homme, aussi versé dans les sciences religieuses soit-il.

L'exemple d'*ijmaä* – « L'Ijmaä a fonctionné dans le passé de façon assez satisfaisante et a su éviter à l'umma du juste milieu le chaos qui survient quand chacun se réfère à son propre Islam. Cela a été tant que l'*ijmaä* est resté quelque chose de vivant, représentant réellement le point de vue commun, fruit d'un pluralisme d'opinions pouvant aller jusqu'à la confrontation. Car l'Islam n'a pas de « siège apostolique » infaillible comme l'Église catholique. Nul n'a donc le droit de parler en son nom en s'attribuant implicitement l'infaillibilité comme s'il était le seul à comprendre correctement le texte. » M. Talbi, *Plaidoyer pour un Islam moderne*, Cérès Éditions, Desclée de Brouwer, p. 71, 1998). Le plus courant est celui concernant le curateur qui n'a pas le droit de puiser des biens placés sous sa tutelle pour faire des aumônes ; à l'exclusion de la *zakat* qui n'est pas une aumône, mais un impôt à caractère obligatoire et constitue l'un des cinq piliers de l'islam.

El qiyass

Autre source de droit en Islam, le *qiyass* est une technique de raisonnement par analogie – « Elle est la forme d'organisation des ressemblances qui font appui pour passer à un nouveau cas ou à de nouveaux rapports, cette forme est impliquée dans les inductions où elle prépare des éléments de déduction. « L'analogie traduit toujours un mouvement en avant : l'esprit se porte au-delà du donné, au-delà même d'une expérience insuffisante, pour créer. » (M. Dorolle, *Le Raisonnement analogique*, Paris, 1949.) Le *qiyass* consiste donc à dégager le jugement de l'esprit du texte si l'objet n'a pas été traité en se fondant sur un acte ou une situation similaires. C'est donc établir un rapport de similitude entre une chose dont la Loi n'a pas parlé et une chose dont la Loi a parlé.

Par exemple, la sanction de celui qui boit de l'alcool n'a pas été précisée dans le Coran, mais c'est par l'application du *qiyass* que la flagellation a été décidée, un rapport de similitude ayant été fait entre le diffamateur et l'ivrogne.

Mais indépendamment de ces sources formelles de droit qui puisent leurs fondements des textes, le raisonnement et l'étude des *ùsuls el fikh* (science des sources du droit) permettront de trouver des solutions à des problèmes dont les textes n'avaient pas fait directement mention. Cette démarche relèvera des textes évoqués ci-dessous.

Il y a lieu toutefois de signaler que certains auteurs jugent que « l'analogie n'est pas adaptée pour résoudre tous les problèmes de la modernité, car elle n'a pas le sens du mouvement, elle examine le présent dans les moules du passé et tente de le contraindre à s'y adapter, fermant ainsi les horizons du progrès et de la modernité. » (Mohamed Talbi, *Plaidoyer pour un Islam moderne, op. cit.* p. 68.)

El ijthihad

El ijthihad est l'effort de réflexion maximal qu'entreprend le juriste musulman (*mujtahid*) dans le but de parvenir à une règle légale ou à émettre un avis juridique, cet avis étant le résultat d'un travail intellectuel très appliqué.

El ijthihad est un mot générique qui désigne l'autorisation accordée par l'islam aux juristes compétents afin qu'ils participent au travail de législation et d'interprétation du discours coranique.

Ce qui consiste à fournir l'effort nécessaire pour dégager la sanction légale à partir du texte de référence, c'est-à-dire le Coran et la Sunna. Ce texte s'appuie sur la jurisprudence, et tend à fournir une explication ou à émettre un avis quant à des situations bien déterminées qui n'auraient pas fait l'objet d'avis ou de sanctions par les autres sources de droit ou qui ne se sont pas posées auparavant.

Un consensus des savants au IX^e et X^e siècle ap. J.-C. verra les portes d'*El ijthihad* se fermer par certains auteurs traditionalistes qui décréteront que l'on s'était trop éloigné de la période de la révélation et que les savants contemporains ne sont plus en mesure d'élargir leurs réflexions au-delà de ce qui a été établi.

Le chiisme imamite retient comme conditions d'éligibilité l'*ijthihad*, l'intégrité, le courage, la piété, la détermination, et la connaissance des réalités de notre temps.

La notion de *El ijthihad* évoluera en fonction des conjonctures politiques et connaîtra six étapes dont la dernière se situera à la période de la chute de Bagdad et la fin de la dynastie abasside (1 055 apr. J.-C.).

El ijthihad peut être de deux types :

– *El ijthihad absolu*

Il porte sur toutes les dispositions de la législation islamique. C'est l'effort de réflexion que fournit le juriste pour mettre au point un avis juridique concernant des cas rares, en se fondant sur un indice ou en se rapportant aux sources de la législation islamique.

– *El ijthihad indépendant*

Il traite au cas par cas, en intervenant à chaque fois pour apporter des réponses urgentes à la société au sujet d'une question donnée. Cet *ijthihad* ne peut faire foi qu'à la

condition que la position ou la règle déduite ne soit pas en contradiction avec le texte coranique ou avec la décision unanimement prise (*ijmaâ*) par les docteurs de la chariâ. En revanche, il n'est pas obligatoire que l'on soit au courant de toutes les réponses légales relatives à cette question.

Fermer les portes de *El ijtiihad* a fait l'objet de réserves, et certains hommes de science religieuse (*fukahas*) ne reconnaissent pas cette exclusion. Ils ont classifié *El ijtiihad* en fonction des domaines traités et les *fukahas* de plusieurs pays musulmans ne manquent pas actuellement de faire preuve d'*ijtiihad* le cas échéant.

Le Dr Youssef Qaradawi cible deux types d'*ijtiihad* : sélectif et créatif.

El ijtiihad sélectif consiste à puiser un avis juridique dans le riche patrimoine disponible en la matière en vue d'émettre une fatwa ou pour que cet avis soit retenu comme étant plus probable que les autres points de vue, à la suite d'une confrontation de ceux-ci et une révision des preuves tirées du texte sacré ou issues de la jurisprudence pour n'en choisir, à la fin, que l'avis le plus solide en termes d'argumentation et le plus probable eu égard aux critères de probabilité. Un avis qui prend en compte les exigences et les besoins de l'époque qui imposent au juriste contemporain de prendre en considération la réalité en veillant dans ses avis concernant les aspects de la vie secondaires et pratiques à faciliter au mieux la vie aux individus.

El ijtiihad créatif, quant à lui, est la déduction d'une nouvelle règle ou d'un nouveau précepte à propos d'une question ancienne ou nouvelle qui n'avait jamais été traitée. Mais ce type d'*ijtiihad* porte surtout sur les questions nouvelles.

Il est primordial d'adapter *El ijtiihad* aux circonstances liées à la vie moderne. Pour ce faire, il faut en préciser le sens contemporain :

- s'agit-il de *El ijtiihad* qui s'accommode à son époque, ou de celui qui assimile l'esprit de l'époque et tient parfaitement compte de ses exigences ?
- s'agit-il de *El ijtiihad* qui, se pliant aux exigences de l'époque, en vient à reconsidérer le Texte immuable pour l'appliquer coûte que coûte à la réalité variable pour la bonne et simple raison que celle-ci est variable ?
- s'agit-il de l'entreprise qui consiste à appliquer les dispositions du Texte à la réalité, à la lumière des préceptes de la chariâ islamique ?

Le taqlid (ou reproduction bloquée)

Certains exégètes qui jugent l'*ijtiihad* définitivement bloqué situent le *taqlid* en remplacement de celui-ci. Cet avis ne fait pas l'unanimité. Le *taqlid* est plutôt considéré par les *fukahas* comme étant la solution la plus saine pour un musulman qui ne serait pas en mesure de comprendre les textes, en raison de son ignorance ou en l'absence de personnes en mesure de l'éclairer.

Le système juridique

La définition de Y. Ben Achour interfère dans le système juridique musulman les notions de droit ainsi que de morale : le droit (religion appliquée) nous indiquant ce qui est

permis et ce qui ne l'est pas, et la religion (règle de droit) nous disant ce qui est bien et ce qui est mal. « Le système juridique musulman est dominé par la religion qui lui sert de fondement et de source. Le juriste musulman n'a pas du juridique une vision détachée du religieux. Le droit est religion appliquée, la religion est règle de droit » (p.75). « Il faut regarder l'esprit du droit musulman pour conclure à l'intime relation du droit musulman et de la religion ». Y. Ben Achour, *L'État nouveau et la philosophie politique et juridique occidentale*, Tunis, 1980, p. 78-81 (6).

C'est là l'une des caractéristiques du système juridique dans le monde musulman.

Or si le droit est censé avoir pour base l'équité (bien que certains penseurs jugent que l'équité est au-dessus de la Loi et de l'éthique.) la notion du bien et du mal, de ce qui peut se faire et de ce qui ne doit pas se faire soit l'éthique a des limites moins évidentes. Elles sont en général fluctuantes en fonction de l'évolution de la pensée respective de chaque société et de la vision qu'elle porte sur ce qui l'entoure. C'est donc à travers la lecture des textes, et de leur interprétation que les exégètes musulmans se fondent pour définir aux croyants les règles d'éthique et d'équité en tant que dogmes intangibles, à partir du moment où commencera à se constituer le système juridique musulman, soit à partir du VIII^e siècle de l'ère chrétienne.

Les écoles juridiques (*Madhaheb*)

La naissance des écoles juridiques est liée à la science des sources, base de la réflexion intellectuelle. Les premières écoles juridiques verront le jour vers le début du VIII^e siècle apr. J.-C. Elles se formeront au début autour de savants notoires pour prendre une allure plus officielle au IX^e siècle apr. J.-C. Mais les premières écoles se différencieront des suivantes par une lecture différente des textes. Les savants trouveront dans les Hadiths des solutions qui résoudront tous les cas, ce que d'autres écoles contesteront, et cette divergence au sein de la Communauté sera à l'origine de la création de schismes et à un degré moindre d'écoles (les écoles sunnites).

L'école hanafite : par référence à l'imam Abu Hanifa (mort en 767 apr. J.-C.). Cette école née en Irak et en Syrie est particulièrement répandue depuis le XIV^e siècle apr. J.-C. en Afghanistan, au Pakistan, en Inde, en Chine et en Turquie.

L'école malékiste : par référence à l'imam Malik ibn Anas (720-795 apr. J.-C.). Née à Médine et qui a ses adeptes à Médine, en Égypte, en Afrique musulmane et plus particulièrement au Maghreb arabe.

L'école chafiste : par référence à l'imam al-Chafii (767-820 apr. J.-C.). Née à Médine cette école est répandue au Caire, en Basse Égypte, à La Mecque, au sud de l'Arabie, en Asie centrale, en Indonésie, au Siam, au Vietnam.

L'école hanbalite : par référence à son fondateur l'imam Ahmad ibn Hanbal (780-855 apr. J.-C.). Surtout pratiquée à Bagdad, en Syrie et en Palestine et, depuis le XVIII^e siècle le rite de l'Arabie Saoudite.

Les chiites auront leurs propres écoles par opposition aux écoles sunnites qui se prévaudront de leur lecture de la Sunna. De là l'appellation d'écoles sunnites et d'écoles chiites qui développeront un système original de califat. Les différentes écoles également appelées « rites » seront dénommées du nom de leurs maîtres à penser. (Les divergences

dans la lecture des Hadiths seront à l'origine de la création d'un schisme et particulièrement celui du mouvement chiite qui, sur la base de textes scripturaires, contestera le système de succession du Prophète en soutenant que la candidature d'Ali à la succession du Prophète est la seule à être légitime, et qu'après son décès cette charge doit revenir obligatoirement à sa descendance. Ce rite aura évidemment des interprétations des textes différentes de celles des sunnites pour appuyer ses thèses, et c'est ce qui marquera sa différence. Il est surtout pratiqué en Iran et dans cette région de l'Asie, il continue à avoir ses adeptes et, à ce jour, ne compte pas moins de 20 % de l'ensemble de la population musulmane dans le monde.)

La consultation juridique (la fatwa)

Selon les cas, il appartiendra aux personnes, aux communautés, et même aux gouvernants d'avoir recours à une personnalité religieuse, présentant des garanties de moralité et de profondes connaissances en matière de sciences religieuses : *fakih*, en vue de solliciter son avis sur la légitimité, à l'égard de la religion, de certains problèmes qui ne s'étaient pas posés auparavant et donc pour lesquels il n'y a pas de précédents.

Cette personnalité appelée mufti doit, en plus de sa connaissance approfondie du droit musulman, jouir d'une réputation d'intégrité, de moralité et de piété notoires, afin d'être crédible.

Après étude du problème soumis, examen, analyse et interprétation des sources de droit précitées s'appliquant au cas d'espèce, puis le cas échéant après consultation des hommes de l'art s'il s'agit d'un domaine spécifique. Le mufti donne une « fatwa », sur l'orthodoxie du problème qui lui est posé, eu égard aux fondements de l'islam. Cet avis n'engage que son auteur et n'est jamais définitif par définition.

Cet avis qui est appelé fatwa, peut être l'œuvre d'un mufti unique ou le fruit d'un consensus de plusieurs muftis (voir en annexe quelques exemples de fatwas).

Utilité de la fatwa

Bien que la fatwa ne constitue qu'une consultation juridique en principe objective et doit permettre d'avoir une certitude quant à la légitimité ou l'illégitimité d'un acte, ou d'un comportement quelconque à l'égard de la religion, il n'en demeure pas moins que de façon conventionnelle, c'est à travers les fatwas que l'on juge l'orthodoxie d'un acte.

Les gouvernants en pays d'islam ne manquent pas de consulter leurs muftis respectifs, avant de légiférer en certains domaines, et notamment en matière de statut personnel. Les avis de ces hommes de science éclairent le législateur avant toute décision et lui donnent, le cas échéant, plus de crédibilité auprès de l'opinion publique.

Statut du mufti

Néanmoins, il y a lieu d'apporter une précision sur le statut du mufti qui, bien que haut dignitaire religieux, n'en demeure pas moins un fonctionnaire désigné et rétribué par le pouvoir en place.

L'objectivité du mufti fut ainsi parfois tributaire des circonstances, des régimes et de la personnalité du mufti lui-même. Car, si dans les affaires courantes l'intervention des gouvernants était rare auprès des muftis, il se présentait néanmoins des cas où le pouvoir ressentait le besoin d'obtenir une fatwa pour justifier certaines décisions (parfois contestées ou mal admises parce que simplement avant-gardistes) auprès du public; en leur faisant donner l'aval de l'autorité religieuse et par conséquent essayer de leur apporter plus de poids et de crédibilité.

Du reste, il y eut au cours de l'histoire du monde musulman des précédents illustres où des muftis, hommes de science notoires, refusèrent aux gouvernants en place des fatwas-alibis qui allaient dans le sens que souhaitaient ces gouvernants, mais que les muftis consultés jugeaient en leur âme et conscience non conformes à l'orthodoxie musulmane.

Ils persistèrent dans leur refus malgré l'insistance ou la pression du pouvoir qui sollicitait cette habilitation : soit pour régler une conjoncture particulière, ou pour légitimer un problème d'ordre privé.

Nous citerons ainsi à titre anecdotique le refus de l'imam Malek, (maître à penser de l'un des quatre rites de l'islam) une fatwa demandée avec insistance par le calife Abu Jaafar El Mansour qui souhaitait faire déclarer légitime le divorce de coercition, c'est-à-dire le divorce prononcé par le cadhi (juge près des autorités religieuses) contre la volonté du mari (*talak El Ikrah*) ; l'imam Malek, malgré les pressions et persécutions de ce calife, persista dans son refus.

Domaines de l'enseignement

On distingue quatre domaines essentiels sur lesquels s'accordent toutes les écoles :

- *Iman* foi religieuse (*al aquida*). Ce sont des données intangibles, admises définitivement, et non soumises à modification ;
- *Al Ibadat*, les actes culturels, la prière ou le pèlerinage par exemple ; ils sont soumis à modification ;
- *Al Ahkâm* ou règles éthiques, intangibles dans leurs principes, mais dont le respect doit tenir compte des circonstances ;
- *Al muamalat*, règles éthiques, publiques et sociales qui interviennent dans les rapports entre les hommes. Ce sont des règles soumises à de perpétuels ajustements, en fonction des circonstances.

Le rôle d'*ifta* des organismes interislamiques

Les organismes interislamiques peuvent-ils être considérés comme des organes d'*ifta* et quel pouvoir peut-on attribuer à leurs décisions ?

Durant les dernières décennies, plusieurs situations nouvelles se posèrent communément à l'ensemble des pays musulmans, qui jugèrent utile d'unir leurs efforts et de créer des instances de réflexion *ad hoc*, afin d'y trouver une réponse. Ces instances, composées de personnalités notoirement connues pour leurs connaissances en sciences religieuses, et désignées par leurs gouvernements, étaient chargées de débattre des problèmes posés et d'y trouver les réponses adéquates partant du respect de l'orthodoxie islamique.

Grâce à l'initiative de certains de ces pays et plus particulièrement de ceux du Golfe, nous assisterons à l'éclosion d'organismes interislamiques d'*ifta* parmi lesquels : le Haut Conseil des ulémas (jurisconsultes), la présidence générale de la direction des recherches scientifiques des fatwas et de l'orientation, le Conseil de l'académie religieuse, le Conseil de la conférence islamique. L'ensemble de ces organisations ont leur siège en Arabie Saoudite.

Les travaux de ces organismes sont sanctionnés par la publication de décisions qui constituent en fait des « fatwas consensuelles » et ne font que donner la position du droit musulman sur l'objet de la consultation.

Toutefois, il y a lieu de remarquer que ces organismes, bien que constitués d'hommes de grande érudition en matière de sciences religieuses et provenant de divers pays musulmans, ne sont habilités qu'à donner un avis consultatif qui n'oblige en rien les consultants. Ceux-ci restent libres d'agir selon leur conscience ou leurs opportunités.

La discussion et l'étude de problèmes souvent communs au monde musulman ne pouvaient qu'inciter à élargir le champ des consultations aux ulémas (hommes de science) de la communauté. Après les débats, retours aux sources des textes adéquats, avis des spécialistes, ces hommes de science (*fukahas* ou *ulémas*) arrivent à un consensus qui a pour corollaire une fatwa que l'on appellera décision. Un tel consensus est obligatoirement crédible et ses décisions sont de nature à forger les convictions, ne serait-ce que par la composition de son aréopage. « Ma nation ne peut se mettre d'accord sur une injustice » a dit le prophète Mohamed.

Cette coordination entre les différents pays islamiques s'est révélée nécessaire, et donna lieu dans le domaine médical à une première conférence internationale de médecine islamique qui s'est tenue au Koweït en 1981. Ses travaux aboutirent à la rédaction d'un code islamique d'éthique médicale. Puis les conférences et séminaires islamiques se sont multipliés au sein de ces organismes interislamiques. De telles manifestations visent moins à remettre en cause le caractère universel auquel prétend la science occidentale qu'à réintégrer, au nom d'une morale spécifique, le monde arabo-musulman dans le monde scientifique moderne, dont il s'est trouvé exclu pendant près de deux siècles, au cours desquels l'Occident a monopolisé le progrès (Chiffolleau S. « Islam, science et médecine moderne en Égypte et dans le monde

arabe», dans E. Longuenesse éd., *Santé, médecine et société dans le monde arabe*, coédition Maison de l'Orient/l'Harmattan, Paris, 1995). (Voir annexes). Les éléments que nous venons d'exposer nous aideront à mieux aborder les problèmes que nous serons appelés à approfondir lors de l'étude du statut de la greffe en Islam.

L'islam et la science : savoir et conscience

La recherche et la quête de savoir représentent des thèmes essentiels dans l'islam.

L'islam est une loi générale et globale pour l'être humain où qu'il soit et à n'importe quelle époque de son existence, mais plusieurs doctrines religieuses cohabitent en Islam.

« La certitude du pouvoir entraîne le dogmatisme, l'esprit dévot, l'intolérance. La religion donne des explications aux "mystères" du monde. La science cherche à comprendre les "mystères" par la raison et elle est donc par définition limitée par les capacités du cerveau humain. Elle est donc vouée à des vérités successives, à des "Certitudes provisoires". » *Dieu face à la science* (Claude Allègre) : pour les musulmans, la science est dépendante de la religion, elle est obligatoire pour mieux approcher Dieu, la vérité. Le Dr Yûsuf Al-Qaradâwî avance que « l'Islam embrasse aisément le progrès scientifique et ne met aucune limite à la créativité dans les domaines de la science et de la technologie ». Tout au long de l'histoire, on ne trouvera aucune preuve de conflit entre l'islam et la science, contrairement aux autres religions où les conflits furent nombreux, à tel point d'ailleurs que des scientifiques furent persécutés et jugés pour avoir annoncé leurs découvertes.

L'acquisition de la connaissance – essentielle pour le bien-être de l'humanité – est profondément enracinée en Islam. Elle est considérée comme une obligation de suffisance communautaire. La communauté musulmane devrait avoir un nombre suffisant de scientifiques musulmans maîtrisant au plus haut degré les connaissances scientifiques, et ce, dans tous les domaines.

Le Coran nous apprend que Dieu dit qu'Il a accordé au genre humain un énorme potentiel et des talents lui permettant de découvrir les secrets de la nature et d'apprendre les lois de l'univers. L'être humain est en effet le vicaire de Dieu sur Terre et tout l'univers est à son service. Dieu tout-puissant dit : (31:20).

« Ne voyez-vous pas que Dieu vous a assujetti ce qui est dans les cieux et sur la terre ? Et Il vous a comblés de Ses bienfaits apparents et cachés. Et parmi les gens, il y en a qui disputent à propos de Dieu, sans science, ni guidée, ni Livre éclairant. » (31:20) et (2:29)

« C'est Lui qui a créé pour vous tout ce qui est sur la terre, puis Il a orienté Sa volonté vers le ciel et en fit sept cieux. Et Il est Omniscient. » (2:29)

Par conséquent, puisque l'univers entier est au service de l'homme, il lui est permis de l'explorer et d'en sonder les secrets. Dieu tout-puissant dit : (51:20-21) (p. 44).

« Il y a sur terre des preuves pour ceux qui croient avec certitude, ainsi qu'en vous-mêmes. N'observez-vous donc pas ? » (51:20-21)

On ne doit pas penser que les découvertes et le progrès de la science sont des transgressions envers Dieu : ils n'ont été accessibles que par l'aide et la guidance de Dieu. Le Tout-Puissant dit dans les premiers versets révélés du Coran : (96:1 à 5) (p. 29).

Les découvertes peuvent être considérées parmi les signes que Dieu a promis de montrer à l'humanité : (41:53).

« Nous leur montrerons Nos signes dans l'univers et en eux-mêmes, jusqu'à ce qu'il leur devienne évident que ceci (le Coran) est la Vérité. Ne suffit-il pas que ton Seigneur soit témoin de toute chose ? » (41:53)

L'islam nous enseigne que la science est sans limites (20:114). Cela inclut toutes les catégories de connaissances utiles, qu'elles soient religieuses ou scientifiques, à condition qu'elles soient conformes à la foi et aux valeurs morales, et qu'elles ne soient pas livrées à elles-mêmes sans les restrictions de la religion, de l'éthique et de l'intérêt général. Dans le Coran, Dieu tout-puissant nous donne deux exemples d'utilisation de la connaissance d'une façon inséparable de la religion. Le premier exemple est l'histoire de Salomon qui montre comment « celui qui était pourvu de la connaissance des écritures » prit le trône de Balqis, la reine de Saba, en un clin d'œil. Cela signifie qu'il put déplacer le trône du Yémen vers la Palestine instantanément. Le plus important ici est que Salomon, à qui Dieu pouvait tout offrir, a choisi la sagesse (27:40). Le second exemple provient de l'histoire de Dhû Al-Qarnayn (Alexandre le Grand). Ce dernier fabriqua une énorme barrière entre les corrompus par le mal, Gog et Magog, et les croyants pacifiques (18:97). Son objectif atteint, il dit : (18:98).

« Et dis : "Ô mon Seigneur, accrois mon savoir !" » (20:114)

« Cela est une grâce de mon Seigneur, pour m'éprouver et déterminer si je suis reconnaissant ou ingrat. Quiconque est reconnaissant, c'est dans son propre intérêt qu'il l'est. Et quiconque est ingrat, alors mon Seigneur Se suffit à Lui-même et est Généreux. » (27:40)
« Ainsi, ils ne purent guère l'escalader ni l'ébrécher non plus. » (18:97)

« Ceci est une miséricorde de la part de mon Seigneur. Mais, lorsque la promesse de mon Seigneur viendra, Il le nivellera. Et la promesse de mon Seigneur est vérité. » (18:98)

Les musulmans ont établi de grandes civilisations fondées sur la religion, la foi et la science, combinant ainsi la sublimité spirituelle et le progrès matériel. Dans ces civilisations, la science est employée au service de la foi et de la morale. Dans la civilisation occidentale, la science a été séparée de la religion et la mentalité scientifique a été détachée de toutes valeurs morales et religieuses. La science a été employée en tant que moyen de destruction (2:205). En tant que moyen de progrès au cœur de l'histoire de l'Islam, peut-il être rempart contre les dérives de la science ?

« Dès qu'il tourne le dos, il parcourt la terre pour y semer la corruption et saccager culture et bétail. Et Dieu n'aime pas la corruption. » (2:205)

Le pluralisme est né de la diversité des milieux, des époques et des traditions du vaste monde islamique. Le fikh islamique est l'outil d'adaptation et de jurisprudence qui permet d'intégrer ce pluralisme. Il permet la prise en compte des intérêts courants et le recours à l'arbitrage de la coutume et de l'unanimité au vrai sens du terme dans le cadre de la concrétisation des objectifs suprêmes de la charia, de la forme la plus adaptée à l'époque et au lieu concernés. Les musulmans ont-ils d'autre choix que de s'intégrer dans le monde du savoir et de la recherche scientifique ? Malheureusement la proportion de scientifiques dans les pays islamiques, par million d'habitants, est de 46 % inférieure à celle du tiers-monde dans son ensemble. Les pays islamiques réunis emploieraient à peine 45 000 scientifiques dans la recherche et le développement, tandis que le Japon, à lui seul, compte plus de 400 000 scientifiques. Pour ce qui est des publications scientifiques, le monde islamique assume moins de 1 % de l'ensemble ! (Ghulam M. Haniff, « La crise des ressources humaines et les dangers qu'elle représente pour le développement du musulman », *Revue américaine des Sciences sociales islamiques*, vol. 9, n° 4, hiver 1992). Le Coran ordonne d'acquérir l'éducation et de développer la recherche scientifique, mais interdit de faire le mal sous aucun prétexte.

En fait, on touche ici l'une des plus grandes problématiques actuelles, car les musulmans ne sont pas uniquement en manque de moyens matériels, mais ils s'accommodent mal de l'inadéquation qui existe entre leur culture et certaines valeurs occidentales. Certains veulent opposer les progrès de la médecine à leurs convictions religieuses, l'exemple le plus frappant étant celui de la mort encéphalique. Est-il nécessaire de rappeler ici que quelque 750 versets, l'équivalent du huitième du Coran, sont consacrés à encourager les hommes à observer, à réfléchir et à utiliser leur intelligence afin de découvrir les faits et les lois de la nature ? Des mots tels que *tandhur* (observation), *tabassur* (compréhension) et *ta'aqqul* (rationalisation) sont maintes fois répétés. Le Coran dit qu'il y a des signes sur la Terre pour le croyant. Le savoir scientifique n'est-il pas le résultat de l'étude des phénomènes naturels, laquelle conduit à la maîtrise des forces de la nature (16:78) ?

« Allah vous a fait sortir du ventre de vos mères, privés de tout savoir. Il vous a donné l'ouïe, la vue, des viscères. Peut-être serez-vous reconnaissants ? » (16:78)

Les musulmans n'ont guère d'autre choix que d'évoluer ou de dépendre totalement des systèmes et des institutions de soins internationales, au demeurant financièrement intéressées par ces clients.

L'Islam n'a pas imposé de limites à la raison. C'est l'Occident qui au Moyen Âge, sous l'œil réprobateur de l'Islam des Lumières, a bridé ses savants. Le fait de faire revivre cette même expérience dans un autre contexte aux musulmans serait dramatique.

Dieu a créé l'homme et en a fait son « Calife », c'est-à-dire, son « lieutenant » sur la Terre. Il lui a confié, en guise de « dépôt », la science, la responsabilité et la liberté de choix, afin qu'il puisse remplir sa mission qui consiste à « peupler » la Terre et mettre en valeur ses richesses. Dieu a dit aux anges : **(2:30)**

« Je vais établir un lieutenant sur la terre », ils dirent : “vas-Tu y établir quelqu'un qui fera le mal et qui répandra le sang, tandis que nous célébrons Tes louanges en Te glorifiant et que nous proclamons Ta sainteté ?” » (2:30)

L'homme a reçu la charge de mettre en valeur les richesses de la Terre et de faire le bien. C'est un être vivant libre et responsable. Responsabilité et liberté sont indissociables en Islam. Mais la liberté de l'homme est conditionnée par le respect des obligations découlant de son statut de lieutenant de Dieu, autrement dit, il doit se conformer, dans l'exercice de ses fonctions, aux normes et aux prescriptions édictées par le Coran. Zamakhchari (1075-1144), dans son *Kachchaf* (commentaire du Coran) commente ainsi : « Dieu, par ces versets, veut dire aux hommes ceci : les biens qui sont entre vos mains appartiennent en réalité à Dieu, qui les a créés et constitués. Et Il les a mis à votre disposition pour que vous en jouissiez. Il vous a permis d'en disposer non pas en tant que propriétaire réel, mais en tant que dépositaire ou mandataire (de Dieu) » **(2:3)**

« Dépensez de ce en quoi il vous a donné la lieutenance... » (2:3)

Le Maître réel (à qui appartient la propriété effective des objets et des êtres) de toutes les richesses et de tous les biens, c'est Celui-là même qui en est le Créateur et le Dispensateur ; c'est Dieu. L'homme doit s'en servir – mais non pas les asservir en vue de remplir sa mission ici-bas, à savoir : « peupler » la terre en la rendant plus belle et plus prospère.

L'homme n'a donc qu'un droit de jouissance **(31:20)** (p. 43) sur ces biens dont il n'est pas le vrai propriétaire. L'homme est libre de disposer de ces biens, de les mettre en valeur, de les développer et de s'en servir, à condition de respecter les obligations découlant de son statut d'« intendant » et de « dépositaire » de ces biens, lesquels appartiennent en réalité à Dieu. L'imam Mohammad 'Abu (1849-1905) résume merveilleusement bien l'idée de la prééminence de l'homme dans l'univers, lorsqu'il dit : « Il est le serviteur de Dieu seul, mais maître de tout ce qui est en dehors de Lui ». Il ajoute « le bien de chacun d'entre vous est le bien de votre communauté à tous, en vertu du principe de la solidarité sociale... » L'importance du savoir est illustrée **(5:16)**.

*« Une lumière et un livre clair vous sont venus de Dieu.
Il dirige ainsi dans les chemins du salut ceux qui cherchent à Lui plaire.
Il les fait sortir des ténèbres vers la lumière ; - avec Sa permission -
et il les dirige sur un droit chemin » (5:16)*

« Les chemins du salut » cités dans ces versets désignent les chemins de la connaissance propres à sauver l'homme de tout ce qui peut l'atteindre tant au physique qu'au moral. De même, le terme « sortir des ténèbres vers la lumière » veut dire faire quitter le monde de l'obscurantisme pour mener vers celui de la lumière. C'est-à-dire vers celui de la connaissance, que l'homme ne pourra atteindre que grâce à l'effort et à la recherche, signifiant par là que la recherche de la connaissance n'a pas de limites.

Les savants musulmans sont les précurseurs des sciences expérimentales qui ont révolutionné la connaissance scientifique et technologique dans le monde. Dans la période prospère de la civilisation islamique, des savants musulmans tels que Jabir-ibn-Hayyan, Al-Razi, Ibn-Sina, Al-Biruni, Al-Jazari, Al-Farabi et bien d'autres ont adopté une approche d'expérimentation contrôlée, qui est à la base de l'investigation et de la découverte scientifique moderne. Ils cherchaient par cette quête du savoir et l'étude systématique de l'univers physique à accéder au rayonnement d'Allah et à Sa proximité. Le siècle des Lumières en Occident aurait-il été possible sans les savants arabes ? Copernic ne s'est-il pas fondé sur les travaux de Nasir al-Din al-Tusi, un mathématicien qui vivait en Iran, au Khorasan au XII^e siècle ? Al-Khawarizmi fondateur de l'algèbre, Ibn al-Haytham physicien irakien du X^e siècle ne sont-ils pas des savants musulmans à qui l'humanité doit beaucoup ?

L'Islam des lumières appelle au recours de la raison imprégnée des fondements et des valeurs sacrées de l'islam, et aussi à la jurisprudence qui permettrait de répondre aux questions se trouvant au cœur des préoccupations du monde contemporain et de trouver des solutions aux problèmes nés de l'évolution de la médecine (8:22).

*« Au regard de Dieu, les pires des bêtes sont celles qui sont sourdes
et muettes et qui ne raisonnent pas » (8:22)*

Le monde musulman s'est intéressé très tôt à la médecine déjà appréciée et connue chez les Arabes, dès le pré-islam, ceux-ci ayant acquis leurs connaissances en ce domaine des Hindous et des Perses notamment, comme le souligne S. Mestiri : « Le vaste mouvement de recherches, d'études et de traductions qui prit naissance en Perse (école de Jundishapour), qui fut transféré à Bagdad dès le début du IX^e siècle chrétien et qui se propagea un siècle plus tard à travers le monde arabo-islamique jusqu'à Cordoue, a abouti à l'émergence de plusieurs ouvrages dits de compilation, de traduction, de synthèse et surtout de mise en ordre des manuscrits grecs. À partir de cette étape on vit très vite apparaître, dans les pôles du monde arabo-islamique (Boukhara, Bagdad, Alep, Damas, Le Caire, Kairouan, Cordoue), toute une série d'œuvres de très haut niveau, écrites en arabe, dans les domaines de la médecine, des sciences exactes et naturelles et de la philosophie. » L'étude de la médecine fut même considérée comme acte de foi. Ibn Rochd déclarait « l'étude de l'anatomie renforce la foi » (*Abulcassis*, Arcs Éditions, 1997,

p. 61). Pour les problèmes touchant au domaine des découvertes scientifiques, qu'il s'agisse de découvertes médicales ou biologiques ou de problèmes d'éthique ou autres, les organismes d'*ifta* agissent soit de leur propre initiative, soit à la demande de pays, d'institutions ou même de tiers. Ils n'hésitent pas, le cas échéant, à demander l'avis des hommes de l'art avant toute sentence s'il s'agit d'un problème spécifique. Cela dénote une attitude ouverte qui consacre la volonté de suivre le progrès dans le monde, tout en restant fidèle au dogme et au droit canon, par une lecture plus libérale et plus ouverte des textes.

Mais indépendamment des traductions, des médecins musulmans tels qu'Al-Razi, Ibn Sina, Ibn Zohr, Abulcassis et d'autres ne s'arrêtèrent pas là, et engagèrent par eux-mêmes des recherches longtemps considérées comme références en Europe.

La question de la concordance entre les Écritures et la science

La première question que se sont posé les musulmans pratiquants face à toutes les découvertes est la même depuis quatorze siècles : est-elle conforme aux textes sacrés ? Du fait que le Coran a pris source de l'omniscience divine, il devrait donc contenir tout ce que nous savons et ne savons pas. Pour lui, l'ensemble du savoir humain n'est qu'une goutte minime de la sagesse éternelle.

Par exemple, la polémique soulevée par les sourates (23:46) ; (23:12-13) ; (32:7-9).

« Nous avons créé l'homme d'un extrait d'argile, puis nous en fîmes une goutte de sperme déposée en un réceptacle sûr. Nous avons transformé la goutte de sperme en jointif, celui-ci en un embryon dont nous avons fait une ossature que nous avons revêtue de chair. Nous l'avons ensuite transformée en une tout autre création. Béni soit Dieu, le meilleur des créateurs. Et en vérité, vous mourrez ensuite pour être ressuscités, le jour de la résurrection » (23:12-13)

« C'est Lui qui a excellé en tout ce qu'Il a créé. Il a créé l'homme à partir d'une argile ; puis d'un vil liquide, Il a tiré sa descendance. Ensuite, Il lui a donné une forme harmonieuse et a insufflé en lui de Son esprit. Il vous a dotés d'une ouïe, d'une vue, d'un cœur. Rarement vous Lui témoignez votre reconnaissance » (32:7-9)

Elles illustrent le dilemme pour les musulmans qui tiennent à interpréter littéralement le Coran. Faut-il tenter de trouver dans le Coran des détails embryologiques précis ? Non, mais le Coran nous éclaire sur les vraies questions, celles de l'Esprit ou de l'origine de la vie. L'Esprit ne commande pas la vie du corps humain, comme on l'a toujours cru ! Le corps est doté de vie avant d'être transformé en une autre création et que Dieu lui insuffle de Son esprit et le reprenne à la mort. Le Coran montre que l'eau est à l'origine de tout ce qui est vivant (21:30).

« Les mécréants ne savent-ils donc pas que les cieux et la terre formaient un chaos, que Nous les avons dissociés et que de l'eau, Nous avons fait tout ce qui est vivant ? Eh quoi ! ne croient-ils donc pas ? » (21:30)

« On t'interrogera sur l'esprit. Dis : l'esprit relève de l'ordre de mon Seigneur et, en fait de science, vous n'avez reçu que peu de choses. » (17:85)

Donc, Dieu fit descendre le Coran pour remettre les hommes sur la bonne voie. L'islam a organisé la vie de l'homme, et le débarrasse des carcans de l'idolâtrie et de la servitude des individus pour bâtir une société humaine juste. Il en découle une société équitable où les rapports de l'homme avec son semblable et avec son entourage sont équilibrés. La manipulation des organes humains peut parfaitement être assimilée à un progrès qui assure le bien-être de l'homme, mais on peut avoir une lecture littérale de certains versets pour s'y opposer.

Le système de valeurs en Islam est fondé, d'autre part, sur la justice, la coexistence pacifique et le bien-être. L'islam récuse la poursuite d'une quelconque connaissance qui soit de nature à provoquer des conflits et la destruction sur la Terre (28:77) ; (2:148).

« Ne provoque pas les dégâts sur la terre ! Allah n'aime pas les provocateurs de dégâts » (28:77)

« Rivalisez dans les bonnes œuvres ! » (2:148)

L'islam ne reconnaît, par conséquent, que celles des connaissances qui sont utiles et bénéfiques pour l'humanité et qui permettent à l'homme d'acquérir la « *taqwa* » (la piété), ou la modération. La « *taqwa* » qui est un principe moral et paraît plus de 258 fois dans le Saint Coran, indique que l'homme doit, proportionnellement, éviter les actions viles et sordides et tendre vers l'action bonne et vertueuse. Le cœur et l'esprit de l'homme constituent le noyau de la « *taqwa* », et c'est grâce à l'éducation que l'on peut les parfaire ou les purifier. Allah désire que l'homme soit moral. L'homme, partant de là, peut maintenir un niveau moral acceptable au moyen de la foi en Dieu (*al-Iman billah*) et de l'action vertueuse (*al-'Amal as-Saleh*). (Voir principes directeurs dans l'équité, chapitre « Le consentement et le don en Islam ».)

Nécessités et interdits : *dharourate* et *mahdhourate*

L'une des controverses instrumentalisées par certains à propos de la transplantation d'organes et l'Islam concerne la règle de la nécessité qui lève les interdits. L'Islam donne toujours la primauté à l'état de nécessité *dharourate* sur les interdits *mahdhourate*, c'est incontestable. Nous allons en débattre et examiner quels en sont les tenants et les aboutissants.

À ce stade, il faut préciser avant tout que l'acte de transplanter des organes n'est pas la partie la plus sujette à controverses, tous reconnaissent que la transplantation est licite, car c'est une thérapeutique efficace. Les savants considèrent que la transplantation d'organes est permise en soi (dans le cadre du respect des principes de l'éthique musulmane), car la règle première est celle de la permission originelle (*al-ibâha al-asliyya*) en l'absence d'un texte ou d'un principe extrait d'un texte indiquant une interdiction. Il n'y a bien sûr pas de texte explicite du Coran et des Hadiths l'interdisant (puisque la transplantation était inconnue de la médecine d'il y a quatorze siècles).

En revanche, l'acte de prélever des organes et notamment sur des cadavres soulève bien des interrogations autour de la mort (chapitre « La mort en Islam »), la sacralité du corps humain (chapitre « La mort encéphalique » et « Le corps humain en Islam ») et le consentement présumé ou explicite (chapitre « Le consentement et le don en Islam »).

Les interdits *Mahdhourate*

Pour le cheikh Abdal Qadim Zalloûm, qui s'exprime clairement contre le prélèvement d'organes sur cadavres, « ... il est indispensable de connaître les prescriptions relatives à l'usage du corps après la mort, à la dignité de la dépouille et au cas de nécessité. L'usage du corps après la mort, il ne peut, de son vivant, les donner par testament. Il est vrai que toute personne est en droit de laisser un testament notifiant un don inférieur ou égal au tiers de sa fortune. Mais il s'agit là d'une permission spéciale propre aux biens ; elle ne peut en aucun cas inclure un don d'organe à titre posthume. Quant aux héritiers, la Loi les autorise à disposer de l'héritage du défunt, mais pas de son corps. Aussi n'ont-ils pas le droit de donner ses organes à des tiers, comme les médecins ou les autorités peuvent

encore moins prétendre à ce droit : il ne leur appartient pas de décider d'un prélèvement d'organe à un mort».

La dignité de la dépouille : l'islam ordonne de respecter les morts au même titre que les vivants, et interdit indistinctement toute atteinte à leur dignité. Il apparaît donc clairement que morts et vivants ont droit aux mêmes égards. Aussi ne doit-on pas nuire à un mort dans son corps ou dans son honneur par amputation, coups, blessures ou insultes. Même si une agression contre un mort n'engage pas la responsabilité de son auteur sur le plan pénal, il n'en demeure pas moins qu'elle constitue une profanation et un péché. Par ailleurs, l'Islam condamne les mutilations, or tout prélèvement d'organes à un mort est une mutilation. Ainsi la loi interdit absolument les prélèvements d'organes à une personne morte, car cela constitue à la fois une mutilation, un préjudice moral et une atteinte à sa dignité. Peut-on accepter ce raisonnement logique de prime abord ?

Le Hadith qui dit : « Casser l'os d'un défunt équivaut à casser l'os d'un vivant » (rapporté par Abû Dâoùd, n° 3207, *Ibn Mâja*, n° 1616, 1617) » ne concerne pas le prélèvement d'un organe sur la dépouille mortelle, *al qiyass* ne s'applique qu'à des cas similaires. Toute atteinte au cadavre constitue une profanation ou une mutilation ! Si les profanations sont absolument interdites, il est faux et trompeur d'assimiler un prélèvement chirurgical d'organes suivi d'une restitution tégumentaire parfaite, à une profanation, c'est tout simplement une approche partisane et tendancieuse, car les intentions sont à la base de tous les actes. L'utilisation d'un corps à des fins scientifiques ou thérapeutiques n'a jamais eu pour but la profanation de cadavre. En Islam, les intentions comptent autant que les actes.

De plus, l'authenticité de la chaîne de transmission de ce Hadith est discutable, à cause de la présence de *Sa'd ibn Sa'id*, qui est un maillon faible (*dha'if jiddan*). D'autre part, même à ne considérer que le contenu de ce texte sans égard pour l'authenticité de sa chaîne, l'interdiction qu'il formule concerne les cas habituels, lorsque aucune situation de nécessité n'existe ; or la greffe n'est permise qu'en cas de nécessité (*Islâm aur jadid medical massâ'il*). Al-Qardhâwî écrit quant à lui que cette interdiction concerne le geste qui consiste à manquer de respect envers la dépouille mortelle d'un être humain ; or le prélèvement ne consiste pas en la même chose (*fatâwâ mu'âsira*).

Les règles de jurisprudence islamiques

L'obligation de la preuve s'impose pour l'illicite.

La nécessité rend licite ce qui ne l'est pas. Mais l'obligation de la preuve s'impose pour l'illicite, ainsi il n'est permis de transgresser l'illicite que pour des raisons valables prouvées.

Devant deux intérêts contradictoires, il faut choisir celui qui est le plus bénéfique.

Restrictions pour le donneur cadavérique

Le consentement préalable du donneur ou de ses héritiers est obligatoire.

Le receveur doit être informé de l'opération et de ses complications.

« Des juristes musulmans des siècles précédents ont écrit qu'il est interdit à un homme d'utiliser des organes humains, à cause de la nécessité du respect dont on doit témoigner vis-à-vis de ces organes. » Khâlid Saïfullâh approuve le principe du respect, mais poursuit en disant qu'il s'agit là d'un principe général, du genre de principes dont les sources de l'islam n'ont pas fixé les modalités d'application. Or, l'utilisation d'organes humains qui était faite auparavant n'a rien à voir avec « l'utilisation » qui en est faite aujourd'hui dans le cadre d'un prélèvement et d'une greffe; celui qui donne son accord pour qu'on prélève tel organe de son corps ne se perçoit et n'est pas perçu par la société comme manquant de respect à cet organe (*Islâm aur jadîd medical massâ'il*).

« Le jour du jugement, quand les hommes seront ressuscités, qu'advient-il de l'organe qui aura appartenu à une personne puis qui aura été greffé sur une autre personne, à la mort de celle-ci ? En ce jour du jugement, les organes témoigneront de ce qu'aura fait leur possesseur sur terre ; eh bien, pour lequel des deux l'organe greffé viendra-t-il témoigner ? »

« Le jour du jugement l'homme sera certes ressuscité avec un corps, mais il ne sera pas composé de ces organes précis qu'il aura eus sur Terre : ceux-ci auront été réduits en poussière depuis longtemps ; il recevra d'autres organes ressemblant à ceux-ci ». Le Hadith ne dit-il pas que les hommes seront ressuscités non circoncis (rapporté par al-Bukhârî, n° 3071, *Muslim*, n° 2860) ? Il y a même des hommes qui auront été voyants sur Terre et qui seront aveugles le jour du jugement dit le Coran. Le simple fait qu'un organe aura appartenu à l'un, puis, après son décès, aura été greffé sur un autre ne semble donc pas empêcher que l'un et l'autre auront tous leurs organes le jour du jugement. « Le corps n'est qu'un dépôt entre les mains de l'homme ; il appartient à Dieu ; comment l'homme pourrait-il être d'accord pour céder ce qui appartient à Dieu ? ».

Que Dieu soit le réel propriétaire et l'homme le gérant d'une chose suffit-il pour interdire à l'homme de céder cette chose ? Certainement, s'il la cède d'une façon qui est hors des principes voulus par Dieu. Mais autrement et dans le cadre des principes voulus, l'homme peut offrir son argent à des nécessiteux, pourtant, c'est bien Dieu qui est propriétaire de l'argent, comme le dit le verset coranique : (2:3) (p. 46).

Enfin, avancer que toute atteinte au cadavre équivaut à une profanation ou à une mutilation est faux ! Si les profanations sont absolument interdites, il est inadmissible d'assimiler un prélèvement chirurgical d'organes suivi d'une restitution tégumentaire parfaite à une profanation ; c'est tromper le monde que de l'affirmer, car les intentions sont à la base de tous les actes, et comptent autant que les actes eux-mêmes. L'utilisation d'un corps à des fins scientifiques ou thérapeutiques n'a jamais eu pour but la profanation de cadavre (voir chapitre 1).

Les questions de la propriété du corps, de la profanation du cadavre, de la mutilation et de la transplantation ont été débattues au cours de plusieurs réunions d'organismes religieux et scientifiques : Haut Conseil des ulémas : décision n° 47 de décembre 1976 et

n° 99 de février 1987 ; Conseil de l'académie du fikh, 8^e session. Décision du 28 avril 1985. Fatwa du cheikh Tantawi Mufti d'Al Azhar en 1988.

Le statut du corps d'un décédé a fait l'objet de multiples discussions religieuses, philosophiques et éthiques. Il a été établi que dans tous les cas de figure, Dieu nous a incité à la générosité et à la solidarité envers nos prochains. On peut utiliser ici l'analogie et retourner l'argument pour dire que le meilleur exemple d'analogie est celui d'offrir une partie de soi-même après sa mort pour sauver la vie d'un autre. Il s'agit bien là d'une charité perpétuelle et infinie.

L'état de nécessité *Dharourate*

« L'état de nécessité est la situation de celui à qui il apparaît clairement que le seul moyen d'éviter un mal plus grand est de causer un moindre mal. » (Traité de la responsabilité civile. T I n° 98. René Savatier, doyen honoraire de la faculté de droit de Poitiers.) Cette définition, bien qu'elle puisse répondre juridiquement à la question, nous paraît néanmoins trop concise et par là insuffisante. Car l'état de nécessité doit être entendu dans le sens le plus large. Il devra comprendre en plus du côté thérapeutique, le domaine de la recherche médicale : la découverte d'un vaccin ou le traitement d'une grave maladie est aussi un moyen de sauvegarde de la santé humaine et par là un moyen de préservation du corps humain.

Tel que défini par le *Larousse*, l'état de nécessité est : « Situation dans laquelle un particulier ou un gouvernement accomplit une action constituant une infraction aux lois pénales, mais qui, du fait des circonstances, bénéficie légalement de l'impunité. »

Les sources du droit musulman tiennent toutes compte de la règle de nécessité qui fait du reste l'objet d'un consensus. La règle de la primauté de la nécessité sur les interdits est reconnue par les jurisconsultes musulmans, toutes tendances confondues. L'exemple fleuve qui en est donné dans la majorité des ouvrages de fikh islamique est l'autorisation de boire de l'alcool ou de manger du porc, si cela doit être de nature à sauvegarder la vie. Alors que la consommation de l'un et de l'autre de ces produits est formellement interdite par l'Islam.

« *Qu'ils fassent du bien, Dieu aime ceux qui font le bien* » (5:32)

« *Celui qui a tué un homme, qui lui-même n'a pas tué, ou qui n'a pas commis de violence sur la terre, est considéré comme s'il avait tué tous les hommes ; et celui qui sauve un seul homme est considéré comme s'il avait sauvé tous les hommes* » (5:32)

Mais là aussi nous butons sur une interprétation stricte du texte de la part des orthodoxes, qui n'acceptent pas la transition de ces cas d'espèces vers d'autres cas. Ils nient toute crédibilité à la lecture de l'école des progressistes qui jugent que ce qui a été déclaré valable pour un cas est aussi valable pour les cas semblables.

L'approche des opposants au don est tendancieuse et partielle, comme nous allons le voir.

Pour les opposants au don, l'état de nécessité est une situation de besoin extrême dans laquelle il est légalement permis à une personne risquant de mourir de faim de consommer, pour subsister, des aliments interdits tels que le sang, le porc, la bête morte, etc. D'ailleurs, si dans pareilles circonstances l'individu se laissait mourir de faim sans recourir à cette permission, cela constituerait un suicide, acte répréhensible aux yeux de l'islam. Mais dans quelle mesure l'état de nécessité peut-il, par analogie (*al qiyass*), légitimer un prélèvement d'organes à un mort en vue d'une transplantation indispensable pour sauver une vie humaine ?

La règle de l'analogie (*al qiyass*) n'est applicable que si et seulement si le cas d'application (ici le prélèvement d'organes) et le principe (l'état de nécessité ainsi défini) ont une cause identique. Or deux cas de figure sont possibles en matière de greffe : des organes indispensables à la vie du receveur et d'autres dont il peut se passer. S'agissant du premier cas, au moins deux objections pourraient être soulevées :

- *la raison d'être de la greffe* (la mise hors de danger du transplanté) n'est pas garantie comme l'est le résultat de la consommation d'aliments interdits justifiée par l'état de nécessité. Ainsi, nombre de transplantations du foie ou du cœur se sont soldées par un échec. Aussi les conditions de la cause même du raisonnement par analogie ne sont-elles pas réunies ;
- *les cas d'application*, c'est-à-dire le prélèvement d'organes, ne doivent pas être en opposition avec un texte légal édictant une disposition contraire à celle permise par la cause analogique, et de plus fort poids. Or le prélèvement d'organes sur les morts est une violation prohibée par plus d'un hadith authentique. Et les arguments explicites de cette interdiction l'emportent sur un éventuel raisonnement par analogie. De ce fait, la nécessité d'une transplantation ne peut légalement justifier un prélèvement d'organes à un individu mort.

Quant à la transplantation non indispensable à la vie du receveur et qui, par définition, ne met pas en danger la vie du donneur, son interdiction apparaît plus évidente, *a fortiori*, puisque non justifiée par l'état de nécessité.

Aussi la Loi condamne-t-elle les prélèvements d'organes sur un individu mort, quelles que soient les circonstances, tandis que les prélèvements sur un individu vivant sont permis, s'il ne s'agit pas d'organes vitaux ou de testicules.

C'est une approche qu'il ne faut pas ignorer et à laquelle il faut répliquer par des arguments justes. L'argumentaire des opposants aux dons tel qu'exposé plus haut nécessite des réponses.

Il est question de l'état de nécessité qui permet de transgresser les interdits. Là aussi on impose la réciprocité et l'obligation de résultat (la réussite de la greffe) à la transgression de l'interdit. Comme nous l'avons vu plus haut, la réussite de la greffe est actuellement supérieure à 90 % dans toutes les séries mondiales. Le danger de mort est évident aussi, même pour le rein ou malgré l'existence de la dialyse, la durée de vie sous dialyse est inférieure à celle de la greffe (fig. 1). Quant à la prétendue asymétrie entre le prélèvement sur un cadavre et le bénéficiaire, s'il y a une asymétrie, tenant compte des intentions nobles à la base, elle est bien en faveur de la vie des personnes greffées. Dieu seul est

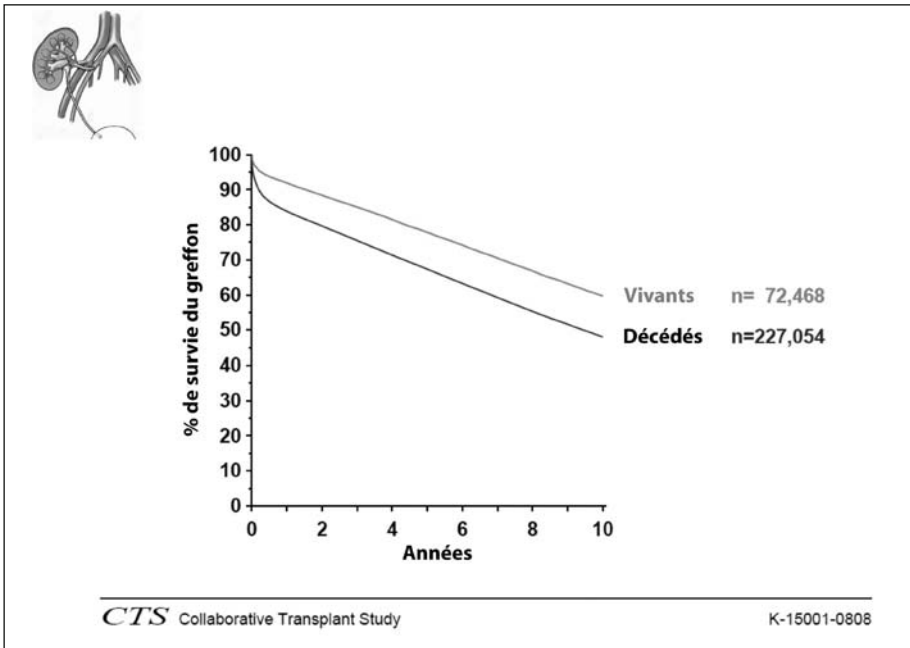


Fig. 1 – Don de reins vivants *versus* décédés. Survie des greffons 1985-2006.

parfait et l'erreur est humaine et à l'impossible nul n'est tenu. L'intention en Islam est au moins aussi importante que les conséquences d'un acte. Aucune thérapeutique, aucun acte humain ne peut avoir un risque nul. Enfin la règle si noble de l'*ijmaä*, prônée par l'Islam, trouve toute son application dans le prélèvement et la transplantation d'organes, pour lesquels scientifiques et religieux se sont prononcés à une très large majorité. Les conditions sont claires :

- l'accord préalable du donneur, des ayants droit ou de l'autorité compétente le cas échéant ;
- la gratuité du don qui ne peut faire l'objet de transaction ni avoir un but lucratif ;
- la restauration tégumentaire du cadavre et son inhumation.

Pour les musulmans s'applique la règle de nécessité, cela comprend toutes les atteintes à l'intégrité physique lorsque, pour répondre au besoin d'un malade qui ne pourrait continuer à vivre ou à bénéficier d'un usage normal de ses fonctions motrices, il faut prélever des organes sur un cadavre. Le prélèvement d'un organe sur une personne défunte est possible à la première condition qu'il en ait donné l'accord lors de son vivant (car il en était alors le gérant) et à la seconde condition que ses proches en donnent aussi l'accord après son décès (car ce sont eux qui s'occupent de sa dépouille). Cependant, il n'est pas possible que l'on prélève la majeure partie du corps du défunt, ni une partie du corps telle que le bain mortuaire, l'enveloppement dans le linceul et la prière funéraire ne puissent plus être possibles ensuite.

Dharourate et Mahdhourate en cas de don du vivant

Dans le cas du prélèvement d'un organe du corps d'une personne vivante pour le greffer à une autre personne vivante (voir p. 92), il y a lieu de distinguer s'il s'agit d'un organe à exemplaire unique dans le corps du donneur tel que le cœur ou le foie, sans lequel la personne ne pourrait plus continuer à vivre, ce qui sera interdit, ou s'il s'agit d'organes qui existent en deux exemplaires tels que les reins et les poumons et dont le prélèvement d'un exemplaire peut affecter la vie du donneur. Ce type de prélèvement sera autorisé.

Le cas du donneur vivant : il est légalement permis à une personne vivante de donner, de sa propre volonté, un ou plusieurs de ses organes (comme un rein par exemple), en cas de nécessité. En effet, toute personne victime d'un préjudice corporel, telle une amputation de la main ou de l'œil, est en droit de demander réparation ou d'accorder la grâce. Or, le pardon est une concession du préjudice subi, c'est-à-dire du droit au dédommagement pour l'organe amputé ; l'individu concède ainsi une réparation qui lui revient de droit, car elle correspond à une partie de son corps dont il peut disposer dans les limites de la loi. Le Coran permet d'ailleurs de gracier le coupable sans demander la loi du talion ni le prix du sang (2:178). On peut donc légitimement faire un don d'organe à quelqu'un qui en a besoin.

« On doit user de procédés convenables envers celui auquel son frère a remis une partie de sa dette » (2:178)

Il existerait cependant deux restrictions à ce don :

- l'organe octroyé ne doit pas être indispensable à la vie ;
- même s'ils ne constituent pas des organes vitaux, les testicules et les ovaires ne peuvent être donnés, car l'islam l'interdit. Il risque de s'ensuivre un mélange et une perte de filiation condamnés par l'islam.

Il serait légalement permis à une personne vivante de donner de sa propre volonté un ou plusieurs de ses organes avec quelques restrictions.

Restrictions pour le donneur vivant

La vie du donneur vivant ne doit à aucun moment être mise en danger.

Le don bénévole ne doit faire l'objet d'aucune contrainte.

Le donneur doit être adulte.

Le don doit être gratuit et librement consenti.

La fatwa la plus récente traitant de la question, en date du 18 août 2006, nous provient du mufti de la République tunisienne, Son Éminence le cheikh Kameleddine Djait. Il est intéressant de noter qu'elle dépasse la polémique sur le principe du prélèvement pour s'attaquer à d'autres questions éthiques :

Dieu le Tout-Puissant déclare : (17:70) (p. 87).

Dieu a ennobli les fils d'Adam en les dotant de toute aptitude et de toute faculté d'évoluer et d'analyser tout ce qui est de nature à leur permettre de changer et leur permettrait d'atteindre toute la félicité prédestinée à leur vie.

L'évolution des sciences et plus particulièrement des sciences médicales et chirurgicales a atteint de larges horizons, ce qui a permis d'effectuer des transplantations d'organes. Que ce soit entre deux êtres vivants ou entre un mort et un vivant.

Dieu nous ordonne de ne jamais désespérer. Il est indéniable que cette avancée scientifique compte parmi les meilleurs bienfaits que Dieu accorde à la personne. C'est pourquoi Il nous incite à ne jamais désespérer (39:53).

De même, le Seigneur nous a interdit le suicide (2:195), et Il a fait suivre cette règle par l'injonction de faire du bien en prescrivant (5:32) (p. 54).

*« Ne désespérez pas de la grâce de Dieu.
Seuls les incroyants désespéreront de la Grâce Divine » (39:53)*

« Ne vous exposez pas de vos propres mains à la perdition » (2:195)

Faire du bien consiste à faire toute action utile. La notion du bien existe en toute chose ainsi que l'édicte le Hadith du Prophète : Dieu a créé le bien en toute chose. Parmi les bienfaits que cite le Seigneur existe le fait de sauver la vie d'une personne. Dieu a déclaré dans le Coran : (5:32).

*« Celui qui a tué un homme qui lui-même n'a pas tué ou qui n'a pas commis de violence sur la Terre est considéré comme s'il avait tué tous les hommes ;
et celui qui sauve un seul homme est considéré
comme s'il avait sauvé tous les hommes » (5:32)*

Quiconque fera part de sa décision de léguer une partie de son corps au profit de ses frères humains, qui en auraient besoin, sera considéré comme ayant fait un acte de bienfaisance. Le prophète Mohamed nous dit : « Soyez miséricordieux envers ceux qui sont sur terre, Dieu vous le rendra dans les cieux. » Il est bien entendu que la légitimité d'un tel acte suppose l'éligibilité légale du donneur. C'est-à-dire qu'il jouisse de toutes ses facultés mentales, qu'il soit majeur et conscient de ses actes. Il appartiendra à la société d'exécuter les dernières volontés du défunt, en plaçant son corps sous une machine qui en garderait les différentes parties en état d'être utilisées le cas échéant et d'en faire bénéficier un tiers : cette volonté de faire bénéficier quelqu'un d'autre de tout ou partie des organes de son corps équivaut à un testament obligatoire d'une personne que Dieu a éclairée et constitue le summum de l'humanisme. Du reste, ce geste pourrait avoir le statut d'une aumône perpétuelle, d'autant plus qu'elle bénéficie à une personne sinon à plusieurs.

Fatwa du cheik P. Kaurellidine Djaït.

« Nous allons exposer avec l'aide divine les conditions de transplantation d'organes.

Le mot organe désigne ici une partie du corps humain (rein, cœur, foie...) ou une partie des tissus le composant (cornée, moelle osseuse...), le bénéficiaire de cette opération

consistant à répondre aux besoins du bénéficiaire afin de préserver sa vie ou de garder la fonction d'une partie, tel l'œil, à condition qu'elle n'ait pas de conséquences physiques ou fonctionnelles incompatibles avec la dignité humaine.

Le bénéfice d'une transplantation se présente sous trois formes :

- prélèvement d'un organe d'un donneur vivant ;
- transplantation d'un organe prélevé sur une personne décédée ;
- transplantation d'organes de reproduction.

Transplantation d'un organe de donneur vivant

Le premier cas dans cette opération peut consister à transplanter l'organe d'un donneur au profit de l'intéressé lui-même tel que la transplantation de la peau d'une partie du corps à une autre partie, ou à transplanter certains os ou certains tissus. Cela est considéré comme légitime à condition que cette transplantation soit exécutée en accord avec le donneur et que le bénéfice en soit supérieur aux risques encourus.

Le deuxième cas est la transplantation de l'organe d'un corps d'une personne vivante à un autre corps. Dans ce cas, il y aura lieu de voir si cet organe est nécessaire à la vie du donneur. Il peut être nécessaire à la vie et ne constituer qu'un organe tel que le cœur ou le foie. Il peut exister en double tel que les reins et les poumons. Puis il est des organes vitaux non démultipliés, mais qui peuvent se régénérer si l'on se contente d'une ablation partielle comme le foie, contrairement à d'autres qui ne peuvent se régénérer, tel le cœur.

Cinq cas de figure :

- si le tissu peut se régénérer systématiquement tel que la moelle osseuse, l'ablation est autorisée, que cela est courant et tient compte de l'intérêt ;
- est autorisée la transplantation d'un organe ou d'un tissu prélevé du corps d'une autre personne, en raison d'une maladie astreignant à cette ablation. C'est le cas du prélèvement de la tête fémorale ;
- l'organe dont une partie seulement a été prélevée se régénère d'office tel que le foie et dont l'ablation n'influe pas sur la santé du donneur. Dans ce cas le prélèvement est autorisé ;
- si l'organe existe en double tel que les reins, le don de la seconde partie est autorisé à condition de bien vérifier que ce don ne peut nuire à la santé physique ou mentale du donneur ;
- est interdite la transplantation d'un organe vital qui conditionne le maintien en vie du donneur telle la transplantation du cœur d'une personne vivante. Cette transplantation ne sera légitime que si le donneur est décédé.

Pour les cinq cas de figure précités, il est essentiel que le donneur soit entièrement apte à prendre de telles décisions. Le don d'un organe ou d'un tissu ne doit avoir de contrepartie payante, car l'être humain n'est pas le propriétaire de son corps, qui appartient au Créateur divin. Dans tous les cas de figure, il n'est pas permis d'astreindre quiconque à effectuer la vente de tout ou partie de son corps.

Transplantation d'un organe d'une personne décédée

Est autorisée la transplantation d'un organe d'une personne décédée, au profit d'une personne vivante, et dont la vie est tributaire de cette transplantation ou dont l'une des fonctions essentielles en est tributaire. À condition que le défunt ait autorisé, de son vivant, ce prélèvement après son décès ou qu'il y ait un accord soit de la part de ses héri-

tiers après le décès ou après autorisation de l'autorité de tutelle si le décédé est d'identité inconnue et qu'il n'a pas d'héritier.

Transplantation d'organes de reproduction

En ce qui concerne la transplantation des éléments de reproduction, les ovules ainsi que les testicules continuant à garder les spécificités héréditaires du donneur (paternité génétique) bien que transplantés, l'acte est donc condamnable. Mais s'il s'agit d'organes ne comportant aucun caractère de transmission d'hérédité génétique, cela est autorisé dans les conditions et les règles légitimes, sauf en ce qui concerne les organes sexuels.

Nous ferons remarquer enfin que si une personne fait part de son intention par écrit de donner un organe après son décès, cette recommandation aura le statut de testament et il ne sera pas permis aux héritiers d'en changer le contenu.

En vertu de ce que nous avons exposé, nous incitons au don d'organes, surtout après le décès. C'est là l'un des plus nobles moyens de nous rapprocher du Seigneur. Il s'agit d'un acte de miséricorde envers l'humanité, et Dieu sera miséricordieux envers ceux qui l'auront été ici-bas. Dieu est le plus Connaisseur et le plus Sage. » (*Cheikh K. Djait.*)

Pour nous résumer, il est donc établi que les prélèvements d'organes ne sont autorisés qu'en cas de nécessité. Ce sera l'application de la règle « qu'entre deux maux il faut choisir le moindre ».

Il est nécessaire que cet acte soit le seul moyen en mesure de sauver, ou de permettre à un être humain de retrouver sa santé ou l'usage normal de tous ses membres afin de mener une vie normale.

Nous nous devons de connaître les dimensions, les limites et le champ d'application de la règle de nécessité. Son application tend à juger licites un acte ou une démarche originellement illicites. Dans ce cas, elle permet d'outrepasser la règle d'inviolabilité du corps humain, pour sauver un autre être humain.

La mort en Islam : une étape et non une fin

À trop axer le débat sur le don et la greffe, on risque de perdre de vue qu'il s'agit de la mort d'êtres humains lors du prélèvement sur cadavre. L'arrêt du cœur n'est pas la seule forme de décès reconnue. La mort encéphalique a bien été reconnue par les instances religieuses musulmanes comme équivalente à une mort définitive et irréversible.

Cette question conduit à aborder celles liées à la vie et à la mort chez le musulman, à la représentation de la vie et la mort en Islam, aux rites et traditions qui accompagnent le mort, et à la définition de la mort en droit islamique (22:66) ; (55:26-27).

« Dieu est en vérité bon et miséricordieux envers les hommes -. C'est lui qui vous a donné la vie, puis, il vous fera mourir, puis, il vous fera revivre - Vraiment l'homme est un grand négateur » (22:66)

« Tout ce qui se trouve sur la terre disparaîtra, la Face de ton Seigneur subsiste, pleine de majesté et de munificence » (55:26-27)

À l'instar d'autres religions, le musulman est convaincu que la vie est un don de Dieu, et que le Seigneur peut récupérer ce don au gré de Sa volonté, dès lors qu'Il l'aura décidé. L'homme est libre de ses pensées et de ses actes, sa vie sur Terre est une période d'épreuve, la vie future est la récompense des justes.

Dans *La Perle précieuse*, Al Ghazali décrit la dissolution progressive des sens physiques et affirme que la dernière faculté qui se perde chez le mourant est l'ouïe, qui se conserve jusqu'à ce que l'âme soit enlevée par les anges... « La vie ne cesse tout à fait qu'au moment où Izrâ'il s'empare de l'âme et la transperce de sa lance, coupant le lien qui l'attache au cœur... L'âme bienheureuse, accompagnée de Gabriel traverse les cieus pour comparaître devant Dieu qui commence par la réprimander avant de lui accorder son pardon. Le voyage de l'impie quant à lui est une tentative d'ascension jusqu'à ce que la traversée de l'un des sept cieus lui soit refusée en raison de son manquement à l'un des sept devoirs fondamentaux. De retour dans la tombe, l'âme goûte félicité ou tourment, selon qu'elle a été agréée ou rejetée, dans l'attente de la résurrection. » (M. Guiraud, *Dictionnaire du Coran*, sous la direction de Mohammad Ali Amir-Moezzi, *op. cit.*, p. 574.)

C'est à cet enfer préliminaire que connaissent les injustes le « châtement de la tombe », que la tradition rapporte les versets coraniques sur les tourments infligés par les anges.

Entre la mort et la résurrection, le mort vit une étape, une sorte de vie transitoire appelée par le Coran « la vie intervalle », *barzakh*yya. Le Coran en parle : (23-99-100).

