



ASSEMBLÉE
NATIONALE

COMMISSION DES
AFFAIRES SOCIALES

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Mission « flash »
relative aux conditions de prélèvement
d'organes et du refus de tels prélèvements

Communication de M. Jean-Louis Touraine

—

Mercredi 20 décembre 2017

« *Que faire, Nicolai ?* »

« *Enterrer les morts et réparer les vivants.* »

Tchekhov, Platonov, 1923

Madame la présidente,

Mes chers collègues,

Je suis très heureux de pouvoir vous présenter ce matin les conclusions des auditions que j'ai menées la semaine dernière sur la question du **consentement au don d'organes**.

Cette mission « flash » avait en effet un objet précis et bien circonscrit : donner un coup de projecteur sur l'application des dispositions relatives au consentement au prélèvement d'organes post-mortem entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2017. Un tel bilan me semblait indispensable à la veille de l'ouverture des Etats généraux de la bioéthique.

Pour mémoire, la loi prévoit que nous sommes tous présumés donateurs d'organes et de tissus, sauf si nous avons exprimé de notre vivant notre refus d'être prélevé. C'est sur l'application de cette **notion de consentement présumé** que j'ai souhaité me pencher, et j'ai donc choisi d'exclure du champ de la mission d'autres sujets d'importance liés au prélèvement et à la greffe, notamment le don du vivant.

La question du don d'organes après la mort est évidemment un sujet douloureux, souvent tabou, car il interroge notre rapport à la mort, la nôtre et celle de nos proches. Au plus près du prélèvement envisagé, il y a des familles qui viennent d'apprendre la mort d'un être cher. Or le « don d'organes » est une manifestation de générosité, mais le « prélèvement d'organes » peut être vu comme une violence faite au mort. Il est également très difficile pour les proches de comprendre la mort encéphalique, qui est la situation où la question du don d'organes se pose le plus souvent : « *mon fils est-il vraiment mort, puisque son cœur bat encore ?* »

De l'autre côté, on sait aussi l'espérance angoissée de tous ceux qui attendent qu'un cœur, un poumon ou un rein puisse leur être greffé. Cette greffe, bien souvent, leur sauvera la vie.

Le législateur ne peut faire abstraction de cette dimension émotionnelle ; mais il doit fonder son approche sur des données factuelles, objectives, qui pourront éclairer ses choix. C'est ce que je m'efforcerai de faire dans cette communication.

Pour mémoire, en 2016, **5 891 organes** ont été greffés en France, soit une hausse de 17 % depuis 2012. Mais malgré cette hausse importante du nombre de greffes, **plus de 14 000 patients restaient dans l'attente d'un organe** au 1^{er} janvier 2016. Entre 2012 et 2016, le nombre de patients en attente d'une greffe a augmenté de 36 %, bien plus vite que le nombre de malades greffés.

Cette augmentation est en partie liée au vieillissement de la population et à l'extension des indications pour les greffes. Elle est due aussi à l'amélioration des techniques chirurgicales et des traitements postérieurs à la greffe, qui permettent désormais d'augmenter considérablement les chances de survie des malades et leur qualité de vie.

Le déficit en organes est responsable chaque année de cinq à six cents morts de malades sur la liste d'attente et d'un nombre également important de patients retirés de la liste ou mise en contre-indication chirurgicale car, avec le délai d'attente, leur état s'est dégradé. La première cause d'échec de la transplantation, bien avant les complications chirurgicales ou les rejets, est l'absence de greffe faute de donneur disponible.

1. Je souhaite tout d'abord revenir sur les dispositions entrées en vigueur le 1er janvier 2017, qui ont permis de réaffirmer avec force le principe du consentement présumé.

➤ **Le principe du consentement présumé, qui prévaut en France depuis plus de quarante ans, a longtemps été méconnu et mal appliqué.**

Le principe du consentement présumé s'applique au don d'organes depuis la loi Caillavet de 1976⁽¹⁾. Il signifie que toute

(1) Loi n°76-1181 du 22 décembre 1976 dite Caillavet relative aux prélèvements d'organes (prélèvements sur personnes vivantes et sur des cadavres à des fins thérapeutiques ou scientifiques).

personne est considérée comme donneuse d'organes et de tissus après sa mort dès lors qu'elle n'a pas fait connaître, de son vivant, son refus d'un tel prélèvement.

