

Projet de règlement grand-ducal

déterminant les procédés à suivre pour constater la mort en vue d'un prélèvement.

Avis du Conseil d'Etat

(2 juin 2009)

Par dépêche du 13 février 2009, le Premier Ministre, Ministre d'Etat, soumit à l'avis du Conseil d'Etat le projet de règlement grand-ducal déterminant les procédés à suivre pour constater la mort en vue d'un prélèvement.

Au texte du projet de règlement grand-ducal étaient joints un exposé des motifs et les avis du Collège médical, de la Commission nationale pour la protection des données (12 décembre 2008) ainsi que de l'Association des médecins et médecins-dentistes sur un avant-projet de règlement grand-ducal.

Par dépêche du 19 mai 2009, la Secrétaire d'Etat aux Relations avec le Parlement communiqua au Conseil d'Etat l'avis de la Commission nationale pour la protection des données du 12 mai 2009 sur ledit projet de règlement.

Considérations générales

Le projet de règlement grand-ducal sous examen abroge et remplace le règlement grand-ducal du 10 août 1983 déterminant les procédés à suivre pour constater la mort en vue d'un prélèvement. Il trouve sa base légale dans l'article 11 de la loi du 25 novembre 1982 réglant le prélèvement de substances d'origine humaine qui dispose qu'un règlement grand-ducal pris sur avis du Collège médical détermine les procédés que les médecins doivent personnellement appliquer pour constater la mort du donneur. La base légale de l'article 4 du projet de règlement est fournie par la loi modifiée du 2 août 2002 relative à la protection des personnes à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

Le projet de règlement grand-ducal adapte les procédés à suivre aux progrès techniques et scientifiques et élargit la notion de survenue de mort aux situations d'arrêt cardio-circulatoire persistant. Cette adaptation est surtout motivée par une carence majeure en greffons, laquelle pourrait être contrée en agrandissant le cercle de donneurs potentiels. En effet, de nombreux donneurs avec consentement explicite ou présumé, c'est-à-dire chez qui l'accord de la famille a été obtenu, ne peuvent faire don de leurs organes après leur décès parce que les dispositions de la réglementation actuelle sont trop restrictives.

Le texte sous avis rend les procédures pour prélèvements auprès de donneurs en état de mort cérébrale à cœur battant moins lourdes, et introduit la

possibilité de devenir donneur d'organes en état de mort par arrêt cardio-circulatoire persistant. Il s'agit des donneurs à cœur arrêté qui ne remplissent pas (encore) les critères retenus pour conclure à la défaillance complète du cerveau qui surviendra de pair avec la défaillance irréversible des organes dont le décédant a voulu faire don.

Le Conseil d'Etat est conscient du déséquilibre entre donneurs d'organes et demandes d'organes. Il en résulte, d'une part, une liste d'attente importante comportant des malades sévèrement atteints qui n'arriveront pas à échapper à la mort grâce à un don d'organes et des malades qui continueront à souffrir d'une maladie chronique avancée. Il en résulte également dans le réseau de solidarité international que constitue Eurotransplant un déséquilibre en défaveur du Luxembourg, dans la mesure où notre pays reçoit plus qu'il donne et n'arrive pas à respecter le principe de réciprocité.

Néanmoins, il n'y a pas de droit au don, et les préoccupations éthiques entourant la détermination de critères permettant la constatation de la mort ne doivent pas être relativisées par une approche basée sur une approche comptable.

Par contre, le don d'organes doit être considéré à sa juste valeur. Il s'agit d'un acte de pure générosité. Le Conseil d'Etat soutient la démarche des auteurs en ce qu'elle permet au donneur, ou à sa famille en deuil, de faire cet ultime cadeau à un inconnu pour changer ou sauver sa vie.

Le texte sous avis introduit la notion de donneur à cœur arrêté. En Europe, les donneurs à cœur arrêté sont classés en 4 catégories établies lors d'un congrès à Maastricht en 1995. Cette classification distingue:

- Catégorie I, un arrêt cardiaque constaté en dehors de tout secours médical et s'avérant immédiatement ou secondairement irréversible (« mort à l'arrivée »);
- Catégorie II, un arrêt cardiaque survenu en présence des secours, dont la réanimation après massage cardiaque et respiration artificielle s'avère vouée à l'échec (« échec de réanimation »);
- Catégorie III, un arrêt cardiaque irréversible survenu après arrêt programmé des soins (« Arrêt cardio-circulatoire escompté »);
- Catégorie IV, un arrêt cardiaque irréversible survenant au cours d'un état de mort encéphalique primaire, pendant sa prise en charge en réanimation (« arrêt cardio-circulatoire sur mort encéphalique »).