« Lorsque la mort approche de l'un d'eux, il dit "Mon Seigneur ! Qu'on me renvoie sur la terre. Peut-être alors accomplirai-je une œuvre bonne parmi les choses que j'ai délaissées". Non, c'est là seulement une parole qu'il a prononcée, une barrière (barzakh) se trouve derrière les hommes jusqu'au jour où ils seront ressuscités » (23-99-100)

Autrement dit, les morts entendraient et sentiraient même ce qui se passe chez les vivants ; leurs sens seraient plus aiguisés que ceux des vivants. La vie (*barzakh*yya) commence par l'interrogatoire de deux anges. Le dialogue entre le mort et les anges est inspiré d'un verset coranique (2:3) (p. 46).

Dieu est l'unique créateur et dispensateur de la vie, et la mort est des prérogatives de Dieu seul (25:58), (2:255) et (2:73).

« Le vivant celui qui ne meurt pas » (25:58)

« Le vivant celui qui subsiste par lui-même » (2:255)

« Dieu rend la vie aux morts » (2:73)

C'est avec la permission de Dieu que Jésus ressuscite les morts (30:19).

« Il rend la vie à la terre quand elle est morte, ainsi vous fera-t-il surgir de nouveau » (30:19)

Cela est accompagné naturellement par la conviction que la mort n'est pas une fin en soi, mais une transition vers une résurrection annonciatrice d'une vie future et éternelle (17:1-5).

« Oh j'en jure par le jour de la résurrection. Oh. j'en jure par l'âme prompte à s'accuser ! L'homme nous croit-il incapable de rassembler ses os ? Oh que Si ! Nous avons le pouvoir de rajuster jusqu'à ses phalanges » (17:1-5)

La mort n'est pas la fin de toute vie ; mais seulement le terme d'une étape fixée à l'homme par Dieu pour l'éprouver. Les incroyants craignent la mort qu'ils fuient en vain. Les croyants n'ont pas peur de la mort.

Le Coran fait référence à deux morts, ce qui a donné lieu à des interprétations diverses. Pour Al Ghazali, la première vie est celle du jour du pacte au cours duquel Dieu fait témoigner les hommes contre eux-mêmes, alors que la seconde vie se situe après la

mort et ne débute que le jour de la résurrection. La vie sur Terre ne compte pas, car elle est illusoire.

Il est intéressant de noter que le devenir dans l'autre vie n'est pas fixé en fonction de la richesse ou de la noblesse, mais dépend de la foi d'un homme responsable devant son Créateur.

Le processus de la mort est décrit comme la remontée de l'âme (*nafs*) dans la gorge du mourant, âme recueillie par « l'ange de la mort ». La mort physique est éludée dans le cas des croyants fidèles qui semblent être immédiatement « rappelés » à Dieu. (M. Guiraud, *Dictionnaire du Coran*, sous la direction de Mohammad Ali Amir-Moezzi, *op. cit.*, p. 574.)

La mort, ou plus exactement le passage dans l'au-delà, est au centre de la réflexion du musulman. Le terme « mort » et ses dérivés apparaissent cent soixante fois dans le Coran.

En Islam, la mort n'est qu'un pas sur le chemin de la vie humaine : (67:2) ; (29:88).

« Celui qui a créé la vie et la mort pour vous éprouver et connaître ainsi celui d'entre vous qui agit le mieux » (67:2)

« Toute chose périt, à l'exception de sa face. Vous serez ramenés vers lui » (29:88)

La communauté musulmane est définitivement convaincue que le phénomène de la mort constitue un retour vers Dieu (2:156).

« Nous appartenons à Dieu et c'est à lui que nous retournerons » (2:156)

Elle considère aussi que l'être humain, une fois son passage sur Terre accompli, doit être inhumé dans les plus brefs délais. « L'inhumation est le meilleur hommage que l'on puisse offrir au mort » (Hadith). Le corps ne constituant qu'une enveloppe qui doit être respectée, mais qui doit retourner à la terre dont elle a été pétrie. Pour le musulman, dès sa mort l'homme entre dans l'au-delà, la mort ne signifie donc pas être réduit au néant. Il s'agit uniquement d'une étape transitoire menant à une autre vie, après la résurrection et le Jugement dernier. Dans le Coran, un ange est chargé de cette mission, donner la mort : (32:11) ; (6:61).

« Dis : l'ange de la mort auquel vous êtes confiés vous recueillera puis vous serez ramenés vers votre seigneur » (32:11)

« Ainsi lorsque surviendra l'heure de la mort pour l'un d'entre vous, nos envoyés le rappelleront aussitôt, car ils ne sont pas négligents » (6:61)

Après la mort, on doit faire au mort des ablutions, puis le laver et l'habiller d'un vêtement blanc non cousu. Suivant l'interdit fondamental d'utiliser les images, statues ou fétiches, le corps ne doit pas être utilisé, exposé ou embaumé. L'Islam préfère que le mort soit enterré le plus rapidement possible, peut-être à cause du climat chaud ? Cela n'ex-

clut pas qu'en Islam le corps du cadavre soit aussi sacré que celui du vivant, et a droit au respect absolu ainsi qu'à une sépulture décente (5:31).

« Dieu envoya un corbeau qui se mit à gratter la terre pour lui montrer comment ensevelir le cadavre de son frère » (5:31)

L'inhumation du musulman constitue une obligation solidaire (*fardh kifaya*), c'est-à-dire qu'elle est à la charge de chaque membre de la communauté musulmane en cas de défaillance.

Une mort, des étapes

L'acceptation de la notion de mort encéphalique a été longtemps un obstacle au prélèvement d'organes (voir chapitre « La mort encéphalique »). Les décisions des organismes interislamiques qui ont valeur de fatwas consensuelles traitent souvent de problèmes qui s'interfèrent, cela est normal puisqu'une fatwa concernant la greffe ne peut ignorer le prélèvement.

Néanmoins il existe une décision en date du 4 août 1988 qui est une « fatwa-cadre » qui émane du Conseil de l'académie des sciences du fikh islamique (CASFI) (voir annexe 1) et qui reprend l'essentiel de toutes les fatwas (tableau I).

Tableau I - Les fatwas à propos de la mort encéphalique.

Année	Source	Fatwa
1979	Cheikh Gad al-Haq	Cornée
1980	Koweït	Cornée
1982	Gran Uléma Saoudien	Organes
1986	3 ^e conférence des juristes musulmans	Mort encéphalique
1988	4 ^e conférence des juristes musulmans	Trafic d'organes
1994	Oman	Donneurs vivants et cadavres
1994	Al Azhar	Cadavre ; donneurs vivants
1995	Conseil islamique britannique	Donneurs vivants et cadavres
1995	Dr Al Qaradawi Y.	Cadavre ; xénogreffe

Quels sont donc les critères à partir desquels le droit musulman considère une personne morte avec toutes les conséquences de fait et de droit que cela entraîne ?

Le CASFI, ainsi que l'Organisation islamique des sciences médicales (OISM) ont donné de la mort la définition suivante : un arrêt total et définitif des fonctions respiratoires et cardiaques et/ou un arrêt total et définitif de toutes les fonctions cérébrales y compris celle du tronc, et cité les cas où l'on peut arrêter les instruments de réanimation.

Cette définition type de la mort est rappelée par l'OISM lors de son premier congrès en décembre 1996 au Koweït (voir annexe 1).

Cette définition est conforme à la résolution du Conseil du fikh islamique n° 5 lors de sa réunion d'octobre 1986 à Amman (Jordanie) et confirmée lors du même conseil réuni à La Mecque (Arabie Saoudite) (voir annexe 1).

La mort et ses rituels

La mort au sens générique représente l'un des fondements du droit, des sciences humaines et des arts, car on y projette tous les lieux communs des individus et des groupes sociaux. Dans nos traditions musulmanes, en raison des délais très courts, moins de 24 heures entre l'annonce de la mort et l'enterrement, nous avons encore moins droit à l'erreur ou à l'improvisation. Dès lors aborder le problème du don d'organes sans nous pencher sur la question de la mort dans nos sociétés n'est pas concevable.

« ... La mort était le point où éclatait, de la façon la plus manifeste, l'absolu pouvoir du souverain, la mort va être, au contraire, maintenant, le moment où l'individu échappe à tout pouvoir, retombe sur lui-même et se replie, en quelque sorte, sur sa part la plus privée. Le pouvoir ne connaît plus la mort. Au sens strict, le pouvoir laisse tomber la mort. » (M. Foucault)

« Dans l'histoire des hommes, la mort est un invariant qui n'a, paradoxalement, cessé d'évoluer. Car la mort est à la fois un moment devant lequel on ne triche pas et une séquence entourée de mystère. Traditionnellement comme ouvrant sur l'au-delà, elle a suscité tout un réseau de gestes d'accompagnement. Bien que variables suivant les temps et les lieux, ces rituels constituent le corpus de base de toutes les réflexions sur la mort. »

La société occidentale moderne tend à refuser d'affronter la mort et à l'évacuer lors de cérémonies insignifiantes. On n'honore plus ceux qui s'en vont, on console ceux qui restent. « La mort se cache », disait Michel Foucault. Elle représente encore de nos jours un tabou plus fort que le sexe. Nos sociétés maghrébines évoluent vers la même direction. Les bouleversements sociaux survenus après l'indépendance, les changements de l'habitat, le sentiment d'immortalité qui gagne l'espèce humaine en général, l'éclatement de la cellule familiale font que la mort devient honteuse ! Alors que pour les anciens, l'important était de mourir chez soi entouré, dans les villes on ne meurt plus chez soi et beaucoup n'ont jamais vu un mort. Les nouveaux rituels qui se mettent en place autour de l'hôpital, des médecins et des formalités administratives constituent le mode d'entrée dans le deuil le plus fréquent de nos jours.

« Le fond du problème, avec l'augmentation concomitante des sciences, n'est-il pas aussi l'augmentation concomitante de la conscience, de l'angoisse d'avoir à tout choisir ? C'est à ces situations-limites d'irresponsabilité que le médecin ou l'entourage a affaire. Or, la parole qui peut éclairer le consentement est aussi une parole qui respecte cette ignorance irréductible qui est celle du savoir même : car devant la mort, comme devant certaines souffrances, il n'y a pas de savoir qui tienne. » (Olivier Abel.)

Au-delà de toute considération, on peut schématiquement diviser en deux grandes catégories la perception de la mort par les individus :

- les « *hédonistes ouverts* » favorisent la communication sociale des éléments corporels au double sens de transfert et de « mise en commun ». Ils acceptent la mort encéphalique. Ils ont une image mieux définie du corps. Ils manifestent également des attitudes non conventionnelles à l'égard des rites funéraires ;
- les « *identitaires négatifs fermés* » répugnent à considérer leur propre mort. Ils refusent le concept de mort encéphalique, croient que la vie après la mort est similaire à celle qu'ils ont eu sur Terre, veulent préserver le cadavre à l'image de ce qu'il était vivant. Le contenu « phénoménique » de certaines représentations de « l'au-delà » et la religion interviennent fortement dans leur décision du don d'organes et du corps. La question du don doit être posée en termes de conformisme à l'égard de la tradition culturelle plutôt que d'adhésion à une prescription religieuse en tant que telle, l'erreur de communication étant souvent fatale.

Plus que la religion, l'un des arguments du refus du don serait un ensemble de convictions fortement ancrées dans la culture. Elles ne sont pas toujours clairement verbalisées, mais par exemple beaucoup de nos coréligionnaires croient fermement en une vie transitoire dans la tombe entre la mort et le Jugement dernier, d'autres pensent qu'il faut se présenter au Jugement dernier entier avec ses organes. Nous savons tous le poids des légendes, proverbes et anecdotes véhiculés par les croyances populaires. Pour beaucoup de musulmans, l'âme (*elrouh*) revient avec nous sous une forme ou une autre, le vendredi par exemple, elle entend, voit, éprouve peine et joie. C'est totalement contraire à l'esprit de la religion qui a subi des adaptations locales. Il s'agit probablement de réminiscences culturelles antéislamiques, mais elles ont leur importance. Autant le discours théologique structuré est très clair comme nous le verrons plus loin, autant il est plus difficile de démasquer les non-dits.

Plutôt que de rire ou de négliger ces croyances, il faut y répondre subtilement, indirectement. On y reviendra plus loin.

En Europe, l'absence de relation entre les refus de prélèvement et les confessions religieuses est attestée autant dans les enquêtes de terrain que dans les enquêtes d'intention. Dans les enquêtes de terrain, c'est-à-dire lors des situations réelles de demande de prélèvement, les refus pour motif confessionnel apparaissent peu significatifs. C'est moins vrai pour les musulmans.

Une enquête en psychologie sociale constate également « l'absence de relation univoque entre les intentions de don et les attitudes et représentations religieuses », mais souligne que les arguments diffèrent selon que l'on est croyant ou athée, en particulier certaines représentations de « l'au-delà », suggérant ainsi qu'il est plus raisonnable d'approcher la question en termes de « conformisme » à l'égard d'une tradition culturelle plutôt que d'adhésion à un dogme religieux en tant que tel.

L'origine des refus de prélèvement serait ainsi davantage le fait des perceptions et des représentations de la mort et du corps morcelé, plutôt que dictée par un dogme, des croyances ou des pratiques religieuses, dont on sait par ailleurs (hormis le bouddhisme) que leurs instances représentatives se sont prononcées en faveur du prélèvement. Ce travail reflète l'absence de relation univoque entre les intentions de don et les attitudes

et représentations religieuses contrairement à ce qui a été avancé de façon simpliste dans les pays arabo-musulmans en mettant en avant les avis officiels des hommes de religion.

Le corps n'est-il vraiment dans notre imaginaire qu'une simple enveloppe ? Convictions et religion ne font-elles pas un, pour interdire toute manipulation du corps humain ? Est-ce la bonne solution d'affirmer doctement le contraire ? (95:4) ; (7:11).

« *Oui Nous avons créé l'homme dans la forme la plus parfaite* » (95:4)

« *Oui, Nous vous avons créés et Nous vous avons modelés* » (7:11)

Le corps ne peut jamais être manipulé comme un objet. Il ne peut pas être violé dans son intégrité et dans son individualité. La parole de Satan (4:119) par opposition (30:30).

« *Je leur donnerai un ordre et ils changeront la création de Dieu* » (4:119)

« *L'ordre de créature établi par Dieu ne doit pas être altéré* » (30:30)

Le corps est dans les mains de Dieu, nous en sommes les gérants, lieutenants de Dieu, mais dans un cadre normalisé et contrôlé par les volontés divines édictées dans le Coran, la chariâ et la tradition. Le prélèvement, la greffe, l'autopsie sont des cas d'atteinte à l'intégrité d'un corps humain.

Dans ces conditions, ce n'est pas une mince affaire pour les équipes chargées de recueillir le consentement.

La première réponse qui vient à l'esprit est : « Pour qui est contraint, le Seigneur est miséricordieux », mais est probablement insuffisante comme argument (voir chapitre « nécessité et interdits : *dharourate* et *mahdhourate* »).

Rites et traditions

Le musulman est donc convaincu que le phénomène de la mort constitue un retour vers Dieu. Je considère que l'être humain, une fois son passage sur Terre accompli, doit être inhumé dans les plus brefs délais. Le corps ne constitue qu'une enveloppe, il doit être respecté et doit retourner à la terre dont il a été pétri. Le corps du cadavre est aussi sacré que celui du vivant, et a droit au respect absolu ainsi qu'à une sépulture décente.

L'inhumation du musulman constitue une obligation solidaire (*fardh kifaya*) c'est-à-dire qu'elle est à la charge de chaque membre de la communauté musulmane en cas de défaillance.

Les traditions en Islam réduisent les rites des funérailles à leur plus simple expression. Les hommes se retrouvent égaux dans la mort, aucun appareil particulier ne distingue le riche du pauvre. Un simple suaire fait de toile courante égale pour tous, quelle que fut la richesse du défunt ou son omnipotence de son vivant, constitue le linceul, dans lequel il sera inhumé. Les tombes elles-mêmes ne doivent pas avoir un

aspect somptuaire. Cela est formellement réprouvé par la religion. Les lamentations et le deuil ne sont pas recommandés, seules la prière et l'imploration de la miséricorde divine sont prescrites.

Les équipes chargées de recueillir le consentement de la famille pour le don d'organes sont souvent confrontées à une demande pressante de la famille pour récupérer le corps du défunt. Cette demande est souvent à l'origine du refus, et il faut savoir anticiper cette volonté des parents. Parfois, les délais exigés par la famille, moins de 24 heures, sont incompatibles avec l'ensemble du processus de prélèvement, aussi bien sur le plan psychologique pour la famille que sur le plan pratique pour les équipes médicochirurgicales.

Le deuil au Maghreb

Le deuil est un état affectif douloureux provoqué par la mort d'un être aimé ; il désigne une période de douleur et de chagrin qui suit cette disparition. Cette période est marquée par une idéalisation et une abstention de critique du disparu.

Nous n'avons pas, en tant que soignants, suffisamment de connaissances dans ce domaine pour gérer ou aider les familles à vivre ce deuil. Pourtant les attitudes qui suivent la perte d'un être proche ont toujours été codifiées par les différentes sociétés humaines et il est étrange que les médecins ne soient pas plus formés à affronter ce genre de situation. La fuite du corps médical devant ce type de situation est éloquent. La manière dont le décès est annoncé peut constituer un traumatisme indélébile, les mots prononcés par l'interlocuteur sont souvent marqués à jamais dans les esprits. Souvent, lorsque la famille est éloignée et qu'il lui faut accomplir un voyage, le refus de croire à la mort se prolonge. La brutalité d'une perte, son caractère violent compliquent le travail de deuil, celui-ci risque d'être bloqué en situation aiguë. Voilà deux situations où le refus du don est quasi systématique si nous n'avons été préparés à les affronter. Les expressions du deuil sont peu tolérées dans nos institutions. Les pleurs sont à peine admis, pourtant les larmes constituent un début de dialogue, une décharge motrice et somatique de la tension, salutaire. Elles sont un bon indicateur du laisser-aller des émotions et du lâcher-prise du comportement moteur. L'angoisse, la colère, la rage même, l'agressivité des familles vis-à-vis des soignants ou de ceux qui sont restés en vie sont aussi une expression de culpabilité lors du deuil, elles sont réprimées.

« Il faut défendre la société » : ce sentiment très fort de repli sur soi du clan, de solidarité familiale ou même tribale à la suite de la mort d'un proche se manifeste de façon très criante chez nous. Il constitue une sorte de retour de levier face à l'expropriation des malades par l'institution lors de la maladie. Toutes les tensions familiales s'effacent en pareille circonstance et un élan de solidarité absolue est de règle.

Entamer avec la famille un travail de la pensée, de remémoration est très difficile, pourtant c'est la voie qui permet aux proches d'abandonner les comportements automatiques et d'être plus réceptifs au dialogue.

L'erreur fatale souvent commise est de considérer, sans même l'exprimer verbalement, la personne décédée comme un simple corps, d'oublier qu'elle est aussi bien un concept subjectif, psychique, juridique, philosophique et religieux. Ce corps est une personne qui a tissé des liens affectifs, il est loin d'être un simple réservoir d'organes. Or on considère le corps de façon réductionniste, partielle et partiale, face à l'urgence (urgence d'agir, de prélever...), la facilité est de s'en tenir à un strict point de vue chirurgical, opérant sur le corps comme sur une chose ou un objet. Erreurs tragiques perçues par les proches comme autant d'agressions, comme un acharnement du sort sur les plus faibles, sur les coupables, ceux-là mêmes qui n'ont pas pu ou su protéger l'être aimé de la mort !

Respect de la volonté du défunt ou de la famille ?

L'instauration du « consentement présumé » est une fausse bonne idée, car ce concept est marqué originellement par la défiance. On ne peut pas se sentir quitte avec la fiction du consentement présumé et considérer la question du « don » tranchée, dès lors que le refus n'est pas exprimé sur un registre. C'est une mauvaise solution à long terme.

Le peu de réticences que nous rencontrons lorsqu'on propose l'arrêt de soins, devenus vains, aux familles est à comparer au refus exprimé quand il s'agit de maintenir un donneur en vie pour utiliser ses organes. L'acceptation de la disparition n'est donc pas en cause, c'est une fois cette idée acceptée que nous n'arrivons plus à gérer la situation.

On peut aussi être étonné de constater la différence entre les taux d'acceptation théoriques du don lors des enquêtes d'opinion et le taux de refus dans la réalité (voir chapitre « L'exemple de la Tunisie »). C'est l'autre moitié d'un chemin évoqué plus haut que doivent faire les familles. Certes une opinion décontextualisée et individuelle n'est pas transposable à toute une famille qui de plus ne réagit pas de la même façon qu'un individu seul qui répond en son nom. La décision est moins controversée et problématique dans ce cas. L'instauration de la carte de donneur, solution toute trouvée ici, n'a pas fait progresser le don. On peut se demander alors si la façon d'aborder la question avec les familles n'est pas l'étape déterminante qui a été court-circuitée ?

Le respect du deuil des vivants est indispensable. Plusieurs études montrent que la participation des familles au processus décisionnel semble infléchir les décisions en faveur de l'acceptation et non l'inverse. Le type de discours joue un rôle capital : lorsque l'explication a été donnée à la famille en se fondant sur la loi Caillavet, le taux d'échec a été de 40 % *versus* 20 % si la famille participe à la décision. La problématique de la situation de témoignage favorise le refus.

Refuser de donner les organes d'un proche procède de la volonté de ne pas décider à la place d'autrui.

De même le taux de refus augmente lorsque les délais entre l'annonce de la mort encéphalique et la demande sont trop proches. Le temps de réflexion laissé à la famille plaide en faveur d'une acceptation dans la majorité des cas.

En d'autres termes, notre marge de manœuvre est étroite. L'acceptation ou le refus du don par la famille passe par une adaptation intelligente de notre comportement qui

doit anticiper les attentes de nos concitoyens (deuil, rites funéraires...) et respecter leurs convictions les plus refoulées.

À nouveau, et en tout état de cause, le morcellement corporel représente la cause la plus fréquemment évoquée de refus de prélèvement, souvent exprimée sans détour.

Autre fausse solution ou raccourci dont il faut connaître les limites

La compréhension de la mort encéphalique n'a pas significativement évolué dans la société durant les dix dernières années. Après des dizaines d'émissions et de campagnes de sensibilisation 40 % des Français ne savent pas encore ce qu'est la mort encéphalique. En 1991, lorsque l'on parlait de mort cérébrale, le résultat était identique. Les classes aisées sont les plus favorables, les plus opposés sont issus des classes modestes, 10 % des Français connaissent la législation en vigueur en France et 40 % d'entre eux donnent une réponse compatible avec la législation. La compréhension de la mort encéphalique est difficile. Dans une étude française 18 % des familles n'identifient pas clairement le moment de la mort. Mais 56 % d'entre elles consentent à donner les organes 21 % croient que la mort est effective à l'arrêt cardiaque et 40 % d'entre elles consentent à donner les organes. Aucune différence significative n'est retrouvée entre le taux d'acceptation ou d'opposition selon que la famille pense que le proche est encore en vie après la déclaration de la mort cérébrale ! Les enquêtes de terrain rapportent que le refus du concept de mort encéphalique n'est pas un élément prédominant dans les causes de refus. La compréhension de la mort encéphalique participe à l'acceptation de la mort en elle-même, mais cette compréhension n'est donc pas synonyme d'acceptation du don.

Le refus de la notion de mort encéphalique qui a été longtemps considéré comme un des obstacles principaux au prélèvement d'organes, ne serait pas aussi déterminant ? La question est complexe et aucun aspect pris isolément ne peut constituer une réponse complète.

Le droit musulman considère une personne morte selon le CASFI, ainsi que OISM, si l'on constate un arrêt total et définitif des fonctions respiratoires et cardiaques et/ou un arrêt total et définitif de toutes les fonctions cérébrales y compris celle du tronc, et cite les cas où l'on peut arrêter les instruments de réanimation. Cette définition type de la mort est rappelée par l'OISM lors de son premier congrès en décembre 1996 au Koweït. Cette définition est conforme à la résolution du Conseil du fikh islamique n° 5 lors de sa réunion d'octobre 1986 à Amman et confirmée lors du même Conseil réuni à La Mecque. (Voir les textes en Annexe 1).

Les équipes chargées de recueillir le consentement des familles pour le don d'organes sont souvent confrontées à une mission délicate. La demande pressante de la famille pour récupérer le plus rapidement possible le corps du défunt et profiter d'heures précieuses et rares pour faire un deuil trop court complique encore plus la tâche. C'est probablement l'une des raisons de plusieurs refus du don.

Seul un travail en profondeur peut faire évoluer les mentalités. Anticiper cette volonté des parents, par une information préalable, par la connaissance des convictions profondes de certains, par le respect des rites. Faciliter les formalités administratives et autres difficultés qu'ils ne manqueront pas de rencontrer dans des cités où souvent ils sont seuls et sans le soutien de la famille, est absolument fondamental. Cette anticipation ne s'improvise pas, une formation poussée doit être donnée aux équipes hospita-

lières en charge de recueillir le consentement. Les délais, très courts, exigés par la famille moins de 24 heures entre l'annonce de la mort et l'enterrement sont donc incompatibles avec l'ensemble du processus de prélèvement. Sur le plan psychologique les familles refusent de prolonger ce délai pour des raisons culturelles, sur le plan pratique les équipes chirurgicales en ont besoin, mentir aux familles est contraire à ce contrat de confiance qu'il faut établir avec elles, que faire ? La recherche de solutions face à ces dilemmes doit être collective.

En fin de compte la mort est un événement dramatique dans la vie d'une famille ou d'un groupe. Le processus de deuil obéit à des séquences qu'il est essentiel et important de respecter. Pour accepter cette douloureuse réalité, il faut une rigueur dans l'approche. Il faut laisser du temps à la famille et lui montrer le corps. Il faut aussi essayer d'expliquer en des termes clairs les circonstances de survenue du décès aux proches. Il faut éviter de s'investir affectivement de façon personnelle et trouver la bonne distance pour exprimer une empathie sincère mais professionnelle. Il est important de se préparer pour éviter les approximations sur l'identité ou l'âge par exemple. Il faut aussi une qualité d'accueil et de prise en charge des malades. Toutes ces conditions réunies augmentent le taux d'acceptation du don, si une éducation et une information préalables sur la mort encéphalique ont eu lieu dans la population, sur le lieu de travail ou à l'école. C'est uniquement alors dans ces conditions, que les choix personnels fondés sur la religion deviennent respectables. Chacun est libre de déterminer sa position face à cette question en fonction de ses convictions qui sont toutes estimables et doivent être prises en considération.

La mort encéphalique : du doute à la confiance

Depuis la description de la mort par Hippocrate cinq siècles av. J.-C. « front ridé, yeux caves, nez pointu, bordé d'une couleur noirâtre, tempes affaissées, creuses et ridées, oreilles rétractées vers le haut, lèvres pendantes, pommettes enfoncées, menton ridé et racorni, peau sèche livide ou plombée, poils des narines et des cils parsemés d'une sorte de poussière d'un blanc terne, visage contourné et méconnaissable », la médecine a en réalité beaucoup hésité à propos d'un des diagnostics les plus faciles. Les XVIII^e et XIX^e siècles connurent des débats acharnés entre les traditionalistes (Winslow, Buffon, Bruhin...) défenseurs de la méthode naturelle qui pensaient qu'il n'y avait aucun signe de certitude de mort autre que le début de putréfaction –il fallait donc attendre– et les agissants qui pensaient que le médecin savait poser le diagnostic de la mort avec certitude. En 1880, le gouvernement impose vingt signes à retenir pour le diagnostic officiel de mort. La première moitié du XX^e siècle a eu elle aussi sa part dans ce débat, de la description clinique à la tache verte, puis à la cessation de toute activité cardiaque et circulatoire (Icard) vérifiée par l'artériotomie (1948) ou l'épreuve à la fluorescéine (1948) ou encore le test à l'éther (1958). Le pouvoir de constater la mort repose sur l'officier d'état civil, le médecin devient l'expert de la mort (1960), mais il constate la mort, il ne la définit pas. Les débats de la seconde moitié du siècle dernier ne sont plus animés par le diagnostic de la mort, mais par la précision du moment exact de la mort. C'est l'apparition du concept de mort encéphalique. En 1996, la France a défini la mort par une loi : « la mort est la disparition définitive de la personne humaine, étant entendu que ce qui sépare les vivants des morts est l'activité ou non du cerveau » (Décret de 1996.)

La mort encéphalique est dans certaines circonstances, rares, une étape avant l'arrêt du cœur, elle reflète la destruction totale et irréversible du cerveau, avant l'arrêt du cœur. Le terme de coma dépassé ne doit plus être utilisé pour désigner cet état. La mort encéphalique est la conséquence d'un arrêt de la perfusion cérébrale qui entraîne l'arrêt des fonctions cérébrales puis secondairement une destruction neuronale cellulaire qui est définitive et irréversible. Pour chaque pays une définition légale est nécessaire, notamment pour l'acceptation sociale d'un tel phénomène. Car même si depuis la description historique de Goulon et Mollaret en 1959 la mort encéphalique a fait l'objet d'un grand nombre de travaux autant scientifiques que philosophiques, éthiques, religieux ou juridiques, et alors que les progrès de la science durant ce demi-siècle ont été assimilés et

intégrés à notre façon de vivre, l'opinion publique reste très ignorante et très réticente sur ce concept. La mort encéphalique, qui pourtant répond à des critères scientifiques et médico-légaux stricts, ne correspond pas aux critères culturellement admis de la mort. Il est aussi indéniable que le concept est associé dans les esprits exclusivement au don d'organes, alors que c'est une réalité médicale indépendante de la volonté des médecins, avec ou sans le don. La mort encéphalique n'a pas été inventée par la médecine pour les besoins d'une cause. On estime que la proportion des sujets qui passent par l'état de mort encéphalique avant l'arrêt cardiaque (*ratio* mort encéphalique/décès) peut varier entre 2 et 10 %.

D'un point de vue médical, l'explication est relativement simple. La boîte crânienne est inextensible chez l'adulte. Son volume est de l'ordre de 1 500 cc. Le contenu intracrânien comprend trois secteurs : le parenchyme cérébral (de 80 à 85 %, 1 200 cc), le volume sanguin cérébral (de 3 à 6 %, 150 cc) et le liquide céphalo-rachidien (de 5 à 15 %, 150 cc). Le cerveau est irrigué par deux systèmes artériels : le système carotidien et le système vertébro-basilaire. Une atteinte cérébrale sévère et diffuse entraîne une augmentation du volume du contenu intracrânien, et donc une augmentation de la pression intracrânienne. La pression dans la boîte crânienne peut devenir dans ces conditions supérieure à la pression artérielle de perfusion cérébrale, ce qui entraîne mécaniquement un arrêt de la circulation cérébrale. L'arrêt de la circulation cérébrale au niveau de la pénétration intracrânienne des artères carotides et vertébrales est le substratum physiopathologique de la mort encéphalique. Il faut garder à l'esprit que bien que le cerveau ne représente que 2 % du poids du corps, son débit sanguin est assuré par 14 % du débit cardiaque et son oxygénation requiert 20 % de la consommation d'oxygène du corps entier. Le cerveau consomme beaucoup d'énergie pour maintenir son activité et il dépend étroitement de sa circulation sanguine, car il ne possède pas de réserves énergétiques. La survie du cerveau dépend d'un apport continu en glucose et en oxygène, donc du débit sanguin cérébral. En cas d'arrêt d'apport sanguin en oxygène prolongé comme dans l'ischémie ou l'hypoxémie, la mort neuronale survient en quelques minutes (de 3 à 5 minutes).

Les causes des morts encéphaliques déclarées sont principalement :

- les accidents vasculaires cérébraux ;
- les traumatismes crâniens ;
- les anoxies cérébrales.

La mort du tissu neuronal survient à la suite d'une nécrose de manière rapide ou aiguë. Si l'événement initial est l'arrêt de la perfusion, les conséquences cellulaires sont celles de l'anoxie et de la déplétion énergétique et la mort définitive de la personne.

Deux approches de la mort encéphalique peuvent être retenues (fig. 1) : celle, la plus couramment admise, du concept de mort de tout l'encéphale, incluant les hémisphères et le tronc cérébral (« *whole* » *brain death* ou mort encéphalique) (Autriche, Brésil, Cuba, Danemark, France, Norvège, Pérou, Portugal, Suède, Espagne, Suisse, Canada, Hollande, Venezuela, Argentine, Chili, Allemagne, Italie, Turquie et Tunisie) et celle, anglo-saxonne, de la mort du tronc cérébral (*brainstem death*) (Royaume-Uni, Hongrie, Chypre, Grèce, Taiwan, États-Unis). Le concept de mort du tronc cérébral implique que seule la mise en évidence de l'absence d'activité du tronc cérébral est nécessaire au diagnostic, comme

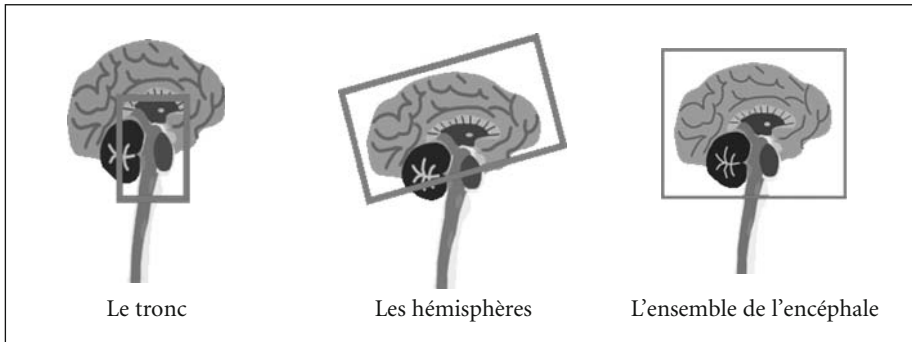


Fig. 1 - Les différentes parties de l'encéphale pouvant être atteintes.

c'est le cas au Royaume-Uni où seules l'abolition de la réactivité des paires crâniennes, l'absence de conscience et l'apnée sont nécessaires au diagnostic confrontées à l'étiologie. Mais la destruction définitive et irréversible isolée du tronc est exceptionnelle.

Dans le concept de mort globale de toutes les structures cérébrales infra- et supratentorielles ou mort encéphalique, le recours à un examen de confirmation du diagnostic clinique est presque toujours légalement obligatoire.

Critères de mort encéphalique dans différents pays

La détermination de la période de la mort est dans la plupart des pays la responsabilité légale du médecin et devrait le rester. Habituellement le médecin pourra sans aucune aide spéciale décider qu'une personne est morte ou non, utilisant pour cela les critères classiques connus de tous les médecins.

La capacité de maintenir par des moyens artificiels la circulation du sang oxygéné par des tissus d'un corps dont le cerveau a pu être irréversiblement détruit a permis de déterminer cette étape de mort encéphalique qui survient avant l'arrêt cardiaque.

L'utilisation des organes et de tissus de cadavre pour la transplantation.

Mais l'intérêt clinique se situe dans l'état de conservation des organes et tissus. Il faut tout faire pour préserver les organes dans le meilleur état possible. La détermination de la mort sera fondée sur le jugement clinique complété au besoin par un certain nombre d'examen complémentaires d'aide au diagnostic. L'électroencéphalogramme est actuellement le plus utile.

Cependant, aucun critère technologique n'est totalement satisfaisant dans l'état actuel de la médecine, aucun procédé technologique ne peut remplacer le jugement global du médecin.

La multiplicité des critères de mort encéphalique retenus par différents pays n'est pas synonyme de doute, mais plutôt de certitudes (voir tableau I). La mort encéphalique est tellement parlante que plusieurs voies peuvent mener au même diagnostic. Pour les cliniciens, plusieurs situations quotidiennes peuvent être source de doute, la mort encéphalique ne se situe absolument pas dans cette catégorie de situations.

Degré d'importance du critère :
0 : obligatoire ; # : optionnel ; X : pas obligatoire

Tableau I - Définitions des morts encéphaliques dans divers pays.

Continent/Pays	Loi	Guidelines	Test d'apnée	Nombre de médecins	Temps d'observation, en heures	Test de confirmation
Amérique du Nord						
États-Unis	P	P	PCO ₂	2*	6	Facultatif
Canada	P	P	PCO ₂	1	6	Facultatif
Caraïbes						
Cuba	A	P	PCO ₂	2	6 (24) ¹	Facultatif
Jamaïque	A	P	A	2	12	Obligatoire
Amérique centrale et du Sud						
Brésil	P	P	DVO	1	6	Facultatif
Chili	P	P	DVO	2	A	Obligatoire
Mexique	P	P	A	A	24	Obligatoire
Europe						
Danemark	P	P	DVO	2	2 (24) ¹	Facultatif
France	P	P	PCO ₂	2	A	Obligatoire
Allemagne	P	P	PCO ₂	2	12	Facultatif
Grèce	P	P	DVO	3	6	Facultatif
Norvège	P	P	DVO	A	24	Obligatoire
Espagne	P	P	PCO ₂	1	6 (24) ¹	Facultatif
Turquie	P	P	PCO ₂	4	A	Obligatoire
Royaume-Uni	P	P	PCO ₂	2	6	Facultatif
Afrique						
Égypte	A	A	A	A	A	Inconnu
Ghana	A	A	A	A	A	Inconnu
Afrique du Sud	P	P	PCO ₂	2	A	Facultatif
Tunisie	P	P	DVO	2	A	Facultatif
Moyen-Orient						
Iran	A	P	A	3	12, 24, 36	Obligatoire
Jordanie	A	P	A	1	A	Obligatoire
Liban	P	P	A	2	6	Obligatoire
Arabie saoudite	P	P	PCO ₂	2	24 ¹	Obligatoire
Syrie	A	A	A	A	A	Inconnu
Émirats arabes unis	P	P	PCO ₂	1	3	Facultatif
Asie						
Chine ²	A	A	A	A	A	Facultatif
Inde	P	P	DVO	4	A	Obligatoire
Indonésie	A	P	PCO ₂	3	24	Facultatif
Japon	P	P	PCO ₂	1	A	Obligatoire
Malaisie	P	P	PCO ₂	2	12	Obligatoire
Pakistan	A	A	A	A	A	Inconnu
Singapour	P	P	PCO ₂	2	A	Facultatif
Océanie						
Australie	P	P	PCO ₂	2	2	Facultatif

* 8 États seulement ; le temps entre parenthèses indique le temps requis en cas d'anoxie ; ¹ Temps d'observation peut être diminué ou supprimé en cas de positivité d'un des tests de confirmation ; ² La Chine a repris le contrôle sur Hong-Kong en 1997 ; PCO₂ = PCO₂ cible fixé (50 ou 60 mmHg) ; A = absence de critères ou de *guidelines* ; DVO = Déconnection du ventilateur seulement ; N = neurologue ; MD = docteur en médecine ; P = présent ; A = absent ; Loi = loi réglementant le don d'organes.

Les signes cliniques de la mort encéphalique sont extrêmement faciles à retrouver. Le tableau clinique est le plus souvent très parlant. Lorsqu'ils sont analysés dans un contexte global, ils permettent de poser le diagnostic avec certitude dans 99 % des cas. Les signes neurologiques sont au premier plan, il s'agit de l'absence de toute réactivité lors des stimulations nociceptives les plus violentes. La constatation du tableau de mort encéphalique est souvent concomitante à un contexte clinique évocateur (hémorragie intracérébrale massive, traumatisme crânien gravissime, etc.

Il existe lors de la mort encéphalique un coma profond, flasque, aréactif. Le patient ne réagit plus aux aspirations pharyngées et endotrachéales. L'absence de réactivité dans le territoire des nerfs crâniens doit être vérifiée : photomoteur, cornéen et oculocardiaque. Les pupilles sont donc en position intermédiaire, fixes, non réactives aux stimulations lumineuses, etc. Les signes respiratoires sont un élément clé du diagnostic de mort encéphalique : l'apnée définitive ou l'absence de mouvements respiratoires déclenchées par un stimulus hypercapnique en l'absence de toute sédation ou curarisation est indiscutable. La ventilation mécanique est bien sûr nécessaire au maintien d'une hémotose des organes de la personne décédée. Les signes hémodynamiques ne sont pas aussi tranchés, du moins au stade initial de la mort encéphalique. L'instabilité circulatoire n'est pas spécifique de l'état de mort encéphalique, mais une hypotension artérielle sans tachycardie et insensible à l'atropine, fait généralement suite à des poussées hypertensives constatées lors du passage vers la mort encéphalique. Le diabète insipide est caractérisé par une polyurie hypotonique. Sa survenue chez un patient en coma aréactif est souvent le témoin du passage vers l'état de mort cérébrale. Il peut être absent dans près de 20 % des cas chez l'adulte et 60 % des cas chez l'enfant.

L'hypothermie doit suivre et non pas précéder le diagnostic de mort cérébrale. C'est la conséquence de la destruction des centres thermorégulateurs.

L'électroencéphalogramme (EEG) plat permet de distinguer la mort encéphalique d'autres tableaux cliniques équivalents, sauf dans trois situations susceptibles d'entraîner des tableaux cliniques identiques à celui de la mort encéphalique qui sont : les intoxications importantes par substances déprimant le système nerveux central, l'hypothermie profonde, et certaines atteintes nerveuses périphériques touchant à la fois les nerfs périphériques et les crâniens.

Mais l'EEG ne doit être qu'un test de confirmation de la mort cérébrale. Il n'est donc fait que dans ce but et après que la lésion responsable a été clairement identifiée et après que l'ensemble des examens cliniques raisonnablement envisageables se sont révélés compatibles avec le diagnostic de mort encéphalique. Son apport est double : il permet de confirmer les résultats de l'examen clinique, la redondance fournie étant source de sécurité accrue pour le patient, et il permet éventuellement de poser le diagnostic différentiel entre la mort et les situations pouvant entraîner un tableau clinique susceptible de simuler la mort. Ce test doit être appliqué selon une méthodologie rigoureuse.

La mort encéphalique n'est pas une vue de l'esprit ou une situation de doute scientifique, c'est une réalité temporelle donc passagère. Elle n'a jamais été identifiée auparavant, car la réanimation ne permettait pas de maintenir les organes perfusés après la destruction du cerveau. Ce sont les progrès de la réanimation qui ont permis d'individualiser cette situation. Elle survient dans certaines circonstances rares quelques heures

avant l'arrêt cardiaque définitif. C'est un état irréversible par suite d'une destruction totale du cerveau. Les critères diagnostiques cliniques et paracliniques ne souffrent d'aucune contestation ou de doute scientifique.

L'exemple de l'autopsie en Islam

Toute atteinte, ablation ou mutilation volontaire d'un cadavre demeure un acte prohibé assimilé à une profanation. Sauf s'il s'agit d'un acte d'intérêt général, et sous réserve de rendre au cadavre une restauration respectable suivie d'inhumation.

Certains musulmans s'opposent systématiquement à toute forme d'autopsie, prétextant que c'est l'islam qui l'interdit. Non seulement c'est faux puisque les cadavres des musulmans sont autopsiés en cas de nécessité dans tous les pays musulmans, mais c'est bien en terre d'islam qu'ont été pratiquées les premières autopsies voilà dix siècles.

Les organismes islamiques ont analysé les cas où une atteinte au corps d'un cadavre est licite.

L'autopsie médico-légale

L'état de nécessité dans ce cas est évident, puisqu'il s'agit de déterminer de manière précise et scientifique les éléments qui contribuent à la découverte de la vérité dans le cas de mort suspecte ou criminelle.

L'autopsie clinique

Elle est justifiée par le besoin d'établir l'existence d'un risque de maladies contagieuses, en vue de prendre les mesures de prophylaxie qui s'imposent pour éviter les épidémies éventuelles.

L'intérêt général dans un pareil cas est évident. Il s'agit d'un acte illicite au départ, devenu licite et même obligatoire.

La dissection à but d'enseignement

L'utilité de telles dissections et autopsies est d'une importance telle pour la formation des médecins que la loi charaïque le permet et l'assimile à l'état de nécessité. Ainsi que le professait déjà le chirurgien arabe El Zahraoui (Abu Cassis) au x^e siècle: « Avant de pratiquer, le chirurgien doit s'entraîner et se familiariser avec la science de l'anatomie afin de bien comprendre le fonctionnement des organes, leur aspect, leur structure, leurs points de jonction et de disjonction ; il doit être bien familiarisé avec l'ostéologie, le système nerveux, les muscles leur nombre exact et leurs points d'attache, les artères, les muscles extenseurs et les muscles fléchisseurs et leurs points de fixation, car celui qui est ignorant de tout ce que nous avons dit risque de commettre des erreurs fatales. »

La césarienne post-mortem

Cette opération est autorisée par la loi charaïque, dans le cas où l'ouverture du ventre d'une femme morte a pour but de sauver un enfant viable ou supposé l'être. Mais cette opération n'est autorisée que sur décision médicale et dans la mesure où elle a des chances d'aboutir au résultat escompté.

Contrairement à ce qui est largement répandu, l'islam n'interdit donc pas formellement l'autopsie, mais impose des règles claires et logiques.

Le corps humain en Islam : le corps et la personne

« Votre corps a des droits sur vous ».
Hadith

La place du corps et son image dans une société conditionnent en partie l'accord ou le refus du don. La question du corps bien terrestre : bien offert à l'homme par Dieu, est traitée par l'islam sous divers aspects.

La création de l'homme (17:70) (p. 8)

L'être humain est une « création de Dieu », qui bénéficie sans nul doute d'un statut sacré en Islam et a droit de ce fait à la dignité et au respect dus à une œuvre divine. Mais contrairement à d'autres croyances, l'islam ne considère pas que l'homme est à l'image de Dieu.

Le Créateur par son essence même ne peut avoir de semblable et Il l'exprime clairement (42:11).

« Rien n'est à Sa Semblance. Il est l'Entendant et le Clairvoyant » (42:11)

Dieu a magnifié et béni Sa créature (43:15), mais il indique bien qu'elle reste Sa créature et non pas le prolongement de Lui-même (40:11) ; (95:4).

« Or ils font d'adorateurs de Dieu un prolongement de Lui-même : ingratitude flagrante de l'homme ! » (43:15)

« Il vous a modelé selon une forme harmonieuse » (40:11)

« Oui, Nous avons créé l'homme dans la forme la plus parfaite » (95:4)

Plusieurs citations dans le Coran soulignent l'importance que Dieu accorde à l'homme, ainsi que Sa sollicitude envers lui (16:5-8-14).

« Il a créé pour vous les bestiaux, vous en retirerez des vêtements chauds, d'autres avantages encore et vous vous en nourrissez... Il a créé pour vous les chevaux, les mulets et les ânes pour que vous les montiez et pour l'apparat. Il crée ce que vous ne savez pas... C'est lui qui a mis la mer à votre service pour que vous en retiriez une chair fraîche et les bijoux dont vous vous parez. Peut-être serez-vous reconnaissants ? » (16:5-8-14)

Quel est le statut du corps humain en Islam ?

Les différentes conceptions sont utiles à examiner quant à la propriété du corps humain en Islam. Il semble néanmoins opportun d'effectuer une digression qui permet d'exposer les avis émis en dehors de la sphère islamique, avant d'engager le débat.

Qu'est-ce que le corps humain ? Quelle est sa consistance, son utilité ? Et quels sont les différents avis qui concernent les questions subséquentes qui en découleront.

Dès lors, et en ce qui concerne le don d'organe, se pose souvent la question de savoir si l'homme est propriétaire de son corps aux yeux de l'islam ou s'il n'en est que l'utilisateur à charge pour lui de le préserver et d'en prendre soin jusqu'à la mort. Puis il appartiendra à la communauté elle-même d'accorder à son cadavre le même respect que celui dû aux vivants et de lui assurer une sépulture.

Le Coran utilise trois termes distincts pour désigner le corps : *badan*, *jassad* et *jism*.

Chacune de ces trois désignations a un sens bien défini en fonction du contexte et des circonstances où elles ont été révélées.

Badan n'a été utilisé qu'une fois dans le Coran dans la sourate de Younés où Dieu s'adressant au pharaon lui dit (*badanika*) (10:92).

« Mais aujourd'hui nous allons te sauver en ton corps » (10 :92)

Selon Razi le mot corps (*badan*) est utilisé en l'occurrence pour désigner l'absence de vie, et fait apparaître en la circonstance le corps comme étant une partie inerte de l'être humain en opposition à la part qui porte la vie, l'âme.

Le terme *jism* toujours selon Razi fait référence à des qualités intellectuelles et morales. Pour les philosophes, le terme *jism* est employé pour désigner tous les corps naturels et physiques. C'est également dans ce sens que l'emploie le théologien Al-Nazzam. *Dictionnaire du Coran, op. cit.*)

Si les occurrences désignant le corps humain sont peu nombreuses dans le Coran, les termes relevant de l'anatomie sont plus fréquents. Il est notamment question de la chair humaine (*lahm*) à laquelle il est fait référence de manière littérale comme métaphorique (*ibid*).

Le corps humain est une création divine, l'homme est chargé de le préserver et d'en prendre soin. Ce qui laisse présumer que tout acte de nature à porter volontairement atteinte à l'intégrité de cette œuvre divine, qu'il s'agisse d'une atteinte totale ou partielle telle qu'une mutilation volontaire et non légitime, ou un suicide constitue de graves manquements à la loi divine : donc l'acte est prohibé par la religion.

Le corps humain, un patrimoine ?

« Le corps humain n'est pas un objet éternel, inscrit de (toute éternité) dans la nature, c'est un corps qui a été vraiment saisi et façonné par l'histoire, par les sociétés, par les régimes, par les idéologies, et par conséquent nous sommes absolument fondés à nous interroger sur ce qu'est notre corps à nous, hommes modernes et hommes particulièrement socialisés et sociaux », écrit très à propos Roland Barthes.

Alors à qui appartient donc le corps humain ? La réponse sera en fonction des interpellés, à savoir : les religions, les croyances, les législations nationales, les traditions, les cultures et les pratiques médicales.

Schématiquement, il existe deux visions du corps humain : celle des professions médicales qui voient le corps comme un matériau et celle des proches du défunt qui voient le corps du disparu comme une enveloppe sacrée à laquelle s'attache le souvenir de la personne disparue et dont l'intégrité de la conservation permettra la résurrection au jour dernier (2:259) (vision utopique). Car Dieu qui a créé l'homme, a le pouvoir de reconstituer son corps intégralement tel que cela est indiqué dans le Coran (75:3-4), même si ce corps a été amputé ou altéré par un prélèvement. Sinon *quid* des accidentés ou des malades qui ont subi l'ablation d'un membre ou d'un organe ?

« Regarde les ossements : voilà comment nous les réunirons,
puis nous les revêtirons de chair » (2:259)

« L'homme pense-t-il que nous ne rassemblerons pas ses os ? oui...
Nous avons le pouvoir de remettre en place jusque ses phalanges. » (75:3-4)

Il est intéressant de souligner à cet égard l'écart qui distingue souvent les principes censés définir la vision religieuse du corps et la manière dont ces principes sont réinvestis sous forme de croyances populaires ou de croyances religieuses.

La vision musulmane du corps humain refuse d'accorder à la personne la libre jouissance de son corps, de la naissance à la mort. Elle ne lui permet qu'un « usufruit » que limite la licence de l'aliéner ou de le détruire. Partant de l'idée que Dieu seul peut être considéré comme le légitime propriétaire du corps humain, c'est-à-dire l'affirmation que « la personne sujet de droit institué en son corps, contient une partie sacrée qui ne relève pas de son autonomie et dont il ne peut disposer. » (I. Arnoux, *Les Droits de l'être humain sur son corps*, Presses universitaires de Bordeaux, 1994, p. 152.)

Le souci de préserver le corps contre toute altération nocive n'est pas contraire au droit d'intervenir qui peut se fonder aussi sur la vision que nous avons de ce corps.

On distingue à cet effet deux thèses concernant la propriété du corps : l'une partant d'une pensée communautaire et l'autre se prévalant d'une pensée libéraliste.

La pensée communautaire soutient que la vision individualiste du corps s'efface devant une vision communautaire qui impose un devoir de solidarité, mais aussi de sacrifice « si le corps a des droits, ces droits ne vont pas sans un certain nombre d'obligations » (F. Dagognet, *Le Corps multiple et un*, Synthélabo, 1992, p. 210.)

Certains auteurs ont même été amenés à se prononcer en faveur d'une vision citoyenne du corps et à affirmer la nécessité d'une logique solidariste pour pallier la pénurie d'organes et même de sang. Ils proposent la possibilité de la création d'une sorte d'« impôt de solidarité » qui astreindrait ceux qui le peuvent à se dévouer.

Mais là se pose une question : l'éventualité de l'appropriation par la communauté de notre corps ne pourrait-elle pas être perçue comme une atteinte à la liberté individuelle ?

En revanche, la conception libéraliste permet de fonder la revendication d'un droit à disposer de son corps et offre donc une assise philosophique à la vision individualiste du corps humain.

À ce stade du débat intervient la qualification du corps humain : constitue-t-il un *corps-personne* ou un *corps-chose* ?

Ces deux qualifications ne jouissent pas du même statut ni de la même reconnaissance, et le débat semble être dominé par la vision du *corps-personne*.

« La résurrection est considérée comme résurrection des corps et correspond au processus de la création qu'elle reproduit. Dieu revêt de chair les ossements : ainsi est décrit le processus de la résurrection qui renvoie l'image de la décomposition des corps et de la dislocation des squelettes qui réduisent le corps à l'état de poussière. La résurrection apparaît comme une « nouvelle création », *Dictionnaire du Coran, op.cit.*, p. 749.

Les partisans du *corps-personne* déduisent des principes tels que l'inviolabilité du corps, le respect de son intégrité, sa non-commercialisation. Auquel cas le corps ne pourra faire l'objet d'un contrat. Il est hors commerce parce qu'il est le substrat de la personne.

La notion de *corps-chose* renvoie de prime abord à une entité que l'on peut considérer du point de vue de sa valeur patrimoniale.

Est une chose ce qui peut s'inscrire dans la sphère de l'appropriation et de l'échange.

La qualification du corps en tant que chose devra tenir compte de la double possibilité : corps chose commercialisable et corps chose hors commerce, soit bien inaliénable (*res extra commercio*).

L'on constatera ainsi que le débat sur la propriété du corps humain est inséparable d'une revendication : celle d'un droit à disposer de son corps ou d'un droit à voir son intégrité physique respectée. À la question de la propriété du corps humain, il faut s'attendre à multiples réponses selon qu'il s'agisse de la réponse du médecin, du chercheur, du psychanalyste, du psychologue, de l'anthropologue, de l'économiste, du sociologue, de l'historien, de l'autorité religieuse, du citoyen, du législateur et du gouvernement.

L'idée maîtresse étant que l'individu puisse avoir la libre disposition de son corps contre toute emprise extérieure quelle qu'en soit l'origine. Car l'individu s'inscrit de fait

dans une communauté politique, c'est-à-dire que la libre disposition de son corps ne peut être soutenue qu'en se fixant comme horizon la possible coexistence des libertés individuelles.

La préservation du corps humain

La préservation de cette œuvre « harmonieuse et parfaite » que représente le corps humain devient implicitement une injonction, un devoir. Comme nous l'avons évoqué plus loin en Islam, non seulement l'âme et la vie sont sacrées, mais le corps l'est aussi (4:29).

« Ne vous suicidez pas. Dieu est miséricordieux pour vous » (4:29)

Le prophète Mohamed a explicité les principes qui doivent régir le comportement de l'homme (**Hadith**).

« Tu as envers Dieu des obligations... tu as envers ton corps des obligations et tu as envers ta famille des obligations... assume tes obligations envers chacun d'eux. »
(Hadith)

Nous retrouvons en ce Hadith l'essence même du devoir de chaque musulman. Les obligations envers Dieu font l'objet de la partie du fikh, ce sont les dévotions « ibadates ». Celles envers le corps concernent tout ce qui est de nature à préserver le corps. Certains utilisent la notion d'intégrité corporelle pour interdire toute manipulation sur les cadavres. Cette position est en totale contradiction avec l'esprit de la religion musulmane qui place la préservation de la vie humaine au-dessus des interdits (*dharourates* et *madhourates*) (voir chapitre « Nécessités et interdits », p. 51) (6:119).

« Dieu vous a indiqué ce qui vous était interdit à moins que vous ne soyez contraints d'y recourir par nécessité. Ton Dieu connaît mieux que personne les transgresseurs. »
(6:119)

Cela n'altère en rien les recommandations concernant le respect du corps humain et l'absolue nécessité d'une restauration tégumentaire parfaite.

De la solidarité en Islam : un principe fondateur

L'islam est une religion qui accorde une place prépondérante à la communauté. Le concept d'*umma*) définit le mieux cet attachement à la communauté et à sa survie. C'est dans cette dynamique qu'il faut comprendre les relations de causalité et de consolidation pour la préservation de cette communauté.

Dans la législation musulmane, la notion d'intérêt général (*maslâha amma*) l'emporte sur toute autre considération. En cas de conflit entre deux intérêts, il faut donner la priorité au plus important (17:70) (p. 8).

La solidarité lie la responsabilité et le destin de chacun à ceux de tous, de sorte que chacun doit affronter les problèmes rencontrés (ou provoqués) par un seul membre du groupe.

Concept ancien, on en trouve l'illustration dans le cadre juridique : la justice prononce la solidarité lorsqu'elle estime que c'est l'action coordonnée des membres du groupe qui a provoqué un événement, et qu'à ce titre tous en sont autant responsables les uns que les autres.

On retrouve également la notion de solidarité dans les organisations militaires (« Un pour tous, tous pour un ») ou dans les populations en proie à un problème commun (catastrophe naturelle, lutte sociale, vie dans le désert...) : il est important de se comporter comme si l'on était directement confrontés au problème des autres, sinon l'obstacle ne sera pas franchi ou l'adversaire pourra « nous » éliminer un par un. Plus largement, dans son acception positive, c'est une démarche humaniste de personnes ayant conscience d'une communauté d'intérêts qui choisissent (ou se sentent moralement obligées) d'assister une autre personne.

La solidarité se distingue de l'*altruisme* : l'altruiste peut souhaiter aider autrui sans pour autant se sentir concerné par ce qui lui arrive, et inversement on peut se rendre solidaire d'autrui simplement par intérêt bien compris et non par altruisme.

Très souvent, on présente sous cette forme positive des formes de solidarité plus ambiguës : une forme d'échange mutuel, où chaque membre se rend solidaire des autres parce que les autres se rendent solidaires de lui. C'est donc un calcul (économique) et non une démarche généreuse ; une forme de solidarité imposée, où chaque membre se trouve obligé d'adhérer au groupe sous peine de perdre certains bénéfices (cas des parents d'un locataire, qui doivent se porter caution solidaire au risque de voir leur

enfant exclu de la location ; frais de copropriété...), voire d'être sous la menace de sanctions (partie socialisée du salaire, impôts, conscription).

La solidarité peut se pratiquer au niveau individuel, mais elle s'exprime souvent sous une forme collective. En effet, il est souvent plus facile ou plus efficace d'adhérer à un groupe, voire de le constituer, que d'agir seul, (exemple : les mutualités dont nous étudierons ultérieurement le statut).

Le concept de solidarité en Islam

L'Islam recommande la solidarité et la bonté mutuelles. Ce principe de solidarité est consolidé par les Hadiths du Prophète qui dit (**Hadith**).

« Dieu viendra en aide à son serviteur tant que celui-ci sera disposé à aider son prochain » (Hadith)

On peut de même citer un autre Hadith qui dit que les relations et sentiments de solidarité entre les musulmans sont comparables aux organes d'un seul corps : si un membre de ce corps est atteint d'un mal, c'est tout le corps qui en souffre. Comme il est précédemment indiqué, le Hadith fait allusion aux obligations envers la famille.

Faut-il entendre par « famille » uniquement la consanguinité et l'alliance ou, plus largement, la grande famille que constitue l'Islam : c'est-à-dire l'*umma*? (Le vocable arabe sous lequel on désigne la communauté est le terme *umma*. Ce terme a comme racine le terme *umm* qui veut dire « mère ». Les croyances sont donc unies par un lien essentiel, la religion et la descendance. C'est ce concept que nous retrouvons dans plusieurs versets et Hadiths.)

Communauté unique dont les membres sont liés par une foi commune, par une même solidarité et soumis à des obligations réciproques. Il résulte de toutes ces injonctions une obligation de solidarité qui doit intervenir entre membres d'une même *umma*, telle qu'elle a été magnifiée dans le Coran par l'exemple de la solidarité qui unissait les habitants de Médine et les émigrés venus de La Mecque lors de l'hégire. Le Prophète a défini aussi la solidarité qui doit exister entre musulmans.

Le statut de la solidarité en Islam

L'expression de la solidarité en Islam se présente sous trois aspects : elle peut être *obligatoire*, *recommandée* ou *souhaitée*. Son champ d'application est très divers et ne concerne pas uniquement l'assistance matérielle ou alimentaire. Sa règle d'or étant « tout ce qui est de nature à alléger une souffrance à répondre à un besoin » Par exemple, le fait de rendre visite aux parents d'un défunt et de leur faire sentir que l'on compatit à leur peine est considéré comme un acte de solidarité.

Mais l'exemple par excellence est illustré par la *zakat*, dîme à payer sur ses biens et ses revenus. La *zakat* constitue l'un des cinq fondements de l'islam, et a un caractère obligatoire ; les bénéficiaires y sont précisés dans le Coran (9:60).

« *Les aumônes sont destinées aux pauvres et aux nécessiteux ; à ceux qui sont chargés de les recueillir ; à ceux dont les cœurs sont à rallier ; au rachat des captifs ; à ceux qui sont chargés de dettes ; à la lutte dans le chemin de Dieu et au voyageur. Tel est l'ordre de Dieu. Dieu sait et Il est juste* » (9:60)

Une analyse des finalités de cette forme de *zakat* permet mieux de comprendre comment les musulmans doivent s'inscrire dans cette dynamique, puisqu'ils contribueront de ce fait à vivifier la flamme de l'islam.

La *zakat* est une institution plutôt sociale que fiscale, car elle constitue un moyen de politique de lutte contre la pauvreté et de solidarité sociale. Elle établit une créance entre Dieu et l'individu (5:12).

« *Accomplissez la prière, acquittez la zakat, et faites à Dieu un prêt sincère* » (5:12)

L'exemple de l'acte de solidarité uniquement recommandé et non obligatoire serait la *zakat el fitr* (qui est l'obole que l'on donne aux pauvres à la fin du mois de ramadan) elle constitue une action recommandée.

Enfin l'acte souhaité sera la charité que l'on peut faire aux nécessiteux, mais qui n'a aucun caractère obligatoire (57:7).

« *Donnez en aumônes ce dont il vous a fait les dispensateurs* » (57:7)

Pour illustrer par un exemple médical, nous dirons que l'acte de donner son sang pour une transfusion est un acte recommandé dans une situation normale ou lors d'une collecte, car il répond à un besoin de la société.

En revanche, il existe une règle du fikh islamique qui crée pour le musulman deux types d'obligation : l'obligation individuelle (*Fardh-ain*) et l'obligation solidaire (*Fardh-kifaya*).

Alors que l'obligation individuelle concerne chaque croyant pris individuellement tel le jeûne du ramadan ou la prière, l'obligation solidaire constitue une obligation qui s'impose solidairement à toute la communauté. Mais il suffira qu'un ou plusieurs membres de la communauté l'assument pour que le reste de la communauté en soit déchargé. En revanche si personne n'assume cette obligation, tous les membres de la communauté en seront individuellement responsables. Le calife Umar qui fut l'un des compagnons du prophète Mohamed, a fait payer le prix du sang (*la dîna*) à chaque membre d'une collectivité qui avait laissé mourir de faim l'un d'entre eux sans lui porter secours, faisant supporter ainsi la responsabilité de cette mort à chacun des membres de la collectivité. Cet exemple illustre s'il en était besoin la dimension du devoir de solidarité tel que conçu par l'islam.

Pour revenir à l'exemple du don de sang, s'il s'agit d'un malade en détresse et dont le groupe sanguin ne correspond qu'à celui d'un donneur sollicité et si celui-ci n'encourt aucun risque ou préjudice par ce don, cet acte deviendra obligatoire pour le donneur, car il s'agira d'un cas de nécessité absolue et s'y dérober constitue un grave manquement au principe de solidarité. Les exemples pourraient se multiplier à l'infini.

Les mutualités en Islam

Ce problème est l'objet de polémiques et de divergences en Islam. Une partie des ulémas l'assimilent au *qumar* (jeu de hasard), ce qui lui donnerait un caractère illicite. Car l'interdiction de ce concept en Islam vient de la règle que tout contrat ou acte économique fondé sur l'aléa ou l'ignorance de tout ou partie du contrat est illicite. Mais il faut faire la distinction entre les mutuelles d'assurances qui peuvent comprendre des aléas et les mutuelles non commerciales qui, elles, sont fondées sur la notion de *takaful* et *ta'oun* (solidarité et assistance).

Le problème des mutuelles et des assurances a fait l'objet de plusieurs réunions de juristes musulmans. En 1977, le Conseil saoudien des ulémas a publié une résolution positive à ce sujet, suivi en 1988 par l'Académie du fikh de l'organisation de la conférence islamique.

Il est important de nos jours, pour bien bénéficier de la vision de l'islam à travers le Coran et la Sunna, de conjuguer les différents enseignements sur la solidarité en Islam ; qu'il s'agisse de *zakat*, de don d'organes ou de toute autre forme d'assistance envers le prochain.

La solidarité entre musulmans et non-musulmans

Pour *Cheikh Jâd Al-Haqq `Alî Jâd Al-Haqq* : faire le bien, donner l'aumône, coopérer avec autrui dans l'accomplissement des œuvres charitables sont des choses recommandées en Islam et sont tout à fait permises entre adeptes des différentes religions. Ibn Abî Shaybah rapporte qu'on interrogea Jâbir Ibn Zayd à propos des ayants-droit de l'aumône. Jâbir répondit : « L'aumône revient à tes coreligionnaires (c'est-à-dire les musulmans) et aux dhimmis (c'est-à-dire les ressortissants non-musulmans de l'État musulman). » Jâbir ajouta : « Le Messager d'Allâh – paix et bénédictions sur lui – réservait aux dhimmis une part de la zakât et du khums ». Le khums, littéralement le cinquième, désigne la part du butin (un cinquième) qui revient à l'État musulman. Le Prophète avait coutume de redistribuer cette part pour subvenir aux besoins des nécessiteux. Par ailleurs, Dieu Tout-Puissant nous autorise sous certaines conditions à épouser leurs femmes. Dieu dit (5:5).

« Vous sont permises, aujourd'hui, les bonnes nourritures. Vous est permise la nourriture des gens du livre, et votre nourriture leur est permise. Vous sont permises les femmes

vertueuses d'entre les croyantes, et les femmes vertueuses d'entre les gens qui ont reçu le Livre avant vous, si vous leur donnez leur dot, avec contrat de mariage, non en débauchés ni en preneurs d'amantes. Et quiconque abjure la foi, alors vaine devient son action, et il sera dans l'au-delà, du nombre des perdants. » (5:5)

Selon ce verset, il est permis de commercer avec les Gens du Livre et d'échanger des bénéfices avec eux. De plus, le verset nous apprend qu'il est permis de consommer la nourriture que nous leur achetons ou qu'ils nous invitent à manger chez eux et qu'il est autorisé de se marier aux femmes scripturaires. Dans *Al-Amwâl*, Abû `Ubayd rapporte que le calife `Umar Ibn `Abd Al-`Azîz, qui était aussi un éminent savant, écrivit au gouverneur qu'il avait nommé à Bassora, lui recommandant entre autres choses : « Quant aux Gens du Livre, prends soin de leurs vieillards et de leurs indigents qui n'ont pas de moyens de subsistance, et entretiens-les sur les deniers du Trésor Public musulman, à la hauteur de leurs besoins. » Ce message montre que le gouverneur avait reçu l'ordre de verser une pension régulière à ces personnes afin de leur éviter de tendre la main pour subvenir à leurs besoins. En vertu de ces textes, les juristes musulmans des écoles malékiste, chafiite et hanbalite sont d'avis qu'il est permis au musulman d'accepter les cadeaux faits par les non-musulmans. Ils considèrent que ce type de présents fait partie des donations échangeables entre adeptes de religions différentes, tant que ces donations ne sont pas faites en vue d'un acte illicite. De plus, il y a des textes explicites de l'école chafiite affirmant qu'il est permis pour un non-musulman de stipuler par testament qu'une mosquée soit construite pour les musulmans. Puisque ce legs relève légalement des contrats de donations, et vu qu'on accepte qu'un non-musulman participe par des dons à la construction d'une mosquée, alors la donation directe par un non-musulman dans le but de construire une mosquée ou de contribuer à sa construction est aussi acceptable. Ainsi, toute autre œuvre de solidarité relève de ce même règlement, y compris le don d'organes.

Le consentement et le don en Islam : droits et devoirs

Le consentement au don est le fondement de tout acte de prélèvement et de greffe. Le don peut revêtir plusieurs aspects : il peut être spontané ou sollicité, présumé ou explicite, ou encore partiel à partir d'un vivant ou total à partir d'un sujet en état de mort encéphalique. Chaque type de don a ses règles éthiques, déontologiques et sa législation. Mais tout don « place pour quelques temps, l'homme et les hommes en face d'une réalité trans-objective et trans-subjective, elle arrache le social au social et puise dans la découverte des instances ainsi perçues une capacité infinie de création et d'innovation. Cette innovation à son tour, agissant sur la trame de l'existence collective, la transforme et la bouleverse, suggérant des formes nouvelles qui, à leur tour, par ce qu'elles sont cristallisées, pèseront sur les membres de la communauté ou de la civilisation. » (*La greffe humaine : (in)certitudes éthiques, du don de soi à la tolérance de l'autre*, R. Carvais).

Logiquement, le consentement présumé devrait, en termes de taux de prélèvement, être supérieur au consentement explicite. La réalité est plus complexe. Les États-Unis, le Royaume-Uni, les Pays-Bas, la Grèce, le Canada, la Nouvelle-Zélande et l'Australie ont par exemple opté avec succès pour le consentement explicite. En l'absence de positionnement par rapport à la question, la famille doit choisir à la place du défunt. La France, l'Espagne, l'Italie, l'Uruguay et bien d'autres pays ont opté pour le consentement implicite. La Belgique est passée du consentement explicite au consentement présumé, ce faisant elle a doublé le nombre de dons en trois ans ; en revanche en Suède l'instauration du consentement présumé n'a pas permis d'augmenter le nombre de dons. Au vu de ces données, il semble que le type de consentement ne soit pas le facteur déterminant dans la réussite ou dans l'échec d'un système.

