

**AVIS PAR LETTRE N° 8**

**Demande d'avis en date du 22 février 2012,**

**de Madame Laurette Onkelinx, Ministre des Affaires sociales et de la Santé  
publique,**

**relative à l'application de l'article 8bis de la loi du 13 juin 1986 sur le prélèvement  
et la transplantation d'organes - Donor Advocate.**

**Approbation : comité plénier du 11 mars 2013.**

## TRADUCTION

Comité consultatif de  
Bioéthique  
A l'attention de la Présidente  
Mme Marie-Geneviève Pinsart  
  
Service public fédéral Santé  
publique, Sécurité de la  
Chaîne alimentaire et  
Environnement  
Eurostation II

Place Victor Horta, 40 boîte 10  
1060 BRUXELLES

votre lettre du  
votre référence -

notre référence LO/LB/KVDW/ch/  
date **22 FEVR. 2012**

annexe(s) conseil de transplantation relatif à  
Donors Advocate

Concerne : Don d'organe et transplantation  
Application de l'article 8bis de la loi du 13 juin 1986 sur le  
prélèvement et la transplantation d'organes

Chère Madame

A l'avenir, les donneurs vivants gagneront en intérêt en matière de médecine de transplantation. Ceci a un rapport avec un manque relatif de donneurs cadavériques, mais aussi avec l'intention des médecins traitants de limiter le délai pour les receveurs et d'optimiser la qualité de la transplantation d'organes de remplacement.

La loi prévoit des règles particulières pour le don d'organes entre personnes vivantes. En 2007, un article 8bis a été inséré qui a obligé une évaluation pluridisciplinaire d'un donneur vivant<sup>1</sup> potentiel. Dans un avant-projet de loi portant modification de la loi du 13 juin 1986, déjà soumis au Conseil d'Etat, cet article est réécrit comme suit :

*Art. 8bis. Tout prélèvement sur des personnes vivantes doit faire l'objet d'une concertation pluridisciplinaire préalable entre des médecins et d'autres prestataires de soins, à l'exclusion des médecins et prestataires de soins qui traitent le receveur ou qui exécutent le prélèvement ou la transplantation. Les participants à la concertation multidisciplinaire évaluent le donneur potentiel en toute indépendance, notamment sa capacité de consentir au prélèvement d'organes.*

*Le Roi peut fixer les règles d'application du premier paragraphe.*

---

<sup>1</sup> Art. 8bis <inséré par W 2007-02-25/57, art. 5, Entrée en vigueur: 23-04-2007> Tout prélèvement sur des personnes vivantes doit faire l'objet d'une concertation pluridisciplinaire préalable. Le Roi peut fixer les règles d'application du premier paragraphe.

Je me permets de demander votre avis sur et votre évaluation d'une proposition ci-jointe du Conseil belge de Transplantation en matière de ce qu'on appelle le 'Donor Advocate' et la place éventuelle de celui-ci dans la discussion interdisciplinaire par rapport au don et au traitement du receveur.

Je sollicite également votre avis sur les éventuelles règles d'application comme indiquées dans l'article 8bis, qui peuvent être de nature éthique, déontologique ou médicale.

J'aimerais recevoir votre avis au plus tard le 31-12-2012.

Veillez agréer, Madame, l'assurance de ma très haute considération.

L. Onkelinx  
Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique



**Bijlage:**

**Definition of Donor Advocate in the Belgian Transplant setting.**

**Definition.**

The Donor Advocate is a physician representing the donor during the evaluation and decision-making process that occurs as part of the transplantation evaluation and completion.

