

Après-midi d'étude sur la mort encéphalique et le prélèvement d'organes

Mardi 5 Mai 2015

L'Espace de réflexion éthique Région Alsace (ERERAL) voulait parler depuis quelques mois déjà de la problématique du diagnostic de la mort et de la question du prélèvement d'organes, deux thématiques étroitement liées puisque de l'une dépend l'autre.

L'actualité nous a rattrapés puisqu'un amendement a été déposé dans le cadre du projet de loi de santé 2015, permettant aux équipes médicales de se passer de l'accord des familles pour le prélèvement d'organes dans le cas où le défunt ne se serait pas inscrit sur le registre national des refus.

Bien qu'abandonné, cet amendement a reposé avec plus d'acuité encore la question du consentement¹.

L'après-midi du 5 mai s'est déroulée selon le programme suivant :

1. **Michel Hasselmann**, Introduction

Philippe Wolf,

Diagnostic de la mort encéphalique et stratégies de prélèvement d'organe en France

2. Diagnostic de la mort encéphalique et stratégies de prélèvement d'organe en France
3. **Stefanie Förderreuther**, Diagnostic de la mort encéphalique et stratégies de prélèvement d'organe en Allemagne
4. **Laura Bossi-Régnier**, Regards critiques sur les stratégies visant à augmenter les dons d'organes
5. **Xavier Ducrocq**, Les états pauci-relationnels
6. **Valérie Gateau**, Questions éthiques et philosophiques des prélèvements d'organe

96 personnes étaient présentes

¹ Cf ; Prise de position de la Société française d'anesthésie et de réanimation, de l'Ordre des médecins, etc.

Diagnostic de la mort encéphalique et stratégies de prélèvement d'organe en France

Philippe Wolf

Professeur des universités

Praticien hospitalier au Pôle de Pathologies digestives, hépatiques et de transplantation
Service du Centre hospitalier universitaire de Strasbourg

Deux sources d'organes pour les greffes :

- Prélèvement chez un donneur vivant : maintenir le donneur en vie
- Prélèvement chez un donneur mort : prouver la mort
 - ⇒ Deux problématiques différentes.

Définitions issues du *Dictionnaire Larousse 2015*²

- Mort : perte définitive par une entité vivante des propriétés caractéristiques de la vie, entraînant sa destruction.
- Vie : état d'activité caractéristique de tous les organismes animaux et végétaux, unicellulaires ou pluricellulaires, de leur naissance à leur mort.
 - ⇒ Deux définitions complémentaires, mais c'est le critère d'irréversibilité que l'on retient pour définir la mort.

Au cours de l'histoire, les signes cliniques recherchés ont évolué (refroidissement cadavérique, test du miroir, etc.)

Les circulaires du 3 février 1948 et du 19 septembre 1958 retiennent comme critère de la mort la cessation complète de toute activité cardiaque et circulatoire, mais l'on assiste à un changement de paradigme avec l'arrivée de la réanimation, qui permet de suppléer temporairement une fonction respiratoire et/ou circulatoire défaillante.

La circulaire Jeanneney du 24 avril 68 introduit la notion de mort encéphalique dans le droit français. Le décret n°96-1041 du 2 décembre 1996 relatif au constat de la mort préalable au prélèvement d'organes, de tissus et de cellules à des fins thérapeutiques ou scientifiques, identifie formellement le cerveau comme le noyau de la subjectivité humaine et consacre la notion de mort cérébrale.

La législation française en vigueur correspond aux articles L1232-1, L1232-4, R1232-1, R1232-2, R1232-3, R1232-4-1, R1232-4-2 et à l'arrêté du 1^{er} août 2014.

Le prélèvement d'organes après mort encéphalique en France :

