

**Questions posées dans le cadre de la consultation publique
du 16 juin 2025 au 19 septembre 2025 sur les**

Directives «Diagnostic de la mort et mesures médicales préliminaires en vue d'un don d'organes»

Avant leur approbation définitive par la Commission Centrale d'Éthique, le Comité de direction et le Sénat de l'Académie Suisse des Sciences Médicales (ASSM), toutes les directives médico-éthiques sont soumises à une consultation publique d'une durée de trois mois. Les avis adressés au Secrétariat général de l'ASSM sont ensuite examinés et pris en compte lors de la rédaction de la version définitive.

Les participant.e.s à cette consultation publique ont pu exprimer leur opinion sur chaque chapitre, avec la possibilité d'ajouter des commentaires et des justifications.

Les participant.e.s à cette consultation ont également été invité.e.s à répondre aux cinq questions suivantes:

Question 1) Le projet de directives révisées prévoit des modifications concernant le don d'organes chez les enfants et les nouveau-nés.

1a) Les directives révisées autorisent le don d'organes aussi pour les nouveau-nés (jusqu'à maintenant: seulement après 28 jours de vie). Ce changement est justifié par le fait que le diagnostic de la mort est fiable dès la naissance.

Approuvez-vous cette extension?

1b) Les directives révisées prévoient nouvellement un temps d'attente et, en fonction des circonstances, un double examen clinique chez les enfants, conformément aux règles internationales.

Approuvez-vous ces exigences?

Question 2) Les directives définissent la formation et l'expérience dont les médecins doivent disposer pour être autorisé.e.s à poser le diagnostic de la mort. De nouvelles disciplines médicales accèdent à cette autorisation.

Le texte des directives ouvre la possibilité de pratiquer le diagnostic de la mort aux médecins spécialistes en néonatalogie, en anesthésie et en médecine interne, à condition qu'ils ou elles aient travaillé au moins 3 ans dans un service de médecine intensive (pédiatrique) et qu'ils ou elles aient réalisé 5 diagnostics sous supervision (avec preuve documentée).

Approuvez-vous cette extension?

Question 3) Le texte révisé des directives traite de manière détaillée des mesures de maintien de la perfusion des organes (NRP).

Lors d'un DCD, il est possible de préserver la qualité des organes au moyen d'une perfusion régionale normothermique (NRP). Une différenciation est faite entre la NRP abdominale (irrigation des organes de la cavité abdominale) et la NRP thoraco-abdominale (rétablissement complet de la circulation avec reprise de l'activité cardiaque).

En raison de considérations médico-éthiques et juridiques, la NRP doit être réalisée de manière à prévenir toute nouvelle irrigation du cerveau. Selon la littérature, il n'est pas possible actuellement d'en être suffisamment sûr.e pour la NRP thoraco-abdominale. C'est la raison pour laquelle, selon le projet de directives, il convient de renoncer à la NRP thoraco-abdominale.

Partagez-vous la recommandation figurant dans les directives révisées de renoncer pour le moment à la NRP thoraco-abdominale?

Question 4) Le texte des directives révisées utilise le terme perte permanente des fonctions du cerveau comme critère de diagnostic de la mort.

Dans la loi, il est écrit qu'une personne est décédée lorsque les fonctions du cerveau ont subi un arrêt irréversible (art. 9, loi sur la transplantation (LTx)). Dans le message sur la LTx, à côté du terme «irréversible», il est aussi fait usage de l'adjectif «permanent». Le fait déterminant pour poser le diagnostic du décès est que les fonctions cliniques de l'ensemble du cerveau, qui fournissent les prestations centrales d'intégration de l'organisme humain, ont cessé de manière durable.

C'est dans ce sens que l'expression «perte permanente des fonctions cérébrales» est utilisée dans le texte des directives, parce que lors d'un DCD, une nouvelle irrigation du cerveau grâce aux mesures de réanimation serait possible.

Approuvez-vous l'utilisation de l'expression «perte permanente»?

Question 5) Dans le texte des directives révisées, dans la note de bas de page 27, il est fait mention d'un avis défendu par une minorité de la sous-commission. Quelle est votre opinion?

Le groupe minoritaire au sein de la sous-commission propose de renoncer au contrôle des six signes cliniques de la mort lorsque l'on est dans une situation de DCD. À la place, un nouveau contrôle de l'arrêt circulatoire pourrait être réalisé après un temps d'attente de cinq minutes.

La majorité de la sous-commission préfère conserver la même manière de procéder que pour un DBD. La vérification des signes cliniques avec le principe du double contrôle s'est établie dans la pratique et a fait ses preuves. Cette manière de poser le diagnostic tient compte de l'exigence légale de prouver la perte permanente des fonctions du cerveau.

Approuvez-vous la réalisation du même diagnostic pour un DCD et pour un DBD?