Living donor transplant programs must provide a Donor Advocate. The Donor Advocate must know the principles behind donor education, in particular the balance of risks and benefits of living donor donation so that he can detect donor "inattention" or misunderstanding. The candidate donor must be able to demonstrate a clear understanding of the risks and benefits of donation to the Donor Advocate. The Donor Advocate responsibilities include, but are not limited to the following:

- Promote the best interests of the candidate living donor
  
- Advocate for the rights of the candidate living donor
  
- Assist the candidate living donor in obtaining and understanding information regarding the:
  - 1) Consent process. The Informed Consent should be a written one
  - 2) Evaluation process
  - 3) Surgical procedure
  - 4) Medical and psychosocial risks
  - 5) Benefit and need for life long follow-up

For these tasks he is assisted by the various members of the living donor evaluating team (Transplantcoordinator, psychologist or psychiatrist, social worker, Transplant surgeon and Transplant physician).



To fulfill his task/duty the Donor Advocate must have following competences:

- Be a physician with up to date knowledge in the field of organ transplantation and donation. He/she can be a physician with training in Internal Medicine/Nephrology/Gastroenterology/Surgery.... The Donor Advocate should have up to date knowledge related to the different fields of living and post mortem donor transplantation, which means there should be different capabilities related to living donor kidney, liver and eventually lung and small bowel transplantation.
- Be independent of the transplantation team, e.g. a consultant physician external to the transplantation team and not involved in the care or follow-up of transplant recipients (or at least not in the care of the particular recipient of the candidate donor for whom he is advocate)
- Be able to (repeatedly) provide adequate information to the potential donor with regard to medical, surgical, psychosocial, financial, insurance, administrative and social consequences of living donation in the short and long term. The evaluation by the Donor Advocate should be a holistic one. For this evaluation the Donor Advocate can get information from the members of the living donor evaluating team (social worker, psychologist or psychiatrist, transplant coordinator, and transplant surgeons/physicians). However the final interpretation of this information is the responsibility of the Donor Advocate taking into account the above mentioned holistic evaluation of the potential donor and his/her family.
- The Donor Advocate should also be able to explain (case by case - in function of individual circumstances) to the candidate donor that the different modes of post mortem donation are acceptable alternatives for the recipient.
- Although the Donor Advocate should be aware of the indication for- and outcome after transplantation in the recipient, this should not be an issue which has impact on the decisive process of the Donor Advocate. He should make sure however that the candidate donor has been comprehensively informed on the outcome of transplantation taking into account the current updated knowledge in literature or experience.
- The Donor Advocate should guarantee that the living donor is followed up, not only before the donation, but also life long after the donation. The Donor Advocate should be able to stimulate the living donor to adhere to this lifelong follow up. He should receive or produce at least one annual report about the follow up of the living donors. He also fills in (or delegates) the (upcoming) national/international living donor registries.

The decision of acceptance or refusal of a donor candidacy should be thoroughly discussed during a multidisciplinary meeting including the Donor Advocate, Transplant surgeons, Transplant physicians, social worker, Transplant coordinator, psychologist or psychiatrist. During this meeting, the full chart of the potential donor will be discussed in depth by the Donor Advocate and all the members of the evaluating team. The decision is preferably taken in consensus. If no consensus can be reached, the Donor Advocate's advice is binding and final. A summary of the argumentations for the final decision is written by the Donor Advocate.



federale overheidsdienst  
**VOLKSGEZONDHEID,  
VEILIGHEID VAN DE VOEDSELKETEN  
EN LEEFWAARDE**

**The evaluation procedure of living donors as well as the written and signed informed consent form should be approved by the local ethical committee of the hospital.**

# REPONSE PAR LETTRE

19 mars 2013

Madame Laurette Onkelinx  
Vice-Première Ministre et Ministre des  
Affaires sociales et de la Santé publique  
Rue Ducale, 59-61  
1000 BRUXELLES

<b>votre correspondant</b>	<b>téléphone</b>	<b>courriel</b>
Lieven Dejager, coordinateur	02/525.09.09	<a href="mailto:lieven.dejager@health.fgov.be">lieven.dejager@health.fgov.be</a>
<b>nos références</b>		
G:/bioeth/presvz/2013/130319 rép demande d'avis Min L Onkelinx Donor Advocate		
<b>vos références</b>		
LO/LB/KVDW/ch		