Dispositions générales

Le prélèvement répond à des dispositions générales qui ont été définies par le CASFI en 1988 : il faut que l'acte de prélèvement prévu soit l'unique moyen de sauver le receveur, et qu'il n'y ait aucune autre possibilité médicale de substitution, telle qu'une xénogreffe ou l'implantation d'un organe artificiel. Il faut qu'il y ait eu accord exprès du donneur

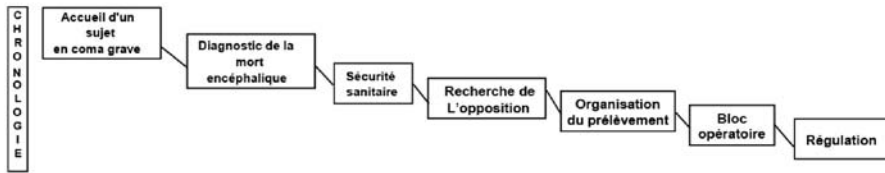


Fig. 1 - Sept étapes : de la déclaration de la mort à l'attribution des organes.

avant son décès, ou du moins qu'il n'ait pas formulé un refus de son vivant. En cas de silence, il appartiendra d'obtenir l'accord unanime de la famille du défunt. On entend par famille les héritiers du défunt et le refus d'un seul membre interdit la manipulation du cadavre. Si le défunt n'a pas de famille connue, il appartient à l'autorité compétente habilitée à représenter la communauté d'émettre son avis. Ce sera donc, selon le cas et les législations nationales, une autorité religieuse ou le ministère de la Santé publique. S'il s'agit d'un mineur ou d'un interdit, le consentement du tuteur est valable, bien que certaines écoles rigoristes réfutent cette compétence du tuteur. Cette position repose sur le raisonnement que l'autorité de tutelle est destinée à sauvegarder les intérêts des personnes soumises au contrôle du tuteur, dans le but de préserver leur patrimoine, mais qu'elle n'accorde en aucun cas aux tuteurs le droit de disposer des corps de leurs protégés qui ne peuvent être assimilés à des biens meubles ou immeubles.

Il est impératif d'organiser toutes les étapes du processus avant toute chose (fig. 1).

L'information transmise à la famille doit être claire et compréhensible, par ailleurs ladite famille doit être réceptive à cette information. Le moment de dire les choses compte autant que l'information elle-même.

L'information doit porter sur :

- le passage à la mort encéphalique ;
- les actes médicaux nécessaires au maintien du donneur artificiellement en vie ;
- les modalités du prélèvement des organes et tissus et leur probable issue ;
- le devenir de la dépouille après le prélèvement.

L'information donnée à la famille du défunt au moment de la demande du don doit respecter un timing rigoureux et obéir à des règles précises :

- un bon accueil de la famille : la qualité humaine et la qualité d'accompagnement de la famille sont aussi importantes que l'information donnée ;
- doit être entreprise par un personnel spécialisé et formé dans l'abord des familles ;
- il faut dissocier l'annonce du décès du dialogue sur le prélèvement d'organes ;
- il faut montrer par des preuves tangibles que l'éventuel donneur est décédé (EEG, ...).

(Voir en annexe 2: Recommandations du troisième colloque France-Maghreb, décembre 2007.)

Les sociologues, et notamment J. Duvignaud et M. Mauss, divisent en quatre grands types le don, selon les motivations :

- les théories économistes

Le don est une forme déguisée de l'achat : achat de contreprestations futures plus importantes que la prestation initiale, contreprestation matérielle ou contreprestations en pouvoir ou en prestige ;

– *les théories inexistentielles*

Le don n'existe pas, c'est une illusion. Qu'il se réduise au prêt, au partage, à l'échange social, ou bien il représente la figure de l'impossible par excellence. Il faudrait pour s'égaliser à son concept qu'il soit tellement sans cause, sans intention et sans raison qu'il ne peut jamais être ;

– *les théories secondarisantes*

Le don n'existe que comme réalité seconde, simple sous-ensemble de quelque chose plus primordial et plus englobant : la culture, le symbole, la religion, le sacrifice ;

– *les théories spécificistes*

Le don est une réalité *sui generis* irréductible à autre chose qu'elle-même, et qui ne s'explique que par elle-même. Le don sert à faire la paix, à tisser le lien social, à partager des ressources. Mais il n'a cette utilité, absolument essentielle, que parce qu'il ne procède que de lui-même et apparaît comme l'acte instituant par excellence.

Il est difficile de classer le don d'organes dans l'une de ces catégories, tant il paraît évident que chaque acte chez une même personne pourrait épouser l'une des quatre formes en fonction du temps et des circonstances. Il est tout aussi difficile d'essayer de comprendre les motifs de refus ou d'acceptation à travers ce prisme.

M. Mauss divise encore le don en deux conceptions opposées :

– le don comme fait social total qui engage la totalité de la communauté. Le don est compréhensible comme la tension entre *Donner, Recevoir et Rendre* ;

– le don comme acte moral, privé et gratuit. Cette conception est essentiellement celle qui semble prédominer spontanément lorsque nous parlons de don.

De fait, les principes directeurs qui valident un don d'organes du point de vue éthique sont :

– le consentement du donneur, bien sûr ;

– la gratuité ;

– l'anonymat donneur/receveur ;

– la transparence ;

– l'équité.

En matière de don d'organes, la société entérine le second concept de M. Mauss. Il s'agit pour l'individu de donner ce qui ne lui appartient pas ou pas tout à fait, même s'il en est le gestionnaire de son vivant, sans rien attendre de précis en retour, sans savoir à qui on a donné et de qui provient le don. Avec comme corollaire qu'il faut juste donner, sans distinction de classe, de religion, de race ou de couleur, juste parce qu'on a une conscience exacerbée d'être humain.

Mais on peut aussi penser que la théorie secondariste et économiste peuvent coexister. On donne à l'autre pour que l'Autre, Dieu, nous donne à son tour ? Cependant l'idée d'un commerce mercantile avec Dieu est difficile à accepter, surtout qu'en Islam il est bien dit que l'homme n'est pas propriétaire de son corps. On ne peut donner que ce que l'on possède. L'être humain n'est pas propriétaire de son corps en Islam (voir

chapitre « Le corps humain en Islam »). Cette vision n'est cependant pas un frein au don d'organes si l'on considère que c'est à la communauté de se prononcer au sein de la loi islamique.

Le consentement explicite

Le prélèvement n'est autorisé que si le défunt a, de son vivant, fait connaître son consentement au don de ses organes après son décès en s'inscrivant sur un registre national ou en portant une carte de donneur d'organes. Mais ce type de consentement est limité par :

Des registres d'inscription nécessitant une lourde logistique informatique, et difficiles à mettre en place et à gérer. Il est contraignant de s'y inscrire ou de se désinscrire.

Toutes les sociétés qui ont choisi le consentement explicite seul n'ont observé qu'un nombre très faible d'inscriptions sur le registre.

La culture du don doit être bien instituée dans la population, avant de choisir la règle du consentement explicite seul.

Recommandations du troisième colloque France-Maghreb, décembre 2007 (Annexe 2).

Le consentement explicite (*opt-in*) en Islam

Il est la signification volontaire, spontanée et désintéressée d'une personne de sa décision de faire don d'un organe de son vivant, ou de faire don en vue de prélèvement après son décès. C'est la forme de consentement la plus proche de l'esprit de la philosophie islamique, car elle respecte le libre arbitre de l'individu.

Le don d'un organe de son vivant est autorisé, mais soumis aux conditions suivantes, en plus de l'accord du donneur évidemment :

- l'assurance que ce don ne puisse pas porter un préjudice vital au donneur, ou porter atteinte à ses fonctions essentielles ;
- que l'organe donné ne soit pas un organe unique, tel que le cœur ;
- qu'il s'agisse d'un don gratuit ; l'organe n'est pas une marchandise et ne devra en aucun cas faire l'objet d'une vente ou d'une gratification quelconque ;
- l'état de nécessité du receveur d'obtenir cet organe qui serait de nature à lui rendre un espoir de vie ou à lui permettre le rétablissement de fonctions essentielles. Le don par exemple pour une greffe de la peau dans un but de chirurgie esthétique est interdit, alors qu'il est licite s'il s'agit de chirurgie réparatrice ou correctrice de fonctions organiques ou motrices.

L'on peut aussi décider du don de son propre corps à la science après le décès, ce qui est autorisé compte tenu de la nécessité d'utiliser des corps de personnes décédées à des fins de recherche et d'enseignement. Ce sera donc la démarche volontaire faite par le défunt, de son vivant elle correspond à un legs de son corps à la faculté de médecine. Le corps, une fois transporté vers la faculté de médecine, n'est pas rendu à la famille. Il est tout à fait possible de faire en même temps un don du corps à la science et un don d'organes, de tissus ou de cellules à finalité thérapeutique. Cette volonté est signifiée par une déclaration faite auprès d'une juridiction compétente en la matière (président du tribunal de première instance) avec possibilité pour lui de se rétracter à tout moment. Il s'agira là d'un consentement exprès.

Le consentement implicite ou présumé

Tout individu est considéré consentant au don d'éléments de son corps après la mort, en vue de greffe, s'il n'a pas manifesté son opposition de son vivant.

Le prélèvement est autorisé sauf si le défunt a, de son vivant, fait connaître son refus de faire don de ses organes après son décès soit en s'inscrivant sur un registre national, soit par disposition testamentaire, soit par simple information orale à ses proches. C'est la règle du « Qui ne dit mot consent ! »

C'est la société tout entière qui prend la responsabilité de prélever s'il n'y a pas d'opposition.

Ce type de consentement n'est éthiquement valable que si et seulement si l'information des citoyens a été auparavant complète, répétée et comprise.

L'information est l'étape clé dans ce type de consentement.

Le processus d'obtention d'un organe doit être assorti de mesures précises et écrites, afin de savoir si le donneur potentiel avait opté pour le refus du don.

Recommandations du troisième colloque France-Maghreb, décembre 2007 (voir Annexe 2).

Le consentement présumé (*opt-out*) en Islam

Ce consentement concerne les personnes décédées qui n'ont pas exprimé leur volonté ni dans un sens ni dans l'autre. Ce type de présomption est prévu dans certaines législations surtout si le défunt n'a pas de famille ou si celle-ci ne s'oppose pas.

Il est recommandé d'avoir recours au chef de la communauté musulmane ou au ministère public, ce dernier étant censé représenter la société. Le choix de consulter les familles respecte le deuil de ces personnes, mais certainement pas la loi islamique.

La logique qui fait de la vie d'autrui une priorité n'est pas non plus forcément admise par le citoyen qui n'a pas eu accès à des soins de qualité ; que dire lorsque le donneur potentiel lui-même a été victime d'un retard de prise en charge ? L'inacceptabilité de l'évidence par la famille lors de la survenue d'un décès se conjugue dans ce cas à la conviction qu'il s'agit d'une mort injuste !

Le consentement présumé est alors perçu comme une agression. Le refus, parfois violent, trouve toujours ses racines autour d'une idée d'agression du corps, du fantasme de dépeçage, et, au-delà, de transgression des lois religieuses. L'instrumentalisation des organes est alors négative, voire même dangereuse. Beaucoup d'équipes ont axé leur discours sur une logique utilitariste centrée sur l'efficacité, le refus de laisser des organes pourrir ; est-ce la bonne stratégie ?

Il ne faudrait pas croire que nos pays peuvent faire l'économie d'un travail de fond sur la question. Une stratégie de communication sérieuse fondée sur notre réalité doit être mise en place.

Les chiïtes, tout en admettant le don d'organes, exigent le consentement exprès du donneur, sa famille n'étant pas habilitée à se prononcer après son décès. La restauration tégumentaire est exigée impérativement avant toute inhumation et cette dernière recommandation a fait l'objet de plusieurs décisions de la part des différentes institutions inter-islamiques.

Il est intéressant à cet égard de signaler la fatwa émise par le ministère des Wakfs (biens de main-morte) et des Affaires islamiques au Koweït en date du 24/11/1979 sous le n° 132/79. Ce texte permet non seulement la transplantation d'un organe prélevé sur une personne, qu'elle soit vivante ou morte, mais déclare licite ce prélèvement sur un cadavre, que la personne ait formulé ou non son acquiescement *pre mortem* et en vertu de la règle qui permet d'outrepasser l'interdit lorsqu'il s'agit de sauver une vie humaine. Cela assimilerait le silence du donneur avant sa mort à un accord présumé. Toutefois cette fatwa prématurée n'a été suivie ni par le ministère de la Santé ni par le Parlement. Dans le meilleur des cas, une sorte de dichotomie du choix a été adoptée par les textes, où le consentement présumé a été renforcé par le consentement des membres de la famille comme dans la loi tunisienne.

La majorité des textes de l'Islam s'entendent sur la nécessité de l'accord du donneur de son vivant ou de l'absence de refus de sa part ou de ses héritiers en cas de non-déclaration.

Le corps humain appartient à Dieu et non pas à l'homme. Néanmoins, l'homme est responsable de ses organes et de l'usage qu'il peut en faire.

La vente des organes est totalement interdite.

La gratuité du don est un élément éthique primordial.

(Voir en annexe 2: Recommandations du troisième colloque France-Maghreb, décembre 2007.)

Un certain nombre de paramètres vont déterminer le choix, le refus ou l'acceptation d'un don par une famille.

Les demandes faites dans un coin de couloir par un médecin non formé n'ont aucune chance d'aboutir. L'absence de structuration des prélèvements est un handicap quasi insurmontable :

- A posteriori* les personnes qui ont vécu un tel drame expliquent leur refus par :
- *l'absence de sollicitude des soignants envers les familles*. Le temps du deuil est important et incontournable; une équipe soignante bien formée doit accompagner les familles dans leur démarche interne en étant disponible, en montrant un profond respect de la vie, de la mort, de la famille et du mort. On doit prendre en considération que notre intervention se fait toujours dans un moment où le choc émotionnel est le plus intense, que l'acceptation ou le refus du don établit une relation intense entre la famille et l'institution qu'il ne faut pas rejeter ;
 - *les maladroites des soignants dans la relation thérapeutique*, comme le fait de ne pas expliquer pourquoi on refait ou pas un scanner ou un EEG, ou de parler de coma prolongé. La brutalité de l'annonce de la mort émanant de l'hôpital est une erreur fatale au processus ;
 - *l'insuffisance d'information sur les conditions* de prélèvement et de restitution tégumentaire ;
 - *le non-respect de la loi relative au témoignage* de la famille, notamment face au consentement présumé. Parfois, même si le donneur a exprimé son accord auparavant clairement, les familles hésitent longtemps et il faut respecter leurs hésitations. Ailleurs, le

don est accepté par les membres de la famille les plus proches, mais on nous demande de le cacher aux autres ;

– *le respect des personnes et des rites funéraires*. Le passage du monde des vivants vers celui des morts est bien codifié dans chaque société, l'ignorer ou ne pas en tenir compte est très mal accepté en pareilles circonstances.

La façon de présenter les demandes est donc plus importante que le statut de la personne qui les formule.

L'Espagne a réussi à devenir le leader mondial en matière de prélèvement d'organes grâce à une organisation parfaite. Une véritable approche professionnelle du don a été mise en place. Des postes budgétaires ont été ouverts dans chaque hôpital. Devant chaque mort encéphalique, les Espagnols savent que la question du don leur sera posée en toute sérénité, sans improvisation ni entourloupe.

Les conditions d'accueil des familles en réanimation, le déroulement de l'entretien, le délai entre l'annonce de la mort et la demande du don, le lieu, les personnes et la façon de demander sont codifiés, rien n'est laissé au hasard.

Recentrer la communication

La confiance dans les médias est un autre sujet. Mais il est du rôle des journalistes de remettre en cause le pouvoir absolu de la science, de défendre et de diffuser les valeurs éthiques reconnues par tous. Il revient aux médias de trouver les moyens de communication adéquats entre les médecins et la société pour faire de la santé un choix de société et non des décisions ministérielles. Mettre sur la place publique la question du don et de la greffe est sûrement une question capitale qui intéresse beaucoup de citoyens, mais il faut le faire en dehors du contexte de la performance et du sensationnel. Il s'agit d'un débat de société contre la rumeur, pour la transparence. Il est important de dénoncer vigoureusement toutes les formes d'abus, de montrer un réel respect pour l'ensemble des opinions : convaincre les réticents, sans culpabiliser toutefois les réfractaires.

Ce débat ne devrait surtout pas être dirigé par des médecins en quête d'organes.

Expliquer, convaincre pour amener nos concitoyens à penser ce qu'une jeune élève a si bien exprimé : « Je donne de moi-même, non pas tant de mon enveloppe corporelle, qui à elle seule ne peut suffire à me définir, que d'une certaine solidarité d'esprit à laquelle je participe ». Cela nécessite un travail de fond sur les causes de refus, les mécanismes du deuil dans nos sociétés, la place du corps médical, l'équité, la transparence, bref une restructuration de la santé autour du don.

Approche des familles : (voir chapitre « L'approche des familles : écoute, information, dialogue »)

Le modèle et l'étendue de la famille sont difficiles à cerner au Maghreb.

L'identification du membre influent peut être déterminante lors de l'approche des familles.

Lors de l'entretien, se limiter aux plus proches parents, en sachant que les liens du sang, plus que la notion de proche, sont plus déterminants dans nos populations.

Les familles ont tendance à refuser la mort souvent brutale d'un proche; évoquer le prélèvement peut être d'une brutalité extrême.

La meilleure approche dans ce cas est de ne pas solliciter le consentement de la famille pour le don, mais de l'interroger en premier lieu sur les valeurs et les convictions de l'éventuel donneur avant la perte de ses capacités mentales.

En cas d'un désir explicite de don du défunt avant sa mort (ex : carte d'identité nationale), la famille n'a alors pas le droit d'émettre son opposition. Cette mention doit être considérée comme un testament et nul ne peut annuler la décision du défunt après sa mort.

(Voir en annexe 2: Recommandations du troisième colloque France-Maghreb, décembre 2007.)

Le consentement chez le donneur vivant

Il s'agit de l'un des aspects les plus délicats de la question. Le don entre vivants apparentés pose, comme nous le verrons dans le prochain chapitre, de sérieuses questions éthiques. Le donneur vivant apparenté n'est pas à l'abri de pressions familiales, financières ou psychologiques. Le don du vivant est la voie la moins souhaitée et la plus risquée en termes éthiques et médicaux.

Le consentement libre et éclairé d'un adulte, majeur et en possession de toutes ses facultés est requis pour valider le don. Les prélèvements chez des mineurs au sein d'une même famille est parfois la seule solution pour sauver un malade ; seuls les prélèvements de moelle osseuse sont tolérés chez les mineurs. La question du libre choix des mineurs est bien évidemment impossible à résoudre.

Donneur vivant apparenté

S'assurer que le consentement donné est libre de toute pression en cas de don à partir d'un donneur vivant apparenté.

Tenter de déceler les craintes cachées du donneur ou les pressions inavouées : l'existence d'une pression affective ou matérielle de la part du receveur sur le donneur ne peut être éliminée formellement.

La législation peut limiter les dérives en établissant un comité d'experts ou « comité d'aide à la décision » pouvant comporter des médecins, des psychologues ou des représentants de la société civile. Ils auront la charge après avoir reçu la famille et/ou le(s) donneur(s) potentiel(s) de juger de la qualité de l'information reçue (bénéfice, risques, résultats...) et de l'absence de toute forme de contrainte sur la décision prise.

Le don de l'organe d'un jeune adulte à ses parents doit être évité au maximum.

Les personnes « vulnérables » incapables de prendre des décisions éclairées, tels les mineurs ou les personnes frappées d'incapacité mentale, ne doivent pas être considérées comme des donneurs potentiels, sauf dans des situations tout à fait particulières et exceptionnelles (greffe de moelle osseuse entre enfants mineurs par exemple).

Donneur vivant non apparenté

Il n'y a pas d'objection absolue si des liens étroits, stables et objectifs existent entre le donneur et le receveur. Un encadrement législatif doit fixer ces modalités. Les incitations financières pour l'obtention d'organes à des fins de transplantation doivent être interdites.

Comment exprimer le consentement ?

Il faut insister sur tous les désagréments engendrés par le prélèvement et sur les effets secondaires à court, à moyen et à long terme.

Les renseignements doivent être transcrits par écrit.

L'obligation de faire signer le donneur devant un juge peut être source de rétractation de dernière minute en cas d'incertitude.

(Voir Annexe 2: Recommandations du troisième colloque France-Maghreb, décembre 2007.)

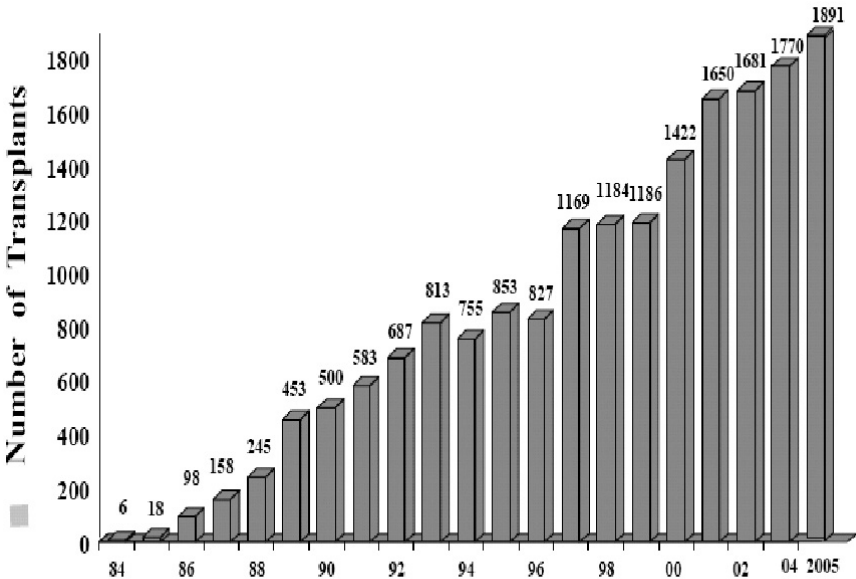
Le consentement du donneur vivant non apparenté est toujours *a priori* délicat. C'est la question la plus épineuse, surtout dans nos régions. Ce consentement restera toujours suspect, car on ne peut jamais être sûr qu'il est librement consenti.

Transplantation d'organes et risques d'atteinte aux droits de l'homme

Les prélèvements et dons d'organes sont gérés par plusieurs principes directeurs, dont les plus importants sont : *la transparence, l'équité, l'anonymat, la gratuité.*

Toute violation consciente ou involontaire d'un ou de plusieurs de ces principes est une atteinte à la philosophie du don et de la greffe. Néanmoins, les approches divergentes mais déclarées de la question sont intéressantes à analyser.

Les choix de certains systèmes de santé sont critiquables, parce qu'ils ont transgressé au moins l'un de ces principes, mais ils ont réussi à répondre aux besoins en termes de nombre d'organes en instaurant un marché régulé des organes (fig.1).



The annual number of renal transplants performed in Iran from 1984 to 2005

Fig. 1 - Transplantations rénales réalisées en Iran de 1984 à 2005.

En 2007, plus de 2 500 transplantations rénales ont été réalisées au Pakistan, plus de 70% des reins transplantés provenaient de donateurs non apparentés, des vendeurs socialement et économiquement vulnérables. Plus de la moitié des receveurs étaient non Pakistanais, ils ont payé vingt à trente mille dollars (USD) pour être greffés. Les résultats de ces greffes sont mauvais en raison des complications infectieuses que subissent ces donateurs. En Iran, la transplantation rénale à partir de donateurs non apparentés pose de réels problèmes éthiques. Le vendeur est payé 1 200 USD, mais des sommes d'argent supplémentaires sont négociées entre le vendeur et le receveur. Les Iraniens déclarent avoir supprimé les listes d'attente, ceci est partiellement vrai, les patients en hémodialyse qui n'ont pas beaucoup de moyens ne peuvent espérer être greffés que par des reins de cadavre. Aussi bien en Iran qu'au Pakistan, les receveurs de rein sont relativement riches et les vendeurs sont pauvres. Ils vendent leur rein pour payer des dettes ou gagner un peu d'argent facile.

L'asymétrie de la relation donneur-récepteur est flagrante en matière de don d'organes à partir du donneur vivant non apparenté souvent, et parfois apparenté. Certains proposent d'instaurer un marché régulé. Pour répondre à cette injustice, nous allons tenter de comprendre leurs motivations. Nous tenterons aussi de brosser un tableau des phénomènes inquiétants de commerce des organes et de tourisme de transplantation qui se développent dans certains milieux aisés aux dépens des pauvres (voir en annexe 3 : Déclaration d'Istanbul). Le tourisme de transplantation est défini comme étant la circulation à travers les frontières nationales d'un ou de plusieurs des acteurs de la transplantation, receveur et/ou chirurgien et/ou donneur vivant, dans le seul but d'obtenir un organe de personnes en général vulnérables, qu'elles soient décédées ou vivantes, contre de l'argent comptant ou des marchandises.

Bien évidemment, le traitement de ces approches se fera à la lumière de la pensée islamique.

Les principes directeurs de la greffe sont donc :

L'équité qui est une notion juridique et morale. En Islam, l'équité constitue un élément régulateur de la vie en société (49:9).

« Soyez équitables, Dieu aime ceux qui sont équitables » (49:9)

L'équité, du latin *aequitas* « égalité », est une « notion de la justice naturelle dans l'appréciation de ce qui est dû à chacun ». (*Petit Robert*, 1995). C'est donc la notion de ce qui est juste.

« L'exigence de justice qui est au fondement de l'éthique va au-delà du simple cercle des droits et devoirs réciproques. Être juste au sens éthique du terme n'est pas se borner à respecter le droit en vigueur » pour Pierre Le Coz.

L'équité est l'une des vertus à laquelle l'islam a toujours attaché une grande importance eu égard à son rôle dans le monde. C'est l'une des valeurs fondamentales de cette religion. Dieu n'a cessé d'ordonner le respect de la règle d'équité dans le Coran. Elle y sera citée dans vingt versets du Coran. Règle intransigeante, elle est exigée par les trois religions abrahamiques (5:42).

« Dieu aime ceux qui jugent avec équité » (5:42)

Tous les êtres humains ont droit au respect et à une égalité de traitement. Au cours du xx^e siècle il y eut un développement considérable du concept d'égalité en termes de droits humains.

Le langage médical traduit cette notion par l'action de faire bénéficier le malade de tout ce que nécessitent son état de soins, sa prise en charge, etc., sans discrimination aucune, et sans distinction de race, de religion, de milieu social, d'âge etc.

La profession médicale a eu pendant des années des vues quelque peu contradictoires sur l'égalité et les droits des patients. Est-ce que l'entendement du terme égalité est absolu ou nuancé ? Où réside l'équité dans le domaine de la transplantation, lorsque le praticien ne dispose que d'un seul rein à greffer par exemple et qu'il reçoit dans le même temps un homme âgé et un jeune de vingt ans ? Comment déterminer le choix du bénéficiaire dans ce cas ?

Qu'est-ce qu'être juste pour un musulman ?

Bien qu'il soit dit au médecin de ne pas permettre que des considérations d'âge, de maladie ou d'infirmité, de croyance, d'origine ethnique, de sexe, d'affiliation politique, de race, d'inclination sexuelle ou de statut social puissent s'interposer entre son devoir et son patient (déclaration de Genève de l'Association médicale mondiale (AMM)), en même temps se posent pour lui des cas de conscience tels que l'exemple cité plus haut.

En ce qui concerne le don d'organes, il existe des listes d'attente et le praticien est tenu de s'y soumettre, s'il s'agit d'un donneur décédé ou en état de mort encéphalique. Mais le donneur vivant, qui est souvent un parent du receveur, demeure libre de désigner le bénéficiaire de l'organe qu'il veut donner.

Il persiste une question subsidiaire : la famille d'un donneur décédé ou en état de mort encéphalique serait-elle en droit de désigner le bénéficiaire du prélèvement ? La réponse est formellement négative, l'anonymat étant la règle, en l'occurrence.

Le principe de l'anonymat en matière de don d'organes consiste à ne pas informer tant le receveur que la famille du donneur de leur identité respective, afin d'éviter toute réaction que cela pourrait entraîner auprès des familles de l'un ou de l'autre intéressé. Cet anonymat tend de même à atténuer la douleur de la famille du donneur, et permet en même temps au receveur de continuer à vivre grâce à l'organe ou aux tissus d'un autre sans ressentir un sentiment de culpabilité.

Il est permis néanmoins à l'équipe médicale qui a veillé à la transplantation d'informer la famille du donneur des résultats de l'opération, sans aucun autre détail. Car le résultat positif d'une transplantation peut alléger parfois la douleur de la famille du fait que l'organe de son parent a permis de sauver une autre personne.

L'islam recommande le don anonyme et réprouve la déclaration publique de don. Pour des dons de valeurs équivalentes, l'anonymat est une valeur surajoutée.

La transparence des systèmes de gestion des dons d'organes et d'implantation est une mesure qui tend à rassurer et à moraliser une activité médicale qui peut prêter à plusieurs manipulations ou passe-droits.

Il s'agit en fait de procéder de telle sorte que le grand public d'une part et les donneurs potentiels d'autre part soient rassurés quant à l'intégrité de l'utilisation de l'organe dont ils pourraient être donneurs.

Cette transparence revêt divers aspects dont les plus importants sont particulièrement : la gestion de listes nationales d'attente des malades en instance de greffe, la coordination des prélèvements d'organes, leur répartition et leur attribution en fonction des listes d'attente. Enfin, il est nécessaire de garantir que les greffons prélevés seront attribués aux malades en attente de greffe dans le respect des critères médicaux et des principes de justice, excluant en cela toute forme de discrimination ou de favoritisme.

Ces mesures devront être connues du grand public, et seront probablement de nature à encourager les donneurs d'organes dans la mesure où ils seront convaincus que leurs organes auront été utilisés à bon escient et n'auront pas fait l'objet de spéculations mercantiles ou népotiques.

La gratuité est l'aspect le plus polémique des quatre principes. Nous le traiterons à travers le regard d'approches différentes.

Le problème de la gratuité du don à travers le monde ainsi qu'en Islam a été l'objet de plusieurs débats. En effet, en théorie, qui dit don dit offre sans contrepartie, et c'est là un point sur lequel insistent toutes les législations. Qu'il s'agisse de rétribuer le donneur ou sa famille au cas où elle aurait à exprimer son accord après le décès de son parent est formellement interdit. Tant par les religions que par les lois nationales ou internationales (voir en Annexe 3: Principes directeurs de l'Organisation mondiale de la santé).

Mais il semble que cette dernière condition pose un problème et exige un examen plus consistant et plus réaliste du fait qu'il y a une certaine confusion en son application.

La prolifération de donneurs vivants dans le monde, et plus particulièrement dans les pays déshérités, est la source d'une grande confusion (fig. 2) (voir plus loin le débat). Cette pratique est d'autant plus dangereuse que les failles dans les systèmes législatifs, éthiques ou déontologiques sont importantes dans certains pays.

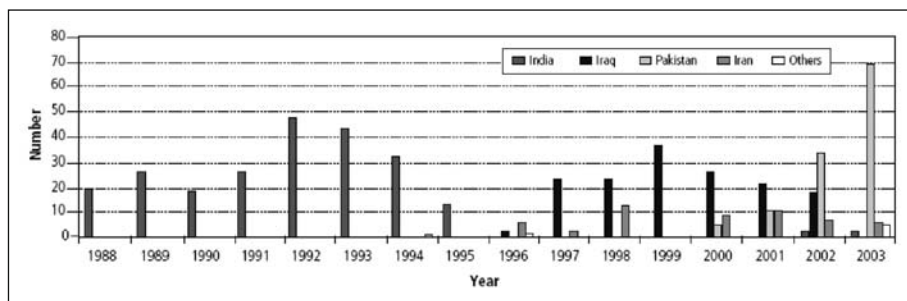


Fig. 2 - Oman : Origines des reins greffés 1988 – 2003, (Shimazono Y., Bull. OMS, déc. 2007, 85).

Le débat sur le commerce des organes se développe sur ces bases. Ceux qui sont pour régulariser ce marché défendent leur choix de la sorte : « Un paradoxe est une idée qui implique deux propositions opposées qui, bien que contradictoires, sont également nécessaires pour traduire une perception de la réalité qu'aucune des propositions ne contient en elle-même. » (H.A Sloatte, *The Pertinence of the Paradox*, 1968). Plusieurs

pays réfléchissent aux modalités de rémunérer directement ou indirectement les donateurs d'organes. Il ne faut pas nier la réalité et rejeter sans arguments l'avis contraire. Quelle que soit la distance qui sépare les avis des uns et des autres défenseurs d'une vision, toute approche doit être traitée avec respect, mais avec autant de fermeté pour fermer les portes à toutes les dérives.

« Si nous voulons protéger les exploités, nous pouvons le faire seulement en supprimant la pauvreté qui les rend vulnérables ou à défaut en contrôlant le commerce. » (Radcliff-Richards *et al.*, The case for allowing kidney sales, *The Lancet* 1998; 351: 1950-2.)

Comment certains justifient-ils la rémunération des donateurs ?

Un groupe de personnes défendent le principe d'une régulation du marché des organes. Ils considèrent qu'un tel marché existe d'ores et déjà, il est tout simplement non régulé. Pour eux, un marché non régulé (libre) implique une agression de personnes vulnérables. Actuellement, cette situation est autant dans l'intérêt de ceux qui la jugent non éthique que dans l'intérêt de ceux qui la jugent éthique. Chacun en profite à sa façon.

Même sans contrainte directe, la liberté des vendeurs est totalement inexistante, étant donné le déséquilibre complet entre les vendeurs et les autres parties intéressées par de telles transactions (tableau I). Des personnes libres n'ont pas à choisir entre pauvreté et vente de leurs organes.

Forcer les gens à choisir entre la pauvreté et la vente de produits de leur corps est une grande violence :

- les vendeurs ont la position la plus faible dans le marchandage, c'est souvent des chômeurs ou des personnes endettées (tableau I) ;
- ils sont pauvres et l'immense majorité le restera encore après la vente d'un organe ;
- contrairement aux acheteurs (greffés), les vendeurs reçoivent peu de soutien matériel et de sympathie des autorités locales et du public en général. Ils ne bénéficient pas d'un suivi médical après l'ablation d'un organe ;
- ils ne sont pas organisés et n'ont pas de pouvoir de lobbying. Ils sont (doivent) par définition (être) invisibles.

En fait, ce sont les seules victimes de ce marché tel qu'il est organisé actuellement. Ce système bénéficie à toutes les parties sauf à ceux qui sont contraints de vendre leurs organes :

- les systèmes de santé des pays qui se compromettent dans un tel commerce ;
- les contribuables des pays bénéficiaires, car la greffe offre des économies consistantes ;
- les caisses d'assurance maladie où les bénéficiaires de la greffe sont affiliés ;
- les centres de soins où sont pratiquées ces greffes ;
- les équipes de transplantateurs ;
- les intermédiaires qui vendent les organes à bas prix, mais augmentent leurs marges bénéficiaires.

Tableau I - Conséquences de la vente d'un rein sur les vendeurs (Shimazono Y., *Bull. OMS*, déc. 2007, 85).

Premier auteur	D. Budiani Consequences of living kidneys donors in Egypt, 10th Congress of MESOT 2006 Kuwait	M. Goyal Economic and Health consequences of selling a kidney in India. JAMA 2002; 288: 1589	J. Zargooshi J. Quality of life of Iranian kidney « donors » J. Urol 2001; 166: 1790
Lieu	Égypte (n = 142)	Inde (n = 305)	Iran (n = 300)
Sexe	95 % hommes	29 % hommes	71% hommes
Statut économique	Inconnu	60 % des femmes et 95 % des hommes ouvriers et vendeurs ambulants 71 % en dessous du seuil de pauvreté	27 % chômeurs 42 % travailleurs à temps partiel 13 % travailleurs à plein temps
Effets sur la santé	78 % détérioration de leur état de santé	86 % détérioration de leur état de santé	58 % effets négatifs sur leur état de santé 60 % effets négatifs sur leur activité physique
Effets sur le statut économique	78 % ont dépensé tout l'argent en 5 mois 73 % rapportent une difficulté à effectuer un travail intense	Baisse des rentrées globales de la famille 96 % ont vendu leur rein pour payer des dettes et 75 % étaient encore endettés au moment de l'étude	20 % un peu à 66 % beaucoup d'effets négatifs 65 % rapportent des effets négatifs sur leur statut professionnel

En un mot, beaucoup ont tout intérêt à pérenniser le système et à continuer d'utiliser les « pauvres » comme « réserve d'organes de rechange » !

Pour ces défenseurs de la régulation d'un tel marché, la honte suscitée par un tel déséquilibre est moralement inconsistante. Pis, cette honte joue en faveur du système actuel en le dissimulant. Elle dissuade la plupart des pays de légitimer ouvertement le commerce de reins. De fait, elle maintient donc le marché parallèle au détriment des vendeurs. Mais être exportateur n'est pas très honorable non plus.

« Peut-être que faire en sorte que le prix payé pour des organes soit suffisamment élevé pour que la différence soit significative dans la vie d'un donneur pauvre (100 000 \$ pour un rein) rendrait-il la vente d'organes plus acceptable ? » (Rhodes R, « Organ Transplantation » in H. Khuse and P. Singer eds, *A companion to bioethics*, 2001, Oxford: Blackwell, p. 329.)

Les défenseurs d'un tel marché reconnaissent que l'acceptation d'un marché régulé d'organes et de tissus humains impose de sérieuses coercitions. L'éthique d'un marché d'organes régulé est un compromis entre deux maux : puisque l'interdiction du commerce d'organes est fictive, faisons alors en sorte qu'il ne lèse pas les plus faibles.

En fait, expliquent-ils, les lois interdisent le commerce, mais permettent par ailleurs :

- les donations altruistes non apparentées ;
- la compensation pour des dépenses et des désagréments.

Beaucoup d'incertitudes sous-tendent ces bonnes intentions :

- comment s'assurer que la déclaration d'altruisme d'un donneur non apparenté est authentique et non pas truquée ou imposée ?
- comment nous assurer que les compensations ne deviennent pas le premier mobile pour la donation ? Comment pouvons-nous empêcher la possibilité de paiements additionnels, dissimulés à la loi ?

Cette hypocrisie ouvre la porte à toutes les dérives. Les donations altruistes non apparentées et les compensations détournées sont des fictions légales, des suppositions faites par la loi autant que le don volontaire est vrai. Elles ne tiennent pas compte de la réalité. Ces fictions ont la capacité de dissimuler commerce et honte.

La directive 2004/23/EC Conseil et Parlement européen énonce : « Comme principe, les programmes de demande de cellule et de tissu devraient être fondés sur la philosophie du volontariat et du don non rémunéré, l'anonymat entre donneur et receveur, l'altruisme du donneur et la solidarité entre donneurs et receveurs. Les États membres doivent s'efforcer d'assurer des donations volontaires et non rémunérées de tissus et de cellules. Les donneurs peuvent recevoir une compensation qui est strictement limitée au fait de rendre "bien" les dépenses et désagréments liés à la donation [sic] ». Dans ce cas, les États membres définissent les conditions qui permettent l'octroi d'une compensation. Il est sous-entendu que la somme d'argent définie comme compensation est trop basse pour devenir le principal mobile d'une donation. Cela est aussi une fiction. En tout cas, la faible compensation n'empêche pas d'autres arrangements financiers supplémentaires, pourvu qu'ils restent dissimulés au regard de la loi.

Les incitations non financières dissimulent un paiement en nature aux vendeurs derrière le voile de la « compensation ». Elles sont tout aussi condamnables. Elles incluent :

- des exemptions de taxes/impôts ;
- une assurance vie ;
- un futur droit à un rein ;
- l'accès à des régimes de retraite ;
- l'accès à des soins médicaux gratuits pour les vendeurs et leurs familles.

Certaines de ces propositions censées venir en aide aux victimes sont en théorie des droits tout comme le fait de donner un travail pour les vendeurs d'organes.

Pour finir, les défenseurs d'un marché d'organes régulé ne nient pas que d'authentiques donations altruistes peuvent exister et existeront encore et que la compensation financière ne doit pas devenir le premier mobile du don. Mais, ajoutent-ils, la fiction d'altruisme et celle de compensation sont d'excellentes solutions qui nous permettent de :

- légaliser le commerce d'organes *de facto* sans le légaliser *de jure* ;
- prétendre que nous sommes une société compassionnelle quand nous ne le sommes pas toujours ;
- dissimuler la honte derrière un écran de fumée éthique.

La solution de mettre en place un marché régulé n'est pas idéale, mais elle valide la vulnérabilité des vendeurs qui est en opposition complète avec les intentions explicites.

L'interdiction totale du commerce des organes est en revanche :

- infaisable car tant que la pauvreté existe et que les organes sont rares, il y aura un marché noir ;
- éthiquement problématique. On devrait rappeler à ceux qui s'opposent à la légalisation du commerce d'organes que l'interdiction légale priverait certains d'une chance de survie, ce que le système est incapable de leur offrir.

Leur projet est donc :

- offrir aux vendeurs un certain pouvoir de marchandage ;
- offrir aux vendeurs et à leurs familles une plus grande priorité dans l'attribution d'organes, s'ils ont besoin d'organes comme patients, qu'aux non-vendeurs ;
- se débarrasser des intermédiaires et assurer que les riches ne s'attaquent pas aux pauvres ;
- empêcher les pays riches de s'attaquer aux pauvres en confinant le marché à un pays particulier ou à un bloc régional de pays ;
- exempter les profits du commerce d'organes de taxes et de réduction de bénéfices.

Il est utile à ce stade de signaler que l'article 21 de la convention d'Oviedo déclare qu'il n'est pas permis de faire du corps humain ou de ses organes une source de profit.

Cet article interdit de même toute forme de publicité notamment par internet en faveur du don d'organes avec promesse d'une gratification. Une telle publicité pouvant inciter des personnes démunies à vendre un organe.

Il est bien entendu que cet interdit ne concerne pas l'incitation au don d'organes de la part d'institutions officielles et bénévoles.

En fait, ce plaidoyer pour plus de transparence dans la vente des organes humains semble de prime abord noble puisqu'il défend les plus faibles. Il omet simplement un principe fondateur de toute notre humanité, l'être humain n'est pas une marchandise, il ne doit pas faire l'objet de transactions commerciales. Il faut lutter contre les dérives et non les légaliser. Autoriser le commerce des organes revient à fermer la porte au don volontaire et gratuit qui est une réalité et qui fait la noblesse du geste (fig. 3)

Le développement d'un commerce légal des organes fera le lit d'une discrimination entre les hommes. Quel est le prix d'un rein chinois ? D'un rein somalien ou éthiopien ? La prolifération de sites de vente d'organes à des prix différents est simplement insupportable (tableau II).

La déclaration d'Istanbul signée en 2008 pour 78 pays est le début d'une solution acceptable (voir Annexe 3).

La position de l'islam

Comme nous l'avons vu en Islam, la nécessité lève l'interdit si et seulement s'il n'y a pas d'autres solutions. Instaurer un marché d'organes est justement la fermeture des autres solutions. Sans compter que la vente des organes est totalement contraire à la dignité humaine telle que définie par l'islam.

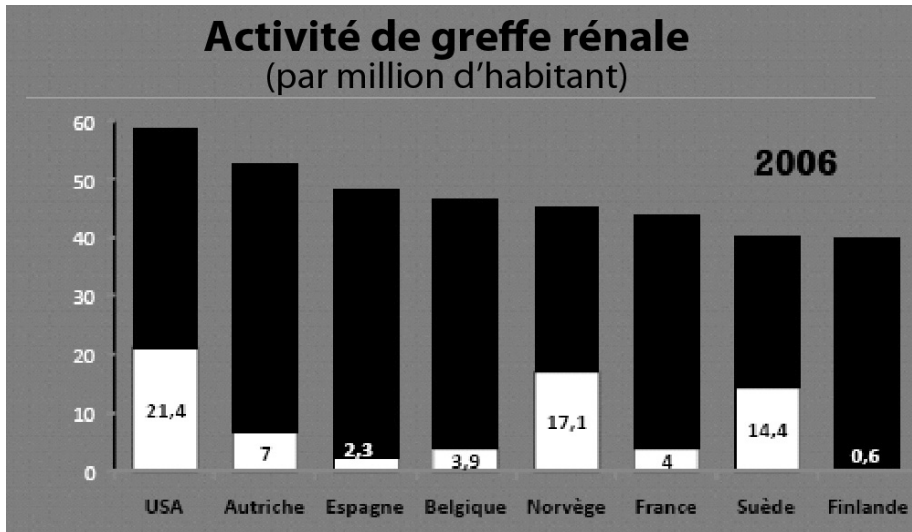


Fig. 3 - Activité internationale de greffe rénale de donneur vivant et décédé. (En blanc, donneur vivant en %).

Tableau II - Sites internet de tourisme de transplantation le 21 mars 2007 (Shimazono Y., Bull. OMS, déc 2007, 85).

Nom de l'organisation et web site	Pays	Offre globale
BEK - transplant (www.bek-transplant.com/joomla/index.php)	Chine	Rein 70 000 USD Foie 120 000 USD Pancréas 110 000 USD Rein et pancréas 160 000 USD
China International Transplantation Network Assistance Center (www.en.zoukiishoku.com/)	Chine	Rein 65 000 USD Foie 130 000 USD Poumon 150 000 USD Cœur 130 000 USD
Yeson Healthcare Service Network (www.yeson.com/)	Chine	Rein, foie, cœur et poumon
Aadil Hospital (www.aadilhospital.com/)	Pakistan	Rein
Masood Hospital (www.masoodhospital.com/)	Pakistan	Rein 14 000 USD
Renal Transplant Associates (www.renaltransplantsurgery.com)	Pakistan	Rein 20 000 USD
Live4You (www.liver4you.org/)	Pakistan	Rein 85 000 USD

Se vendre en morceaux est un cri de détresse, une injustice absolue; rendre le commerce de reins officiellement légal ne rend pas cet acte plus acceptable, au contraire. Il ne suffit pas de réglementer toutes les atteintes aux principes humains fondamentaux pour les rendre éthiques, car ni le contrôle du commerce ni son interdiction ne réduiront l'exploitation de la pauvreté.

En Islam, certaines Fatwas ou décisions qui interdisent d'une part le commerce ou la vente d'organes déclarent d'autre part au sein du même document qu'il n'y a aucun empêchement à ce que des compensations ou des récompenses soient accordées au donneur ; cela nous met évidemment dans l'embarras.

Où est la différence entre vente, récompense ou compensation ?

La prolifération de donneurs vivants dans certaines parties du monde est la source d'une grande confusion. Cette pratique est d'autant plus dangereuse que les failles dans les systèmes législatifs, éthiques ou déontologiques sont énormes dans certains pays.

Où est la différence entre vente et récompense ou compensation ? Certes, les incitations financières pourraient constituer une solution au problème de l'opposition des familles, pour des populations où l'accès aux soins n'est pas assuré à tous et où le donneur et sa famille sont les seuls à n'avoir aucun bénéfice dans cet échange. Enfin, actuellement les systèmes de santé des pays en voie de développement évoluent vers la vérité des prix, les États se désengageant au profit du secteur privé.

Toutes les législations des pays islamiques interdisent la vente des organes humains mais beaucoup de ces pays tolèrent une forme de compensation pour la famille (l'une des fatwas du CASFI décision n° du 04.08.1988 dans son article 7 présente une contradiction flagrante entre la première partie de l'article qui déclare : « Il y a lieu de noter que l'autorisation de transplantation dans les cas précités est conditionnée par la gratuité du don d'organes. Il n'est évidemment pas permis de constituer les organes en objets de vente ou de commerce, quelles que soient les circonstances » et la deuxième partie de l'article qui cite : « Néanmoins les dépenses faites par le receveur afin d'obtenir l'organe nécessaire, ou celui d'une gratification constitue un sujet discutabile et fera l'objet d'initiatives ».) (Voir annexe 1)

Que le donneur soit remboursé des dépenses de frais de voyage, de chômage, d'hôpital est aisément concevable, mais faut-il pour autant instaurer un système d'assurance étatique « assurance donneur » ?

Plutôt que d'entériner les tentatives de détournement de la loi, ne serait-il pas préférable pour ces pays d'aborder le problème en toute transparence, comme le suggère la déclaration d'Istanbul ?

Le résultat est en effet le même, et toutes les religions ainsi que les législations – même celles d'États laïcs à travers le monde – s'accordent à poser comme condition essentielle et morale la gratuité du don d'organes.

S'agit-il donc d'une timide manœuvre ou d'une tentative de détournement de la loi ? Quelle peut être la marge entre gratification et prix de vente ?

Il y a lieu de signaler que des incitations financières ont été envisagées aux États-Unis pour encourager les héritiers à être plus généreux. Selon une enquête de l'United National Organization Organ Sharing (UNOS), 48 % des personnes interrogées approuvent l'idée d'une compensation financière pour les parents des donneurs (65 % pour les moins de 35 ans et 31 % pour les plus de 55 ans).

Le Pr Bel Hadj El Arbi Ben Ahmed, docteur en droit et législation islamique et professeur de fikh à l'institut national supérieur de législation islamique à Oran (Algérie), parle longuement de la greffe d'organes et de ses conditions.

Cette même contradiction est notée dans ce travail, mais avec une argumentation plus détaillée que le texte laconique de la fatwa. L'auteur commence par déclarer que les *fukahas* ont été unanimes à déclarer interdits la vente et le commerce de tout ou partie du corps humain.

Puis expose que le fikh contemporain permet néanmoins la légitimité de cette vente dans la mesure où :

- elle répond à un besoin autorisé par la législation islamique ;
- il ne s'agit pas d'un organe dont la perte défigurerait le donneur ou le rendrait impotent, tel le don d'un œil valide et dont rien n'imposait l'énucléation ;
- qu'il n'y a pas à travers cette vente une atteinte à la dignité humaine ;
- le vendeur n'utilise pas le produit de la vente à une fin illicite ;
- la vente se fait par l'entremise d'une institution officiellement habilitée ;
- cette vente ne concerne pas un organe dont la greffe est interdite expressément par les textes, telle que la vente de la chevelure d'une femme, ou la vente de sperme à des fins d'utilisation pour une insémination artificielle.

L'auteur ne donne aucune référence, il s'agit donc probablement d'un avis personnel. De toute manière, il serait utile que les organismes d'*ifta* se prononcent d'une façon plus claire et plus explicite sur ce problème !

Il n'en demeure pas moins qu'un trafic illicite d'organes sévit actuellement à travers plusieurs pays (fig. 4). Il est rendu praticable par la possibilité du don du vivant non apparenté. La greffe d'organes dans le secteur privé ouvre la porte aux abus.

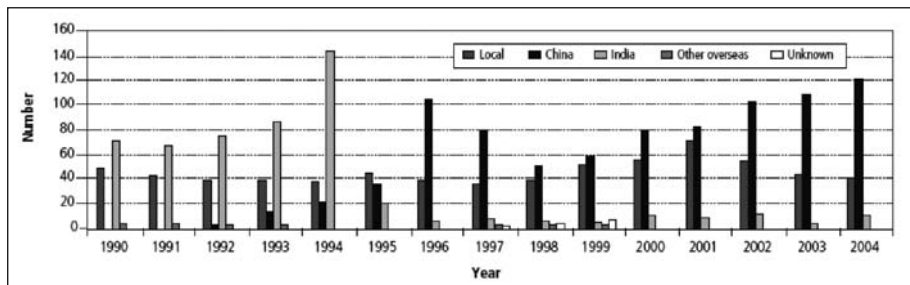


Figure 4 - Malaisie : Provenance des reins greffés 1990 – 2004 (Shimazono Y. *Bull. OMS*, Déc 2007, 85).

L'OMS estime que 10% des organes greffés à travers le monde l'ont été suite au recours d'un mécanisme répréhensible.

En fait, par cette fatwa ambiguë, certains essaient de légitimer un type de vente qui veut se voiler la face et qui doit permettre à certains nantis de se « servir » (tableau III).

Tableau III - Transplantation rénale en Arabie Saoudite.

Dates	Donneur apparenté	Donneur cadavérique	Donneur non apparenté à l'étranger
1997	174	88	
1998	160	84	163
1999	188	76	183
2000	195	59	241
2001	228	89	327
2002	251	57	436
2003	228	71	723
2004	208	88	647
2005	221	95	700
2006	220	151	650

S. Chiffolleau signale en un pertinent article intitulé : « Le débat égyptien sur le don et la transplantation d'organes » (*Journal international de Bioéthique*, 1998, vol. 9, 1-2, p. 111-116) qu'un trafic de reins se trouve en expansion au Caire, en l'absence de toute réglementation en la matière (voir chapitre « Un islam, plusieurs courants de pensée? »). Ce qui aurait même permis l'instauration d'un véritable marché du rein, où cet organe se vend au prix de 10 000 \$. Mais de tels exemples ne concernent pas uniquement l'Égypte, les médias rapportent des transactions similaires dans plusieurs parties du monde. Ce genre de prélèvement et de greffe intervenant dans des circonstances de précautions et de salubrité douteuses et n'offrant en fait aucune traçabilité ou suivi pour le receveur. À ce niveau, le rôle du médecin est très important, car c'est de lui que dépendra l'avenir de ces transactions que renient toutes les religions et que réprouvent la déontologie et l'éthique. Et c'est là où le respect de la déontologie médicale est appelé à jouer un rôle important. Les différentes fatwas dans leur ensemble ne manquent pas d'impliquer en premier lieu la responsabilité du médecin, qu'elles instituent décideur du degré de la nécessité et de la légitimité des actes de prélèvement ou de greffe à accomplir dans le respect de la légalité.

On oscille entre deux attitudes reprouvées par l'islam. Infantilisation et dissimulation d'un commerce honteux et une approche transparente crue mais tout aussi honteuse. La honte est-elle due à l'iniquité du marché ou à l'acte lui-même ? La réponse coule de source : certaines choses n'ont pas de valeur marchande ou plutôt leur valeur marchande est inestimable.

L'exemple de la Tunisie

La greffe d'organes n'est pratiquée en Tunisie que depuis 1986, alors que les premières greffes d'organes réussies dans le monde remontent aux années 1950.

En Tunisie, l'activité de la greffe d'organes a commencé par la réalisation de la première greffe rénale à partir d'un donneur apparenté à l'hôpital Charles-Nicolle par l'équipe de néphrologie du Professeur Hassoura Ben Ayed et d'urologie du Professeur Saadedine Zmerli. Les autres greffes d'organes (cardiaque et hépatique) ont démarré plus tard (tableau I).

Tableau I - Les dates clés de la greffe d'organes dans le monde et en Tunisie.

	Premières greffes mondiales réussies	Premières greffes en Tunisie
Rein	1954	1986
Pancréas	1966	1993
Foie	1967	1998
Cœur	1967	1993

Après le démarrage de l'activité de greffe rénale à l'hôpital Charles-Nicolle le 4 juin 1986, d'autres équipes ont développé des programmes similaires dans les hôpitaux suivants :

- hôpital militaire principal d'instruction de Tunis 1992
- hôpital Habib-Bourguiba et hôpital Hédi-Chaker de Sfax 1994
- hôpital Fattouma-Bourguiba de Monastir 1995

Le programme de la greffe cardiaque a démarré à l'hôpital militaire principal d'instruction de Tunis en 1993 et celui de la greffe hépatique à l'hôpital Sahloul de Sousse en 1998 puis à l'hôpital Mongi-Slim de La Marsa en 2000.

La Tunisie, qui a l'ambition d'être un pays moderne, s'est dotée de textes de lois permettant le don d'organes à partir de donneurs vivants et cadavériques, comme nous le verrons plus loin.

Il faut simplement relever que l'activité de greffe s'est tellement développée à travers le monde qu'il était impensable pour les responsables d'envisager d'autre solution que son développement (tableau II).

Tableau II - Nombre de greffes dans le monde.

Poumons	Cœur	Foies	Reins
1 800	6 000	21 500 dont 10 % donneurs vivants	66 600 dont 38,5 % donneurs vivants

En outre, la croissance exponentielle du nombre de dialysés en Tunisie pose de réels défis économiques à ce pays (fig. 1). La Tunisie compte actuellement plus de 729 dialysés par million d'habitants en 2007, ce qui la place largement en tête des pays émergents. Les prévisions les plus optimistes font craindre le pire. Ainsi en 2014 le coût de cette thérapeutique pourrait atteindre 150 M de dinars pour 10 000 malades.

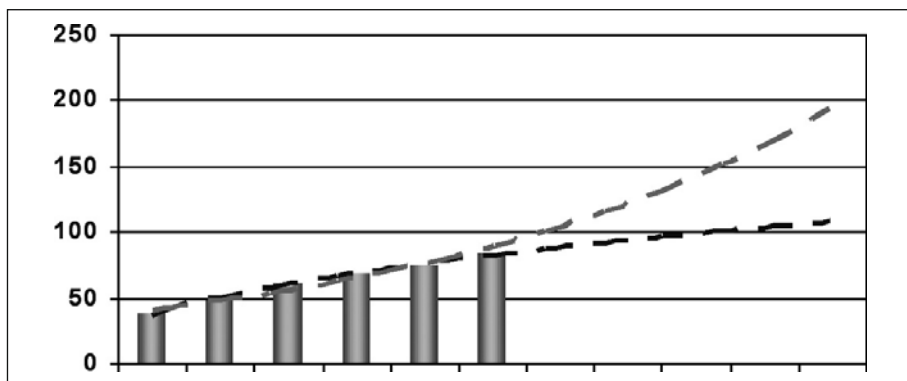


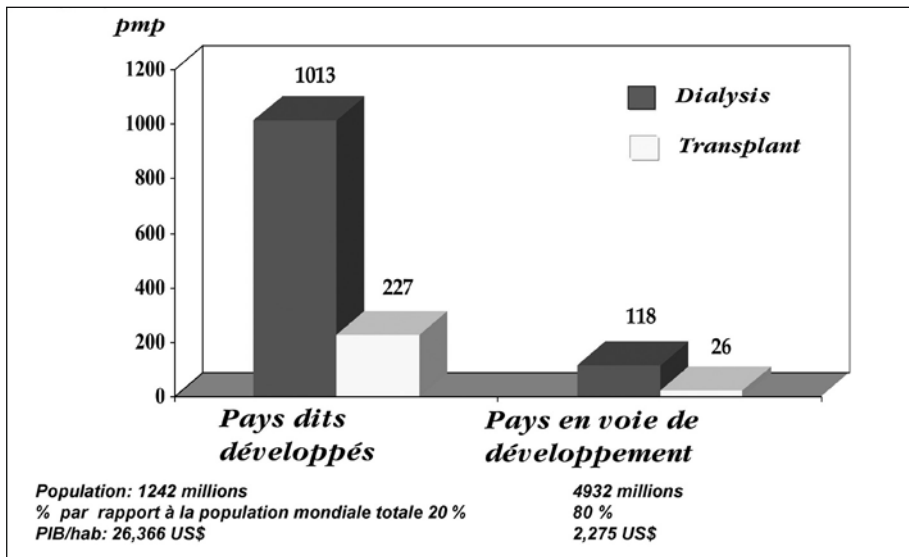
Fig. 1 - Évolution du coût direct de la dialyse en Tunisie (Évaluation CNPTO).

La greffe rénale reste aussi la seule solution pour offrir une vie de meilleure qualité à ces malades. Malheureusement, comme nous allons le voir et malgré un rapport de centre de transplantation/population respectable (tableau III) et un bénéfice certain de la transplantation rénale par rapport à la dialyse (fig. 2) tant sur le plan économique qu'en termes de qualité de vie, cette activité a du mal à s'implanter dans les pays en voie de développement, contrairement à ce qui se passe dans les pays développés. La Tunisie avec un arsenal juridique riche et des structures fonctionnelles n'échappe pas à cette réalité. Quelles en sont les raisons ?

En 1995, le CNPTO a été créé par la loi n° 95-42 du 12 juin 1995 (voir Annexe 2) mais il n'est entré en exercice qu'à partir de 1998.

Tableau III - Ratio donneurs vivants / décédés et centres de transplantation/population.

	Tunisie	Arabie Saoudite	Espagne	France	Hollande	USA
Millions d'habitants	10	27	45	63	16	304
Nb de transplantations rénales	127	382	2011	2911	824	16624
Donneurs décédés	28	122	2 074	1 676	464	7 058
Donneurs vivants %	83	68	6	8	43,7	36
Transplantations rénales par million d'habitants	9	14,1	48,9	46	50,2	54,7
Ratio centres de transplantation/population	0,60	-	0,95	0,71	-	0,83

**Fig. 2** - Prévalence de la dialyse et de la transplantation rénale : pays développés *versus* pays en voie de développement ; Muller *et al* NDT 2002.

Ce centre a été chargé :

- de proposer les modalités pratiques de prélèvement, de conservation, de transport et de greffe d'organes humains ;
- de promouvoir le don d'organes et ce en participant à l'information et à la sensibilisation du public, en collaboration notamment avec les associations concernées ;
- de participer à la formation du personnel des corps médical et paramédical concernés par la transplantation d'organes ;
- de tenir un registre central sur lequel sont inscrites les personnes dont l'état de santé nécessite une greffe d'organes tout en préservant la confidentialité des informations à caractère privé concernant les personnes inscrites sur ledit registre ;
- d'attribuer des greffons aux personnes dont l'état de santé l'exige.

Cadre législatif et organisation du prélèvement et de la greffe d'organes en Tunisie

Après la réalisation de la première greffe rénale en 1986 et dans le but d'encadrer l'activité du don et de la greffe d'organes par des garanties légales, la loi n° 91-22 a vu le jour le 25 mars 1991 (voir Annexe 2). Cette loi relative au prélèvement et à la greffe d'organes humains a défini le cadre général de l'activité du prélèvement et de la greffe d'organes et a mis l'accent sur trois aspects essentiels de cette activité : le prélèvement d'organes sur donneur vivant, le prélèvement d'organes sur donneur cadavérique et l'organisation du prélèvement et des greffes (voir les textes de lois et circulaires en Annexe 2).

Prélèvement d'organes sur donneur vivant

Cinq articles ont fixé les conditions de prélèvement sur donneur vivant. Ces articles ont défini :

- l'état du donneur. En vue d'une greffe, dans un but thérapeutique. Sur un être humain, un prélèvement peut être effectué sur une personne vivante à condition que le donneur *soit majeur, jouissant de toutes ses facultés mentales, de sa capacité juridique et qu'il ait librement et expressément consenti* (art. 2) ;
- le type de consentement et les modalités de sa réalisation. Le consentement du donneur est *exprimé devant le président du tribunal* de première instance dans le ressort duquel se trouve la résidence du donneur ou l'établissement hospitalier ou devant son suppléant (art. 8). Le consentement du donneur *peut être retiré avant l'opération* sans formalité (art. 9) ;
- le droit à l'information du donneur. Le donneur qui entend autoriser le prélèvement d'un organe sur son corps en vue d'une greffe est *informé par écrit des conséquences éventuelles de sa décision* par le médecin chef de service hospitalier dans lequel le prélèvement sera effectué (art. 7) ;
- l'interdiction de prélever un organe vital. Est strictement *interdit le prélèvement de la totalité d'un organe vital* d'une personne vivante en vue de sa greffe même avec son consentement (art. 4).

Cependant ces articles de la loi n° 91-22 consacrés au donneur vivant ne précisent pas le type du donneur (apparenté, non apparenté ou les deux). Afin d'éviter le risque de dérives vers la commercialisation, le CNPTO créé par la loi n° 95-49 du 12 juin 1995 (voir Annexe 2) et en se fondant sur l'une de ses missions qui est de « proposer les modalités pratiques de prélèvement (article 2) » a limité le don d'organes à partir du vivant dans un cercle familial élargi (donneur possédant un lien de sang ou un lien d'alliance avec le receveur).

Est-ce par mimétisme avec certains pays européens qui nous sont proches (fig. 3), ou alors, est-ce pour éviter les dérapages éthiques que le don entre vivants a été limité initialement à un cercle familial très restreint ? La figure 4 et le tableau VI (p. 121) montrent

	France	Espagne	États-Unis	Hollande	Arabie saoudite	Tunisie
Popultation (M.H.)	63	45	304	16	27	10
Nombre de greffe rénale	2 911	2 211	16 624	824	382	89
Donneur décédé	1 676	2 074	70 587	464	122	14
Donneur vivant	235	137	6 037	360	260	75
% donneur vivant	8	6	36	43,7	68	83
Greffe rénale par million d'habitants	46	48,9	54,7	50,2	14,1	9

Fig. 3 - Activité de la greffe rénale dans quelques pays en 2007.

une progression du nombre de greffes rénales/dialysés depuis 2002. Il faut noter que cette évolution s'est faite grâce aux donneurs vivants et non par suite de l'augmentation des donneurs cadavériques (voir plus loin la figure 11).

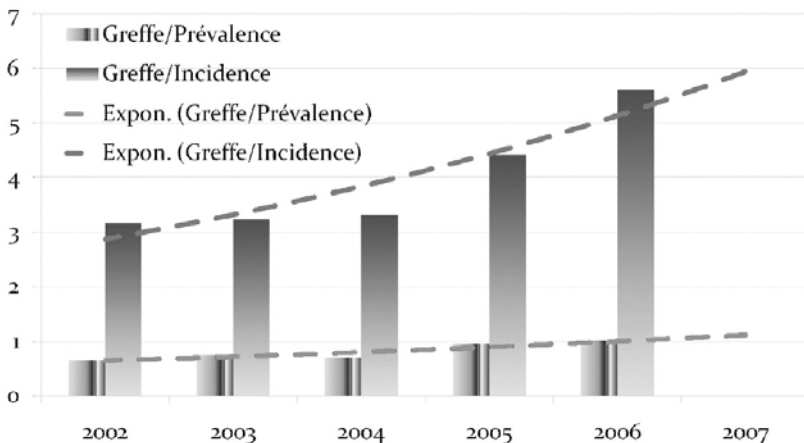


Fig. 4 - Évolution du rapport greffes rénales/dialysés.

Prélèvement d'organes sur donneur cadavérique

Les articles 3, 10 et 12 de la loi n° 91-22 ont fixé les conditions d'autorisation et de refus de prélèvement sur donneur cadavérique.

Des prélèvements peuvent être effectués à des fins thérapeutiques ou scientifiques sur le cadavre d'une personne à condition qu'elle n'ait pas fait connaître, de son vivant, son refus d'un tel prélèvement et qu'après son décès, le refus d'un tel prélèvement n'ait pas été opposé par l'une des personnes suivantes, jouissant de leur pleine capacité juridique et dans l'ordre ci-après : les enfants, le père, la mère, le conjoint, les frères et sœurs, le tuteur légal (art. 3).

La personne qui entend, de son vivant, s'opposer à un prélèvement sur son cadavre peut exprimer son refus par un acte écrit et légalisé, déposé au greffe du tribunal de première instance dans le ressort duquel se trouve la résidence du donneur et qui doit sans délai informer de ce refus tous les établissements hospitaliers autorisés à effectuer des prélèvements et des greffes d'organes. Lesdits établissements doivent consigner ce refus sur un registre tenu à cet effet (art. 10). Par ailleurs, ils doivent s'assurer des critères de mort encéphalique tels que définis par la décision ministérielle (art. 15). Voir Annexe 1.

Avant de procéder à un prélèvement sur un cadavre, le médecin auquel incombe la responsabilité de ce prélèvement doit s'assurer auprès de la direction de l'établissement hospitalier que le défunt, de son vivant, ou l'une des personnes visées à l'article 3 de la présente loi après son décès ne s'y étaient pas opposés (art. 12).

La loi 91-22 laisse le choix au médecin responsable du prélèvement d'utiliser soit le consentement explicite comme c'est le cas pour le mineur ou faire le prélèvement avec le consentement présumé une fois que le décès est constaté et que la famille reste non joignable. Dans notre pratique, le principe du consentement explicite est le plus souvent utilisé, mais malheureusement la demande d'autorisation pour prélever les organes sur un proche décédé dans un contexte de deuil et de souffrance et dans une situation où la volonté du défunt n'est pas connue est refusée dans la plupart des cas, avec des taux de refus qui varient selon les années et les régions du pays, en 2008 il a varié de 66 à 90 %.

Pourtant une enquête tunisienne auprès de 1 000 citoyens montre que 54 % des personnes interrogées sont d'accord pour donner leurs organes après leur mort (fig. 5).

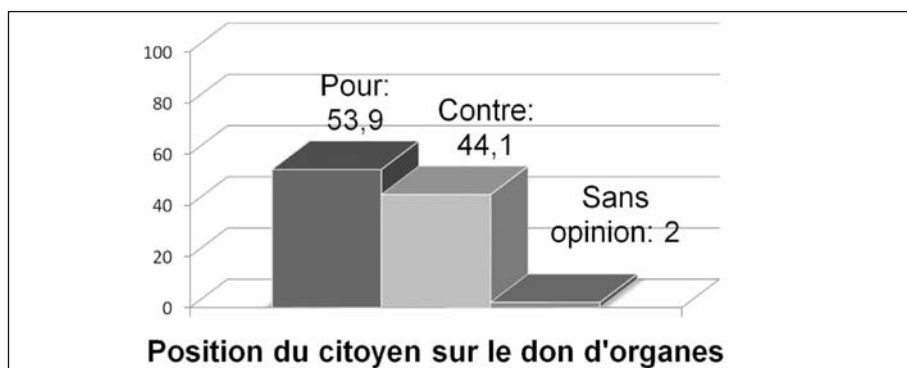


Fig. 5 - Opinions et attitudes face à une demande de don d'organes.

Dans cette même enquête 81 % personnes interrogées affirment être informées de l'existence de cette activité en Tunisie (fig. 6).

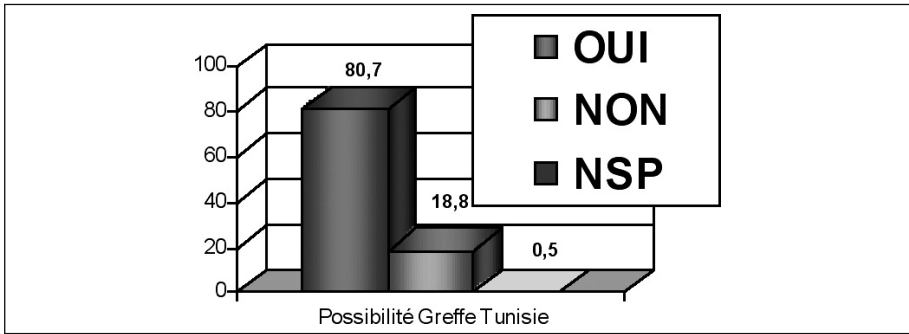


Fig. 6 - Êtes-vous au courant de la possibilité de greffe d'organes en Tunisie ?