En adoptant ce principe, le législateur a résolument choisi de faire primer la **solidarité nationale**. Je rappelle que si nous sommes tous des donateurs présumés, c'est bien parce que nous sommes aussi tous des receveurs présumés : nous avons même trois fois plus de chance de recevoir un organe que d'en donner un, puisqu'un donneur permet de sauver la vie à trois malades distincts simultanément !

Toutefois, il est apparu au fil du temps que si l'esprit de la loi était clair, la formulation retenue (issue des lois « bioéthique » de 1994 et 2004) pouvait laisser entendre – à tort – que les proches devaient être consultés sur le projet de prélèvement.

Dans la pratique, en cas de doute sur la volonté réelle du défunt, ce qui survient dans plus de 90% des cas, les proches s'opposaient le plus souvent au prélèvement, le poids de cette décision apparaissant trop lourd.

- **Alors que des efforts considérables ont été faits pour augmenter le nombre de greffons disponibles, ils se heurtent à la persistance d'un taux de refus de prélèvement élevé, non justifié par une opposition personnelle du donneur.**

Au niveau national, le taux de refus reste, depuis vingt ans, supérieur à 30 % des prélèvements envisagés.⁽¹⁾

Ce taux est loin de ce que révèlent les enquêtes d'opinion régulièrement réalisées à ce sujet : selon une enquête réalisée en 2016⁽²⁾, plus de huit Français sur dix se déclarent favorables au don de leurs organes après leur décès.

Pour atteindre l'objectif de 7 800 greffes par an fixé par le plan 2017-2021 pour la greffe d'organes, le taux de refus moyen au niveau national devrait diminuer à 25 % en 2021.

- **La loi de modernisation de notre système de santé⁽³⁾ adoptée en 2016 a permis de clarifier et de réaffirmer ce principe fondamental de consentement présumé.**

Souhaitant mettre fin à l'application défailante du principe de consentement présumé, la commission des affaires sociales a d'abord adopté, à mon initiative, un amendement visant à clarifier les

(1) Le taux d'opposition brut est calculé en comptabilisant l'ensemble des donneurs pour lesquels une opposition (quelle que soit sa nature) au don est enregistrée rapporté au nombre total de donneurs recensés, les contre-indications médicales au prélèvement comprises.

(2) Étude Harris Interactive pour M6, mars 2016, Échantillon de 1 284 personnes, représentatif des Français âgés de 18 ans et plus.

(3) Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

dispositions relatives au consentement en matière de don d'organes et de tissus et faisant de l'inscription sur le registre national des refus (RNR) l'unique possibilité de s'opposer au prélèvement d'organes.

Le débat parlementaire a débouché sur une solution de compromis, prévoyant que **l'inscription sur le RNR serait le moyen principal – mais plus exclusif – d'expression d'une opposition au prélèvement.**

J'insiste sur le fait qu'il ne s'agit absolument pas d'un changement de paradigme, mais bien d'une clarification des termes de la loi.

➤ **Un décret et un arrêté pris dans les délais impartis ont permis de préciser la portée de cet article.**

Suite à une concertation très large des parties prenantes, le décret d'application ⁽¹⁾ de cet article 192 de la loi de modernisation de notre système de santé a permis de préciser les moyens d'expression du refus du défunt :

- 1) l'inscription sur le registre national automatisé des refus de prélèvement reste le « principal moyen » d'expression de ce refus. Cette inscription peut se faire par courrier ou sur internet ;

(1) Décret n° 2016-1118 du 11 août 2016 relatif aux modalités d'expression du refus de prélèvement d'organes après le décès.

- 2) une personne peut également exprimer son refus par écrit et confier ce document à un proche ;
- 3) un proche de la personne décédée peut faire valoir le refus que cette personne a manifesté expressément de son vivant. Ce proche ou l'équipe de coordination hospitalière de prélèvement doit transcrire ce refus dans un écrit daté et signé, en mentionnant précisément le contexte et les circonstances de son expression.