**Application de l'article 8bis de la loi du 13 juin 1986 sur le prélèvement et la transplantation d'organes (Donor Advocate)**

Madame la Ministre,

Par lettre du 22 février 2012, vous avez sollicité l'avis du Comité consultatif de Bioéthique à propos de la proposition du Conseil belge de la Transplantation concernant la définition, le rôle et la fonction du *Donor Advocate* dans le cadre des prélèvements d'organes sur personnes vivantes. Il y est suggéré que chaque programme de transplantation belge qui pratique des dons d'organes du vivant dispose d'un *Donor Advocate* répondant aux critères proposés.

J'ai l'honneur de vous communiquer ci-dessous la réponse que le Comité consultatif de Bioéthique a formulée lors de sa réunion plénière du 11 mars 2013.

1. Le Comité est unanimement favorable au principe de cette proposition, qui envisage le *Donor Advocate* comme un médecin assistant et "représentant" le candidat donneur au cours du processus d'évaluation et de prise de décision préalable à la transplantation<sup>1</sup>. Ce médecin doit être en mesure d'apprécier complètement la situation juridique, psychologique, sociale et familiale du candidat donneur, et être au fait de "la balance des risques et des avantages d'un don d'organes du vivant, de manière à pouvoir détecter l'inattention ou l'incompréhension" du candidat donneur sur certains points importants. Il a pour tâche de s'assurer que le candidat donneur a "clairement compris ces risques et ces avantages". A cet égard, le Comité souhaite remarquer que la référence, dans la proposition du Conseil belge de la Transplantation, à d'éventuels *avantages* du don d'organes dans le chef d'un donneur vivant semble étonnante, d'autant que le *Donor Advocate* n'est pas censé apprécier la situation du receveur. En effet, en dehors d'éventuels avantages psychologiques – dont l'objectivation dépend de la teneur des relations entre le

<sup>1</sup> Le Comité souligne que la notion de "représentation" (en anglais « representing the donor ») à laquelle recourt le Conseil belge de la Transplantation est inadéquate sur le plan juridique, le candidat donneur étant par définition une personne juridiquement capable à l'égard de laquelle la représentation ne se conçoit pas, au contraire de l'assistance. Sans doute s'agit-il plutôt d'envisager que le candidat donneur, s'il est absent lors d'une étape du processus d'évaluation, puisse être remplacé par le *Donor Advocate*.

candidat donneur et le receveur –, le don d'organe du vivant ne présente aucun avantage pour le donneur. Le Comité renvoie sur ce point à son avis n° 50 du 9 mai 2011.

Les responsabilités du *Donor Advocate* sont de veiller aux intérêts du candidat donneur, de garantir que ses droits sont respectés, et de l'assister lors de la réception et de l'intégration des informations dont il doit disposer pour pouvoir donner, de façon éclairée, son consentement écrit : ces informations concernent en particulier le processus d'évaluation, la procédure chirurgicale à effectuer, les risques médicaux et psycho-sociaux et la nécessité d'un suivi la vie durant. Le *Donor Advocate* est à cette fin assisté des membres de l'équipe d'évaluation du candidat donneur (coordinateur de transplantation, psychologue ou psychiatre, assistant social, chirurgiens et médecins transplantateurs). Le *Donor Advocate* doit en outre veiller à se concerter, de la manière la plus large et approfondie possible, avec l'ensemble des professionnels auxquels le candidat donneur a pu être confronté et qui seraient susceptibles de permettre une appréciation affinée de sa situation et de sa personnalité et, partant, d'éclairer au mieux la décision à prendre.