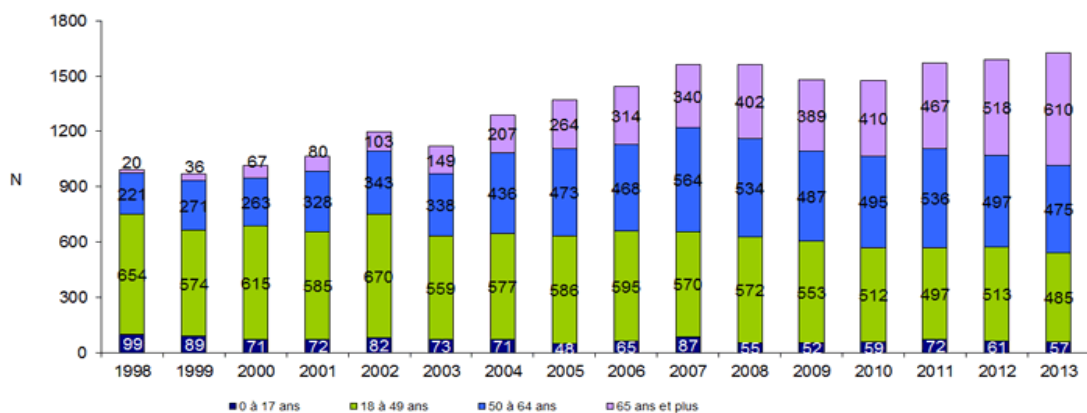
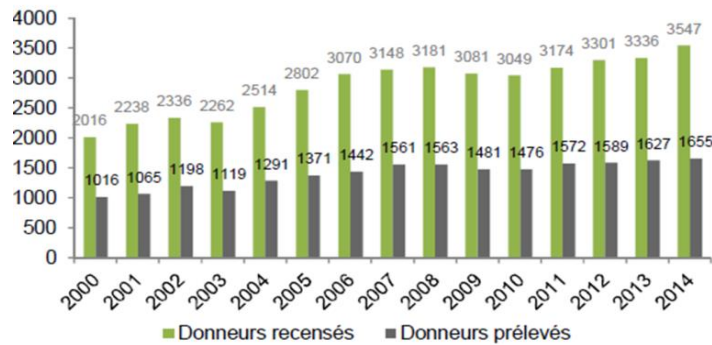
- L'âge moyen des donneurs augmente d'une année sur l'autre (57,2 ans en 2014. +3,6 ans depuis 2011)
- Taux d'opposition en légère augmentation (33,5% en 2014 ; 32,9% en 2013)
- Malgré l'âge, 91% des organes prélevés sont greffés

² www.larousse.fr

ERERAL

Espace de Réflexion Éthique Région Alsace

Evolution du recensement et du prélèvement (SME)



Les greffes à donneur vivant progressent, notamment du fait de l'extension du nombre de personnes pouvant donner un rein depuis la révision de la loi bioéthique de 2011, mais sont toujours insuffisantes par rapport aux besoins.

D'où l'intérêt de l'Agence de la biomédecine pour la classification de Maastricht :

Classification internationale dite de Maastricht 1995, révisée en 2013	
CATÉGORIE I DE MAASTRICHT	les personnes qui font un arrêt circulatoire en dehors de tout contexte de prise en charge médicalisée, déclarées décédées à la prise en charge
CATÉGORIE II DE MAASTRICHT	les personnes qui font un arrêt circulatoire avec mise en œuvre d'un massage cardiaque et d'une ventilation mécanique efficaces, mais sans récupération d'une activité circulatoire
CATÉGORIE III DE MAASTRICHT	les personnes pour lesquelles une décision de limitation ou d'arrêt programmé des thérapeutiques est prise en raison du pronostic des pathologies ayant amené la prise en charge en réanimation
CATÉGORIE IV DE MAASTRICHT	les personnes décédées en mort encéphalique qui font un arrêt circulatoire irréversible au cours de la prise en charge en réanimation

Les protocoles existent déjà pour les deux premières catégories.

La loi Leonetti de 2005 a permis l'expérimentation de la troisième catégorie mais il a fallu attendre Octobre 2014 pour que l'expérimentation soit véritablement lancée (à Annecy). La procédure qui va

ERERAL

Espace de Réflexion Éthique Région Alsace

avec est très stricte mais soulève des questionnements en termes de faisabilité (tout se fait en quelques minutes), de conflits d'intérêts, etc.

Diagnostic de la mort encéphalique et stratégies de prélèvement d'organe en Allemagne

Stefanie Förderreuther

Privat-Dozentin Neurologischer Konsiliardienst Ludwig-Maximilians-University Munich,
Klinikum Großhadern

Avec l'aide, pour la traduction, de **Jean-Gustave Hentz**,
Praticien Hospitalier au Centre hospitalier universitaire de Strasbourg

En Allemagne, le prélèvement d'organe repose sur le principe du consentement explicite élargi. La décision pour ou contre le don d'organes est à documenter sur une carte de donneur d'organes. Cette carte est facultative. Vierge, elle est fournie régulièrement par les caisses d'assurance maladie aux assurés afin qu'ils puissent la remplir. Mais, depuis 2012, il n'y a pas eu d'augmentation significative du nombre de personnes s'étant déclarées donneurs d'organes. Le plus souvent ce sont les proches qui doivent décider. Pour cela ils doivent prendre en considération la volonté présumée du défunt. Comme en France, cette décision est très difficile dans les cas de mort encéphalique ?

