

Réflexions éthiques sur les trois sources de prélèvements d'organes

Recham Ali

université Mouloud Mammeri/Tizi-Ouzou

Résumé:

Dans ce travail, il s'agit d'examiner trois sources ou méthodes de prélèvements d'organes à savoir prélèvements sur donneur vivant apparenté, prélèvements sur personne en état de mort encéphalique et prélèvements sur personne présentant un arrêt cardiaque et respiratoire. Bien qu'elles se rejoignent toutes dans l'objectif de permettre des greffes, chacune d'elle présente des avantages, des limites et des risques ainsi que des questions éthiques particulières.

Mots-clés-Prélèvements d'organes, donneur apparenté, mort encéphalique, mort à cœur arrêté, questions éthiques.

Abstract:

In this work, we examine three sources or methods of organ harvesting, namely, live-related donor sampling, brain-dead person sampling, and personal sampling with cardiac and respiratory arrest. While all of them meet with the objective of enabling transplants, each has advantages, limitations and risks as well as specific ethical issues.

Keywords: -Organic donor, related donor, brain death, death to heart stopped, ethical issues.

ملخص:

يمثل هذا العمل، دراسة ثلاثة مصادر ومناهج لأخذ الأعضاء من الأشخاص: على قريب حي، على شخص في حالة الموت الدماغى أو في حالة توقف قلبى وتنفسى، رغم أنها تسعى إلى نفس الهدف، وهو التمكين من زرع الأعضاء، إلا أن لكل منها، مزايا وحدود ومخاطر وتطرح تساؤلات أخلاقية خاصة.

الكلمات المفتاحية: أخذ الأعضاء، معطى قريب، الموت الدماغى، موت بتوقف قلبى، تساؤلات أخلاقية.

Introduction

Tant que la science ne propose pas d'autres méthodes thérapeutiques plus efficaces et moins intrusives, les greffes d'organes, incontournables, s'imposent dans la prise en charge des maladies chroniques. Fiabiles avec un taux de réussite très rassurant, elles sont rentrées dans la routine médicale dans les pays développés. Sa maîtrise ne fait pas d'elle pour autant une opération chirurgicale comme les autres. L'origine, les méthodes et les conditions d'extraction des greffons, toujours en nombre insuffisant au regard de la demande croissante, interpellent les sociétés et incitent à des réflexions éthiques.

Globalement, les transplantations soulèvent deux questions épineuses à savoir l'apparence ambiguë de la mort cérébrale et la violation de l'intégrité du corps. La première est aussi délicate si ce n'est davantage que la deuxième. La prudence qui l'entoure est plus importante que l'inviolabilité du corps car si sa réalité supposant qu'elle était réfutable, les prélèvements relèveraient du meurtre, alors qu'à titre d'exemple extraire un rein sur un donneur vivant constitue une atteinte à l'intégrité du corps, mais ne provoque pas sa mort.

Quand on examine séparément les méthodes de prélèvements, on s'aperçoit que chacune d'elles possède ses propres atouts et ses propres limites et suscite des interrogations éthiques particulières.

I Le don d'organes apparenté

La greffe à partir d'un donneur vivant permet de faire un nombre important de transplantations. Elle est une méthode privilégiée dans les pays scandinaves et au Japon, tandis que la France, l'Italie et l'Espagne encouragent le don post-mortem, quant au Royaume-Uni et l'Allemagne adoptent une pratique intermédiaire.

Aux Etats-Unis, elle permet de faire 10 prélèvements par million d'habitants. En France, cette activité autrefois marginale, à peine 7,6% en 2008, elle augmente fortement en 2014, soit 514 greffes de rein. La Norvège qui occupe la figure de proue opte pour une politique incitative. Le médecin du receveur joue un rôle prépondérant, tant sur le plan médical que morale, dans le recrutement du donneur. Il demande au futur greffé « d'établir une liste recensant tous les membres de son entourage familial ou affectif susceptibles de donner un organe et l'hôpital se charge de les contacter individuellement. Si une personne est ouverte à la perspective de donner un organe, elle se rapproche de l'équipe soignante pour effectuer les examens médicaux appropriés » (Rapport de l'agence de biomédecine 2010, p. 8).

