

**Projet de règlement grand-ducal
déterminant les procédés à suivre pour constater la mort en vue d'un prélèvement.**

Nous Henri, Grand-Duc de Luxembourg, Duc de Nassau,

Vu la loi du 25 novembre 1982 réglant le prélèvement de substances d'origine humaine ;

Vu la loi modifiée du 2 août 2002 relative à la protection des personnes à l'égard du traitement des données à caractère personnel ;

Vu l'avis du Collège médical ;

Vu l'avis de l'Association des Médecins et Médecins-Dentistes ;

Notre Conseil d'Etat entendu ;

Sur le rapport de Notre Ministre de la Santé et de la Sécurité sociale et après délibération du Gouvernement en Conseil ;

A r r ê t o n s :

Art. 1^{er}. Le présent règlement détermine les procédés à suivre pour constater la mort d'une personne avant de procéder à un prélèvement de substances sur son corps.

Art. 2. (1) En cas de présomption de mort intervenue par lésion cérébrale primaire ou lésion hypoxique après arrêt cardio-circulatoire temporaire les signes cliniques suivants doivent être vérifiés pour conclure à la défaillance complète et irréversible du cerveau :

- a) absence totale et irréversible de conscience ;
- b) pupilles en mydriase bilatérale, sans réaction à la lumière ;
- c) absence des réflexes oculo-céphaliques ;
- d) absence des réflexes cornéens ;
- e) absence de réaction cérébrale à des stimuli douloureux, acoustiques et visuels ;
- f) absence de réflexes de toux et oropharyngés ;
- g) absence totale d'activité respiratoire (*test d'apnée*).

(2) 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) doivent être répétées après une observation d'une durée minimale de six heures chez les adultes et les enfants de plus de deux ans et de vingt-quatre heures chez les enfants de moins de deux ans.

(3) Lorsque l'origine du coma est inconnue, lorsqu'il y a suspicion d'intoxication ou d'hypothermie, ainsi que lorsque l'état du patient est susceptible d'être expliqué par des paramètres métaboliques pathologiques ou par la prise de médicaments déprimeurs du système nerveux, la procédure de constatation de l'irréversibilité de la défaillance du cerveau est suspendue. L'observation dont question au paragraphe (2) ne débute qu'après que l'origine du coma ait pu être déterminée, ou, le cas échéant, qu'après que les causes précitées suspectées être à son origine aient cessé de produire leurs effets.

(4) Sauf lorsque le paragraphe (3) ci-dessus s'applique, l'irréversibilité de la défaillance du cerveau peut aussi être constatée par un ou plusieurs des examens techniques suivants :

- électroencéphalogramme
- potentiels évoqués
- artériographie cérébrale
- ultrasonographie Doppler transcrânienne
- tomographie axiale computerisée avec injection d'un produit de contraste
- tomographie par émission monophotonique.

(5) L'observation prévue au paragraphe (2) doit être complétée, suivant le cas, par au moins un des examens techniques dont question au paragraphe qui précède

- a) lorsque, en raison de traumatismes crâno-faciaux, un examen clinique adéquat des réflexes du tronc cérébral n'est pas possible ;
- b) en cas de coma médicamenteux initié avant la présomption de défaillance du cerveau, et si au moment de la présomption de défaillance définitive du cerveau un effet résiduel des médicaments déprimeurs du système nerveux ne peut être exclu.

(6) Les médecins appelés à constater la mort suivent les procédures cliniques détaillées de même que les critères d'application des examens techniques établis et tenus à jour par les sociétés savantes en neurologie, neurochirurgie et en médecine intensive et de réanimation.

(7) Un des deux médecins appelés à constater la mort en vertu du présent article doit être médecin spécialiste en neurologie, en neurochirurgie ou en radiodiagnostic. Toutefois le médecin spécialiste en radiodiagnostic doit pouvoir se prévaloir en plus d'un titre licite de formation en neuroradiologie.

Art. 3. (1) En cas de présomption de mort intervenue par arrêt cardio-circulatoire persistant les dispositions des paragraphes (2) et (3) du présent article s'appliquent au constat de la mort.