Dans sa proposition, le Conseil belge de la Transplantation détaille les compétences dont le *Donor Advocate* devrait disposer afin de remplir correctement sa mission. Il précise que la décision d'accepter ou refuser une candidature pour un don du vivant devrait être discutée de manière approfondie dans le cadre d'une réunion multidisciplinaire ("*multidisciplinary meeting*") incluant, outre le *Donor Advocate*, l'ensemble des membres de l'équipe d'évaluation. Au cours de cette discussion, la situation du candidat donneur serait appréciée en profondeur par l'équipe, grâce à l'éclairage fourni par le *Donor Advocate*. La décision serait de préférence prise par consensus; à défaut de pouvoir atteindre un consensus, l'avis du *Donor Advocate* serait décisif et devrait obligatoirement être suivi. Un résumé de l'argumentaire soutenant la décision serait rédigé par le *Donor Advocate*. Enfin, la procédure d'évaluation des candidats donneurs vivants, de même que le "formulaire de consentement éclairé écrit et signé" ("*written and signed informed consent form*"), devraient être approuvés par le comité d'éthique médicale de l'hôpital. Ce schéma appelle de la part du Comité les précisions reprises ci-dessous (n° 6).

2. La question posée au Comité souligne que l'on peut s'attendre à ce que les cas de don d'organe du vivant augmentent à l'avenir, afin de remédier à la pénurie relative de cadavres susceptibles d'être prélevés, de réduire le temps d'attente des receveurs et d'optimiser la qualité des organes transplantés. L'opinion du Comité est sollicitée à propos de tous les aspects de la concertation pluridisciplinaire relative au prélèvement et à la transplantation, et en particulier "de la place éventuelle (du *Donor Advocate*) dans la discussion interdisciplinaire concernant le don et le traitement du receveur". A ce sujet, le Comité précise qu'à ses yeux, le *Donor Advocate*, qui assiste et/ou "représente" le *candidat donneur*, ne devrait en rien être associé au traitement du *receveur* de l'organe prélevé.

Depuis la loi du 25 février 2007, l'article 8bis de la loi du 13 juin 1986 sur le prélèvement et la transplantation d'organes dispose que tout prélèvement sur des personnes vivantes doit faire l'objet d'une concertation pluridisciplinaire préalable, dont le Roi est habilité à fixer les modalités d'application. Cette disposition a été modifiée par la loi du 3 juillet 2012 (M.B., 24 août 2012). Elle se lit désormais comme suit :

*Art. 8bis. Tout prélèvement sur des personnes vivantes doit faire l'objet d'une concertation pluridisciplinaire préalable entre médecins et autres prestataires de soins, à l'exception des médecins et des prestataires de soins qui traitent le receveur ou qui effectuent le prélèvement ou la transplantation.*

*Les membres de la concertation pluridisciplinaire évaluent le donneur potentiel de manière indépendante, notamment sa capacité de consentir à un prélèvement d'organes.*

*Le Roi peut fixer les modalités d'application de l'alinéa 1<sup>er</sup>.*

Le Comité constate que les articles 11 et 12 de l'arrêté royal du 10 novembre 2012 fixant les normes auxquelles une fonction "coordination locale des donneurs" doit répondre pour

être agréée et le rester (M.B., 23 novembre 2012, éd. 3) disposent que l'équipe pluridisciplinaire n'est pas *directement* impliquée dans le traitement du receveur et dans le prélèvement des organes au sein de l'hôpital. Cette formulation est plus souple que celle de la loi. Par ailleurs, l'article 13 dudit arrêté royal détaille les tâches dont cette équipe est notamment chargée, mais sans y reprendre l'évaluation indépendante du donneur potentiel, en particulier quant à sa capacité de consentir au prélèvement.

La loi du 3 juillet 2012 modifiant les lois des 13 juin 1986 et 19 décembre 2008 insère également un article 9*bis* dans le premier de ces textes, lequel prévoit l'existence d'un registre ou un fichier des donneurs vivants et la mise en place d'un système de suivi des donneurs vivants visant à identifier, signaler et gérer tout incident potentiellement lié à la qualité et à la sécurité de l'organe donné et, partant, à la sécurité du receveur, ainsi que toute réaction indésirable grave chez le donneur vivant qui pourrait résulter du don.