1. Organisation de la transplantation en Allemagne

La loi sur les transplantations, révisée en 2012, impose une séparation des responsabilités entre don d'organes, allocation et transplantation. La Fondation Allemande pour la Transplantation (DSO) s'occupe de tout ce qui concerne le don d'organes. La DSO organise et coordonne le don d'organe, elle soutient ainsi la transplantation d'organes, il existe un programme d'accompagnement pour les proches, elle organise aussi des rencontres entre proches pour échanger des réflexions et des choses vécues. La DSO est aussi responsable de la démarche qualité et des relations publiques.

L'allocation ou la répartition se fait en fonction des informations données par la DSO et en fonction des listes d'attente menées par les centres de transplantation et enregistrées chez Eurotransplant. La transplantation y compris le suivi post-transplantation est de la responsabilité des centres de transplantation.

Il existe en Allemagne 1400 hôpitaux avec des services de réanimation, 7 bureaux régionaux de la DSO et environ 70 coordinateurs s'occupent de ces hôpitaux. 50 centres de transplantation gèrent les listes d'attente et assurent le suivi des patients en postopératoire.

2. Le diagnostic de mort encéphalique en Allemagne

En Allemagne, c'est la loi sur les transplantations (révisée en 2012) qui définit la mort encéphalique. Dans la loi, il est fait mention « du caractère définitif et non réversible de la perte de l'ensemble des fonctions du cerveau, du cervelet et du tronc cérébral qui doit être constaté d'après des règles de fonctionnement qui correspondent à l'état d'avancement des connaissances de la médecine ». Les patients atteints de mort du tronc cérébral ou les patients donneurs en arrêt cardio-circulatoire ne sont pas acceptés.

C'est à l'Ordre national allemand des médecins (BÄK) qu'il revient d'établir des directives et de déterminer les conditions de qualifications nécessaires pour établir ce diagnostic.

Pour l'établissement des directives, il faut également que des experts de tous les domaines concernés soit représentés : ce sont des médecins (réanimateurs, neurologues, neurochirurgiens et

pédiatres) mais aussi des représentants des caisses maladie, du Ministère de la santé, des Associations de patients et de la Fondation Allemande pour la Transplantation.

En principe le diagnostic de mort encéphalique est basé sur les trois piliers suivants :

- 2 médecins ayant plusieurs années d'expérience de réanimation doivent vérifier si les conditions préalables sont remplies : le diagnostic de lésion cérébrale grave doit être certain. Il ne faut pas qu'il y ait des facteurs pouvant masquer le tableau clinique (ex : intoxication, curarisation, coma métabolique, hypothermie primaire).
- 2 médecins ayant plusieurs années d'expérience de réanimation doivent établir le diagnostic clinique : il faut la présence d'un coma profond, la disparition des réflexes liés aux nerfs crâniens et une apnée obligatoirement.
- Le caractère irréversible de la situation doit être prouvé par des examens cliniques qui diffèrent selon l'âge et le type de lésion.

La Fondation Allemande pour la Transplantation, qui organise les dons d'organes en Allemagne, offre aux hôpitaux qui le demande une aide au diagnostic de mort encéphalique (avec des médecins consultants rémunérés par les caisses d'assurance maladie).

3. Perception de la mort encéphalique par le Comité d'éthique national allemand

Deux questions se posent : les critères utilisés pour diagnostiquer la mort encéphalique sont-ils les bons ? Est-ce que la mort encéphalique peut être mise sur le même plan que la mort ?

Le Comité d'éthique national allemand³ est lui-même divisé sur la question : si ses membres pensent tous que la mort encéphalique est un critère acceptable pour un don d'organes, 7 des 25 membres du comité d'éthique ne considèrent pas que la mort encéphalique est un critère de mort. Leurs arguments sont notamment les suivants :

- L'organisme est un tout ; sa mort doit donc engendrer la perte de toutes les fonctions (or la mort encéphalique est compatible avec le maintien de la fonction cardio-vasculaire, de la fonction médullaire dans la colonne vertébrale et il est possible de mener à bien une grossesse)
- L'auto-détermination et l'auto-intégration de l'organisme ne sont pas exclusivement déterminés par l'action des nerfs.