Afin de limiter l'influence de la famille sur la prise de décision de prélever les organes sur un proche décédé et de réduire le taux d'opposition de la famille au prélèvement d'organes, la loi n° 99-8 du 1^{er} mars 1999 relative à la carte d'identité nationale et à la prise de position par le citoyen en faveur du don après la mort a vu le jour.

Cette loi permet à tout citoyen majeur de mentionner gratuitement sur sa carte d'identité nationale la mention « donneur ».

On reste donc perplexé devant ce tableau contrasté. Quelles sont les étapes qui ont été mal négociées lors de la mise en place dans cette activité si peu développée, notamment en ce qui concerne le donneur cadavérique ?

Organisation du prélèvement et des greffes

Concernant l'organisation de l'activité de prélèvement et de greffe, la loi n° 91-22 précise dans ses articles 13 et 15 les centres habilités à faire les prélèvements et la greffe et les conditions de prélèvement sur un cadavre, par ailleurs elle met l'accent sur l'interdiction de commerce et de vente d'organes :

- les prélèvements et les greffes mentionnés aux articles 2 et 3 de la présente loi ne peuvent être effectués que dans les établissements publics hospitaliers autorisés à cette fin par arrêté du ministre de la Santé publique (art. 13) ;
- aucun prélèvement à des fins thérapeutiques ne peut être effectué sur un cadavre sans qu'il n'y ait constat de décès. La mort est constatée par deux médecins hospitaliers qui ne font pas partie de l'équipe qui effectuera le prélèvement et la greffe (art.15) ;
- il est interdit de procéder aux prélèvements d'organes sur donneur vivant ou cadavérique moyennant une contrepartie pécuniaire ou toute autre forme de transaction (art. 6). Les infractions aux dispositions de cet article sont punies d'un emprisonnement de deux à cinq ans. Les modalités pratiques de l'organisation du prélèvement et de la greffe d'organes ont été fixées par l'arrêté du ministre de la Santé publique du 28 juillet 2004. Cet arrêté définit deux éléments importants dans l'ensemble du processus du prélèvement et de la greffe (fig.7) :

- les missions des différents acteurs du réseau de prélèvement et de la greffe d'organes (directeurs des hôpitaux, médecins référents, coordinateurs hospitaliers, coordinateurs nationaux relevant du CNPTO, médecins préleveurs et greffeurs, etc.) ;
- déroulement du prélèvement et de la greffe d'organes.

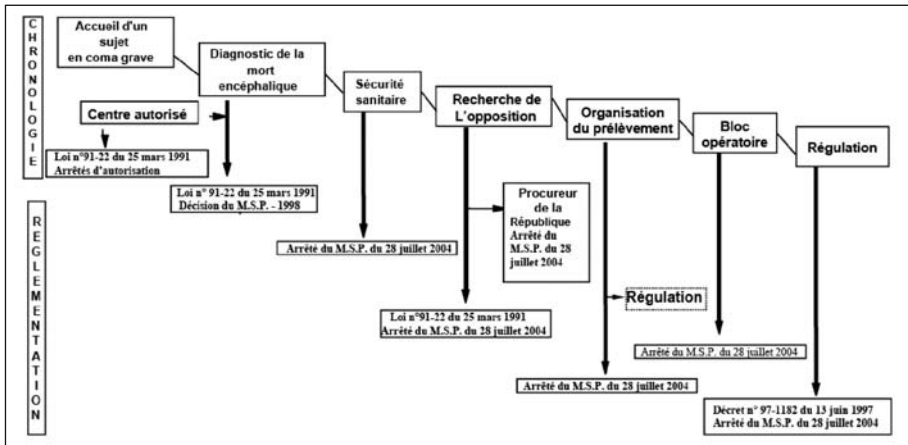


Fig. 7 - Textes de lois organisant un prélèvement d'organes et de tissus à des fins thérapeutiques en Tunisie.

La greffe de tissus

L'activité de greffe de tissus en Tunisie remonte à l'année 1948 par la réalisation de la première greffe de cornée par feu Hédi Raïs.

Depuis cette date et jusqu'au démarrage du CNPTO en 1998, l'activité de greffe de cornée s'est poursuivie dans le cadre de l'activité hospitalière entre les services d'ophtalmologie et les services de médecine légale.

Dans le but de mieux organiser la pratique de la greffe de tissus, les procédures depuis la sélection des donneurs jusqu'à la greffe ont été définies par la commission d'ophtalmologie du CNPTO et cela dès la première année de fonctionnement du centre. Les missions de prélèvement des cornées, de conditionnement, de stockage, de suivi et du contrôle ont été attribuées au CNPTO (tableau IV).

L'importation des cornées a été approuvée par la commission d'ophtalmologie du CNPTO dans le but de limiter la pénurie en greffons locaux. Cette importation est contrôlée par le CNPTO.

En 1998, le Centre national de greffe de moelle osseuse a été créé. Son activité de greffe est limitée actuellement à la greffe de moelle à partir de donneur apparenté.

En 2002, une banque de tissus avec une salle blanche (zone à atmosphère contrôlée) a été créée au sein du CNPTO.

Elle assure la préparation des têtes fémorales prélevées en peropératoire (résidu peropératoire) et les membranes amniotiques (tableau IV).

Tableau IV - Activité de la greffe de tissus en Tunisie.

Année	Cornées importées	Cornées locales	Total cornées	Moelle osseuse	Têtes fémorales	Membranes amniotiques
1998	70	202	272	10		
1999	114	249	363	38		
2000	352	224	576	50		
2001	231	275	506	55		
2002	261	683	944	60		
2003	281	325	606	75	30	62
2004	402	178	580	90	83	74
2005	338	192	530	108	76	47
2006	272	384	656	116	27	37
2007	323	360	683	110	32	31
2008	424	385	809	102	26	0
Total	3068	3457	6525	814	274	251

En ce qui concerne le cadre législatif de l'activité de prélèvement et de greffe de tissus c'est la loi n° 91-22 du 25 mars 1991 relative au prélèvement et à la greffe d'organes qui est appliquée actuellement.

Une législation spécifique aux prélèvements et à la greffe de tissus est en cours de préparation afin de résoudre certaines problématiques comme le prélèvement de moelle osseuse chez le mineur, le consentement explicite devant le juge en cas de prélèvement à partir de donneur vivant de tête fémorale ou de membrane amniotique.

Enfin, à la différence des organes où l'activité de greffe ne peut se faire que dans les hôpitaux publics autorisés, la greffe de tissus peut se pratiquer dans le secteur privé.

Le don d'organes en Tunisie : sensibilisation au don d'organes et de tissus - Bilan d'activité de la greffe d'organes en Tunisie

Depuis la première greffe rénale réalisée en 1986 et jusqu'à la fin du mois de décembre 2007, le bilan d'activité est de 749 greffes rénales, 27 greffes hépatiques, 16 greffes cardiaques et une greffe pancréatique. L'évolution de l'activité de la greffe rénale a été marquée par une stabilisation du nombre de greffes réalisées entre 30 et 40 durant plusieurs années. Depuis l'année 2005, on a assisté à une augmentation de l'activité de la greffe rénale par rapport aux années précédentes et cela grâce à une stratégie visant à promouvoir l'activité de la greffe rénale à partir de donneur vivant apparenté (tableau V).

Tableau V - Bilan d'activité de la greffe d'organes en Tunisie.

	Greffes rénales donneurs vivants	Greffes rénales donneurs décédés	Greffes rénales total	Greffes hépatiques donneurs vivants	Greffes hépatiques donneurs décédés	Greffes cardiaques
1986	05	01	06			
1987	22	07	29			
1988	16	01	17			
1989	13	00	13			
1990	14	01	15			
1991	11	00	11			
1992	15	04	19			
1993	21	08	29			02
1994	17	09	26			01
1995	28	08	36			02
1996	16	10	26			02
1997	29	04	33			02
1998	28	13	41		02	03
1999	15	16	31		00	01
2000	23	16	39		03	01
2001	20	17	37		01	00
2002	13	22	35		02	00
2003	32	10	42		01	00
2004	28	15	43		04	02
2005	49	13	62	01	04	00
2006	63	7	70	03	02	00
2007	75	14	89	01	03	00
2008	99	28	127	00	04	00
TOTAL	652	224	876	05	26	16

Les équipes de greffe qui participent actuellement à l'activité de la transplantation d'organes sont au nombre de sept (quatre équipes de greffe rénale, une équipe de greffe cardiaque et deux équipes de greffe hépatique).

Cette activité de greffe d'organes, malgré l'existence du cadre législatif qui assure les garanties et définit les modalités de prélèvement et de greffe et l'existence des institutions pour la promotion et des équipes habilitées à pratiquer les greffes, reste jusqu'à ce jour très loin des besoins. Cette situation est illustrée par les données épidémiologiques de l'insuffisance rénale chronique terminale.

En effet, en 2006 il existait 6 963 malades dialysés, soit une prévalence de 696/million d'habitants, et en 2007 la prévalence était de 727. Parmi ces malades seulement 740 sont inscrits sur la liste d'attente nationale pour bénéficier d'une greffe à partir de donneur cadavérique, soit 11,3 % des malades dialysés (tableau VI).

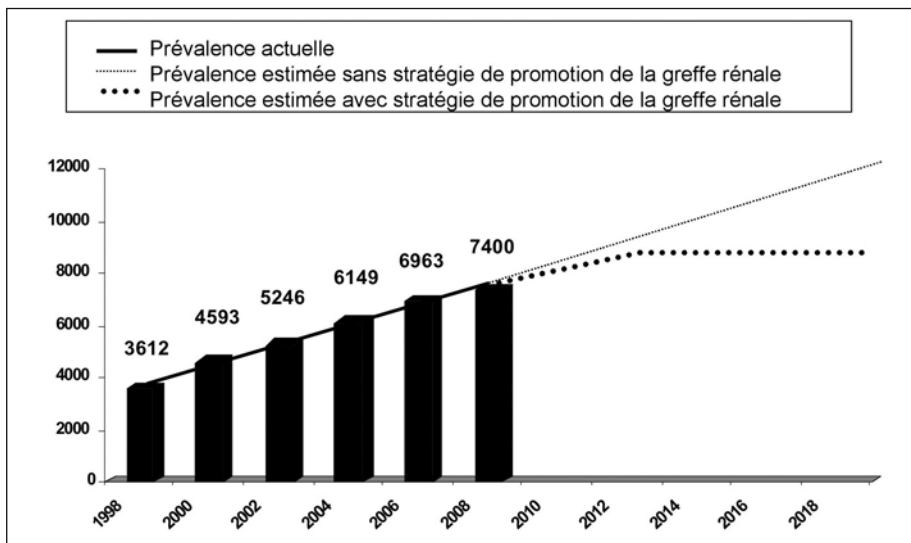
Tableau VI - Rapport greffés rénaux/dialysés en Tunisie.

	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Nombre de malades dialysés	5246	5647	6149	6450	6963	7296
Prévalence (MH)	536,4	570,9	619	643	686	730
Nombre de nouveaux dialysés	1107	1303	1297	1404	1250	1150
Incidence (MH)	113	131,6	130,5	141	124	115
Grefe rénale/ Prévalence dialysés %	0,66	0,74	0,70	0,96	1,01	1,23
Grefe rénale/ Incidence dialysés %	3,16	3,22	3,31	4,41	5,6	7,82

Le nombre de greffes rénales réalisées en 2006 est de 70 soit 7/million d'habitants, soit 1 % des malades dialysés, en 2008, 217 greffes rénales ont été réalisées (DV: 99, DCD: 28) (fig. 1).

L'activité de la greffe rénale dans notre contexte est réalisée essentiellement à partir de reins provenant de donneurs vivants ayant des liens de sang ou des liens d'alliance avec le receveur. Le développement de l'activité de ce type de greffe a permis certes une augmentation du nombre de greffes par rapport aux années précédentes, mais cette activité ne pourra à elle seule satisfaire les besoins.

Cette stratégie de promotion de la greffe rénale à partir de donneur vivant représente une des solutions pour augmenter le nombre de greffes rénales et elle est de plus en plus adoptée par plusieurs pays (fig. 8).

**Fig. 8** - Évolution de la courbe de la prévalence des dialyses.

Concernant les autres types de greffes d'organes (cœur et foie) qui dépendent essentiellement ou exclusivement des organes prélevés sur des personnes en état de mort encéphalique, le nombre de greffes réalisées reste très faible si on le compare aux nombre de greffes réalisées dans d'autres pays. Cette situation est due au faible taux de prélèvement sur les morts encéphaliques. En effet, le nombre de personnes en état de mort encéphalique (PEME) prélevées sur les cinq dernières années (2003-2007) est très faible avec un taux de prélèvement inférieur à deux (1,4 en 2008) par million d'habitants. De 14 dons par million d'habitants (pmh) en 1989, l'Espagne a atteint le chiffre record de 35,1 donneurs prélevés pmh en 2005.

L'Italie, l'Irlande, le Portugal, les États-Unis, la France (tableau VII) et le Royaume-Uni qui ne dépasse pas le chiffre de 25 dons pmh (figs. 9-10).

Tableau VII - Greffes rénales en France.

Année	87	89	91	93	95	97	99	00	02	04	06
Donneur cadavérique	1 559	1 902	1 938	1 743	1 585	1 613	1 765	1 840	2 145	2 259	2 484
Donneur vivant	80	55	40	42	64	71	77	84	108	164	247
Total	1 639	1 957	1 978	1 785	1 649	1 684	1 842	1 924	2 253	2 423	2 731

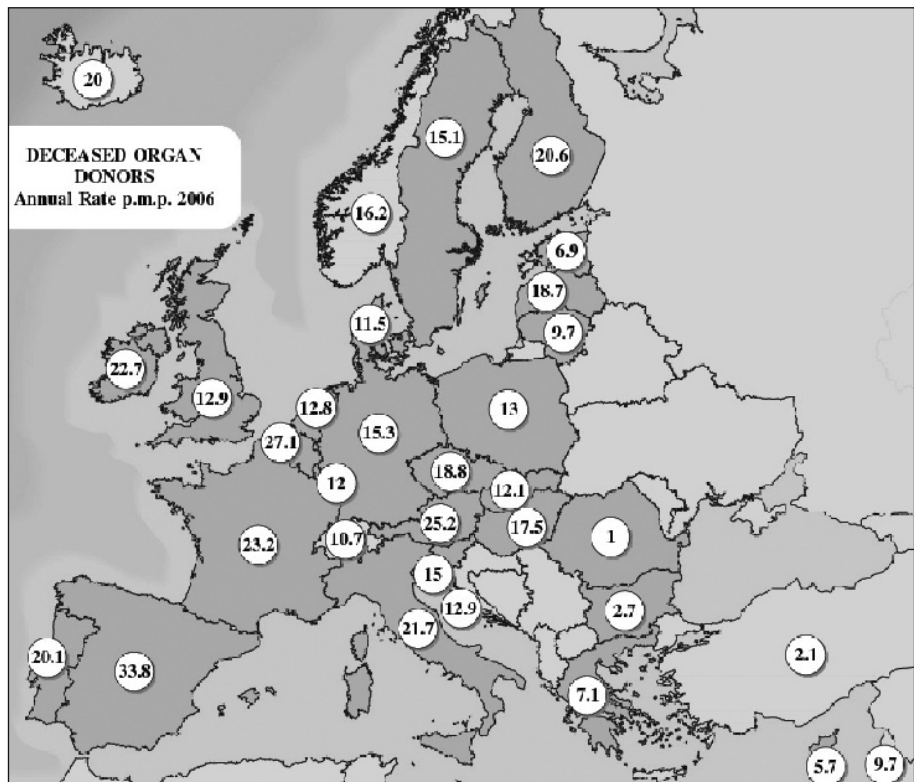


Fig. 9 - Donneurs décédés pmh en 2006.



Fig. 10 - Don de personnes décédées p.mh Amérique latine 2006.

Cette activité de prélèvement d'organes sur PEME qui est restée loin des besoins est due à deux raisons essentielles :

- un nombre de déclarations de morts encéphaliques très faible ;
- une forte opposition de la famille au prélèvement d'organes sur un proche décédé ;
- une prise en charge médicale inadéquate des sujets en état de mort encéphalique (SEME).

Sous-déclaration des SEME

Pour l'équipe dirigeante du CNPTO, le faible taux de déclaration et de prise en charge médico-administrative systématique des personnes en état de mort encéphalique serait secondaire à plusieurs facteurs :

- absence d'obligation de déclaration et de prise en charge systématique de la part des équipes concernées. Jusqu'à présent, aucune circulaire n'incite ces équipes à faire ce travail qui doit être considéré comme une mission de santé publique ;

- présence de plusieurs difficultés médicales et logistiques, charge de travail importante pour une équipe réduite, coordination et organisation complexe, etc.) qui font de la prise en charge des morts encéphaliques (qui se fait le plus souvent le soir) un travail non « désiré » ;
- absence d'intéressement financier qui incite les équipes à accomplir le travail de déclaration et de prise en charge systématique des personnes en état de mort encéphalique. En effet, ce travail lourd nécessite la mobilisation de plusieurs équipes multidisciplinaires pour réussir le prélèvement et la greffe d'organes dans les meilleures conditions. La mobilisation de ces équipes se fait le plus souvent en dehors des heures de travail habituelles et en urgence. Si l'effort des équipes n'est pas récompensé, quel que soit le dévouement des uns et des autres, le processus de déclaration et de prise en charge des morts encéphaliques restera une chaîne qui peut se rompre facilement puisqu'elle est constituée de maillons fragiles.

Le nombre de morts encéphaliques estimé en Tunisie sur la base de 1/100 décès est de 600 par an. Or, actuellement, les déclarations enregistrées au CNPTO sont très en dessous du chiffre estimé (tableau VIII).

Tableau VIII - Nombre d'états de morts encéphaliques 2003-2007 (données CNPTO).

	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Nombre de EME déclarées prélevables confirmées et	42	50	40	35	50	94
P.E.M.E. prélevées	5	8	7	4	8	14

L'évolution du don

La promotion du don doit se faire à la fois à partir du donneur vivant et du donneur en état de mort encéphalique.

Le donneur vivant

La stratégie de promotion du donneur vivant, notamment pour le rein, entreprise en 2005 par le CNPTO et les équipes de greffe, a fait ses preuves. En effet, l'activité de la greffe rénale a enregistré une nette progression par rapport aux années précédentes avec une augmentation proche de 100 % (tableau IX).

Tableau IX - Nombre de greffes rénales à partir de donneurs vivants 2005-2007 (données CNPTO).

	Avant 2005	2005	2006	2007	2008
Nombre total de greffes rénales	30-40	62	70	89	127
Nombre de greffes rénales à partir de donneur vivant	20-30	49	63	75	99

La stratégie d'action est fondée sur :

- la recherche et le recensement systématique des donneurs vivants dans la famille du dialysé, en particulier dès le début de la prise en charge en dialyse (hémodialyse ou dialyse péritonéale) tant que la motivation de la famille pour le don est grande ;
- l'élargissement de la liste des donneurs vivants aux personnes qui ont des liens de sang ou liens d'alliance avec le receveur (fig. 11).

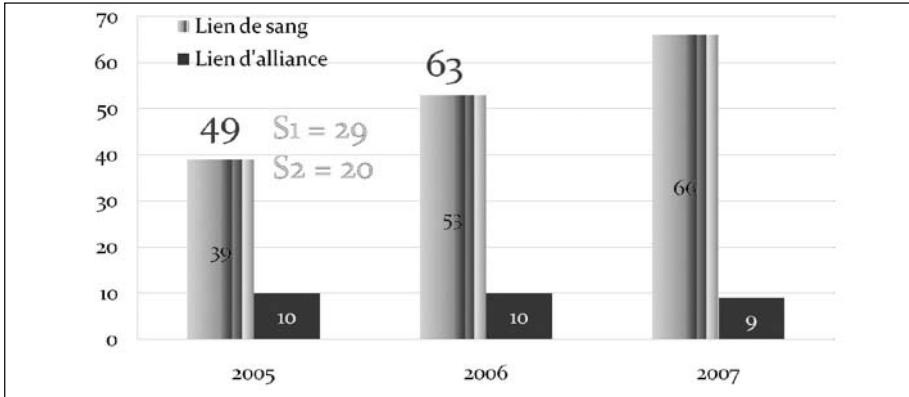


Fig. 11 - Activité de greffe rénale donneur vivant apparenté en Tunisie 2005-2007 (enquête CNPTO 2007).

Le donneur en état de mort encéphalique

La greffe d'organes prélevés sur donneur en état de mort encéphalique trouve encore des difficultés pour décoller et sortir de la zone d'un prélèvement par million d'habitants (la moyenne des onze dernières années est de 0,8 pmh) malgré l'existence en Tunisie de plusieurs services potentiellement pourvoyeurs de SEME et les efforts déployés par le CNPTO dans le cadre de la coopération avec l'Agence de la Biomédecine pour la mise en place d'un réseau de prélèvement sur PEME.

Les actions qu'il faut entreprendre pour la promotion du don d'organes à partir d'une PEME doivent intéresser tous les maillons de la chaîne depuis la sensibilisation jusqu'au prélèvement.

L'objectif de cette campagne de sensibilisation est de favoriser la prise de position pour ou contre le don pour tout citoyen majeur, et de réduire par conséquent le taux d'opposition de la famille au prélèvement. Les résultats de cette campagne de sensibilisation qui a été renforcée depuis 2005 semblent être positifs puisque – et pour la première fois – le taux d'opposition de la famille au prélèvement d'organes sur un proche décédé a enregistré le taux le plus bas depuis plusieurs années (tableau X).

Tableau X - Taux de refus du don en Tunisie 2005 - 2007 (rapport du CNPTO).

	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Refus de famille (%)	88	84,2	90	86,9	76	
Prélèvement avec consentement présumé	3	4	4	1	1	1
Prélèvement avec consentement explicite	2	4	3	3	7	13
Total des prélèvements	5	8	7	4	8	14

Les deux causes principales des sous-déclarations des morts encéphaliques est la non-obligation de déclaration associée à l'absence de mesures incitatives. En effet, le travail de prélèvement et de greffe nécessite des efforts importants de la part des équipes médicochirurgicales en plus de leur travail habituel. Cet effort supplémentaire se fait dans l'urgence et nécessite une disponibilité de tous les instants. Ce travail qui est assuré actuellement grâce au bénévolat et au volontariat quel que soit le dévouement des uns et des autres ne peut pas assurer la promotion du prélèvement et de la greffe d'organes.

Afin d'améliorer les résultats des prélèvements à partir de PEME dans notre pays, il est nécessaire de développer une stratégie de recherche active des malades présentant un état de coma grave et qui peuvent devenir des potentiels sujets en état de mort encéphalique.

Cette recherche active doit cibler en priorité les services qui possèdent un taux de recrutement élevé de PEME (services d'anesthésie réanimation, des urgences, de neurochirurgie et de traumatologie) en impliquant surtout des médecins informés, formés, motivés et intéressés à faire ce travail.

La formation des acteurs impliqués dans l'activité de prélèvements à partir de donneurs en état de mort encéphalique doit prendre une place primordiale dans la stratégie de promotion du don. Jusqu'à présent, toutes les étapes depuis le recensement jusqu'au prélèvement ne sont pas enseignées d'une manière structurée, or cette formation du personnel médical et paramédical est un élément déterminant dans l'aboutissement ou non du processus de don. Cette formation doit tenir compte de notre contexte arabo-musulman, surtout lors de l'enseignement des étapes de l'accueil de l'entretien et de l'accompagnement des familles en situation de souffrance et de détresse.

L'approche des familles : écoute, information, dialogue

Le taux de prélèvements d'organes sur donneurs en état de mort encéphalique est déterminé par un ensemble de facteurs. Les systèmes qui ont réussi ont axé leur action sur une approche méthodique de la question et la mise en place d'une organisation rigoureuse. Tous sujets en état de mort encéphalique sont systématiquement recensés et identifiés comme donneurs potentiels ; un relais fait de personnes formées uniquement à la demande de prélèvement afin d'optimiser les taux d'acceptation a été mis en place dans les structures de soins. Cette « professionnalisation » de la demande de prélèvement est à l'origine de la réussite en Espagne où le taux de refus est plus bas que partout ailleurs (fig. 1).

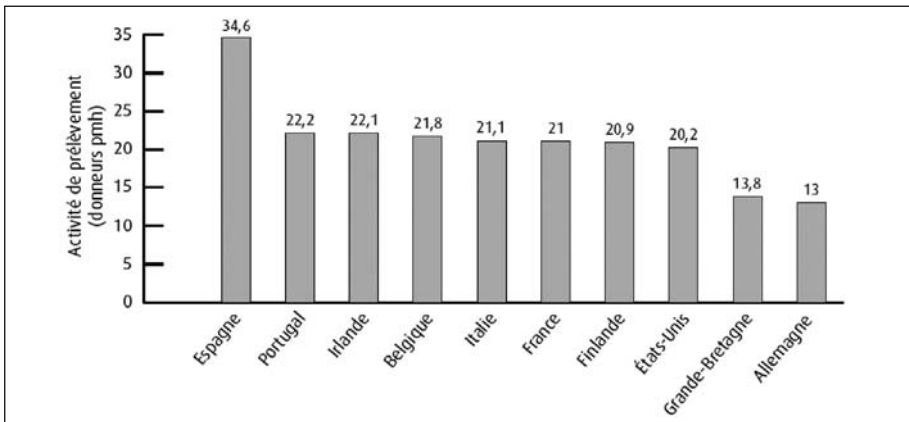


Fig. 1 - Activité de prélèvement sur personne en état de mort encéphalique pmh en 2004 (P. Guerrini, J. Claquin).

Les systèmes qui se sont contentés de légiférer sans avoir organisé un système de prélèvement constatent tous les jours que les citoyens n'appliquent pas aveuglement les lois et que les familles s'approprient le corps ainsi que la décision du défunt pour s'opposer au don. L'instrumentalisation du corps humain par un discours médical utilitariste, centrée uniquement sur l'efficacité de la thérapeutique, est un danger non négligeable pour l'efficacité du prélèvement.

La logique philosophique qui fait de la vie une priorité s'oppose à cette logique utilitariste. La greffe a été trop liée à la mort d'autrui. La mort, le corps humain sont des questions sacrées pour que le donateur soit simplement transformé en un réservoir d'organes destinés à la destruction. Il nous faut l'intégrer à la force du symbole, le donateur même après sa mort transmet le meilleur de lui-même.

Le rôle des médias et du monde médical est de poser les débats sur le vécu réel ou ressenti des citoyens dans le respect de tous les choix. On ne doit pas piéger le débat et faire des opposants au don des antisociaux. La liberté de choix se doit d'être totale. Un débat public n'aura de réel intérêt que s'il aborde les vraies interrogations de la société en toute transparence et de fait, lutte contre la rumeur mais aussi tient compte du point de vue de l'autre. Ce débat n'est pas l'affaire des médecins et surtout pas des médecins impliqués dans la greffe, mais celui de la société à travers toutes ses composantes. Des médias correctement informés des réalités de la question sont le relais naturel entre le public, le pouvoir et les soignants. La stratégie de communication qui va tenter d'informer pour convaincre les réticents sans culpabiliser les réfractaires est la seule approche productive. On pourrait ainsi se demander par exemple si dans ces circonstances particulières de disparition brutale d'un être cher l'acceptation n'est pas paradoxale et si le refus n'est pas la première réponse logique.

L'argument de la religion est décisif, mais il traduit souvent d'autres questions sous-tendues, inexprimées, car la religion musulmane, comme nous l'avons vu, dans son approche des relations humaines, de la solidarité, du progrès, du respect du bien-être de l'homme, jusqu'à la sacralisation de l'être humain ne s'oppose pas au don, bien au contraire, et à condition de respecter certaines règles logiques, universelles, l'islam dans son esprit encourage le don d'organes. En effet, la valeur inestimable pour l'islam de celui qui rend service à d'autres, et en particulier à la communauté, doit être soulignée.

La mort en Islam, étape sur la route vers l'éternité, est souvent relativisée dans notre culture, la rendre utile est une approche qui a souvent porté ses fruits, « même mort il continue à faire le bien ». C'est la notion d'aumône perpétuelle.

En d'autres termes, l'action d'anticiper le rejet et mettre en concordance la loi, son esprit et son applicabilité est un travail de professionnels de la communication qui demande beaucoup de temps.

Profil de celui qui conduit l'entretien

La réponse positive ou négative dépend plus de l'intervieweur que de l'interviewé. Cette affirmation vaut son pesant d'or.

Le profil psychologique de celui qui conduit l'entretien est plus important que l'âge, l'expérience de l'intervieweur ou encore sa fonction ne jouent pas de rôle significatif, en revanche il doit avoir de l'autorité et du flair pour détecter les familles ou les personnes à aborder.

Seules comptent la formation, l'expérience et la motivation. Les entretiens conduits par du personnel formé et expérimenté permettent d'augmenter les taux d'acceptation,

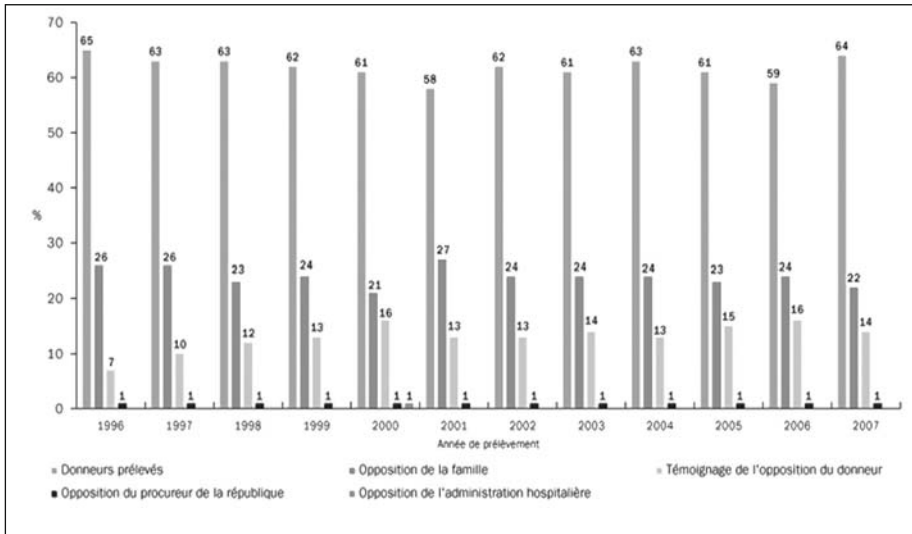


Fig. 2 - Devenir des sujets en état de mort encéphalique recensés en France en 2004 (P. Guerrini, J. Claquin). L'opposition reste la principale cause de non-prélèvement en France.

dans des proportions qui restent modestes, mais tout de même intéressantes puisque les mêmes résultats sont confirmés dans différentes études (fig. 2).

Lorsque l'entretien est réalisé par deux ou trois personnes, plutôt qu'une seule, il est plus souvent associé à l'acceptation. L'incapacité de celui qui conduit l'entretien à faire preuve d'empathie, la brutalité de l'annonce de la mort, le fait même que l'entretien soit conduit par un seul membre soignant sont une source de refus. Inversement, si les interlocuteurs familiaux sont nombreux ou mal identifiés, la réponse est souvent négative.

Il faut éviter que la requête soit faite par l'un des membres de l'équipe soignante. En effet, les familles les moins acceptantes sont celles qui pensent que l'un des membres impliqué dans la requête fait également partie des membres ayant eu à soigner leur proche.

Le temps laissé à la réflexion à la famille présage plus souvent d'une acceptation que d'un refus final ; en tout cas, le délai de réflexion des familles n'augmente pas les refus. La réflexion se fait plutôt en faveur de l'acceptation et on observe une augmentation des refus lorsque la demande de prélèvement multi-organes survient moins de 30 minutes après l'annonce du décès.

Si les caractéristiques sociodémographiques du demandeur n'ont pas d'incidence sur l'acceptation, le don, lorsque l'entretien est conduit par des membres spécialisés et formés à ce dernier, est plus facilement accordé. Les personnes non formées à l'approche des familles ne se sentent pas capables de répondre à toutes les questions posées par les familles, à l'inverse les personnes formées sont fortement motivées pour participer à ces activités. Les autres membres, non formés et/ou peu motivés, identifient mal les donneurs potentiels ou ne savent pas comment mener l'entretien, évoquent leur malaise ou leur manque de formation pour répondre à des questions pratiques et ne se font pas systématiquement relayer par des personnes compétentes et formées dans ce domaine, en particulier lorsqu'ils

pensent que la famille va répondre par la négative. Les maladroites des soignants dans la relation thérapeutique sont fréquentes, en particulier en situation d'urgence.

Type de discours

Le type de discours envers la famille joue un rôle capital à plusieurs niveaux. Au Maghreb plus qu'en Occident, l'individu fait encore partie d'un groupe, d'une famille, d'une région. L'individu n'existe que rarement en tant que tel. C'est à travers un réseau affectif, génétique, parfois tribal qu'il est regardé, évalué par les autres. Il faut donc par principe laisser à la famille en matière décisionnelle un rôle essentiel et prépondérant.

Le positionnement des familles est un processus qui relève de l'articulation entre ce qu'elles connaissent du prélèvement et des volontés du défunt et de la façon dont l'entretien est conduit par le personnel. Souvent le corps soignant arrive rarement à évaluer la tendance décisionnelle de la famille. Pis, lorsqu'il pense que la famille évoluera vers une décision défavorable, on ne fait même plus référence à la question.

La formalisation de la loi accompagnée d'une discussion sommaire ne donne pas de résultats positifs. La possibilité offerte à la famille de discuter et de poser les questions qu'elle juge utiles à sa prise de décision offre plus de chances de succès. Le discours doit aborder et surtout répondre aux éléments de discussion qui préoccupent la famille. Le fait de pouvoir élargir la discussion, de répondre aux différentes questions est associé significativement à l'acceptation. Plus les différents problèmes posés par le prélèvement sont discutés avec les familles, plus leur décision penche en faveur de l'acceptation, quelle que soit leur position initiale. Il faut anticiper les attentes des familles. Des réponses claires sont attendues sur des questions comme :

- les conséquences du prélèvement sur les dispositions funéraires ;
- l'atteinte à l'intégrité corporelle, ou mieux encore la restitution corporelle ;
- le devenir des greffons ; le fait de rappeler à la famille que les greffons sont destinés à des patients en attente de greffe augmente l'acceptation ;
- les frais de séjour et le coût du don.

Les soignants devraient limiter leur rôle à l'annonce du décès et passer le relais suffisamment tôt dans la procédure à des équipes entraînées pour faire la requête afin d'optimiser les acceptations. Des informations incomplètes ou inappropriées compromettent la décision finale. Nous avons tous perçu une grande gêne due à notre manque de formation pour faire face à de telles situations, et c'est compréhensible.

Catégories socio-économiques et don d'organes

Comparé à d'autres dons, le don d'organes ne s'inscrit pas dans la « grammaire ordinaire » du don puisque la classe moyenne peut se montrer favorable au don d'organes sans l'être pour le don de sang ou de temps tandis que la classe populaire peut se montrer réfractaire aux dons d'organes mais engagée dans des dons de sang ou de temps.

Ce facteur est identifié en Europe. Dans nos pays, on ne peut qu'extrapoler et penser à initier des études de ce genre. Les refus des familles « sollicitées » sont liés à l'appartenance sociale. Il y a un lien de cause à effet entre l'insertion sociale et l'aptitude au don. Celui qui, de son vivant, s'est senti à tort ou à raison exclu de la société, ne lui est pas redevable après sa mort.

En Europe, la classe moyenne avec emploi se positionne le plus favorablement face aux dons d'organes, viennent ensuite à égalité la classe moyenne sans emploi et la classe populaire avec ou sans emploi. La précarité a une incidence sur la classe moyenne qu'elle n'a pas sur la classe populaire qui, avec ou sans emploi, se montre plutôt défavorable aux dons d'organes.

Le don d'organes se constitue difficilement en objet de pensée, sauf pour la classe moyenne avec emploi qui parvient mieux à l'identifier et à l'accepter.

Les représentations sociales du système médical

L'image du corps médical n'est pas statique dans une société. Elle diffère d'un pays à l'autre. Mais le fait de mettre le corps médical au cœur du débat est une erreur en soi. Les très bonnes relations que le citoyen peut entretenir avec son médecin traitant ne présagent pas forcément d'une bonne relation avec l'institution médicale globale, mais un déficit de confiance est une source de refus certaine. L'absence de sollicitude des soignants vis-à-vis des familles, ressentie ou réelle, peut saper tout le travail d'approche (voir p. 5, Le complexe du vautour).

Les conditions d'accueil, l'hôtellerie, les interactions des soignants et des familles et bien d'autres facteurs font que les compétences des médecins n'entrent pas toujours en jeu dans le choix.

Quelques exemples de comportement et de communication

La course contre le temps peut ne pas être synonyme d'échec. Il est certes plus difficile d'instaurer une relation de confiance avec les familles dans l'urgence, mais le comment réagir des soignants face aux différentes attitudes prévisibles ou non des familles doit être enseigné.

Un comportement professionnel sous-entend une écoute, un accompagnement, un respect des choix des familles ; cela sous-entend qu'il faut faire preuve de bienveillance et d'empathie. Les conflits de pouvoir entre les spécialités ou avec l'administration, les émotions ou la démission face aux difficultés, toutes ces manifestations sont contraires à la dynamique souhaitée. Les infirmiers et les médecins doivent être discrets, les rires, les éclats de voix, les désaccords exprimés devant les familles sont antinomiques avec la confiance que l'on doit instaurer en urgence.

Facteurs associés à la décision positive :

- patient jeune et de sexe masculin (de couleur blanche aux États-Unis) ;
- mort par traumatisme ;
- pas de lien significatif entre le niveau d'éducation et l'acceptation ou le refus ;
- la connaissance des volontés du défunt influence fortement le consentement des familles ;
- aucun lien significatif n'est retrouvé en ce qui concerne les caractéristiques sociodémographiques du demandeur et l'acceptation des familles ou non ;
- en revanche, l'aptitude et l'entraînement des équipes à répondre aux questions des familles sont significativement associés à l'acceptation des familles ;
- idem pour les familles qui ne s'attendaient pas à la demande ;
- idem pour les familles qui se sont senties épuisées ou sous pression au moment de la demande ;
- l'identification des familles donneuses est plus facile que celle des familles non donneuses ;
- les discussions que les familles ont avec les membres de l'équipe et le temps passé avec elles sont des facteurs fortement associés à l'acceptation.

La communication doit être personnalisée, il faut présenter l'équipe et demander à qui nous avons à faire. Une relation aussi importante ne peut pas être anonyme. Chaque mot employé aura son importance. Le dialogue ne doit pas se réduire à un monologue, à un diagnostic ou à une demande d'organes. Il faut tout faire pour que cela ne soit pas une communication entre des dominants et des dominés de haut en bas, du savant au profane, mais une communication équilibrée entre la famille et toute l'équipe soignante. Le premier pas est déterminant pour tout le processus, l'annonce de la mort doit être faite assis dans un endroit calme, par le médecin soignant en présence de l'équipe en charge du don d'organes, infirmier en premier. Les infirmiers sont souvent des récepteurs privilégiés de l'ambiance familiale.

L'équipe formée à la conduite des entretiens doit donc être présente dès le début. Il lui faut accueillir les familles avec courtoisie et humilité, dans un endroit calme. Expliquer la situation par des mots que comprennent tous les membres de la famille, ne pas hésiter à demander si l'explication est claire. Il est important de laisser les proches manifester leurs émotions, respecter leurs larmes, les cris, les silences ou le refus de la réalité. L'agressivité doit être désamorcée par des gestes de compassion, par des explications. Il ne faut pas hésiter à réexpliquer la situation en d'autres termes au moindre doute, mais se souvenir aussi que dans ce cas, les faits médicaux sont moins importants que la compassion. Il est essentiel que les proches enregistrent que tout a été fait pour sauver le défunt, qu'il n'a pas souffert, il ne faut pas hésiter à lever le moindre doute et redemander si on a été bien compris. Il faut toujours manifester clairement un réel respect pour le défunt et ne pas en parler comme d'un vivant, mais pas non plus comme d'un réservoir d'organes. Lors de cet entretien, le corps médical doit totalement assumer ses responsabilités, par exemple en cas de conflit entre les membres de la famille, l'intervention d'un tiers (un soignant s'il n'y a pas d'autre solution) doit être sollicitée, il doit calmer les esprits rapidement.

Déterminants du refus du don :

- absence de sollicitude des soignants vis-à-vis des familles ;
- maladroites des soignants dans la relation thérapeutique ;
- absence de communication entre les soignants et la famille ;
- insuffisance d'information sur les conditions de prélèvement ;
- non-respect de la loi relative au témoignage de la famille ;
- brutalité de l'annonce de la mort émanant de l'hôpital ;
- représentation sociale du corps médical et de ses pratiques : cannibalisme institutionnel, amputation, expérimentation...
- respect des rites funéraires, qui concrétisent le début du deuil, et donc le passage du monde des vivants vers le monde des morts dans l'imaginaire ;
- consensus familial difficile, sinon impossible : parfois le don est accepté mais caché au reste de la famille ;
- position du défunt inconnue.

La fin de l'entretien doit être décidée par le médecin à un moment propice. Il faut savoir finir un entretien. Il faut faire savoir à nos interlocuteurs que nous sommes à leur disposition (et le rester réellement) à tous moments, même quelques jours ou quelques semaines plus tard s'ils le souhaitent. Il faut leur laisser la possibilité de communiquer avec l'extérieur. La fin de l'entretien ne doit pas signifier pour eux un abandon des proches par l'institution, ni un renvoi du local, ni une démission. Au contraire, on doit laisser les proches seuls quelques instants, débiter leur deuil, en expliquant que tout sera fait pour leur faciliter les formalités administratives.

La demande de prélèvement ne doit jamais être faite lors de ce premier entretien et jamais à toute la famille réunie, elle doit être formulée clairement à un autre moment, une heure ou plus tard, une fois qu'on commencera à accepter la mort et les premières émotions apaisées. C'est la volonté du défunt que l'on cherche à connaître, on demande un témoignage sur les choix du disparu. On doit aborder la question du don en toute clarté, sans détour, sans gêne, demander si l'on peut prélever des organes, un, deux ou trois ou plus.

Motifs de refus :

- morcellement corporel ;
- accueil défavorable ;
- influence de proximité ;
- circonstances du décès ;
- rites funéraires, logistique des funérailles ;
- manque de confiance dans l'institution médicale et l'hôpital ;
- refus catégorique non argumenté ;
- famille témoin d'un refus exprimé ;
- difficulté d'assumer une décision ;
- perte de l'intégrité corporelle ;
- refus du principe de consentement présumé ;
- refus du concept de mort cérébrale ;
- sentiment d'injustice ;
- difficulté d'accepter le décès ;
- refus sur registre d'opposition (exceptionnel).

Il faut se souvenir que souvent, c'est la volonté des vivants qui sera la plus exprimée, surtout en cas de doute. Un premier refus est normal, il faut savoir l'attendre, l'accepter. Il ne faut pas arrêter le processus après un premier refus. Ce n'est pas à nous de rappeler aux proches que la loi les autorise à refuser un don, mais on ne doit pas non plus mettre les familles sous pression. Se préparer à accepter, à respecter vraiment la décision des familles quelle qu'elle soit, c'est faire preuve de professionnalisme. Un refus après plusieurs heures de travail, la nuit ou un week-end, est une éventualité qu'il faut se préparer à accepter en toute sérénité.

À un moment ou à un autre, l'abord de l'attitude de l'islam à l'égard de ce sujet est important. Cette approche ne doit être ni démagogique, ni paternaliste, ni culpabilisatrice. Il faut être soi-même convaincu et maîtriser certains principes fondamentaux de l'islam. La solidarité, le respect du corps, l'esprit même de l'islam à propos des sciences, ou du don doit être mis en avant de façon subtile.

Un travail en profondeur sur des questions de sociétés, sur nos insuffisances doit être fait pour que nous puissions interagir avec les familles en :

- ayant une connaissance de la dynamique du deuil dans nos sociétés, et de l'inacceptabilité de l'évidence ressentie par la famille lors de la survenue d'un décès ;
- approfondissant la réflexion sur le travail de deuil dans les sociétés où les structures sociales (habitat, tradition familiale...) sont en train de changer ;
- développant les capacités d'interaction des soignants avec les familles ;
- évitant que la médecine, l'institution ne s'approprie le corps du défunt ;
- posant à l'opinion publique les bonnes questions sur le don.

Ce qui semble être aujourd'hui un obstacle insurmontable n'est en réalité qu'une étape incontournable dans le processus. Motivation, réflexion constante centrée sur la relation à l'autre, engagement collectif, éthique soignante, savoir-faire régulièrement entretenu et développé, organisation rigoureuse définissent la voie à suivre. Elle est longue, difficile, mais elle n'est certainement pas sans issue.

ANNEXES

Annexe 1 :

Fatwas et déclarations d'organismes islamiques

Fatwa tunisienne Kameleddine Djait : mufti de la République tunisienne.	138
Décision du Secrétariat général du Haut Conseil des ulémas n° 47 en date du 20 août 1396 de l'hégire soit décembre 1976.	138
Secrétariat général du Haut Conseil des ulémas. Décision n° 99 du 2 novembre 1402 de l'hégire, soit 1982.	139
Décision du Conseil de l'Académie des sciences du fikh islamique n°1 en date du 4 août 1988.	140
L'Institut musulman de la mosquée de Paris. Déclaration de l'Institut musulman de la mosquée de Paris en date du 6 novembre 1992.	142
Conseil de l'Académie des sciences du fikh islamique. N° 5 en date du 16 octobre 1986 à Amman (Jordanie).	142
Concernant le diagnostic de décès et l'arrêt des appareils de réanimation : le Conseil de l'Académie des sciences du fikh islamique réuni en sa 10 ^e session à La Mecque (Arabie Saoudite) du 17 au 21 octobre 1978.	143
Organisation islamique des sciences médicales : déclaration faite à la suite du 1 ^{er} congrès du 17 au 19 décembre 1996 au Koweït.	143
Fatwa du Conseil de l'Académie des sciences islamiques. Conseil réuni du 14 au 20 mars 1990 en sa 6 ^e session à Jeddah (Arabie Saoudite).	144
Conseil de l'Académie des sciences du fikh islamique. Décision n° 6/8/59 en date du 20 mars 1990. Concernant l'implantation d'organes de reproduction.	144
Conseil de l'Académie des sciences du fikh islamique. Décision N° 6/7/56 en date du 20 mars 1990. Concernant la greffe de cellules du système nerveux et de la moelle épinière.	145
Fatwa du cheikh Ahmed Heridi (Le Caire) : n° 993 en date du 23 octobre 1966.	146
Présidence générale de la Direction de diffusion des recherches scientifiques, des fatwas et de l'orientation. Décision n° 26 en date du 25 octobre 1398 de l'hégire soit 1978.	146
Fatwa de cheikh Tantawi (mufti d'Égypte) en 1988 au Caire, autorisant la greffe d'organes.	146
Avis du cheikh Yûsuf Al-Qaradâwî (Égypte) en réponse à la question : Est-il permis à un musulman de faire don de l'un de ses organes de son vivant ? Le lundi 3 octobre 2005.	147

Fatwa tunisienne Kameleddine Djait : mufti de la République tunisienne (voir p. 55)

Décision du Secrétariat général du Haut Conseil des ulémas n° 47 en date du 20 août 1396 de l'hégire soit décembre 1976.

Objet : statut des actes chirurgicaux opérés sur le cadavre d'un musulman à des fins d'utilité médicale.

Gloire à Dieu et que le salut soit sur son prophète.

Le Conseil des hauts ulémas réuni en sa neuvième session à Taïef au cours du mois de Chaabane 1396 H.

Ayant pris connaissance de la demande présentée par l'ambassadeur de Malaisie à Jeddah en vue de connaître l'attitude du royaume d'Arabie Saoudite quant aux actes chirurgicaux opérés sur le cadavre d'un musulman, à des fins d'utilité médicale.

Après examen du problème par la commission permanente, il s'est avéré que le problème présentait trois cas de figure :

1° Autopsie médico-légale dans le cas d'une instruction criminelle;

2° Autopsie clinique dans le but de rechercher les causes médicales de la mort du défunt et au cas où il s'agirait de maladies contagieuses afin de faire prendre des mesures de protection ;

3° Autopsie clinique, dissection de recherche scientifique ou d'enseignement.

En ce qui concerne les deux premiers cas, le conseil autorise de tels actes, puisqu'il s'agit de démarches tendant à asseoir la sécurité, la justice et la protection de la société de toutes maladies ou de toute calamité.

En de pareils cas, l'atteinte à l'intégrité corporelle du cadavre se justifie par l'intérêt général. En foi de quoi le comité autorise à l'unanimité de ses membres de telles pratiques, quelle que soit la nature du cadavre.

En ce qui concerne la troisième partie ; à savoir, la dissection dans un but de recherches ou d'enseignement. Il faut se référer à la législation islamique qui invite à accorder la priorité aux actions utiles, par rapport aux actions moins utiles. Et s'il se révèle nécessaire de s'en tenir au moindre mal afin d'éviter le pire. Le raisonnement étant que si deux actes bénéfiques se trouvent être en contradiction. Il faut donner la priorité au plus utile.

C'est pourquoi, et attendu que la dissection des animaux est parfois insuffisante, elle ne nous dispense pas de celle des corps humains ; cette pratique s'avère essentielle pour la progression moderne des différentes spécialités médicales. Le conseil déclare juger d'une manière générale légitime la dissection du corps humain.

Il faut néanmoins tenir compte de la législation islamique qui est soucieuse de préserver la dignité du musulman, qu'il soit vivant ou mort, tel que cela a été cité par Abû Dâoud et Ibn Mâja qui ont témoigné avoir entendu Aïcha l'épouse du prophète déclarer qu'elle avait entendu le prophète dire « que le bris de l'os d'un musulman mort est comparable au bris de l'os d'un musulman vivant ».

Étant donné que, dans les cas où il n'y a pas nécessité d'utiliser les corps de musulmans à des fins de dissection, et s'il est possible de disposer sans difficulté de cadavres de non-musulmans, il y a lieu de s'en contenter et de ne pas toucher aux cadavres des musulmans.

Secrétariat général du Haut Conseil des ulémas. Décision n° 99 du 2 novembre 1402 de l'hégire, soit 1982.

Le conseil a décidé à l'unanimité qu'était légale et autorisée la transplantation d'un organe ou d'une partie de l'organe d'une personne ; qu'elle soit musulmane ou non ; sur une autre partie de son propre corps en cas de nécessité et à condition que cela ne puisse constituer un danger pour la personne et que la réussite de cette opération ait des chances de succès.

Le conseil a de même décidé :

- 1- L'autorisation de la transplantation d'un organe ou d'une partie d'organe d'un cadavre sur un musulman, en cas de nécessité, et à condition que cette ablation ne puisse entraîner de conflit, et qu'il y ait de grandes possibilités de réussite pour le receveur ;
- 2- Est de même déclaré autorisé le don d'un organe ou d'une partie d'organe faite à un musulman en cas de nécessité.

Conseil de l'Académie des sciences du fikh islamique suite à une consultation sollicitée par l'Association du monde musulman aux États-Unis d'Amérique.

Le Conseil réuni en sa 8^e session du 19 au 28 avril 1985 à La Mecque, s'est penché sur le problème du prélèvement de l'organe d'une personne en vue de le greffer sur une autre personne en remplacement d'un organe de même nature qui n'est plus fonctionnel : cela étant devenu possible grâce à la médecine, qui avait réalisé des performances appréciables en ce domaine.

Ayant pris connaissance de l'étude présentée par le professeur cheikh Abdallah Ben Abderahmane El Bassam, qui y a souligné les divergences d'avis des fukahas contemporains quant à la légitimité des transplantations d'organes et après avoir étudié les arguments présentés par chaque école pour justifier son avis par des arguments charaïques.

Après que les membres du Conseil ont débattu longuement de ce problème, le Conseil a jugé que les arguments présentés en faveur de l'autorisation étaient les plus justifiés.

Décide en conséquence :

Premièrement : est licite l'ablation d'un organe du corps d'un individu vivant aux fins de sa transplantation sur le corps d'une autre personne vivante afin de sauver sa vie ou de lui restituer à nouveau le fonctionnement d'un membre vital. Une telle opération est autorisée. Elle ne touche pas à la dignité du donneur et il y a là une grande utilité ainsi qu'une assistance bénéfique pour le receveur. Il s'agit d'un acte de bienfaisance mais qui doit répondre aux conditions suivantes :

- a- Le don de l'organe ne doit pas causer de préjudice au donneur. La règle étant que le mal ne peut être soigné par un mal plus grave. Ce qui n'est pas légalement autorisé par la religion ;
- b- Le don d'organe doit être consenti volontairement et sans aucune contrainte ;
- c- La transplantation doit être le seul moyen possible de soigner le receveur ;
- d- La réussite de l'ablation et celle de la transplantation doivent être généralement susceptibles de succès ou du moins avoir les meilleures chances de succès.

- Deuxièmement : sont considérés comme licites par ordre de priorité les cas suivants :
- a- Le prélèvement à finalité thérapeutique de l'organe d'une personne décédée afin de sauver une autre personne qui aurait besoin de cet organe, à condition que le donneur fût majeur et qu'il eût donné son consentement du temps de son vivant ;
 - b- La xénogreffe, soit le prélèvement de l'organe d'un animal afin de le transplanter sur une personne qui en aurait besoin, qu'il s'agisse d'un animal jugé pur par la religion ou impur tel que le porc ;
 - c- Le prélèvement d'une partie du corps d'une personne afin de la transplanter ou de la greffer sur le corps de l'intéressé lui-même. Par exemple, le prélèvement d'une partie de la peau pour la greffer sur une autre partie du même corps ;
 - d- L'implantation d'appareils, quelle que soit la nature des matières dont ils sont fabriqués, dans le corps d'un individu à des fins de soins. Est de même autorisé sous réserve des conditions ci-dessus désignées.

Le groupe de médecins dont les noms suivent ont pris part et participé aux débats :
1- Dr Mohamed Ali El Bar. 2- Dr Abdallah Bissalama. 3- Dr Khaled Amine Mohamed Hassen. 4- Dr Abdelmaaboud Amara Esaied. 5- Abdallah Jamaä. 6- Dr Ghazi El Hajem.

Décision du Conseil de l'Académie des sciences du fikh islamique n°1 en date du 4 août 1988.

Concernant l'utilisation par une personne de l'organe d'une autre personne, qu'elle soit vivante ou morte.

Le Conseil de l'Académie des sciences du fikh islamique, réuni à Jeddah (Arabie Saoudite) pour son 4^e congrès du 6 au 11 février 1988.

Après avoir pris connaissance des études de source médicale ainsi que des études ayant pour source le fikh, et dont l'objet est « L'utilisation par une personne d'un organe d'une personne, vivante ou morte ».

À la lumière des débats qui se sont attachés au fait que ce sujet traitait d'une réalité évidente, fruit de l'évolution scientifique et médicale, et dont l'utilité ainsi que les résultats positifs étaient évidents.

Après avoir limité les débats aux problèmes traités par l'étude.

Décide ce qui suit :

En ce qui concerne la définition et le classement,

Primo : on désigne par organe toute partie de l'être humain, qu'il s'agisse de tissus, cellule, sang, etc. telle que la cornée. Que l'organe soit encore rattaché à la personne ou qu'il en ait été prélevé.

Secundo : l'utilisation dont il est question concerne une situation dictée par l'état de nécessité du receveur, en vue de le maintenir en vie ou de lui permettre de restaurer une fonction essentielle de son corps, telle que la vue. Sous réserve que le receveur ait eu une vie respectable.

Tertio : les cas d'utilisation des organes tels que définis se répartissent en trois divisions :

1. Le prélèvement d'un organe à partir d'un vivant ;
2. Le prélèvement d'un organe à partir d'un mort ;
3. Le prélèvement foetal.

1^{er} cas : prélèvement d'un organe à partir d'une personne vivante

- a) Le prélèvement s'effectue d'une partie du corps pour être greffée sur une autre partie du corps de la même personne, telle que la greffe de la peau ou de pontages, etc. ;
- b) La transplantation d'un organe appartenant à une autre personne vivante. Dans ce cas il y a lieu de distinguer si le donneur peut continuer à vivre sans cet organe ou s'il ne peut pas continuer à vivre s'il venait à le perdre.

Les organes sans lesquels on ne peut pas continuer à vivre sont dans le corps en un exemplaire unique tel que le foie ou le cœur. Et ceux qui ne sont pas vitaux existent en deux exemplaires, tels que les reins, ou les poumons.

Parmi les organes qui ne sont pas vitaux, il y a une catégorie qui remplit une fonction essentielle dans le corps humain, contrairement à une autre catégorie qui ne joue pas le même rôle.

Il y a de même une catégorie qui se régénère systématiquement contrairement à d'autres qui ne se régénèrent pas.

Il y a de même des catégories qui affectent la personne en son hérédité ou sa personnalité d'une manière générale tels que les testicules, les ovaires, les cellules du système nerveux ; contrairement à d'autres qui n'ont pas le même effet sur la personne.

2^e cas : prélèvement d'un organe à partir d'un mort

Il y a lieu de noter que la mort comprend deux types :

- a- La mort cérébrale par l'arrêt de toutes les fonctions cérébrales d'une manière définitive et irréversible;
- b- L'arrêt des fonctions cardiaques et respiratoires d'une manière définitive et irréversible.

3^e Cas : transplantation à partir d'un fœtus

Cette transplantation se présente sous trois aspects :

- a- Le cas d'un fœtus, fruit d'un avortement naturel;
- b- Le cas d'un fœtus, fruit d'un avortement pour une raison médicale ou criminelle ;
- c- Le cas du fœtus issu d'une fécondation *in vitro*.

En ce qui concerne la légitimité charaique des situations précitées :

- 1- Est autorisée la transplantation d'un organe du corps d'une personne à une autre partie de la même personne, mais il faut s'assurer au préalable que l'utilité de cette opération est plus bénéfique que le dol qui pourrait en découler. Et à condition qu'il s'agisse de remplacer un organe perdu ou de lui rendre son aspect premier ou son usage courant ; ou alors s'il s'agit de réparer une imperfection de nature à causer à l'intéressé une incapacité motrice ou une atteinte psychique.
- 2- Est permise la greffe d'un organe du corps d'une personne sur celui d'une autre personne ; sous réserve d'observation des règles charaiques en la matière ; et dans la mesure où cet organe peut se régénérer automatiquement tel que le sang ou la peau. Le donneur doit jouir de toutes ses facultés mentales, être majeur et ne pas être sous tutelle.
- 3- Est autorisée l'utilisation d'une partie d'un organe prélevé sur une autre personne pour cause médicale, telle la cornée d'un œil qui a fait l'objet d'une énucléation pour cause de maladie.

- 4- Est interdit le prélèvement d'un organe nécessaire à la vie d'une personne vivante, tel que le cœur ; en vue de sa transplantation dans le corps d'une autre personne.
- 5- Est interdit le prélèvement de l'organe d'une personne vivante, si cela doit entraîner l'empêchement d'une fonction capitale pour le donneur même sans porter atteinte à sa propre vie, tel que le prélèvement des deux cornées par exemple. Au cas où le prélèvement ne touche qu'à une partie d'une fonction essentielle, ce problème sera étudié au paragraphe 8 ci-dessous.
- 6- Est autorisée la transplantation d'un organe prélevé du corps d'un mort sur le corps d'un vivant, dont la vie ou une fonction de son organisme en sont tributaires. À condition que le défunt ait autorisé ce prélèvement de son vivant ou que ses héritiers l'aient permis. Mais au cas où le mort n'aurait pas d'identité connue ou qu'il n'aurait pas d'héritiers, l'autorisation de prélèvement sera du ressort du représentant de la communauté musulmane.
- 7- Il y a lieu de noter que l'autorisation de transplantation dans les cas précités est conditionnée par la gratuité du don d'organe ; il n'est évidemment pas permis de constituer les organes en objets de vente ou de commerce quelles que soient les circonstances. Néanmoins le problème des dépenses faites par le receveur afin d'obtenir l'organe nécessaire, ou celui d'une gratification, constitue un sujet discutable et fait l'objet d'initiatives.
- 8- Tous les autres cas rattachés à ce problème, à part ceux décrits ci-dessus, devront faire l'objet d'études et seront discutés au cours de la prochaine session à la lumière des considérations médicales et des règles du Charaä. Par ailleurs tous les hommes de sciences religieuses ont été unanimes à déclarer licite chaque fois que cela serait nécessaire l'implantation de l'organe d'un animal sur une personne, quelle que soit la nature de cet animal (qu'il soit pur ou impur, le porc par exemple). Cet acte étant jugé préférable à la transplantation de l'organe d'une personne vivante ou décédée.

L'Institut musulman de la mosquée de Paris. Déclaration de l'Institut musulman de la mosquée de Paris en date du 6 novembre 1992.

« ... Quiconque interviendra à ces interdictions contraint par la faim et non par intention de commettre délibérément un péché sera absout car en vérité Dieu est clément et compatissant. » Ce qui veut dire que rien n'oblige à commettre l'interdit si la nécessité ne l'impose pas.

Le fikh admet donc l'utilisation du corps humain à condition qu'on ne puisse procéder autrement. Au cas où il n'y aurait pas de but utilitaire bien précis, l'autopsie est interdite, le corps du mort devant être strictement respecté comme celui d'un vivant.

Conseil de l'Académie des sciences du fikh islamique n° 5 en date du 16 octobre 1986 à Amman (Jordanie).

1^{re} résolution

Concernant les signes de la mort et le débranchement des appareils de réanimation.

L'individu qui présente un des deux signes suivants sera considéré comme décédé au regard de la loi avec tout ce que cela entraîne comme conséquences légales afférentes au décès.

- a- Si le cœur ainsi que la respiration de l'intéressé cessent définitivement de fonctionner et que les médecins jugent qu'il s'agit d'une cessation définitive et irréversible ;
- b- Si toutes les activités cérébrales cessent définitivement de fonctionner, et que selon l'avis des médecins spécialistes il s'agit d'une situation de non-retour, et au cas où le cerveau est détruit.

Dans ce cas, l'arrêt des instruments de réanimation dont est doté l'individu est autorisé et ce nonobstant toute activité d'un organe quelconque tel que le cœur qui pourrait continuer à battre pour un temps.

Concernant le diagnostic de décès et l'arrêt des appareils de réanimation : le Conseil de l'Académie des sciences du fikh islamique réuni en sa 10^e session à La Mecque (Arabie Saoudite) du 17 au 21 octobre 1978.

A procédé à l'examen du problème concernant la confirmation de la mort à partir de critères médicaux ; et s'est de même penché sur la permission à accorder pour débrancher du malade les appareils de réanimation dont il est pourvu en cas de soins intensifs. Après avoir pris connaissance des avis développés à ce sujet, tant verbalement que par écrit de la part du ministère de la Santé publique du royaume de l'Arabie Saoudite, ainsi que de la part des médecins spécialistes.

Et après avoir de même pris connaissance de la décision n° 5 du 3 juillet 1986 du Conseil de l'Académie des sciences du fikh islamique qui dépend de l'Organisation du congrès islamique réunie à Amman.

Ayant débattu de ce problème et ayant examiné tous les aspects qu'il pouvait présenter, ainsi que toutes les conséquences qui pouvaient en découler, a pris la décision suivante :

Les appareils qui ont été branchés sur un malade pourront être débranchés au cas où toutes les fonctions cérébrales de ce malade s'arrêteraient de fonctionner définitivement.

Ce qui devra être certifié par une commission composée de trois médecins spécialistes experts en la matière, qui jugeront si cet arrêt est irréversible, nonobstant tout fonctionnement du cœur et de la respiration qui continueraient sous l'effet des machines.

Mais le décès ne pourra être établi qu'après que le cœur ainsi que la respiration du malade auront cessé définitivement de fonctionner après le débranchement des appareils.

Organisation islamique des sciences médicales : déclaration faite à la suite du 1^{er} congrès du 17 au 19 décembre 1996 au Koweït.

Définition de la mort

Signes d'indication de la mort : est considéré comme mort l'individu qui présente un des signes suivants :

- a- Un arrêt total et définitif des fonctions respiratoires et cardiaques ;
- b- Un arrêt total et définitif de toutes les fonctions cérébrales y compris les réflexes du tronc.

Il est impératif de bien s'assurer de l'une des deux situations précitées en fonction de critères médicaux bien définis.

Éléments de confirmation de la mort cérébrale y compris celle du tronc :

- a- Pour être valable, ce diagnostic doit être fait par un médecin spécialiste, ayant l'expérience de l'examen clinique des cas de mort cérébrale avec une connaissance de toutes les démarches afférentes ;
- b- Les examens prescrits à ce sujet exigent une observation soutenue de la part du médecin spécialiste au sein d'un centre spécialisé disposant des moyens adéquats ;
- c- Il est conseillé de demander l'avis d'un spécialiste ayant de l'expérience en ce domaine chaque fois qu'il en sera besoin.

Fatwa du Conseil de l'Académie des sciences islamiques. Conseil réuni du 14 au 20 mars 1990 en sa 6^e session à Jeddah (Arabie Saoudite).

Après avoir pris connaissance des études et recommandations concernant l'objet de cette décision.

L'utilisation de fœtus ayant été l'un des sujets traités au cours de la conférence islamique tenue au Koweït au cours de la même année par le Conseil avec la collaboration de l'Organisation islamique des sciences médicales.

DÉCIDE :

Premièrement : n'est pas autorisée l'utilisation de fœtus comme source d'implantation d'organes à une tierce personne sauf en des cas bien déterminés et sous réserve des conditions *sine qua non* suivantes :

- a- N'est pas autorisée la provocation d'un avortement dans le but d'utiliser les organes du fœtus pour leur transplantation à autrui ;
- b- En cas d'avortement par décision légitime, l'on ne pourra avoir recours à l'opération chirurgicale pour utiliser le fœtus, sauf s'il s'agit d'un acte de nature à sauver la vie de la mère ;
- c- Si le fœtus est en mesure de survivre, l'on se devra de lui prodiguer les soins médicaux propres à assurer sa survie, et de ne pas l'utiliser à des fins de transplantation de ses organes. Mais si le fœtus n'est pas en mesure de survivre, il y a lieu d'appliquer les conditions citées à la décision n° 1 de la quatrième session de notre conseil, concernant le constat de décès avant toute utilisation d'organes en vue d'une transplantation.

Deuxièmement : les transplantations d'organes ne doivent pas constituer une source de profits.

Troisièmement : la supervision de ces transplantations devra être effectuée par une équipe spécialisée et de probité notoire.

Conseil de l'Académie des sciences du fikh islamique. Décision n° 6/8/59 en date du 20 mars 1990. Concernant l'implantation d'organes de reproduction.

Gloire à Dieu et que le salut soit sur son prophète.

Le Conseil réuni à Jeddah. Arabie Saoudite du 14 au 20 Mars 1990, au cours de sa sixième session.

Après avoir pris connaissance des études, recherches et recommandations des commissions *ad hoc* réunies au Koweït dans le cadre de la sixième conférence islamique

tenu au cours de la même année à l'initiative du Conseil en collaboration avec l'Organisation islamique des sciences médicales.

DÉCIDE CE QUI SUIVIT :

- 1- Attendu que les ovaires et les ovules continuent à garder les spécificités héréditaires (paternité génétique) du donneur même après leur implantation chez un tiers receveur, cette pratique est interdite par la loi musulmane ;
- 2- L'implantation de certaines parties des organes génitaux qui ne comprennent pas de spécificités influentes sur l'hérédité est permise conformément aux normes qui ont été précisées en notre décision n° 1 de la quatrième session.

Conseil de l'Académie des sciences du fikh islamique. Décision N° 6/7/56 en date du 20 mars 1990. Concernant la greffe de cellules du système nerveux et de la moelle épinière.

Gloire à Dieu et que le salut soit sur son prophète.

Le Conseil ayant pris connaissance des études et des recommandations présentées par la conférence médicale et du fikh en collaboration avec l'Organisation islamique des sciences médicales.

À la lumière des conclusions de la conférence dont il a été fait mention et qui arrêtaient qu'il ne s'agit pas de transplanter le cerveau d'une personne à une autre personne, mais seulement de greffer des cellules dans le but de pallier une insuffisance.

Décide :

- 1- Si les cellules proviennent du corps même du malade et qu'elles ne puissent pas faire l'objet de rejet immunitaire, la greffe en est légalement permise ;
- 2- Si les cellules doivent être prélevées sur un fœtus animal, il n'y a aucune objection si les précautions de nature à éviter un rejet immunitaire sont prises de manière à lui assurer les conditions de réussite ;
- 3- Si cette greffe est obtenue à partir de tissus provenant de la cervelle d'un fœtus prématuré (10^e ou 11^e semaine) le problème se pose ainsi :

Premier procédé :

Le prélèvement doit se faire directement du fœtus humain alors qu'il est encore dans le ventre de sa mère, par une opération sur la matrice. Ce qui entraînera évidemment la mort du fœtus dès que les cellules seront prélevées. Cela est charaïquement interdit sauf si cela provient à la suite d'un avortement naturel ou légitimement provoqué pour sauver la mère, et sous réserve d'observation des règles prescrites en notre décision concernant l'utilisation des fœtus.

Deuxième procédé :

Ce procédé fera probablement l'objet de découvertes futures. Il consistera à cultiver des cellules en vue de leur implantation.

Si le nouveau-né est anencéphale, on ne pourra rien en prélever tant qu'il sera en vie, jusqu'à ce que l'on soit sûr de la mort de son tronc cérébral, dans ce cas la conduite à tenir sera soumise aux conditions habituelles de prélèvement d'organes sur un cadavre. C'est-à-dire tenir compte de l'autorisation, s'assurer qu'il n'y a pas de solution de substitution, etc.