Pour élargir le don d'organes et palier au problème de l'incompatibilité sanguine et immunologique au sein de la famille, certains pays proposent le don croisé. Celui-ci consiste à échanger un organe entre deux familles. Le donneur de la famille A offre un rein au receveur de la famille B et réciproquement le donneur de la deuxième offre la même chose au malade de la première. Développé en Corée du Sud, aux Etats-Unis et au Royaume-Uni, ce don s'est généralisé, depuis quelques années, à nombreux pays comme le Japon, le Portugal, l'Allemagne, l'Espagne et l'Italie... Ne se limitant pas à son territoire, les Pays-Bas pratiquent le don croisé avec les Etats-Unis et le Royaume Unis.

De même que les préférences pour tel ou tel don d'organes diffèrent d'un pays à un autre¹, les réglementations encadrant ces pratiques changent sensiblement ou légèrement selon des raisons sociales, culturelles, religieuses et médicales d'où la création et l'intérêt des comités d'experts pour garantir l'éthique du don.

Etant donné qu'elle est programmée et que les médecins prennent le temps nécessaire pour la préparer dans de bonnes conditions, la greffe à partir du donneur vivant apparenté offre de très bons résultats, néanmoins nombreux malades, dans les pays où se pratique le don post-mortem comme la France, pour améliorer leur qualité de vie ou tout simplement pour continuer à vivre car leur vie est mise en danger suite à de multiples complications ne se précipitent pas

¹Vu le nombre croissant de demandeurs de greffe, la tendance actuelle est de ne pas négliger aucune méthode de prélèvement.

sur la proposition d'un proche. Ils gardent cette possibilité comme un dernier recours, quand ils épuisent leurs espoirs d'avoir un transplant venu du cadavre, suite à une longue attente. Ce constat montre qu'il ne va pas de soi de recevoir un organe d'un proche voire un organe tout court². En Algérie nous avons également constaté le même comportement. Certains patients rencontrés à Tizi-Ouzou ne s'empressent pas de dire oui à la proposition de l'un de leurs proches parents. Une personne surnommée Said, a hésité avant de dire oui à l'offre de sa mère. Au cours de l'entretien, il critique l'attitude de ceux, parmi ses compagnons de dialyse, qui supplient les membres de leur famille à ce qu'ils leur donnent un greffon. Il arrive que le don renforce les liens déjà forts existants jusqu'à aller à l'état de fusion et à la perte de l'identité du receveur et dans certains cas il provoque des conflits et des tensions. En outre, ce genre de don n'est pas dépourvu de sentiments de culpabilité d'avoir amoindri un membre de la famille.

En Algérie, de 1986³ à nos jours, environ mille greffes sont effectuées grâce aux donneurs apparentés. La législation algérienne (La Loi N° 85-05 du 16 /02/85 - modifiée et complétée par la Loi n° 90-17 du 31 juillet 1990), encadrant cette activité, insiste sur trois points essentiels : la gratuité du don, le consentement explicite et le respect des règles éthiques et sanitaires. Exclue de toute transaction financière, les organes ne sont prélevés qu'à des fins thérapeutiques ou diagnostics. Cet impératif ne doit en aucun cas porter préjudice à la vie du donneur. Celui-ci doit être majeur et jouir de ses capacités de discernement. De surcroît il dépose un consentement écrit, devant deux témoins, auprès du directeur de l'établissement hospitalier et du médecin chef de service.