On soupçonne ainsi la mort encéphalique de n'être qu'une construction de la médecine de transplantation.

Le débat public – surtout dans la presse non spécialisée – est très influencé par l'aspect extérieur d'un patient en état de mort encéphalique mais aussi par de fausses informations. Qui plus est, la presse laisse souvent entendre que le diagnostic de mort encéphalique ne serait pas fait avec soin et que l'on ne respecterait pas les directives. Ce qui a existé, effectivement, ce sont des erreurs de forme dans la réalisation du diagnostic de mort encéphalique. Nous y reviendrons.

Un don d'organes postmortem n'est possible qu'après que le diagnostic de mort encéphalique ait été réalisé d'après l'ensemble de règles en vigueur. Pour cette raison les critères de Maastricht I-III ne peuvent être utilisés en Allemagne. On pense ainsi pouvoir éviter les conflits d'intérêts.

Malheureusement, on confond toujours la mort encéphalique avec d'autres traumatismes graves de l'encéphale comme par exemple le syndrome appallique ou d'autres états comateux. Et, en Allemagne plus qu'ailleurs, le débat s'est cristallisé suite à une soi-disante affaire.

³ Le Comité d'éthique national allemand, qui conseille entre autres le Bundestag allemand, a travaillé sur ce thème de manière très approfondie ces dernières années. Il a publié en février 2015 un rapport de 189 pages sur la mort encéphalique.

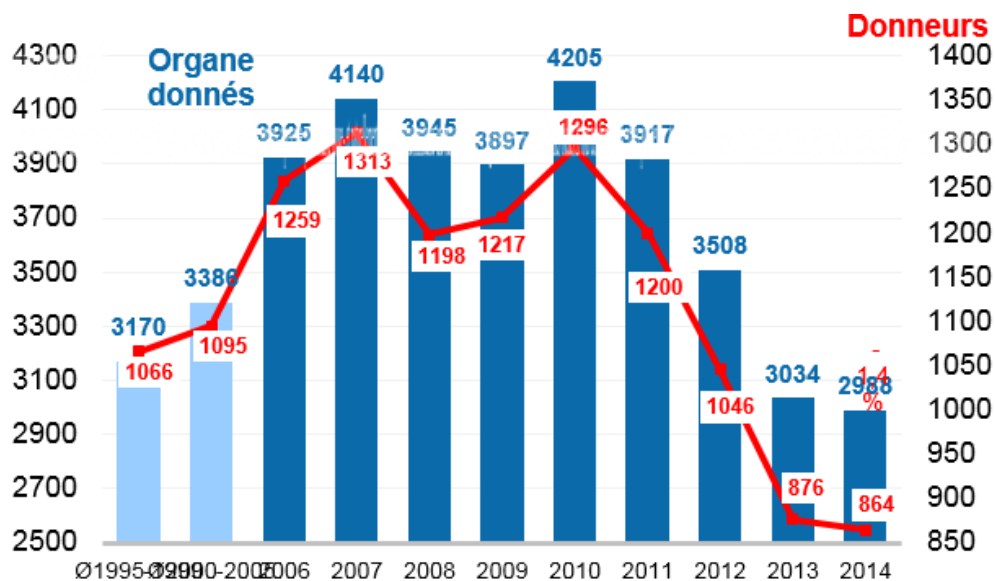
4. Le scandale autour de la répartition des organes de donneurs et ses conséquences

En 2012, dans 4 centres de transplantations, il y a eu des infractions aux directives nationales. Des examens de laboratoire et des dates ont été manipulés pour permettre à des patients sur liste d'attente pour transplantation hépatique de « remonter » sur la liste.

Mais il n'y a pas eu de traitement préférentiel pour certains groupes de patients comme par exemple ceux qui cotisent dans une caisse privée de sécurité sociale et il n'y a pas eu d'argent distribué aux médecins. En fin de compte, ce sont des patients qui étaient sur liste d'attente qui ont obtenu les organes.

