

**Représentation par les Professionnels de Santé, médecins et paramédicaux
des prélèvements d'organes pour greffes dans un but thérapeutique
à travers leur prise en charge professionnelle des sujets en état de mort cérébrale.**

**Docteur Philippe ROMANO
DEA 1993**

POSITIONNEMENT de la PROBLEMATIQUE

HISTORIQUE

La première transplantation d'organe en France
a eu lieu à Paris en 1952 à l'Hôpital Necker
une maman a donné un de ses reins pour son fils.

En **1959** Mollaret et Goulon font la description inaugurale de ce qu'ils appellent ***coma dépassé ou mort cérébrale***.

Ils retiennent trois conditions :

* 1°) La constatation de quatre signes fondamentaux qui sont :

* la perte totale de l'état de conscience et de toute activité en dehors de réponses réflexes
à différents stimuli au niveau des muscles du tronc et des membres,

* l'abolition de toute activité dans le domaine des nerfs crâniens,

* l'abolition contrôlée de la respiration spontanée,

* la nullité de l'ElectroEncéphaloGramme,

* 2°) L'élimination de toutes les étiologies qui pourraient simuler la mort cérébrale, comme :
intoxications, hypothermie, troubles métaboliques,

* 3°) Un délai d'observation minimum, variable avec l'étiologie de cette mort cérébrale et pendant
lequel les signes de la mort cérébrale sont constants.

En **1968** première greffe cardiaque européenne à l'hôpital de La Pitié à Paris.

Cette même année 1968 voit l'Etat de Mort Cérébrale réglementairement défini par la circulaire n° 27 du 24-04-68 dite Circulaire Jeannenay qui reprend point par point la description principes de Goulon et Mollaret.

C'est grâce à la générosité de donneurs vivants que sont effectuées de 1953 à 1969 la plupart des 260 greffes rénales réalisées en France.

A partir de 1970 cette situation s'inverse, pour ne représenter à compter de 1980 que quelques pour-cent des greffes rénales pratiquées [*figure n° 1*].

Le taux le plus bas de donneurs vivants est atteint en 1991 avec 1,9 %, soit 38 des 1972 greffes rénales pratiquées cette année là.

QUESTIONNEMENT

A la fin de 1992, le cumul des greffes réalisées en France atteint

le nombre de 30.313 se répartissant selon les organes :

- Coeurs	4060
- Coeur-Poumons	373
- Poumons	378
- Foies	3495
- Reins	21565
- Pancréas	442

Ainsi l'activité de prélèvement, majoritairement pratiquée sur des sujets en état de mort cérébrale est devenue fréquente sans jamais être courante ni banale.

En 1992, des prélèvements [*figure n°2*] ont été effectués sur 960 sujets. Durant la même année au moins 615 autres sujets en état de mort cérébrale ont été pris en charge dans des services de réanimation ou d'urgences après y avoir été admis pour y être soignés.

Des médecins et des para-médicaux ont tenté de les sauver, mais l'échec a sanctionné leurs efforts ; la mort a été le vainqueur.

Ainsi, en statistiques "naïves", au moins quatre fois par jour en France en 1992 des soignants ont été confrontés à cet état : la mort cérébrale.

Le **questionnement éthique que représente le prélèvement d'organes** qui est avant tout un foisonnement de questions,

. soit médicales et sociales,
. soit philosophiques, religieuses et culturelles,
renvoit chacun à soi-même.

S'interroger sur le prélèvement d'organes c'est tenir un discours

* sur la mort,

* sur l'individu mort et

* sur les aspects scientifique et social de la transplantation.

Si l'aspect scientifique peut s'exprimer de façon schématique [figures 3,4,5,6 et 7], en nombre d'interventions et

en quantité de survie des greffons pour le rein et

des malades pour les autres organes,

l'**aspect social** et le **discours sur la mort** correspondent au **questionnement éthique** de chacun.

Le QUESTIONNEMENT ETHIQUE

Les greffes d'organes, aujourd'hui éclatante révolution des possibilités thérapeutiques, comme histogrammes et courbes des figures précédentes le montrent, induisent de multiples questions et problèmes dont les soignants concernés ne peuvent faire l'impasse de n'en pas considérer les aspects éthiques.

Mais, au delà du Corps des Soignants, cette considération interpelle toute la population à chacun des maillons de cette chaîne de solidarité, devant persister altruiste, qui permet à la médecine d'œuvrer avec ses techniques aux limites de "l'impossible réalisé".

Le premier chaînon de cette survie d'un patient condamné à décéder de sa maladie prend enracinement dans la mort d'un autre. **Tout à chacun** peut à tout moment, dans son être propre ou par un proche atteint, être impliqué par le début de cette chaîne de Fraternité :

LA MORT.

Mais **seuls les soignants** vont être confrontés à la prise en charge technique de ce mort qui permet parfois l'insensé exploit de transformer ce brutal et très souvent stupide décès en une vie retrouvée, pour l'un de ces patients en attente de ce fol espoir : **rajouter du temps à la vie !**

Et ils sont nombreux à attendre cette aventure : 5.721 au 1^{er} janvier 1993.

Quel peut-être le questionnement éthique de ces soignants ?

Quel est particulièrement le questionnement de ceux, qui, en raison de leur attache professionnelle, sont itérativement confrontés au début de cette chaîne :

la mort cérébrale.

Le questionnement éthique porte sur l'approfondissement d'une double perception qui peut être résumée en une apposition qui oppose :

la mort - la vie !

Mais dans les Services où cette étude a été menée, cette dualité s'exprime spécifiquement par l'inéquation consécutive à un échec de soins :

la MORT cérébrale - la SURVIE grâce à la greffe !

QUESTIONNEMENT ETHIQUE DES SOIGNANTS ?

Devant ces morts cérébrales, ces êtres morts

qui ne sont plus des malades guérissables,

qui ne sont plus des patients avec ou sans patience, mais

qui sont des corps morts : des cadavres

qui hébergent temporairement des organes devant permettre à des moribonds de renaître à la vie,

quel est le ressenti, le vécu de ces hommes et de ces femmes

qui durant plusieurs heures éprouvantes,

vont oeuvrer sur ces gisants au bénéfice d'agonisants

qu'ils ne connaîtront jamais ; **greffés et "revivants" ?**

Quelle est leur représentation de cette période ?

Question s'arc-boutant sur l'instinct, la nature de chacun,

s'appuyant aussi sur l'imprégnation culturelle, familiale, éducative ou religieuse,

mais également influencée par l'environnement social et professionnel.

Ainsi pour chacun la Société intervient aussi.

Leur éthique ainsi née, créée et élaborée n'est-elle pas aussi modulée par l'action de leur tâche et par le temps qui passe et souvent use ?