La loi N° 85-05 du 16/02/85 relative à la protection et à la promotion de la santé modifiée et complétée par la loi N° 90-17 du 31 juillet 90 laisse planer un vide juridique. Comme elle ne définit pas de manière explicite la liste des donneurs, dans la pratique, la circulation des substances corporelles entre vivants est circonscrite dans le cercle familial entre ascendants, descendants et collatéraux c'est-à-dire entre parents-enfants, enfants-parents et frères et sœurs. Quant aux grands-parents, cousins, tantes, conjoints, liens par alliances... bien qu'ils ne soient pas interdits par la loi, sont exclus de la chaîne du don. Même si les greffons prélevés sur des donneurs vivants sont de bonne qualité et les transplantations se font dans de meilleures conditions car elles bénéficient d'une longue préparation et ces deux facteurs déterminent la longévité des transplants, il ne faut pas trop compter sur cette méthode pour résoudre le problème de la pénurie d'organes. Rien que pour le rein on compte environ 16000 personnes dialysées, potentiellement candidats à la transplantation, tandis que la greffe se fait à raison d'une centaine par an. Sans compter les patients qui vont se rajouter dans le futur à cette longue liste, à ce rythme il faudra plusieurs dizaines d'années pour transplanter ces malades. Quoiqu'on puisse espérer l'évolution des textes de loi et à l'avenir le cercle des donneurs s'élargisse, cette possibilité de prélèvements demeure fondamentalement limitée car elle concerne seulement les organes non vitaux. Etant donné éthiquement inconcevable de mettre la vie de quiconque en danger pour sauver un autre, le rein est l'organe le plus donné. Dans les pays les plus développés, on donne parfois un poumon et une partie du globe du foie, mais comme les transplantations pulmonaire et hépatique sont hautement risquées, en Algérie, la greffe apparentée se limite au rein.

²Les anthropologues penchés sur la question du don se sont davantage intéressés au premier triptyque maussien (donner) et ont un peu négligé le deuxième, comme si recevoir était indiscutable. Nombreux exemples issues des greffes d'organes déconstruisent cette évidence et montrent que recevoir soulèvent maintes questions de différentes natures (immunologique, anthropologique, psychologique, morale...) Pour plus d'approfondissement voir Godbout J.-T., Paris, La Découverte, 2000. Recham A., Paris, L'Harmattan, 2012.

³ La première greffe rénale sur donneur vivant est effectuée au CHU Mustapha Pacha/Alger, en juin 1986 par le professeur M. Drif.

Les prélèvements sur cadavre en état de mort cérébrale

Grace à la mort cérébrale et aux médicaments immunodépresseurs à savoir la cyclosporine, les transplantations d'organes sortent du cadre restreint de la famille. Du rein, elles s'élargissent à d'autres organes, cœur, foie, poumons, pancréas... et elles sont proposées à tous les malades chroniques comme une thérapie de suppléance fiable.

Aujourd'hui l'écrasante majorité des transplantations d'organes dans les pays occidentaux sont réalisées grâce aux greffons issus des cadavres en état de mort encéphalique. En France, d'après le bilan annuel de l'Agence de biomédecine, en 2014, 1655 sont des donneurs en état de mort encéphalique, 40 sont des donneurs décédés après arrêt cardiaque et 530 sont des donneurs vivants. Le nombre de prélèvements sur cadavre en état de mort cérébrale est trois fois plus supérieur que les prélèvements sur donneur vivant. Sur 2225 retrait d'organes, seulement 40 sont issus des donneurs morts à cœur arrêté. Ce chiffre négligeable s'explique par le retard accusé par la France dans le développement de cette méthode. Aujourd'hui les centres pilote pratiquant ce mode de prélèvement sont au nombre de 16. Après 7 ans d'existence c'est-à-dire de novembre 2006 au 31 décembre 2013, ce programme collecte 468 greffes rénales et 13 greffes hépatiques sur 785 donneurs recensés (Rapport de l'agence de biomédecine octobre 2014).

A ce jour, des voix fortes s'élèvent et remettent en cause la réalité de cette mort. Si les résolutions encourageant le don d'organes sont plus nombreuses que les avis défavorables, s'agissant de la mort cérébrale les déclarations des savants musulmans sont, elles, plus partagées⁴. Il y a ceux qui refusent la mort cérébrale comme mort : pour eux, seul l'arrêt cardiaque détermine le décès car la respiration, même sous assistance artificielle, est un signe de vie. Les réflexes spinaux, qui sèment le doute dans l'esprit du profane, et même parfois dans celui du professionnel, jouent au profit de l'annulation de la mort. Cette déclaration s'appuie sur le propos de l'imam an-Nawawi : « Si quelque chose d'anormal se produit à la mort d'une personne, ou si l'on considère que celle-ci connaît simplement une défaillance passagère, ou si des manifestations d'épouvante ou quelque chose de similaire apparaissent sur son visage, indiquant qu'il s'agit d'un simple évanouissement ou d'un coma ou quelque chose de ce genre, l'enterrement de la personne doit être retardé jusqu'à ce qu'on ait acquis la certitude sur sa mort à travers le changement d'odeur ou quelque chose de comparable » (Cité par MOHSIN I., 2003, p. 149).