Au même moment, la presse a parlé de « fréquentes erreurs » concernant le diagnostic de la mort encéphalique. On n'a pas fait de différence entre la suspicion que la mort encéphalique pouvait installer et des cas de mort encéphalique diagnostiqués selon les directives proposées. Et on n'a pas fait la différence entre des fautes de contenu – donc de vrais diagnostics erronés – et de simples erreurs de forme. Aucun cas de diagnostic erroné n'a été découvert.

Ces affaires ont entraîné une très nette régression du nombre de donneurs.



En 2013, 19% des personnes interrogées ne voulaient plus donner d'organes, selon l'Agence centrale pour l'information en matière de santé et pour 37% d'entre elles, le scandale était la raison de leur changement d'attitude. La population reste majoritairement pour le prélèvement : 78% des personnes ont répondu avoir une attitude plutôt positive et 68% des personnes sont d'accord pour qu'on leur prélève des organes après leur mort.

5. Mesures prises pour encourager le don d'organes

La gestion des listes d'attente a été modifiée. Les modifications des listes d'attente sont désormais considérées comme des délits. Un organisme de confiance intitulé « médecine de transplantation » a été créé. Toutes les anomalies – suspectées ou avérées peuvent lui être signalées.

ERERAL

Espace de Réflexion Éthique Région Alsace

Les critères de diagnostic de la mort encéphalique ont été révisés et sont maintenant plus sévères. De plus toutes les directives de l'Ordre National des Médecins Allemands qui ont à voir avec la transplantation doivent être validées par le ministère de la santé.

L'information du public été renforcée.

Regards critiques sur les stratégies visant à augmenter les dons d'organes

Laura Bossi-Régnier

Neurologue

Historienne des sciences

Associée au laboratoire SPHERE, Université Paris-Diderot

Depuis plusieurs années, une série de mesures vise à augmenter le « pool » des « donneurs ». Il faut dire que depuis le milieu du vingtième siècle les progrès ont été considérables :

- 1954 : première greffe du rein (donneur vivant)
- 1956 : première greffe de la moelle osseuse
- 1962 : première greffe du rein (donneur décédé)
- 1963 : première greffe du poumon
- 1966 : première greffe du pancréas
- 1967 : première greffe du cœur
- 1967 : première greffe du foie
- 1968 : première greffe du bloc cœur-poumons
- 1985 : première greffe des intestins
- 1998 : première greffe de la main
- 2000 : première greffe de deux mains et avant-bras
- 2003 : première greffe de la langue
- 2005 : première greffe du visage
- 2008 : première greffe de deux membres supérieurs

Le coma irréversible (ou mort cérébrale) est défini par la Harvard Medical School, en 1968⁴, selon les critères suivants :

- Unreceptivity and unresponsiveness
 - No movement or breathing
 - No brain reflexes
 - Flat electroencephalogram
 - All test must be repeated at least 24h later with no change, and hypertermia and central nervous system depressants must be excluded
- ⇒ Dans le choix même des mots, qu'une confusion persiste entre un mourant et un mort.

La France est le premier pays, avec la circulaire Jeanneney (du nom du Ministre de la Santé de l'époque) n°27 du 24 avril 1968, à introduire la définition de la mort encéphalique dans la législation, et à légaliser le prélèvement d'organes sur un sujet en état de mort encéphalique. Ce texte reprend et critique le critère cardiorespiratoire utilisé auparavant et le complète par un critère neurologique. Petit à petit, les différences observées à travers le Monde dans les critères cliniques de mort encéphalique posent question.

Il en résulte la prise de position de la President's commission for the study of ethical problems in medicine and behavioral research, en 1981⁵, mais la proposition d'une « mort corticale » (higher

⁴ "A definition of irreversible coma: report of the ad hoc committee of the Harvard Medical School to examine the definition of brain death". *JAMA* 205:337-340, 1968

⁵ «Defining death: medical, legal and ethical issues in the determination of death »

ERERAL

Espace de Réflexion Éthique Région Alsace

brain death) fut finalement rejetée, car elle aurait eu la fâcheuse conséquence d'enterrer des patients qui respirent et dont le cœur bat encore.