Toutefois, il n'y a aucune interdiction légale à maintenir l'anencéphale sous machine après la mort de son tronc cérébral (qui peut être déterminée) afin de préserver les organes en vue d'utilisation ultérieure pour une transplantation ou autre. Toujours dans le respect des conditions prévues par notre résolution n° 1, concernant l'utilisation du corps humain.

Fatwa du cheikh Ahmed Heridi (Le Caire) : n° 993 en date du 23 octobre 1966.

Autorisant le prélèvement de la cornée d'un mort et de greffes sur un vivant, sous réserve d'autorisation préalable du donneur ou d'autorisation de sa famille.

Présidence générale de la Direction de diffusion des recherches scientifiques, des fatwas et de l'orientation. Décision n° 26 en date du 25 octobre 1398 de l'hégire soit 1978.

Premièrement :

Est autorisé le prélèvement de la cornée de l'œil d'une personne dont le décès est dûment constaté, afin d'être greffée sur l'œil d'une personne vivante qui en aurait besoin dans la mesure où l'opération a de grandes chances de réussite et à condition que les parents du décédé ne l'interdisent pas.

La règle générale étant de favoriser la mesure la plus efficiente et de privilégier le moindre mal : l'intérêt du vivant receveur primant, cette cornée étant appelée à un pourrissement inéluctable, si elle n'était pas utilisée. De plus, il n'y a là aucune défiguration du cadavre, les paupières étant fermées en cas de décès.

Deuxièmement :

Est de même autorisée la greffe d'une cornée saine prélevée de l'œil d'un vivant au cas où les médecins jugeraient l'énucléation du donneur nécessaire pour sa santé, pour lui éviter un danger médical plus grave. Dans ce cas, le receveur musulman de cette greffe peut en profiter légalement (l'énucléation du donneur étant opérée uniquement pour la sauvegarde de celui-ci, et devant être accomplie de toute manière). Il n'y a donc aucune objection à ce qu'un receveur en bénéficie tel que le prévoient la législation et les règles d'humanité.

Fatwa de cheikh Tantawi (mufti d'Égypte) en 1988 au Caire, autorisant la greffe d'organes.

La fatwa de Tantawi, qui demeure aujourd'hui en Égypte le principal texte en matière d'éthique liée à la transplantation d'organes, peut être résumée en quatre points :

- 1- La Chari'â islamique révere le corps humain, qu'il soit vivant ou mort, et interdit d'attenter à son intégrité ou à celle de l'une de ses parties, de quelque façon que ce soit (cela afin de rappeler l'interdiction du suicide) ;
- 2- La vente d'une partie quelconque du corps humain est interdite par la Chari'â. Une telle pratique est inacceptable, sinon dans les cas les plus extrêmes, dont le médecin est seul juge en regard de l'intérêt supérieur de la vie d'un malade ;
- 3- La grande majorité des fuqahas considère que le don par un vivant d'une partie quelconque de son corps est licite, à la condition qu'un médecin puisse certifier que l'opération n'entraînera pas un dommage grave pour le donneur et qu'elle est indis-

pensable pour sauver ou guérir le receveur. Prélever un organe du corps d'un mort pour sauver la vie d'un autre individu ou le soigner d'une grave maladie est licite si cette opération est expressément recommandée par le médecin. Une autorisation préalable des héritiers, ou à défaut du ministère public, est nécessaire à moins que le médecin ne juge que l'intérêt du malade prime et juge ne pas s'arrêter à cette formalité. (S. Chifoleau, « Le débat égyptien sur le don et la transplantation d'organes », art. cité, p. 11-116).

Avis du cheikh Yûsuf Al-Qaradâwî (Égypte) en réponse à la question : Est-il permis à un musulman de faire don de l'un de ses organes de son vivant ? Le lundi 3 octobre 2005.

Louange à Dieu et que la paix et les bénédictions soient sur le Messenger de Dieu. Est-il permis à un musulman de faire don de l'un de ses organes de son vivant ? Le musulman dispose-t-il de ses organes comme bon lui semble, si bien qu'il peut en faire don par exemple ? Les organes constituent-ils au contraire un dépôt confié par Dieu dont l'individu n'a pas le droit de disposer sauf par la permission de Dieu ?

Tout comme l'individu n'a pas le droit de disposer de sa vie librement en se suicidant, il n'a pas non plus le droit de disposer d'une partie de son corps dont la cession lui sera préjudiciable. À ce sujet, on peut considérer le corps – bien qu'il soit un dépôt confié par Dieu, Exalté soit-Il, dont Il a donné à l'homme la jouissance et la liberté d'en disposer comme il l'entend – au même titre que la fortune. En réalité, la fortune appartient à Dieu – Exalté soit-Il – comme indiqué dans le Noble Coran à l'instar du verset : « Et accordez-leur une part de la fortune de Dieu qu'Il vous a accordée. », mais Il en a accordé à l'homme la jouissance et la liberté d'en disposer comme il l'entend.

Tout comme l'individu peut faire don d'une part de sa fortune au profit de ceux qui en ont besoin, il peut aussi faire don d'une partie de son corps à ceux qui en ont besoin. Il y a cependant une limite à cette analogie entre la fortune et le corps, à savoir que l'on peut faire don de l'intégralité de sa fortune, mais on n'a pas le droit de faire don de son corps en entier. En outre, il n'est pas permis à un musulman de se sacrifier pour sauver la vie d'un malade, ou lui épargner la souffrance ou lui éviter une vie dure. S'il est licite pour un musulman de se jeter à l'eau pour sauver un noyé, ou de pénétrer dans le feu pour éteindre un incendie, ou de faire ses gestes pour sauver une personne sur le point de se noyer ou de se brûler, pourquoi ne lui serait-il pas licite de risquer une partie de son corps au profit de ceux qui en ont besoin ? À notre époque, nous avons vu le don du sang – qui fait partie du corps humain – se dérouler dans les pays musulmans, sans qu'aucun savant ne le condamne. Au contraire, les savants approuvent qu'on fasse campagne pour promouvoir le don du sang, voire certains savants en font la promotion eux-mêmes. L'abstention unanime de toute condamnation ajoutée à l'existence de fatwas favorables à cette pratique montre bien que cela est acceptable du point de vue de la loi islamique. Or, selon les principes établis de la jurisprudence islamique, le préjudice doit être levé dans la mesure du possible. C'est pourquoi la jurisprudence islamique prévoit que l'on porte secours aux nécessiteux, que l'on soigne les blessés, que l'on nourrisse les affamés, que l'on libère les prisonniers de guerre, que l'on soigne les malades, et que l'on sauve toute personne exposée au péril en sa vie ou sur tout autre plan le concernant. Il

n'est pas permis au musulman de voir un individu ou un groupe subir un préjudice qu'il est capable de lever sans rien faire, ou sans faire ce qui est en son pouvoir pour le lever.

Par conséquent, nous pensons qu'il est permis de soulager un musulman souffrant d'une insuffisance rénale en lui faisant don de l'un des deux reins sains que possède un tiers. Cela est non seulement permis, mais méritoire aussi ; le donateur sera rétribué pour avoir fait miséricorde à un être humain, méritant ainsi la miséricorde du Ciel. L'islam ne limite pas la charité (*sadaqah*) à l'argent, il étend cette notion à toute œuvre charitable. Faire don d'une partie de son corps au profit d'autrui rentre dans ce cadre. Il s'agit même de l'une des formes de charité les plus élevées et les plus méritoires car le corps vaut beaucoup plus que la fortune. L'individu donnerait toute sa fortune pour sauver une partie de son corps ; dépenser son corps pour l'amour de Dieu – Exalté soit-Il – est donc une œuvre pie et une charité comme il y en a peu.

Si nous tenons pour autorisé le don d'organe émanant d'un donateur vivant, cette permission est-elle absolue ? La réponse est qu'il existe des restrictions. Il n'est pas permis de faire un don occasionnant un préjudice pour soi ou pour toute personne ayant des droits inaliénables sur soi. Aussi est-il interdit de faire don d'un organe unique dans le corps tels que le cœur ou le foie car le donateur ne peut pas vivre sans eux. Or, il n'est pas permis de lever le préjudice subi par autrui en portant préjudice à soi-même. Car la règle juridique stipulant que « le préjudice doit être levé » est restreinte par une autre règle stipulant que « le préjudice ne peut être levé par un (autre) préjudice », cette dernière règle ayant été interprétée comme signifiant qu'il n'est pas permis de lever un préjudice par un préjudice équivalent ou supérieur. C'est pourquoi il est interdit de faire don d'un organe apparent du corps tel que l'œil, la main ou le pied, car dans ce cas le préjudice subi par autrui est levé au prix d'un préjudice assuré pour le donateur, sans oublier ce que cela entraîne comme perte de jouissance et comme mutilation de l'apparence. On inclut dans ces considérations les organes internes du corps que nous avons en double lorsque l'un des deux organes est malade ou non fonctionnel. On se ramène alors au cas de l'organe unique.

Nous avons également mentionné l'interdiction de faire don de l'un de ses organes lorsque cela entraîne un préjudice pour des personnes ayant des droits inaliénables sur soi, tels que l'épouse, les enfants, l'époux ou encore les créanciers. Un jour une femme m'interrogea sur un problème personnel : elle voulait donner un rein à sa sœur mais son mari n'était pas d'accord. Elle voulait savoir si son mari avait le droit de s'y opposer. Ma réponse a été que l'époux a des droits sur son épouse. Si celle-ci fait don de l'un de ses reins, elle devra subir une intervention chirurgicale, être hospitalisée et elle aura besoin de soins particuliers. Vu que cela prive le mari d'une partie de ses droits, et lui impose des obligations, il faut que cela ait lieu avec son accord et sa permission. Enfin, seul un individu adulte et sain d'esprit peut faire don de ses organes. Un enfant n'a pas le droit de le faire car il ne peut déterminer où se trouve son intérêt. Il en est de même pour le fou. Le tuteur de ces deux catégories de personnes n'a pas non plus le droit de prendre cette décision à leur place alors qu'ils n'ont pas conscience de leur intérêt. En effet, si le tuteur n'a pas le droit de disposer de leur argent et d'en faire don, alors, à plus forte raison, il n'a pas non plus le droit de faire don de ce qui est encore plus cher, à savoir le corps. Et Dieu est le plus savant.

Annexe 2 :

Éléments de législations comparées au Maghreb et recommandations des colloques

Algérie

Le Conseil national de l'éthique des sciences de la santé créé par la loi n° 90-17 du 31 juillet 1990 a été installé par M. le ministre de la Santé et de la Population en date du 13 octobre 1996 en présence de l'ensemble de ses membres.....	150
Loi n° 85-05 du 16 février 1985 relative à la protection et à la promotion de la santé. Cadre législatif et réglementaire	151
Arrêté n° 30 MSPRH/MIN du 2 octobre 2002.....	152
Arrêté du 19 novembre 2002 fixant les critères scientifiques permettant la constatation médicale et légale du décès en vue du prélèvement d'organes et de tissus.....	153
Arrêté du 30 novembre 2002 portant définition du modèle type des documents relatifs au constat de décès de la personne sujette au prélèvement et à l'autorisation de prélèvement.....	153
Loi n° 85-05 du 16 février 1985 relative à la protection et à la promotion de la santé.....	156

Tunisie

Loi n° 91-22 du 25 mars 1991 relative au prélèvement et à la greffe d'organes humains.....	157
Loi n° 95-49 du 12 juin 1995, relative à la création du Centre national pour la promotion de la transplantation d'organes.	159
Décret n° 97-1182 du 13 juin 1997, fixant l'organisation administrative et financière ainsi que les modalités de fonctionnement du Centre national pour la promotion de la transplantation d'organes.	160
Décret n° 99-743 du 5 avril 1999, modifiant et complétant le décret n° 93-717 du 13 avril 1993, fixant les caractéristiques matérielles et techniques de la carte nationale d'identité, ainsi que les documents à présenter pour son obtention ou son remplacement. ...	164
Arrêté du ministère de la Santé publique du 19 septembre 2002, fixant la liste des établissements publics hospitaliers autorisés à effectuer les prélèvements ou les greffes d'organes humains.....	165
Arrêté du ministre de la Santé publique, modifiant et complétant l'arrêté du 19 septembre 2002, fixant la liste des établissements publics hospitaliers autorisés à effectuer les prélèvements ou les greffes d'organes humains.....	166

Arrêté du ministre de la Santé publique du 28 juillet 2004, fixant les critères et les modalités pratiques relatifs au prélèvement d'organes et de tissus humains, à leur conservation, leur greffe.	166
Décision définissant la mort : Circulaire du ministre de la Santé publique n° 1048 en date du 1^{er} août 1991	170
Maroc	
Loi n° 16-98 du 5 Joumada II 1420 – n° 4726 relative au don, au prélèvement et à la transplantation d'organes et de tissus humains.	172
Recommandations du 2^e Colloque National de la Greffe d'Organes et de Tissus	178
Recommandations du 3^e colloque France-Maghreb	190

Algérie

Le Conseil national de l'éthique des sciences de la santé créé par la loi n° 90-17 du 31 juillet 1990 a été installé par M. le ministre de la Santé et de la Population en date du 13 octobre 1996 en présence de l'ensemble de ses membres.

À cette occasion, le ministre a saisi le Conseil à l'effet d'examiner les problèmes relatifs aux transplantations d'organes, notamment la transplantation rénale et la greffe de cornée.

Depuis son installation, le Conseil a tenu trois sessions ordinaires au cours desquelles il a étudié l'ensemble des aspects liés aux transplantations et greffes d'organes. Il a d'abord procédé à la désignation de certains de ses membres pour se réunir avec les équipes médico-chirurgicales pratiquant les greffes d'organes puis rencontrer et recueillir l'avis des praticiens, des néphrologues, ainsi que les associations régionales des insuffisants rénaux. Il a pu ainsi dresser un état des lieux en la matière faisant ressortir que les obstacles recensés n'étaient pas d'ordre éthique, religieux ou déontologique, mais essentiellement d'ordre juridique, matériel, humain et financier. En effet :

Sur le plan éthique, les avis recueillis sur le terrain ont démontré que la population adhère parfaitement au don d'organes ;

Sur le plan religieux, le Conseil supérieur islamique algérien s'est prononcé sur la question par une fatwa en date du 14 février 1985 ;

Sur le plan déontologique, la greffe est considérée comme un traitement de choix par les praticiens ayant à prendre en charge les insuffisants rénaux ;

Sur le plan juridique, la principale entrave demeure la non-application de l'arrêté du 23 mars 1991 portant « création de deux commissions médicales de prélèvements et transplantations de tissus et d'organes humain ». En outre, un vide juridique demeure en matière de définition des critères de la mort cérébrale.

Quant à la loi n° 90-17 du 31 juillet 1990 (complétant et modifiant la loi n° 85-05 du 16 février 1985 relative à la promotion de la santé), son impact n'a pu être évalué du fait qu'elle n'a jamais été appliquée sur le terrain. Aussi n'est-il pas utile de promulguer un nouveau texte qui rendrait plus facile la réalisation des transplantations d'organes.

Compte tenu de ce qui précède, le Conseil recommande : la mise à disposition, par les pouvoirs publics, des moyens matériels, humains et financiers nécessaires à la réali-

sation des transplantations d'organes à partir de donneurs vivants ou de cadavres ; de veiller à la stricte application de la loi en ce qui concerne notamment la gratuité, la non-discrimination, l'égalité des chances aux greffes ; d'être attentif, en ce qui concerne la greffe chez l'enfant au double plan :

- médical, formation de praticiens qualifiés ;
- juridique, protection de l'enfant mineur.

D'accorder une place de choix à la transplantation d'organes dans l'ordre prioritaire des préoccupations de santé publique; et d'assurer un suivi rigoureux et à long terme de l'opération.

De favoriser le prélèvement d'organes à partir de cadavres.

D'encourager la création d'une association de donneurs d'organes, l'établissement d'un registre national de donneurs d'organes, la mise sur pied d'une Agence nationale de développement des transplantations et greffes d'organes.

Loi n° 85-05 du 16 février 1985 relative à la protection et à la promotion de la santé.

Cadre législatif et réglementaire

Loi n° 90-17 du 31 juillet 1990, modifiant et complétant la loi n° 85-05 du 16 février 1985, relative à la protection et à la promotion de la santé.

Arrêté n° 30 MSPRH/MIN du 2 octobre 2002, portant autorisation de certains établissements de santé à effectuer des prélèvements et/ou des transplantations de tissus ou d'organes humains.

Arrêté n° 34 MSPRH/MIN du 19 novembre 2002, fixant les critères scientifiques permettant la constatation médicale et légale du décès en vue de prélèvement d'organes et de tissus.

Art. 164.– (loi n° 90-17 du 31 juillet 1990) : Le prélèvement de tissus et d'organes sur les personnes décédées à des fins de transplantation ne peut se faire qu'après constatation médicale et légale du décès par la commission médicale visée à l'article 167 de la présente loi et selon des critères scientifiques définis par le ministre chargé de la Santé publique.

Dans ce cas, le prélèvement peut être effectué si, de son vivant, le défunt a exprimé son consentement.

Si de son vivant le défunt n'a pas exprimé sa volonté, le prélèvement ne peut être effectué qu'après accord de l'un des membres de sa famille, dans l'ordre de priorité suivant : père, mère, conjoint, enfant, frères ou sœurs, ou le tuteur légal, si le défunt est sans famille.

Toutefois, le prélèvement de cornées et de reins peut être effectué sans l'accord visé à l'alinéa précédent, s'il n'est pas possible de prendre contact, à temps, avec la famille ou le représentant légal du défunt et que tout délai entraînerait la détérioration de l'organe à prélever ou si l'urgence était constatée par la commission médicale prévue à l'article 167 de la présente Loi.

Art. 165.– (loi n° 90-17 du 31 juillet 1990) : Il est interdit de procéder au prélèvement de tissus ou d'organes en vue d'une transplantation si la personne de son vivant a exprimé par écrit une volonté contraire, ou si le prélèvement entrave l'autopsie médico-légale.

Il est interdit de révéler l'identité du donneur au receveur et celle du receveur à la famille du donneur.

Art. 167.– (loi n° 85-05 du 16 février 1985) : Le prélèvement et la transplantation de tissus ou d'organes humains sont effectués par des médecins et seulement dans des hôpitaux autorisés à cette fin, par le ministre chargé de la Santé.

Une commission médicale, créée spécialement au sein de la structure hospitalière, décide de la nécessité du prélèvement ou de la transplantation et autorise l'intervention.

En cas de prélèvement de tissus ou d'organes sur des personnes décédées, le décès doit avoir été confirmé par au moins deux médecins membres de la commission et par un médecin légiste ; leurs conclusions sont consignées dans un registre spécial.

Art. 1^{er}.– (arrêté n° 34 du 19 novembre 2002) : le présent arrêté a pour objet de fixer les critères scientifiques permettant la constatation médicale et légale du décès en vue du prélèvement d'organes et de tissus.

Art. 2.– (arrêté n° 34 du 19 novembre 2002) : les critères scientifiques prévus à l'article 1^{er} ci-dessus sont fixés comme suit :

- absence totale de conscience et d'activité motrice spontanée ;
- abolition de tous les réflexes du tronc cérébral ;
- absence totale de ventilation spontanée vérifiée par une épreuve d'hypercapnie ;
- deux électroencéphalogrammes interprétés par deux médecins différents.

Arrêté n° 30 MSPRH/MIN du 2 octobre 2002.

Les établissements de santé suivants sont autorisés à effectuer, dans les conditions prévues chapitre III du titre IV de la loi n° 85-05 du 16 février 1985 susvisée, les prélèvements et/ou les transplantations :

- 1) de cornée
 - CHU Mustapha (Alger)
 - CHU Hussein-Dey (Alger)
 - EHS en ophtalmologie (Oran)
 - CHU Beni-Messous (Alger)
 - CHU Bab-El-Oued (Alger)
 - CHU Annaba
- 2) de reins
 - CHU Mustapha (Alger)
 - CHS clinique Daksi (Constantine)
- 3) de foie
 - CPMC

Art. 3.– (arrêté n° 30 MSPRH/MIN du 2 octobre 2002) : Les établissements de santé prévus à l'article 2 ci-dessus sont tenus de créer spécialement en leur sein la commission médicale prévue à l'article 167 de la loi n° 85-05 du 16 février 1985 susvisée et chargée de la confirmation du constat de décès de la personne sujette au prélèvement et de l'autorisation du prélèvement et/ou de la transplantation.

Ils sont tenus également d'ouvrir un registre spécial ou sont consignées les conclusions de ladite commission.

Arrêté du 19 novembre 2002 fixant les critères scientifiques permettant la constatation médicale et légale du décès en vue du prélèvement d'organes et de tissus.

Le ministre de la Santé, de la Population et de la Réforme hospitalière,

Vu la loi n° 85-05 du 16 février 1985, modifiée et complétée, relative à la protection et à la promotion de la santé, notamment ses articles 164 et 167 ;

Vu le décret présidentiel n° 02-208 du 6 Rabie-Ethani 1423 correspondant au 17 juin 2002 portant nomination des membres du gouvernement ;

Vu le décret n° 96-66 du 27 janvier 1996 fixant les attributions du ministre de la Santé et de la Population ;

Arrêté

Art. 1^{er}.- : Le présent arrêté a pour objet de fixer les critères scientifiques permettant la constatation médicale et légale du décès en vue du prélèvement d'organes et de tissus.

Art. 2.- : Les critères scientifiques prévus à l'article 1^{er} ci-dessus sont fixés comme suit :

- absence totale de conscience et d'activité motrice spontanée ;
- abolition de tous les réflexes du tronc cérébral ;
- absence totale de ventilation spontanée vérifiée par une épreuve d'hypercapnie ;
- deux électroencéphalogrammes interprétés par deux médecins différents.

Art.3.- : Les responsables d'établissements autorisés à effectuer des prélèvements et des transplantations d'organes et de tissus humains conformément aux dispositions de l'article 167 de la loi n° 85-05 du 16 février 1985 susvisée sont chargés de l'exécution du présent arrêté.

République algérienne démocratique et populaire, ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme hospitalière.

Arrêté du 30 novembre 2002 portant définition du modèle type des documents relatifs au constat de décès de la personne sujette au prélèvement et à l'autorisation de prélèvement.

Arrêté

Art. 1^{er}.- : Le présent arrêté a pour objet de définir le modèle type des documents relatifs au constat de décès de la personne sujette au prélèvement et à l'autorisation de prélèvement.

Art. 2.- : La commission médicale prévue à l'article 3 de l'arrêté n° 30 du 2 octobre 2002 susvisé est tenue d'établir le constat de décès et l'autorisation de prélèvement conformément aux documents joints en annexe.

Art. 3.- : Les chefs des établissements de santé prévus à l'article 2 de l'arrêté n° 30 du 2 octobre 2002 susvisé sont chargés de l'application du présent arrêté.

Procès-verbal de constat de la mort avant prélèvement à des fins thérapeutiques sur une personne décédée, assistée par ventilation mécanique et conservant une fonction hémodynamique.

Nous soussigné(e)s,

Docteur (nom, prénom, qualité, service)	Docteur (nom, prénom, qualité, service)
.....
.....
.....

Signature du médecin	Signature du médecin
----------------------	----------------------

Certifions avoir constaté la réalité de la mort de :

Nom	
Nom de jeune fille	
Prénom	(Coller une étiquette) ?
Sexe	
Date de naissance	
Lieu de naissance	

Le diagnostic a été porté sur une personne dont le décès est constaté cliniquement, assistée par ventilation mécanique et conservant une fonction hémodynamique

Les trois critères cliniques suivants étant simultanément présents (à cocher) :

- a) Absence totale de conscience et d'activité motrice spontanée
- b) Abolition de tous les réflexes du tronc cérébral
- c) Absence totale de ventilation spontanée vérifiée par une épreuve d'hypercapnie

L'attestation du caractère irréversible de la destruction encéphalique a été apportée par l'examen paraclinique suivant :

Deux électroencéphalogrammes (EEG)	
Le premier EEG a été interprété par le	Le deuxième EEG a été interprété par le
Dr.....	Dr
Le résultat est le suivant :	Le résultat est le suivant :.....
.....
.....

Date, heure du constat de la mort :
 Fait à, le

AUTORISATION DE PRÉLÈVEMENT D'ORGANES À BUT THÉRAPEUTIQUE
SUR LE CORPS DE

Nous soussigné(e)s

Monsieur Prénoms
Madame Prénoms
Parents Prénoms
Tuteur

Déclarons avoir été informés par le docteur

Médecin dans le service de de l'hôpital
De l'éventualité d'un prélèvement d'organes et de tissus après la mort de

Par la présente, nous déclarons autoriser le prélèvement d'organes et de tissus à but thérapeutique

Fait à....., le.....

Signature du père

Signature de la mère

RÉPUBLIQUE ALGÉRIENNE DÉMOCRATIQUE ET POPULAIRE, MINISTÈRE
DE LA SANTÉ, DE LA POPULATION ET DE LA RÉFORME HOSPITALIÈRE

Je soussigné(e)

Certifie avoir été informé(e) par les médecins du service de Réanimation chirurgicale de l'hôpital de l'éventualité d'un prélèvement d'organes et de tissus après sa mort sur la personne de :

.....

À ma connaissance

- le défunt n'a jamais émis d'opposition aux prélèvements
- le défunt était opposé aux prélèvements.

Fait à , le.....

Loi n° 85-05 du 16 février 1985 relative à la protection et à la promotion de la santé.

Il est interdit de procéder à une collecte de sang chez les mineurs ou des adultes privés de discernement, ou à des spéculatives.

Art. 159.– Le groupe sanguin est transcrit obligatoirement sur la carte d'identité nationale et/ou le permis de conduire.

Art.160.– Les modalités de détermination et de transplantation du groupe sanguin sont fixées par voie réglementaire.

Chapitre III : Prélèvement et transplantation d'organes humains

Art. 161.– Le prélèvement d'organes humains et la transplantation de tissus ou d'organes humains ne peuvent être effectués qu'à des fins thérapeutiques ou de diagnostic, dans les conditions prévues par la présente loi.

Le prélèvement et la transplantation d'organes humains et de tissus humains ne peuvent faire l'objet d'aucune transaction financière.

Art. 162.– Le prélèvement des tissus ou d'organes ne peut être pratiqué sur des personnes vivantes que s'il ne met pas en danger la vie du donneur. Le consentement écrit du donneur d'organes est exigé, après avoir été établi en présence de deux témoins et déposé auprès du directeur d'établissement et du médecin, chef de service.

Le donneur ne peut exprimer son consentement qu'après avoir été informé par le médecin des risques médicaux éventuels qu'entraîne le prélèvement. Le donneur peut, en tout temps, retirer le consentement qu'il a déjà donné.

Art. 163.– Il est interdit de procéder au prélèvement d'organes chez des mineurs ou des personnes privées de discernement. Il est également interdit de procéder au prélèvement d'organes ou de tissus chez des personnes atteintes de maladies de nature à affecter la santé du donneur ou du receveur. Les modalités d'application du présent article sont fixées par voie réglementaire.

Art. 164.– Le prélèvement de tissus et d'organes sur des personnes décédées ne peut se faire qu'après constatation médicale et légale du décès, selon des critères scientifiques définis par le ministre chargé de la Santé.

Dans ce cas le prélèvement peut se faire avec le consentement écrit de la personne de son vivant, ou de l'un des membres adultes de la famille, dans l'ordre de priorité suivant : père, mère, conjoint, enfant, frère, ou sœur.

Dans le cas où le défunt est sans famille, l'autorisation est demandée au tuteur légal.

Art. 165.– Il est interdit de procéder au prélèvement de tissus ou d'organes en vue d'une transplantation, si la personne, de son vivant, a exprimé par écrit une volonté contraire ou si le prélèvement entrave l'autopsie médico-légale.

Art. 166.– La transplantation de tissus ou d'organes humains n'est pratiquée que si elle représente le seul moyen de préserver la vie ou l'intégrité physique du receveur, et qu'après que ce dernier a exprimé son consentement, en présence du médecin chef du service sanitaire dans lequel il a été admis, et de deux témoins.

Lorsque le receveur n'est pas en état d'exprimer son consentement, l'un des membres de sa famille peut donner le consentement par écrit. Dans l'ordre indiqué à l'article 164 ci-dessus.

Dans le cas des personnes frappées d'incapacité légale, le consentement peut être donné par le père, la mère ou le tuteur légal, selon le cas.

Dans le cas des mineurs, le consentement est donné par le père ou à défaut par le tuteur légal.

Le consentement ne peut être exprimé qu'après que le receveur, ou les personnes énoncées au paragraphe précédent, ont été informés, par le médecin traitant, des risques.

La transplantation de tissus ou d'organes humains peut être pratiquée sans le consentement visé aux premier et deuxième alinéas lorsque, en raison de circonstances exceptionnelles, il n'est pas possible de prendre contact, à temps, avec la famille ou les représentants légaux d'un receveur qui n'est pas en état d'exprimer son consentement et que tout délai entraînerait son décès, cet état de fait étant confirmé par le médecin chef de service et deux témoins.

Art. 167.– Le prélèvement et la transplantation de tissus ou d'organes humains sont effectués par des médecins et seulement dans les hôpitaux autorisés, à cette fin, par le ministre chargé de la Santé.

Une commission médicale, créée spécialement au sein de la structure hospitalière, décide de la nécessité du prélèvement ou de la transplantation et autorise l'intervention.

En cas de prélèvement de tissus ou d'organes sur des personnes décédées, le décès doit avoir été confirmé par au moins deux médecins membres de la commission et par un médecin légiste ; leurs conclusions sont consignées dans un registre spécial.

Art. 168.– Les autopsies peuvent être pratiquées dans les structures hospitalières :

- à la requête de l'autorité publique dans un cadre médico-légal ;
- à la demande du médecin spécialisé dans un but scientifique.

Les autopsies dans un but scientifique peuvent être pratiquées dans le respect des dispositions prévues aux alinéas 2 et 3 de l'article 164 de la présente loi.

Tunisie

Loi n° 91-22 du 25 mars 1991 relative au prélèvement et à la greffe d'organes humains.

Chapitre premier : Dispositions générales

Article 1^{er}.– L'intégrité physique de la personne humaine est garantie.

Le prélèvement et la greffe d'organes sont soumis aux dispositions de la présente loi.

Art. 2.– En vue d'une greffe dans un but thérapeutique, sur un être humain, un prélèvement peut être effectué sur une personne vivante à condition que le donneur soit majeur, jouissant de toutes ses facultés mentales, de sa capacité juridique et qu'il y ait librement et expressément consenti.

Art. 3.– Des prélèvements peuvent être effectués à des fins thérapeutiques ou scientifiques sur le cadavre d'une personne à condition qu'elle n'ait pas fait connaître de son vivant son refus d'un tel prélèvement et qu'après son décès le refus d'un tel prélèvement n'ait pas été opposé par l'une des personnes suivantes, jouissant de leur pleine capacité juridique et dans l'ordre ci-après :

Les enfants, le père, la mère, le conjoint, les frères et sœurs, le tuteur légal.

Le prélèvement ne peut être effectué, même avec le consentement de l'une de ces personnes, lorsque le refus à de tels prélèvements a été opposé par l'une d'elles venant en rang plus proche ou par la plus âgée des enfants ou des frères et sœurs du défunt.

Le prélèvement d'organes du cadavre d'un mineur ou d'un incapable ne peut être effectué en vue d'une greffe qu'après le consentement de son tuteur légal.

Art. 4.– Est strictement interdit le prélèvement de la totalité d'un organe vital d'une personne vivante en vue de sa greffe, même avec son consentement.

Est considéré comme organe vital l'organe dont le prélèvement entraîne inéluctablement la mort de la personne sur laquelle il est prélevé.

Art. 5.– Est strictement interdit le prélèvement sur des personnes vivantes ou décédées d'organes de reproduction porteurs de gènes d'hérédité et ce en vue d'une greffe.

Art. 6.– Il est interdit de procéder aux prélèvements visés aux articles 2 et 3 de la présente loi, moyennant une contrepartie pécuniaire ou toute autre forme de transaction, sans préjudice du remboursement des frais qu'ils peuvent occasionner.

Modalités et procédure de prélèvement et de greffe d'organes.

Art. 7.– Le donneur qui entend autoriser le prélèvement d'un organe sur son corps en vue d'une greffe est informé par écrit des conséquences éventuelles de sa décision par le médecin chef du service hospitalier dans lequel le prélèvement sera effectué ou par son remplaçant. Cette information porte sur :

- a) Toutes les conséquences prévisibles d'ordre physique et psychique du prélèvement ainsi que les répercussions éventuelles de ce prélèvement sur la vie personnelle, familiale et professionnelle du donneur ;
- b) Tous les résultats qui peuvent être attendus de la greffe par le receveur.

Art. 8.– Le consentement du donneur est exprimé devant le président du tribunal de première instance dans le ressort duquel se trouve la résidence du donneur ou l'établissement hospitalier ou devant son suppléant. Le magistrat qui recueille le consentement du donneur s'assure au préalable que ce consentement est exprimé dans les conditions prévues par l'article 2 de la présente loi. Il en dresse procès-verbal signé par lui, par le donneur et par le greffier.

Le greffier du tribunal en transmet la copie aux établissements hospitaliers autorisés conformément à l'article 13 de la présente loi.

La minute en est conservée au greffe du tribunal après sa consignation sur un registre tenu à cet effet.

Art. 9.– Le consentement du donneur peut être retiré avant l'opération sans formalité.

Art. 10.– La personne qui entend de son vivant s'opposer à un prélèvement sur son cadavre peut exprimer son refus par acte écrit et légalisé, déposé au greffe du tribunal de première instance dans le ressort duquel se trouve la résidence du donneur et qui doit sans délai informer de ce refus tous les établissements hospitaliers autorisés à effectuer des prélèvements et des greffes d'organes.

Lesdits établissements doivent consigner ce refus sur un registre tenu à cet effet.

La personne qui a exprimé son refus peut le rappeler à la direction de l'hôpital au moment de son admission.

Art. 11.– Le refus exprimé par l'une des personnes mentionnées à l'article 3 de la présente loi peut être fait auprès de la direction de l'établissement hospitalier où le décès a eu lieu et ce avant tout prélèvement. Ce refus est consigné sur le même registre et sur lequel le déclarant appose sa signature.

Art. 12.– Avant de procéder à un prélèvement sur un cadavre, le médecin auquel incombe la responsabilité de ce prélèvement doit s'assurer auprès de la direction de l'établissement hospitalier que le défunt, de son vivant, ou l'une des personnes visées à l'article 3 de la présente loi après son décès, ne s'y était pas opposé.

Art. 13.– Les prélèvements et les greffes mentionnés aux articles 2 et 3 de la présente loi ne peuvent être effectués que dans les établissements publics autorisés à cette fin par arrêté du ministre de la Santé publique.

Toutefois des greffes de cornées peuvent être effectuées dans les établissements sanitaires privés autorisés à cette fin par arrêté du ministre de la Santé publique.

Art. 14.– Lesdits établissements doivent disposer :

- a) du personnel médical nécessaire et des moyens techniques permettant de constater la mort conformément aux dispositions de l'article 15 de la présente loi ;
- b) du personnel médical compétent pour effectuer les opérations de prélèvement et de greffes d'organes ;
- c) d'une salle d'opération dotée du matériel nécessaire à l'exécution de ces prélèvements et greffes ;
- d) des moyens nécessaires à la conservation des corps ;
- e) du personnel apte à effectuer la restauration tégumentaire.

D'une manière générale, lesdits établissements doivent justifier des conditions nécessaires pour que ces opérations soient exécutées d'une façon satisfaisante.

Art. 15.– Aucun prélèvement à des fins thérapeutiques ne peut être effectué sur un cadavre sans qu'il y ait constat de décès. La mort y est constatée :

- a) par deux médecins hospitaliers qui ne font pas partie de l'équipe qui effectuera le prélèvement et la greffe ;
- b) conformément aux règles communément admises et en usage en milieu médical, le ministre de la Santé publique fixe par décision les méthodes et les signes devant être retenus et indiquant la survenance de la mort d'une manière irréversible, et notamment l'arrêt des fonctions cérébrales.

Les deux médecins qui procèdent au constat de la mort en établissent un procès-verbal, signé par eux et précisant la date, l'heure, la cause et les moyens de constatation du décès.

Loi n° 95-49 du 12 juin 1995, relative à la création du Centre national pour la promotion de la transplantation d'organes.

Article 1^{er}.– Il est créé un établissement public à caractère administratif, doté de la personnalité civile et de l'autonomie financière, dénommé « le centre national pour la promotion de la transplantation d'organes ».

Cet établissement est soumis à la tutelle du ministre de la Santé publique et son budget est rattaché pour ordre au budget général de l'État.

Le siège du Centre national pour la promotion de la transplantation d'organes est à Tunis.

Art. 2.– Le Centre national pour la promotion de la transplantation d'organes est notamment chargé :

- de proposer les modalités pratiques de prélèvement, de conservation, de transport et de greffe d'organes humains ;
- de promouvoir le don d'organes et ce en participant à l'information et à la sensibilisation du public, en collaboration notamment avec les associations concernées ;
- de participer à la formation du personnel des corps médical et paramédical concernés par la transplantation d'organes ;
- de tenir un registre central sur lequel sont inscrites les personnes dont l'état de santé nécessite une greffe d'organes tout en préservant la confidentialité des informations à caractère privé concernant les personnes inscrites sur ledit registre ;
- de l'attribution des greffons aux personnes dont l'état de santé l'exige.

Art. 3.– Le Centre national pour la promotion de la transplantation d'organes est dirigé par un directeur général nommé par décret sur proposition du ministre de la Santé publique.

Il est assisté par un conseil administratif et un conseil scientifique dont la composition et les missions sont fixées par décret.

L'organisation administrative et financière du Centre national pour la promotion de la transplantation d'organes ainsi que les modalités de son fonctionnement sont fixées par décret.

Décret n° 97-1182 du 13 juin 1997, fixant l'organisation administrative et financière ainsi que les modalités de fonctionnement du Centre national pour la promotion de la transplantation d'organes.

Article 1^{er}.– L'organisation administrative et financière ainsi que les modalités de fonctionnement du Centre national pour la promotion de la transplantation d'organes sont fixées par les dispositions du présent décret.

Chapitre premier : Organisation administrative

Art. 2.– Le Centre national pour la promotion de la transplantation d'organes est dirigé par un directeur général assisté par un conseil administratif et un conseil scientifique.

Section première : Le directeur général

Art. 3.– Le directeur général assure, dans le cadre des orientations de l'autorité de tutelle et des avis du conseil administratif et du conseil scientifique, le fonctionnement de l'établissement. Il peut déléguer une partie de ses attributions à des agents placés sous son autorité et ce dans les conditions déterminées par la réglementation en vigueur.

Il est l'ordonnateur du budget et passe les marchés dans les formes et conditions prévues par les règles de la comptabilité publique et de la réglementation en vigueur.

Le directeur général est chargé notamment :

- de proposer le règlement intérieur du centre qui sera fixé par arrêté du ministre de la Santé publique ;

- d'élaborer le budget et le plan de développement du centre et de veiller à leur exécution ;
- de représenter le centre dans les actes de la vie civile ;
- de coordonner l'activité de l'ensemble des services du centre.

Art. 4.– Le directeur général du centre est nommé par décret, sur proposition du ministre de la Santé publique, parmi les médecins ayant le grade de professeur en médecine ou maître de conférence agrégé en médecine et une expérience dans les activités de la transplantation d'organes.

La nomination du directeur général est soumise aux conditions prévues par le décret n° 88-188 du 11 février 1988, susvisé, pour la nomination dans l'emploi de directeur général d'administration centrale. Il bénéficie, à ce titre, des indemnités et avantages attribués dans cette fonction.

Section II : Le conseil administratif

Art. 5.– Le directeur général est assisté dans le fonctionnement de l'établissement par un conseil administratif composé ainsi qu'il suit :

Président : Le directeur général du centre.

Membres :

- un représentant du ministère de la Défense nationale ;
- un représentant du ministère des Affaires sociales ;
- le directeur chargé de la tutelle des hôpitaux au ministère de la Santé publique ;
- le directeur chargé des activités sanitaires du secteur privé au ministère de la Santé publique ;
- deux médecins exerçant dans les unités de prélèvement et de greffe d'organes humains désignés par le ministre de la Santé publique.

Les membres du conseil administratif sont nommés par arrêté du ministre de la Santé publique sur proposition des départements concernés.

Le président du conseil administratif peut, en outre, faire appel à toute personne, dont la présence est jugée utile en raison de sa compétence dans une question figurant à l'ordre du jour de la réunion, en vue de requérir son avis sur ladite question.

Art. 6.– Le conseil administratif a pour attributions de donner son avis notamment sur :

- le projet de budget, le compte financier et le rapport d'activité du centre ;
- les marchés pour travaux, fournitures et services ;
- les acquisitions, aliénations, échanges et baux des biens immeubles ainsi que l'acceptation des dons et legs ;
- toute autre question relative à la gestion et au fonctionnement du centre que le directeur général juge utile de lui soumettre.

Art. 7.– Le conseil administratif se réunit, sur convocation de son président ou à la demande de la moitié au moins de ses membres, au moins une fois par trimestre et chaque fois que l'intérêt du centre l'exige.

Il ne peut siéger valablement qu'en présence de la moitié de ses membres au moins. Si le quorum n'est pas atteint après une première convocation, une deuxième réunion est tenue dans les quinze jours qui suivent, quel que soit le nombre des membres présents.

L'ordre du jour des réunions est arrêté par le président.

Le conseil émet ses avis à la majorité des voix des membres présents. En cas de partage égal des voix, celle du président est prépondérante.

Le secrétariat du conseil est confié à un cadre du centre désigné par le directeur général. Ce cadre doit notifier les convocations et l'ordre du jour à tous les membres du conseil huit jours au moins avant la date de la réunion.

Le procès-verbal est signé par le président et le secrétaire de la réunion. Une copie du procès-verbal de chaque réunion doit être adressée par les soins du président au ministre de la Santé publique dans les quinze jours qui suivent la tenue de la réunion au plus tard.

Section III : Le conseil scientifique

Art. 8.– Le directeur général est assisté, dans les questions scientifiques, par un conseil scientifique composé ainsi qu'il suit :

Président : Le directeur général du centre

Membres :

- un médecin désigné par le ministre de la Défense nationale ;
- six médecins relevant des équipes effectuant des activités de greffe de cornée ;
- un anesthésiste réanimateur ou un réanimateur exerçant dans des établissements autorisés à effectuer des prélèvements d'organes ;
- un biologiste ;
- un agent paramédical parmi les agents paramédicaux participant aux activités de greffe d'organes.

Les membres du conseil scientifique sont nommés par arrêté du ministre de la Santé publique.

Le président du conseil scientifique peut, en outre, faire appel à toute personne, dont la présence est jugée utile en raison de sa compétence dans une question figurant à l'ordre du jour de la réunion, en vue de requérir son avis sur ladite question.

Art. 9.– Le conseil scientifique a pour mission de donner son avis sur les questions d'ordre scientifique, technique et éthique entrant dans le cadre des activités du centre.

Il propose notamment les critères et les modalités pratiques de prélèvement, de conservation, de transport, de répartition, d'attribution et de greffe d'organes humains. Ces critères et modalités sont fixés par arrêté du ministre de la Santé publique.

Le conseil scientifique peut, en outre, faire toute recommandation et proposition en vue de favoriser la promotion de la transplantation d'organes.

Art. 10.– Le conseil scientifique fonctionne quant à la périodicité de ses réunions, aux modalités de convocation à ces réunions, à l'établissement de son ordre du jour, au secrétariat et à l'émission de ses avis conformément aux règles fixées par l'article 7 du présent décret pour le conseil administratif.

Section IV : Les services administratifs, financiers et techniques.

Art. 11.– Les services administratifs, financiers et techniques du Centre national pour la promotion de la transplantation d'organes comprennent :

- un service des affaires administratives et financières ;
- un service de régulation et de coordination ;
- un service d'information et de recherches.

Art. 12.– Le service des affaires administratives et financières est chargé de la gestion des ressources humaines et financières du centre.

Art. 13.– Le service de régulation et de coordination a pour attributions notamment de :

- procéder à la centralisation des informations nécessaires au prélèvement et à la greffe d'organes ;
- tenir un registre central actualisé périodiquement sur lequel sont inscrites les personnes dont l'état de santé nécessite une greffe d'organes ainsi que toutes les indications nécessaires à cet effet ;
- veiller au bon déroulement des opérations d'attribution des organes, y compris les tissus et la moelle osseuse et ce en coordonnant entre les différentes équipes et structures impliquées dans le domaine du prélèvement et de la greffe d'organes conformément aux critères et modalités prévus par l'article 9 du présent décret.

Art. 14.– Le service d'information et de recherches a pour attributions notamment de :

- procéder aux opérations d'évaluation, aux activités de recherche et à leur promotion ;
- diffuser l'information médicale et scientifique et de contribuer aux activités de formation relevant des attributions du centre.

Art. 15.– Le chef de service des affaires administratives et financières est nommé par décret, sur proposition du ministre de la Santé publique, parmi les cadres répondant aux conditions de nomination à l'emploi de chef de service d'administration centrale telles que fixées par le décret, susvisé, n° 88-188 du 11 février 1988. Il bénéficie à ce titre des indemnités et avantages attribués dans cette fonction.

Art. 16.– Le chef de service de régulation, de coordination ainsi que le chef de service d'information et de recherches sont nommés par décret, sur proposition du ministre de la Santé publique, parmi les médecins ayant une expérience dans les activités de transplantation d'organes.

La nomination du chef de service de régulation et de coordination ainsi que celle du chef de service d'information et de recherches sont soumises aux conditions prévues par le décret n° 88-188 du 11 février 1988, susvisé pour la nomination dans l'emploi de chef de service d'administration centrale. Ils bénéficient à ce titre des indemnités et avantages attribués dans cette fonction.

Chapitre II : Organisation financière

Art. 17.– Les recettes du centre comprennent :

- les crédits alloués par le budget de l'État ;
- les dons et legs après autorisation du ministre de la Santé publique ;
- les ressources diverses et toutes autres recettes, dans la mesure où elles sont autorisées par la loi.

Art. 18.– Les dépenses du centre comprennent :

- les dépenses de fonctionnement ;
- les dépenses nécessaires pour l'exécution des missions du centre.

Art. 19.– Un agent comptable est désigné auprès du Centre national pour la promotion de la transplantation d'organes. Il est chargé de l'exécution des recettes et des

dépenses de l'établissement conformément aux dispositions du Code de la comptabilité publique.

Art. 20.– Les ministres des Finances et de la Santé publique sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret qui sera publié au Journal officiel de la République tunisienne.

Loi n° 99-18 du 1^{er} mars 1999, modifiant et complétant la loi n° 93-27 du 22 mars 1993 relative à la carte nationale d'identité.

Article unique - Il est ajouté à l'article 2 de la loi n° 93-27 du 22 mars 1993 relative à la carte nationale d'identité, le paragraphe suivant :

Sous réserve des dispositions de la loi n° 91-22 du 25 mars relative au prélèvement et à la greffe d'organes humains, la carte nationale d'identité peut comporter une mention confirmant l'accord explicite de faire don d'organes humains après le décès.

Cette mention ne peut être insérée que pour les personnes majeures, jouissant de toutes leurs facultés mentales et de leur capacité juridique et ce en vertu d'une déclaration légalisée relative à l'accord précité.

Ladite mention est supprimée dès le dépôt d'une déclaration légalisée de renonciation.

Décret n° 99-743 du 5 avril 1999, modifiant et complétant le décret n° 93-717 du 13 avril 1993, fixant les caractéristiques matérielles et techniques de la carte nationale d'identité, ainsi que les documents à présenter pour son obtention ou son remplacement.

Décrète :

Art. 1^{er}.– Les dispositions de l'alinéa b- du deuxième paragraphe de l'article premier du décret n° 93-717 du 13 avril 1993 susvisé sont abrogées et remplacées par les dispositions suivantes :

Article 1^{er} alinéa b (nouveau) du deuxième paragraphe :

b - Au verso :

- 1)- le nom et le prénom de la mère ;
- 2)- la profession ;
- 3)- l'adresse ;
- 4)- l'empreinte digitale du pouce droit gravée à droite de la carte aux rayons laser en format de 2,5 sur 2,5 centimètres. À défaut de l'empreinte du pouce droit, sera utilisée l'empreinte de l'index droit. Dans les autres cas, sera utilisée l'empreinte du pouce gauche ou celle de l'index gauche qui remplacerait l'empreinte du pouce droit suivant les cas ;
- 5)- le numéro de la série de fabrication de la carte sous l'empreinte digitale ;
- 6)- la date d'émission de la carte par jour, mois et année ;
- 7)- un tampon de couleur bleue avec les armoiries de la République tunisienne ainsi que les mentions : République tunisienne, ministre de l'intérieur ;
- 8)- le groupe sanguin et le facteur rhésus à la demande du titulaire de la carte ;
- 9)- le mot « donneur », à la demande du titulaire de la carte ;
- 10)- un chiffre indiquant le nombre des renouvellements de la carte, et un chiffre indiquant le centre de police technique qui a traité le cas.

Le numéro de la carte ainsi que les deux chiffres visés au numéro 10 ci-dessus et la date d'émission seront portés en code-barres au bas de la carte.

Art. 2.– Sont ajoutés à l'article 2 du décret n° 93-717 du 13 avril 1993 susvisé, un troisième et un quatrième paragraphe ainsi libellés :

Article 2.– (paragraphe 3) - Toute personne désirant mentionner volontairement le mot « donneur » sur sa carte, doit joindre aux pièces susvisées une déclaration légalisée comportant son accord explicite pour faire don de ses organes humains après son décès.

Article 2.– (paragraphe 4) - La personne qui renonce à faire don de ses organes et désire supprimer le mot « donneur » de sa carte, doit présenter une déclaration légalisée de renonciation.

Arrêté du ministère de la Santé publique du 19 septembre 2002, fixant la liste des établissements publics hospitaliers autorisés à effectuer les prélèvements ou les greffes d'organes humains.

Article 1^{er}.– Les établissements publics hospitaliers ci-dessous mentionnés sont autorisés à effectuer les actes de prélèvement d'organes et de tissus humains :

- hôpital Charles-Nicolle de Tunis ;
- hôpital Mongi-Slim de La Marsa ;
- hôpital Habib-Thameur de Tunis ;
- hôpital La Rabta de Tunis ;
- hôpital Abderrahmène-Mami de L'Ariana ;
- hôpital Farhat-Hached de Sousse ;
- hôpital Sahloul de Sousse ;
- hôpital Fattouma-Bourguiba de Monastir ;
- hôpital Habib-Bourguiba de Sfax ;
- hôpital Aziza-Othmana de Tunis ;
- hôpital Taher-Maâmourî de Nabeul ;
- hôpital Taher-Sfar de Mahdia.

Art. 2.– Les établissements publics hospitaliers suivants sont autorisés à effectuer les actes de prélèvement de tissus humains :

- hôpital Hédi-Chaker de Sfax ;
- institut Mohamed-Kassab d'orthopédie de Kassar Said ;
- hôpital Ibn-El-Jazzar de Kairouan ;
- hôpital de Menzel-Bourguiba ;
- hôpital Mohamed-Tlatli de Nabeul ;
- hôpital Mohamed-Sassi de Gabès.

Art.3.– Les établissements publics hospitaliers suivants sont autorisés à effectuer les actes de greffe d'organes et de tissus humains ainsi qu'il suit :

- hôpital Charles-Nicolle de Tunis : la greffe des reins et de tissus humains ;
- hôpital militaire principal d'instruction de Tunis : la greffe des reins, de cœur et de tissus humains ;
- hôpital Habib-Thameur de Tunis : la greffe de tissu humains ;
- institut Hédi-Rais d'ophtalmologie de Tunis : la greffe de tissus humains ;
- hôpital Farhat-Hached de Sousse : la greffe de tissus humains ;

- hôpital Sahloul de Sousse : la greffe de foie et de tissus humains ;
- hôpital Mongi-Slim La Marsa : la greffe de foie et de tissus humains ;
- hôpital Fattouma-Bourguiba de Monastir : la greffe des reins et de tissus humains ;
- hôpital Hédi-Chaker de Sfax : la greffe des reins et de tissus humains ;
- hôpital Ibn-El-Jazzar de Kairouan : la greffe de tissus humains ;
- hôpital Taher-Maâmouri de Nabeul : la greffe de tissus humains ;
- hôpital Abderrahmène-Mami de L'Ariana : la greffe de poumons et de tissus humains ;
- hôpital Aziza-Othmana de Tunis : la greffe de tissus humains ;
- institut Mohamed-Kassab d'orthopédie de Kassar Saïd : la greffe de tissus humains ;
- hôpital La Rabta de Tunis : la greffe de tissus humains ;
- hôpital d'enfants de Tunis : la greffe de tissus humains.

Arrêté du ministre de la Santé publique, modifiant et complétant l'arrêté du 19 septembre 2002, fixant la liste des établissements publics hospitaliers autorisés à effectuer les prélèvements ou les greffes d'organes humains.

Article 1^{er}.– L'hôpital « Mohamed Tlatli » de Nabeul est ajouté à la liste des établissements publics hospitaliers autorisés à effectuer les actes de greffes d'organes et de tissus humains prévus à l'article 3 de l'arrêté du ministre de la santé publique du 19 septembre 2002 susvisé, et ce, pour effectuer les actes de greffe de la cornée.

Art. 2.– Est abrogé le sixième tiret de l'article 3 de l'arrêté du ministre de la Santé publique du 19 septembre 2002 susvisé et remplacé par ce qui suit : hôpital Sahloul de Sousse : la greffe de foie, de tissus humains et des reins.

Arrêté du ministre de la Santé publique du 28 juillet 2004, fixant les critères et les modalités pratiques relatifs au prélèvement d'organes et de tissus humains, à leur conservation, leur greffe.

Arrêté :

Article 1^{er}.– Les dispositions du présent arrêté fixent les critères et les modalités pratiques relatifs au prélèvement d'organes et de tissus humains, à leur conservation, leur transport, leur distribution, leur attribution et leur greffe.

Art. 2.– Au sens du présent arrêté on entend par :

Assurance qualité : le concept qui couvre toutes les interventions qui peuvent individuellement ou collectivement influencer positivement la qualité des organes et des tissus humains pour qu'ils soient de la qualité requise pour l'usage auquel ils sont destinés.

Coordination nationale : l'activité des médecins coordonnateurs nationaux qui sont des médecins relevant du Centre national pour la promotion de la transplantation d'organes et dont la zone de compétence couvre tous les hôpitaux autorisés à faire les prélèvements et/ou les greffes d'organes et de tissus humains.

Coordination hospitalière : l'activité d'une ou des personnes identifiées dans l'établissement sanitaire parmi le personnel paramédical et chargées d'assurer l'accueil des familles des défunts et de participer au bon déroulement des activités de prélèvement d'organes et de tissus humains.

Médecin coordonnateur hospitalier ou médecin référent : le responsable référent de l'organisation de l'activité de prélèvement d'organes. Il participe également à la motivation du personnel et au bon déroulement des activités de prélèvement d'organes et de tissus humains.

Réseau de prélèvement d'organes et de tissus : le dispositif permettant d'établir des relations entre les établissements sanitaires participant à l'activité de prélèvement et de greffe d'organes et de tissus humains. Des conventions peuvent être passées entre les différents acteurs du réseau.

Traçabilité : l'ensemble des informations et des mesures permettant de suivre et de retrouver chacune des étapes allant de l'examen clinique du donneur à l'utilisation thérapeutique d'un élément ou d'un produit de son corps en passant par son prélèvement, sa transformation, sa conservation, son transport et son attribution à un patient. Ces informations et mesures sont établies sur la base d'un codage préservant l'anonymat des personnes.

Titre premier : Organisation de l'activité de prélèvement d'organes et de tissus humains

Art. 3.– Le prélèvement d'organes et de tissus humains à finalité thérapeutique est un acte qui revêt un caractère urgent.

Chapitre premier : Missions du directeur de l'établissement sanitaire.

Art. 4.– Le directeur de l'établissement sanitaire concerné est chargé notamment de :

- faire la demande d'autorisation de prélèvement et de greffe d'organes et de tissus humains au ministère de la santé publique ;
- définir avec les instances concernées de l'établissement les systèmes de gardes nécessaires à cette activité ;
- veiller au respect de la réglementation en matière de prélèvement et de greffe en donnant par écrit et sans délai l'attestation mentionnée à l'article 13 du présent arrêté.

Chapitre II : Missions du médecin référent

Art.5.– Le médecin référent est désigné par le directeur général au Centre national pour la promotion de la transplantation d'organes sur proposition de la commission de la mort encéphalique. Il est chargé de l'organisation de l'activité de prélèvement d'organes et de tissus dans son établissement. Il est chargé notamment :

- de définir l'organisation générale de l'activité de prélèvement d'organes et de tissus en service normal et hors service normal, dans le respect des règles de sécurité et de traçabilité ;
- d'informer et de former les personnels de l'établissement aux règles de bonnes pratiques de prélèvement d'organes et de tissus ;
- d'établir et de coordonner les relations avec les autres partenaires du processus thérapeutique au sein et en dehors de l'établissement tels que médecins du donneur, médecins préleveurs, médecins transplantateurs, personnels paramédicaux, laboratoires, services médico-techniques, administration et personnes responsables de locaux de prélèvement.

Toute cette activité se fait en étroite collaboration avec le médecin coordonnateur national.

Chapitre III : Missions du coordonnateur hospitalier

Art. 6.– Le coordonnateur hospitalier est désigné par le directeur général du Centre national pour la promotion de la transplantation d'organes sur proposition de la commission de la mort encéphalique et après accord de son chef de service et du directeur de l'établissement sanitaire. Il travaille en liaison avec le médecin référent, les médecins en charge du donneur, les chirurgiens en charge du prélèvement et le médecin coordonnateur national.

Le médecin référent ainsi que le médecin chargé de la coordination nationale doivent être informés en temps réel par la personne chargée de la coordination hospitalière ou par les médecins du donneur au niveau de l'établissement sanitaire concerné lors de l'apparition des signes cliniques de la mort encéphalique de l'éventualité de tout prélèvement. La survenue d'incidents durant le déroulement du processus qui conduit au constat de la mort jusqu'à la greffe doit lui être communiquée.

Le coordonnateur hospitalier est chargé d'effectuer les démarches administratives et il s'assure que les examens nécessaires ont été réalisés et transmis à l'équipe de prélèvement.

Chapitre IV : Missions du coordonnateur national

Art. 7.– Le coordonnateur national et les personnels de l'établissement sanitaire doivent travailler en étroite collaboration au niveau de l'organisation des prélèvements et veiller ensemble à leur bon déroulement.

Art. 8.– Le coordonnateur national doit :

- s'assurer du respect des règles en vigueur, en particulier quant à la sécurité sanitaire, aux modalités du constat de décès, à l'absence de refus de prélèvement ou l'existence de la mention « donneur sur la carte nationale d'identité de la personne décédée si elle existe. Une copie de ladite carte nationale d'identité doit être jointe au dossier ;
- intervenir, si besoin, lors des difficultés administratives, juridiques, logistiques ou médico-techniques ;
- synchroniser, en accord avec le coordonnateur hospitalier et le médecin référent, les différentes étapes du prélèvement et le transport des greffons ;
- centraliser les informations concernant le donneur et les conditions de prélèvement ;
- veiller à l'application des règles de répartition et d'attribution des greffons qui ont été établies par le conseil scientifique du Centre national pour la promotion de la transplantation d'organes, et cela en étroite collaboration avec les différentes équipes de transplantation d'organes.

Titre II : Déroulement du processus aboutissant au prélèvement

Art.9.– Le processus aboutissant au prélèvement commence après le constat de la mort encéphalique et finit lorsque le cadavre est remis à la morgue.

Chapitre premier : Vérification préalable au prélèvement

Art. 10.– Après le constat de la mort encéphalique, le coordonnateur hospitalier doit vérifier l'existence ou non de la mention « donneur » sur la carte nationale d'identité.

Art. 11.– Lorsque la mention « donneur » n'est pas portée sur la carte nationale d'identité de la personne décidée, le registre de refus déposé chez le directeur de l'établissement sanitaire ou son représentant doit être consulté, une attestation d'opposition ou de non-opposition de la personne décédée de son vivant ou de sa famille doit être

fournie dans les plus brefs délais par le représentant de l'administration au médecin coordonnateur national, ou au médecin référent ou au coordonnateur hospitalier.

Cette attestation doit être datée et doit mentionner avec précision l'heure à laquelle elle a été établie ainsi que l'identité et la qualité de son rédacteur et ce conformément à l'annexe du présent arrêté.

Art. 12.– Lorsque la mention « donneur » n'est pas portée sur la carte nationale d'identité de la personne décédée, sa famille doit être avertie du décès conformément à la réglementation en vigueur. Lorsque la famille ne peut être jointe, le médecin en charge du donneur, le coordonnateur hospitalier, ainsi que le responsable du bureau des admissions de l'établissement sanitaire doivent mettre en place une procédure écrite permettant de recueillir les éléments suivants :

- l'identité, le lien de parenté de la ou des personnes qu'on a tenté de contacter ainsi que le(s) numéro(s) de téléphone ou adresse(s), l'heure et le nombre d'appels ;
- le numéro, la date et l'heure du télégramme adressé à la famille ;
- si le donneur est un mineur ou un incapable, le consentement exprès pour le prélèvement doit être recueilli par écrit auprès de son tuteur légal, par le médecin coordonnateur national ou le coordonnateur hospitalier. Si le tuteur légal est analphabète il doit se faire assister par deux témoins qui signent avec lui le document.

Art. 13.– Les prélèvements sanguins permettant d'effectuer les tests de dépistage des maladies transmissibles, incompatibles avec le prélèvement et la greffe, doivent être faits avant toute opération de prélèvement.

Chapitre II : Le prélèvement

Art. 14.– Toute l'activité de prélèvement doit se faire en étroite collaboration avec le médecin coordonnateur national qui se déclenche après vérification de la survenue de la mort, et notamment l'électroencéphalogramme qui doit être plat, et après la signature du constat de la mort conformément à la législation en vigueur.

Art 15.– L'activité de prélèvement est effectuée par des chirurgiens de l'établissement ou des chirurgiens exerçant dans un autre établissement sanitaire. Dans ce cas, ils sont placés sous la responsabilité du chef de service où se déroule le prélèvement ou son remplaçant. Le chirurgien préleveur peut ou non être le chirurgien transplantateur.

Le chirurgien responsable de l'activité du prélèvement est tenu :

- de s'assurer qu'il n'existe pas d'interdiction légale au prélèvement ;
- de prendre connaissance du dossier du donneur ou d'un document sur lequel sont reportées les informations pertinentes de son dossier et de signer en précisant la date, jour, mois et année ;
- de fournir les prélèvements nécessaires pour le typage tissulaire et le *cross-match* (ganglion-rate-sang) ;
- de consigner sur une fiche spéciale les informations permettant d'apprécier la qualité des greffons ;
- de veiller, en collaboration avec les coordonnateurs hospitaliers, au bon conditionnement du greffon et d'y adjoindre les informations nécessaires à la traçabilité en vue de son transport vers le centre de greffe, et de rédiger la fiche de prélèvement relative à chaque greffon et destinée au chirurgien transplantateur ;

– de rédiger le ou les comptes-rendus des actes chirurgicaux décrivant les organes prélevés et les conditions du prélèvement, qui devront être transmis au médecin légiste dans les 24 heures suivant la fin de l'activité de prélèvement.

Des copies de tous ces documents doivent être archivées dans le dossier du donneur au niveau du Centre national pour la promotion de la transplantation d'organes.

Toute cette activité se fait en étroite collaboration avec le médecin coordonnateur national.

Chapitre III : Conditionnement du greffon

Art. 16.– Le conditionnement du greffon a pour but de préserver la qualité du greffon. Il est assuré par le(s) chirurgien(s) préleveur(s).

Le récipient de transport du greffon doit être adapté aux conditions de conservation, en particulier de température, et doit assurer l'étanchéité et la protection du greffon contre les chocs.

L'étiquetage apposé sur le conditionnement extérieur doit comporter toutes les informations nécessaires au suivi et à la traçabilité du greffon et notamment les informations suivantes :

- la mention « élément ou produit du corps humain à usage thérapeutique » ;
- sa nature ;
- le numéro d'identification du donneur ;
- le lieu et la date du prélèvement (heure, jour, mois, année) ;
- le nom et les coordonnées de l'établissement sanitaire destinataire.

Chapitre IV : Transport du greffon

Art. 17.– Le transport du greffon revêt un caractère urgent qui lui confère un haut degré de priorité. Il s'effectue dans des conditions et selon un circuit préalablement définis pour chaque greffon.

Le choix du mode de transport est fait en tenant compte des exigences de délais propres à la conservation de chaque type de greffon.

Décision définissant la mort :

Circulaire du ministre de la Santé publique n° 1048 en date du 1^{er} août 1991.

Le ministre de la Santé publique

Vu la loi n° 91-22 du 25 mars 1991 relative au prélèvement et à la greffe d'organes humains et notamment son article 15 :

Art. 1^{er}.– Les méthodes et les signes devant être retenus et indiquant la survenance de la mort d'une manière irréversible et notamment l'arrêt des fonctions cérébrales obéissent aux principes et critères suivants :

I. Définition de la mort

La commission sus-visée a adopté une définition de la mort se basant exclusivement sur les données de la science médicale. Dans ce cadre, on peut définir la mort comme étant l'arrêt irréversible des fonctions vitales spontanées, c'est-à-dire des fonctions respiratoires, cardiaques et cérébrales.

Il est rappelé que seul un docteur en médecine est habilité à constater la survenue de la mort. Toutefois, celle-ci ne peut être déclarée qu'après avoir utilisé tous les moyens thérapeutiques appropriés disponibles.

À ce stade le médecin peut décider la suspension des manœuvres de réanimation ou de leur maintien en vue d'un prélèvement éventuel d'organes.

Les critères de la mort

A. Coma profond et d'étiologie clairement établie

1. Les critères cliniques

- a- l'exclusion des comas toxiques, endocriniens et hypothermiques (35° C) ;
- b- pupilles fixes ne réagissant pas à la lumière ;
- c- absence de réflexes cornéens ;
- d- absence des réflexes oculo-céphaliques (absence des mouvements des globes oculaires lors de la rotation passive rapide de la tête) ou des réflexes oculo-vestibulaires (l'irrigation du conduit auditif externe à l'aide de 200 ml d'eau glacée ne produit pas de nystagmus vers le côté stimulé) ;
- e- absence de toute réaction à la stimulation douloureuse du trijumeau (pression exercée avec force à l'émergence de la deuxième branche, sous le rebord orbitaire intérieur) ;
- f- absence des réflexes de toux et de déglutition ;
- g- arrêt respiratoire (la période de déconnexion du respirateur doit être suffisante pour que la pCO₂ artérielle dépasse 60 mmHg) ;
- h- absence de bradycardie à la compression des globes oculaires ;
- i- absence d'accélération cardiaque à l'injection intraveineuse de 2 mg de sulfate d'atropine ;
- j- la persistance de réflexes et de réaction de retrait d'origine purement médullaire aux quatre membres à la simulation douloureuse est compatible avec le diagnostic de mort cérébrale.

2- Examens complémentaires

Lorsque l'analyse des critères cliniques laisse persister un doute et dans le cas d'un prélèvement d'organes en vue de transplantation l'on doit exiger systématiquement un tracé électroencéphalographique linéaire ou plat (ou nul isoélectrique) qui doit être conservé dans le dossier médical du défunt.

B. En cas de lésion cérébrale secondaire (à une anoxie ou à un trouble métabolique grave par exemple), ces signes doivent avoir été présents pendant au moins 6 heures. L'électroencéphalogramme, obligatoirement effectué à 6 heures d'intervalle au moins, doit rester plat, c'est-à-dire sans activité électrique.

C. Les critères de la mort chez l'enfant jusqu'à 5 ans

Les critères de la mort cérébrale décrits ci-dessus bien qu'ils aient été validés principalement chez l'adulte, sont aussi, selon les données étudiées par la commission et citées plus haut, applicables aux enfants. Il faut cependant savoir que les causes de lésions cérébrales et les mécanismes du coma chez l'enfant et en particulier chez le nouveau-né sont souvent différents de l'adulte et que le cerveau de l'enfant a une capacité de récupération fonctionnelle plus grande que celle de l'adulte. Pour ces raisons, chez l'enfant, il faut que les signes neurologiques de mort cérébrale aient été présents pendant au moins 24 heures.

Maroc

Loi n° 16-98 du 5 Joumada II 1420 – n° 4726 relative au don, au prélèvement et à la transplantation d'organes et de tissus humains.

Chapitre premier : Dispositions générales

Art. 1^{er}.– Le don, le prélèvement et la transplantation d'organes humains ne peuvent s'effectuer que dans les conditions prévues par la présente loi et les textes pris pour son application.

Art 2.– Pour l'application de la présente loi, on entend par organe humain l'élément du corps humain, qu'il puisse se régénérer ou non, ainsi que les tissus humains à l'exclusion de ceux liés à la reproduction.

Art 3.– Le don, le prélèvement ou la transplantation d'organes humains ne peuvent avoir qu'un but thérapeutique ou scientifique.

Art. 4.– Le prélèvement d'organes ne peut être pratiqué sans le consentement préalable du donneur. Ce consentement est toujours révocable par le donneur.

Art. 5.– Le don ou le legs d'un organe humain est gratuit et ne peut, en aucun cas, et sous aucune forme, être rémunéré ou faire l'objet d'une transaction. Seuls sont dus les frais inhérents aux interventions exigées par les opérations de prélèvement et de transplantation ainsi que les frais d'hospitalisation qui y sont afférents.

Art. 6.– Le prélèvement et la transplantation d'organes humains, sous réserve des dispositions de l'article 25 de la présente loi, ne peuvent être effectués que dans les hôpitaux publics agréés.

Art. 7.– Le donneur et les membres de sa famille ne peuvent connaître l'identité du receveur et il ne peut être divulgué aucune information susceptible de permettre l'identification de ce donneur ou du receveur, sauf dans les cas prévus à l'article 9 ou en cas de nécessité thérapeutique.

Art. 8.– Le prélèvement ne peut être effectué s'il est de nature à mettre en danger la vie du donneur ou à altérer de manière grave et définitive sa santé. Le donneur doit être complètement informé des risques inhérents au prélèvement et sur ses conséquences éventuelles. Cette information, à la charge des médecins responsables du prélèvement, porte sur toutes les conséquences prévisibles d'ordre physique et psychologique du prélèvement ainsi que sur les répercussions éventuelles de ce prélèvement sur la vie personnelle, familiale ou professionnelle du donneur. Elle porte en outre sur les résultats qui peuvent être attendus de la greffe pour le receveur.