Que cette activité ait une source spontanée, instinctive ou qu'elle soit l'aboutissement d'une oeuvre voulue ou d'un travail imposé voire parfois abhorré ou rejeté le questionnement éthique de chacun est ainsi modulé.

Questionnement éthique aussi "autour" de ces Morts Cérébrales.

Nul ne peut ignorer ceux et celles qui formaient le cercle de vie de ces défunts : amis, familiers, enfants ou parents de ce mort réanimé, ses proches qui aujourd'hui sont brutalement plongés dans la fulgurance et toujours injuste douleur de voir disparaître un être aimé, chéri, unique et irremplaçable.

S'impose alors à tous l'idée du **respect de leur souffrance** et dans la problématique des prélèvements d'organes l'éventuel **respect de leurs volontés**.

Mais respecter leurs volontés, est-ce toujours pleinement et en vérité respecter **la volonté de celui qui n'est plus**,

comme la Loi de décembre 1976 en son article 2 nous le demande :

Des prélèvements peuvent être effectués à des fins thérapeutiques sur le cadavre d'une personne n'ayant pas fait connaître de son vivant son refus d'un tel prélèvement ?

Plus encore respecter leurs souhaits,

n'est-ce pas toujours accepter en fait de condamner à mort ceux qui sont en attente d'un **espoir fou : survivre**.

Ce rêve mythique, aujourd'hui envisageable grâce à cette technique transcendant la mort qu'est la greffe d'organes, organes "naturellement" voués à la putréfaction.

Questionnement éthique aussi quant au **Prélèvement d'Organes**, **potentialité permettant la réalisation d'une Greffe**.

Questionnement sur l'**atteinte chirurgicale** de ce "corps-cadavre".

Est-ce un viol ?...ou un vol ?...ce devrait être **un don** !

Ambiguïté que de vouloir respecter ce corps de mort tout en voulant redonner l'espoir de vie en y retirant des organes artificiellement maintenus viables.

JACQUES Prévert répond-il à cette étrange préoccupation lorsqu'il écrit ;

la Vie est dans la mort

la mort est dans la Vie.

quelle éthique personnelle pour tous les soignants, qu'ils soient femmes ou hommes, para-médicaux ou médecins ?

Cette interrogation personnelle devrait être sereine ;

Aujourd'hui elle est influencée par les obligations de l'Institution de travail,

mais elle est aussi modulée par le poids de la Société et de ses critères sociaux et culturels,

Surtout, cette réflexion est violemment bousculée par l'agression trop souvent tapageuse et accrocheuse d'un trop grand nombre de médias ne recherchant qu'un facile succès d'annonce en déconsidérant cette activité assurément technique mais aussi, oh combien fraternelle et humaniste !

METHODOLOGIE

Ce travail, par l'intermédiaire d'un questionnaire comportant 44 items, porte sur un collectif de 98 personnes réparties dans quatre services ayant une importante activité de prélèvements d'organes. Ces trois unités parisiennes et une bordelaise prennent en charge des sujets en état de mort cérébrale au moins de façon hebdomadaire.

1°) Typologie du groupe.

Les caractéristiques socioprofessionnelles sont décrites [*Tableau n° 1*].

La formation et les connaissances techniques et médicales différentes ont obligé à former trois sous-groupes schématiquement répartis en

* médecins 28 dont 4 femmes,

* infirmiers 20 et infirmières 34,

* agents hospitaliers et aides soignants 16 dont 2 femmes.

Cette répartition s'appuie aussi sur l'approche, le contact très variable de ces différents personnels avec les patients en général, et tout particulièrement pour cette étude avec les sujets en état de mort cérébrale.

Le **médecin** les a examinés pour établir avec un confrère ce redoutable, délicat mais scientifiquement précis diagnostic de mort cérébrale et pour apprécier la faisabilité technique d'un éventuel prélèvement.

L'**infirmier** reste avec cet hospitalisé en contact physique constant : surveillant ce corps, lui prodiguant des soins, y effectuant des prélèvements, touchant ainsi ce "presque cadavre" encore chaud, ventilé, oxygéné, aux organes survivants qui sont à préserver au mieux de leur fonctionnalité pour assurer "un après" qui seul peut justifier ces actions, ces efforts, cette obstination.

Les **agents** ne voient le plus souvent que de loin en loin ces sujets. Ils partagent avec les infirmiers les tâches ancillaires de soins et de toilettes.

Sans avoir toujours une connaissance technique suffisante, ils doivent, au delà de l'aspect d'un patient réanimé comme un autre blessé ou malade ordinaire, accepter qu'il s'agisse d'un mort.

2°) L'ancienneté professionnelle.

Un autre élément de différenciation retenu a été l'ancienneté de la pratique professionnelle.

Pour cette notion, il ne s'agit pas du temps passé à l'exercice global du métier depuis l'obtention d'un diplôme ou d'une qualification, mais il a été pris en compte le temps vécu spécifiquement dans ce type d'unité de réanimation.

Trois tranches ont ainsi été définies

- . moins d'une année de présence
- . de une à quatre années
- . plus de quatre ans d'activité.

Le désarroi qui étreint souvent ceux et celles qui découvrent pour la première fois ces services est parfois important et risque d'induire des réactions particulières.

Là, qu'importe alors le type de formation professionnelle et le passé culturel et cognitif, c'est la violence des événements, épisodiquement leur brutale cruauté qui interpelle au plus profond d'eux-mêmes les témoins et acteurs novices de ces malheurs de notre humanité.

Les trois sous-catégories sur ces critères regroupent :

* travaillant en réa depuis moins d'un an	8 médecins
	12 infirmiers
	4 agents
* travaillant entre un et quatre ans	10 médecins
	24 infirmiers
	6 agents
* travaillant depuis plus de quatre ans	10 médecins
	18 infirmiers
	6 agents.

3°) Les modalités d' **insertion de l'individu dans La vie et dans Sa vie.**

Cette dimension a également été prise en compte dans le questionnaire support de cette étude, *questions n° 3, 4, 5, 6 et 7.*

A-t-on les mêmes réactions, le même regard sur la vie, sur la mort,
à 25 ou à 50 ans,
si l'on est homme ou femme,
que l'on soit célibataire, veuf, marié, père, mère ou sans enfant ?

Il est habituel de considérer que ces facteurs qui sont plus que de simples marqueurs sociologiques influencent par leur forte prégnance le vécu de chacun vis à vis de tout évènement.

Il est donc indispensable d'en tenir compte dans l'analyse des réactions et comportements des sujets étudiés dans cette enquête [*figure n°8*] .

LE QUESTIONNAIRE

Lettre d'accompagnement :

I Aux Personnels des Services de Réanimation.

Vous travaillez dans un Service de Réanimation qui participe de façon importante à l'activité de Prélèvements d'Organes sur des Sujets en Etat de Mort Cérébrale.