En fait, le malentendu vient en grande partie du fait que les philosophies sous-jacentes à ces concepts sont en totales contradiction :

- La position utilitariste est défendue par Peter Singer et Robert D. Truog⁶
- La position défendue par Hans Jonas⁷ critique notamment le fait, dans l'optique scientifique de la mort cérébrale, le cerveau est l'intégrateur permettant à l'organisme de fonctionner « comme un tout ». on retrouve ici la critique du dualisme cartésien (l'animal-machine)

En décembre 2008, la President's council on bioethics publie *Controversies in the determination of death*. Dans ce texte majeur, la commission explore deux positions :

- Celle qui réfute les critères neurologiques de la mort (mort cérébrale), sur la base des arguments de Jonas
- Celle qui défend le consensus sur la mort cérébrale, mais non le « rationnelle » fondé sur l'« intégration somatique »

Une troisième position, qui serait celle de distinguer la mort de la personne et la mort du corps ou de l'organisme (« two-deaths position ») est rejetée d'emblée. Mais le texte ne suscite quasiment pas de débat, alors même qu'il met en évidence des divergences de pratique importantes entre les pays.

Entretemps est apparue la classification de Maastricht et la question du prélèvement à cœur arrêté, catégorie 3 (cf. plus haut). Ces prélèvements sont :

- autorisés aux Etats-Unis, au Canada, en Hollande, en Belgique, au Royaume Uni, en Espagne, en France, en Italie, en Lituanie...
- interdits en Allemagne, au Portugal, en Hongrie...
- expérimentés en France (loi votée en 2005, malgré les réserves de la Société de réanimation de langue française)

Pour la sociologue et historienne des greffes, Renée Fox c'est une « une forme ignoble de cannibalisme »⁸. On peut en effet se poser la question suivante « allons-nous désormais franchir une étape ultérieure, et accepter qu'il soit légitime de tuer pour prélever les organes ? »

Outre le fait qu'il s'agit d'un choix de société, qui devrait clairement être débattue par la société toute entière et qui n'a pas été discuté, on peut critiquer les critères scientifiques de validation retenus (série très faible, en termes de cas étudiés).

⁶ Truogh RD. *Brain death – too flawed to endure, too ingrained to abandon*. J Law Med Ethics 35:273-281, 2007

⁷ Hans Jonas, "Against the Stream," in *Philosophical Essays: From Ancient Creed to Technological Man*. Englewood Cliffs, NJ, Prentice-Hall, 1974

⁸ Fox R. An ignoble form of cannibalism: Reflections on the Pittsburgh protocol for procuring organs from non-heart beating cadavers. *Kennedy Inst Ethics J* 3:231-239, 1993.



Espace de Réflexion Éthique Région Alsace

Les états pauci-relationnels

Xavier Ducrocq

Professeur des universités

Praticien hospitalier en neurologie au CHRU de Nancy,

Directeur de l'Espace Lorrain de la Santé

A côté des morts par arrêt cardiaque et des morts encéphaliques, il existe des cas où la conscience peut être totale mais « gênée » par le physique :

- Coma (vigilance/conscience)
- Sommeil/narcolepsie (vigilance; physiologie/pathologie)
- Mutisme akinétique (? : motricité, conscience ?, ...)
- Locked-in syndrome (motricité)
- Autisme (communication)

Il existe aussi des cas où les patients peuvent vivre longtemps mais avec un état de conscience difficilement mesurable. De ces cas, on distingue :

- Les états végétatif chronique/persistant (Jennet et Plum, 1972)
 - Sortie du coma (= ouverture des yeux) dans un délai de 12 mois pour les traumatismes crâniens, 3 mois pour les autres circonstances: anoxie, ...
 - Vigilance, mais pas de preuve d'une présence, d'une activité de la conscience
 - Récupération d'un rythme d'allure circadienne, mais pas de réactivité visuelle, auditive, douloureuse, ...
- Les états de conscience minimale (JT Giacino et al. Neurology 2002) ou états pauci-relationnel (F)
 - Rythme circadien (alternances veille-sommeil)
 - Preuve reproductible d'une conscience (« awareness » : attention, connaissance)
 - Mouvement des yeux, expression du regard, du visage, mobilisation des membres, changement respiratoire, en réponse à une voix, une image, une musique, une présence, un bruit, de qualité variable selon que personne ou stimulus familier, à forte charge affective, émotionnelle, ou non.
- Les états chroniques de conscience altérée (Laureys et al., ...)