Le Dr Hassan Hathout, ancien membre de la Faculté de médecine à l'université du Koweït, pense qu'un jour les progrès de la réanimation redonneront la vie aux personnes en état de mort encéphalique (MOHSIN I., 2003, p. 148). La mort cérébrale dont les critères sont trop abstraits au regard du profane ne convainc que ceux qui sont imprégnés de la culture médicale ou ceux qui sont directement concernés par la greffe. Elle est source de malaise même au sein du personnel hospitalier. Deux médecins français anesthésistes-réanimateurs, Francis Bonnet et Sophie Cohen, rapportent dans une étude consacrée au contexte de la pénurie : « Il paraît en effet que bon nombre de membres du personnel soignant, infirmières ou même médecins, sont mal à l'aise avec la notion de mort cérébrale et souvent incapables de donner les critères du diagnostic de cette mort ; ou bien ils sont dubitatifs sur la pertinence de ces critères ou encore pensent que, malgré la présence des caractères de la mort cérébrale, il persiste un doute ultime quant à la réalité du décès. Même dans des unités habituées à prendre en charge des donneurs potentiels, les infirmières, qui se disent par ailleurs bien informées, ont quelque difficulté à

⁴Les résolutions des docteurs de la foi facilitent l'adhésion morale du fait qu'elles atténuent des sentiments de culpabilité, bien qu'il faille être lucide que le comportement des familles, même pratiquantes n'est pas la copie conforme des textes et des avis religieux. Nombreuses sensibilités vis-à-vis de tel ou tel sujet s'expriment parfois en dehors voire à l'encontre des recommandations religieuses.

expliquer avec précision les critères de mort cérébrale » (In Carvais R., Sasportes M., 2000, p. 309).

Qu'en est-il de la question de la mort cérébrale en Algérie ? Elle est encadrée et définie par la loi n°85-05 du 16 février 1985 modifiée et complétée par la loi n° 90-17 du 31 juillet 1990. Celle-ci prévoit son diagnostic par au moins deux médecins et un médecin légiste qui établissent un certificat de mort cérébrale destinée exclusivement à des fins de prélèvements et non pas à l'obtention de permis d'inhumer. Le médecin ayant constaté et certifié la mort ne doit pas faire partie de l'équipe qui effectue la transplantation. Outre les principes de l'éthique adoptés dans le don apparenté, la législation algérienne met l'accent sur l'anonymat.

L'arrêté ministériel n° 34 du 19 novembre 2002 fixe les critères scientifiques permettant son diagnostic : - 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.

Cette décision ouvre la voie aux prélèvements cadavériques. Ainsi, quelques jours après la première greffe rénale à partir d'un donneur en état de mort encéphalique est effectuée dans une clinique de néphro-urologie et de transplantation rénale à Constantine en 2002, par l'équipe du docteur Bendjaballah. Mais à ce jour les prélèvements post-mortem peinent à reprendre pour devenir une thérapie quotidienne. Ce frein démontre que le don d'organe n'est pas seulement une question juridique, mais un chapitre complexe dépendant de nombreux facteurs politique, organisationnel, culturel et social.

D'après notre enquête de terrain constituée de 500 questionnaires distribués dans différents milieux hétérogènes, les personnes interrogées ignorent ce que c'est une mort encéphalique. Mais le problème ne réside pas dans l'ignorance de cette mort, car sa connaissance ne résout pas forcément les problèmes qui en découlent. Informer la population au sujet de la mort cérébrale l'aide à prendre une décision en connaissance de cause, mais son avis ne serait pas forcément en faveur du don. L'exemple de certaines personnes soignantes en France est illustrant. Celles-ci sont impliquées dans le dispositif des transplantations d'organes sans avoir une conscience apaisée vis-à-vis de la mort cérébrale⁵. La mort avant qu'elle ne soit une question de mesure elle est avant tout une question de conviction morale. Dans l'imaginaire collectif le trépas est associé à l'arrêt du cœur. Depuis toujours et dans toutes les cultures, la mort est déterminée en fonction des trois critères suivants : l'absence de tout mouvement y compris spinaux, l'abolition des fonctions respiratoires et la cessation de l'activité cardiaque. La respiration même artificielle met mal à l'aise le public et certaines autorités religieuses. Tous les critères requis dans le constat de la mort naturelle font défaut à la mort cérébrale et ils peuvent constituer des motifs de refus aux prélèvements.