Comme vous le savez cette activité de Prélèvement est indispensable à la réalisation de greffes d'organes, thérapeutique exclusive ou prioritaire de certaines maladies.

Si cette activité est primordiale, elle est limitée par un certains nombres d'obstacles que diverses enquêtes ont essayé de définir, d'appréhender afin d'en apprécier les possibilités d'évolution, d'amélioration.

Mais à ce jour un aspect n'a jamais été pris en compte, c'est l'opinion, le vécu des personnels ayant en charge les Sujets en Etat de Mort Cérébrale ; VOTRE REPRESENTATION de cette activité. C'est pour cette raison qu'aujourd'hui je m'adresse à vous et souhaite recueillir votre opinion sur différents aspects de cette activité du prélèvement : la mort, la mort cérébrale, les soins à dispenser à ces patients. En espérant que vous accepterez de prendre quelques minutes pour répondre à ce questionnaire je vous en remercie par avance.

Philippe Romano
Médecin Réanimateur.

Questionnaire à remplir anonymement et à me retourner dans l'enveloppe jointe. (Questionnaire en 45

Les **Professionnels de Santé**

et leur **Représentation** des **Prélèvements** d'Organes

sur les Sujets en Etat de **Mort Cérébrale**.

1 Hôpital :

2 **Service** : Réa-Chir [], Neuro-Chir [], Réa-Méd [], Réa-Polyvalente []

3 Votre âge : ans. Sexe : [F] [M] entourez la bonne réponse.

5 Environnement familial : Vous vivez seul [] , ou en couple [] ?

6 Vous n'avez pas d'enfant [] , ou vous avez un enfant de [ans] ,

si plusieurs enfants 7 indiquez ici les âges :

8 Vous classez vous en Laïc [] , Croyant [] , Praticant [] ?

9 Votre situation professionnelle : Agent Hospitalier [] , Aide soignant []

 Infirmier(ère) [] , Auxiliaire Anesthésiste [] , Surveillant(e) [] ,

 Etudiant en médecine [] , Médecin [] , Anesthésiste-Réanimateur [] .

10 Votre ancienneté dans ce service de réanimation cocher une case :

 Moins d'un an [] , Entre 1 et 4 ans [] , Plus de quatre ans [] .

11 Votre service reçoit :

 que des adultes [] , que des enfants [] , les deux [] .

12 **Pour vous, la Greffe d'Organe** représente une thérapeutique que vous qualifiez : d'Indispensable [

] , d'Acceptable [] , d'Inacceptable [] .

 Cochez votre bonne réponse.

13 Pensez vous qu'elle soit : Evitable [] , Inévitable [] .

14 La mort brutale d'un patient dont vous avez la charge est par vous ressentie

comme : naturelle [], inacceptable [], un échec [],
un drame [], sans valeur ni intérêt [],
autre (précisez)

15 La Mort Cérébrale. Cette situation scientifiquement bien décrite est **pour vous** : clairement définie [], imprécise [], cochez

autre (expliquez en clair)

16 Dans votre activité les **Sujets en Etat de Mort Cérébrale** sont-ils

des patients "comme les autres" ? [oui] ou [non] entourez votre réponse.

17 Leur prise en charge représente pour vous un travail :cocher une seule réponse

habituel [], désagréable [], intéressant [],
inutile [], utile, qui prépare une autre vie [].

18 Lors de la prise en charge d'un Sujet en Etat de Mort Cérébrale, votre **attitude** est plutôt : de vous "battre" [], ou de "laisser filer" [] ?

Cocher la réponse correspondant à votre comportement spontané.

19 La possibilité d'effectuer un prélèvement est définie en fonction de critères médicaux cliniques et para-cliniques (biologie, virologie...) et de démarches légales. Pour ces dernières, la Loi dit que le Médecin

"s'efforcera" de connaître l'opinion du défunt. Que pensez-vous ? cocher une seule ligne,

Il faut l'**avis précis du mort** [], comment ? [].

Il faut l'**avis explicite de la famille** [], qui ? [].

Il faut **demander** "aux proches" **ce que pensait** le défunt ? [].

Il faut **prévenir** du prélèvement **sans réclamer d'avis**. [].

Il ne faut pas ajouter un trouble à cette famille dans la peine et donc

ne rien leur dire et prélever [].

20 Le comportement des familles qui refusent que soit effectué un prélèvement vous paraît :

Normal [] Compréhensible []

Egoïste [] Inacceptable []

Autre, (en clair)

21 Donner à chacun une **information sur les Greffes** et donc expliquer l'**obligation d'effectuer des prélèvements** puis **assurer à tous la possibilité de signifier son propre choix de son vivant** vous paraît-il être une bonne solution [oui], [non]. entourez votre opinion.

Si cette solution était développée faudrait-il en outre : entourez votre réponse.

22 prévenir les proches d'un prélèvement [oui] , [non] .

23 suivre leur opinion même si elle est contraire à la volonté exprimée par le décédé [oui] , [non] .
Entourez votre réponse.

24 Pour vous le **prélèvement** d'organes **est** : cochez la réponse qui correspond à votre sentiment. :
un VOL [] , un VIOL [] , ou un DON [] .

Lorsqu'un prélèvement est pratiqué, êtes-vous informé ; entourez les réponses,

25 des démarches effectuées [non] , [oui] , par Qui ?

26 du déroulement du prélèvement [non] , [oui] ?

27 du devenir des greffons [non] , [oui] ?

28 Lorsqu'un prélèvement a été effectué sur un Sujet dont **vous aviez la charge**, ressentez vous le besoin d'en parler ? cochez une case

Surtout pas [] , Comme pour un autre patient [] ,

Oui tout spécialement [] .

29 **Si vous parlez** de ces Morts Cérébrales et de ces Prélèvements le faites vous

Plutôt avec des collègues au travail [] . , Plutôt à l'extérieur [] et

dans ce cas avec qui ? (Indiquez en clair)

- 30 Si vous avez pris en charge un Sujet en Etat de Mort Cérébrale,
après votre service, ressentez vous le besoin d'être seul (e) []
ou au contraire de rencontrer quelqu'un [].
- 31 Votre comportement est-il : inchangé [] , différent [] .
Si modifié essayez d'expliquer en clair :
- 32 De retour à votre domicile **êtes-vous** pour ceux qui vous entourent
moins disponible [] , plus disponible [] , inchangé [] .
- 33 Si les conditions de la réanimation sont telles qu'aucun prélèvement ne peut avoir lieu votre sentiment
vis à vis de cet **échec à prélèvement** est :
Indifférence [] , Soulagement [] , Déception [] .
Autre,(expliquez en clair)
- 34 Pour vous, existe-t-il une hiérarchie entre les organes ? Non [] Oui []
si oui, numérotez Coeur [] , Poumon [] , Foie [] , Rein [] , Cornée []
- 35 L'activité de prélèvements de votre service représente-t-elle un motif de demande de mutation ; Oui []
Non [] cochez la réponse la plus adaptée, même si elle n'est que théorique.
- 36 Lorsqu'un sujet en Etat de Mort Cérébrale est à prendre en charge, votre comportement est
spontanément : cochez la réponse correspondant à votre réaction
d'être volontaire [] , d'essayer d'éviter [] , indifférent [] .
- 37 Votre participation à l'activité de prélèvements d'organes sur les Sujets en Etat de Mort Cérébrale a-t-elle entraînée des **modifications** de l'**image** que vous aviez **de la mort** :
Oui [] , Non [] cochez une réponse,
- 38 et de votre **propre mort** : Oui [] , Non [] .
- 39 Le Prélèvement d'Organes à but Thérapeutique est une activité :
présentant une valeur humaniste [] ,
ou purement technique [] .