Problème : « L'absence de preuve de conscience ne signifie pas l'absence de conscience »

	Coma	Eveil non répondant / végétatif	Etat de conscience minimale MOINS	Etat de conscience minimale PLUS	Etat confusionnel
Communication	Absente	Absente	Absente	Absente	Présente
Réponse à la commande	Absente	Absente	Absente	Présente	Présente
Mouvements non réflexes	Absents	Absents	Présents	Présents	Présents
Ouverture des yeux	Absente	Présente	Présente	Présente	Présente

Caractéristiques des patients en état pauci relationnel (D'après enquête en IDF en 2013 sur 105 patients. Albinet-Fournot B., Kiefer C.)

- Age moyen : 47 ans (21-82)
- Homme dans 65% des cas
- Étiologie : trauma (37%; 44 ans); anoxie (25%, 46 ans); AVC: 22%, 55 ans, ...)
- Trachéotomie ou non (30%)
- Nutrition entérale (88%), buccale (27%)
- Quadriplégie (79%), troubles Neuro-ortho (88%), colonisation BMR (39%, mais peu d'infections), escarres-dénutrition (12%)
 - ⇒ Circulaire DHOS/02/DGS/SD5D/DGAS n° 2002-288 du 3 mai 2002 relative à la création d'unités de soins dédiées aux personnes en état végétatif chronique ou en état pauci-relationnel

Problème du diagnostic :

“While the clinical examination is considered the gold standard for diagnosis of seriously brain-injured patients (Giacino et al., 2014), results may conflict due to variations in scale application or the subjective interpretation of examination findings. Studies investigating the accuracy of these scales consistently suggest that 30–40% of VS/UWS patients may be clinically misdiagnosed (Andrews et al., 1996; Childs et al., 1993; Schnackers et al., 2009). Moreover, in a recent cohort study assessing diagnostic accuracy in seriously brain-injured patients, it was demonstrated that levels of awareness fluctuate over a 6.5-hour time interval (Candilieri et al., 2011)”⁹

- ⇒ C'est un état difficile à diagnostiquer, dont les niveaux de conscience varient et sont encore plus difficiles à diagnostiquer.
- ⇒ Ce sont des personnes vulnérables. Gardons-nous bien de voir en eux de simples donneurs d'organes comme R. Truog (2007).

⁹ A. Peterson et al. / NeuroImage: Clinical 7 (2015) 588–597

Questions éthiques et philosophiques des prélèvements d'organe

Valérie Gateau

Philosophe et chercheuse associée au centre Georges Canguilhem et au service de chirurgie hépato-bilio-pancréatique de l'hôpital Beaujon/Paris Diderot

Parler du don pose d'emblée un dilemme philosophique : une greffe, c'est bien sûr très bien mais traiter une personne en fin de vie, c'est très bien aussi.

Par ailleurs, il faut comprendre que les situations ne sont pas binaires. La société conserve des droits à l'égard des personnes décédées.

En philosophie, trois questions se posent lorsqu'il s'agit de parler du don d'organes :

- La question du consentement
- La question du respect
- La question de l'utilité

Ces questions ne se posent que si la mort est là. Or la mort a une définition qui repose sur la notion d'irréversibilité. C'est un critère facile et cohérent, sauf pour les prélèvements d'organe.

Hans Jonas a été le premier à critiquer la notion de mort cérébrale. Selon lui, les critères d'Harvard font passer les morts cérébraux de « sujets » à « objets ». Ils utilisent, pour démontrer sa thèse, des arguments aussi bien anthropologiques, qu'épistémologiques et théologiques.

Pour Robert Veatch, on navigue toujours entre trois définitions de la mort eu égard à nos besoins, chaque être humain devrait donc pouvoir dire quelle définition il voudrait voir appliquer concernant sa personne.

Peter Singer va plus loin mais il met surtout l'accent sur la question du consentement.

Deux cadres juridiques existent pour aborder la notion du consentement :

- Dans le cas du consentement explicite (« Opt in »), le prélèvement d'organes n'est autorisé que si le donneur a donné explicitement son consentement de son vivant. C'est le principe adopté par le Danemark, les Pays-Bas, le Royaume-Uni, l'Irlande et l'Allemagne.
- Dans le cas du consentement présumé, le prélèvement est envisagé dès lors que le donneur n'a pas exprimé de refus de son vivant (« Opt out »). C'est le cas de l'Autriche, de la Belgique, de l'Espagne, de la Finlande, de la France, de la Grèce, de l'Italie, du Luxembourg, du Portugal et de la Suède.

En pratique, l'ensemble des pays pratique l'entretien avec la famille pour prendre connaissance des volontés du défunt, peu exprimées de son vivant.