L. Bossi remet en cause la réalité de la mort encéphalique⁶ tout comme H. Jonas⁷ qui s'oppose à sa définition. Les critiques développées par ces auteurs, l'une neurologue, l'autre philosophe ainsi que d'autres nécessitent un débat entre spécialistes dans les comités de bioéthiques et méritent d'être discutées par les théologiens penchés sur la question des prélèvements d'organes.

⁵« Une infirmière, présente lors de nombreux prélèvements, s'étonne : " Quand il n'y a pas de prélèvements de cœur, ça arrive quand le cœur n'est pas bon, les urologues – c'est arrivé deux fois- demandent : "il est bien mort au moins ?" Alors qu'en fait, quand ils passent après les cardios, ils ne posent pas ce genre de question". Si quelqu'un doit se la poser, c'est celui qui prélève en premier ». Témoignage rapporté par Boileau, 2002, p. 77.

⁶Voir son livre, *Les frontières de la mort*, Payot, 2012.

⁷Pour davantage d'informations voir son livre, *Essais philosophiques. Du crédo ancien à l'homme technologique*, Paris, Vrin, 2013.

Les prélèvements d'organes sur personnes décédées à cœur arrêté⁸

Dans le but de pallier à la pénurie d'organes et d'augmenter le nombre de greffe, en 1995 les médecins transplantateurs du CHU de Maastricht au Pays-Bas, ont répertorié les modalités de prélèvements sur cœur arrêté. Cette classification dite de Maastricht contient 4 classes divisées en 2 grandes catégories.

- Les personnes qui font un arrêt cardiaque et circulatoire persistant en dehors de tout contexte de prise en charge médicalisée, déclarées décédées à la prise en charge et dont les tentatives de réanimation d'au moins 30 minutes ont échoué (catégorie I de Maastricht).
- Les personnes qui font un arrêt cardiaque et circulatoire persistant en présence de secours qualifiés, mais la mise en œuvre d'un massage cardiaque et d'une ventilation mécanique malgré leur efficacité ne permettent pas une récupération hémodynamique (catégorie II de Maastricht).
- Les personnes hospitalisées dont le traitement thérapeutique est limité et arrêté à cause du mauvais pronostic (catégorie III de Maastricht).
- Les personnes en état de mort encéphalique qui en outre font un arrêt cardiaque et circulatoire. (catégorie IV de Maastricht), (Rapport de l'agence de biomédecine 2014).

La classe I, II et IV font partie de la catégorie des arrêts cardiaques dits non contrôlés tandis que la classe III rentre dans celle des contrôlés. Chaque groupe possède sa spécificité clinique et présente des questions éthiques particulières. Dans la première catégorie (I et II), il est difficile d'évaluer le temps exact de l'ischémie chaude (le délai pendant lequel l'organe est encore dans l'organisme), de surcroît la contrainte de prélever et de greffer en urgence risque de bousculer les règles éthiques comme la non vérification de la liste de refus ou encore considérer hâtivement une personne comme décédée sans qu'elle ne le soit réellement... Quant à la deuxième catégorie, malgré le risque du conflit d'intérêt entre le « donneur » et le receveur suite à la limitation et l'arrêt des traitements (LAT), elle constitue la totalité des prélèvements sur cœur arrêté aux Canada, Etats Unis, Japon, Pays-Bas... en raison des conditions de prise en charge et d'organisation appropriées. La France longtemps rétive à la catégorie Maastricht III, pour la raison évoquée, s'est contentée, depuis 2006 de la catégorie Maastricht des arrêts cardiaques non contrôlés. Les prélèvements d'organes, d'abord limités au rein, se sont graduellement étendus au foie en 2010 et ensuite au poumon. Depuis 2013, après s'être doté d'un cadre juridique rigoureux, elle a élaboré un protocole de prélèvements et elle a autorisé le premier CHU (Annecy), en 2014 à prélever des organes sur personnes faisant un arrêt cardiaque contrôlé.