40 Le Prélèvement d'Organes doit pour vous faire l'objet d'**un débat**

cochez le plus proche de vos sentiments ; purement Technique [],

d'Ethique de la Société [],

de morale personnelle [].

41 Cette activité vous pose-t-elle des questions éthiques :

oui [], non []. Cochez une réponse . Si oui lesquels ? expliquez en clair.

42 **Connaître** ce que sont devenus les greffons prélevés sur un sujet en Etat de Mort Cérébrale dont vous avez eu la charge est pour vous :

sans intérêt [], anecdotique [], stimulant [].

43 Pensez-vous que la présence d'un(e) psychologue dans l'équipe soignante serait une aide pour le groupe : oui [], non [],

44 et pour vous personnellement : oui [], non [] ?

45 Pouvez vous essayer de motiver votre réponse. En clair merci.

Remerciements

Merci d'avoir pris du temps, d'avoir lu et rempli ce questionnaire.

*Jacques Prévert écrit ; **"la vie est dans la mort,***

la mort est dans la vie."

Professionnels de santé, nous sommes dans la vie !

Le verso des feuilles peut être utilisé pour vous exprimer librement, compléter des réponses, exposer votre opinion.

RESULTATS

1° / En fonction de la Qualification Professionnelle

et de la répartition en trois sous-groupes ;

* médecins,

* infirmiers et infirmières,

* agents hospitaliers et aides soignants.

Tableaux n° 2 et 3

L'état de mort cérébrale n'est pas clairement défini pour tous

[*Tableau n° 2*].

Si un manque de formation technique peut rendre compte de cette incertitude pour le personnel non diplômé, pour 37.5 % cette définition est imprécise;

il semble surprenant, pour ne pas dire inquiétant, de trouver ce même doute dans le corps infirmier et surtout parmi 7 % des médecins [*figure n° 10*].

La greffe d'organes.

Une large majorité 75 à 93 % selon le sous-groupe considère cette thérapeutique comme indispensable et seulement 4 % des infirmiers la considèrent comme évitable.

La maîtrise de connaissances techniques accroît cette prise de position

[*figure n° 9*]

Pour la prise en charge des Sujets en état de Mort Cérébrale,

là aussi l'accroissement des connaissances techniques augmente l'adhésion à ce travail [*figure n° 10*]

pour essayer d'aboutir au prélèvement d'organes qui est majoritairement considéré par tous comme un

don : 67 à 93 % [*figure n° 11*].

Le **prélèvement d'organes** [*Tableau n° 3*] est très majoritairement considéré comme un don pour 93.8 %.

Seuls 4 % le considèrent comme un vol.

Aucun ne retient le terme de viol.

Quelques médecins préfèrent introduire la notion "d'acte comme un autre".

La **motivation à prendre en charge** ce type de patient

est globalement réduite : 38.7 %.

Ce n'est cependant pas un motif de demande de changement de service pour la majorité. Seuls 4 % retiennent cette hypothèse [*figure n° 11*].

Il est à noter qu'existe pour 36 % des personnels une **hiérarchie** [*question n° 34*] entre les organes, et ceci quelle que soit leur situation professionnelle !

Pour ce tiers la classification retenue est :

en premier le	coeur, avec un coefficient de	21
puis le	foie,	36
	poumon,	38
	rein,	47
et enfin la	cornée	73.

(coefficient obtenu en affectant le numéro de classement à chaque organe)

Il est très important de noter [*figure n° 12*] le rôle mobilisateur que représente le fait de connaître le devenir des greffons prélevés sur un sujet en état de mort cérébrale dont la charge a incombé pendant de longues heures, six à douze, de préparation à l'intervention. Cette information est définie comme **stimulante** pour 79.6 % des personnels ayant répondu.

Quel dommage que trop souvent les services de transplantation, bénéficiaires pour leurs malades de ces rares et précieux greffons, ne prennent pas en compte ce souhait et ignorent splendidement cette activité de prélèvements.

Le manque de considération est plusieurs fois signalé avec amertume par ces personnels de réanimation.

Le travail de **prise en charge** des Sujets en état de Mort Cérébrale

[*Tableau n° 4*] ne semble pas avoir d'incidence importante sur l'image de la mort en général qu'ont les personnels questionnés,

ni sur l'image de leur propre mort.

Cette non interférence étant surtout marquée pour les plus formés techniquement

[*Figure n° 13*].

Un infirmier exprime même que

la **notion de "mortalité" est dans ce cadre plus humaine car associée à la vie, le prélèvement est un pied de nez à la mort.**

Le questionnement éthique.

Majoritairement, l'activité de prélèvement d'organes ne crée pas de questionnement éthique individuel,

cependant quelques remarques explicites à cette *question n° 41* sont à relever :

- * "préoccupation" lors de prélèvement *sans que ne soit précisément connu l'avis du mort.*
- * attitude de certains *chirurgiens considérant ces sujets en état de mort cérébrale comme des banques d'organes sans respect des personnes.*
- * *intérêts contradictoires entre la famille et les receveurs éventuels...*

Pour 63 % des personnels cette activité de prélèvements d'organes devrait faire l'objet d'un débat éthique au niveau de la société [*Figure n° 14*].

75.5 % trouvent humaniste cette pratique.

Le commentaire d'un infirmier âgé de plus de 35 ans, ayant une "vie" de plus de quatre années dans son service de réanimation interpelle de façon importante.

Cet homme laïc, avec enfants, qui a une idée clairement définie de la mort cérébrale et qui considère le prélèvement comme un don pour que se réalise l'indispensable et inévitable greffe d'organe dont le but est de redonner vie reconnaît :

" En fait seules les conditions dans lesquelles sont effectuées les prélèvements d'organes me gênent, furtives, à l'abri des regards, nocturnes le plus souvent elles nous amèneraient presque à penser que nous commettons des délits..

Parler sans relâche des dons et des greffes d'organes amèneraient peut-être les individus à se déterminer, à le dire, à l'écrire.