Des bonnes pratiques relatives à l'entretien avec les proches en matière de prélèvement d'organes et de tissus ont également été définies par l'Agence de la biomédecine, toujours en collaboration avec les parties prenantes, puis homologuées par arrêté. ⁽¹⁾

Ces textes d'application prévoient clairement que **ce n'est pas l'avis des proches que l'on demande, mais bien l'avis du défunt, éventuellement rapporté par ses proches**. Cependant, une souplesse créatrice d'ambiguïté a été introduite dans le guide des bonnes pratiques, décrivant parmi les situations possibles celles dans laquelle « *en raison du contexte, le prélèvement n'a pas été possible* », alors que le défunt n'avait pas manifesté d'opposition au don. Rappelons que cette notion de « contexte » n'existe ni dans la loi, ni dans le décret.

(1) Arrêté du 16 août 2016 portant homologation des règles de bonnes pratiques relatives à l'entretien avec les proches en matière de prélèvement d'organes et de tissus.

2. Un an après, quel bilan peut-on faire de l'application de ces dispositions ?

Je rappelle que, pour être autorisés à prélever des organes et des tissus, les établissements doivent avoir désigné un médecin coordonnateur de l'activité de prélèvement et au moins un coordonnateur infirmier. Ce sont eux qui évoquent avec les proches, au côté des équipes soignantes, le sujet du don, puis organisent le prélèvement d'organes ou de tissus.

J'ai souhaité donner la parole à ces acteurs de terrain, en auditionnant une dizaine de coordinations hospitalières de prélèvements, originaires de toute la France, y compris celle du CHU de la Réunion. Par ailleurs, l'Agence de la Biomédecine, et des associations de malades comme de donneurs, ont également été auditionnées.

Il m'a semblé d'autant plus nécessaire d'entendre les acteurs de terrain que :

– le problème identifié en 2016 ne venait pas tant de la loi elle-même que de l'interprétation qui en avait été donnée au fil du temps ;

– et que de fortes **disparités territoriales** sont constatées depuis très longtemps dans les taux de refus.

- **Il ressort des auditions que l'évolution du cadre juridique a permis aux citoyens et aux professionnels de santé de mieux s'approprier le principe du consentement présumé.**

L'entrée en vigueur des nouvelles dispositions a suscité une **communication plus visible** autour du don *post-mortem* d'organes et de tissus.

L'Agence de la biomédecine a mené d'importantes campagnes de communication à deux reprises en 2016, lors de la journée nationale du don puis à l'approche de l'entrée en vigueur de la loi.

Elle a également mené des campagnes ciblées, à destination des jeunes mais aussi des professionnels de santé (envoi par mail de brochures sur la loi aux médecins généralistes, urgentistes, écoles d'infirmières notamment).

Faisant suite aux débats parlementaires, ces campagnes ont eu un fort écho dans les médias. Même si elle a été parfois maladroite, cette transcription dans les médias a largement contribué à susciter la discussion autour du don d'organes au sein des familles.

Les « baromètres » d'opinion montrent que le principe du consentement présumé est désormais mieux connu, même si beaucoup pensent encore, y compris chez certains journalistes, que le consentement des proches a été ou est nécessaire. Certaines coordinations hospitalières ont cependant pu observer, au début de l'année 2017, des réactions de proches parfois plus virulentes,

nourries par l'idée que le prélèvement pouvait désormais se faire « dans leur dos », sans leur en parler. Rappelons que la loi a, au contraire, insisté sur le nécessaire dialogue avec les proches du défunt.

L'entrée en vigueur de la loi a également permis de **clarifier les messages** délivrés au grand public.

Ainsi, l'Agence de la biomédecine a arrêté il y a seulement deux semaines de délivrer une carte de donneur sur son site internet, alors que ce genre d'initiative, bien que louable, brouille le message sur le consentement présumé : *à quoi sert une carte de donneur, puisque, si l'on n'a pas exprimé que l'on était contre, on est automatiquement pour ?*

➤ **La médiatisation des nouvelles dispositions a conduit à une augmentation du nombre d'inscrits sur le registre national des refus (RNR).**

Alors que 90 000 personnes seulement s'étaient inscrites sur ce registre depuis sa création en 1998, le vote de la loi a déclenché une vague d'inscriptions : il compte aujourd'hui près de 300 000 inscrits. Les demandes d'inscriptions – qui ont connu un pic dans les premières semaines de 2017 – se sont ensuite rapidement stabilisées.

