

## Les principaux facteurs explicatifs de l'opposition au don d'organes : synthèse d'étude

### Quelques mots sur Claire Boileau

---

Anthropologue au CNRS, Claire Boileau est spécialiste des problématiques du corps, de la mort et du don et axe ses recherches sur le prélèvement et le don d'organes. C'est à ce titre qu'elle a été membre du Conseil Médical et Scientifique de l'Etablissement français des Greffes.

Ses travaux sur le don d'organes s'appuient non seulement sur ses compétences en Sciences Humaines, mais aussi en soins infirmiers, puisqu'elle a travaillé de nombreuses années en tant qu'infirmière.

Dans son plus récent ouvrage, *Dans le dédale du don d'organes : le cheminement de l'ethnologue*, publié en 2002, Claire Boileau met en application les méthodes de l'ethnologie afin de révéler au mieux la nature des réticences que suscite le don d'organes.

Ses travaux en Sciences Humaines sont considérés comme un complément particulièrement utile aux travaux universitaires médicaux sur la greffe. En effet, les Sciences Humaines démontrent l'importance de facteurs sociaux et psychologiques (en plus de facteurs médicaux) dans la décision individuelle du don d'organes.

Sollicitée pour la rédaction d'articles ou la participation à des colloques autour du don d'organes, Claire Boileau fait figure d'experte sur la question en Sciences Humaines.

### Son étude sur le don d'organes en France

---

Partant du constat qu'en France, l'obstacle au prélèvement d'organes et/ou de tissus est largement représenté par le taux des refus exprimés par les familles lors d'une sollicitation, Claire Boileau a cherché à « identifier et comprendre les facteurs d'opposition et les obstacles liés aux prélèvements d'organes et de tissus sur donneurs potentiels ». Cette recherche devrait permettre de mettre en place des stratégies pour palier ces obstacles afin de faire diminuer le taux de refus.

## **Le rôle joué par l'Etablissement français des Greffes dans la conduite de ce travail**

---

Fidèle à sa fonction de promotion du don d'organes, l'EfG cherche à informer le grand public sur ce sujet. Conscient que le taux d'opposition au don d'organes (de l'ordre de 30 %) exprimé notamment par les familles de donneurs potentiels ne fait que stagner depuis près de 10 ans, l'EfG cherche à comprendre les causes de ces refus pour tenter de les combattre au mieux.

C'est pourquoi l'Etablissement français des Greffes a confié cette étude à Claire Boileau et en a facilité le déroulement tant sur le plan relationnel qu'administratif.

## **Quelques précisions méthodologiques**

---

L'étude se base sur une méthodologie qualitative d'immersion. Il s'agit pour le chercheur de s'immerger au cœur de la problématique telle que la vivent les acteurs concernés, que ce soient les familles de donneurs potentiels ou les équipes médicales chargées du prélèvement. Pour obtenir cette immersion, la méthodologie choisie se compose de deux techniques : l'entretien et l'observation.

21 entretiens ont donc été menés avec des familles ayant fait face à une demande de prélèvement à la suite de la mort d'un de leurs proches. Ces familles ont été soigneusement sélectionnées à partir des dossiers de l'hôpital Pellegrin de Bordeaux répertoriant les interventions de prélèvements de la région.

Parmi le personnel médical, 89 entretiens ont été conduits dans 6 centres hospitaliers français. Les professions des personnes interrogées sont diverses : référents médicaux et paramédicaux ainsi que des membres du personnel appartenant aux services impliqués dans le prélèvement d'organes (infirmière, anesthésiste-réanimateur, urologue, coordinatrice, agent d'entretien des blocs opératoires...).

Ces entretiens ont été complétés par des phases d'observation en milieu hospitalier : observation d'entretiens de demande de prélèvement et observation de débriefing ou de réunions entre professionnels médicaux sur le thème du prélèvement.