Les catégories I et II sont à considérer comme situations non contrôlées, les catégories III et IV comme contrôlées, car survenant en principe dans un contexte de soins intensifs, et dans de bonnes conditions de prélèvement.

Historiquement, les premières transplantations d'organes se faisaient à partir de donneurs à cœur arrêté des catégories I et II. Ce ne fut que fin des années 1960 que les méthodes de constatation de mort cérébrale furent établies; pendant plus de vingt-cinq ans, les donneurs après mort encéphalique et à cœur battant étaient à l'origine de la très grande majorité de prélèvements d'organes. Avec les années, le nombre de jeunes mourant de lésions cérébrales sévères a diminué et le progrès de la médecine a rendu moins fréquents les cas remplissant les critères retenus de mort encéphalique: le décès survient plus

souvent dans un contexte d'arrêt de traitement face à des lésions neurologiques gravissimes et irréversibles. Ces patients appartiennent à la catégorie III. Ainsi, aux Etats-Unis et en Angleterre, c'est surtout cette catégorie de donneurs à cœur arrêté qui peut être prise en compte.

Le Conseil d'Etat se doit de constater que les auteurs n'ont pas pris soin de spécifier dans le texte du projet de règlement grand-ducal sous avis dans quelle mesure les différentes catégories de patients sont visées par la disposition nouvellement introduite. Alors que les modalités réglant l'arrêt de manœuvres de réanimation indiquent que les patients des catégories I et II peuvent être retenus, le texte de l'article 3 ne renseigne pas clairement si les patients de la catégorie III entrent dans son champ d'application ou en sont exclus.

Or, c'est notamment cette catégorie qui a donné lieu à des considérations d'ordre éthique.

Ainsi, les membres de la Commission nationale d'éthique ont estimé dans leur « avis 21 », intitulé « Le diagnostic de la mort en rapport avec le don d'organes – La pénurie de greffons », que « dans une optique éthique, rien ne s'oppose à ce que la possibilité de prélever des organes sur des donneurs à cœur non battant ou encore « décédés de mort encéphalique après arrêt cardiaque persistant », correspondant aux catégories 1, 2 et 4 de la classification de Maastricht, soit donnée. Ils estiment qu'il serait sans doute prématuré d'autoriser le recours aux personnes décédées correspondant à la catégorie 3. ».

La loi du 16 mars 2009 relative aux soins palliatifs, à la directive anticipée et à l'accompagnement en fin de vie comporte dans son article 2 une disposition portant sur le refus de l'obstination déraisonnable et permettant l'arrêt de traitements inappropriés n'apportant à une personne en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable ni amélioration de son état ni espoir de guérison. Pour autant que l'arrêt de traitement conduise au décès à brève échéance, les donneurs potentiels se trouvant dans cette situation appartiendraient en principe à la catégorie III.

En France, le décret 2005-949 du 2 août 2005 autorise les prélèvements d'organes et de tissus sur une personne décédée présentant un arrêt cardiaque et respiratoire persistant. L'Agence de la biomédecine a décidé, dans le cadre d'une étude de faisabilité et compte tenu des données internationales qui concernent essentiellement les prélèvements rénaux, de n'envisager dans un premier temps que les prélèvements de reins. Dans son protocole, l'Agence de la biomédecine n'a retenu que les catégories I, II et IV. La catégorie III (arrêt cardiaque après arrêt des soins), qui représente dans certains pays étrangers la source de prélèvement la plus importante et la plus facile à organiser, n'est pas envisagée pour le moment en France afin d'éviter toute confusion entre une décision d'arrêt de soins et l'intention d'un prélèvement d'organe.