Cela reste toutefois largement insuffisant pour faire du RNR le principal mode d'expression du refus, dans l'esprit de la loi. Dans la pratique, aucune des coordinations que j'ai auditionnées n'a rencontré

de cas de donneur recensé inscrit sur le RNR au cours de l'année 2017.

➤ **L'entrée en vigueur des nouvelles dispositions a pu déclencher une remise en question de certaines pratiques.**

Alors que l'adoption des nouvelles dispositions avait suscité beaucoup d'inquiétudes parmi les professionnels, les personnes auditionnées se sont montrées plutôt rassurées, un an après leur entrée en vigueur.

Le cadre juridique clarifié a favorisé une remise en question des pratiques et a permis une meilleure appropriation de la loi.

Ainsi, le rappel de la loi est devenu beaucoup plus systématique lors des entretiens. L'arrêté de bonnes pratiques a permis de clarifier et d'harmoniser le déroulé des entretiens avec les proches (meilleure préparation en amont, meilleure analyse des entretiens en aval, meilleur respect du principe du binôme médecin réanimateur / coordination hospitalière).

La clarification de 2016 a aussi coïncidé avec le développement des prélèvements dits « Maastricht III ». Il s'agit de prélèvements sur des **donneurs décédés après un arrêt cardiaque contrôlé**, c'est-à-dire **après une limitation ou un arrêt de thérapeutiques**, rendus

possibles par la loi « Léonetti » du 22 avril 2005 ⁽¹⁾ et qui connaissent depuis 2014 un accroissement sensible.

Or, dans une situation de type « Maastricht III », on a en quelque sorte un « droit de regard » sur la mort et sur le don. C'est pourquoi la réalisation des prélèvements « Maastricht III » nécessite des garde-fous éthiques importants, et le recueil du consentement s'opère dans des conditions très différentes des prélèvements sur des donneurs en état de mort encéphalique ou décédés après arrêt circulatoire non contrôlé.

Dans tous les établissements ayant lancé un programme « Maastricht III », sa mise en œuvre a entraîné une mobilisation et des réflexions autour de la question du prélèvement d'organes.

➤ Si la clarification de la loi a contribué à modifier – à la marge – les pratiques, il reste difficile d'évaluer l'ampleur du bénéfice de ces changements sur le taux de refus.

Les chiffres donnés par l'Agence de la biomédecine donnent des premiers signes encourageants. En effet, le taux de refus, qui était de 32 % en 2015 et 33 % en 2016, est tombé à 29,6 % en 2017.

Cependant, la quasi-totalité des situations rencontrées relève soit d'un refus de la famille si elle ne connaît pas la position du défunt – alors que la loi ne prévoit pas cette possibilité –, soit d'un refus du défunt exprimé oralement de son vivant et transcrit par un proche

(1) Loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie.

– alors que la loi ne la considère que comme la solution de « troisième rang ».

Il reste très difficile, pour les professionnels de santé, de faire comprendre aux proches que c'est l'avis du défunt, et non pas le leur, qui doit être pris en compte. Les réactions des proches peuvent être extrêmement violentes lorsqu'est évoqué le don d'organes, et plusieurs coordinations m'ont rapporté les menaces de violences majeures dont elles ont été victimes ou dont ont été victimes des proches ayant consenti au prélèvement contre l'avis d'un autre membre de la famille.

Trois raisons m'ont été rapportées pour expliquer cette farouche opposition de certains proches au prélèvement d'organes : (1) le choc émotionnel ; (2) le sentiment que la personne décédée a été mal soignée, mal prise en charge, et que « désormais, ça suffit » ; (3) des raisons culturelles ou religieuses.

En revanche, partout, **le refus exprimé transcrit par un proche est désormais supérieur au refus directement opposé par la famille en marge de la loi**, ce qui était loin d'être le cas auparavant. Jusqu'à 2017, environ deux tiers des refus venaient de la famille et un tiers seulement du défunt ; la situation est désormais inverse :

- pour 17,5 % des donneurs recensés, le refus est celui du défunt exprimé de son vivant oralement et transcrit par un proche ;
- pour 10,4 %, c'est le « contexte » qui n'a pas permis d'aboutir au prélèvement, ce qui correspond dans la quasi-totalité des cas à une farouche opposition des proches.