Tout se ferait ainsi sans le secours d'une loi qui donne lieu à tant de polémiques. Le fait que l'on prélève les organes de sujets qui ne présentent pas de documents attestant qu'ils ne s'y opposent pas me paraît être un scandaleux abus de pouvoir. L'on tire bon parti d'une loi scélérate (principe dit du consentement implicite !...)".

L'implication personnelle explorée par les *questions n° 28, 29, 30, 31, 32 et 33* est difficile à interpréter en raison d'une forte proportion de "non réponse".

Mais l'absence même de réponse ne signe-t-elle pas l'expression d'une gêne à se découvrir ou à s'interroger sur son propre ressenti ?

Le relevé de certains commentaires en prend un plus grand intérêt :

* *besoin de parler, rire, se prouver que la vie est toujours là.*

* *En parler tout spécialement ;*

donner son avis sur le bien fondé du prélèvement,

comment s'améliorer dans la prise en charge

En parler en dehors : la mort reste un tabou !

* *Réintroduire dans la société l'idée que la mort est une étape de la vie, se familiariser avec la mort.*

Ne plus la cacher, en parler.

En s'arrêtant aux réponses collationnées, il semble que l'implication de chacun soit proportionnelle à l'importance de la formation technique.

Ne s'agit-il pas plus, en fait, d'un problème de compréhension ou plus encore d'aptitude à formaliser des réponses ?

[*figures n° 15 et 16*].

Prélèvement et consentement.

[*Tableau n° 5*]

L'appréciation du consentement ou du refus à pratiquer un prélèvement vis à vis du décédé et de sa famille est explorée par les *questions 19, 20, 21, 22 et 23*.

Les deux points les plus caractéristiquement tranchés sont :

* le choix massif pour une décision personnelle : 95.9 %

"l'avis du mort" ou bien "les gens devraient faire de leur vivant une autorisation écrite de prélèvement ou de refus" et

* la grande importance donnée à l'opinion de la famille [*Figure n° 17*].

"les familles sont à prévenir de façon systématique" précisent plusieurs d'entre eux.

Cette importance est si grande que pour seulement 75.5 %, elle doit s'effacer devant l'avis, le souhait du décédé

[*Figure n° 18*].

Ce culte prééminent de la famille se retrouve, *question n° 20*, dans l'opinion globalement favorable vis à vis des refus familiaux aux prélèvements.

La compréhension de cette attitude est affichée par 89.7 % des personnels.

Cette décision est même considérée comme normale par 12,5 % des agents et aussi par 7 % des médecins et infirmiers.

Ne trouvent ce refus égoïste que 14 % des médecins et 8 % des infirmiers.

Seuls 4 % d'infirmiers le qualifie d'inacceptable.

Présence d'un Psychologue dans l'Equipe Soignante

[Questions n° 43 et 44 - Tableau n° 6 Figure n° 19].

Il est à noter dans l'acceptation ou le refus d'une telle aide quelques éléments caricaturaux.

Une telle présence d'un psychologue dans l'équipe soignante n'est rejetée que par 44.8 % des membres de cette équipe.

Parmi ceux qui acceptent cette présence un quart détaillent leur réponse :

- la mort est un sujet tabou et il serait plus facile d'en parler avec une personne dont le métier est d'écouter et de faire verbaliser les angoisses de chacun.

- sa présence permettrait de faciliter l'échange d'idées, de sensations.

- au delà du cas des sujets en état de mort cérébrale, cette présence peut être utile en général...mais pas de présence à temps plein (comme s'il fallait qu'existe une possibilité "d'échapper" à un tel regard...).

- cette présence permettrait d'évacuer le stress de la prise en charge des patients de réa;

- pour mieux aborder le deuil et la mort.

- ce serait une aide pour l'accueil des familles des sujets en état de mort cérébrale.

Mais ce qui est bon pour le groupe à 51 % devient inacceptable pour soi-même !

Les éléments constituant du groupe refusent à 71.4 % l'idée que la présence d'un psychologue puisse être une aide personnelle.

Le questionnaire et les réponses libres ne permettent pas de savoir si cette position représente une fuite...une grande pudeur...ou plus probablement le manque de formation de beaucoup à savoir examiner ses sentiments ,son comportement de façon sereine et équilibrée.

N'est ce pas aussi la grande difficulté d'accepter de se remettre soi-même en question ?

Pour beaucoup avoir besoin de l'aide d'un psychologue n'est-il pas synonyme de faiblesse que l'on préfère **se cacher et garder secrète** !

Le ROLE et l'IMPACT de l'USURE du TEMPS

Dans les services de réanimation la "durée de vie" ou durée temps d'activité est variable en fonction des catégories professionnelles.

[*Tableau n° 8*]

POUR LE CORPS MEDICAL.

* Les médecins en apprentissage y séjournent le plus souvent moins d'un an, le temps d'un stage ou d'un semestre de formation pour les Internes ;
pour notre collectif 28 % sont dans ce cas.

* Les médecins les plus anciens, chevronnés ou cadres travaillant depuis plus de quatre ans dans les unités faisant l'objet de cette étude représentent 35.7 % de ce sous-groupe.

POUR les INFIRMIERES et INFIRMIERS.

* L'affectation récente, le plus souvent à la sortie de l'Ecole, aujourd'hui dénommée Institut de Formation en Soins Infirmiers, représente 22 % de notre collectif.

* Pour 33 % leur présence au-delà de quatre années représente le plus souvent un choix en rapport avec l'intérêt professionnel trouvé dans ces structures à haut niveau technique, même si cet attrait se paye d'une activité plus fatigante et prenante que dans d'autres structures au rythme de travail moins dur.

POUR les AGENTS.

L'étude est moins aisée quant à la durée d'activité dans ces services, le faible nombre ; 16 personnes ne permet pas d'analyse.

On peut cependant remarquer que ce type de personnel a une répartition souvent dichotomique, les uns restent peu de temps, l'emploi y est pénible pour une faible spécialisation, d'autres au contraire très intégrés dans le fonctionnement technicisé de ces unités y trouvent un intérêt et souvent une valorisation de fait que leur niveau théorique de connaissance ne permettrait pas d'exprimer dans d'autres lieux.

La définition de la mort cérébrale.

On doit noter que cette notion perd de sa certitude avec le temps !

Sa claire définition s'érousse avec les années, passant de 92 à 90 puis 88 %

[*Figure n° 21*]

La même érosion atteint la notion d'utilité quant à la prise en charge des Sujets en état de Mort Cérébrale, chutant de 83 à 47 % !

Comme s'accroît en une espèce de miroir l'indifférence quant à cette activité : 50 puis 60 et 65 % [*Figure n° 22*].

La **lassitude** de ces professionnels se manifeste par l'émergence au-delà de la quatrième année d'un désir de mutation en rapport avec l'activité de prélèvement, exprimé par 6 % d'entre eux [*Figure n° 23*]. La demande de mutation pour 8 % au cours de la première année doit être interprétée comme la non adaptabilité de personnels affectés dans ce type de service de façon parfois ni volontaire ni choisie.