Autant nombre de religieux sont réticents à l'égard de la greffe en raison des incertitudes qui pèsent sur la mort cérébrale, autant sont nombreux ceux qui acceptent les prélèvements du fait qu'il n'y ait aucune ambiguïté sur la mort à cœur arrêté⁹. La clarté avec laquelle on parle de celle-ci remplace les nuances qui dominent le débat sur la mort cérébrale et les positions deviennent ainsi on ne peut plus claires. La première est conforme à l'entendement du commun des mortels alors que la deuxième est abstraite. Dans un groupe de réflexion sur l'éthique des transplantations, à la question posée sur les prélèvements à cœur arrêté du point de vue strictement religieux, l'imam H Raïs répond sans détour : « Dans ce cas, il n'y a pas d'objection (de l'islam) » (in Broyer M , Hors J, Huault G et al., 2005, p. 82).

⁸ La législation algérienne ne prévoit pas encore ce genre de prélèvements.

⁹ L'inviolabilité du corps représente en France 22% des causes de refus sur un proche (F Bonnet, S Cohen, in Carvais R., Sasportes M., *op. cit.*, p.316. Il est à noter que ceux qui refusent les prélèvements pour cette raison, la méthode de retrait d'organes sur les personnes en état de mort à cœur arrêté n'apporte pas de solutions, en revanche elle aide ceux qui sont freinés par la mort cérébrale pour concéder des prélèvements.

A son tour, le rabbin A Messas précise sans équivoque : « De nouveau, dans ce cas-là, il n'y a aucune objection, dans la mesure où le consentement est acquis » (in Broyer M, Hors J, Huault G et al., 2005, p. 82).

L'immense majorité des représentants des trois religions s'accordent à dire que les prélèvements issus de la mort à cœur arrêté ne posent aucun problème d'ordre religieux, mais ils émettent certaines réserves quant à la procédure et à l'organisation. Les modalités, les moyens déployés et les nouvelles circonstances de prélèvements ne puissent-elles pas engendrer des réflexions éthiques inédites ?

Parmi nombreuses craintes que peut inspirer cette méthode de prélèvements, l'urgence est appréhendée car elle menace de bouleverser les règles éthiques déjà établies. Mais, pendant ce laps de temps, si on réussit à respecter les sensibilités des familles et si le temps limité de la préparation technique ne se transforme pas en cause de brusquerie et de précipitation, cette méthode de prélèvements peut favoriser le don.

Si elle est techniquement faisable et a donné ses fruits en Belgique, aux Pays-Bas, au Canada, en Suisse et en Espagne... il n'y aura pas d'obstacles à son utilisation en Algérie sous condition d'amélioration des services d'urgence. Elle est en premier lieu une source supplémentaire de prélèvements qui permet davantage de greffes. A titre comparatif, « dans certains endroits, en Angleterre, 10 à 20 % des prélèvements d'organes sont réalisés sur des donneurs à cœur arrêté » (Broyer M, Hors J, Huault G et al., 2005, p. 81). En outre cette nouvelle méthode fera disparaître certaines résistances culturelles et religieuses, en France, à titre d'exemple, elles représentent 37%¹⁰ des causes de refus (Bonnet F, Cohen S, in Carvais R., Sasportes M., 2000, p. 316). Grâce à la définition de la mort à "cœur arrêté" comprise et admise par les gens et les dignitaires religieux, cette méthode augmente le nombre de donneurs et aide les familles rétives à la question de la mort à cœur battant à donner leur approbation aux prélèvements.

¹⁰ Aujourd'hui encore ces chiffres sont quasiment stables.