Il faut cependant se garder d'interpréter ces chiffres avec naïveté : d'après les coordinations hospitalières, le refus des proches est désormais souvent présenté comme une volonté du défunt, dans le seul but de se conformer à la loi...

Enfin, les taux de refus restent extrêmement variables entre les régions, et, au sein d'une même région, entre les différents établissements. Ainsi, au sein de la zone qui correspond à l'Ile-de-France ⁽¹⁾, le taux de refus s'élève à 37,7%, contre 24,9% seulement dans l'Est de la France ⁽²⁾. Sur l'île de la Réunion, le taux de refus est aujourd'hui supérieur à 50%.

D'après les coordinations auditionnées, des facteurs socio-économiques ou culturels peuvent en partie expliquer ces différences territoriales : c'est très clairement le cas à la Réunion, où de nombreux préjugés à l'encontre du don d'organes subsistent. Les différences territoriales s'expliquent également par des différences

(1) Zones interrégionales de prélèvement et de répartition des greffons 7.

(2) Zones interrégionales de prélèvement et de répartition des greffons 2.

organisationnelles (expérience et motivation des équipes de coordination, organisation de l'équipe de réanimation, lien entre la réanimation et l'équipe de coordination de prélèvement, etc.).

Même si le prélèvement post-mortem de tissus (cornée, os, épiderme, etc.) ne faisait pas partie du champ de cette mission, il a souvent été mentionné comme rencontrant les mêmes difficultés. Ce prélèvement de tissus représente une grande partie de l'activité des coordinations hospitalières.

3. Plusieurs pistes peuvent être empruntées pour assurer le respect du principe de consentement présumé

Aucune modification législative ne m'apparaît nécessaire, ni même souhaitable : le grand public commence enfin à connaître le principe fixé par la loi, et les professionnels concernés sont encore en train de s'approprier les nouveaux textes.

Une seule piste pourrait éventuellement être envisagée dans le cadre des Etats généraux de la bioéthique, et en étroite collaboration avec la CNIL. La consultation du RNR n'est aujourd'hui possible **qu'après** le constat du décès. Dans certains cas, la consultation anticipée du RNR pourrait être envisagée afin d'éviter de consulter les proches alors même que le donneur possible pourrait être inscrit sur le RNR. Il importe naturellement d'aborder ce sujet délicat avec prudence et d'affirmer que les personnes consultant ce registre sont totalement distinctes de celles chargées de la réanimation.

En revanche, la notion de « *contexte* » dans lequel le prélèvement n'a « *pas été possible* », ajouté dans l'arrêté de bonnes pratiques mais absent de la loi et du décret, devrait être précisée, car ce terme est interprété différemment par les coordinations, certaines ayant une acception très extensive de cette notion.

➤ **Sur l'organisation des prélèvements au sein des établissements et le recueil du consentement**

• Il faut améliorer encore les pratiques au sein des établissements afin d'améliorer le consentement au prélèvement.

- **S'assurer qu'il y a bien un binôme coordination / réanimateur** : de nombreux réanimateurs pratiquent encore l'entretien seul, contrairement aux bonnes pratiques définies par l'Agence de la biomédecine.
- **Systématiser les analyses d'entretien *a posteriori*** : la plupart des entretiens avec les proches font l'objet d'une préparation en amont, mais l'analyse de l'entretien en aval est encore insuffisamment pratiquée.
- **Transmettre systématiquement** à l'Agence de la biomédecine **des statistiques détaillées** sur l'opposition au prélèvement par établissement, **autour de cinq chiffres** : 1/ inscription sur le RNR, 2/ refus du vivant par un document écrit et transmis à un proche, 3/ refus restitué par écrit par les proches, 4/ un refus restitué par

oral par les proches et transcrits par la coordination de prélèvement, 5/ « *contexte dans lequel le prélèvement n'a pas été possible* ».