La "durée" dans ce type de service à lourde charge physique et émotionnelle ne semble pas entraîner de manifestations significativement différentes quant au ressenti sur son être ni sur son expression de vie.

Cependant apparaît avec le temps l'émergence du besoin d'un soutien psychologique.

La présence dans l'équipe d'un psychologue est ressentie comme une aide pour le groupe, sentiment qui croît de 42 à 65 %.

Mais la défense vis à vis de soi-même persiste et l'aide attendue personnellement reste plus faible, même si elle s'accroît de 15 à 41 %

[*Figure n° 24*].

La tonalité globale de ce chapitre correspond à l'**apparition avec le temps d'un état de lassitude et de démotivation.**

Ce constat peut-il rendre en partie compte de la diminution des prélèvements menés à terme ?

Cette chute est clairement établie depuis plusieurs mois en France, moins 11,52 % pour l'année 1992 par rapport à 1991 ?

Cette impression est renforcée par les réponses à la *question n° 36* .

Elles montrent que le volontariat à la prise en charge des Sujets en état de Mort Cérébrale passe de 50 % à 40 pour s'effondrer à 29 %.

Dans le même temps apparaissent, au-delà de la quatrième année, 6 % de personnels qui évitent cette tâche

[*Figure n° 22*]

Attitude religieuse laïcs, croyants et pratiquants

vis à vis de la **mort cérébrale**, du **prélèvement** - du **don d'organes**.

En 1991, un audit réalisé par le groupe de Communication Francom sur "l'Image de Marque" de France-Transplant avait individualisé des réactions différentes au regard de la mort cérébrale et des

prélèvements d'organes en fonction des personnes interrogées par rapport à leur problématique vis à vis d'une position religieuse.

Dans notre enquête nous avons interpellé, *question n° 8*, les professionnels interrogés quant à cette position ;

44 se sont déclarés "laïcs",

46 croyants et

8 pratiquants.

[*Tableau n° 9 et Figure n° 25*].

L'étude de notre groupe [*Figures n° 8 et 25*] montre :

* une discrète minorité de 44.8 % de sujets se déclarant "laïcs".

* un très faible pourcentage de pratiquants : 8 % de l'ensemble ou 14.8 % des non laïcs, tous âgés de plus de 35 ans.

* la moitié des pratiquants sont des médecins.

Et 38.7 % des médecins se déclarent pratiquants

[*Figure n° 25 et Tableau n° 1*].

* si les hommes se répartissent à égalité entre attitude laïque et religieuse, seulement 38 % des femmes se déclarent laïcs,

57 % se disent croyantes.

Mort cérébrale et prélèvements en fonction des attitudes religieuses.

[*Tableau n° 10*]

En dehors de la problématique du prélèvement d'organes dans le cadre de la mort cérébrale, la mort brutale est vécue de façon différente en fonction de l'implication religieuse. Les pratiquants semblent vivre cet évènement avec un plus grand fatalisme que les autres c'est un évènement naturel pour 50 % d'entre eux..

Ce qualificatif n'est retenu que par 45 % des laïcs et seulement 26 % des croyants.

Les laïcs ont globalement une bonne appréhension de la définition de la mort cérébrale [*Figure n° 27*].

Si les croyants sont unanimes à ressentir le prélèvement d'organes comme un don, seulement 50 % des pratiquants ont ce sentiment [*Figure n° 26*].

Les croyants sont les plus nombreux à trouver la prise en charge des SMC utile ; 75 % contre 50 et 68 %, mais c'est parmi eux que la tendance ou la tentation à ne pas se battre est la plus importante 25 % contre 18 % chez les laïcs et 5 % pour les croyants

[*Figure n° 27*].

En fonction de l'implication religieuse, **place des familles** dans la problématique des prélèvements d'organes.

[*Tableau n° 11 et Figures n° 28 et 29*]

Pour les pratiquants, l'avis du décédé semble être de grande importance.

Ils veulent à 50 % connaître son avis et respecter sa volonté à 75 % en cas de divergence avec la famille.

Pour les laïcs leur attitude est assez proche quant à l'avis du défunt qu'ils souhaitent connaître dans 59 % des cas et respecter à 77 % en cas de divergence.

Les croyants sont ceux qui attachent le plus d'importance à l'opinion des familles. Ils souhaitent leur avis à 30 % contre 25 ou 18 %.

La *question n° 20* qui **qualifie le refus des familles** à un prélèvement voit un regroupement des laïcs et des croyants qui, majoritairement 90 et 82 % , comprennent cette position.

Les pratiquants se partagent sur des opinions plus tranchées trouvant ce refus

soit égoïste pour 50 % ,

soit normal pour 25 % ,

ce qualificatif n'étant retenu par aucun laïc et seulement par 13 % des croyants.

Prélèvements d'organes et **implication personnelle** en fonction de l'option religieuse

[*Tableau n° 12*].

Les pratiquants s'individualisent sur plusieurs points :

* connaître le devenir des organes prélevés représente pour ce sous-groupe la plus faible motivation ; 50 % y sont sensibles contre 75 % par les laïcs et surtout 91 % des croyants

[*Figure n° 30*].

* après avoir pris en charge un sujet en état de mort cérébral ils sont les plus nombreux à souhaiter **se retrouver seul** : 50 % contre 13 % pour les croyants et 5 % pour les laïcs.

Ce besoin d'être seul est en relation avec le sentiment d'un comportement le moins inchangé, 50 % contre 60 et 68 %

[*Figure n° 32*].

* ils sont les moins déçus si un prélèvement ne peut être mené au terme,

75 % pour 82 % chez les laïcs et 87 % pour les croyants.

* pour eux il n'existe pas de hiérarchie parmi les organes, notion qui est présente chez 45 % des laïcs et 35 % chez les croyants

[*Figure n° 30*]

* le besoin de parler à autrui de ce travail spécifique n'apparaît pas chez eux.
Cet échange est recherché pour 9 % des laïcs et 22 % des croyants.

Il est fait respectivement pour 5 % des Laïcs et 13 % des croyants

[*Figure n° 31*].

Influence de l'attitude religieuse sur l'éthique du prélèvement d'organes

[*Tableau n° 13*].

Cette activité n'entraîne de préoccupation éthique, avouée, que pour 37 % des laïcs et 26 % des croyants et chez aucun pratiquant.

Les trois sous-groupes sont assez homogènes quant aux réponses aux *questions* n° 35, 36, 37, 38, 39, 40 et 41 qui explorent cette problématique.