L'article 9 de la loi du 13 juin 1986, inchangé depuis l'origine<sup>2</sup>, prévoit pour sa part qu'il appartient au *médecin qui envisage d'effectuer un prélèvement d'organes* de s'assurer que les conditions essentielles des articles 5 à 8 sont remplies. Il est tenu d'informer de façon claire et complète le donneur et, le cas échéant, les personnes dont le consentement est requis<sup>3</sup>, des conséquences physiques, psychiques, familiales et sociales du prélèvement. Il doit constater que le donneur a pris sa décision avec discernement et dans un but incontestablement altruiste.

Aux termes de l'article 16 de l'arrêté royal du 10 novembre 2012 modifiant l'arrêté royal du 23 juin 2003 fixant les normes auxquelles un centre de transplantation doit répondre pour être agréé comme service médical au sens de l'article 44 de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987 (M.B., 23 novembre 2012), un chapitre 5 intitulé "Normes de qualité et normes relatives au suivi de la qualité", contenant les articles 10/3 à 10/25, est ajouté audit arrêté royal. L'article 10/6 dispose qu'en cas de don chez un donneur vivant, *l'équipe médicale* recueille les données concernées auprès du donneur vivant et, à cette occasion, elle lui fournit "l'information nécessaire pour comprendre les conséquences du don".

Il apparaît donc, à la lecture combinée de ces différents textes, que les missions et compétences respectives des différents intervenants en ce qui concerne l'encadrement et l'évaluation du candidat donneur, et notamment les informations à lui communiquer, se superposent partiellement. Elles mériteraient d'être mieux précisées et clarifiées.

**3.** Le Comité a souligné de manière approfondie, dans ses avis n° 50 du 9 mai 2011 (concernant certains aspects éthiques des modifications apportées par la loi du 25 février 2007 à la loi du 13 juin 1986 relative au prélèvement et à la transplantation d'organes) et n° 54 du 10 décembre 2012 (relatif au consentement au prélèvement *post mortem* de

<sup>2</sup> Sauf en ce qui concerne le champ d'évaluation de la loi du 13 juin 1986, désormais limité, depuis l'adoption de la loi du 19 décembre 2008 relative à l'obtention et à l'utilisation de matériel corporel humain destiné à des applications médicales humaines ou à des fins de recherche scientifique, aux organes destinés à la transplantation, l'organe étant défini comme "une partie différenciée du corps humain, constituée de différents tissus, qui maintient, de façon largement autonome, sa structure, sa vascularisation et sa capacité à exercer des fonctions physiologiques. Une partie d'organe est également considérée comme un organe si elle est destinée à être utilisée aux mêmes fins que l'organe entier dans le corps humain, les critères de structure et de vascularisation étant maintenus" (article 1<sup>er</sup>ter, 6°).

<sup>3</sup> Il convient de souligner que dans sa version actuelle, résultant de la loi modificative du 3 juillet 2012, la loi du 13 juin 1986 n'énonce plus d'hypothèses dans lesquelles le consentement d'autres personnes que le candidat donneur serait requis, à tout le moins formellement. En effet, le prélèvement sur une personne majeure vivante n'est désormais plus permis si celle-ci n'est pas capable de manifester elle-même sa volonté. En ce qui concerne le prélèvement sur un mineur, la loi prévoit (article 7, § 2) que le candidat donneur doit avoir atteint l'âge de douze ans, être capable de manifester sa volonté et consentir préalablement au prélèvement; elle n'évoque pas les parents, et ne leur confère aucun rôle décisionnel.

matériel corporel humain destiné à des applications médicales humaines ou à des fins de recherche scientifique), l'importance fondamentale du consentement éclairé de la personne sur laquelle du matériel corporel est prélevé, principalement, s'agissant d'organes destinés à être transplantés, au regard des risques médicaux et psychologiques encourus par le donneur. Il renvoie de manière générale aux considérations contenues dans ces deux avis.