Bibliographie

- Arrêté du 2 août 2005 fixant la liste des organes pour lesquels le prélèvement sur personne décédée, présentant un arrêt cardiaque et respiratoire persistant, est autorisé.(France).
- Arrêté ministériel n° 34 du 19 novembre 2002. (Algérie).
- Barrier Ph., Lettre ouverte à ceux qui ne se voient pas donateurs d'organes, Éditions Frison-Roche, 2000.
- Boileau C., Dans le dédale du don d'organes, Paris, Éditions des archives contemporaines, 2002.
- Boles J.-M., Les prélèvements d'organes à cœur arrêté. Études 2008;4096.
- Bonnet F., Cohen S., « Aspects techniques et organisationnels : Le point de vue de l'anesthésiste-Réanimateur », CARVAIS R., SASPORTES M., « La greffe humaine », in Certitudes éthiques : du don de soi à la tolérance de l'autre, dialogue pluridisciplinaire sur « la greffe, le don et la société », Paris, PUF, 2000.
- Bossi L., Les frontières de la mort, Payot, 2012.
- Broyer M , Hors J, Huault G et al., Religions monothéistes et greffes d'organes : colloque du GRET, Groupe de réflexion sur l'éthique des transplantations, au Sénat, Paris L'Harmattan, 2005.
- Cabrol C., Prélèvements d'organes sur donneur à cœur arrêté. Bulletin de l'Académie nationale de médecine 2007;663-38.
- Carvais R., Sasportes M., La greffe humaine : (in) certitudes éthiques : du don de soi à la tolérance de l'autre : dialogue pluridisciplinaire sur "la greffe, le don et la société", Paris, PUF,2000.
- Collange J.-F., Éthique et transplantation d'organes, Paris, Ellipses, 2000.
- De Veaux T.-E., Non-heart beating organ donation: issues and ethics for the critical nurses. J VascNurs 2006;24:17-21.
- Décret N° 2005-9 du 2 août 2005, relatif aux conditions de prélèvement des organes, des tissus et des cellules et modifiant le code de santé publique.
- Doig C.-J, Rocker G.-M., Retrieving organs from non-heart beating donors: a review of medical and ethical issues. Can J Anaesth 2003;50:1069-76.
- Établissement français des Greffes : recommandations du Comité d'éthique de l'établissement français des Greffes pour les prélèvements sur sujet à cœur arrêté. Avril 2004.
- Godbout J.-T., Le don, la dette et l'identité, Paris, La Découverte, 2000.
- Guerrier M., Compte rendu de réunions du groupe de travail : enjeux éthiques du prélèvement sur donneur à cœur arrêté, de l'espace éthique de l'Assistance publique des hôpitaux de Paris. 2008. www.espace-ethique.org/fr/transplantation.php
- Jonas H., Essais philosophiques. Du crédo ancien à l'homme technologique, Paris, Vrin, 2013.
- Loi N° 2004-800 du 6 août 2004 relative à la bioéthique.(France)
- Loi N° 85-05 du 16 /02/85 - relative à la protection et a la promotion de la sante modifiée et complétée par la Loi n° 90-17 du 31 juillet 1990.(Algérie).
- Mohsin I., Greffe d'organes, Euthanasie et clonage, le point de vue de l'islam, Tawhid, 2003.
- Rady M.-Y, Verheige J.-L, McGregor J., Organs donation after circulatory death: the forgotten donor. Critical care 2006;10:166-8.
- Rapport de l'Agence de biomédecine. Protocole version du 13 avril 2008 définissant "les conditions à respecter pour réaliser des prélèvements de reins sur donateurs décédés après arrêt cardiaque dans les établissements de santé autorisés aux prélèvements d'organes".
- Rapport de l'agence de biomédecine - Encadrement international de la bioéthique - Actualisation 2010.
- Rapport de l'agence de biomédecine : Conditions à respecter pour réaliser des prélèvements d'organes sur des donateurs décédés après arrêt circulatoire de la catégorie III de Maastricht dans un établissement de santé, octobre 2014.
- Recham Ali., De la dialyse à la greffe, de l'hybridité immunologique à l'hybridité sociale, Paris, L'Harmattan, 2012.
- Société de réanimation de langue française. Position de la Société de réanimation de langue française concernant les prélèvements d'organes chez les donateurs à cœur arrêté. Réanimation 2007;16:428-35.