Cependant, les pratiquants pensent majoritairement, 75 % d'entre-eux, que le prélèvement d'organes doit faire l'objet d'un débat éthique au niveau de la société [*Figure n° 33*] alors que laïcs et croyants considèrent qu'il s'agit d'un débat de morale personnelle à 22 et 26 % ou d'un débat purement technique pour 9 et 13 %.

Aucun pratiquant ne trouve dans cette activité un motif à demande de mutation contre 5 % dans les deux autres sous-groupes

[*Figure n°34*].

Les croyants se répartissent à égalité vis à vis de cette activité entre le volontariat et l'indifférence, aucun n'évite cette tâche contre 4 % des croyants qui le font.

Le volontariat est de 41 % chez les laïcs et de seulement 35 % pour les croyants.

L'image de **la** mort semble peut influencée dans ces trois sous-groupe par l'activité de prélèvement d'organes,
mais l'image de **sa propre** mort est modifiée pour 28 et 35 % des laïcs et des croyants et pour aucun pratiquant

[*Figure n° 34*].

. prévenir les proches d'un prélèvement d'organes s'impose à 86 % des hommes "*par correction*" et à 95 % des femmes.

. ne pas les prévenir correspond à la réponse de 11 % des hommes et à celle d'aucune femme.

Et si l'avis de la famille s'opposait au souhait du défunt ?

. 14 % des femmes et des hommes accepteraient de suivre l'opinion de la famille,

. 80 % respecteraient le souhait du défunt.

[*Figure n° 36*].

L'**impact professionnel** est-il modifié selon le **sexe** ?

Le volontariat pour la prise en charge d'un sujet en état de mort cérébrale est plus marqué chez les femmes : 48 % que chez les hommes : 32 %.

Et parmi ceux-ci 4 % signalent éviter cette tâche.

La valeur humaniste du prélèvement est reconnue par 90 % des femmes et par 65 % des hommes.

L'influence de ce type d'activité sur le comportement est peu marqué en fonction du sexe.

Les hommes sont 75 % à vouloir en parler "comme pour une autre activité",

61 % des femmes sont dans ce cas.

Elles sont 10 % à souhaiter "éviter" ce propos contre 7 % d'hommes.

[*Tableaux n° 16 et 17 , Figure n° 37*]

Implication éthique et sexe des individus.

[*Tableau n° 18*]

Cette implication est plus marquée chez l'homme, 32 % que chez la femme, 24 %.

Les hommes sont 68 % à penser que le prélèvement d'organes doit faire l'objet d'un débat d'éthique de la Société,

les femmes ne sont que 57 % à le penser.

Celles-ci privilégient la dimension de morale personnelle : 33 % contre 14 % des hommes.

[*Figure° 38*]

La position vis à vis de la présence d'un psychologue dans l'équipe est ressentie de façon commune : appréciée pour la groupe, cette proposition n'est pas acceptée au plan individuel.

Analyse des résultats

Dans la problématique Publique de la Transplantation d'Organes,
les acteurs de la phase glorieuse : la Greffe,
sont l'objet d'une valorisation importante grâce au symbolisme très fort de l'Acte de Transplantation,
Mais qu'en est-il des tacheurs anonymes de la phase "honteuse" et tabou du prélèvement ?
Notre étude a essayé, probablement incomplètement et imparfaitement, de lever le voile sur leurs
sentiments, leurs ressentis, leurs interrogations éthiques.

Tous s'interrogent sur cette activité,

Beaucoup l'acceptent avec un certain état de résignation puis de démotivation qui apparaît avec le temps.

A 63 % ils souhaiteraient qu'un débat éthique au niveau de la Société s'instaure sur ce sujet des
prélèvements d'organes sur les sujets en état de mort cérébrale.

N'est-ce pas à la Société, à chacun d'entre nous de nous prononcer quant à cette problématique ?

La Greffe existe,

le plus grand nombre souhaitent bénéficier de cette thérapeutique de 75 à 93 %. Mais combien ont fait la
démarche de s'arrêter quelques instants sur l'obligation de prélever des organes et donc de se décider de
son vivant sur l'opportunité de donner ou non ?

Cette prise de position claire et nette est presque unanimement réclamée par tous les personnels de santé
impliqués dans la prise en charge des sujets en état de mort cérébrale : 87 à 100 % la souhaitent.

Certes, il faut noter qu'en l'état actuel de la réflexion publique, l'avis de la famille garde un poids
particulièrement important.

Préoccupation éthique de ces personnels ?

Elle existe de façon importante.

La validité de leur action est sous-tendue par une importante adhésion à cette action : pour 61 %
elle est utile.

93,8 % considèrent ces prélèvements comme un don !

Leur adhésion se traduit dans l'action : 39 % sont volontaires pour prendre en charge ces patients
particuliers qui pour un tiers des soignants ne sont pas comme les autres.

L'adhésion à cette action est confirmée par l'important sentiment de déception lorsqu'un prélèvement ne peut aboutir : 83,7 % l'expriment ainsi.

Si ce non prélèvement est en rapport avec un refus familial, 10 % dénoncent cet égoïsme mais 8 % reconnaissent normal cette opposition.

Là encore beaucoup souhaitent que le défunt se soit clairement prononcé avant...afin que nul prélèvement ne puisse se réaliser avec l'impression de commettre un geste répréhensible.

Mais l'enthousiasme s'émousse avec le temps !

Les facteurs de démotivation clairement retrouvés sont cristallisés par un état de non reconnaissance.

L'absence d'information sur le devenir des greffons est regrettée par 71 % dès la phase du prélèvement.

Et la démotivation est accrue pour 81,6 % par l'ignorance du devenir de ces organes qui ont été réanimés pendant de si longues heures.

La Problématique Ethique sur ce Fait de Société est modulée par l'option religieuse.

Il semble que les pratiquants aient une adhésion moins marquée à cette situation du prélèvement d'organes : 75 % contre 80 % pour le reste de la population étudiée, mais leur implication professionnelle y est plus complète et plus durable.

Ce sont les croyants non pratiquants qui tiennent le plus grand compte de l'avis des familles, quitte pour 25 % d'entre eux à privilégier l'avis familial par rapport au souhait du défunt.

Les laïcs ne se différencient des croyants que par une plus grande distance vis à vis de cette activité. Elle est pour 81 % d'entre eux identique à une autre activité, opinion partagée que par 56 % des croyants.

La prise en charge des sujets en état de mort cérébrale ne modifie le comportement que chez 23 % des laïcs contre 31 % chez les autres soignants.

La disponibilité des laïcs est inchangée pour 90 % d'entre eux contre 65 % pour les autres.

Différence de comportement entre femmes et hommes également

Les hommes ne souhaitent demander aux proches l'avis du défunt que dans 39 % des cas, alors qu'il est réclamé par 57 % des femmes.

L'acceptation professionnelle semble plus marquée chez les femmes : 48 % sont volontaires pour s'occuper de ces sujets en état de mort cérébrale contre 32 % chez les hommes qui considèrent davantage cette activité comme purement technique 21 % contre 10 % des femmes.