Chapitre II : Du don ou du legs d'organes

Section première : Du don et du prélèvement d'organes sur une personne vivante

Art. 9.– Le prélèvement sur une personne vivante qui en fait le don ne peut être effectué que dans l'intérêt thérapeutique d'un receveur déterminé : les ascendants, les descendants, les frères, les sœurs, les oncles, les tantes du donneur ou leurs enfants.

Le prélèvement peut être effectué dans l'intérêt du conjoint du donneur à condition que le mariage soit contracté depuis une année au moins.

Le lien de parenté entre le donneur et le receveur prévu au premier alinéa du présent article doit être prouvé.

Art. 10.– Le donneur doit exprimer son consentement au prélèvement devant le président du tribunal de première instance compétent à raison du lieu de résidence du donneur, ou devant le magistrat de ladite juridiction spécialement désigné à cet effet par le président. Le magistrat est assisté de deux médecins désignés par le ministre de la Santé sur proposition du président du Conseil national de l'ordre national des médecins. Ces médecins sont chargés d'expliquer au donneur la portée de son don et au procureur du roi près la juridiction sur la suite à donner à la demande est requis par le président du tribunal ou le magistrat délégué qui dresse constat du consentement du donneur. Copie de ce constat signé par le président du tribunal ou le magistrat délégué et les médecins concernés est remise aux médecins responsables du prélèvement.

Art. 11.– Aucun prélèvement en vue d'une transplantation ne peut avoir lieu sur une personne vivante mineure ou sur une personne vivante majeure faisant l'objet d'une mesure de protection légale.

Art. 12.– Lorsque la transplantation ne peut intervenir concomitamment au prélèvement et justifier une conservation de l'organe, cette dernière ne peut avoir lieu que dans un hôpital agréé pour procéder à des transplantations ou dans un des organismes visés au chapitre IV de la présente loi.

Section II : Du don et du prélèvement d'organes sur une personne décédée

Art.13.– Toute personne majeure jouissant de ses pleines capacités peut, de son vivant, et selon les formes et conditions prévues à la présente section, faire connaître sa volonté d'autoriser ou d'interdire des prélèvements d'organes sur sa personne après son décès, ou de certains d'entre eux seulement.

Art. 14.– La déclaration du donneur potentiel est enregistrée auprès du président du tribunal de première instance compétent à raison du domicile du donneur, ou du magistrat spécialement désigné à cet effet par le président. La déclaration est reçue sans frais après que le magistrat s'est convaincu de la volonté libre et éclairée du donneur potentiel et, notamment, s'est assuré que le legs est effectué gratuitement et au seul profit d'un organisme habilité à recevoir les dons d'organes. Le greffe du tribunal compétent informe l'organisme habilité de l'enregistrement de la déclaration et de son contenu. Le donneur potentiel peut, dans les mêmes formes, et auprès des mêmes autorités, annuler sa déclaration précédente.

Art. 15.– La personne qui entend, de son vivant, s'opposer à un prélèvement sur son cadavre, exprime son refus par une déclaration reçue par le président du tribunal – ou le magistrat désigné à cette fin compétent à raison de la résidence du demandeur. La déclaration est reçue sans frais et adressée par le greffe du tribunal à tous les hôpitaux compétents pour effectuer des prélèvements sur des personnes décédées. Il est fait mention de cette déclaration sur le registre spécial tenu à cet effet prévu à l'article 17 de la présente loi.

Section 3 : Du prélèvement sur une personne décédée dans certains hôpitaux publics

Art.16.– Dans les hôpitaux publics agréés et dont la liste est fixée par le ministre de la Santé, des prélèvements d'organes peuvent être effectués à des fins thérapeutiques ou scientifiques sur des personnes décédées n'ayant pas fait connaître de leur vivant leur refus de tels prélèvements, sauf dans le cas d'opposition du conjoint et à défaut, des ascendants et à défaut, des descendants.

Art. 17.– Dans les hôpitaux visés à l'article précédent, il est obligatoirement tenu, sous la responsabilité personnelle du médecin directeur de la formation hospitalière, un registre spécial destiné à recevoir les déclarations prévues par la présente loi. Ce registre, dont le contenu est fixé par voie réglementaire, est coté et paraphé tous les mois par le président du tribunal de première instance territorialement compétent ou le magistrat délégué à cette fin. Les mentions ou déclarations qu'il comporte sont obligatoirement communiquées au procureur du roi près ladite juridiction.

Art. 18.– Toute personne admise dans l'un des hôpitaux visés à l'article précédent fait connaître son refus à tout prélèvement ou, éventuellement, à certains d'entre eux. Sa déclaration qui est reçue par le médecin directeur ou le médecin désigné spécialement doit être consignée dans le registre spécial prévu à l'article 17 précédent. Elle est portée à la connaissance des médecins responsables des prélèvements au sein de la formation hospitalière.

Art. 19.– Lorsque la personne admise à l'hôpital est décédée ou n'est pas en état de faire connaître conformément aux dispositions de l'article 18 ci-dessus, il en est fait mention sur le registre spécial par le médecin directeur ou son représentant. Sont également mentionnés audit registre tous les éléments permettant de présumer que la personne admise s'opposerait à des prélèvements sur son cadavre, notamment les déclarations de sa famille que le médecin doit s'efforcer de recueillir.

Art. 20.– Lorsque le défunt est un mineur ou un majeur faisant l'objet d'une mesure de protection légale, le prélèvement ne peut être effectué qu'après accord de son représentant légal consigné dans le registre spécial par le médecin directeur ou son représentant, et dans la mesure où le défunt n'a pas fait connaître de son vivant son refus à de tels prélèvements.

Art. 21.– Le prélèvement ne peut être effectué qu'après avoir établi un constat médical de la mort cérébrale du donneur et en l'absence de toute suspicion sur les origines du décès. Ce constat est effectué par deux médecins de l'établissement hospitalier spécialement désignés à cette fin par le ministre de la Santé après avis du président du Conseil national de l'ordre national des médecins. En aucun cas, ces médecins ne peuvent être affectés à l'équipe médicale chargée du prélèvement ou de la transplantation de l'organe prélevé sur la personne dont ils ont constaté le décès.

Art. 22.– Le constat de la mort cérébrale est établi à partir des signes cliniques et paracliniques concordants qui sont fixés par le ministre de la Santé sur proposition de l'Ordre national des médecins. Le constat de la mort cérébrale énonce les signes sur lesquels se sont fondés les médecins compétents pour constater le décès.

Art. 23.– Aucun prélèvement à but scientifique, autre que celui ayant pour objet de déterminer les causes du décès, ne peut être effectué sans le consentement du défunt exprimé directement dans les formes prévues aux articles 13 et 18 ou en cas d'opposition des personnes prévues à l'article 16 ci-dessus. Lorsque le défunt est un mineur ou incapable, l'autorisation est valablement donnée par le représentant légal du mineur ou de l'incapable.

Chapitre III : De la transplantation

Art. 24.– Préalablement à la transplantation de l'organe, le médecin responsable doit s'assurer de l'accord du receveur. Il s'assure également que l'organe n'est atteint d'aucune maladie transmissible ou susceptible de mettre en danger la vie du receveur. Il vérifie dans les limites des données acquises de la science, que l'organe devant être transplanté est compatible avec l'organisme receveur.

Le ministre de la Santé détermine, sur proposition du Conseil national de l'ordre national des médecins, les examens qui doivent être effectués préalablement à la transplantation des organes.

Tout lieu d'hospitalisation agréé ou privé effectuant, en vertu des dispositions de la présente loi, des transplantations d'organes, doit tenir obligatoirement, sous la responsabilité personnelle du médecin directeur, un registre spécial contenant toutes les informations utiles sur les transplantations réalisées.

Ce registre, dont le contenu est fixé par voie réglementaire, est coté et paraphé tous les mois par le président du tribunal de première instance territorialement compétent ou le magistrat délégué par lui à cette fin. Les mentions ou déclarations qu'il comporte sont obligatoirement communiquées au procureur du roi près ladite juridiction.

Art. 25.– Les transplantations d'organes humains ne peuvent avoir lieu que dans des hôpitaux publics agréés dont la liste est fixée par le ministre de la Santé, ou lorsqu'il s'agit de greffe de cornée ou d'organes qui peuvent se régénérer naturellement ou de tissus humains, dans des lieux d'hospitalisation privés agréés à cette fin par le ministre de la Santé sur proposition de l'Ordre national des médecins.

Toutefois, il est interdit aux lieux d'hospitalisation privés agréés d'effectuer des prélèvements d'organes.

Art. 26.– L'agrément visé à l'article précédent est délivré aux lieux d'hospitalisation privés qui remplissent les conditions suivantes :

- disposer d'un personnel médical et paramédical compétent en matière de greffe ;
- être équipés des moyens techniques nécessaires à la réalisation des greffes dans des conditions satisfaisantes.

Chapitre IV : De l'importation et de l'exportation des organes humains

Art. 27.– L'importation et l'exportation des organes humains sont interdites, sauf autorisation délivrée par l'administration, après avis du Conseil national de l'Ordre national des médecins.

Art. 28.– L'importation d'organes humains ne peut être autorisée qu'au profit des établissements hospitaliers autorisés à procéder à des prélèvements d'organes et à des transplantations.

Art. 29.– L'exportation d'organes humains ne peut être autorisée qu'au profit d'organismes figurant sur une liste arrêtée par l'administration en application d'un accord intervenu entre le royaume du Maroc et l'État sur le territoire duquel est installé ledit organisme.

Chapitre V : Dispositions pénales

Art. 30.– Quiconque propose, par quelque moyen que ce soit, d'organiser ou de réaliser une transaction relative à un prélèvement d'organes humains, en violation des dispositions de l'article 5 de la présente loi, est puni d'un emprisonnement de deux à cinq ans et d'une amende de 50 000 à 100 000 dirhams.

Sont punies des peines prévues à l'alinéa précédent les personnes qui ont effectué une transaction portant sur un organe humain.

Est puni des mêmes peines quiconque a perçu ou tenté de percevoir ou a favorisé la perception d'une rémunération autre que celle qui est prévue pour la réalisation d'opérations inhérentes au prélèvement, à la conservation ou à la transplantation d'organes humains.

La juridiction ordonne la confiscation des sommes proposées ou perçues.

Art. 31.– Quiconque effectue un prélèvement d'un organe humain dans un lieu autre qu'un hôpital public agréé, en violation des dispositions des articles 6 et 16 de la présente loi, est puni d'un emprisonnement de deux à cinq ans et d'une amende de 50 000 à 500 000 dirhams.

Est puni des mêmes peines quiconque procède à la transplantation d'organes humains dans des hôpitaux qui ne figurent pas sur la liste prévue à l'article 25 de la présente loi, ou lorsqu'il s'agit de greffe de cornée ou d'organes qui peuvent se régénérer naturellement.

Lorsque l'infraction a été commise dans une clinique ou dans un lieu d'hospitalisation privé, le médecin directeur de l'établissement est puni des peines prévues au premier alinéa ci-dessus.

Art. 32.– Toute personne qui, sans excuses légales, notamment celles prévues par l'article 7 de la présente loi, viole l'anonymat du donneur ou du receveur ou des deux, ou qui fournit des informations sur leur identité, est punie d'une peine d'amende de 50 000 à 100 000 dirhams.

Art. 33.– Quiconque procède à un prélèvement d'organes sur une personne vivante, dans un but autre que thérapeutique ou scientifique est puni de la réclusion de 5 à 10 ans, même si ladite personne a consenti au prélèvement, directeur ou, le cas échéant, par l'intermédiaire de son représentant légal. Dans ce dernier cas, le représentant légal est puni des peines applicables au coauteur de l'infraction.

Art. 34.– Sans préjudice des peines plus graves prévues par la loi, quiconque effectue un prélèvement d'organes sur une personne vivante majeure, sans que le consentement de celle-ci n'ait été préalablement recueilli dans les formes prévues à l'article 10 ci-dessus, ou après que celle-ci a renoncé à son consentement dans les mêmes formes, est puni de la réclusion de cinq à dix ans.

Art. 35.– Quiconque effectue un prélèvement contrairement aux dispositions de l'article 11, sur une personne vivante mineure, ou sur une personne vivante majeure faisant l'objet d'une mesure de protection légale, même si le consentement de la personne concernée ou de son représentant légal a été accueilli, est puni de la réclusion de dix à vingt ans.

Art.36.– Quiconque effectue un prélèvement d'organes humains sur une personne décédée, sans que la personne concernée n'ait fait connaître sa volonté d'autoriser ce

prélèvement, dans les formes et conditions prévues à l'article 14 ci-dessus, ou après que cette personne a annulé, dans les mêmes formes, sa déclaration d'autoriser le prélèvement est puni de deux à cinq ans d'emprisonnement et d'une amende de 50 000 à 300 000 dirhams.

Est puni des mêmes peines quiconque effectue un prélèvement :

- sur une personne décédée qui, de son vivant, a fait connaître dans les formes prévues à l'article 15 ci-dessus qu'elle s'oppose à ce prélèvement ou qu'elle le refuse ;
- sur une personne décédée dans l'un des hôpitaux prévus à l'article 16 ci-dessus, qui a fait connaître son refus à tout prélèvement ou certains d'entre eux, dans les formes prévues à l'article 18 ou malgré l'opposition des personnes prévues à l'article 16 ci-dessus ;
- sur une personne admise et décédée dans l'un des hôpitaux prévus à l'article 16, qui n'est pas en état de faire connaître son refus, et dont l'état est mentionné sur le registre spécial prévu à l'article ;
- sur une personne décédée dont il existe des éléments mentionnés sur le registre prévu à l'article 17 permettant de présumer qu'elle s'opposerait à des prélèvements sur son cadavre ;
- sur une personne mineure décédée dans l'un des hôpitaux prévus à l'article 16, ou sur un majeur incapable sans l'accord du représentant légal du mineur ou de l'incapable consigné dans le registre prévu à cet effet, dans la mesure où le défunt n'a pas fait connaître de son vivant son refus de tels prélèvements, ou malgré ce refus ;
- à but scientifique autre que celui ayant pour objet de déterminer les causes du décès, sans le consentement du défunt, exprimé directement dans les formes prévues aux articles 13 et 18 ou malgré l'opposition des personnes prévues à l'article 16 ci-dessus, ou sans l'autorisation du représentant légal du défunt mineur ou incapable ;
- sur une personne décédée, dans un but autre que thérapeutique ou scientifique.

Art. 37.– Tout médecin, chirurgien ou toute autre personne qui effectue un prélèvement en violation des dispositions de l'article 9 ci-dessus, dans l'intérêt thérapeutique de personnes autres que celles prévues audit article, est puni de un an à cinq ans d'emprisonnement et de 50 000 à 200 000 dirhams d'amende.

Art. 38.– Quiconque conserve les organes prélevés en vue d'une transplantation en dehors des lieux prévus à l'article 12 de la présente loi est puni d'un emprisonnement de un an à trois ans et d'une amende de 30 000 à 500 000 dirhams.

Art. 39.– Tout médecin ou chirurgien, ou toute autre personne qui effectue un prélèvement d'organes humains avant que le constat médical du décès du donneur ne soit légalement établi est puni des peines prévues à l'article 392 du Code pénal.

Art. 40.– Est punie d'une peine de réclusion de cinq ans à dix ans toute personne qui importe ou exporte des organes humains, sans l'autorisation de l'administration.

Art. 41.– Est puni d'un emprisonnement de deux ans à cinq ans et d'une amende de 20 000 à 50 000 dirhams tout fonctionnaire qui autorise l'importation ou l'exportation d'organes humains à une personne, à un établissement hospitalier ou à un organisme qui ne remplit pas les conditions prévues aux articles 28 et 29 de la présente loi.

Art. 42.– Dans les cas prévus aux articles 33, 34, 35, 36, 38, 39, 40 et 41, la juridiction ordonne l'interdiction d'exercer toute profession ou activité dans le domaine médical ou en relation avec ce domaine, pour une durée de cinq à dix ans.

Dans les cas prévus aux articles 30, 31 et 37, la juridiction peut prononcer cette interdiction pour une durée n'excédant pas cinq ans. La juridiction peut aussi ordonner l'incapacité d'exercer toute fonction ou emploi public pour une durée n'excédant pas cinq ans.

Art. 43.– L'article 55 du Code pénal relatif au sursis à l'exécution des peines n'est pas applicable aux peines prononcées en application des dispositions de la présente loi.

En cas de récidive, la juridiction prononce le double du maximum des peines prévues pour les actes correspondants visés dans les articles 30, 31, 36, 37, 38 et 41 ci-dessus.

Il y a récidive lorsque le coupable a commis une infraction similaire dans les cinq ans suivant une décision irrévocable rendue à son encontre pour l'un des faits prévus aux articles visés au deuxième alinéa du présent article.

Art. 44.– L'interdiction prévue à l'article 42 s'applique sans préjudice des sanctions administratives ou ordinaires que l'infraction peut justifier.

Art. 45.– Les dispositions précédentes ne font pas obstacle à l'application des peines plus graves prévues par la loi.

Art. 46.– Il est institué un conseil dénommé « Conseil consultatif de transplantation d'organes humains ».

Les attributions et les modalités de fonctionnement et de désignation des membres de ce conseil seront fixées par voie réglementaire.

Art. 47.– Le dahir du 22 chaoual 1371 (15 juillet 1952) autorisant dans les hôpitaux des prélèvements sur les corps des personnes décédées est abrogé.

Recommandations du 2^e Colloque National de la Greffe d'Organes et de Tissus

Introduction

Malgré les progrès de la dialyse et sa meilleure tolérance, la transplantation rénale demeure la meilleure option thérapeutique de l'insuffisance rénale.

La greffe rénale à partir de donneurs vivants (DV) a marqué les débuts de l'histoire de la transplantation rénale, dans les années 1950. La première greffe réalisée avec un succès durable a été pratiquée le 23 décembre 1954, à Boston, entre deux frères jumeaux.

Les donneurs vivants, alors choisis dans la famille la plus proche possible afin de répondre aux exigences de compatibilité tissulaire, sont restés la seule source de greffons jusqu'en 1963, date de la première greffe avec donneur en état de mort encéphalique. En Tunisie, la pénurie d'organes prélevés sur des donneurs décédés nous a amenés à développer la transplantation rénale à partir de DV (74 % des greffes rénales réalisées jusqu'au 31 décembre 2007), les DV constituent ainsi la principale source de greffons.

En Tunisie l'activité de transplantation rénale a connu une évolution très lente. De 1986, date de la première greffe rénale, et jusqu'à 2004, une moyenne annuelle entre 6 et 43 greffes rénales ont été réalisées dont entre 5-32 provenant des DV. Face à une situation de pénurie d'organes prélevés sur des sujets en état de mort encéphalique (EME) et

une demande de greffe rénale de plus en plus importante, le Conseil scientifique du centre national pour la promotion de la transplantation d'organes (CNPTO) a adopté depuis 2005 une stratégie de promotion de greffe rénale à partir de DV en attendant le développement de greffe à partir de sujets en EME. Cette stratégie est basée sur l'élargissement du cercle familial du donneur (lien de sang et lien d'alliance et la recherche active des donneurs potentiels chez les malades dialysés).

Les résultats de cette stratégie sont encourageants puisque l'activité de la greffe est passée d'une moyenne annuelle de 35 avant 2005 à une moyenne de 86 entre 2005 et 2008, dont 71 à partir de DV.

Afin de mieux encadrer le don de rein d'une personne vivante et lui donner le maximum de garanties et de sécurité médicale, le CNPTO organise le 2^e colloque national de greffe d'organes et de tissus ayant pour thème principal le DV de rein : sécurité et garanties. L'objectif principal de ce colloque est l'élaboration des recommandations. Pour ce faire les participants ont travaillé en 3 comités de réflexion sur trois principaux thèmes :

- état des lieux de la transplantation rénale à partir du DV ;
- bilan et critères de choix du DV ;
- suivi et devenir médical du DV.

État des lieux de la transplantation rénale à partir du DV

Pour réaliser ce travail, nous nous sommes basés sur les données suivantes :

- les résultats d'une enquête menée par la commission d'évaluation du CNPTO en 2008. Cette enquête a visé l'évaluation des résultats de la greffe de 1986 jusqu'au 31 décembre 2007 en se reposant sur l'analyse d'une fiche informatisée ;
- les résultats d'une enquête menée par le ministère de la Santé Publique et le CNPTO, et réalisée par des médecins contrôleurs, sur le statut du dialysé en vue de la greffe rénale.

Équipes de greffes

Il existe actuellement 5 centres de greffes rénales :

- centre de Tunis de l'hôpital Charles-Nicolle, opérationnel depuis 1986 ;
- centre de Tunis de l'hôpital militaire de Tunis opérationnel depuis 1992 ;
- centre de Sfax des hôpitaux Hédi-Chaker et Habib-Bourguiba, opérationnel depuis 1994 ;
- centre de Monastir de l'hôpital Fattouma-Bourguiba, opérationnel depuis 1995 ;
- centre de Sousse de l'hôpital Sahloul, opérationnel depuis 2007 ;
- un autre Centre de Tunis de l'Hôpital La Rabta qui démarrera en 2009.

Résultats de l'activité de transplantation rénale

De 1986, jusqu'à la fin de 2007, 745 transplantations rénales ont été réalisées : 549 (74%) transplantations rénales par DV et 196 (26%) par donneur décédé (DD).

L'âge moyen des receveurs était de $37,7 \pm 15,6$ ans, et 50% avaient un âge compris entre 30 et 50 ans. Les DV étaient composés essentiellement par : la mère, 179 (24%), le frère, 136 (18%), la sœur, 96 (13%), le père, 72 (10%) et le conjoint, 44 (6%). La trans-

plantation rénale était réalisée à la suite d'un traitement par hémodialyse dans 625 cas (84%), par dialyse péritonéale dans 79 cas (11%), par hémodialyse et dialyse péritonéale dans 20 cas (3%), et la greffe était préemptive dans 5 cas (0,7%).

Selon les années, le nombre de greffe rénale était compris entre 20 et 40 de 1986 à 2004. Depuis, il existe une augmentation significative : 65 greffes rénales en 2005, 70 en 2006, 89 en 2007 et 130 jusqu'au mois de décembre 2008. La survie respective du greffon et du patient était à 1 an de 93% et 95%, à 3 ans de 89% et 92%, à 5 ans de 85% et 88%, à 10 ans de 77% et 79%, à 15 ans de 67% et 69% et enfin à 20 ans de 57% et 66%.

Nous avons relevé 120 retours en dialyse (16,1%) dont les principales causes sont la néphropathie chronique d'allogreffe dans 57 cas (48%) et les thromboses vasculaires dans 16 cas (13%).

Nous avons déploré 69 décès (9%) dont les principales causes sont les infections dans 23 cas et les affections cardiovasculaires dans 16 cas.

Résultats de l'enquête relative aux DV potentiels

Cette enquête a été adressée aux 135 centres de dialyse (105 centres privés et 30 centres publics), nous avons reçu la réponse de 92 médecins (85 centres privés et 7 centres publics). Elle a été réalisée chez les malades dialysés au 2^e semestre 2008. Elle a intéressé 4803 patients sur un total de 7293 en 2007. Le taux de participation global est estimé à 66%. Ces malades sont dialysés dans les structures suivantes :

- centres hospitalo-universitaires : 368 patients (7,7%) ;
- hôpitaux régionaux : 118 patients (2,4%) ;
- polycliniques de la caisse nationale de sécurité sociale : 267 patients (5,6%) ;
- centres privés : 4050 patients (84,3%).

Caractéristiques des dialysés

Âge moyen : $56,1 \pm 16,3$ ans (Min : 7 ans et Max : 94 ans).

Âge moyen de début de l'ÉER : $49,9 \pm 17,5$ ans (Min : 4 an et Max : 93 ans).

Durée en dialyse, médiane à 4,7 ans.

Sexe : 2 089 (43,5%) femmes et 2 714 (56,5%) hommes.

Néphropathie :

- diabète : 975 patients (20,7%) ;
- HTA : 966 patients (20,5%).

Malades dialysés ayant un DV potentiel

Nombre de malades candidats à cette greffe : 178 (3,8%).

Type de DV (précisé dans 151 cas) :

- mère : 31 (20,5%) ;
- père : 10 (6,6%) ;
- sœur : 20 (13,2%) ;
- frère : 30 (19,9%) ;
- descendants : 12 (7,9%) ;
- épouse : 21 (13,9%) ;

- mari : 11 (7,3 %) ;
- autres : 16 (10,7 %).

Nombre de DV pour chaque malade (précisé dans 154 cas) :

- 1 DV dans 147 cas ;
- 2 DV dans 5 cas ;
- 3 DV dans 1 cas ;
- 5 DV dans 1 cas.

Bilan non abouti dans 40 cas pour des raisons diverses (principalement médicales). Ainsi, sur les 178 candidats à une greffe rénale à partir de DV, seulement 138 sont greffables (2,9 %).

Évaluation d'un donneur vivant potentiel

Une enquête, sur les critères de choix de donneur a été réalisée dans plusieurs centres de transplantation rénale auprès des médecins et chirurgiens impliqués dans la greffe dans les structures suivantes : hôpital Charles-Nicolle de Tunis, hôpital Militaire de Tunis, hôpital La Rabta de Tunis, hôpital Sahloul de Sousse, hôpital Fattouma Bourguiba de Monastir, hôpitaux Hédi-Chaker et Habib-Bourguiba de Sfax.

Sur 13 centres (néphrologie, urologie, pédiatrie et hémodialyse), 11 équipes ont répondu : correspondant à 36 praticiens.

Résultats de l'enquête

L'évaluation psychologique a été exigée dans 77,8 % des cas.

La biologie :

- calcul de la clairance de la créatinémie : 97,2 % des cas ;
- protéinurie : 94 % des cas ;
- microalbuminurie = 66,7 % des cas ;
- électrophorèse des protéines sériques : 86,5 % des cas ;
- glycémie : 94,4 % des cas ;
- HGPO : 16,7 % des cas ;
- bilan hépatique : 91,7 % des cas ;
- phosphatémie et calcémie : 75 % des cas.

Les sérologies virales :

- hépatite B, C et HIV : 97,2 % des cas ;
- CMV : 83,3 % des cas ;
- TPHA, EBV et HSV : 75 % des cas ;
- toxoplasme : 69,4 % des cas.

L'exploration cardiaque (Radio thorax, ECG et écho cardiaque) : 25 % des cas.

Certains examens spécialisés sont demandés selon l'âge et le sexe du donneur, à titre d'exemple, le PSA est demandé par 25 % et l'échographie mammaire par 16,5 % des prescripteurs.

Pour le rythme de suivi, moins de 20 % préfèrent suivre le donneur tous les 6 mois ou les ans. Les 80 % restant préfèrent suivre le donneur à la demande.

D'une façon générale le suivi est assuré par le néphrologue dans 80 % des cas et par l'urologue dans 20 % des cas.

L'artériographie rénale n'est plus considérée comme un examen systématique, 60 % s'abstiennent à cet examen. Par contre l'angioscanner multibarrettes rénal est demandé de façon systématique par presque la totalité des transplantateurs (97,2 % des cas).

L'écho-doppler des artères iliaques est demandé selon l'état vasculaire du donneur.

La scintigraphie est demandée systématiquement par 20 % des transplantateurs contre 60 % qui exigent cet examen selon l'état du donneur.

Technique du prélèvement rénal

Les avantages et inconvénients respectifs des techniques de prélèvement rénal, classiques par lombotomie (technique de prélèvement ouverte) ou de celles utilisant la voie laparoscopique, qu'il s'agisse de coelioscopie pure, de coelioscopie avec assistance manuelle sont en cours d'évaluation.

Une analyse de la littérature à cette date ne permet pas de conclure de façon formelle, même s'il apparaît clair que les techniques coelioscopiques, même si elles sont plus longues, plus onéreuses pour la société, ont pour avantage d'être moins douloureuses en postopératoires immédiat et permettent une reprise plus précoce des activités professionnelles des donneurs. Presque toutes les grandes équipes américaines utilisent déjà cette technique. Il va bien sûr falloir attendre que cette procédure se généralise afin d'établir une comparaison en termes de risques avec la néphrectomie classique.

Suivi du donneur vivant de rein

Le CNPTO avait programmé la réalisation d'une étude rétrospective portant sur l'ensemble des DV du rein en Tunisie depuis le 4 juin 1986, date de la première greffe rénale jusqu'à la fin de l'année 2007. Le but de cette étude était de préciser le profil des DV et leur devenir à court, moyen et long terme. Une fiche de collecte de renseignements cliniques et biologiques au moment de la greffe et au moment du dernier examen du donneur a été préparée à cet effet. Les équipes de néphrologie et les médecins coordinateurs du CNPTO ont été chargés d'effectuer cette étude.

Entre juin 1986 et décembre 2007, 746 transplantations rénales ont été réalisées dans les 5 centres de transplantation rénale du pays : 2 à Tunis, 1 à Sfax, 1 à Monastir et 1 à Sousse. Parmi elles 549 (73,2 %) greffes ont été réalisées avec un rein d'un DV. Malgré les multiples contacts avec les donneurs, nous n'avons pu colliger que 284 dossiers soit 52% de l'ensemble des donneurs.

Données au moment de la greffe

Il s'agit de 117 hommes et de 167 femmes dont l'âge moyen est de 42 ± 12 ans avec des extrêmes allant de 20 à 67 ans. 164 donneurs ont un âge entre 21 et 55 ans, 5 ont un âge \leq à 20 ans et 31 ont un âge \geq à 55 ans. La médiane de suivi des donneurs est de 8 ans.

Ils sont répartis sur 4 centres : hôpital Charles-Nicolle (163), hôpital Militaire (26 cas), hôpital de Sfax (82 cas) et hôpital Monastir (13 cas).

Leur niveau scolaire est le suivant : analphabète : 84 (29,43 %), enseignement primaire : 70 (24,56 %), enseignement secondaire : 72 (25,26 %), enseignement supérieur : 45 (15,79 %) et non précisé : 14 (4,91 %). Leur état civil était le suivant : marié : 201 cas (70,9 %), célibataire : 57 (20 %), divorcé : 4 (1,4 %), veuf : 11 (3,9 %), et non

précisé : 11 (3,9 %). La répartition selon leur profession est la suivante : femme au foyer : 118 cas (41,7 %), travail manuel ou intellectuel : 118 (41,4 %), sans profession : 13 (4,5 %), étudiant : 7 (2,5 %), et non précisée : 28 (9,9 %).

94 donneurs avaient des antécédents personnels dont les plus importants étaient : anémie : 6 cas (2,1 %) et tuberculose pulmonaire : 4 (1,4 %).

170 donneurs avaient des antécédents familiaux : hypertension artérielle dans 61 cas (21,5 %), diabète : 23 (8,15 %), hypertension artérielle et diabète : 49 (17,25 %), néphropathie chronique : 16 (5,6 %) et divers : 21.

La pression artérielle systolique moyenne était à $119,8 \pm 13,5$, la diastolique à $72,1 \pm 10,1$. L'index de masse corporelle (IMC) était à $25,1 \pm 4,1$ (16,6 à 37,6) chez les hommes et $27,4 \pm 4,8$ (19,5 à 41) chez les femmes. La répartition de l'IMC était la suivante : < à 26,9 dans 44 %, comprise entre 26,9 et 29 dans 17,6 %, > à 30 dans 15,5 % et non précisé dans 22,9 % des cas. La créatininémie moyenne était à $85,2 \pm 15,6$ $\mu\text{mole/litre}$ pour les hommes et à $70,8 \pm 13,4$ pour les femmes. La clairance moyenne de la créatinine (CC) était de $113,7 \pm 28,6$ ml/mn (60,7 à 174,3) pour les hommes et de $104,9 \pm 30,5$ (53,6 à 173,6) pour les femmes. La CC était < à 80 ml/mn dans 27 cas, > à 80 ml/mn dans 102 cas et non précisée dans 155 cas. La glycémie moyenne était à $5,2 \pm 0,7$ mmol/l. Elle était > à 6,9 mmol/l dans 3 cas. La protéinurie était positive dans 3 cas (moyenne à 0,32 g/24 H).

Une échographie rénale était pratiquée chez tous les donneurs. L'exploration de la vascularisation rénale était faite par une artériographie dans 94,7 % des cas et par un angioscanner rénal multibarettes dans 4,3 % des cas (en fait, depuis son avènement, l'angioscanner multibarette a remplacé l'artériographie). Une urographie intraveineuse était pratiquée dans 9,5 % des cas. Une scintigraphie rénale était pratiquée dans 79 cas.

Un kyste rénal était retrouvé dans 7 cas. Dans 30 cas il y avait 2 artères rénales et dans 3 cas 3 artères rénales.

Les complications postopératoires

- pneumothorax : 4 cas ;
- abcès de paroi : 5 cas ;
- abcès de la loge : 1 cas ;
- phlébite : 1 cas ;
- embolie pulmonaire : 1 cas.

Données au dernier examen

Il est à noter que 75 donneurs n'avaient aucun suivi médical. 49 étaient suivis par l'urologue, 104 par le néphrologue et 6 par les 2 spécialistes.

L'IMC était à $26,2 \pm 4,5$ (16 à 40,4) chez les hommes et $29 \pm 5,7$ (16,9 à 46,8) chez les femmes. La répartition de l'IMC après néphrectomie était la suivante : < à 26,9 dans 103 cas (36,3 %), comprise ou égale à 26,9 et 29,9 dans 51 cas (18 %), > à 30 dans 72 cas (25,3 %) et non précisé dans 58 cas (20,4 %).

La PAS moyenne était à $131,7 \pm 21$ mmHg, la PAD à $77,8 \pm 11,4$ mmHg. 58 donneurs (20,4 %) sont hypertendus au moment de cet examen (après un délai moyen de suivi de

100,1 ± 61,8 mois). Sur 39 cas qui ont des renseignements avant et après la néphrectomie, seulement 13 avaient une hypertension artérielle initiale.

La créatininémie moyenne était à 100 ± 19,3 µmole/litre (57 à 182) chez les hommes et 85,5 ± 30 (54 à 317) chez les femmes. La CC moyenne était à 90,4 ± 25 ml/mn (36,7 à 162,2) chez les hommes et 81,5 ± 27,2 ml/mn (20,4 à 170,9) chez les femmes. La répartition de la CC était la suivante : ≥ à 60 ml/mn dans 152 cas, comprise entre 30 et 59 dans 32 cas, < à 30 ml/mn dans 1 cas (ce dernier malade avait une CC initiale > à 80 ml/mn). Il y a en plus trois autres malades qui n'ont pas été vus lors de cette enquête et sont actuellement dialysés.

Une protéinurie était retrouvée chez 17 donneurs avec une moyenne de 0,7 ± 0,5 g/24 H (0,6 à 1,7 g/24 H). Un diabète était retrouvé dans 24 cas : 6 de type 1 et 18 de type 2.

Dix-sept donneurs ont trouvé que les renseignements communiqués avant la greffe étaient insuffisants et/ou étaient non satisfaits des conditions du séjour. Huit ne sont plus favorables au don (7 font partie du groupe des 17 insatisfaits).

Recommandations

La situation actuelle est caractérisée par une forte prévalence de l'insuffisance rénale chronique terminale en Tunisie (7 293 en 2007). Environ 2 900 dialysés sont candidats à une greffe rénale. Parmi eux 300 (10 %) ont un DV potentiel. Ainsi il paraît indispensable d'augmenter le nombre des greffes rénales aussi bien à partir de donneur décédé que vivant. Pour atteindre cet objectif, nous présentons les recommandations suivantes.

Recommandations générales

- l'amélioration de la qualité de l'information (orale et élaboration d'un guide) et de l'accompagnement du donneur avant et après le don en créant des structures d'accueil et de suivi avec des personnes ressources compétentes (coordinateur, assistante sociale, psychologue...);
- la facilitation de la réalisation des explorations (rendez-vous fixes, durées d'hospitalisation courtes ou hôpital de jour...);
- l'augmentation des greffes préemptives en proposant la transplantation rénale par DV à tout patient dont le traitement de suppléance est inévitable;
- la garantie de la gratuité de toutes les explorations liées au don y compris le suivi après le don;
- la création d'un carnet de santé du donneur;
- la motivation du personnel médical et paramédical en fonction de l'augmentation de l'activité de transplantation;
- l'application de la déclaration d'Istanbul relative au trafic et au commerce d'organes.

Évaluation du donneur potentiel

Les résultats préliminaires de cette étude soulignent la nécessité d'adopter des critères plus rigoureux concernant la sélection des donneurs. Pour atteindre cet objectif, nous présentons les recommandations suivantes :

- la vérification du caractère volontaire du don avant d'entamer le processus d'évaluation. L'accord du donneur est révoquant à tout instant si le volontariat est mis en doute ;
- la création des comités d'experts ou des équipes indépendantes qui auront la charge du contrôle du respect des règles d'évaluation du donneur ;
- l'évaluation du donneur doit être réalisée selon les recommandations d'Amsterdam (voir ci-après).

Suivi du donneur vivant

La participation des différents centres à cette enquête a été inhomogène et incomplète. Le suivi des donneurs était effectué d'une façon irrégulière. Les résultats préliminaires de cette étude soulignent la nécessité d'adopter des critères plus rigoureux concernant le suivi des donneurs. Pour atteindre cet objectif, nous présentons les recommandations suivantes :

- l'engagement des équipes de transplantations (urologues et néphrologues) à organiser une surveillance systématique annuelle des DV ;
- la réalisation d'une surveillance clinique et paraclinique selon les paramètres détaillés dans l'Annexe 3 ;
- la tenue d'un registre national de suivi des donneurs vivants.

Conclusion

La greffe d'organes avec donneur vivant a déjà traversé par le passé de nombreuses crises éthiques, et ces crises ne sont pas terminées. Ces recommandations ont pour objectif d'améliorer les pratiques et les systèmes des soins de santé actuels du don d'organe prélevé sur un donneur vivant.

Aucune recommandation clinique, quelle que soit la rigueur de sa mise en œuvre, ne peut rapporter le résultat escompté sans un plan de mise en action. La majorité des recommandations étant basée sur ces avis, il est impératif que l'évaluation de leurs effets cliniques fasse partie intégrante de leur mise en place.

Une approche coordonnée de la recherche en cours et l'évaluation des résultats de ces recommandations devraient apporter les informations nécessaires à une future mise à jour de ces recommandations.

Évaluation d'un donneur vivant potentiel du rein selon les recommandations d'Amsterdam

Évaluation d'un donneur vivant potentiel du rein

Examens urinaires

- Recherche d'une protéinurie, hématurie et glucosurie.
- Examen cytologique et bactériologique des urines avec culture.
- Dosage de la protéinurie des 24 heures.

Évaluation de la fonction rénale

Estimation/mesure du débit de filtration glomérulaire (DFG).

Examens sanguins

Profil hématologique :

- numération globulaire et plaquettaire ;
- exploration de la coagulation (mesure du taux de prothrombine et du TCA, temps de saignement) ;
- hémoglobinopathie (si indication) ;
- déficit en G6PD (si indication).

Profil biochimique :

- créatinine, urée et électrolytes ;
- enzymes hépatiques ;
- acide urique ;
- glycémie à jeun ;
- profil d'os ;
- tests de tolérance au glucose (si glycémie > 6-7 mmol/l) ;
- lipidémie ;
- fonction thyroïdienne ;
- test de grossesse (si indication) ;
- dosage d'antigène prostate-spécifique (PSA) (si indication).

Sérologies virales et recherche d'infection :

- hépatite B et C ;
- toxoplasmose ;
- syphilis ;
- HIV et virus humain de T-lymphotropic (HTLV) 1/2 ;
- malaria (si indication) ;
- cytomégalovirus ;
- cruz de Trypanosome (si indication) ;
- virus d'Epstein Barr ;
- schistosomiase (si indication) ;
- HHV8 et virus de simplex d'herpès (HSV) (si indication) ;
- strongyloses (si indication) ;
- typhoïde (si indication) ;
- brucellose (si indication).

Évaluation cardiorespiratoire

Radiographie de thorax ;

électrocardiogramme ;

test de stress ;

échographie cardiaque (si indication).

Évaluation de l'anatomie rénale

Les investigations appropriées d'imagerie devraient permettre la confirmation de présence de deux reins de taille normale et permettre la recherche des anomalies du système collecteur et la recherche de calcification ou une maladie lithiasique. Ils doivent également tracer la vascularisation rénale.

Amsterdam Forum Guidelines

Évaluation du donneur

Avant la donation, le donneur vivant de rein doit recevoir une évaluation médicale et psychosociale complète, un consentement approprié, et être capable de comprendre l'information présentée dans ce processus pour prendre une décision volontaire. Tous les donneurs devraient réaliser les tests standard pour assurer la sûreté de donation.

Hypertension

Les patients présentant une pression artérielle $> 140/90$ mmHg par MAPA ne sont pas généralement acceptables comme donneurs.

La pression artérielle est évaluée au mieux par une MAPA, qui est particulièrement recommandée chez les sujets de plus de 50 ans et ceux dont la pression artérielle est trouvée anormale en consultation.

Une HTA facilement contrôlée en l'absence d'autres facteurs de risque d'évolution d'une maladie rénale après le don (âge > 50 ans, clairance de la créatinine > 80 ml/min, protéinurie $< 0,30$ mg/j) n'est pas une contre-indication absolue au don de rein.

Les donneurs présentant une HTA doivent être régulièrement suivis après le prélèvement.

Obésité

Les patients avec un BMI > 35 kg/m² devraient être découragés du don, surtout lorsque s'y associent d'autres comorbidités.

Les patients obèses devraient être encouragés à perdre du poids avant la donation de rein et devraient être conseillés de ne pas donner s'ils ont d'autres comorbidités associées.

Les patients obèses devraient être au courant des risques aigus et à long terme, particulièrement quand d'autres états de comorbidités sont présents.

L'éducation saine de style de vie devrait être à la disposition de tous les donneurs vivants.

Dyslipidémie

La dyslipidémie ne représente pas à elle seule une contre-indication au don de rein mais doit être prise en considération parmi les autres facteurs de risque vasculaire ou d'évolutivité d'une néphropathie.

Fonction rénale acceptable du donneur

Tous les donneurs potentiels de rein devraient avoir une estimation de DFG.

Des méthodes basées sur la clairance de la créatinine peuvent être utilisées pour estimer le DFG. Cependant, la clairance de la créatinine (mesurée à partir du recueil des urines de 24 heures) peut sous- ou surestimer le DFG chez des patients avec fonction rénale normale ou presque normale.

Des valeurs calculées de DFG (MDRD et Cockcroft-Gault) ne sont pas validées dans cette population et peuvent surestimer le DFG.

Les personnes ayant une clairance de la créatinine inférieure à 80 ml/min ou deux déviations standard au-dessous de la normale pour l'âge, le sexe et la surface corporelle ramenée à 1,73 m², doivent être écartées du don.

Protéinurie

Une protéinurie supérieure à 0,30 g/j est une contre-indication au don de rein.

La micro-albuminurie est un marqueur plus sensible d'atteinte rénale mais son intérêt n'a pas encore été évalué chez le donneur vivant.

Hématurie

La présence d'une hématurie doit faire l'objet d'un bilan et si elle s'avère d'origine haute, elle contre-indique le don. Une biopsie rénale peut être pratiquée à la recherche d'une néphropathie à IgA.

Diabète

Les patients répondant à la définition actuelle du diabète doivent être écartés du don.

La maladie lithiasique

Un donneur potentiel asymptomatique avec l'histoire d'un calcul simple peut prêter à la donation de rein si :

- pas d'hypercalcurie, hyperuricémie, ou acidose métabolique ;
- pas de cystinurie, ou hyperoxalurie ;
- aucune infection de l'appareil urinaire ;
- si multiples calculs ou néphrocalcinose non évidents sur CT.

Un donneur potentiel asymptomatique avec un calcul simple peut prêter si le donneur répond aux critères décrits précédemment pour les calculs simples et de taille < 1,5 cm, ou potentiellement enlevés pendant la greffe.

Les donneurs porteurs de lithiasie qui ne devraient pas donner sont ceux avec :

- néphrocalcinose visible sur les radiographies ou maladie lithiasique bilatérale ;
- calculs à haut risque de récurrence ou difficiles à prévenir.

Les antécédents de cancer

Une histoire antérieure des cancers suivants exclut habituellement la donation : mélanome, cancer testiculaire, carcinome rénal, choriocarcinome, cancer hématologique, cancer bronchique, cancer de sein et gammopathie monoclonale.

Une histoire antérieure de cancer peut être acceptable pour la donation seulement si :

- le traitement antérieur du cancer ne diminue pas la fonction rénale ou ne place pas le donneur à un risque accru d'IRCT ;
- le traitement antérieur du cancer n'augmente pas le risque effectif de néphrectomie.

Une histoire antérieure de cancer exclut habituellement la donation de rein mais peut être acceptable si le cancer spécifique est curable et que la transmission potentielle du cancer peut être raisonnablement exclue.

Les infections d'appareil urinaire

L'urine du donneur devrait être stérile avant la donation ; des bactériuries asymptomatiques devraient être traitées avant la donation.

Une pyurie et une hématurie pendant la période de donation sont une contre-indication au don.

L'hématurie ou la pyurie non expliquée nécessite une évaluation pour l'adénovirus, la tuberculose et le cancer. La tuberculose urinaire ou le cancer sont des contre-indications à la donation.

Donneur vivant non apparenté

Les données disponibles courantes ne suggèrent aucune restriction de la donation de rein basée sur l'absence d'identité HLA. Une greffe avec DV non apparenté est aussi réussie qu'une greffe réalisée avec un membre génétiquement relatif à la famille tel qu'un parent, un enfant, ou un frère, qui n'est pas HLA identique au receveur.

Détermination de risque cardiovasculaire

Les prédicteurs cliniques d'une augmentation accrue de risque cardiovasculaire périopératoire (pour la chirurgie non cardiaque) établis par le Collège américain de cardiologie et l'Association américaine hospitalière de cardiologie entrent dans l'une des trois catégories : majeur, intermédiaire, mineur.

Tous les prédicteurs majeurs : les syndromes coronaires instables, l'insuffisance cardiaque décompensée, les arythmies significatives et la maladie valvulaire grave sont des contre-indications à la donation de rein. La plupart des prédicteurs intermédiaires : l'angine stable, l'infarctus du myocarde décompensé ou antérieur et le diabète sont également des contre-indications à la donation. Les prédicteurs mineurs : un âge plus ancien, un ECG anormal, un rythme non sinusal, une basse capacité fonctionnelle cardiaque, une histoire d'accident vasculaire ou HTA non contrôlée doivent être traités cas par cas.

Évaluation pulmonaire

Un interrogatoire et un examen physique minutieux sont importants pour la détermination du risque.

L'évaluation de la fonction pulmonaire préopératoire n'est pas justifiée pour les DV potentiels de rein à moins qu'il n'y ait un facteur de risque associé tel qu'une affection pulmonaire chronique.

Le plus grand risque de complication pulmonaire postopératoire est lorsque : FEV1 < 70% ou FVC < 70%, ou un rapport FEV1/FVC < 65%.

Abstinence de tabagisme et sevrage d'alcool

L'arrêt du tabac au moins 4 semaines avant la donation est conseillé, basé sur des recommandations pour des patients subissant des procédures chirurgicales électives.

Sevrage d'alcool, défini par DSM-3 : 60 mg d'excédent et prise d'alcool/jour \geq 6 mois, devraient être évités pour 4 semaines au minimum pour diminuer le risque connu de morbidité postopératoire.

* TA, tension artérielle ; MAPA, mesure ambulatoire de la pression artérielle ; DFG, débit de filtration glomérulaire ; BMI, index de masse corporel ; CT, tomographie calculée ; IRCT, insuffisance rénale chronique terminale ; HLA, antigène humain de leucocyte.

Suivi d'un donneur vivant de rein

Le bilan rénal

Il consiste en une surveillance annuelle de la créatininémie et de la protéinurie (ou de la microalbuminurie). La formule de Cockcroft n'est pas très adaptée au calcul du débit de filtration glomérulaire chez les personnes n'ayant qu'un rein. Il n'est donc pas rare de constater des clearances de la créatinine calculée par la formule de Cockcroft de l'ordre de 60 ml/mn chez les donneurs vivants.

Malgré les données rassurantes de la littérature, la présence d'un seul rein doit faire considérer les donneurs vivants comme des personnes à risque d'IRC. Ils doivent donc bénéficier des mesures de néphroprotection.

La surveillance de la tension artérielle et le traitement d'un éventuel déséquilibre tensionnel

Les objectifs tensionnels sont les mêmes que dans la population générale :

- une TA systolique ≤ 130 mmHg ;
- une TA diastolique ≤ 85 mmHg ;
- mais respectivement $\leq 125-75$ mmHg chez les patients protéinuriques.

La TA doit être contrôlée au moins une fois par an mais il est bien sûr préférable de le faire plus souvent si cela est possible.

En cas d'élévation confirmée des chiffres tensionnels, il est important d'introduire précocement un traitement hypotenseur en favorisant un inhibiteur de l'enzyme de conversion (IEC) ou un antagoniste des récepteurs de l'angiotensine 2 (ARA2). Ces 2 classes de médicaments sont susceptibles de prévenir l'hyperfiltration glomérulaire survenant sur les néphrons restants après la néphrectomie.

Le dépistage et le traitement d'une éventuelle dyslipidémie

En cas de dyslipidémie, nous considérons, même si cela n'a pas été validé, que l'objectif doit être, comme dans l'IRC, un LDL-cholestérol $< 1,3$ g/l.

La réduction et si possible la normalisation d'une éventuelle protéinurie

Les personnes présentant une protéinurie doivent bénéficier d'un traitement par IEC ou ARA2, avec pour objectif de ramener la protéinurie au-dessous de 0,50 g/j voire de la normaliser.

Recommandations du 3^e colloque France-Maghreb

Tunis - Décembre 2007

Introduction

La transplantation d'organes, traitement idéal de toute défaillance d'organe terminale, n'est plus une aventure thérapeutique grâce aux progrès des connaissances médicales notamment en matière d'immunosuppression.

Toutefois cette pratique n'est toujours pas totalement dénuée de risques. Ces risques peuvent être de plusieurs ordres : médicaux bien sûr, pour le donneur et pour le receveur, ils peuvent concerner toutes les étapes du processus pré- ; per- et post-transplantation. Mais pour les acteurs de la greffe dans notre région, le risque de dérives éthiques n'en est pas moins important que le risque médical.

Nous sommes conscients que seule la mise en place d'une approche rigoureuse, codifiée, de l'ensemble du processus permettra d'assurer dans le respect des régies éthiques une excellente qualité des organes et tissus utilisés. Nous voulons mettre en œuvre tous les moyens disponibles pour fournir aux futurs greffés et aux greffés une qualité de soins conformes aux données actuelles de la science. Nous sommes soucieux de protéger l'ensemble des acteurs impliqués dans ce processus et de prévenir toutes dérives et d'adapter le processus de greffe à notre réalité culturelle, économique régionale.

Les recommandations du colloque de Tunis ne sont pas exhaustives et se sont d'emblée et volontairement fixées pour autant des objectifs limités. Elles ont pour but de servir notre vision de la transplantation et elles ne traitent que de quelques aspects du don d'organes.

En effet si en cas d'insuffisance rénale chronique terminale, la transplantation rénale offre une meilleure qualité de vie et une espérance de vie supérieure à un coût moindre, en cas d'insuffisance cardiaque ou hépatique terminale, la transplantation est d'autant plus salutaire car elle constitue la seule solution pour sauver la vie. Mais sans don d'organes ces thérapeutiques resteront inaccessibles à nos concitoyens. Actuellement, un écart inacceptable existe pour toutes les greffes d'organes et surtout la greffe rénale, entre certains pays tels que l'Espagne, la France et les États-Unis, et les pays maghrébins.

Le troisième colloque France-Maghreb s'est donné pour mission de donner un élan au don d'organes et de tissus grâce une réflexion franche et saine autour de tous les problèmes du don et de sa promotion dans notre région.

Pour atteindre nos objectifs, quatre commissions regroupant des compétences de tous horizons maghrébines et françaises ont été mises en place. Chaque commission a travaillé sur l'un des quatre thèmes suivants :

- sensibilisation et formation en matière de don d'organes;
- réflexions et interrogations sur le consentement;
- donneur vivant et donneur décédé;
- missions d'une agence pour la promotion de la transplantation d'organes.

Elles ont toutes adopté la même méthodologie de travail. Un comité de bibliographie s'est chargé de réunir les articles et textes concernant les quatre sujets. Cette bibliographie exhaustive a été envoyée à tous les membres des commissions. Ensuite des textes prenant en compte ces travaux scientifiques et les données épidémiologiques dans les pays du Maghreb et dans le reste du monde ont été rédigés et ont circulé par e-mail entre les différents acteurs qui les ont amendés.

Ces textes modifiés ont été ensuite discutés au cours des sessions préliminaires du colloque le jeudi 29 novembre et ont été à nouveau amendés par un comité d'experts avant d'être présentés lors des sessions plénières. Ces recommandations sont libres d'accès et à la disposition de tous. Il va de soi qu'il s'agit de grands principes et que l'étape ultime ne peut plus être collective, chaque pays doit adapter les détails de ces recommandations à sa réalité.

Sensibilisation et formation en matière de don d'organes

Quels acteurs pour la sensibilisation ?

La stratégie de la sensibilisation au don, au prélèvement et à la transplantation doit être assurée par des organismes spécialisés dans la communication.

Ces organismes devraient faire appel aux organisations non gouvernementales (ONG), aux agences de coordination de la transplantation, aux sociétés savantes, au cadre médical et paramédical, au cadre juridique, aux instances religieuses et gouvernementales, aux sociologues et aux philosophes afin d'impliquer toutes les parties prenantes à la marche d'un pays et intégrer définitivement la notion de l'intérêt du don dans les esprits.

Les médias ont un rôle majeur dans la diffusion de cette culture.

Comment préparer le terrain de la sensibilisation ?

Avant toute action de sensibilisation, des enquêtes régulières évaluant les connaissances et les prises de position du public cible vis-à-vis de la mort encéphalique, du don et de la transplantation devraient être menées. Ces enquêtes guideront le contenu et les modalités des actions de sensibilisation. Ces actions de sensibilisation permettront :

- d'une part à l'établissement d'un climat de confiance entre le public et les différents acteurs garants à moyen et à long terme d'une diminution de l'opposition au don ;
- d'autre part d'éviter les campagnes négatives de désinformation et de réagir rapidement le cas échéant à toutes les fausses informations.

Quel déroulement pour une campagne de sensibilisation ?

La sensibilisation doit se baser sur :

- l'établissement d'événements périodiques tels qu'une journée nationale dédiée au don d'organes relayée au cours de toute l'année par des « actions rappels » s'appuyant sur des manifestations régionales ;
- une information ciblée et minutieuse en accord avec le ministère de l'Éducation, de la Femme, du Sport, des Affaires religieuses... dans les écoles, les lycées, les facultés et tout autre organisme étatique ;
- une information dans d'autres corporations telles que les usines ou les associations.

Quel enseignement et quelle formation cibler en matière de prélèvement et de transplantation d'organes et de tissus pour le personnel de santé ?

Les niveaux d'apport de connaissances ont été répartis en 4 catégories.

Le niveau basique

Viser le personnel hospitalier non impliqué directement dans l'activité de prélèvement et de greffe quelle que soit sa nature et travaillant dans les hôpitaux ayant une activité de prélèvement et ou de greffes ainsi que dans les SAMU.

Quel contenu ?

- les besoins et résultats de la transplantation ;
- la législation ;
- les aspects religieux ;

- la notion de la mort encéphalique ;
- les modalités des prélèvements multi-organes ;
- les règles d’attribution des organes.

Quelles modalités ?

Nécessite d’établir des cycles réguliers de formation en collaboration avec différents organismes :

- agences de coordination de la transplantation ;
- facultés de médecine ;
- directions régionales de la santé ;
- sociétés savantes ;
- associations de sensibilisation ;
- les leaders de la religion ;
- les juristes, sociologues, philosophes...

Quels acteurs ?

Les personnes capables de transmettre d’une façon adéquate les messages clés afin d’améliorer la prise de conscience du public cible à propos du don, de l’activité de prélèvement et de greffe permettant ainsi de diminuer la proportion de refus familial du don.

Ces personnes doivent être identifiées afin de bénéficier d’une formation complémentaire adéquate.

Le niveau des connaissances spécifiques et contributives

Visé le personnel hospitalier impliqué dans l’activité de prélèvement et de transplantation.

Quel contenu ?

En plus des connaissances du niveau basique, en se basant sur une partie théorique et une partie pratique, doit porter sur :

- l’identification des sujets en état de mort encéphalique (EME) ;
- la prise en charge d’un sujet en EME ;
- les notions de philosophie associées à une initiation à la démarche éthique ;
- les modalités d’accueil et d’abord des proches endeuillés dans un climat de confiance ;
- la prise en charge de la famille après le décès ;
- les méthodes de sensibilisation au don ;
- les règles de répartition et d’attribution des organes ;
- la législation ;
- la position de la religion ;
- la connaissance des aspects épidémiologiques des transplantations d’organes et de tissus.

Quelles modalités ?

Enseignement intègre dans l’activité de la formation continue du personnel de l’hôpital, staff du service, staff interservices, rencontres, journées.

Le niveau des connaissances professionnalisantes

Visé les professionnels des prélèvements, médicaux et paramédicaux des services des urgences, de réanimation, des SAMU, les médecins référents, médecins coordinateurs et infirmiers coordinateurs.

Quel contenu ?

- les stratégies pour le recueil du consentement au prélèvement ;
- la sélection des EME prélevables en respectant les contre-indications ;
- l'appariement donneur vivant/receveur, ainsi que le suivi des donneurs vivants ;
- les techniques des prélèvements multiorganes (PMO) ;
- les techniques et les solutions de préservation des organes ;
- les indications et contre-indications de la greffe ;
- la connaissance des aspects immunologiques de la greffe.

Quelles modalités ?

L'enseignement pourrait se dérouler sous forme de 3 à 4 séminaires par an durant 2 à 3 jours. Il doit comporter un enseignement théorique, une formation pratique sur le terrain et des jeux de rôle.

Adapter des programmes avérés performants à ce jour :

- TPM (*Transplant Procurement Management*) Espagnol ;
- *Programme Donor action* (programme de recensement systématique des donneurs avec mise en place d'une démarche qualité afin d'aboutir à une amélioration du taux de recensement systématique des donneurs dans un établissement hospitalier).

Cet enseignement peut être organisé à l'échelle nationale ou régionale. Il peut être organisé par les agences de coordination de la transplantation avec la collaboration des facultés de médecine, des sociétés savantes et des hôpitaux disposant d'une activité de prélèvement et de transplantation.

L'enseignement théorique pourrait être académique, par visioconférence ou virtuel.

Une collaboration internationale serait d'un grand intérêt.

Quelle formation dans le domaine de la transplantation ?

Doit se situer à un niveau universitaire postdoctoral destinée aux médecins et chirurgiens impliqués dans l'activité de transplantation.

Deux approches peuvent être envisagées :

- une approche traditionnelle intégrant l'enseignement dans les différentes spécialités (néphrologie, urologie et chirurgie cardiovasculaire) ;
- ou le développement de formations spécifiques à la transplantation telles que le diplôme inter-universitaire de transplantation enseigné en France.

Ces approches doivent être adaptées au niveau de l'activité de la greffe de chaque pays. Si dans un pays l'activité de transplantation fait ses premiers pas, il serait judicieux dans le cadre de la coopération franco-maghrébine de développer des enseignements inter-pays.

Par contre si l'activité de greffe est jugée importante, un enseignement national pourrait être envisagé.

Encourager tous les modes d'enseignement tels que les enseignements post-universitaires, les séminaires, les congrès et les symposiums organisés par les laboratoires pharmaceutiques.

Quels acteurs pour les formations spécialisées contributives et professionnalisantes ?

Les coordinateurs médicaux et paramédicaux du réseau de prélèvements et de greffes.

Les psychologues, sociologues, philosophes, juristes, médecins légistes et leaders religieux.

L'équipe de greffe : médecins et chirurgiens transplantateurs, immunologistes, cardiologues...

Quelle évaluation des programmes de formation ?

Pour les formations basique et spécifique : une évaluation par un questionnaire avant et après chaque formation devrait être envisagée.

Pour la formation professionnalisante : elle doit être conclue par une certification ou un diplôme.

Réflexions et interrogations sur le consentement

Quelles règles adopter pour un consentement éclairé ?

Nécessite, d'une part, que l'information transmise à la famille soit claire et compréhensible, et d'autre part faire en sorte que ladite famille soit au moment de l'entretien réceptive pour recevoir la demande et l'information.

Cette information doit porter sur :

- l'état du défunt ;
- les actes médicaux nécessaires au maintien du donneur sous machine ;
- les modalités du prélèvement des organes et tissus et leur probable issue ;
- le devenir de la dépouille après le prélèvement.

L'information qui est donnée à la famille du défunt au moment de la demande du don doit obéir à des règles précises :

- un bon accueil de la famille : la qualité humaine et la qualité d'accompagnement de la famille dans cette épreuve sont aussi importants que l'information donnée ;
- l'accueil doit être entrepris par un personnel spécialisé et formé dans l'abord des familles ;
- il faut dissocier l'annonce du décès du dialogue sur le prélèvement d'organes ;
- il faut montrer par des preuves tangibles que l'éventuel donneur est vraiment décédé (EEG...).

Instituer et afficher une charte de l'accueil des familles dans l'hôpital et dans tous les services.

Mettre sur pied un programme national d'information sur des aspects importants tels que la notion de mort encéphalique et le processus de la collecte et d'attribution des tissus et des organes.

Essayer de conceptualiser la mort encéphalique (modèles explicatifs) et éduquer la population.

Utiliser tous les moyens de communication pour les campagnes d'information et de sensibilisation.

Quelles règles adopter pour le consentement explicite ?

Le prélèvement n'est autorisé que si le défunt a, de son vivant, fait connaître son consentement au don de ses organes après son décès en s'inscrivant sur un registre national ou

en demandant une carte de donneur. La notion du recueil du « témoignage » de la famille du défunt est fondamentale.

Ce mode de consentement présente des avantages car il simplifie l'abord des familles vu que le défunt a fait son choix de son vivant. Ce choix peut se manifester sur un document officiel (permis de conduire, carte de Sécurité sociale ou carte d'identité nationale) et est révocable à tout moment.

Mais ce type de consentement est limité par l'utilisation des registres d'inscription nécessitant une lourde logistique informatique. Ces registres sont difficiles à mettre en place et à gérer. Ils peuvent être contraignants vu la démarche pour s'y inscrire ou se désinscrire. Toutes les sociétés qui ont opté pour le consentement explicite n'ont observé qu'un nombre très faible d'inscriptions sur le registre.

La culture du don doit être bien instituée dans la population, avant de choisir la règle du consentement explicite seul.

Quelles règles adopter pour le consentement implicite ?

Tout individu est considéré consentant au don d'éléments de son corps après la mort, en vue de greffe, et le prélèvement est autorisé s'il n'a pas manifesté son opposition de son vivant (soit en s'inscrivant sur un registre national, soit par disposition testamentaire, soit par simple information orale de ses proches).

Le processus d'obtention d'un organe doit être assorti de mesures précises et écrites, afin de savoir si le donneur potentiel avait opté contre le don.

Le consentement implicite ne peut être appliqué que si et seulement si l'information a été auparavant complète, répétée et comprise. L'information est l'étape clé dans ce type de consentement.

Quelle serait la meilleure approche de la famille ?

Le modèle et l'étendue de la famille sont difficiles à cerner au Maghreb et l'identification du membre influent peut être déterminante lors de son approche.

Lors de l'entretien, il faudrait se limiter aux plus proches parents en sachant que les liens du sang, plus que la notion de proche, sont plus déterminants dans nos populations.

Les familles ont une tendance à refuser la mort souvent brutale d'un proche, évoquer le prélèvement peut être d'une brutalité extrême. La meilleure approche dans ce cas est de ne pas solliciter le consentement de la famille pour le don mais de les interroger en premier sur les valeurs et les convictions de l'éventuel donneur avant la perte de ses capacités mentales. En cas d'un désir explicite de don du défunt avant sa mort (ex. : carte d'identité nationale), la famille n'aura pas alors le droit d'émettre son opposition. Cette mention doit être considérée comme un testament et nul ne peut annuler la décision du défunt après sa mort.

Quel type de consentement adopter ?

Lorsque la volonté du patient est connue et qu'aucun doute n'a été émis sur la véracité de son choix, elle devrait être respectée. Cette mesure devra être précisée dans la législation, les directives et les protocoles.

Le problème se pose surtout quand le souhait du patient est inconnu ou qu'il n'est pas clair. C'est la législation nationale qui devra prévaloir.

Dans nos sociétés où le choix thérapeutique de la greffe est retenu, le consentement présumé, en laissant la liberté au sujet de se prononcer de son vivant, est l'option recommandée.

Dans certains cas, les familles émettent le souhait que les prélèvements soient réalisés sur certains organes ou tissus et non pas sur d'autres, par exemple le cœur qui a une valeur hautement symbolique. Cela doit être respecté sans équivoque.

Quels sont les points de vue de la religion ?

Les religions ne s'opposent pas au don. Elles ne sont favorables au don qu'à condition que cela rende service à son prochain.

La majorité des textes de l'Islam s'accorde sur la nécessité de l'accord du donneur de son vivant ou de l'absence de refus de sa part ou de ses héritiers en cas de non-déclaration.

D'après l'Islam, le corps humain appartient à Dieu et non pas à l'homme. Néanmoins l'homme est responsable de ses organes et de l'usage qu'il peut en faire. La vente des organes est totalement interdite mais le don est possible dans l'alternative de sauver d'autres vies (à part les organes reproductifs). La gratuité du don est un principe primordial, indécis ou hésitant.

Qu'en est-il du consentement en cas de donneur vivant ?

Comment être sûr que le consentement est libre de toute pression en cas de greffe à partir d'un donneur vivant apparenté ?

- L'existence d'une pression affective ou matérielle de la part du receveur sur le donneur ne peut être éliminée formellement mais l'effort sera surtout centré pour déceler les craintes cachées du donneur ou les pressions inavouées.
- La législation peut limiter les dérives en établissant un comité d'experts ou « comité d'aide à la décision » pouvant comporter des médecins, des psychologues ou des représentants de la société civile. Ils auront la charge, après avoir reçu la famille et/ou le(s) donneur(s) potentiel(s), de juger de la qualité de l'information reçue (bénéfice, risques, résultats...) et de l'absence de toute forme de contrainte sur la décision prise.
- Le don de l'organe d'un jeune adulte à ses parents doit être évité au maximum (car le sentiment de redevance à ses parents est toujours présent).
- Les personnes « vulnérables » incapables de prendre des décisions éclairées, par exemple les mineurs ou les personnes frappées d'incapacité mentale, ne doivent pas être considérées comme des donneurs potentiels, sauf dans des situations tout à fait particulières et exceptionnelles (greffe de moelle osseuse entre enfants mineurs par exemple).

Le consentement du donneur vivant non apparenté est-il acceptable ?

Il n'y a pas d'objection absolue si des liens étroits, stables et objectifs existent entre le donneur et le receveur. Un encadrement législatif doit fixer ces modalités. Les incitations financières pour l'obtention d'organes à des fins de transplantation doivent être interdites.

Comment exprimer le consentement ?

- Il faut insister sur tous les désagréments engendrés par le prélèvement et sur les effets secondaires à court, moyen et long terme.
- Les renseignements doivent être transcrits par écrit.
- L'obligation de faire signer le donneur devant un juge pourrait être intéressante, car elle peut dissuader les indécis ou hésitants.

Quelles mesures prendre pour encourager le consentement ?

L'Islam, ainsi que sur la culture maghrébine qui met en avant des valeurs comme l'altruisme, la solidarité, la bienfaisance, la non malfaisance, la transparence, le respect de l'autre, l'autonomie et l'égalité, et la confiance en autrui.

Travailler le terrain de la confiance et rassurer les gens qui peuvent être très sensibles aux témoignages de gratitude.

Valoriser le don en développant la reconnaissance aux donneurs (instituer un lieu de mémoire, une reconnaissance anonyme sous forme de livres dédicacés, un espace de remerciements sur intranet, des médailles, des citations...).

Créer des conditions optimales pour l'accueil des familles.

La prise en charge de la famille doit être continue avant, pendant et après le prélèvement.

Véhiculer l'information par un personnel spécialisé. Cette information doit être totale, sincère et répétée.

La stratégie *Don d'organes, il est important d'en parler avec ses proches* serait bénéfique à long terme car montrant clairement aux citoyens que l'on se place dans une logique voulant le bien de tous, mais respectant la volonté de chacun.

Donneur vivant et donneur décédé

Quels sont nos besoins en matière de greffe rénale ?

D'après l'incidence actuelle de l'insuffisance rénale chronique terminale et d'après son aspect évolutif, l'objectif à atteindre est de 60 transplantations par million d'habitants.

Donneurs décédés et de donneurs vivants, quel ratio ?

Favoriser dans un premier temps la greffe par donneur vivant sans négliger les moyens à mettre en œuvre pour augmenter la greffe par donneur décédé pour avoir au fil des années une activité de greffe complémentaire entre les deux types de don.

L'objectif est d'atteindre 30 transplantations par rein de donneur cadavérique par million d'habitant. Cela pourrait être possible après la réalisation de 15 prélèvements à partir de donneurs en état de mort encéphalique par million d'habitants.

Comment élargir le pool des donneurs vivants ?

Élargir le cercle familial des donneurs vivants. Limité initialement aux ascendants, collatéraux et descendants, puis récemment aux grands-parents et cousins de premier et second degré et surtout aux liens d'alliance avec particulièrement la greffe à partir du conjoint.

Au stade d'insuffisance rénale chronique avancée, la recherche de donneur vivant constitue un objectif thérapeutique au même titre que l'hémodialyse ou la dialyse péritonéale.

La recherche de donneur vivant doit être entamée dès la découverte de la défaillance rénale. La solution idéale est la greffe préemptive avant l'entrée en dialyse.

La recherche de donneur vivant doit être poursuivie dans les centres de dialyse.