En Allemagne, les prélèvements sur donneurs à cœur arrêté restent actuellement interdits. Dans une prise de position publiée en décembre 1998, les présidents de la *Bundesärztekammer* et des sociétés allemandes de neurologie, de cardiologie et de transplantation ont précisé qu'un arrêt

cardio-circulatoire de dix minutes n'est pas à considérer comme « équivalent de mort encéphalique ». Ils y précisent qu'un organe prélevé sur un donneur à cœur arrêté ne peut être transplanté en Allemagne. Dans ce contexte, le Conseil d'Etat rappelle que l'Allemagne est le pays comptant le plus d'habitants parmi les pays participant au sein du réseau d'Eurotransplant et garde malgré cette restriction un taux de prélèvement qui est plus que le double de celui du Luxembourg par nombre d'habitants. Il en résulte que le recours aux donneurs à cœur arrêté n'est pas la seule voie pour augmenter le nombre de donneurs potentiels.

En Belgique, le recours aux donneurs à cœur arrêté, y compris ceux de la catégorie III, est autorisé. Ainsi le manuel de prélèvements d'organes à partir de donneurs à cœur non battant de l'Université de Louvain précise que « cette catégorie concerne d'abord les patients victimes d'une destruction extensive du cerveau avec fracture ouverte de la boîte crânienne. La protrusion du cerveau hors de la boîte crânienne empêche l'œdème cérébral d'entraîner la mort cérébrale dont les critères ne sont pas remplis. Dans ces situations, les réanimateurs sont amenés à suspendre tout effort de réanimation, décision qui entraîne à terme l'arrêt cardio-respiratoire et le décès. Cette catégorie concerne également les patients en phase préterminale d'une affection incurable dépendant d'un soutien vital artificiel (telle que la ventilation artificielle), chez lesquels l'arrêt du soutien artificiel est décidé par l'équipe médicale en accord avec le patient et ses proches, éventuellement après concertation avec une cellule d'aide à la décision d'éthique. En cas d'inconscience du patient, sa volonté de ne pas être maintenu artificiellement en survie doit avoir été exprimée de façon incontestable, par exemple dans un "testament de vie" récent. L'arrêt du soutien vital entraîne à terme la mort par arrêt cardio-circulatoire. »

Aux Etats-Unis, les donneurs à cœur arrêté comptaient en 2006 pour 6% des donneurs décédés; dans certains centres, un taux de 20% a été dépassé.

Le Conseil d'Etat estime que la catégorie III englobe désormais également les donneurs potentiels décédés suite à un acte d'euthanasie ou d'aide au suicide, conformément aux dispositions de la loi du 16 mars 2009 sur l'euthanasie et l'assistance au suicide. En effet, ces personnes, si elles se sont déclarées donneurs potentiels, remplissent formellement les critères de la catégorie III.

Selon le Conseil d'Etat, il y a lieu de spécifier dans le projet de règlement grand-ducal, dans un souci de sécurité juridique, les catégories de donneurs à cœur arrêté visées.

Le Conseil d'Etat estime qu'il s'agira surtout de patients à cœur arrêté présentant des défaillances cérébrales sévères, extensives et incurables qui pourront ainsi faire don de leurs organes à autrui. Il fait également remarquer que le projet de règlement grand-ducal ne porte pas exclusivement sur le prélèvement d'organes en vue d'une transplantation, mais de façon générale aux prélèvements de substances à des fins thérapeutiques ou scientifiques.

Les nouvelles dispositions doivent selon les auteurs servir à augmenter le nombre de donneurs potentiels. Si le Conseil d'Etat peut se

rallier à cette finalité, il est d'avis que cette démarche ne sera couronnée de succès que si l'on parvient à dissiper les appréhensions du public et si la nouvelle réglementation recueille le large consensus, souhaité par la Commission nationale d'éthique dans son rapport précité.

Dans ce sens, le Conseil d'Etat se demande si la législation ayant trait au consentement présumé du donneur est suffisante (art. 6: « des prélèvements peuvent être effectués ... sur le cadavre d'une personne n'ayant pas de son vivant fait connaître par écrit son refus ... » et art. 9: « le médecin est tenu de vérifier si le défunt ne s'y est pas opposé ») ne mériterait d'être complétée en reprenant la pratique actuelle, décrite par la Commission (chapitre 4.3.1.1 et 6.1.4), suivant laquelle en l'absence de refus du décédant, l'assentiment de la famille est demandé.

Examen des articles

Préambule

Il y a lieu de supprimer le visa relatif à l'avis de l'Association des médecins et médecins-dentistes, puisque cet avis n'est pas prévu par la loi.

Article 1^{er}

Cet article ne revêt pas de caractère normatif et est dès lors à supprimer.