Au total, il semble que la poursuite de cette activité de prélèvements, largement considérée comme bénéfique par 83,7 % et humaniste par 75 % s'accompagne de la part des personnels soignants du souhait du maintien de l'esprit de la loi Caillavet mais avec une très forte prise en compte de la famille par une information souhaitée dans trois quart des cas.

Le développement de cette activité semble pouvoir perdurer.

L'implication professionnelle y est forte et une éventuelle incidence personnelle négative relativement faible.

Ce risque d'implication personnelle est diversement appréhendé.

L'appel à un psychologue est globalement mal vécu. Les plus anciens, les plus âgés, les hommes, les médecins et les pratiquants acceptent relativement cette participation vis à vis du groupe. Seuls les pratiquants manifestent pour 75 % d'entre eux l'accord de la présence dans l'équipe d'un psychologue pour eux-mêmes.

Mais la représentation de cette mort cérébrale est sujet à altération.

C'est la lassitude, la démotivation, la non reconnaissance de cette activité de prélèvements qui représente le risque le plus délétère quant à la pérennisation de ce premier acte de la transplantation : le prélèvement.

Si ce travail permettait de mieux appréhender le comportement éthique de tous ces personnels qui oeuvrent à réaliser des prélèvements d'organes, il serait alors possible d'envisager qu'ils soient un peu plus reconnus, considérés.

Certes **la LIBERTE de chacun est de choisir** le devenir de son corps au-delà de la mort, mais **l'EGALITE de tous est de souhaiter** pouvoir bénéficier de thérapeutiques salvatrices dont la réalisation passe

par la **FRATERNITE acceptée entre tous**, par un don d'une partie de soi qui ne peut être mené à bien que par le travail, l'investissement professionnel et personnel des soignants.

BIBLIOGRAPHIE

Les éléments principaux qui ont permis la préparation, l'information et la formation pour la préparation de ce mémoire se trouvent dans les références énumérées dans les pages suivantes.

BACQUE M. F.

Ethique et deuil. Chap II. p 253-261,

in : "Le Deuil à vivre" Editions Odile Jacob, Paris 1992.

BERNARD J.

Ethiques et transplantation d'organes. p 73-78,

in : "Deuxième symposium du Groupe Coopératif de Transplantation d'Ile-de-France :

Paris 1985.

BROYER M.

Ethique et Transplantation. Chap IX. p 129-137,

in : "Le prélèvement d'organes" Ph.LANG et D.HOUSSIN. Editions Masson, Paris 1992.

DIEGO-BOISSONNET M-L.

Risque d'épuisement professionnel : une infirmière sur quatre.

Le Quotidien du Médecin, n°5145, p 28, 1993.

FOUGERE M.L.

Problèmes éthiques et juridiques posés par les prélèvements et transplantations d'organes. p 25-26,

in :Deuxième journée des comités d'éthique des hôpitaux de l'Assistance Publique à Paris,

supplément au n°3 du 21 janvier 1989, Le Concours Médical.

GAZENDEL J.

Considérations actuelles sur la réanimation et la mort.

PSYCHOSOMATIQUE, XIV, p 63-78, 1988.

GOULON M. et BABINET P.

Le coma dépassé.

Cahiers de Laënnec, XXX n°3, p 5-14, 1970.

GREZARD O. et NIVET H.

Prise en charge en réanimation du sujet en état de mort cérébrale. p 67-78,
in : Les Prélèvements d'organes pour la transplantation. Editions Doin, Paris, 1992.

HABERAL M. Kaynaroglu V. et Bilgin N.

Ethics in organ procurement in Turkey.
J. Transplant Coordination, Vol 2, p 28-32, 1992.

HERVE C.

L'éthique en pratique anesthésiologique quotidienne.
AGRESSOLOGIE, XXXI, p 737-739, 1990.

HIGGINS R.W.

La souffrance des soignants face à la mort.
Soins Psychiatrie, n°91, p 25-28, 1988.

HILDGEN D. et LEAU C.

Les soignants face à l'abstention ou l'arrêt des soins.
Réan. Soins intens. Méd. Urg. VII n°7, p 416, 1991.

HORS J.

Ethique de la répartition des greffons en transplantation d'organe dans France-Transplant.
in : Les Actes 3^{ème} congrès international d'Ethique Médicale, Ed. Ordre National des Médecins, Paris, 1991.

KREIS H.

Reflections on the ethics of organ transplantation.
Newsletter of the European College of Transplantation, n°1, p 1 & 6-11, 1992.

LAFARGUE M.M.

Vécu de la réanimation par les soignants en service de transplantation.
Agressologie, Vol XXXI n°10, p 729-731, 1990.

MARSH W.

Medical evaluation of the prospective transplant recipient. p 1-43
in : The Handbook of transplant management, Ed. R.G.Landes, Austin USA, 1991.

MARTIN J.

Problèmes actuels au carrefour de l'éthique, de la médecine et du droit.

Méd. et Hyg. Vol L, p 2730-2741, 1992.

MICHAUD J.

La mort cérébrale. Le point de vue du juriste. p 47-50,

in : La Transplantation d'Organes, J.E.P.U., Editions Arnette, Paris, 1989.

NIVET H. et coll.

Prélèvements d'organes en pédiatrie. Aspects généraux et éthiques.

Agressologie, Vol XXXI n°10, p 753-755.

POTTECHER Th. et coll.

Problèmes éthiques posés par l'information des familles de donneurs d'organes.

Agressologie, Vol XXXI n° 10, p 756-757.

ROMANO Ph. Romano H.

Vécu des personnels dans un centre de prélèvement d'organes.

Agressologie, Vol XXXI n° 10, p 758-764.

ROMANO Ph.

Network of emergency services and intensive care units for organ procurement. p 95-97.

in : Proceedings of the second international meeting on organizational aspects of transplantation in Genova 1991 .

Ed G.Sirchia,

ROMANO Ph

La mort cérébrale : définition et physiopathologie. Chap.III, p 33-42,

in : Le prélèvement d'organes, Editions Masson, Paris, 1992.

ROYER P.

Problèmes éthiques posés par les transplantations d'organes chez l'enfant.

Les Cahiers du M.U.R.S. n° 16, p 83-88, 1989.

Séminaire de l'Association des Anesthésiologistes Français

Coma dépassés et prélèvements d'organes.

Ann.Anesth.Franç. XV^{ème}année, N°spécial III, 256 pages, Editions Doin, 1974.

TCHAOUSSOF J.et coll.

Greffes de cornées. Problèmes de prélèvement d'organes et résultats.

Convergences Médicales, Tome II n°2, p 131-133, 1983.

THOMAS L-V.*A propos du deuil.*

Synapse, n°35, p 25-38, juillet-août 1987.