L'éducation du malade et de sa famille à la recherche de donneur vivant doit être assurée en milieu hospitalier mais aussi à domicile par une équipe habituée, pratique pouvant augmenter du tiers le nombre de donneurs par rapport à une simple éducation hospitalière.

L'échange de rein en cas de transplantation ABO incompatible ou de *Cross match* positif, constituerait une solution pour certains patients.

Dans le cas des donneurs vivants non apparentés tel que le don destiné à un proche ou le don altruiste, des précautions particulières sont à prendre afin d'éviter tout risque de commercialisation. Une commission d'experts ayant pour mission d'analyser ce type de don au cas par cas pourrait être constituée.

La vente réglementée de rein au niveau gouvernemental ou par d'autres organismes ne doit pas être envisagée.

Comment augmenter le nombre de donneurs en état de mort encéphalique ?

Intensifier la sensibilisation au don.

Assurer la formation et l'information du don. La formation s'adressera aux professionnels de la santé et l'information à la population et aux responsables de la santé.

Accepter les reins marginaux. Il s'agit de ne pas se limiter au donneur idéal mais d'élargir la liste des donneurs cadavériques aux sujets âgés, aux hypertendus modérés, aux diabétiques sans néphropathie, aux reins porteurs d'anomalies anatomiques, à l'utilisation de rein en bloc et aux donneurs porteurs de l'antigène Hbs ou de l'hépatite virale. Développer la qualité de prise en charge aux urgences, un réseau de prélèvement dans chaque région et la déclaration obligatoire de mort encéphalique.

Missions d'une agence pour la promotion de la transplantation d'organes

Le système mis en place pour la gestion de la transplantation doit avoir la confiance de la société. Plusieurs conditions doivent être réunies dont la transparence, l'objectivité des critères d'attribution des organes et tissus qui doivent être arrêtés par des comités scientifiques et publiés pour être portés à la connaissance du public, et une logistique permettant de gérer cette activité complexe, qui nécessite une très bonne coordination de la manière la plus professionnelle possible.

Quelle forme devrait revêtir l'agence ?

Est-ce qu'il faut confier la gestion et la coordination d'une telle activité à une unité administrative centralisée au ministère de la Santé ou créer une agence nationale, dotée de la personnalité civile, de pouvoirs étendus et d'une totale responsabilité en matière de don,

d'attribution, de traçabilité et d'identification des responsabilités, ainsi que d'une souplesse de gestion ? La 2^e proposition semble mieux appropriée.

Faut-il opter pour un organisme public ou pour une association ?

L'expérience de certains pays a montré que la gestion des associations dans le domaine de la transplantation n'a pas été concluante. La survenue de dérapages, notamment au niveau de la transparence des transactions, pourrait anéantir des efforts de plusieurs années de sensibilisation et de travail acharné. Ainsi, il est tout indiqué que l'agence soit un organisme public non lucratif.

Quel devrait être son degré d'autonomie ?

L'autonomie de l'agence ne doit pas être absolue. Elle est redevable vis-à-vis du ministère de la Santé, mais aussi vis-à-vis de ses autres partenaires et de la société civile.

L'agence est un outil technique spécialisé qui met en œuvre les orientations stratégiques dans le domaine de la transplantation.

Dans ses relations avec les équipes de coordinations de prélèvement et de transplantation, elle doit se considérer comme un instrument facilitateur, avec sa logistique et ses moyens, un soutien moral par les encouragements qu'elle prodigue et un moyen de régulation.

Quelles sont les missions d'une agence ?

Définir et rédiger les règles de bonne pratique, avec notamment les missions suivantes :

- définir les critères de la mort encéphalique et les faire valider par la tutelle qui doit les publier sous la forme d'un texte réglementaire, pour qu'ils soient pris en compte de la même manière par les équipes de prélèvement dans toutes les structures hospitalières ;
- établir de la même manière, avec des sociétés savantes, les règles de bonnes pratiques en matière de prélèvement et de transplantation d'organes et de tissus, afin d'optimiser les résultats de toutes les équipes impliquées dans le programme ;
- arrêter les règles de sécurité sanitaire et de précautions à appliquer dans toute procédure de transplantation d'organes et de tissus. Ceci est essentiel dans le cadre d'une démarche visant la pérennité d'un système mis en place et plaçant l'intérêt du donneur et du receveur au centre de ses priorités ;
- définir les critères d'attribution des organes et tissus arrêtés d'une manière consensuelle par des comités scientifiques. Ces critères doivent être clairs et explicites, notamment en ce qui concerne les critères d'inclusion des malades sur la liste d'attente et les contre-indications temporaires ou définitives à la transplantation ;
- tous les critères arrêtés par l'agence en rapport direct avec le prélèvement ou la transplantation doivent être nécessairement publiés pour garantir la transparence et asseoir la confiance nécessaire.

Établir, mettre à jour et gérer les listes d'attente des malades en attente d'une transplantation :

- il s'agit d'une tâche complexe qui repose sur une étroite collaboration avec les centres hospitaliers publics et les centres privés d'hémodialyse, pour une actualisation continue des listes d'attente ;
- une application informatique performante est également un préalable fondamental.

Garantir l'attribution des organes et des tissus conformément aux règles préalablement établies dans les conditions de transparence et d'objectivité et de garantir la traçabilité des organes et des tissus transplantés, ainsi que l'identification des responsabilités. Le respect des règles d'attribution garantira un accès équitable à tous les patients susceptibles de bénéficier d'une transplantation.

Coordonner l'activité de prélèvement et de transplantation sur tout le territoire, jouant ainsi le rôle de relais entre les équipes et de plaque tournante d'une activité qui nécessite un professionnalisme et une importante logistique. Il ne s'agit donc nullement d'une gestion directe.

Recommandations

Des activités de prélèvement, de transplantation ou de conservation de tissus et cellules.

Garantir le maintien d'une base de données contenant les donneurs et les receveurs, y compris le suivi des donneurs vivants et des receveurs, pour assurer la traçabilité et vérifier les résultats des programmes de transplantation.

Centraliser les données relatives à l'activité de prélèvement et de transplantation d'organes et de tissus dans le pays, et les analyser afin d'évaluer l'activité des équipes impliquées. Cela nécessite une bonne collaboration avec les parties prenantes du réseau. Les informations collectées doivent faire l'objet d'une diffusion à grande échelle, plus particulièrement auprès des équipes concernées à titre de rétro-information et de la tutelle.

Promouvoir un système d'assurance de la qualité de la transplantation, conforme aux normes internationales.

Promouvoir à large échelle le don d'organes auprès des professionnels et du grand public, en multipliant les occasions d'en parler, en organisant des séminaires et des tables rondes, en s'appuyant sur les médias et les ONG et en impliquant activement la société civile.

- Contribuer à la mise en place de programmes de formation spécifique du personnel, notamment en ce qui concerne les approches psychologique et sociale, en leur donnant les outils nécessaires de l'approche des donneurs, des receveurs et de leurs familles.
- Collaborer avec des centres étrangers ayant une grande expérience dans le domaine des réseaux régionaux ou internationaux.

Annexe 3 :

Déclarations internationales

Conseil des ministres arabes de la Santé (décembre 1986). Le Conseil des ministres arabes de la Santé est un organisme relevant de la Ligue des pays arabes. 203

Égypte

Un arrêté du 25 novembre 1996 du ministère de l'Éducation a établi un Comité national de bioéthique..... 204

Turquie

Loi n° 2238 du 29 mai 1979 sur le prélèvement, la conservation et la transplantation d'organes et de tissus. 205

Déclaration du Conseil de l'Europe 2007 207

Principes directeurs de l'OMS sur la transplantation de cellules, de tissus et d'organes humains 217

Déclaration d'Istanbul contre le trafic d'organes et le tourisme de transplantation 221

Conseil des ministres arabes de la Santé (décembre 1986). Le Conseil des ministres arabes de la Santé est un organisme relevant de la Ligue des pays arabes.

Cet organisme élabore des instruments juridiques pour régler certains problèmes médicaux. Il a notamment au cours de sa réunion de décembre 1986 adopté un projet dont le texte est reproduit ci-dessous.

Ce document représente un intérêt dans la mesure où :

- il signale l'attitude de la religion musulmane à l'égard de ce problème ;
- il démontre que si le droit est différent selon les pays, les principes d'éthique ont un caractère international ;
- il propose enfin aux pays membres de la Ligue un projet de loi dans l'éventualité d'uniformiser leur législation à cet égard, leur laissant toutefois une ouverture qui permet l'harmonisation de ce texte à leur propre législation.

Le texte du projet est ainsi rédigé :

Art. 1^{er}.– Les médecins-spécialistes sont habilités à procéder à des opérations chirurgicales afin de transplanter des organes d'une personne vivante ou décédée sur une autre personne afin de la maintenir en vie, conformément aux conditions et procédures énoncées ci-après.

Art. 2.– Toute personne peut faire don d'un de ses organes ou le léguer à condition qu'elle jouisse de la pleine capacité juridique et que ce don ou legs fasse l'objet d'une déclaration écrite, signée de sa main.

Art. 3.– On ne peut prélever d'organe sur un donneur vivant, même avec son consentement, si cet organe est essentiel à la vie.

Art. 4.– Le donneur doit être informé des effets potentiels ou inéluctables du don d'organes sur sa santé. Cette information doit lui être donnée par une équipe médicale spécialisée après examen approfondi.

Le donneur peut, à tout moment avant le prélèvement, annuler purement et simplement le don.

Art. 5.– Des transplantations d'organes prélevés sur le corps d'une personne décédée pourront avoir lieu, sous réserve que les plus proches aient donné leur accord et à condition que le décès ait été définitivement établi par une commission composée de trois médecins spécialistes dont un neurologue. Le chirurgien qui est appelé à effectuer la transplantation ne devra pas en faire partie.

Art. 6.– Dans les cas non visés par la présente loi, il pourra être procédé à une transplantation d'organe du corps d'une personne décédée sur celui d'une personne vivante qui a un besoin urgent de cet organe pour rester en vie. Cette transplantation se fera sur décision d'une commission composée d'au moins trois spécialistes qui devront certifier l'état de besoin réel du receveur, en vue de préserver sa vie.

Art. 7.– Il est interdit de vendre ou d'acheter un organe ou d'en faire don contre une rémunération quelconque. Nul spécialiste n'est autorisé à procéder à une transplantation, s'il est au courant que l'organe à greffer est le fruit d'une transaction.

Art. 8.– Les transplantations d'organes seront effectuées dans des centres médicaux agréés à cet effet par le ministère de la Santé publique, selon une procédure et des conditions définies conformément à un arrêté du ministre de la Santé.

Art. 9.– Le ministre de la Santé établira par arrêté les conditions et spécifications que devront remplir les centres de conservation des organes prélevés, ainsi que les conditions de leur utilisation.

Art. 10.– Les modalités de transplantations entre pays arabes seront déterminées par voie d'accords bilatéraux.

Art. 11.– Chaque État déterminera en fonction de sa propre législation les peines encourues en sanction des infractions à la présente loi.

Égypte

Un arrêté du 25 novembre 1996 du ministère de l'Éducation a établi un Comité national de bioéthique.

Celui-ci comprend des membres de la communauté scientifique, du monde académique (juristes, sociologues...), mais aussi des membres de la société (anciens ministres, leaders religieux...). Le comité a tenu sa première session le 9 janvier 1997.

Turquie

Loi n° 2238 du 29 mai 1979 sur le prélèvement, la conservation et la transplantation d'organes et de tissus.

Partie première : Dispositions générales

But :

Art. 1^{er}.– Le prélèvement : la conservation et la transplantation d'organes et de tissus à des fins de traitement, de diagnostic et scientifiques sont soumises aux dispositions de la présente loi.

Contenu :

Art. 2.– Par « organes » et « tissus », il faut comprendre tous les organes, les tissus et leurs parties qui constituent l'organisme humain.

Les autogreffes, le prélèvement, la greffe et la transplantation de cheveux et de peau, la transfusion sanguine ne sont pas soumis aux dispositions de cette loi, et sont réalisés dans le cadre des lois, des règlements médicaux et des règles de déontologie médicale.

Art. 3.– Il est interdit de prélever et de vendre des organes et des tissus contre paiement ou à d'autres fins de profit.

Art. 4.– Toute publicité pour le prélèvement et les dons d'organes et de tissus est interdite, en dehors de la diffusion à des fins d'information des données scientifiques et statistiques.

Partie II : Prélèvement d'organes et de tissus sur des individus en vie

Âge et capacité :

Art. 5.– Il est interdit de prélever des organes et des tissus sur des individus qui n'ont pas 18 ans et la capacité de discernement.

Consentement :

Art. 6.– Pour que l'on puisse prélever des organes et des tissus sur des individus ayant 18 ans et la capacité de discernement, il faut qu'un procès-verbal qui a été établi et signé, d'une manière claire, consciente et loin de toute influence extérieure, en présence de deux témoins ou qui a été signé en présence de deux témoins après un engagement verbal, soit approuvé par un médecin.

Obligation de fournir et de recueillir des informations :

Art. 7.– Les médecins qui doivent prélever les organes et les tissus sont obligés :

- a) de fournir au donneur des informations précises et détaillées sur les risques que peut occasionner le prélèvement d'organes et de tissus, sur ses conséquences médicales, psychologiques, familiales et sociales ;
- b) d'éclairer le donneur sur l'utilité et les avantages d'une transplantation pour le receveur ;
- c) de refuser de prélever des organes et des tissus sur des individus n'ayant pas la capacité psychologique et de raisonnement ;
- d) de déterminer si le conjoint est au courant de la décision du donneur et dresser un procès-verbal, dans le cas où le donneur est marié ;
- e) de refuser de prélever les organes et tissus qui sont donnés contre paiement ou tout autre profit ou dans un état d'esprit de bienveillance ;
- f) de ne pas communiquer les noms du donneur et du receveur, sauf dans les cas où il y a un lien de sang et de parenté par alliance.

Organes et tissus qui ne peuvent être prélevés :

Art. 8.– Il est interdit de prélever les organes et les tissus qui peuvent causer la mort du donneur ou mettre sa vie en danger.

Obligation d'effectuer des analyses et des examens :

Art. 9.– Avant d'effectuer un prélèvement, une greffe et une transplantation, et afin de minimiser au maximum les dangers pour la vie du donneur et du receveur, il est obligatoire d'effectuer les examens et les analyses médicaux nécessaires et d'en indiquer les résultats dans un rapport de faisabilité.

Organismes habilités à prélever, à conserver, à greffer et à transplanter des organes et des tissus :

Art. 10.– Il est obligatoire que le prélèvement, la conservation, la greffe et la transplantation des organes soient effectués par des organismes médicaux possédant le personnel qualifié et les moyens pour entreprendre de telles opérations.

Partie III : Prélèvement d'organes et de tissus sur des cadavres

Constat de décès :

Art. 11.– Dans le cadre de cette loi, la mort clinique est constatée par une équipe d'experts composée d'un cardiologue, d'un neurologue, d'un neurochirurgien et d'un spécialiste en anesthésie et en réanimation, en prenant en compte le niveau atteint par la science dans le pays.

Opérations interdites aux médecins :

Art. 12.– Il est interdit que le médecin personnel du receveur ainsi que les médecins qui doivent effectuer le prélèvement, la conservation, la greffe et la transplantation des organes et des tissus prennent part dans l'équipe d'experts médicaux qui doit constater la mort clinique.

Établissement d'un procès-verbal :

Art. 13.– Les médecins qui, dans l'article 11 de cette loi, ont constaté l'état de mort clinique, doivent établir et signer un procès-verbal indiquant la date, l'heure, la cause et la manière dont le constat de mort a été fait. Ils doivent ensuite le remettre à l'organisme médical effectuant le prélèvement des organes et des tissus.

Conditions de prélèvement des organes et des tissus sur des cadavres et conservation des cadavres pour des recherches scientifiques :

Art. 14.– Si, de son vivant, un individu n'a pas indiqué, au moyen d'un testament officiel ou écrit, faire don de son corps ou de ses organes et tissus à des fins de traitement et de recherches scientifiques ou s'il n'a pas fait part de son intention en présence de deux témoins, des organes et tissus peuvent être prélevés sur le cadavre avec l'autorisation des personnes qui se trouvent auprès de lui, successivement le conjoint, les enfants majeurs, la mère ou le père ou l'un des frères et sœurs. Si l'un de ces derniers n'est pas présent, avec l'autorisation de n'importe lequel des proches qui se trouvent auprès de lui.

S'il n'y a pas de testament ou de déclarations indiquant le contraire, des tissus qui ne provoquent pas un changement sur le cadavre peuvent être prélevés, telle la cornée.

Si, de son vivant, l'individu a déclaré être opposé à tout prélèvement d'organes et de tissus après sa mort, lesdits organes ne peuvent être prélevés.

(Amendement du 21/01/1982 article 1) Si des proches indiqués à l'article 14 ne se trouvent pas auprès d'un individu qui a perdu la vie à cause d'un grand dommage

corporel subi lors d'un accident ou d'une catastrophe naturelle, et à condition que l'équipe d'experts médicaux indiquée à l'article 11 ait certifié par un rapport que la mort clinique n'était pas due aux organes et tissus à prélever. Les tissus et organes en parfait état peuvent être prélevés et transplantés à des individus dont la vie dépend de ces transplantations, dans les cas qui nécessitent une action rapide et une intervention médicale obligatoire, sans chercher à savoir s'il y a testament ou consentement. Dans ces cas l'autopsie légale est effectuée après que les opérations de prélèvement et de transplantations ont été achevées. Le rapport de l'équipe d'experts médicaux est alors joint au procès-verbal d'autopsie.

(Supplément du 21/01/1982-2594, article 1) En outre, les cadavres de ceux qui, par testament, ont indiqué qu'ils voulaient que leur corps soit utilisé dans des recherches et des analyses, de ceux qui sont décédés dans les organismes médicaux où ils suivaient un traitement, ou de ceux dont la dépouille a été déposée à la morgue de tels organismes, que nul ne réclame et qui ne fait pas l'objet d'une enquête judiciaire, peuvent être remis aux institutions d'enseignement supérieur pour y être conservés pendant six mois et utilisés dans des recherches scientifiques, si le contraire n'a pas été indiqué. Les dispositions concernant ces cadavres, y compris leur enterrement, sont déterminées dans un règlement publié par les ministères de la Justice, de l'Intérieur de la Santé et de la Solidarité sociale, trois mois après la publication de la présente loi.

Partie IV : Dispositions pénales

Interdits :

Art. 15.– Celui qui prélève, conserve, greffe et transplante des organes et tissus d'une manière non conforme aux dispositions de cette loi, celui qui achète ou vend de tels organes et tissus, celui qui sert d'intermédiaire lors de l'achat et de la vente ou qui en fait la commission, est puni d'une peine d'emprisonnement de deux à quatre ans, si le délit ne nécessite pas une peine plus lourde, et d'une peine d'amende lourde de 50 000 à 100 000 livres turques.

Art. 16.– Cette loi entre en vigueur dès sa publication.

Art. 17.– Le Conseil des ministres est chargé de son application.

Déclaration du Conseil de l'Europe 2007

- organes solides, et notamment : reins, foie, cœur, poumons, pancréas et intestin grêle;
- tous les tissus tels que : os, tendons, peau, cornée, tissus cardiovasculaires, membranes fœtales et autres ;
- cellules de toutes sources humaines y compris les cellules souches hématopoïétiques et les cellules pour l'immunothérapie cellulaire (CIT) ;
- tissus et cellules pour les produits issus de l'ingénierie ;
- tissus fœtaux et embryonnaires ;
- résidus opératoires.

Gestion de qualité

Pour réduire les risques du processus de transplantation et en maximiser les avantages, il est nécessaire de mettre en œuvre un système de gestion de la qualité efficace.

Questions concernant l'organisation :

Le prélèvement et la distribution des organes, tissus et cellules devraient faire l'objet d'une réglementation.

Quelle que soit la destination du matériel, il est important que le receveur ou l'utilisateur ait confiance en la qualité et la sécurité des organes, tissus et cellules.

Le système de traçabilité fiable et de signalement des événements fâcheux doit être efficace et respecter l'anonymat mutuel du donneur et du receveur.

Rôle de l'État

L'État a pour vocation essentielle de créer un cadre juridique au sein duquel les services de transplantation puissent fonctionner, exercer un contrôle, rendre compte et veiller à la mise en place d'un mécanisme permettant de réglementer les différents éléments nécessaires à l'efficacité d'un service de transplantation (notamment la traçabilité).

Le cadre juridique doit comprendre des lois sur les transplantations, qui régissent les conditions de prélèvement des organes, tissus et cellules, l'obtention du consentement ou de l'autorisation nécessaires, le constat de mort et la réglementation des prestataires de services de santé ou des autres organismes intervenant dans les services de transplantation.

Une instance non commerciale nationale est responsable de l'attribution et de la distribution des organes et, le cas échéant, des tissus et cellules.

Enseignement et formation

Les États doivent veiller au fonctionnement d'un système approprié pour dispenser l'enseignement et la formation continus nécessaires à tout le personnel intéressé par les différentes étapes du processus de transplantation afin d'optimiser les compétences existantes.

Définition de normes

Ici encore, l'État a un rôle à jouer pour veiller à la pertinence d'un cadre juridique permettant la définition et le respect de normes appropriées.

Système de vigilance

L'État a le devoir de veiller à ce que les mécanismes de protection des donneurs et des receveurs soient en place. Ces mécanismes devraient assurer une enquête rapide sur tout incident fâcheux survenant dans les services de transplantation, de façon à ce que des mesures correctives et de prévention puissent être prises.

Attribution des organes

Il est essentiel de disposer d'un système d'attribution efficace, qui tienne compte du délai très court pendant lequel certains organes peuvent être maintenus dans un état satisfaisant avant leur transplantation et de la nécessité de s'assurer que l'organe est affecté au receveur le plus approprié, en fonction de critères prédéfinis. Les règles d'attribution sont propres à chaque organe. Elles doivent être transparentes et dûment justifiées par des critères essentiellement médicaux. Chaque État doit veiller à se doter d'un système d'enregistrement des receveurs potentiels, géré par un organisme d'attribution juridiquement reconnu.

Un mécanisme doit permettre de s'assurer que le même patient n'est pas inscrit sur plusieurs listes d'attente de transplantation pour les mêmes organes, tissus ou cellules.

L'attribution des greffons peut être coordonnée par des organismes régionaux, nationaux ou internationaux.

Risques de la transplantation

La transplantation n'est pas sans danger pour le donneur vivant, le receveur.

Malgré les progrès prodigieux, la transplantation suppose un acte opératoire lorsqu'il s'agit d'organes qui comportent notamment le risque d'immunodépression à vie.

Les facteurs qui influencent le résultat clinique de la transplantation sont complexes. Il y a l'interaction entre deux systèmes biologiques différents, celui du donneur et celui du receveur.

Il faut évaluer les risques d'une transplantation, étudier les caractéristiques du donneur comme celles du receveur.

Dans chaque cas, le bénéfice potentiel de la transplantation doit compenser les risques.

Il est important d'assurer une communication transparente.

Donneur

Les donneurs vivants d'organes, de tissus ou de cellules s'exposent à certains risques liés à la fois aux tests réalisés pour vérifier la compatibilité et aux procédures utilisées pour obtenir l'organe, le tissu ou les cellules.

Parmi les complications figurent les problèmes médicaux, chirurgicaux, sociaux, financiers ou psychologiques, et, dans le pire des cas, une incapacité grave, voire le décès du donneur. Les donneurs étant volontaires et en général en bonne santé, il convient de prendre toutes les mesures possibles pour réduire les risques encourus.

Le prélèvement pouvant entraîner des risques supplémentaires pour le donneur, des informations claires doivent être apportées à ce sujet.

Receveur

Les risques auxquels le receveur peut être exposé sont les suivants :

- risque d'échec de la greffe parce que le greffon ne convient pas, est endommagé ou est mal conservé, si bien qu'il ne fonctionne pas (insuffisance primaire du greffon) ;
- risque associé au processus de transplantation ;
- risque de rejet aigu ou à terme (rejet chronique) des organes, tissus et cellules ;
- risque de transmission d'une maladie infectieuse ou maligne ;
- risque de contamination ou d'autre lésion du greffon pendant le transport, le traitement ou la conservation ;
- complications liées à l'immunosuppression et à d'autres thérapies concomitantes ;
- récurrence d'une maladie primaire.

Pour réduire au minimum les risques de transmission d'une maladie au receveur, il est essentiel de respecter les procédures scientifiquement validées.

Protection contre les abus

La demande actuelle, notamment pour ce qui est des organes, mais aussi, dans une moindre mesure, de certains tissus, dépasse de loin l'offre. Du fait de l'efficacité de la transplantation, la demande va rester élevée et, dans ces conditions, il est essentiel de veiller à ce que les donneurs et les receveurs soient convenablement protégés contre l'exploitation et les risques inévitables associés à la complexité des procédures.

Délais en matière de transplantation d'organes, de tissus ou de cellules :

Le délai entre le prélèvement et la transplantation peut varier entre quelques heures et plusieurs années selon la nature des organes, tissus et cellules prélevés. Les normes de sécurité en vigueur doivent être respectées au moment de la réalisation. Les procédures d'évaluation de la sécurité et de la qualité tiendront compte de ces différences.

Exigences générales : afin d'obtenir le meilleur résultat possible et de minimiser le risque de l'opération de transplantation, l'adéquation du donneur d'organes, de tissus ou de cellules repose sur des critères de qualité et de sécurité. Les organes, tissus et cellules doivent être prélevés et conservés dans les délais requis afin de préserver leurs propriétés biologiques essentielles. Ce laps de temps devrait être compatible avec le temps nécessaire pour effectuer toutes les recherches appropriées pour s'assurer de la qualité et de la sécurité des matériels prélevés.

Toutes ces activités devraient donc être effectuées selon les modes opératoires normalisés dans le cadre d'un programme d'assurance de qualité et elles devraient comprendre une évaluation des risques appropriée. Les donneurs vivants et les sujets décédés sont la source des dons d'organes, de tissus et de cellules. Malgré les similitudes entre ces deux types de donneurs, les critères de sélection peuvent varier entre un donneur vivant et un sujet décédé.

C'est pourquoi la procédure de sélection des dons d'organes, de tissus ou de cellules provenant de sujets décédés ou de donneurs vivants sera décrite séparément.

Donneurs décédés

Les personnes décédées sont considérées comme des donneurs potentiels si le consentement présumé ou le consentement éclairé donné de son vivant par le donneur potentiel ou le consentement de sa famille satisfont aux obligations légales du pays.

Les organes ne doivent être prélevés sur le corps d'une personne décédée que si le décès a été constaté conformément à la loi en vigueur.

Les médecins responsables des receveurs potentiels ou qui participent directement au prélèvement des organes d'un donneur ou aux opérations de transplantation ne doivent pas être ceux qui délivrent le certificat de décès du donneur potentiel.

Définitions

Les donneurs décédés appartiennent à deux catégories, les donneurs ayant une activité cardiaque et ceux qui sont en arrêt cardiaque. Les organes sont pour l'essentiel prélevés sur les donneurs ayant une activité cardiaque, alors que les tissus le sont sur les donneurs décédés ayant ou non une activité cardiaque. Dans certains pays, le don d'organes de donneurs en arrêt cardiaque est aussi autorisé.

a. Donneurs à cœur battant

Le constat de mort avec conservation de la fonction cardiaque doit suivre les normes en vigueur. La plupart des pays considèrent qu'il s'agit là de la « mort encéphalique », définie par la loi et les codes de pratiques. Des tests rigoureux effectués selon des protocoles agréés sont nécessaires pour déclarer la mort cérébrale. Les pays sont vivement invités à réviser et, le cas échéant, à promulguer des lois donnant la définition appropriée de la mort avec conservation de la fonction cardiaque.

b. Donneurs à cœur non battant

Ces donneurs sont des personnes dont toutes les fonctions cardio-respiratoires ont cessé complètement et irréversiblement, ce qui a entraîné la mort cérébrale.

Le certificat de décès concernant les donneurs de tissus seuls doit suivre la réglementation nationale.

Système de détection active des donneurs décédés

La détection de donneurs potentiels est le point de départ de la transplantation. Elle est sans doute la tâche la plus difficile du processus à soumettre à des protocoles harmonisés. Le seul moyen de s'assurer que l'on ne laisse pas un donneur potentiel de côté consiste à se doter d'un moyen d'identification et de suivi des donneurs potentiels dans la population de donneurs des hôpitaux ou des zones géographiques concernées. Des programmes de détection active devraient être mis en place dans tous les hôpitaux pour malades aigus en faisant appel à des professionnels spécialement formés pour intervenir selon des protocoles et des règles éthiques agréées.

a. Coordination des prélèvements

La coordination des prélèvements vise notamment à assurer une coopération efficace et continue entre les différentes équipes qui participent au don, au prélèvement, à l'implantation des organes et tissus, et à une utilisation collective des banques d'organes et de tissus. Elle comprend les aspects suivants :

- identification des donneurs potentiels, recours à l'ensemble des outils et des connaissances scientifiques disponibles pour élargir autant que possible l'effectif de donneurs ;
- diffusion aux parents des donneurs potentiels de renseignements appropriés, notamment les organes, tissus et cellules qui doivent être prélevés et l'utilisation qui doit en être faite ;
- annonce aux familles que les organes, tissus ou cellules considérés comme contre-indiqués pour une transplantation clinique seront éliminés ou, si l'autorisation est accordée, qu'ils seront utilisés à des fins de recherche ou d'enseignement ;
- obtention du consentement ou de l'autorisation nécessaires pour les dons conformément à la réglementation nationale et tenue des dossiers correspondants ;
- obtention des antécédents médicaux et comportementaux du donneur auprès des parents et des proches ;
- coordination et distribution des organes ou tissus obtenus aux receveurs appropriés par le biais d'organisations de répartition agréées. Notamment dans le cas de donneurs qui ne répondent pas aux critères optimaux, il convient de rechercher l'appariement donneur-receveur le meilleur possible pour optimiser l'utilisation des donneurs ;
- coordination des équipes de prélèvement et définition de la procédure à suivre ;
- garantie de la sécurité, de la qualité et de la transparence de toutes les procédures utilisées ;
- annonce aux familles que l'apparence du donneur sera restaurée à la suite du prélèvement ;
- information des médecins et infirmières intéressés sur les résultats du don.

Évaluation du donneur potentiel décédé

a. Évaluation générale

Lorsqu'un donneur potentiel a été identifié, la priorité suivante consiste à évaluer son acceptabilité. Il est important de veiller dans la mesure du possible à ce que tous les organes, tissus et cellules prélevés sur un donneur garantissent une qualité acceptable et ne présentent pas de risques inacceptables pour le receveur. Les critères d'acceptabilité du donneur devraient être définis en fonction de normes médicales reconnues. L'évaluation du donneur doit comprendre un entretien avec la famille ou d'autres sources pertinentes, l'examen détaillé de son dossier médical, l'évaluation de ses antécédents médicaux et comportementaux, un examen physique complet, le cas échéant, les résultats de l'examen *post mortem* (autopsie) et des tests de laboratoire. Les critères spécifiques pour chaque organe ou tissu feront l'objet d'un point séparé. Ces informations seront réunies par un professionnel qualifié.

(i) Antécédents médicaux et comportementaux

Des questionnaires harmonisés devraient être utilisés pour obtenir les informations suivantes :

- âge. Bien qu'il n'existe pas de limite d'âge pour le donneur, lorsque l'âge augmente, la présence de comorbidité risque de rendre le don moins acceptable ;
- cause du décès pour identifier les maladies infectieuses et néoplasiques. S'il n'a pas été effectué d'examen *post mortem* (autopsie), la cause du décès du donneur, attestée par le dossier médical, devrait être justifiée dans le dossier du donneur. L'heure estimée de la mort ou le clampage total de l'aorte devraient être notés ;
- antécédents cliniques (maladies préexistantes, notamment pathologies malignes, maladies auto-immunes multisystémiques, maladies infectieuses, maladies neurodégénératives ou neuropsychiatriques ou maladies d'étiologie inconnue) ;
- comportement à risque et traitement médical antérieur du donneur susceptibles de compromettre la qualité fonctionnelle d'un organe ou de représenter un risque accru de maladie infectieuse ;
- antécédents d'exposition chimique et/ou au rayonnement, traitement médical antérieur et en cours, notamment traitement immunosuppresseur, voyages effectués ou résidence à l'étranger afin d'évaluer le risque d'infections tropicales, comme le paludisme ou la trypanosomiase ; immunisation récente par un vaccin vivant ; transfusions sanguines ou procédure de transplantation, piercing ou tatouage au cours des douze mois précédents ; risque de transmission d'une infection *a priori*. Il peut s'agir d'un diagnostic certain ou d'une forte suspicion d'encéphalopathie spongiforme transmissible chez le donneur, des antécédents familiaux de maladie de Creutzfeldt-Jakob ou si le donneur a reçu de la gonadotrophine hypophysaire d'origine humaine, une greffe de dure-mère, de cornée ou une greffe sclérale ;
- autres antécédents familiaux pertinents.

(ii) Évaluation clinique du donneur potentiel décédé

Avant de prélever des organes et/ou des tissus sur un donneur potentiel, un examen médical détaillé devrait être pratiqué et étayé par des documents. L'auteur du prélèvement a la responsabilité de consigner par écrit toute observation anatomique importante effectuée au cours de l'opération de prélèvement.

Il peut s'agir d'un examen physique récent du donneur (*ante mortem* ou *post mortem*), ou d'un examen *post mortem* (autopsie) afin de chercher la preuve d'un comportement à risque, d'un ictère inexpliqué, d'hépatomégalie, d'hépatite, d'une maladie néoplasique, d'une autre infection ou d'une lésion au point de prélèvement.

L'aspect du donneur devrait être justifié par rapport à ses antécédents médicaux et comportementaux, notamment les signes évidents d'intervention médicale, les cicatrices et les lésions cutanées ou des muqueuses.

L'évaluation clinique des donneurs d'organes comprend leur état hémodynamique pendant la réanimation, et notamment la durée de l'assistance ventilatoire artificielle, la durée du séjour dans l'unité de soins intensifs, les épisodes d'hypotension, le recours à la réanimation cardiaque mécanique et l'administration de médicaments inotropes et vaso-actives. Les antécédents médicaux, des paramètres cliniques, hémodynamiques, biochimiques et pharmacologiques sont nécessaires pour évaluer l'aptitude générale du sujet décédé comme donneur d'organes, de tissus ou de cellules.

Tests de laboratoire

À des fins d'analyse, les échantillons sanguins prélevés avant l'ischémie sont toujours préférables à ceux qui le sont par la suite. Une procédure devrait toutefois être en place pour assurer l'identification et l'accès de tout échantillon stocké.

Théoriquement, les échantillons devraient être prélevés le plus rapidement possible, dans un délai de vingt-quatre heures après l'arrêt de la circulation. Pour éviter l'hémolyse, les échantillons seront centrifugés aussitôt que possible après le prélèvement.

Si un donneur décédé a reçu une transfusion *ante mortem* de sang total, de composés sanguins, de colloïdes ou de cristalloïdes au cours des quarante-huit heures précédant son décès, un échantillon prétransfusion devrait être utilisé pour les tests. En l'absence de cet échantillon, on devrait employer un algorithme incorporant l'heure et la durée, la nature et le volume des fluides transfusés et le propre volume sanguin du donneur ainsi que toute perte de sang de l'espace intravasculaire afin d'évaluer la dilution plasmatique qui peut en résulter. Si un échantillon prélevé après la transfusion est traité, il est nécessaire de voir dans quelle mesure le pourcentage d'hémodilution conduit à des résultats faussement négatifs selon la sensibilité de la méthode employée.

Les tests microbiologiques de dépistage et de confirmation doivent être effectués dans des laboratoires bénéficiant d'une accréditation nationale et recourant à des techniques d'analyse validées comme il convient. Les tests microbiologiques et sérologiques sont pratiqués afin de réduire le risque de transmission de maladies infectieuses.

Si les échantillons destinés aux cultures microbiologiques sont obtenus au moment du prélèvement, on recueillera des échantillons de chacun des tissus prélevés avant que ceux-ci ne soient exposés à la solution antibiotique ou antiseptique. La culture biologique doit permettre le développement des champignons et des bactéries aérobies et anaérobies. Les résultats seront notés dans le dossier du donneur.

Prise en charge du donneur décédé d'organes et de tissus

a. Maintien du donneur d'organe

La prise en charge du donneur devrait commencer aussitôt que possible après que le certificat de décès a été délivré et alors même que l'on s'attache à obtenir le consente-

ment approprié, pour que les chances de réussite du prélèvement d'organe soient les meilleures possibles.

La prise en charge du donneur relève essentiellement de la responsabilité du médecin chargé de l'unité de soins intensifs (USI). Il est recommandé d'établir un protocole normalisé de prise en charge du donneur dans chaque centre, prenant en compte la surveillance et la documentation. Ce protocole devrait comprendre les éléments suivants :

- maintenance hémodynamique : surveillance et prévention de l'hypotension, de l'hypertension, des arythmies et de l'arrêt cardiaque ;
- maintien de la pression artérielle nécessaire pour une perfusion satisfaisante de l'organe ;
- maintien des électrolytes : surveillance et correction de l'hypokaliémie, hyperkaliémie, hyponatrémie et hypernatrémie ;
- maintien de la température corporelle au-dessus de 34° C ;
- équilibre endocrinien : il convient de surveiller les effets cliniques et de prévenir les changements dans l'axe hypothalamo-hypophysairethyroïdien et hypothalamo-hypophysaire (diabète insipide) et les modifications du métabolisme du glucose ;
- surveillance et correction de coagulopathies majeures ;
- ventilation appropriée ;
- maintien de la fonction rénale avec prévention de polyurie et d'oligurie.

La survenue d'un arrêt cardiaque irréversible, d'une septicémie ou d'une autre contre-indication au don d'organe au cours de la prise en charge des donneurs potentiels devrait être enregistrée et analysée afin de détecter les problèmes et de pouvoir prendre des mesures correctives. La participation du personnel de l'unité de soins intensifs à des programmes de recherche et/ou de formation sur la prise en charge des donneurs devrait permettre d'améliorer la qualité de la prise en charge.

b. Maintien du donneur de tissus

Les délais de prélèvement et la température à laquelle le corps devrait être maintenu varient en fonction du tissu à prélever. Il convient de s'attacher à réduire la contamination microbienne.

Donneurs vivants

Définition

Un donneur vivant est une personne qui donne volontairement un organe, des tissus ou des cellules en vue de leur transplantation. Le prélèvement d'organe sur un donneur vivant doit être effectué uniquement pour le bénéfice d'un receveur avec lequel le donneur a une relation appropriée au sens défini par la loi ou, à défaut, l'accord d'une instance indépendante doit être obtenu. Les donneurs de résidus opératoires sont traités à part.

Conseils à donner avant le prélèvement au donneur vivant potentiel, consentement éclairé et exigences légales

Le donneur devrait recevoir des informations appropriées sur l'objet et la nature du matériel à prélever, ainsi que sur les conséquences et les risques. L'information doit être fournie à l'avance, être la plus précise possible et rédigée en des termes que le donneur puisse comprendre.

Elle devrait comprendre les mesures assurant le respect de l'anonymat, les conditions d'assurance et le remboursement des dépenses. Le donneur potentiel doit être informé de toute observation anormale importante. Si ces conclusions ne conduisent pas l'exclusion du donneur, le centre de transplantation doit en être informé. Les donneurs devraient être informés que la transplantation peut se solder par un échec malgré leur don.

Les principaux risques pour le donneur sont physiques, en raison de l'intervention chirurgicale ou des autres opérations liées au don. Les risques psychologiques et physiques à court et à long termes devraient être soigneusement évalués. Avant le prélèvement d'organe, de tissus ou de cellules, un bilan médical approprié devrait être effectué afin d'évaluer la santé du donneur et la compatibilité du matériel destiné à la greffe. Cet examen peut faire appel à des procédures invasives qui présentent un risque supplémentaire pour le donneur vivant potentiel, comme l'artériographie par exemple. Cet examen devrait aussi comprendre des tests de dépistage des maladies virales et autres qui pourraient ne pas avoir été détectées et nuire à la santé du donneur ou être transmises au receveur.

Selon la réglementation nationale, il faudrait obtenir le consentement éclairé écrit de chaque donneur vivant avant d'entamer ce type de démarche diagnostique. Le consentement éclairé écrit, ou le consentement donné en présence d'une instance officielle, est également nécessaire pour l'utilisation du matériel prélevé à des fins précises. Avant de signer son consentement, le donneur doit avoir un entretien individuel avec un professionnel indépendant, sans rapport avec l'équipe responsable de la transplantation, afin d'éviter toute contrainte. Si le donneur est mineur, des conseils appropriés doivent lui être donnés ainsi qu'à ses parents/tuteurs. Le consentement éclairé ne devra être demandé qu'après cet entretien.

Il convient de sensibiliser les donneurs de cellules souches hématopoïétiques du risque de décès qu'ils font courir au receveur s'ils se désistent une fois que le conditionnement médicamenteux de celui-ci a commencé, de la nécessité éventuelle d'une transfusion sanguine lors du prélèvement de moelle osseuse, de l'utilité et des effets secondaires éventuels de l'administration de cytokines pour mobiliser les cellules souches de sang périphérique (l'administration de cytokines avec un facteur stimulant les colonies de granulocytes n'est permise que dans certains pays).

Évaluation du donneur potentiel : les contrôles de santé, et notamment l'évaluation psychosociale, de tous ces types de donneurs devraient être effectués par des professionnels qui n'ont jamais été les médecins traitants du receveur potentiel. La nécessité d'un typage tissulaire des donneurs potentiels de cellules souches hématopoïétiques doit être déterminée par le centre de transplantation. Un dossier présentant les résultats des tests d'évaluation du donneur doit être établi par le centre de sélection des donneurs et envoyé au centre de transplantation afin d'y être évalué par le médecin responsable de la transplantation. Toute thérapie préparatoire ou de conditionnement du receveur ne pourrait débiter que lorsque les antécédents médicaux seront établis, que l'examen physique et les tests sur le donneur seront effectués et que les résultats seront connus et le dossier complet établi. Ce travail sera effectué par le médecin chargé de l'évaluation en consultation soit avec le directeur médical du registre des donneurs, soit avec le médecin transplantateur en fonction des besoins.

Les critères minimaux pour l'évaluation du donneur vivant sont les mêmes que pour les donneurs décédés. Toutefois, une évaluation invasive pré-prélèvement du donneur potentiel d'organe peut également être nécessaire pour assurer la recevabilité du donneur.

L'évaluation psychosociale doit comprendre l'examen du lien entre le donneur potentiel et le receveur, ainsi que la motivation du don. Le médecin s'appuie sur les informations fournies par le donneur lors de l'entretien individuel, à l'aide d'un questionnaire standard, qui sera conservé dans le dossier du donneur. L'évaluation devrait porter sur les points suivants :

- l'intégralité des antécédents médicaux, comportementaux et de voyages et les informations complémentaires obtenues auprès du médecin habituel ;
- un examen médical et des tests pour déterminer son aptitude au don qu'il s'agisse de sa santé ou de sa capacité à supporter les opérations liées au don, et pour évaluer tout risque de transmission de maladies au receveur ;
- s'il y a lieu, la taille du donneur et le groupe sanguin du donneur, le type tissulaire et toute autre compatibilité entre le donneur et le receveur ;
- en cas de grossesse du donneur vivant : le souci d'éviter de faire courir le moindre risque à l'enfant à naître peut conduire à un ajournement temporaire.

Sélection des donneurs d'organes vivants

La transplantation d'organes provenant de donneurs vivants se développe rapidement, allant jusqu'à représenter dans certains pays plus de la moitié des greffes rénales. La greffe de segments hépatiques provenant de donneurs vivants, voire de segments pulmonaires et intestinaux, est de plus en plus courante actuellement. Les procédures impliquant des donneurs vivants doivent être réalisées uniquement au sein d'unités disposant d'installations appropriées et d'équipes expérimentées. Il faut enregistrer l'ensemble des donneurs vivants et leur proposer un suivi tout au long de leur vie.

Donneurs décédés

Avant le début du prélèvement, l'identification du donneur décédé doit être effectuée par au moins un membre de l'équipe chargée de l'opération. La vérification de l'identité du donneur doit être mentionnée dans le dossier de prélèvement, qui doit également comprendre la source d'information qui a servi à la vérification.

Les prélèvements multiples devraient être encouragés. Des équipes de différents centres de transplantation peuvent prélever des organes différents. Le travail des équipes de prélèvement doit être coordonné dans le temps afin de minimiser les risques d'affecter la viabilité des organes et d'éviter de perturber le service de l'hôpital où se trouve le donneur. C'est le coordonnateur du prélèvement qui devrait de préférence se mettre en rapport avec les personnes à contacter à l'intérieur de l'hôpital du donneur et non différents membres de l'équipe de prélèvement. Après l'attribution des organes autres que rénaux, la chronologie des interventions devrait être établie en tenant compte des besoins de l'hôpital du donneur, du temps de trajet de l'équipe de prélèvement pour se rendre à l'hôpital du donneur et du temps de trajet de l'équipe du receveur pour se rendre au(x) centre(s) de transplantation. Tout retard doit être rapidement communiqué et des mesures doivent être prises en conséquence. En cas d'observation anatomique

inattendue, des examens complémentaires comme des biopsies devraient être réalisés et l'équipe du receveur informée du diagnostic final.

La technique de l'équipe chirurgicale devrait prendre en considération la qualité des organes et des tissus à prélever ainsi que leur manipulation appropriée après l'explantation. Cette équipe devrait en outre avoir la responsabilité de la restauration de l'apparence du corps qui devrait être la moins altérée possible. La stratégie de prélèvement devrait comprendre la désignation du responsable de la fermeture du corps du donneur.

Principes directeurs de l'OMS sur la transplantation de cellules, de tissus et d'organes humains

Préambule

1. Ainsi que le directeur général l'a fait observer dans son rapport à la soixante-dix-neuvième session du Conseil exécutif, les transplantations d'organes humains ont commencé avec une série d'études expérimentales réalisées au début du xx^e siècle. Ce rapport appelait l'attention sur certains des principaux progrès cliniques et scientifiques accomplis dans ce domaine depuis les premiers travaux d'Alexis Carrel qui valurent à leur auteur un Prix Nobel en 1912. La transplantation chirurgicale d'organes humains prélevés sur des personnes décédées ainsi que sur des donneurs vivants pour être greffés sur des patients malades ou mourants remonte au lendemain de la seconde guerre mondiale. Au cours des 50 dernières années, la transplantation d'organes, de tissus et de cellules d'origine humaine s'est répandue dans le monde entier et a permis de prolonger la vie et d'améliorer grandement la qualité de vie de centaines de milliers de personnes. Les progrès continus des techniques médicales, notamment pour ce qui est du rejet des greffons, ont suscité une augmentation de la demande d'organes et de tissus humains, demande qui a toujours été supérieure à l'offre en dépit d'une forte expansion des dons d'organes prélevés sur des personnes décédées et d'un recours plus grand aux dons provenant de donneurs vivants ces dernières années.

2. Le manque d'organes à transplanter a non seulement incité de nombreux pays à mettre en place des procédures et des systèmes pour accroître l'offre, mais a aussi entraîné une augmentation du commerce d'organes humains, notamment d'organes provenant de donneurs vivants sans lien de parenté avec les receveurs. Des preuves de ce commerce qui s'apparente à un trafic d'êtres humains sont apparues de plus en plus clairement au cours des dernières décennies. En outre, la facilité croissante des communications et des voyages internationaux a conduit de nombreux patients à se rendre à l'étranger dans des centres médicaux qui déclarent pouvoir pratiquer des transplantations et fournir des organes prélevés chez des donneurs pour un coût forfaitaire.

3. Dans ses résolutions WHA40.13 et WHA42.5, l'Assemblée mondiale de la santé a exprimé pour la première fois ses préoccupations concernant le commerce d'organes et la nécessité d'édicter des normes mondiales pour la transplantation. À l'issue d'une série de consultations menées à sa cent vingt-troisième session, le 26 mai 2008, le Conseil exécutif a pris note du texte officiel révisé des principes directeurs de l'OMS sur la trans-

plantation de cellules, de tissus et d'organes humains, contenu dans le document Secrétariat, l'Assemblée de la Santé a approuvé, dans sa résolution WHA44.25, les principes directeurs de l'OMS sur la transplantation d'organes humains. Au cours des dernières années, ces principes directeurs ont fortement influencé les pratiques et les codes professionnels ainsi que la législation partout dans le monde. Compte tenu de l'évolution des pratiques et des attitudes concernant les transplantations d'organes et de tissus humains, la 57^e Assemblée mondiale de la santé, dans la résolution WHA57.18, a prié entre autres le directeur général « de continuer à examiner et à recueillir des données mondiales sur les pratiques, la sécurité, la qualité, l'efficacité et l'épidémiologie des allo-greffes, et sur les questions éthiques, y compris le don vivant, afin de mettre à jour les principes directeurs sur la transplantation d'organes humains ».

4. Les principes directeurs ci-après visent à fournir un cadre rationnel, éthique et acceptable pour l'acquisition et la transplantation de cellules, de tissus et d'organes d'origine humaine à des fins thérapeutiques. Il appartiendra à chaque juridiction de déterminer les modalités pratiques de mise en œuvre de ces principes directeurs, qui préservent les points essentiels de la version de 1991, mais en incorporant de nouvelles dispositions pour tenir compte des tendances actuelles de la transplantation, en particulier des transplantations d'organes prélevés chez des donneurs vivants et de l'utilisation croissante de cellules et de tissus humains. Ces principes ne s'appliquent pas aux transplantations de gamètes, de tissus ovariens ou testiculaires ou d'embryons à des fins reproductives, ni au sang ou aux constituants du sang recueillis à des fins de transfusion.

Des cellules, tissus et organes ne peuvent être prélevés sur le corps de personnes décédées et sur des personnes vivantes à des fins de transplantation qu'en conformité avec les principes directeurs suivants.

Principe directeur 1

Des cellules, tissus et organes peuvent être prélevés sur le corps de personnes décédées à des fins de transplantation uniquement :

- si tous les consentements prévus par la loi ont été obtenus ;
- et s'il n'y a pas de raison de croire que la personne décédée s'opposait à ce prélèvement.

Principe directeur 2

Les médecins constatant le décès d'un donneur potentiel ne doivent pas participer directement au prélèvement de cellules, de tissus ou d'organes sur le corps du défunt ni aux étapes ultérieures de la transplantation, pas plus qu'ils ne doivent être chargés de soigner les receveurs potentiels de ces cellules, tissus ou organes.

Principe directeur 3

Les dons d'organes prélevés sur des personnes décédées doivent être développés au maximum des possibilités thérapeutiques, mais les adultes vivants peuvent également

faire don de leurs organes dans les limites autorisées par la réglementation nationale. De manière générale, il doit exister un lien génétique, ou un lien légal ou sentimental, entre le donneur vivant et le receveur.

Les dons par des donneurs vivants sont acceptables si le donneur a donné en toute connaissance de cause son libre consentement, s'il bénéficie de soins professionnels ainsi que d'un suivi approprié et si les critères de sélection des donneurs sont scrupuleusement appliqués et surveillés. Les donneurs vivants doivent être informés des risques éventuels et des avantages et conséquences du don d'une manière détaillée et compréhensible ; ils ne doivent pas être juridiquement incapables et être en mesure d'apprécier l'information fournie et d'agir de leur plein gré sans être soumis à aucune influence ou coercition induite.

Principe directeur 4

Aucun organe, tissu ou cellule ne doit être prélevé sur le corps d'un mineur vivant à des fins de transplantation, en dehors des exceptions étroites autorisées par la législation nationale. Des mesures spécifiques doivent être mises en place pour protéger le mineur et, chaque fois que cela est possible, recueillir son consentement avant un don. Les dispositions applicables aux mineurs valent également pour les personnes juridiquement incapables.

Principe directeur 5

Les cellules, tissus et organes ne peuvent faire l'objet que de dons gratuits, sans aucune contrepartie pécuniaire ou autre récompense ayant une valeur marchande. L'achat ou les offres d'achat de cellules, de tissus ou d'organes à des fins de transplantation, ou leur vente par des personnes vivantes ou par les proches de personnes décédées, doivent être interdits.

L'interdiction de la vente ou de l'achat de cellules, de tissus ou d'organes n'empêche pas de rembourser dans des limites raisonnables les frais vérifiables encourus par le donneur, y compris les pertes de revenu, ou de régler les dépenses liées au prélèvement, au traitement, à la préservation et à la mise à disposition de cellules, de tissus ou d'organes humains à des fins de transplantation.

Principe directeur 6

La promotion du don altruiste de cellules, de tissus ou d'organes humains par la publicité ou par des appels au public peut être faite dans le respect de la réglementation nationale.

Toute publicité faisant état d'un besoin de cellules, de tissus ou d'organes, ou de leur disponibilité dans le but d'obtenir une rémunération, ou proposant de l'argent à des personnes en échange de leurs cellules, tissus ou organes ou à la famille de ces personnes si elles sont décédées, doit être interdite. Les activités d'intermédiaire dans le cadre

desquelles de l'argent est versé à de telles personnes ou à des tiers doivent également être interdites.

Principe directeur 7

Les médecins et les autres professionnels de santé ne doivent participer à aucune des phases des transplantations, et les compagnies d'assurance et autres bailleurs de fonds ne doivent pas couvrir ces procédures si les cellules, tissus ou organes concernés ont été obtenus par des moyens relevant de l'exploitation ou de la coercition, ou moyennant le paiement d'une somme d'argent à un donneur vivant ou à la famille d'un donneur décédé.

Principe directeur 8

Aucun professionnel de santé et aucune structure participant au prélèvement et à la transplantation de cellules, de tissus ou d'organes humains ne doivent recevoir de rémunération dépassant le montant justifié par les services rendus.

Principe directeur 9

L'attribution des organes, cellules et tissus donnés doit être dictée par des critères cliniques et des normes éthiques et non pas par des considérations financières ou autres. Les règles d'attribution, définies par des comités constitués de manière appropriée, doivent être équitables, objectivement justifiées et transparentes.

Principe directeur 10

La qualité, la sécurité et l'efficacité des procédures sont essentielles, aussi bien pour les donateurs que pour les receveurs. Les résultats à long terme du don et de la transplantation de cellules, de tissus et d'organes doivent faire l'objet d'une évaluation, tant pour le donneur vivant que pour le receveur, afin de les informer sur les avantages et inconvénients.

La sécurité, la fonctionnalité et la qualité des cellules, tissus et organes humains destinés à la transplantation, en tant que produits sanitaires à caractère exceptionnel, doivent être maintenues en permanence à un niveau optimal. Cela suppose la mise en place de systèmes de contrôle de la qualité, de traçabilité et de vigilance, et la notification des effets et réactions indésirables, tant au plan national que pour les produits humains exportés.

Principe directeur 11

L'organisation et l'exécution des activités de don et de transplantation ainsi que leurs résultats cliniques doivent être transparents et doivent pouvoir être contrôlés de près, tout en assurant en permanence la protection de l'anonymat et de la vie privée des donneurs comme des receveurs.

Déclaration d'Istanbul contre le trafic d'organes et le tourisme de transplantation

Rédigée et adoptée par la TTS lors du congrès d'Istanbul en mai 2008

*Traduction française assurée par Marie-France Mamzer (Hôpital Necker, Paris)
pour le compte de la Société Francophone de Transplantation*

Préambule

La transplantation d'organes, l'un des miracles médicaux du ^{xx}e siècle, permet de prolonger et d'améliorer la vie de centaines de milliers de patients dans le monde. Plus qu'un simple traitement susceptible de sauver des vies, elle est devenue le symbole étincelant de la solidarité humaine grâce aux multiples progrès médicaux et scientifiques et aux innombrables gestes de générosité des donneurs et de leurs familles. Cependant, de nombreux rapports viennent ternir cette consécration, révélant un trafic d'« êtres humains-sources d'organes » et dénonçant les voyages hors des pays riches de « patients-touristes » qui vont acheter les organes de gens pauvres. En 2004, l'Organisation mondiale de la santé appelait ses états membres à « prendre des mesures pour que les groupes de personnes les plus pauvres et les plus vulnérables soient protégés du tourisme de transplantation et de la vente de leurs organes, en portant une attention particulière au problème majeur du trafic international d'organes et de tissus ».

Une réunion au sommet s'est tenue à Istanbul du 30 avril au 2 mai 2008, pour répondre aux problèmes urgents de ventes d'organes, de tourisme de transplantation et de trafic de donneurs d'organes, de plus en plus fréquents dans le contexte de la pénurie d'organes à l'échelle mondiale. Elle réunissait plus de 150 représentants provenant du monde entier : médecins, scientifiques, représentants de gouvernements, spécialistes en sciences sociales et éthiciens.

Un travail préparatoire à cette réunion avait été entrepris à Dubaï en décembre 2007 par un comité de pilotage désigné par *The Transplant Society* (TTS) et l'*International Society of Nephrology* (ISN). L'avant-projet de déclaration rédigé par ce comité avait ensuite largement circulé avant d'être révisé à la lumière des commentaires reçus. Lors du sommet, la version corrigée a elle-même été révisée par des groupes de travail, pour être enfin finalisée en session plénière.

Cette déclaration reflète le consensus des opinions exprimées par les participants du sommet. Tous les pays ont besoin d'un cadre professionnel et légal pour régler le don d'organes et les activités de transplantation ; ils ont également besoin d'un système

transparent de régulation et de surveillance qui garantisse la sécurité du donneur et du receveur, l'application des règlements et l'interdiction des pratiques contraires à l'éthique.

Les pratiques contraires à l'éthique sont, en partie, une conséquence regrettable de la pénurie mondiale d'organes pour la transplantation. En conséquence, chaque pays devrait à la fois s'efforcer de garantir la mise en œuvre des programmes de prévention des défaillances d'organes, et viser à faire correspondre localement, ou par le biais de coopérations inter-pays, le nombre d'organes disponibles aux besoins des résidents en attente de transplantation. Le potentiel thérapeutique du don d'organes cadavériques devrait être développé au maximum pour s'adapter aux besoins de transplantation de chaque pays, aussi bien en ce qui concerne les reins que les autres organes.

Les efforts à fournir pour amorcer ou développer la transplantation d'organes cadavériques sont indispensables pour diminuer la pression qui pèse sur les donneurs vivants. Les programmes éducatifs permettent de lutter contre les obstacles, les idées fausses et la méfiance qui entravent actuellement le développement d'un nombre suffisant de transplantations d'organes cadavériques.

Le succès des programmes de transplantation dépend également de l'existence d'une infrastructure efficace du système de santé.

L'accessibilité aux soins médicaux est l'un des droits de l'homme, mais c'est rarement une réalité. Conformément aux recommandations publiées au décours des forums internationaux organisés par la TTS à Amsterdam et à Vancouver, il n'est pas moins important de prodiguer les soins appropriés aux donneurs vivants avant, pendant et après l'acte chirurgical que de prendre soin du receveur.

Nulle intervention, aussi réussie soit-elle pour le receveur, ne peut justifier qu'on nuise à un donneur vivant ; bien au contraire, pour qu'une transplantation à partir d'un donneur vivant soit considérée comme réussie, il faut que donneur et receveur se portent bien tous les deux.

Cette déclaration s'appuie sur les principes de la Déclaration universelle des Droits de l'homme. La participation massive au Sommet d'Istanbul révèle l'importance d'une collaboration internationale et d'un consensus général en vue d'améliorer les pratiques du don d'organe et de la transplantation. La Déclaration sera soumise en vue de son approbation auprès des organisations professionnelles concernées et des autorités de santé de l'ensemble des pays. La transplantation ne doit pas avoir pour conséquence la paupérisation des victimes du trafic d'organes et du tourisme de transplantation ; elle doit plutôt rendre hommage au don de santé d'un individu à un autre.

Définitions

Le trafic d'organes consiste à rechercher, transporter, transférer, détenir ou réceptionner des personnes vivantes ou décédées ou leurs organes en faisant usage de menaces, de violence ou de toute autre forme de coercition et d'abduction, par la fraude ou par tromperie, par abus de pouvoir ou en mettant à profit la vulnérabilité des individus ; c'est aussi le fait de donner ou de recevoir en tant que tierce partie un paiement ou toute autre

forme de bénéfice, pour conduire un donneur potentiel à se laisser exploiter par l'ablation de ses organes en vue d'une transplantation.

Le commerce de transplantation est une politique ou une pratique au cours de laquelle un organe est traité comme une marchandise, notamment en étant acheté ou vendu, ou utilisé en vue d'un gain matériel.

Le voyage pour transplantation se définit par le déplacement d'organes, de donneurs, de receveurs ou de professionnels de la transplantation au delà de frontières juridictionnelles, dans un objectif de transplantation. Ce voyage pour transplantation devient du tourisme de transplantation s'il implique du trafic d'organes et/ou du commerce de transplantation, ou si les ressources utilisées pour la transplantation de patients venant de l'extérieur d'un pays (qu'il s'agisse d'organes, de professionnels ou de centres de transplantation) réduisent les capacités de ce pays à répondre aux besoins de transplantation de sa propre population.

Principes

1. Les gouvernements en travaillant en collaboration avec des organisations internationales et non gouvernementales devraient développer et installer de vastes programmes de dépistage, de prévention et de traitement des défaillances d'organes qui incluraient :
 - a. la promotion de la recherche clinique et fondamentale ;
 - b. la mise en place, parallèlement aux programmes de transplantation, de programmes efficaces appliquant les recommandations internationales, pour traiter les patients atteints de défaillances d'organes au stade terminal, et les maintenir en vie ; ainsi pour les patients insuffisants rénaux, la dialyse, réduit la morbidité et la mortalité ;
 - c. La transplantation d'organe, en tant que traitement le mieux adapté en cas de défaillances d'organes lorsque l'état médical du receveur est compatible.

2. Chaque pays ou juridiction devrait élaborer et appliquer une législation compatible avec les normes internationales pour encadrer d'une part la collecte d'organes provenant de donneurs décédés ou vivants et d'autre part la pratique de la transplantation.

- a. Une politique et des procédures en accord avec ces principes devraient être élaborées et appliquées pour augmenter au maximum le nombre des organes disponibles pour la transplantation ;
- b. La pratique du don et de la transplantation nécessite de la part des autorités de santé une surveillance et une traçabilité afin d'en garantir la transparence et l'innocuité dans chaque pays ;
- c. La surveillance nécessite un registre national ou régional pour enregistrer les transplantations de donneurs décédés et vivants ;
- d. L'efficacité de ces programmes repose sur l'éducation et la prise de conscience du public, l'enseignement et l'entraînement pratique des professionnels de santé, et nécessite que les responsabilités soient bien définies pour tous ceux qui sont concernés par le don d'organe et le système de transplantation à l'échelon national.

3. Les organes destinés à être transplantés devraient être alloués équitablement aux receveurs appropriés dans les différents pays ou juridictions, sans considération de sexe,

d'ethnie, de religion ou de statut social ou financier. Les aspects financiers ou les gains matériels des différents partis en jeu ne doivent en aucune façon influencer sur l'application des règles d'allocation.

4. L'objectif principal de la politique et des programmes de transplantation devrait viser à l'excellence des soins médicaux à long et à court termes pour contribuer à améliorer la santé des donneurs ainsi que celle des receveurs. Ni les considérations financières ni l'intérêt matériel d'aucun des participants ne doivent primer sur la santé et le bien-être des donneurs et des receveurs.

5. Les juridictions, les pays et les régions devraient s'efforcer d'atteindre une autonomie en termes de dons d'organes en procurant un nombre suffisant d'organes provenant du pays lui-même ou de coopérations inter-pays, et correspondant aux besoins des résidents.

- a. Une collaboration entre pays reste compatible avec une autonomie nationale, tant que cette collaboration protège les personnes vulnérables, qu'elle contribue à maintenir une égalité entre les populations dont sont issus les donneurs et les receveurs et qu'elle ne transgresse pas ces principes ;
- b. Le traitement des patients qui viennent de l'extérieur du pays ou de la juridiction n'est acceptable que s'il ne réduit pas la capacité de ce pays à subvenir aux besoins de transplantation de sa propre population.

6. Le trafic d'organes et le tourisme de transplantation violent les principes d'égalité, de justice et de respect de la dignité humaine, et devraient être interdits. Le commerce de transplantation devrait être interdit parce qu'il mène inexorablement à l'inégalité et à l'injustice, dans la mesure où il a pour cible des donneurs vulnérables, qu'ils soient pauvres ou non. Dans la résolution 44.25, l'Assemblée mondiale de la santé invitait les pays à empêcher l'achat et la vente d'organes humains en vue de transplantations.

- a. L'interdiction de ces pratiques devrait inclure la proscription de tous les types de publicités (y compris par l'intermédiaire des médias – presse écrite et internet), sollicitations ou courtages pour le compte du commerce de transplantation, du trafic d'organes ou du tourisme de transplantation ;
- b. De telles interdictions devraient également inclure des sanctions contre des actes tels que le dépistage médical de donneurs d'organes ou d'organes à transplanter, qui aident, encouragent ou utilisent le produit du trafic d'organes ou du tourisme de transplantation ;
- c. Les pratiques qui incitent des individus ou des groupes de personnes vulnérables (par exemple des personnes analphabètes ou pauvres, des immigrants en situation irrégulière, des prisonniers ou des réfugiés politiques ou économiques) à devenir des donneurs vivants sont incompatibles avec l'objectif de combattre le trafic d'organes, le tourisme de transplantation et le commerce de transplantation.

Propositions

En accord avec ces principes, les participants du Sommet d'Istanbul suggèrent les stratégies suivantes afin d'augmenter le nombre de donneurs, d'empêcher le trafic d'organes,

le tourisme de transplantation et le commerce de transplantation et pour soutenir les programmes de transplantation qui visent à sauvegarder la vie en toute légitimité.

Répondre au besoin d'augmenter le don d'organes cadavériques :

1. Les gouvernements, en collaboration avec les établissements de santé, les professionnels et les organisations non gouvernementales devraient mener des actions appropriées afin d'augmenter les dons d'organes cadavériques. Des mesures devraient être prises pour supprimer les obstacles et les facteurs entravant le don d'organes cadavériques.

2. Dans les pays où le don d'organes cadavériques ou la transplantation ne sont pas établis, il faudrait promulguer un texte législatif qui instituerait le don d'organes cadavériques et créerait une infrastructure pour la transplantation, afin de réaliser le potentiel de donateurs d'organes cadavériques de chaque pays.

3. Dans tous les pays où le don d'organes cadavériques a été mis en place, le potentiel thérapeutique des dons d'organes cadavériques et de la transplantation devrait être maximisé.

4. Les pays où les programmes de transplantation d'organes provenant de donateurs décédés sont opérationnels, sont encouragés à partager leurs informations, leur expertise et leur technologie avec les pays qui cherchent à améliorer leurs efforts en matière de dons d'organes.

Assurer la protection et la sécurité des donateurs vivants ainsi que la juste reconnaissance de leur acte héroïque, tout en luttant contre le tourisme de transplantation, le trafic d'organes et le commerce de transplantation :

1. L'acte de don devrait être considéré comme héroïque et honoré comme tel par les représentants du gouvernement et les organisations des sociétés civiles.

2. La reconnaissance de l'aptitude médicale et psychosociale d'un donneur vivant devrait se faire selon les recommandations des Forums d'Amsterdam et de Vancouver.

a. Le processus du consentement éclairé devrait comprendre des dispositions propres à évaluer la compréhension du donneur, y compris en ce qui concerne l'impact psychologique de la procédure ;

b. L'évaluation de tous les donateurs devrait inclure une évaluation psychosociale par des professionnels qualifiés.

3. La prise en charge des donateurs d'organe, y compris celle des victimes du trafic d'organes, du commerce de transplantation et du tourisme de transplantation est une obligation pour toutes les juridictions qui punissent les transplantations d'organes ayant recours à de telles pratiques.

4. Des organisations et des structures devraient assurer la standardisation, la transparence et la responsabilité du soutien du don.

a. Le processus de transparence de la procédure et du suivi devrait être défini ;

b. Un consentement éclairé devrait être obtenu à la fois pour le don et le suivi.

5. Les soins à prodiguer incluent les soins médicaux et psychosociaux, aussi bien à court qu'à long terme, au moment du don et à l'occasion des complications liées au don d'organes.

- a. Dans les juridictions et les pays qui n'ont pas d'assurance maladie universelle, la prise en charge des soins du donneur impose de fournir une assurance handicap, vie et santé, couvrant les conséquences éventuelles du don;
- b. Dans les juridictions qui sont dotées d'une assurance maladie universelle, les services gouvernementaux devraient garantir aux donneurs l'accès aux soins médicaux appropriés à la prise en charge de l'acte de don;
- c. Les conditions d'assurance vie ou de santé et les chances de trouver un emploi ne devraient pas être compromises pour les personnes qui donnent leurs organes;
- d. Une prise en charge psychosociale devrait être systématiquement proposée aux donneurs, en tant que partie intégrante de leur suivi;
- e. En cas de défaillance d'organe chez le donneur, il devrait recevoir :
 - les soins médicaux de support adaptés, incluant la dialyse pour ceux d'entre eux qui développeront une insuffisance rénale ;
 - un accès prioritaire à la transplantation, à prévoir dans les règles d'allocation des organes telles qu'elles sont appliquées aussi bien à la transplantation d'organes cadavériques qu'à la transplantation de donneurs vivants.

6. Le remboursement intégral des sommes effectivement dépensées à l'occasion d'un don d'organe ne constitue pas le paiement de cet organe mais il représente une partie des coûts justifiés par la prise en charge du receveur.

- a. Le remboursement de tels coûts devrait normalement être pris en charge par l'organisme responsable des dépenses afférentes aux soins donnés au receveur de la greffe (par exemple le ministère de la santé d'un gouvernement, ou une mutuelle).
- b. Les coûts et les dépenses justifiés devraient être calculés et gérés avec méthode et transparence, selon les normes en vigueur dans le pays.
- c. Les coûts reconnus devraient être directement remboursés à la partie qui prodigue le service (par exemple à l'hôpital qui a assuré les soins médicaux au donneur).
- d. La compensation financière correspondant à la perte de revenus du donneur et le remboursement de ses dépenses courantes devraient être pris en charge par l'organisme ayant assuré la greffe plutôt que d'être versés directement par le bénéficiaire au donneur.