La fourniture d'informations complètes et détaillées au candidat donneur, l'évaluation de son aptitude à les comprendre et à les intégrer, et son accompagnement soigneux, non seulement au cours du processus d'évaluation et de prise de décision, mais également après la transplantation, revêtent dès lors aux yeux du Comité une importance primordiale.

C'est ce qui explique que le Comité est unanimement favorable au principe de la présence, aux côtés du candidat donneur, d'un *Donor Advocate* indépendant de l'équipe médicale qui effectuera le prélèvement et la transplantation, et chargé spécifiquement de veiller à la préservation des intérêts et des droits du candidat donneur.

Il souligne toutefois que la concrétisation de cette suggestion impliquerait, dans les textes cités ci-dessus et dans les pratiques, une *clarification des rôles* de chacun des intervenants et du *processus* d'évaluation et de prise de décision.

4. Ainsi qu'il vient d'être rappelé, la loi du 13 juin 1986 prévoit que c'est le *médecin* qui envisage d'effectuer le prélèvement qui doit informer de façon claire et complète le donneur, et constater qu'il a pris sa décision avec discernement et dans un but altruiste, tandis que l'arrêté royal du 10 novembre 2012 (modifiant l'arrêté royal du 23 juin 2003) dispose qu'en cas de don chez un donneur vivant, c'est *l'équipe médicale* qui fournit au donneur vivant "l'information nécessaire pour comprendre les conséquences du don". La proposition examinée transfère, au moins en partie, cette compétence au *Donor Advocate*. Les textes précités devraient dès lors être amendés afin que le rôle de chacun des médecins ressorte plus clairement.

Par ailleurs, la loi du 13 juin 1986 énonce que, dans le cadre d'un don d'organe du vivant, une *concertation pluridisciplinaire préalable* a lieu entre les médecins et les autres prestataires de soins impliqués, à l'exception des médecins et des prestataires de soins qui traitent le receveur ou qui effectuent le prélèvement ou la transplantation, et que ce sont *les professionnels qui entretiennent cette concertation pluridisciplinaire* qui évaluent le donneur potentiel de manière indépendante, notamment quant à sa capacité de consentir à un prélèvement d'organes.

Or, la proposition examinée prévoit que la décision d'accepter ou refuser une candidature pour un don du vivant devrait être discutée de manière approfondie dans le cadre d'une "*réunion multidisciplinaire*" incluant le *Donor Advocate* mais aussi l'ensemble des membres de l'équipe d'évaluation du candidat donneur – à savoir le coordinateur de transplantation, le psychologue ou le psychiatre, l'assistant social, les chirurgiens et médecins transplantateurs – et que c'est au cours de cette discussion que la situation du candidat donneur doit être appréciée en profondeur par tous les membres de l'équipe, grâce tout particulièrement à l'éclairage fourni par le *Donor Advocate* dont l'avis, faute de parvenir à un consensus, serait décisif et obligatoire.

Actuellement, le rôle de *Donor Advocate* est donc en partie rempli dans le cadre de la concertation pluridisciplinaire, en raison du rôle que la loi lui attribue, mais cette "concertation pluridisciplinaire" a, dans la loi du 13 juin 1986, *une fonction différente* de celle qu'évoque le Conseil belge de la Transplantation à propos de la "réunion multidisciplinaire" ("*multidisciplinary meeting*"). Les professionnels impliqués ne sont pas identiques, et le processus décisionnel est différent. La concrétisation de la proposition examinée implique donc une redéfinition, dans la loi du 13 juin 1986 et dans les arrêtés royaux pris sur cette base, du mécanisme par lequel l'évaluation du candidat donneur,

après qu'il a été complètement informé, est, dans la situation concrète en présence, effectuée.

5. Pour le surplus, le Comité estime que le rôle et les compétences du *Donor Advocate*, tels qu'ils sont décrits par le Conseil belge de la Transplantation, sont d'une particulière importance. En effet, lors d'un don d'organe du vivant, il est indispensable que le candidat donneur soit, à tous les stades et lors de toutes les concertations au sein de l'équipe, éclairé et épaulé de manière spécifique et objective par un professionnel compétent, indépendant et formé à cette fin. La présence du *Donor Advocate* et le soutien qu'il est appelé à apporter au candidat donneur peuvent dès lors être considérés comme un facteur d'accroissement de l'autonomie de celui-ci (*empowerment*).