Par arrêt cardio-circulatoire persistant on désigne une situation dans laquelle l'irrigation du cerveau est interrompue, ou compromise en cas de mesures de réanimation, pendant un intervalle assez long pour provoquer l'arrêt complet et irréversible des fonctions cérébrales.

(2) Les signes cliniques suivants doivent être vérifiés :

- a) absence de pouls (central) en palpant l'artère fémorale et/ou l'artère carotide ;
- b) absence totale et irréversible de conscience ;

- c) pupilles en mydriase bilatérale, sans réaction à la lumière ;
- d) absence de réflexes oculo-céphaliques ;
- e) absence de réflexes cornéens ;
- f) absence de réaction cérébrale à des stimuli douloureux, acoustiques et visuels ;
- g) absence de réflexes de toux et oropharyngés ;
- h) absence d'activité respiratoire.

(3) Le constat de mort par arrêt cardio-circulatoire ne peut être établi, avec ou sans tentative de réanimation cardio-pulmonaire, qu'au terme d'un arrêt cardio-respiratoire ininterrompu de cinq minutes, sous observation médicale, avec arrêt circulatoire complet.

En cas de réanimation cardio-pulmonaire une circulation réduite est maintenue. C'est pourquoi un diagnostic de mort ne peut être posé qu'après trente minutes de réanimation cardio-pulmonaire continue sans reprise de l'activité cardiaque spontanée, suivie d'une observation pendant cinq minutes de l'arrêt cardiaque ininterrompu avec défaillance complète de la circulation, et ce en conditions normothermes.

La réanimation est jugée infructueuse si, pratiquée dans les règles de l'art, elle n'a permis à aucun moment, dans un intervalle de trente minutes, d'obtenir une activité cardiaque spontanée avec circulation suffisante et que tous les signes cliniques énumérés sous (2) sont présents. Si une activité cardiaque spontanée reprend momentanément sous l'effet de la réanimation, la durée de trente minutes de réanimation est réinitialisée à la fin de cet épisode d'activité cardiaque spontanée.

Dans des cas particuliers, à savoir chez les enfants de moins de deux ans et les individus atteints d'hypothermie, des mesures de réanimation doivent être pratiquées pendant 45 minutes avant que le diagnostic de la mort ne puisse être établi ; chez les personnes atteintes d'hypothermie initiale, le diagnostic de mort ne peut être établi que sous condition que la température centrale soit égale ou supérieure à 35° C. 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.

(4) Un des deux médecins appelés à constater la mort en vertu du présent article doit être médecin spécialiste en anesthésie-réanimation ou en cardiologie et angiologie.

Art. 4. Dans le cadre d'un projet de prélèvement d'organes à opérer sur le corps d'une personne décédée en vue de leur réimplantation dans le corps d'une autre personne, les données médicales du donneur potentiel peuvent être communiquées au 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 et à la banque européenne d'organes la plus représentative avec laquelle il collabore.

La communication dont question à l'alinéa qui précède se limite aux données médicales indispensables pour la réalisation du projet de transplantation.

La transmission de ces données au service national de coordination ne peut se faire qu'à une personne soumise au secret professionnel en sa qualité de médecin ou de membre d'une des professions de santé relevant de la loi modifiée du 26 mars 1992 sur l'exercice et la revalorisation de certaines professions de santé.

S'il y a lieu, la transmission des données à la banque européenne d'organes se fait par les soins du service national de coordination. A ces fins les données sont dépersonnalisées au moyen d'un procédé de pseudonymisation réversible, permettant au service national de coordination de répondre, en cas de besoin, aux exigences en matière de traçabilité.

Si la transmission de données se fait à travers un réseau informatique, des canaux de transmission sécurisés doivent être utilisés.

Art. 5. Le règlement grand-ducal du 10 août 1983 déterminant les procédés à suivre pour constater la mort en vue d'un prélèvement est abrogé.

Art. 6. Notre Ministre de la Santé est chargé de l'exécution du présent règlement qui sera publié au Mémorial.