- Il faut **encourager la mise en place des programmes « Maastricht III »**, qui présentent des résultats très positifs – **avec souvent un taux de refus moindre** - mais génèrent également des externalités positives sur l'ensemble de l'activité de prélèvement, en termes de mobilisation des équipes et de qualité des entretiens.

- L'activité de prélèvement doit être **mieux valorisée au sein des établissements de santé** la pratiquant. On oublie trop souvent que l'activité de prélèvement est, elle aussi, une activité de soins, et qu'elle permet de sauver des vies. De ce fait, l'activité de prélèvement est souvent insuffisamment valorisée dans les mentalités de l'hôpital. Par ailleurs, alors que l'on cherche aujourd'hui à réduire au maximum les hospitalisations non programmées, la greffe est parfois vue comme une activité « perturbant » l'organisation du bloc opératoire.

- Prendre en compte l'activité de prélèvement au sein du « compte qualité » de la certification des établissements de santé effectuée par la Haute Autorité de Santé.
- Valoriser financièrement, sous la forme d'une prime, les établissements ayant un taux de refus inférieur à 25 % et ceux dont le taux de refus est en diminution constante.

• Il ne faut pas remettre en cause l'existence des plus petits centres de prélèvement, dont l'apport pour l'activité de prélèvement – notamment de tissus – reste important. Toutefois, les synergies entre les centres hospitaliers pratiquant le plus de prélèvements et les plus petits centres devraient être encouragées.

- Renforcer le rôle des réseaux de prélèvement.
- Intégrer le thème du prélèvement au sein des projets médicaux partagés des groupements hospitaliers de territoire.
- Développer des astreintes médicales de coordination au niveau des groupements hospitaliers de territoire.
- Développer les formations pratiques des infirmiers coordonnateurs des plus petits centres au sein des centres pratiquant le plus de prélèvements.

➤ **Sur la communication envers le grand public**

Des efforts de communication importants ont été faits ; ils doivent être poursuivis. Une meilleure connaissance de la loi et du principe de consentement présumé est nécessaire pour dynamiser l'inscription sur le RNR, pour inciter les citoyens à parler du don d'organes avec leurs proches, mais aussi pour entretenir la confiance, primordiale lorsque l'on parle de don d'organes.

- Il faut renforcer la **communication ciblée auprès des jeunes**, moins sensibilisés à cette question, et pourtant susceptibles de susciter le débat au sein de leur cercle familial.

- Intégrer au sein de la Journée défense et citoyenneté un véritable module relatif au don d'organes, en lieu et place de la simple « information » délivrée aujourd'hui. ⁽¹⁾

- Inscrire le don d'organes et la greffe au programme du collège, en Sciences et Vie de la Terre, mais également en éducation civique.

- Un effort particulier doit être dirigé vers les **publics les plus réticents** au don d'organes.

- Charger l'Agence de la biomédecine de mener une grande étude sur les causes de l'opposition au don d'organes et les préjugés relatifs au don d'organes, en collaboration avec toutes les parties prenantes (dont les représentants des grands courants de pensée, notamment des principales religions présentes en France). Cette étude devrait comporter un volet d'étude sur le terrain, dans chacune des régions où le taux d'opposition au prélèvement est supérieur à la moyenne afin d'en approfondir l'analyse et de rechercher des solutions ou de compléter les formations de manière ciblée.

(1) Article L. 114-3 du code du service national.

- Prendre en compte les résultats de cette étude dans les futures campagnes de communication autour du don d'organes, en mettant en place, si nécessaire, des actions de communication ciblées.
- Mettre en œuvre une campagne de communication spécifique aux territoires ultra-marins, caractérisés par un très fort taux de refus malgré des besoins importants (forte prévalence de l'insuffisance rénale chronique, contraintes liées à l'acheminement de greffons depuis la métropole).
- Mieux communiquer sur le don de tissus, qui reste encore tabou.

➤ **Sur la formation des professionnels de santé**

- Il est primordial de mieux former les professionnels de santé directement concernés par le prélèvement.
 - Créer un diplôme spécifique destiné aux coordinateurs de prélèvement, comprenant à la fois une formation théorique et pratique relative au prélèvement mais également un module relatif à la transplantation, afin de familiariser les coordinateurs avec l'ensemble de la chaîne de la greffe.
 - Continuer à former tous les coordinateurs par des exercices pratiques de simulation et prévoir un stage systématique dans un service de transplantation et de

traitement des malades en attente de greffe, afin de favoriser les synergies et de donner davantage de sens à l'activité de prélèvement.