Il est particulièrement essentiel que l'attitude véritablement altruiste du donneur soit soigneusement appréciée et vérifiée, au regard des données objectives de la situation et notamment des relations familiales à l'oeuvre, dont dépend pour une large part le succès de la transplantation sur le plan psycho-social. Il importe, à cet égard, que le médecin agissant comme *Donor Advocate* soit adéquatement formé à l'analyse des dynamiques non médicales en présence. Son rôle semble essentiel, dans la mesure où les autres membres de l'équipe de transplantation, bien que préoccupés par ces aspects, ne sauraient jamais être complètement objectifs.

Le Comité estime que toute forme de "coercition douce" devrait toujours être exclue dans le cadre d'une telle intervention invasive, dépourvue de bénéfice thérapeutique direct dans le chef du donneur<sup>4</sup>.

6. Le Comité souligne toutefois que l'octroi, par la proposition examinée, d'un véritable rôle décisionnel au *Donor Advocate* en l'absence de consensus ne lui paraît pas opportune, dès lors qu'il cadre mal avec, d'une part, le respect de l'autonomie du candidat donneur et, d'autre part, le rôle d'assistance et de "représentation" dévolu au *Donor Advocate*.

Si, à l'issue du processus d'accompagnement confidentiel, le *Donor Advocate* constate que le candidat donneur ne marque pas, à son égard, son accord sur le don d'organe envisagé, il porte sa parole dans le cadre de la réunion multidisciplinaire et celle-ci doit être décisive.

Si le *Donor Advocate* ne parvient pas à une communauté de vues avec le candidat donneur, quel qu'en soit le motif, il doit avoir la possibilité de se désister de sa mission, le processus étant dès lors suspendu. Cette suspension doit s'accompagner de la possibilité, pour le donneur potentiel qui en émettrait le souhait, de faire appel à un autre *Donor Advocate*. La procédure pourrait alors être reprise *ab initio*, sans garantie, cependant, que le *Donor Advocate* nouvellement en charge parvienne à une conclusion différente de celle ayant conduit au désistement du premier.

En toute hypothèse, le *Donor Advocate* est impérativement tenu de respecter le secret professionnel. Ceci peut même impliquer, exceptionnellement, qu'il ne fasse pas explicitement état, lors de la réunion multidisciplinaire, de certaines informations confidentielles qu'il a pu recueillir à propos du candidat donneur et des motivations personnelles de ce dernier, dans la mesure où cette révélation pourrait nuire aux intérêts du candidat donneur.

---

<sup>4</sup> Pour une description claire de cette "coercition douce" et du besoin d'une fonction de préservation des intérêts essentiels du donneur, voir Mueller, P.S., Case, E.J., et Hook, C.C. (2008), "Responding to offers of altruistic living unrelated kidney donation by group associations: an ethical analysis", *Transpl. Reviews*, vol. 22, issue 3, 200-205.

Le Comité considère enfin que le rôle du comité d'éthique médicale de l'hôpital pourrait consister en l'émission d'un avis concernant la procédure générique d'évaluation des candidats donneurs vivants et d'un avis *ad hoc* concernant les cas de don d'organes du vivant. En aucun cas le comité d'éthique médicale de l'hôpital ne peut intervenir comme une sorte d'"instance d'appel" de la décision prise par le candidat donneur dans le cadre de la réunion multidisciplinaire.

Le Comité consultatif de Bioéthique espère ainsi vous avoir éclairée quant à la proposition du Conseil belge de la Transplantation que vous avez bien voulu soumettre à son examen et vous remercie pour votre confiance.

Veillez recevoir, Madame la Ministre, l'assurance de ma haute considération.

Michel Dupuis  
Président