7. Les dépenses justifiées susceptibles d'être remboursées (avec présentation d'un justificatif) sont :

- a. Le coût de toutes les évaluations médicales et psychologiques des donneurs vivants potentiels qui ont été écartés (pour des raisons d'ordre médical ou immunologique trouvées lors des tests d'évaluation);
- b. Les dépenses impliquées par la mise au point et l'exécution des phases pré, péri et postopératoires du don d'organe (appels téléphoniques longue distance, voyage, logement et dépenses courantes);
- c. Les dépenses médicales consacrées aux soins du donneur après sa sortie;
- d. La perte de revenus secondaire au don (selon les normes en vigueur dans le pays).

La déclaration a été adoptée par les conseils de *The Transplantation Society* (TTS) et *l'International Society of Nephrology* (ISN) qui ont soutenu le sommet d'Istanbul.

Bibliographie

Ouvrages consultés

- Adam P., Herzlich C. *Sociologie de la maladie et de la médecine*, Armand Colin, 2005
- Agi M. *Islam et droits de l'homme*, Des idées et des hommes, 2007
- Al-Awadhi A.A. *Vision islamique de certaines pratiques médicales*, Organisation islamique des sciences médicales (OISM)
- Amir-Moezzi M.A. *Dictionnaire du Coran*, Robert Laffont, 2007
- Barrier P. *Lettre ouverte à ceux qui ne se voient pas donneurs d'organes*, Frison-Roche, 2002
- Belorgey J.M. *Dieu a-t-il sa place dans l'éthique*, L'Harmattan, 2002
- Ben Jelloun T. *L'Islam expliqué aux enfants*, Seuil, 2002
- Benzine R. *Les Nouveaux Penseurs de l'Islam*, Albin Michel, 2004
- Bercovitz A. *Accompagner des personnes en deuil*, Érès, 2003
- Canto-Sperber M. *Dictionnaire d'éthique et de philosophie morale*. t. I. et II, PUF, 2004
- Carvais R., Sasportes M. *La Greffe humaine*, PUF, 2000
- Casagrande A., Déliot C. *Questions éthiques autour du donneur vivant*, Louis Pariente, 2005
- Choutet P., Burfin E., Gold F. *Repères et situations éthiques en médecine*, Ellipses Marketing, 1998
- Collange J.F. *Éthique et transplantation d'organes*, Ellipses Marketing, 2000
- Corm G. *La Question religieuse au XXI^e siècle*, La Découverte, 2005
- De Plaen S. *La Transplantation d'organes : enjeux et paradoxes*, Éditions de l'Hôpital Sainte Justine, 2006
- De Prémare A.L. *Aux origines du Coran*, Téraèdre, 2004
- Djaït H. *La Crise de la culture islamique*, Fayard, 2003
- Ducluzeau F. *La Mort dans tous ses états. Essai sur la quête du vrai sens de la vie*, Dervy, 1998
- Hirsch E. *Éthique, médecine et société : comprendre, réfléchir, décider*, Vuibert, 2007
- Hirsch E., Magendie J.C. *Éthique, justice et médecine*, Vuibert, 2005
- Hirsch E., Magendie J.C. *Éthique, justice et médecine : rencontres au tribunal de grande instance de Paris*, Vuibert, 2005
- Le Breton D. *La Chair à vif : de la leçon d'anatomie aux greffes d'organes*, Éditions Métailié, 2008
- Lecourt D. *Dictionnaire de la pensée médicale*, PUF, 2004
- Lenoir F., de Tonnac J.P. *La Mort et l'immortalité. Encyclopédie des savoirs et des croyances*, Bayard Centurion, 2004
- Lévy I. *Soins et croyances*, Estem, 1999
- Martinez-Gros G., Valensi L. *L'Islam en dissidence : genèse d'un affrontement*, Seuil, 2004
- Masson D. *Essai d'interprétation du Coran inimitable*, Traduction du Coran revue par Sabhi El-Saleh, Dar El-Kitab, Le Caire, 1955

- Moazzam F. *Bioethics & Organ transplantation in a Muslim society*, Indiana University Press, 2006
- Morin E. *L'Homme et la mort*, Seuil, 2001
- Perino L. *La Sagesse du médecin*, L'œil neuf, 2006
- Rameix S. *Fondements philosophiques de l'éthique médicale*, Ellipses, 1998
- Redissi H. *L'Exception islamique*, Seuil, 2004
- Roussillon A. *La Pensée islamique contemporaine*, Téraèdre, 2005
- Saint-Arnaud J. *Enjeux éthiques et technologies biomédicales*, Presses de l'Université de Montréal, 2006
- Sicard D. *Travaux du Comité consultatif national d'éthique*, PUF, 2003
- Sicard D. *L'Alibi éthique*, Plon, 2006
- Somerville M. *Le Canari éthique*, Liber Québec, 2005
- Tate P. *Soigner (aussi) sa communication*, De Boeck Université, 2005

Articles

- A definition of irreversible coma. Report of the Ad Hoc Committee of the Harvard Medical School to Examine the Definition of Brain Death. (1968) *JAMA* 205: 337-40
- Abecassis M, Adams M, Adams P *et al.* (2000) Consensus statement on the live organ donor. *JAMA* 284: 2919-26
- Abouna GJ (2001) Emergency adult to adult living donor liver transplantation for fulminant hepatic failure--is it justifiable? *Transplantation* 71: 1498-500
- Adam R, Lucidi V, Karam V (2005) Liver transplantation in Europe: is there a room for improvement? *J Hepatol* 42: 33-40
- Akpolat T, Arik N (1994) Living Unrelated (Paid) Renal Transplantation. *Nephrol Dial Transplant* 9: 1844-5
- Alderete JF, Jeri FR, Richardson EP Jr *et al.* (1968) Irreversible coma: a clinical, electroencephalographic and neuropathological study. *Trans Am Neurol Assoc* 93:16-20
- Alderete JF, Jeri FR, Richardson EP Jr *et al.* (1968) Irreversible coma: a clinical, electroencephalographic and neuropathological study. *Trans Am Neurol Assoc* 93: 16-20
- American College of Physicians-American Society of Internal Medicine End-of-Life Care Consensus Panel, Meisel A, Snyder L, Quill T (2000) Seven legal barriers to end-of-life care: myths, realities, and grains of truth. *JAMA* 284: 2495-501
- American Society of Anesthesiologists, Committee on Ethics, Syllabus on Ethics. <http://www.asahq.org/Newsletters>
- American Society of Transplant Surgeons' Position Paper on Adult-to-Adult Living Donor (2000) *Liver Transpl* 6: 815-17
- Angelis M, Cooper JT, Freeman RB (2003) Impact of donor infections on outcome of orthotopic liver transplantation. *Liver Transpl* 9: 451-62
- Annual report 2003 on renal replacement therapy organ donation and transplantation. Publication of Saudi Center for Organ Transplantation & Prince Salman Kidney Diseases Center
- Arnold RM, Youngner SJ (1993) The dead donor rule: should we stretch it, bend it, or abandon it? *Kennedy Inst Ethics J* 3: 263-78
- Ashwal S (2001) Clinical diagnosis and confirmatory testing of brain death in children. In: Wijdicks EFM, eds. *Brain death*. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins 91-114
- Ashwal S, Schneider S (1987) Brain death in children: part I. *Pediatr Neurol* 3: 5-11
- Ashwal S, Schneider S (1987) Brain death in children: part II. *Pediatr Neurol* 3: 69-77
- Barr ML, Schenkel FA, Cohen RG *et al.* (1998) Recipient and donor outcomes in living related and unrelated lobar transplantation. *Transplant Proc* 30: 2261-3
- Barry JM (2002) Successful homotransplantations of the human kidney between identical

- twins - 1956. *J Urol* 167: 830
- Beevers KL, Sandler RS, Shrestha R (2002) Donor morbidity associated with right lobectomy for living donor liver transplantation to adult recipients: a systematic review. *Liver Transpl* 8: 110-7
- Beecher HK (1968) Ethical problems created by the hopelessly unconscious patient. *N Engl J Med* 278: 1425-30
- Beecher HK (1969) After the 'definition of irreversible coma'. *N Engl J Med* 281: 1070-1
- Bentabak K, Graba A, Boudjema K *et al.* (2005) Adult-to-Adult Living Related Liver Transplantation: Preliminary Results of the Hepatic Transplantation Group in Algiers. *Transplant Proc* 37: 2873-4
- Berlolo, P, Alfani D, Bruzzone P *et al.* (1991) Is unrelated living donor a valid organ source in renal transplantation under CyA therapy? *Transplant Proc* 23: 912-3
- Bernat JL (2001) Philosophical and ethical aspects of brain death. In: Wijdicks EFM, eds. *Brain death*. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins 171-88
- Bernat JL (2002) The biophilosophical basis of whole-brain death. *Soc Philos Policy* 19: 324-42
- Bernat JL (2004) On irreversibility as a prerequisite for brain death determination. *Adv Exp Med Biol* 550: 161-7
- Bernat JL (2005) The concept and practice of brain death. *Prog Brain Res* 150: 369-79
- Bia MJ, Ramos EL, Danovitch GM *et al.* (1995) Evaluation of living renal donors. *Transplantation* 60: 322-7
- Bowman KW, Richard SA (2003) Culture, brain death and organ transplantation. *Prog Transplant* 13: 211-5
- Bowman KW, Richard SA (2004) Cultural considerations for Canadians in the diagnosis of brain death. *Can J Anaesth* 51: 273-5
- Brilli RJ, Bigos D (2000) Apnea threshold and pediatric brain death. *Crit Care Med* 28: 1257
- Brook NR, Nicholson ML (2003) Kidney transplantation from non heart-beating donors. *Surgeon* 1: 311-22
- Brown RS Jr, Lake JR, Ascher NL *et al.* (1998) Predictors of the cost of liver transplantation. *Liver Transpl Surg* 4: 170-6
- Cameron JS, Hoffenberg R (1999) The ethics of organ transplantation reconsidered: paid organ donation and the use of executed prisoners as donors. *Kidney Int* 55: 724-32
- Canadian Institute for Health Information. Canadian Organ Replacement Register (2002) Preliminary report for dialysis and transplantation 2002, Ottawa. Available: http://secure.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw_page=reports_corr2002prelim_e (accessed 2005 Oct 4)
- Canadian Institute for Health Information. Canadian Organ Replacement Register (2005) Older end-stage renal disease patients on renal replacement therapy in Canada: incidence, prevalence, and treatment patterns. CORR inSITES. Available: http://secure.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw_page=reports_corrinsites_jun2005_e (accessed 2005 Oct 4)
- Cantin B, Kwok BW, Chan MC *et al.* (2003) The impact of brain death on survival after heart transplantation: time is of the essence. *Transplantation* 76: 1275-9
- Cassel C, Allee M, Beasley C *et al.* (2000) Non-heart-beating organ transplantation: practice and protocols. Committee on Non-Heart-Beating Transplantation II, The Scientific and Ethical Basis for Practice and Protocols. Division of Health Care Services, Institute of medicine, National Academy press, Washington DC
- Cecka JM (1999) Kidney donation from unrelated living donors. *Saudi J Kidney Dis Transpl* 10: 464-9
- Cecka JM (2002) Donors without a heartbeat. *N Engl J Med* 347: 281-3
- Centro Italiano Trapianti Valutazione Qualità Rene, Ministero della Salute, 2003. Available at: <http://www.ministerosalute.it/>

- Chen CL, de Villa VH (2002) Split liver transplantation. *Asian J Surg* 25: 285-90
- Chen CL, Fan ST, Lee SG *et al.* (2003) Living-donor liver transplantation: 12 years of experience in Asia. *Transplantation* 75: S6-11
- Chen YS, Wang CC, de Villa VH *et al.* (2002) Prevention of de novo hepatitis B virus infection in living donor liver transplantation using hepatitis B core antibody positive donors. *Clin Transpl* 16: 405-9
- Chin LT, D'Alessandro A, Knechtle S *et al.* (2002) Liver transplantation at the University of Wisconsin. *Clin Transpl* 207-13
- Chisuwa H, Hashikura Y, Mita A *et al.* (2003) Living liver donation: preoperative assessment, anatomic considerations, and long-term outcome. *Transplantation* 75: 1670-6
- Cist AF, Truog RD, Brackett SE, Hurford WE (2001) Practical guidelines on the withdrawal of lifesustaining therapies. *Int Anesthesiol Clin* 39: 87-102
- Ciszek M, Paczek L, Rowinski W (2003) Clinical outcome of living kidney donation. *Transplant Proc* 35 :1179-81
- Cleveland JC Jr, Raeburn C, Harken AH (2001) Clinical applications of ischemic preconditioning: from head to toe. *Surgery* 129: 664-7
- Cogny-Van Weydevelt F, Ngohou C, Pontefract R *et al.* (1996) Hemodialysis and transplantation cost-effectiveness analysis. *Transplant Proc* 28: 2838
- Cooper DK, Novitzky D, Wicomb WN (1989) The pathophysiological effects of brain death on potential donor organs, with particular reference to the heart. *Ann R Coll Surg Engl* 71: 261-6
- Cortesini R, Pretagostini, R, Bruzzone P, Alfani D (2002) Living unrelated kidney transplantation. *World J Surg* 26: 238-42
- Cotler SJ, Cotler S, Gambera M *et al.* (2003) Adult living donor liver transplantation: perspectives from 100 liver transplant surgeons. *Liver Transpl* 9: 637-44
- Cotler SJ, McNutt R, Patil R *et al.* (2001) Adult living donor liver transplantation: preferences about donation outside the medical community. *Liver Transpl* 7: 335-40
- Council on Ethical and Judicial Affairs, American Medical Association. (1994) The use of minors as organ and tissue donors. *Code Med Ethics Rep* 5: 229-42
- Courrier International n° 284, 11-17/04/96: 21
- D'Alessandro AM, Pirsch JD, Knechtle SJ *et al.* (1998) Living unrelated renal donation: the University of Wisconsin experience. *Surgery* 124: 604-10
- Danovitch GM, Hariharan S, Pirsch JD *et al.* (2002) Management of the waiting list for cadaveric kidney transplants: report of a survey and recommendations by the Clinical Practice Guidelines Committee of the American Society of Transplantation. *J Am Soc Nephrol* 13: 528-35
- De Tourtchaninoff M, Hantson P, Mahieu P, Guérit JM (1999) Brain death diagnosis in misleading conditions. *QJM* 92: 407-14
- de Villa VH, Lo CM, Chen CL (2003) Ethics and rationale of livingdonor liver transplantation in Asia. *Transplantation* 75(3 Suppl): S2-5
- Delmonico F, Council of the Transplantation Society (2005) A report of the Amsterdam Forum on the Care of the Live Kidney Donor: data and medical guidelines. *Transplantation* 79(Suppl 6): S53-S66
- Drukker A (1998) Organ donation and kidney sales. *Lancet* 352: 483-4
- Dubois J (1999) Non-heart-beating organ donation: a defense of the required determination of death. *J Law Med Ethics* 27: 126-36
- DuBois JM (2002) Is organ procurement causing the death of patients? *Issues Law Med* 18: 21-41
- Dwyer J (1994) Primum non tacere. An ethics of speaking up. *Hastings Cent Rep* 24: 13-8
- Dyer C (2002) Surgeons cleared of manslaughter after removing wrong kidney. *BMJ* 325: 9

- Dyer O (2003) Surgeon calls for legislation of payment to kidney donors. *BMJ* 326: 1164
- Elli M, Valeri M, Pisani F *et al.* (1992) Developing Countries as a Major Future Source of Living Donor Renal Transplants. *Transplant Proc* 24: 2110-1
- Ellison MD, McBride MA, Taranto SE *et al.* (2002) Living kidney donors in need of kidney transplants: a report from the organ procurement and transplantation network. *Transplantation* 74: 1349-51
- Emanuel EJ (1996) Cost savings at the end of life: what do the data show? *JAMA* 275: 1907-14
- Engelhardt HT Jr (1999) Redefining death: the mirage of consensus. In: Youngner SJ, Arnold RM, Shapiro R, eds. *The definition of death: contemporary controversies*. Baltimore: Johns Hopkins University Press: 319-31
- Ethics Committee of the Transplantation Society (2004) The Consensus Statement of the Amsterdam Forum on the Care of the Live Kidney Donor. *Transplantation* 78: 491-2
- Ethics Committee, American College of Critical Care Medicine, Society of Critical Care Medicine (2001) Recommendations for nonheartbeating organ donation: a position paper by the Ethics Committee, American College of Critical Care Medicine, Society of Critical Care Medicine. *Crit Care Med* 29: 1826-31
- European Best Practice Guidelines Expert Group on Renal Transplantation. Section 1: Evaluation, selection and preparation of the potential transplant recipient. (2000) *Nephrol Dial Transplant* 15(Suppl 7): 3-38
- Evans RW, Manninen DL, Garrison LP Jr *et al.* (1985) The quality of life of patients with end-stage renal disease. *N Engl J Med* 312: 553-9
- Falagas ME, Arbo M, Ruthazer R *et al.* (1997) Cytomegalovirus disease is associated with increased cost and hospital length of stay among orthotopic liver transplant recipients. *Transplantation* 63: 1595-601
- Fan ST, Lo CM, Liu CL (2002) Experience of donor right lobe hepatectomy in adult-to-adult live donor liver transplantation: clinical analysis of 89 cases. *Hepatobiliary Pancreatic Dis Int* 1: 166-71
- Fan ST, Lo CM, Liu CL *et al.* (2000) Safety of donors in live donor liver transplantation using right lobe grafts. *Arch Surg* 135(3): 336-40
- Fazel I (1995) Renal transplantation from living related and unrelated donors. *Transplant Proc* 27: 2586-7
- Fehrman-Ekholm I, Brink B, Ericsson *et al.* (2000) Kidney donors don't regret: follow-up of 370 donors in Stockholm since 1964. *Transplantation* 69: 2067-71
- Fehrman-Ekholm I, Duner F, Brink B *et al.* (2001) No evidence of accelerated loss of kidney function in living kidney donors: results from a cross sectional follow-up. *Transplantation* 72: 444-9
- Fehrman-Ekholm I, Elinder CG, Stenbeck M *et al.* (1997) Kidney donors live longer. *Transplantation* 64: 976-8
- Filippini F, Pisati R, Cavicchini G *et al.* (2003) Cost and outcome analysis and cost determinants of liver transplantation in a European National Health Service hospital. *Transplantation* 75: 1731-6
- Finfer S, Bohn D, Colpitts D *et al.* (1996) Intensive care management of paediatric organ donors and its effect on post-transplant organ function. *Intensive Care Med* 22: 1424-32
- First MR (1997) Controversies in organ donation: minority donation and living unrelated renal donors. *Transplant Proc* 29: 67-9
- Flannery AM (1999) Brain death and evoked potential in pediatric patients. *Crit Care Med* 27: 264-5
- Follette D, Rudich S, Bonacci C *et al.* (1999) Importance of an aggressive multidisciplinary management approach to optimize lung donor procurement. *Transplant Proc* 31: 169-70
- Foss A, Leivestad T, Brekke IB *et al.* (1998) Unrelated living donors in 141 kidney transplanta-

- tions: a one-center study. *Transplantation* 66: 49-52
- Friedlaender MM (2002) The right to sell or buy a kidney: are we failing our patients? *Lancet* 359: 971-3
- Fukunishi I, Sugawara Y, Takayama T *et al.* (2001) "Paradoxical psychiatric syndrome" of the recipient after child-to-parent living-related liver transplantation. *Psychosomatics* 42: 163
- Fukunishi I, Sugawara Y, Takayama T *et al.* (2001) Psychiatric disorders before and after living-related transplantation. *Psychosomatics* 42: 337-43
- Fukunishi I, Sugawara Y, Takayama T *et al.* (2002) Association between pretransplant psychological assessments and posttransplant psychiatric disorders in living-related transplantation. *Psychosomatics* 43: 49-54
- Gabbay E, Williams TJ, Griffiths AP *et al.* (1999) Maximizing the utilization of donor organs offered for lung transplantation. *Am J Respir Crit Care Med* 160: 265-71
- Gasser M, Waaga AM, Laskowski IA, Tilney NL (2001) Organ transplantation from braindead donors: its impact on short and long term outcome revisited. *Transplant Rev* 15: 1-10
- Gilbert JR, Pascual M, Schoenfeld DA (1999) Evolving trends in liver transplantation: an outcome and charge analysis. *Transplantation* 67: 246-53
- Gimbel RW, Strosberg MA, Lehrman SE *et al.* (2003) Presumed consent and other predictors of cadaveric organ donation in Europe. *Prog Transplant* 13: 17-23
- Gok MA, Buckley PE, Shenton BK *et al.* (2002) Long-term renal function in kidneys from non-heart beating donors: a single center experience. *Transplantation* 74: 664-9
- Gokal R (1993) Quality of life in patients undergoing renal replacement therapy. *Kidney Int Suppl* 40: S23-7
- Gold MR, Russel LB, Weinstein MC (1996) Cost effectiveness in health and medicine. New York, NY: Oxford University Press
- Gracida C, Espinoza R, Cancino J (2004) Can a living kidney donor become a kidney recipient? *Transplant Proc* 36: 1630-1
- Gridelli B, Remuzzi G (2000) Strategies for making more organs available for transplantation. *N Engl J Med* 343: 404-10
- Groth CG, Brent LB, Calne RY *et al.* (2000) Historical landmarks in clinical transplantation. *World J Surg* 24: 834-843
- Gruessner RW, Kendall DM, Drangstveit MB (1997) Simultaneous pancreas-kidney transplantation from live donors. *Ann Surg* 226: 471-80
- Haberal M, Emiroglu R, Boyactoglu S, Demirhan B (2002) Donor evaluation for living-donor liver transplantation. *Transplant Proc* 34: 2145-7
- Haberal M, Velidedeoglu E, Arslan G *et al.* (1995) The effect of DST in kidney transplantation between spouses. *Transplant Proc* 27: 2576
- Hakim RM, Goldszer RC, Brenner BM (1984) Hypertension and proteinuria: long-term sequelae of uninephrectomy in humans. *Kidney Int* 25: 930-6
- Hamilton D (2001) Kidney transplantation: a history. In: Morris PJ, ed. *Kidney transplantation: principles and practice*. 5th ed. Philadelphia: W.B. Saunders: 1-8
- Harris J, Erin C (2002) An ethically defensible market in organs. *BMJ* 325: 114-5
- Heaton ND, Maguire D (2002) Technical innovations in liver transplantation. *Transplant Proc* 34(6): 2459-62
- Henig NR, Faul JL, Raffin TA (2001) Biomedical ethics and the withdrawal of advanced life support. *Annu Rev Med* 52: 79-92
- Hug CC Jr (2001) End-of-life issues and the anesthesiologist. *Int Anesthesiol Clin* 39: 35-52
- Hung TP, Chen ST (1995) Prognosis of deeply comatose patients on ventilators. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 58: 75-80
- Ifudu O, Fowler A (2002) Kidney-related malpractice suits: a clinical analysis. *Dial Transplant* 31: 692

- Ingelfinger JR (2005) Risks and Benefits to the Living Donor. *N Engl J Med* 353: 447-9
- Jenkins DH, Reilly PM, McMahon DJ, Hawthorne RV (1997) Minimizing charges associated with the determination of brain death. *Crit Care* 1: 65-70
- Jenkins DH, Reilly PM, Schwab CW (1999) Improving the approach to organ donation: a review. *World J Surg* 23: 644-9
- Jonsen AR, Siegler M, Winslade WJ (1998) *Clinical Ethics: A Practical Approach to Ethical Decisions in Clinical Medicine*, 4th eds. New York, McGraw-Hill
- Josefson D (2002) AMA considers whether to pay for donation of organs. *BMJ* 324: 1541
- Josefson D (2002) Transplants from live patients scrutinised after donor's death. *BMJ* 324: 754
- Josefson D (2002) United States starts to consider paying organ donors. *BMJ* 324: 446
- Jouhary W. (1992) How to recognize an unwilling kidney donor. *Saudi Med J* 13: 579
- Kasiske BL, Cangro CB, Hariharan S *et al.* (2001) The evaluation of renal transplant candidates: clinical practice guidelines. *Am J Transplant* 1 (Suppl 2): 3-95
- Kauffman HM, McBride MA, Delmonico FL (2000) First report of the United Network for Organ Sharing Transplant Tumor Registry: donors with a history of cancer. *Transplantation* 70: 1747-51
- Koning OH, Ploeg RJ, van Bockel JH *et al.* (1997) Risk factors for delayed graft function in cadaveric kidney transplantation: a prospective study of renal function and graft survival after preservation with University of Wisconsin solution in multi-organ donors. *Transplantation* 63: 1620-8
- Kootstra G, Kievit J, Nederstigt A (2002) Organ donors: heartbeating and non-heartbeating. *World J Surg* 26: 181-4
- Kopelman LM (1995) Children: Health-care and research issues. *Encyclopedia Bioethics* 2: 363-8
- Korein J, Machado C (2004) Brain death: updating a valid concept for 2004. *Adv Exp Med Biol* 550: 1-14
- Kosieradzki M (2002) Mechanisms of ischemic preconditioning and its application in transplantation. *Ann Transplant* 7: 12-20
- Lazzaretti CT, Carvalho JG, Mulinari RA, Rasia JM (2004) Kidney transplantation improves the multidimensional quality of life. *Transplant Proc* 36: 872-3
- Le Monde, 10/02/99
- Le Monde, 18/05/99, p. 1
- Le Monde, 28/ 02/ 98, p. 1 et 12/03/98
- Levine DZ (2000) Kidney vending: yes or no! *Am J Kidney Dis* 35: 1002-18
- Libération, 25/02/98, p. 9
- Libération, 31/10/96, p. 6
- Liu CL, Fan ST, Lo CM *et al.* (2002) Right lobe live donor liver transplantation improves survival of patients with acute liver failure. *Br J Surg* 89: 317-22
- Lo CM (2003) Complications and long-term outcome of living liver donors: A survey of 1508 cases in 5 major Asian centers. *Transplantation* 75 (suppl 3): S12-5
- Lock M (2002) *Twice Dead: Organ Transplantation and the Reinvention of Death*. University of California Press, Berkeley
- Longworth L, Young T, Buxton MJ *et al.* (2003) Midterm cost-effectiveness of the liver transplantation program of England and Wales for three disease groups. *Liver Transpl* 9: 1295-307
- Lopez-Navidad A, Caballero F (2001) For a rational approach to the critical points of the cadaveric donation process. *Transplant Proc* 33: 795-805
- López-Navidad A, Caballero F (2003) Extended criteria for organ acceptance: strategies for achieving organ safety and increasing organ pool. *Clin Transplant* 17: 308-24
- López-Navidad A, Domingo P, Viedma MA (1997) Professional characteristics of the transplant

- coordinator. *Transplant Proc* 29: 1607-13
- Luce JM, Alpers A (2001) End-of-life-care: what do the American courts say? *Crit Care Med* 29(2 Suppl): N40-5
- Lumsdaine JA, Wigmore SJ, Forsythe JL (1999) Live kidney donor assessment in the UK and Ireland. *Br J Surg* 86: 877-81
- Lutz-Dettinger N, de Jaeger A, Kerremans I (2001) Care of the potential pediatric organ donor. *Pediatr Clin North Am* 48: 715-49
- Machado C (2005) The first organ transplant from a brain-dead donor. *Neurology* 64: 1938-42
- Machado C, Korein J, Ferrer Y *et al.* (2007) The Declaration of Sydney on human death. *J Med Ethics* 33: 699-703
- Machado C, Sherman DL (2004) *Brain death and disorders of consciousness*, vol 50. New York: Kluwer Academics/Plenum
- Madorsky JG (1997) Is the slippery slope steeper for people with disabilities? *West J Med* 166: 410-1
- Makuuchi M, Imamura H, Sugawara Y, Takayama T (2002) Progress in surgical treatment of hepatocellular carcinoma. *Oncology* 62(suppl 1): 74-81
- Malago M, Testa G, Marcos A *et al.* (2001) Ethical considerations and rationale of adult-to-adult living donor liver transplantation. *Liver Transpl* 7: 921-7
- Marcos A, Fisher RA, Ham JM *et al.* (2000) Selection and outcome of living donors for adult to adult right lobe transplantation. *Transplantation* 69: 2410-5
- Markmann JF, Markmann JW, Markmann DA *et al.* (2001) Preoperative factors associated with outcome and their impact on resource use in 1148 consecutive primary liver transplants. *Transplantation* 72: 1113-22
- Matas AJ, Bartlett ST, Leichtman AB, Delmonico FL (2003) Morbidity and mortality after living kidney donation, 1999-2001: survey of United States transplant centers. *Am J Transplant* 3: 830-4
- Matas AJ, Garvey CA, Jacobs CL, Kahn JP (2000) Nondirected donation of kidneys from living donors. *N Engl J Med* 343(6):433-6
- McConnell JR 3rd (1999) The ambiguity about death in Japan: An ethical implication for organ procurement. *J Med Ethics* 25: 322-4
- McCune TR, Armata T, Mendez-Picon G *et al.* (2004) The living organ donor network: a model registry for living kidney donors. *Clin Transplant* 12: 33-8
- McLaren AJ, Friend PJ (2003) Trends in organ preservation. *Transpl Int* 16: 701-8
- McQuarrie B, Gordon D (2003) Separate, dedicated care teams for living organ donors. *Prog Transplant* 13: 90-3
- Mejia RE, Pollack MM (1995) Variability in brain death determination practices in children. *JAMA* 274: 550-3
- Menikoff J (1999) Organ swapping. *Hastings Cent Rep* 29: 28-33
- Menikoff J (2002) The importance of being dead: non-heart-beating organ donation. *Issues Law Med* 18: 3-20
- Merli S, Piccinato A, Cecchi R (2001) Medical liability in organ transplantation procedures. *Zacchia* 12: 81
- Milano A, Livi U, Casula R *et al.* (1993) Influence of marginal donors on early results after heart transplantation. *Transplant Proc* 25(6): 3158-9
- Millis JM, Cronin DC, Brady LM *et al.* (2000) Primary Living-Donor Liver Transplantation at the University of Chicago: Technical Aspects of the First 104 Recipients. *Ann Surg* 232: 104-11
- Mollaret P, Goulon M (1959) Le coma dépassé. *Rev Neurol (Paris)* 101: 3-15
- More transplants-new lives. *Transplant activity in the UK 2003-4*. Bristol: © UK Transplant, 2004

- Morgenwerck CJ, Nelson RM Pediatric assent: can children understand, assess and communicate their wishes? [http:// www.asahq.org/Newletters/1999/04_99/Pediatric_0499.html](http://www.asahq.org/Newletters/1999/04_99/Pediatric_0499.html)
- Moskopic JC (1999) Current ethical aspects of organ procurement and transplantation in North America. *Baliere's best practice and research. Clin Anesthesiol* 13: 195-210
- Moskopic JC (2000) Increasing the supply of transplant organs: prospects and problems. *Ethics Health Care* 3(1): 1
- Murray JE (1995) The Origins and Consequences of Transplantation. The Excelsior Surgical Society/Edward D. Churchill Lecture. *Bull Am Coll Surg* 80: 14-25
- Najararian JS, Chavers BM, McHugh LE, Matas AJ. (1992) 20 years or more of follow-up of living kidney donors. *Lancet* 340: 807-10
- Nakahara N (1998) Reflections by the families of organ donors in Japan. *EDTNA ERCA J* 24: 23-6
- Nashan B, Lück R, Becker T *et al.* (2002) Expansion of the donor pool in liver transplantation: the Hannover experience 1996-2002. *Clin Transpl* 221-8
- Nau JY « L'or du rein », *Le Monde* du 15/02/89, p. 17
- Neylan JF, Sayegh MH, Coffman TM *et al.* (1999) The allocation of cadaver kidneys for transplantation in the United States: consensus and controversy. ASN Transplant Advisory Group. *American Society of Nephrology. J Am Soc Nephrol* 10: 2237-43
- Novitzky D (1997) Donor management: state of the art. *Transplant Proc* 29: 3773-5
- Novitzky D, Wicomb WN, Rose AG *et al.* (1987) Pathophysiology of pulmonary edema following experimental brain death in the chacma baboon. *Ann Thorac Surg* 43: 288-94
- Nuss B, Cavalier M, Guirado N, Boularan A (1996) The organ donation: Study with 303 families. *Transpl Proc* 605: 6-35
- Nygaard CE, Townsend RN, Diamond DL (1990) Organ donor management and organ outcome: a 6-year review from a Level I trauma center. *J Trauma* 30: 728-32
- O'Grady JG (1997) Clinical economics review: liver transplantation. *Aliment Pharmacol Ther* 11: 445-51
- Ouwens JP, van Enckevort PJ, TenVergert EM *et al.* (2003) The cost effectiveness of lung transplantation compared with that of heart and liver transplantation in the Netherlands. *Transpl Int* 16: 123-7
- Ozark S, DeVita MA (2001) Non-heartbeating organ donation: ethical controversies and medical considerations. *Int Anesthesiol Clin* 39: 103-16
- Pallis C (1983) Whole-brain death reconsidered-physiological facts and philosophy. *J Med Ethics* 9: 32-7
- Pallis C (1985) Defining death. *Br Med J (Clin Res Ed)* 291: 666-7
- Pallis C (1987) Brain stem death-the evolution of a concept. *Med Leg J* 55: 84-107
- Pallis C (1995) Further thoughts on brainstem death. *Anaesth Intensive Care* 23: 20-3
- Park K, Kim YS (2002) Non-related transplant-exchange donors among families. *Saudi J Kidney Dis Transplant* 13: 460-1
- Park L, Moon JI, Kim SI, Kim YS (1999) Exchange donor program in kidney transplantation. *Transplantation* 67: 336-8
- Pennefather SH, Bullock RE, Mantle D, Dark JH (1995) Use of low dose arginine vasopressin to support brain-dead organ donors. *Transplantation* 59: 58-62
- Pennock RT (1995) Death of the self: changing medical definitions in Japan and the US. *Kokusaigaku revyu* 7: 109-25
- Perin DM (2003) Economic point of view and insurance of the donors. *Transplant Proc* 35: 972-3
- Peters TG (1997) Financial and legislative issue: selected topics. *Transplant Proc* 29: 3254-55
- Pomfret EA, Pomposelli JJ, Lewis WD *et al.* (2001) Live donor adult liver transplantation using right lobe grafts: donor evaluation and surgical outcome. *Arch Surg* 136: 425-33

- Potter CD, Wheeldon DR, Wallwork J (1995) Functional assessment and management of heart donors: a rationale for characterization and a guide to therapy. *J Heart Lung Transplant* 14: 59-65
- Potts M (2001) A requiem for whole brain death: a response to D. Alan Shewmon's 'the brain and somatic integration'. *J Med Philos* 26: 479-91
- Power BM, Van Heerden PV (1995) The physiological changes associated with brain death-current concepts and implications for treatment of the brain dead organ donor. *Anaesth Intensive Care* 23: 26-36
- Powner DJ, Hendrich A, Lagler RG *et al.* (1990) Hormonal changes in brain dead patients. *Crit Care Med* 18: 702-8
- Price D (2000) *Legal and ethical aspects of organ transplantation.* Cambridge University Press: 211
- Prnovost P, Angus DC (2001) Economics of end-of-life care in the intensive care unit. *Crit Care Med* 29(2 Suppl): N46-51.
- Qunibi W, Abulrub D, Shaleen F *et al.* (1995) Attitudes of Commercial Renal Transplant Recipients Toward Renal Transplantation in India. *Clin Transplant* 9: 317-21
- Radcliffe-Richards J, Daar AS, Guttman RD *et al.* (1998) The case for allowing kidney sales. International Forum for Transplant Ethics. *Lancet* 351: 1950-2
- Renz JF, Busuttill RW (2000) Adult-to-adult living donor liver transplantation: A critical analysis. *Semin Liver Dis* 20: 411-24
- Renz JF, Roberts JP (2000) Long-term complications of living donor liver transplantation. *Liver Transpl* 6(6 suppl 2): S73-6
- Rosenbaum SH (1999) Ethical conflicts (editorial). *Anesthesiology* 91: 3-4
- Rosendale JD, Kauffman HM, McBride MA *et al.* (2003) Aggressive pharmacologic donor management results in more transplanted organs. *Transplantation* 75: 482-7
- Ross LF (2000) Donating a second kidney: a tale of family and ethics. *Semin Dial* 13: 201-3
- Rufat P, Fourquet F, Conti F *et al.* (1999) Costs and outcomes of liver transplantation in adults: a prospective, 1-year, follow up study. GRETHECO study group. *Transplantation* 68: 76-83
- Ryan CK, Johnson LA, Germin BI, Marcos A (2002) One hundred consecutive hepatic biopsies in the workup of living donors for right lobe liver transplantation. *Liver Transpl* 8: 1114-22
- Sagmeister M, Mullhaupt B, Kadry Z *et al.* (2002) Cost-effectiveness of cadaveric and living-donor liver transplantation. *Transplantation* 73: 616-22
- Sarasin FP, Majno PE, Llovet JM *et al.* (2001) Living donor liver transplantation for early hepatocellular carcinoma: a life-expectancy and cost-effectiveness perspective. *Hepatology* 33: 1073-9
- Sarmiento A, Freitas F, Tavares AP, Machado D (2000) Organ donor viral screening and its implications in transplantation: an overview. *Transplant Proc* 32: 2571-6
- Schiff ER, Sorrell MF, Maddrey WC (1999) Eighth ed. *Schiff's diseases of the liver*, vol. 2 Philadelphia: Lippincott-Raven 1589-615
- Schlessinger S, Crook ED, Black R, Barber H (2002) Ethical issues in transplantation: living related donation in the setting of severe neurological damage without brain death. *Am J Med Sci* 324: 232-6
- SCOT protocol: Directory of the regulations of organ transplantation in the Kingdom of Saudi Arabia. (1994) *Saudi J Kidney Dis Transpl* 5: 37-89
- Shaheen FA, Kurpad R, Al-Attar BA, Al-Khader AA (2005) A Proposed Saudi Approach to the Ethical Utilization of Living Unrelated Kidney Donation. *Transplant Proc* 37: 2004-6
- Shannon TA (2001) The kindness of strangers: organ transplantation in a capitalistic age. *Kennedy Inst Ethics J* 11: 285-303
- Shapiro RS, Adams M (2000) Ethical issues surrounding adult-to-adult living donor liver transplantation. *Liver Transpl* 6(6 suppl 2): S77-S80

- Shapiro RS, Adams M (2000) Ethical issues surrounding adult-to-adult living donor liver transplantation. *Liver Transpl* 6(suppl 2): S77
- Shaw AB (1996) Non-therapeutic (elective) ventilation of potential organ donors: the ethical basis for changing the law. *J Med Ethics* 22: 72-7
- Shaw BW Jr (2001) Where monsters hide. *Liver Transpl* 7: 928-32
- Sheehy E, Conrad SL, Brigham LE *et al.* (2003) Estimating the number of potential organ donors in the United States. *N Engl J Med* 349: 667-74
- Shewmon DA (1998) 'Brainstem death', 'brain death' and death: a critical re-evaluation of the purported equivalence. *Issues Law Med* 14: 125-45
- Shewmon DA, Shewmon ES (2004) The semiotics of death and its medical implications. *Adv Exp Med Biol* 550: 89-114
- Shiffman ML, Brown RS Jr, Olthoff KM *et al.* (2002) Living donor liver transplantation: summary of a conference at The National Institutes of Health. *Liver Transpl* 8(2): 174-88
- Shih FJ, Lai MK, Lin MH *et al.* (2001) Impact of cadaveric organ donation on Taiwanese donor families during the first 6 months after donation. *Psychosom Med* 63: 69-78
- Showstack J, Katz PP, Lake JR *et al.* (1999) Resource utilization in liver transplantation: effects of patient characteristics and clinical practice. NIDDK Liver Transplantation Database Group. *JAMA* 281: 1381-6
- Sidley P (2004) South African doctors charged with involvement in organ trade. *BMJ* 329: 190
- Siegel-Itzkovich J (2003) Israel considers paying people for donating kidney. *BMJ* 326: 126
- Simforoosh N, Bassiri A, Amiransari B, Gol S (1992) Living-unrelated renal transplantation. *Transplant Proc* 24: 2421-2
- Siminoff LA, Gordon N, Hewlett J, Arnold RM (2001) Factors Influencing Families Consent for Donation of Solid Organs for Transplantation. *JAMA* 286: 71-7
- Smith CR, Woodward RS, Cohen DS *et al.* (2000) Cadaveric versus living donor kidney transplantation: a medicare payment analysis. *Transplantation* 69: 311-4
- Smith CS (2001) Quandary in U.S. over use of organs of Chinese inmates. *New York Times*. Sect 1A: 1
- Soper C (1998) Organ donation and kidney sales. *Lancet* 352: 484-5
- Soulillou JP (1995) Kidney transplantation from spousal donors. *N Engl J Med* 333: 379-80
- Spital A (1990) More on life insurance for kidney donors. *Transplantation* 49: 664
- Spital A, Jacobs C (2002) Life insurance for kidney donors: another update. *Transplantation* 74: 972-3
- Spital A, Kokmen T (1996) Health insurance for kidney donors: how easy is it to obtain? *Transplantation* 62: 1356-8
- Splendiani G, Cipriani S, Valeri M *et al.* (2004) Living donor transplant: wider selection criteria. *Transplant Proc* 36: 470-2
- Stangl M, Zerkaulen T, Theodorakis J *et al.* (2001) Influence of brain death on cytokine release in organ donors and renal transplants. *Transplant Proc* 33: 1284-5
- Starnes VA, Woo MS, MacLaughlin EF *et al.* (1999) Comparison of outcomes between living donor and cadaveric lung transplantation in children. *Ann Thorac Surg* 68: 2279-83
- Starzl TE (2001) The birth of clinical organ transplantation. *J Am Coll Surg* 192: 431-46
- Stiller CR, Abbott C (1994) What will increase the number of organs for transplantation? Some strategies to consider. *CMAJ* 150: 1401-7
- Stratta RJ, Cushing KA, Frisbie K, Miller SA (1997) Analysis of hospital charges after simultaneous pancreas-kidney transplantation in the era of managed care. *Transplantation* 64: 287-92
- Sugawara Y, Makuuchi M, Imamura H *et al.* (2002) Living donor liver transplantation in adults: recent advances and results. *Surgery* 132: 348-52
- Sugawara Y, Makuuchi M, Kaneko J *et al.* (2003) Living-donor liver transplantation in adults:

- Tokyo University experience. *J Hepatobiliary Pancreat Surg* 10: 1-4
- Surman OS (2002) The ethics of partial-liver donation. *N Engl J Med* 346: 1038
- Surman OS, Cosimi AB, Fukunishi I *et al.* (2002) Some ethical and psychiatric aspects of right-lobe liver transplantation in the United States and Japan. *Psychosomatics* 43(5): 347-53
- Taghavi R (1995) Does kidney donation threaten the quality of life of the donor? *Transplant Proc* 27: 2595-6
- Tarantino A (2000) Why should we implement living donation in renal transplantation? *Clin Nephrol* 53(4): 55-63
- The Authors for the Live Organ Donor Consensus Group (2000) Consensus Statement on the Live Organ Donor. *JAMA* 284: 2919-26
- The periodic health examination. Canadian Task Force on the Periodic Health Examination. (1979) *Can Med Assoc J* 121: 1193-254
- Tilney NL (2003) *Transplant: from myth to reality*. New Heaven: Yale University Press
- Todo S, Furukawa H, Jin MB, Shimamura T (2000) Living donor liver transplantation in adults: Outcome in Japan. *Liver Transpl* 6(suppl 2): S66-72
- Trotter JF (2000) Selection of donors and recipients for living donor liver transplantation. *Liver Transpl* 6(suppl 2): S52-8
- Trotter JF (2005) Living donor liver transplantation: is the hype over? *J Hepatol* 42: 20-5
- Trotter JF, Mackenzie S, Wachs M *et al.* (2003) Comprehensive cost comparison of adult-adult right hepatic lobe living-donor liver transplantation with cadaveric transplantation. *Transplantation* 75: 473-6
- Trotter JF, Wachs M, Everson GT, Kam I (2002) Adult-to-adult transplantation of the right hepatic lobe from a living donor. *N Engl J Med* 346: 1074-82
- Truog RD (2000) Organ transplantation without brain death. *Ann NY Acad Sci* 913: 229-39
- Truog RD, Cist AF, Brackett SE *et al.* (2001) Recommendations for end-of-life care in the intensive care unit: Ethics Committee of the Society of Critical Care Medicine. *Crit Care Med* 29: 2332-48
- Tuffs A (2002) Surgeon criticised for performing kidney operation using living donor. *BMJ* 324: 504
- Tuffs A (2003) German surgeon under investigation over organ trading. *BMJ* 326: 568
- Tuffs A (2003) Surgeon suspended in transplant row. *BMJ* 326: 1164
- U.S. Department of Health and Human Services (2003) *The Organ Donation Breakthrough Collaborative: Best practices final report*. *Nephrol Nurs J* 30: 529-31
- UK hospital policy for organ and tissue donation. Bristol: UK Transplant (2003)
- UK Transplant Potential Donor audit, 24 month summary report. 1 January 2005 to 31
- UK Transplant Transplants save lives. (2007) www.uktransplant.org.uk.
- Umeshita K, Fujiwara K, Kiyosawa K *et al.* (2003) Operative morbidity of living liver donors in Japan. *Lancet* 362: 687-90
- Van Norman GA (2003) Another matter of life and death: what every anesthesiologist should know about the ethical, legal, and policy implications of the non-heartbeating cadaver organ donor. *Anesthesiology* 98: 763-73
- Van Norman GA, Fisher DM (1999) A matter of life and death: what every anesthesiologist should know about the medical, legal, and ethical aspects of declaring brain death. *Anesthesiology* 91: 275-87
- Vardis R, Pollack MM (1998) Increased apnea threshold in a pediatric patient with suspected brain death. *Crit Care Med* 26: 1917-9
- Veatch RM (2000) *Transplantation ethics*. Georgetown University Press, Washington, DC
- Velasco N (1998) Organ donation and kidney sales. *Lancet* 352: 483
- Von Gunten CF, Ferris FD, Emanuel LL (2000) The patient-physician relationship. Ensuring competency in end-of-life care: communication and relational skills. *JAMA* 284: 3051-7

- Vovelle M (1993) L'heure du grand passage. Chronique de la mort. Gallimard, Paris
- Waissman R (1998) Rapport pour l'Établissement français des greffes.
- Weber M, Dindo D, Demartines N *et al.* (2002) Kidney transplantation from donors without a heartbeat. *N Engl J Med* 347: 248-55
- Wheeldon DR, Potter CD, Oduro A (1995) Transforming the "unacceptable" donor: outcomes from the adoption of a standardized donor management technique. *J Heart Lung Transplant* 14: 734-42
- Whittington PF (1996) Living donor liver transplantation: Ethical considerations. *J Hepatol* 24: 625-7
- Wijdicks EF (1995) Determining brain death in adults. *Neurology* 45: 1003-11
- Wijdicks EF (2001) The diagnosis of brain death. *N Engl J Med* 344: 1215-21
- Wijdicks EF (2002) Brain death worldwide: accepted fact but no global consensus in diagnostic criteria. *Neurology* 58: 20-5
- Wilhelm MJ, Pratschke J, Laskowski IA *et al.* (2000) Brain death and its impact on the donor heart — lessons from animal models. *J Heart Lung Transplant* 19: 414-8
- Williams MA, Lipsett PA, Rushton CH *et al.* (2003) The physician's role in discussing organ donation with families. *Crit Care Med* 31: 1568-73
- Wolfe RA, Ashby VB, Milford EL *et al.* (1999) Comparison of mortality in all patients on dialysis, patients on dialysis awaiting transplantation, and recipients of a first cadaver transplant. *N Engl J Med* 341: 1725-30
- World Medical Association: <http://www.wma.net/>
- World Medical Organisation Declaration of Helsinki. (1996) *BMJ* 313: 1448-9
- Yeung I, Kong SH, Lee J (2000) Attitudes towards organ donation in Hong Kong. *Soc Sci Med* 50: 1643-54
- Young GB, Lee D (2004) A critique of ancillary tests for brain death. *Neurocrit Care* 1: 499-508
- Young GB, Shemie SD, Doig CJ, Teitelbaum J (2006) Brief review: the role of ancillary tests in the neurological determination of death. *Can J Anaesth* 53: 620-7
- Youngner SJ, Arnold RM (1993) Ethical, psychosocial, and public policy implications of procuring organs from non-heart-beating cadaver donors. *JAMA* 269: 2769-74
- Zamperetti N, Bellomo R, Defanti CA, LAtronico N (2004) Irreversible apnoeic coma 35 years later. Towards a more rigorous definition of brain death? *Intensive Care Med* 30: 1715-22

Index

A

A. O. Altwajri 19
abstention 66, 86, 147
Abû Dàoûd 50, 138
Abu Hanifa 35
Abû `Ubayd 87
Abulcassis 21, 45, 46
abus XIX, 13, 109, 209, 222
accès aux soins 2
accompagnement XVI, 5, 90, 126,
131, 184, 195
action vertueuse (al-'Amal as-Saleh) 47
activité interprétante 30
adversité 24
Afrique 1, 35, 74
agressivité 66, 132
Al-Ahkâm 37
Al-Biruni 45
Al-Farabi 45
Al-Jazari 45
Al-Khawarizmi 45
Al-Razi 45
Ali XIX
Allah 3, 11, 30, 43, 47
allocation XIII, 225
allogreffé XIII, XVI, 13, 180, 218
altruisme 4, 83
amateurisme 24
âme 37, 61

Amir-Moezzi 18, 19, 28, 30, 31,
59, 61
amputation 50, 55, 133
analogie 27, 32, 33, 52, 53, 147
analyse approfondie 12
anatomie 21
anesthésie 5, 206
ange Gabriel XIV, 27
angoisse 63, 66
annonce 27
anonymat 9, 101
anoxie 72, 74, 171
antécédents médicaux 12, 211-213,
215, 216
anthropologue 80
apnée 73-75
arbitrage 43
argumentaire 10, 53
arrêt du cœur 7, 8, 59, 71
artériographie cérébrale 7
aspect universel 19
asymétrie 53, 100
aumônes 32, 56, 85, 86, 128
autopsie XIII, 6, 13, 65, 76, 138,
142, 151, 156, 157, 207, 212
Averroès 21, 22
Avicenne XVI, 22

B

badan 78
bain mortuaire 54

banque de tissus	XIII, 118	commandements	21, 27
bienfaisance	XIII, 3, 13, 21, 56, 139, 198	commercialisable	80
bioéthique	3, 110, 203, 225	communication	XIII, 13, 16, 64, 93, 95, 128, 131-133, 191, 195, 209, 217
blâmable	3, 11	compassion	132
brutalité	66, 94, 95, 129, 133, 196	compensation	XI, 24, 105, 108, 109
Buffon	71	compilation	21, 45
C		complexe du vautour	5, 131
cadavres	7, 22, 49, 62, 76, 81, 138, 150, 151, 206, 207	concept politique	10
Caillavet	67	concept psychique	67
Calame	XIII, 27	concept subjectif	67
calife	XIII, XIX, 37, 44, 85, 87	concitoyens	16, 68, 95, 191
cannibalisme institutionnel	12, 133	concordance	XIV, 46, 128
canoniques	18	conflits d'intérêts	15
caractéristiques démographiques	12	conjointes	9
CASFI	62, 68, 89, 108	consanguinité	84
cercle familial	9, 114, 179, 198	consensus	27, 33, 36, 38, 52, 133, 221, 222
certitude	31, 36, 41, 42, 71, 73, 75, 89, 97, 105	consentement éclairé	XIV, 195, 210, 214, 215, 225
chafiiste	35	consentement explicite	XIV, 89, 92, 116, 119, 126, 195, 196
chagrin	66	consentement familial	6
charité perpétuelle	52	consentement présumé	XIV, 49, 67, 89, 93, 94, 116, 126, 133, 196, 210
châtiment	60	constitution laïque	XVIII, 11
cheikh	XI, XIII, 15, 22, 23, 49, 52, 55, 58, 62, 86, 137, 139, 146, 147	constitutions écrites	11
cheikh Chaïraoui	15	construction socioculturelle	30
cheikh El Hasni	15	contextualisation	30
cheminements	30	contre-indications	12, 188, 189, 193, 200
chemins de la foi	28	controverse	21, 49, 67
chemins du salut	21, 45	convenable	10, 11, 55
Chiffoleau	38, 110	Copernic	45
chiïsme	33	cornéen	75, 171
chiïtes	XIX, 31, 35, 93	corporel(s)(le)(les)	8, 55, 64, 68, 81, 95, 130, 133, 138, 183, 187, 189, 207, 214
Chine	X, 1, 2, 28, 35, 56, 74, 107	corps social	19
circoncis	51	corps-chose	80
clergé	IX, 3, 10, 24	corpus officiels	30
CNPTO	10, 112, 114, 118, 123-126, 179, 182	corrompus	42
colère	66	corruption	24, 43
colonialisme	X, 19		
coma	XVII, 8, 71, 75, 94, 126, 171		

- | | | | |
|-------------------------|---|-----------------------|--|
| Créateur | XI, 8, 9, 18, 44, 46,
57, 60, 61, 77 | douleur | XIV, 8, 66, 101 |
| création de Dieu | 65, 77 | droit de jouissance | 44 |
| croyanances culturelles | 3 | droit du sang | 10 |
| croyanances populaires | 64, 79 | droit du sol | 10 |
| croyants | 9, 10, 29, 30, 35,
42, 60, 61 | durée d'ischémie | XV |
| curatelle | XIV | Duvignaud | 9, 90 |
| curatelle renforcée | XIV | dynastie abasside | 33 |
| curatelle simple | XIV | | |
| D | | | |
| décès en réanimation | 7 | écriture | 12, 30, 42, 46 |
| décès hospitaliers | 7 | égalité | 19, 100, 101, 110, 131,
151, 198, 224 |
| décontextualisation | 21 | Égypte | X, 1, 15, 22, 23, 35,
38, 74, 104, 110, 137,
146, 147, 203 |
| découvertes médicales | 21, 46 | El Azhar | 15 |
| défaillance terminale | 4 | El ijmaâ | XV, 27, 32 |
| déontologiques | 89, 102, 108 | El ijthad | XV, 19, 21, 33, 34 |
| dépositaire | 44 | El ijthad absolu | XV, 33 |
| dépouille | 49, 50, 54, 90, 195, 207 | El ijthad créatif | XV, 34 |
| dérive mercantile | 11 | El ijthad indépendant | XV, 33 |
| dérives de la science | 43 | El ijthad sélectif | XV, 34 |
| déshumaniser | 4 | empathie | 69, 129, 131 |
| détails embryologiques | 46 | enfants | 9, 12, 96, 116, 148,
157, 158, 166, 171,
172, 197, 206 |
| déviaton | 22, 187 | engagements | 24 |
| dharourate | VII, XIV, XVI, 49,
51-53, 55, 57, 65, 81 | enquêtes d'opinion | 6, 67 |
| dhimmis | 86 | enseignements divins | 8 |
| diabète insipide | 75, 214 | époque païenne | 18 |
| diagnostic | 5, 7, 71-73, 75, 132,
137, 143, 144, 154, 156,
171, 205, 212, 216 | équitable | XVI, 8, 12, 47, 100,
200, 220, 223 |
| dichotomie | 94 | équité | 2, 3, 9, 13, 35, 47, 91,
95, 99, 100, 101 |
| dignité | 4, 18, 19, 49, 50, 57, 77,
106, 109, 138, 139, 224 | erreur | 8, 54, 63, 64, 67, 76, 94, 131 |
| dîme | XX, 85 | esclavage | 18 |
| discussion | 5, 38, 52, 130, 132 | États islamiques | 10 |
| dissolution | 59 | Europe | IX, 1, 46, 64, 74,
131, 203, 207 |
| divisions | 3, 140 | examen clinique | 7, 75, 144, 167 |
| djihad | 16 | exégèse appliquée | 31 |
| dogmatisme | 41 | exégètes | 34, 35 |
| données religieuses | 19 | | |

exigences	XV, XVIII, 20, 34, 170, 178, 210, 214	hédonistes	64
F		hégire	XVI, XIX, 84, 137-139, 146
facteur déterminant	89	hématose	75
facteurs conjoncturels	16	hémodialyse	100, 125, 180, 181, 198, 200
facteurs économiques	16	hérésie	32
facteurs périphériques	6	héritage	49
fardeau	10, 13	Hira	27
fatwa consensuelle	XV	HLA	XIV, XVI, 3, 17, 188, 189
fécondation <i>in vitro</i>	141	homogreffe	XVI
fkih	XVI	humanisme	56
foetus	141, 144, 145	humilité	132
Foucault	63	I	
fratries	11	ibadates	29, 81
frère	XIX, 8, 9, 55, 56, 62, 116, 151, 156-158, 172, 178, 180, 189, 206	Ibn Mâja	50, 138
fukahas	34, 38, 109, 139	Ibn Sina	XVI, 45, 46
G		Ibn Zohr	XVI, 46
générosité	4, 52, 221	identitaire	19
gens du livre	86, 87	identitaires négatifs fermés	64
gouvernements	19, 38, 221, 223, 225	identité immunitaire	3
gratuité	9, 10, 22, 54, 91, 99, 102, 108, 142, 151, 184, 197	idéologies	21, 79
greffe de foie	166	ifta	XVI, 15, 21, 22, 38, 46, 109
greffe de moelle osseuse	96, 118, 197	image caricaturale	15
greffe des reins	165, 166	image négative	12
greffon rénal	3	imaginaire populaire	12
griefs cachés	11	imam Ahmad ibn Hanbal	35
guerre sainte	16	imam al-Chafii	35
guidance	29, 42	imam Malik ibn Anas	35
Guiraud	59, 61	iman	37, 47
H		immortalité	63
habilitation	30, 31, 37	immunosuppression	5
hadith musannaf	31	impôts	84, 105
hanafite	35	indépendance	63
hanbalite	35, 87	infantilisation	110
Haut Conseil des ulémas	38, 51, 137-139	infirmité	101
Hédi Rais	118, 165	influence de proximité	133
		inhumé	61, 65
		injonction	XV, 27, 28, 30-32, 56, 81
		installation	5, 150, 216
		institutions	11, 21, 44, 46, 66, 93, 106, 120, 207

instrumentalisation 12, 20, 93, 127
 insuffisance d'organe terminale 3
 insuffisants rénaux 1, 150, 223
 intégrité 3, 8, 15, 24, 33, 36,
 54, 65, 79, 80, 81,
 102, 130, 133, 146, 156, 157
 intégrité physique 8, 54, 80, 156, 157
 intérêt communautaire 4, 5
 intérêt général 42, 76, 138
 intérêt général (maslâha amma) 83
 interislamiques 22, 38, 62, 93
 interprétation XVI, XVII, 3, 10, 19,
 20, 30, 33, 35, 36, 52, 60
 intervention chirurgicale 8, 9, 148, 215
 intervieweur 128
 intolérance 16, 41
 intoxications 75
 intracrânien 72
 inviolabilité 3, 24, 58, 80
 iranienne XVI
 irrationnelles 19
 ischémie XV, 72, 213
 islamophobie 15
 isnad 31

J

Jabir-ibn-Hayyan 45
 Japon 16, 43, 74
 jassad 78
 jism 78
 jugement V, X, 8, 32, 51, 73
 Jugement dernier 8, 61, 64
 juifs 16
 jurisconsultes XV, XVI, XVII,
 31, 38, 52, 86
 jurisprudence IX, X, XV, 19, 33,
 34, 43, 45, 50, 147
 juriste XV, 20, 22, 29, 33-35, 51,
 62, 87, 193, 194, 204
 justice XVI, 4, 8, 11, 13, 19, 21,
 47, 83, 100, 102, 138, 207, 224

K

Kachchaf 44
 Khorasan 45
 Khums 86

L

lahm 78
 légiférer 5, 11, 36, 127
 législateur 36, 80
 légitimité 19, 20, 36, 56, 109,
 110, 139, 141, 225
 legs XIV, 87, 92, 161, 163,
 172, 173, 204

lexicographie 30
 libération IX, 3, 18
 linceul 54, 65
 liquide céphalo-rachidien 72
 liste d'attente 5, 120, 200
 loi du talion 55
 lois charaïques 11
 lois divines 18
 lutte sociale 83

M

M. Mauss 90, 91
 Madhaheb 35
 mahdhourates XVI, 49
 Malaisie X, 1, 22, 74, 109, 138
 malékiste 35, 87
 manipulation XIX, 15, 30, 47, 65,
 81, 90, 101, 217
 maslaha XVI, 27
 Mecque XVI, XVII, 27, 35,
 63, 68, 84, 137, 139, 143
 mecquoises 28
 mécréants 47
 médias 95, 110, 128, 192, 201, 224
 médinoises 28
 Méditerranée 1
 membranes amniotiques 118
 mercantiles 102

mère	V, XIX, 18, 43, 84, 116, 144, 145, 151, 155-157, 164, 180, 206, 212
mesures incitatives	126
miséricorde	4, 42, 58, 66, 148
Mohamed (Muhammed)	XVII
monde islamique	1, 19, 20, 43
Mongolie	1
monologue	132
monothéistes abrahamiques	27
morale politique	21
motivation	X, 5, 11, 13, 90, 100, 125, 128, 134, 167, 184, 216
motivations religieuses	19
Moyen-Orient	1, 15, 74
Muāmalate	29
mufti	XVII, 15, 22, 36, 37, 52, 55, 137, 138, 146
multi-organes	IX, X, 12, 129, 192
mutilation	12, 50, 51, 76, 79, 148
mutuellement	19
Mystère	28

N

nafs	61
nécessiteux	51, 85, 86, 147
nécrose	72
négateur	59
Nigeria	1, 28
non-malfaisance	13

O

obligation individuelle (Fardh-aïn)	85
obligation mutuelle	9
obligation solidaire	62, 65, 85
obscurantisme	21, 45
oculo-cardiaque	75
omnipotence	65
Omniscient	41
OMS	2, 102, 104, 107, 109, 110, 203, 217, 218
oreilles rétractées	71
organes prélevables	5

organes vitaux	53, 55, 57
orthodoxe	15, 16, 20, 23, 52
os	XV, 4, 79, 207
ossature	46
ostéologie	76
outils de réflexion	27
oxygène	72

P

paix	19, 86, 91, 147
pancréas	XVI, 17, 107, 207
paramètres	31, 94, 185, 213
pardon	19, 55, 59
parenchyme cérébral	72
parents	9, 66, 68, 83, 84, 95, 96, 109, 146, 155, 196-198, 211, 215
paternité génétique	58, 145
pays laïcs	11, 24
pays musulmans	X, 1, 2, 5, 28, 34, 38, 76, 147
peau	4, 22, 57, 71, 92, 140, 141, 205, 207
pensée islamique	20, 100
père	IX, XIX, 116, 151, 155-157, 180, 206
perfusion cérébrale	71, 72
permission originelle	49
pharaon	3, 78
phénoménique	64
photomoteur	75
plaidoyer	32, 33, 106
plan collectif	4
pluralisme	43
pluralisme d'opinions	32
polyurie hypotonique	75
porc	52, 53, 140, 142
posthume	49
poumon	XVI, 1, 4, 9, 17, 55, 57, 107, 112, 141, 166, 207
pragmatisme	17
pratique eugénique	3, 24
précarité	24, 131
préceptes	2, 3, 10, 19, 20, 32, 34
précurseur	45

- prescriptions canoniques 19
 préservation X, XVII, XIX, 8, 24,
 52, 81, 83, 193, 219
 primauté de la personne humaine 3
 priorités 10, 200
 prisme 10, 91
 prix du sang 55, 85
 problématique 29, 43, 67, 106, 119
 problème de confiance 3
 procédure X, XIV, 30, 118, 130,
 158, 169, 182, 189, 200, 203,
 204, 209-213, 215-217,
 220, 223, 225
 processus de vie 8
 processus décisionnel 67
 profanation 50, 51, 76
 profane 32, 132
 professionnalisation 6, 127
 prolifération 102, 106, 108
 propriété 9, 44, 51, 78, 80, 84, 210
 psychologie sociale 64
 psychologue 80, 96, 184, 194, 197
- Q**
- qiyass 27, 32, 33, 50, 53
 qualité de vie 1, 13, 112, 191, 217
 question inconvenante 6
 questions récurrentes 30
 questions sensibles 15
- R**
- rage 66
 ramadan 85
 Razi XVII, 78
 réaction indésirable XVII
 réalité trans-objective 89
 réalité variable 20, 34
 recenseurs 27
 recension 27, 31
 réceptifs 66
 recontextualisation 21
 recteur 15
 rectification de vues 16
 redistribution bureaucratique 9
 redressement 19
 références fondamentales 29
 réflexe 7, 143, 152-154, 171
 réflexion argumentée 23
 réfractaires 95, 128
 refus camouflé 12, 16
 refus médicalisé 12
 règles d'attribution 12, 192, 200,
 208, 220
 règles éthiques 13, 37, 89, 211
 règles médicales 1
 règles religieuses 3
 régulation 103, 104, 162, 163, 200, 222
 rejet X, XVII, 17, 19, 30,
 128, 145, 209, 217
 relation interpersonnelle 9
 réminiscences culturelles 64
 renouvellement 19, 164
 résidus opératoires XVII, 207, 214
 respectables 3, 8, 69
 respiration spontanée 7
 responsabilité collective 10
 ressources naturelles 2
 restauration 6, 13, 76, 217
 restauration tégumentaire 5, 54, 81,
 93, 159
 restructuration 95
 résurrection 46, 59-61, 79, 80
 révélation XIV, XVII, 21, 27-29, 33
 révolution kaméliste XVIII
 rigoriste 15, 20, 90
 rites funéraires X, XVI, XVIII,
 64, 95, 133
 rituels 63
 rythme de vie 19
- S**
- S. Amar 21
 S. Mestiri 21, 45
 sacralité 49
 sacré IX, XV, 3, 10, 18, 22,
 24, 27, 34, 45, 62,
 65, 77, 79, 81, 128

sagesse	XVIII, 21, 31, 42, 46	souverain	63
sang du cordon	XVIII	sperme	46, 109
savant	XV, XVI, XVII, 30, 32, 33, 35, 44, 45, 49, 87, 132, 147, 148, 191, 193, 194, 200	sphère islamique	78
scanner	94, 182, 183	statut juridique	11
schismes	35	stérilisation	XVIII, XIX
science des sources	11, 33, 35	stimulations nociceptives	75
sciences expérimentales	45	stimulus hypercapnique	75
sciences islamiques	XIII, 15, 137, 144	stockage	XV, XVIII, 118
scripturaires	36, 87	stoïque	24
sécurité	4, 13, 19, 75, 138, 167, 168, 179, 180, 196, 208, 210, 211, 218, 220, 222, 225	stratégie	93, 119, 121, 124-126, 128, 179, 192, 194, 198, 217, 224
sécurité sanitaire	13, 168, 200	stratifications sociales	3
sélection du donneur	XVIII	structures de soins	13, 127
sens de la vie et de la mort	3	suaire	65
sensibilisation	3, 13, 68, 113, 119, 125, 160, 191-193, 195, 199	substitution chirurgicale	5
sentiment de culpabilité	6, 101	suicides	3
sépulture	62, 65, 78	summum	56
servitude	3, 47	Sunna	V, XV, XVI, XVIII, 18, 19, 27, 29, 30, 31-33, 35, 86
sexe	63, 101, 104, 132, 154, 180, 181, 187, 223	sunnites	XIII, XVI, XIX, 35, 36
shintoïstes	16	survie	2, 3, 4, 8, 13, 14, 54, 72, 83, 106, 144, 180
siège apostolique	32	synthèse	21, 45
signes cliniques	75, 168, 174	T	
signes neurologiques	75, 171	ta'aqqul	43
similitude	32, 33, 210	taâoun	86
sociodémographiques	129, 132	tabassur	43
sociologue	31, 80, 90, 191, 193, 194, 204	tabou	X, 63
sœurs	9, 116, 151, 157, 158, 172, 206	tachycardie	75
soignant	X, 8, 24, 66, 94, 128-134	takaful	86
solidaire	12, 62, 65, 83, 85	talak el ikrah	XVIII, 37
solutions	1, 11, 33, 35, 45, 69, 105, 106, 121, 193, 217	tandhur	43
Somalie	1, 106	taqlid (ou reproduction bloquée)	34
souches hématopoïétiques	XVIII, 207, 215	taqwa (la piété)	47
Soudan	1, 23	tatouage	15, 212
sourates	XIV, 28, 46	taux d'opposition	6, 117, 125
source de droit	XV, XVI, 29, 32	taux de refus	5, 12, 67, 116, 126, 127
sources formelles	33	techniques de soins	3
		technologiques	16
		téguments	8
		tendons	4, 207
		ténèbres	21, 45

-
- | | | | |
|---------------------------|---|-------------------------|---------------------------------|
| tensions familiales | 66 | tuteur légal | 116, 151, 156-158, 169 |
| test à l'éther | 71 | U | |
| testicules | 53, 55, 58, 141 | ulémas | 10, 18, 20, 38, 51, 86, 137-139 |
| têtes fémorales | 118 | Umar | 85, 87 |
| théories économistes | 90 | umma | X, XIX, 4, 21, 32, 83, 84 |
| théories inexistentiales | 91 | unanimité | 23, 32, 34, 43, 138, 139 |
| théories secondarisantes | 91 | univers | 9, 19, 41, 42, 44, 45 |
| théories spécificistes | 91 | Usul el fikh | XIX |
| tiers-monde | 43 | utilisation allogénique | XIX |
| tolérance | 16, 30, 89, 178, 186 | utilisation autologue | XIX |
| traçabilité | XVIII, 110, 167, 169,
170, 200, 201, 208, 220, 223 | V | |
| traditions | 31, 43, 59, 63, 65, 79 | validation | XIX, 5 |
| traductions | 21, 45, 46 | valves cardiaques | 13 |
| traitement aseptique | XIX | Vatican | 10 |
| trans-subjective | 89 | vie intervalle | 60 |
| transgresseurs | 23, 81 | voie royale | 19 |
| transition | 24 | Y | |
| transmetteurs des savoirs | 30 | Younés | 78 |
| transparence | 10 | Z | |
| transport du greffon | 5, 170 | Zakat | XX, 32, 85, 86 |
| traumatisme | 68, 72, 75, 132 | Zamakhchari | 44 |
| tronc | 62, 68, 73, 143, 144 | | |
| tronc cérébral | 72, 145, 146, 152-154 | | |
| tutelle | XIV, XIX, 32, 58, 90,
141, 159-161, 200, 201 | | |