Article 2 (1^{er} selon le Conseil d'Etat)

Cet article a trait au constat de la mort suite à une défaillance complète et irréversible du cerveau, y compris du tronc cérébral.

Les auteurs utilisent dans le liminaire du paragraphe 1^{er} la notion de présomption de mort pour décrire l'état du malade lors d'une première évaluation clinique concluant à une défaillance du cerveau avant l'écoulement de la période d'observation. Selon le Conseil d'Etat, il ne convient pas d'utiliser ce terme qui donne lieu à confusion. En effet, si on peut discuter de son bien-fondé à l'endroit de cet article, il est définitivement inapproprié à l'endroit de l'article 3 où évaluation clinique et période d'observation ne sont plus décrites comme deux conditions distinctes. Les auteurs limitent les lésions cérébrales secondaires aux lésions hypoxiques après arrêt cardio-circulatoire temporaire. Ils font ainsi abstraction des lésions hypoxiques et métaboliques de variétés de chocs cardiogéniques ou autres sans arrêt cardio-circulatoire établi. Dans ce même liminaire, les auteurs spécifient que la lésion cérébrale serait irréversible. Or, l'irréversibilité est seulement établie après la période d'observation déterminée aux paragraphes suivants.

Le Conseil d'Etat recommande donc de libeller le liminaire du paragraphe 1^{er} comme suit:

« En présence d'une lésion cérébrale primaire ou secondaire, les signes cliniques suivants doivent être vérifiés individuellement pour conclure à la défaillance complète du cerveau: ».

La notion d'irréversibilité se retrouve une seconde fois au paragraphe 1^{er} dans le libellé du premier signe clinique, à savoir l'absence totale et irréversible de conscience. Les auteurs préfèrent ce terme à celui de « coma », qui est utilisé dans le texte suisse de référence tout comme dans les recommandations allemandes. Si les auteurs du projet de règlement grand-ducal persistent dans leur choix, le Conseil d'Etat recommande le terme d'« absence totale de conscience », qui devra alors également remplacer le mot « coma » dans le paragraphe 3.

Au point g) du paragraphe 2, il y a lieu de lire:

« g) absence totale d'activité respiratoire, démontrée par un test d'apnée ».

L'état actuel des connaissances scientifiques garantit que la persistance des signes cliniques au-delà d'une période d'observation permet de constater avec certitude la mort, et de respecter ainsi la « dead donors rule ». Le paragraphe 2 fixe cette période à six heures pour les adultes et enfants de plus de deux ans, à vingt-quatre heures pour les enfants de moins de deux ans, pour autant que l'origine de la défaillance cérébrale soit connue et que toute cause secondaire à effets potentiellement transitoires ait cessé de produire ses effets. S'il y a doute sur l'origine de l'absence totale de conscience ou si des causes réversibles sont suspectées, la période d'observation ne peut débuter qu'après que ces facteurs n'entrent plus en compte.

La mise en route de la période d'observation prévue au paragraphe 2 pour constater l'irréversibilité de la défaillance du cerveau peut être remplacée par la documentation de l'arrêt de la circulation cérébrale grâce à un ou plusieurs examens techniques.

Le Conseil d'Etat recommande donc de donner au liminaire du paragraphe 4 le libellé suivant:

« (4) Afin de conclure à l'irréversibilité de la défaillance du cerveau et d'établir le diagnostic de la mort, les évaluations cliniques dont question au paragraphe 1^{er} peuvent être confirmées par un ou plusieurs des examens techniques suivants: ».

Le Conseil d'Etat recommande de reformuler également le paragraphe 5.

En effet, le point a) a trait aux signes cliniques en présence de traumatismes crâno-faciaux et n'intéresse pas directement la période d'observation. Quant au point b), il est superfétatoire, car l'éventualité d'un coma médicamenteux est prise en considération à l'endroit du paragraphe 3 dans la mesure où la période d'observation ne peut dans tous les cas que débuter après que tout effet médicamenteux dépresseur sur le système nerveux central a pu être exclu.