- Garantir la formation par l'Agence de la biomédecine de tous les coordinateurs de prélèvements, y compris des coordinateurs sans temps dédié (exclusivement d'astreinte).
- Augmenter le nombre de formations délivrés par l'Agence de la biomédecine en région.
- Travailler avec les sociétés savantes d'anesthésie-réanimation, de médecine d'urgence et de pédiatrie pour mieux informer ces professionnels, particulièrement concernés, sur le prélèvement d'organes.

• Au-delà des seuls professionnels de santé directement concernés par le prélèvement d'organes et de tissus, tous les professionnels de santé doivent être mieux sensibilisés au don d'organes et notamment au principe du consentement présumé, et en premier lieu les médecins généralistes.

- Intégrer un module obligatoire sur le prélèvement d'organes au cours des études de médecine et des études en soins infirmiers.

ANNEXE : PERSONNES AUDITIONNÉES PAR M. JEAN-LOUIS TOURAINE, RAPPORTEUR DE LA « MISSION FLASH » RELATIVE AUX DES CONDITIONS DE PRÉLÈVEMENT D'ORGANES ET DU REFUS DE TELS PRÉLÈVEMENTS

(par ordre chronologique)

- **Agence de la biomédecine** – **Mme Anne Courrèges**, présidente, **Professeur Olivier Bastien**, directeur du prélèvement et de la greffe organes-tissus, **Mme Isabelle Trema**, directrice de la communication
- **Fondation Greffe de vie** – **M. Jean-Pierre Scotti**, représentant de Greffe de vie, **M. Cédric Emile**, représentant de Greffe de vie, **M. Francis Favardin**, représentant de Vaincre la mucoviscidose, **M. Pierre Lemarchal**, président de la fondation Grégory Lemarchal, et **M. André Letutour**, président de Transhepate
- **Fédération française pour le don d'organes et de tissus humains (ADOT)** – **M. Pierre Noir**, vice-président
- **Coordination de prélèvement de Bordeaux** – **Docteur Julien Rogier**, médecin coordonnateur des prélèvements d'organes et président de la société française de médecine des prélèvements d'organes et de tissus (SFMPOT)
- **Coordination de prélèvement de la Pitié-Salpêtrière** – **Professeur Bruno Riou** et **Mme Viviane Justice**, coordinatrice hospitalière
- **Coordination de prélèvement de Lyon** – **Docteur Florence Bages-Limoges**, médecin, **M. Pier-Jean Blesquez**, infirmier, et **Docteur Arnaud Grégoire**, médecin
- **Coordination de prélèvement de Nantes** – **Docteur Videcoq Michel**, coordination CHU de Nantes, **Mme Denis Véronique**, cadre de santé, coordination CHU de Nantes, **M. Cailleton Anthony**, IDE, coordination CHU de Nantes et **Dr Martin-Lefèvre Laurent**, coordination CHD La Roche sur Yon et CHU de Nantes
- **Coordination de prélèvement d'Annecy** – **Professeur Didier Dorez**
- **Coordination de prélèvement de Toulon** – **Professeur Jacques Durand-Gasselín**
- **Coordination de prélèvement de la Réunion** – **Professeur Pierre Genevey** et **Mmes Agnès Lorion** et **Mme Sonia Saorin**, infirmière
- **Association française des coordonnateurs hospitaliers (AFCH)** – **Mme Carole Genty**, présidente
- **Coordination de prélèvement de Valenciennes** – **Docteur Florent Dewarin**
- **Coordination de prélèvement de Marseille** **Docteur Jean, Christian Colavolpe**, coordination hospitalière des prélèvements d'organes et de tissus, Correspondant Local de Biovigilance Hôpital de la Timone Adultes
- **Coordination de prélèvement de Nancy** – **Docteur Hélène Grégoire**, médecin, chef du service coordination et prélèvement et **Mme Fanny Fremdling**, infirmière