Par conséquent, le paragraphe 5 est à libeller comme suit:

« (5) L'évaluation clinique prévue au paragraphe 1^{er} doit être complétée par au moins un des examens techniques dont question au paragraphe qui précède lorsque, en cas de traumatisme crâno-facial, un examen clinique adéquat des réflexes du tronc cérébral n'est pas possible. »

Au paragraphe 6, les auteurs énumèrent des sociétés savantes diverses qui établissent et tiennent à jour les procédures cliniques détaillées et les critères d'application des examens techniques qu'utilisent les médecins pour constater la mort. Le Conseil d'Etat estime que cette disposition manque de valeur normative. Elle se réfère à des sociétés savantes qui sont peut-être nationales, peut-être internationales, et dont la représentativité et les compétences scientifiques pourraient différer au cas par cas. Le Conseil d'Etat recommande, pour autant que les procédures cliniques détaillées de même que les critères d'application des examens techniques ne soient pas précisés à l'intérieur du dispositif, de donner à ce paragraphe la teneur suivante:

« (6) Les médecins appelés à constater la mort effectuent les évaluations cliniques et appliquent les critères d'interprétation des examens techniques dont question au paragraphe 4 conformément aux données acquises par la science. »

En ce qui concerne la spécialisation des médecins constatant la mort, le Conseil d'Etat rappelle que le diagnostic de la défaillance du cerveau est d'ordre clinique et que les examens complémentaires énumérés à l'endroit du paragraphe 4, qui ne sont pas tous du domaine de la radiologie, sont facultativement ou, le cas échéant, obligatoirement complémentaires. L'absence d'un médecin spécialiste en neurologie ou neurochirurgie ne peut donc pas être compensée par un médecin spécialiste en radiodiagnostic. De surcroît, la nécessité d'une « formation licite en neuroradiologie » pose le problème des modalités de reconnaissance d'une telle formation, la neuroradiologie ne comptant pas parmi les spécialités reconnues au Luxembourg.

Le Conseil d'Etat propose donc pour le paragraphe 7 le libellé suivant:

« (7) Un des deux médecins appelés à constater la mort en vertu du présent article doit être spécialiste en neurologie ou en neurochirurgie. »

Article 3 (2 selon le Conseil d'Etat)

Cet article a trait au constat de la mort suite à un arrêt cardio-circulatoire persistant entraînant un arrêt complet et irréversible des fonctions cérébrales.

En ce qui concerne la notion de présomption de mort figurant au paragraphe 1^{er}, le Conseil d'Etat renvoie à ses observations faites à l'endroit de l'article 2.

Il estime qu'il n'y a pas lieu de mentionner dans le deuxième alinéa du paragraphe 1^{er} l'effet de mesures de réanimation sur la circulation cérébrale, étant donné que cet effet n'est pas pris en compte dans le paragraphe 3 pour constater la mort.

Le Conseil d'Etat recommande d'omettre la mention « (central) » au point a) du paragraphe 2, de donner au point h) le libellé proposé par lui pour le point g) à l'endroit de l'article 2, et de fusionner les deux premiers paragraphes en leur donnant le libellé suivant:

« (1) En présence d'un arrêt cardio-circulatoire persistant interrompant la circulation cérébrale, les signes cliniques suivants doivent être vérifiés individuellement pour conclure à l'arrêt cardio-circulatoire et à la défaillance complète du cerveau:

- a) absence de pouls en palpant l'artère fémorale et/ou l'artère carotide;
- b) absence totale de conscience;
- c) pupilles en mydriase bilatérale, sans réaction à la lumière;
- d) absence de réflexes cervico-oculaires;
- e) absence de réflexes cornéens;
- f) absence de réactions cérébrales à des stimuli douloureux;
- g) absence de réflexes de toux et oropharyngés; g) absence de réflexes de toux et oropharyngés;
- h) absence d'activité respiratoire, démontrée par un test d'apnée. »

En ce qui concerne les différentes catégories de donneurs à cœur non battant à prévoir, le Conseil d'Etat renvoie à ses observations faites à l'endroit des considérations générales. Il recommande de préciser les arrêts cardio-circulatoires qui seront à considérer.

Dans l'exposé des motifs, les auteurs précisent qu'ils ont retenu pour observation de l'arrêt cardiaque ininterrompu avec défaillance complète de la circulation une durée de cinq minutes, contrairement à la directive suisse qui a servi de modèle pour leur texte et dans laquelle cette durée est fixée à dix minutes. Les auteurs se réfèrent à des données récentes de la littérature pour motiver leur choix. Le Conseil d'Etat approuve le délai de cinq minutes qui correspond à une durée au-delà de laquelle, en dehors de manœuvres de réanimation, une reprise spontanée de l'activité cardiaque avec circulation rétablie n'a pas été rapportée. Elle s'applique aux Etats-Unis aux cas de pathologies désespérées où un arrêt de traitement a été décidé et où par conséquent aucun acte de réanimation n'est envisagé. Si cette réduction de dix à cinq minutes est donc concevable, notamment dans le but d'éviter que la viabilité des tissus et organes du donneur potentiel soit affectée, le Conseil d'Etat a du mal à suivre les auteurs dans leur volonté de prolonger la durée des actes de réanimation à trente minutes, contre vingt minutes retenues dans la directive suisse. En additionnant la période de réanimation, où une circulation réduite peut être maintenue mais où la viabilité des tissus et organes est néanmoins compromise, et la période d'arrêt circulatoire complet, le texte sous rubrique impose trente-cinq minutes, alors que la réglementation suisse retient trente minutes. Les modalités prévues ont donc tendance à être moins favorables que dans le modèle suisse. Le Conseil d'Etat recommande de considérer une durée de vingt minutes pour juger une réanimation comme infructueuse, à l'instar des recommandations européennes*. Le critère pour juger de l'inefficacité des actes de réanimation n'est pas en premier lieu l'absence de circulation suffisante spontanée, mais l'absence d'activité cardiaque spontanée.

* European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2005, Resuscitation (2005) 67S1, S171-S180

Le Conseil d'Etat recommande de faire abstraction du deuxième alinéa de l'ancien paragraphe 3, qui est redondant avec le troisième alinéa de ce même paragraphe. Le paragraphe 2 est à redresser comme suit:

« (2) Afin de conclure à l'irréversibilité de l'arrêt cardio-circulatoire, quelle qu'en soit la cause, et d'établir le diagnostic de la mort, les évaluations cliniques dont question au paragraphe 1^{er} doivent être effectuées après une observation d'une durée minimale de cinq minutes d'un arrêt cardio-circulatoire et respiratoire complet, en conditions normothermes.

Lorsque l'arrêt cardio-circulatoire a été précédé d'une réanimation cardio-pulmonaire, l'observation dont question à l'alinéa précédent ne débute que lorsque la tentative de réanimation cardio-pulmonaire est considérée comme infructueuse.

Une réanimation cardio-pulmonaire est considérée comme infructueuse, si, pratiquée dans les règles de l'art, elle n'a permis à aucun moment, dans un intervalle de vingt minutes, et en absence de toute cause réversible, d'obtenir une activité cardiaque spontanée, et que tous les signes cliniques énumérés au paragraphe 1^{er} sont présents. Si une activité cardiaque spontanée reprend momentanément sous l'effet de la réanimation, la durée de vingt minutes de réanimation est réinitialisée à la fin de cet épisode d'activité cardiaque spontanée.

Chez les enfants de moins de deux ans et les individus atteints d'hypothermie, à savoir avec une température centrale inférieure à 35 °C, des mesures de réanimation doivent être pratiquées pendant quarante-cinq minutes, avant de considérer la réanimation cardio-pulmonaire comme infructueuse. Chez les personnes atteintes d'hypothermie initiale, la température centrale doit être élevée à 35 °C pour que le diagnostic de mort puisse être établi. En ce qui concerne les personnes susceptibles d'être intoxiquées, il appartient au médecin traitant de décider pendant combien de temps les mesures de réanimation doivent être poursuivies, tout en respectant la durée minimale de vingt minutes. »

Le paragraphe 4 (3 selon le Conseil d'Etat) n'appelle pas d'observation du Conseil d'Etat.

Article 4 (3 selon le Conseil d'Etat)

Cet article trouve sa base légale dans la loi modifiée du 2 août 2002 relative à la protection des personnes à l'égard du traitement des données à caractère personnel. Il précise les modalités de transmission de données médicales si un prélèvement d'organes est envisagé sur une personne défunte. Les auteurs du projet de règlement grand-ducal précisent que le service national de coordination dont question à l'article 15 de la loi du 25 novembre 1982 réglant le prélèvement de substances d'origine humaine ne peut intervenir aux termes de cette loi que dans le cadre de prélèvements de reins. Il convient donc de modifier ces dispositions légales dans les meilleurs délais.

Articles 5 et 6 (4 et 5 selon le Conseil d'Etat)

Sans observation.

Ainsi délibéré en séance plénière, le 2 juin 2009.

Le Secrétaire général,

s. Marc Besch

Le Président,

s. Alain Meyer