## **I. Les facteurs d'opposition pour les familles de donneurs**

Lorsque les familles se trouvent confrontées à la demande du don d'organes de leur proche décédé, elles n'ont pas toujours d'a priori favorable ou défavorable sur le don d'organes. Leur décision (refus ou acceptation du don) résulte en revanche d'un ensemble de facteurs. Afin de les relever, une enquête dite "de terrain" a été menée auprès de 21 familles ayant été sollicitées pour un prélèvement à la suite du décès d'un proche, décès ayant eu lieu en moyenne 18 mois avant l'enquête.

Pendant les 2h30 d'entretien, le face-à-face avec les familles de donneurs a consisté en un dialogue pour comprendre leur choix (refus ou accord) à la demande de prélèvement d'organes sur leur proche.

Chaque entretien s'est d'abord focalisé sur le rappel des circonstances du décès du proche, puis s'est ensuite poursuivi selon ce que voulaient exprimer les familles. La trame de questions abordées en fonction de leur opportunité dans le discours des familles servant de guide à l'entretien couvrait notamment le problème de la compréhension de la mort encéphalique, de la connaissance du don d'organes lors du décès du proche, des conditions d'accueil d'ensemble, des références religieuses ou traditionnelles. Autant d'aspects susceptibles de faciliter l'interprétation du processus de décision des familles.

A l'issue de ces face-à-face, cinq facteurs explicatifs de l'opposition au prélèvement d'organes ont été identifiés :

### **L'accueil et la prise en charge médicale**

Une partie des refus pourrait s'expliquer par la perception négative de la famille à l'encontre de la prise en charge médicale du patient. Jugée trop tardive ou mal gérée, la prise en charge provoquerait un mécontentement envers les professionnels de santé tenus comme responsables de la mauvaise organisation des soins ayant précipité le décès du patient. Cette perception représente un frein au consentement lors de l'élaboration de la décision finale pour le prélèvement d'organes.

### **La compréhension et l'interprétation de la mort encéphalique**

Le degré de compréhension de la mort encéphalique ne semble pas constituer un facteur significatif de refus. Plus que la compréhension de la mort encéphalique, c'est davantage l'acceptation de la réalité du décès qui permet de réfléchir puis de prendre la décision d'un prélèvement possible sur le défunt.

Alors que les membres de la famille reçoivent généralement les informations au même moment sur l'état de leur proche, tous n'intègrent pas la réalité au même moment. Tant

que la mort du proche n'est pas intégrée par un membre de la famille, la décision d'un prélèvement éventuel est rejetée par le membre en question.

Il existerait une difficulté supplémentaire dans la prise de conscience de la mort pour les familles : la présence de la machine donne l'apparence de la vie. Cette machine entraverait la compréhension de ce qui se passe réellement : les familles trouvent en effet contradictoire l'explication donnée d'un état terminal sans que cette explication ne soit suivie d'une proposition de "débranchement". Certains pensent que tant que leur proche est maintenu branché, il y a des chances qu'il se réveille. Cette perception de la situation ne pousse pas la famille à se résigner à la mort encéphalique et donc à amorcer une réflexion sur le don d'organes.

## **Entente et hiérarchie relationnelle entre les parents du défunt**

L'influence des ascendants ou des descendants est plus importante que celle des parents par alliance ou des collatéraux du défunt. L'avis du conjoint ou du concubin dans la phase de réflexion sur le don d'organes apparaît comme secondaire, voire occulté lorsque la personne est peu ou pas (re)connue par la famille d'origine du défunt.

On note clairement la prééminence de l'avis de la mère du défunt face aux avis et/ou hésitations des autres membres de la famille. La mère se trouve à la tête d'une hiérarchisation au sein du groupe familial face à la décision du prélèvement d'organes de son fils ou de sa fille. Il est fréquent de voir la famille refuser le prélèvement car la mère du défunt n'est pas ou est supposée ne pas être favorable au don d'organes.

Certains proches par alliance ont regretté le peu d'intérêt qui fut porté à leur avis face à la famille d'origine avec laquelle le défunt avait gardé relativement peu de contacts.

## **Une atteinte à l'intégrité du corps**

Le prélèvement est associé à une atteinte à l'intégrité du corps et perçu comme une violence exercée à l'encontre de l'image du défunt. L'exigence d'un corps qu'il faut laisser intact pour conserver l'image du défunt la plus proche de celle qu'il avait de son vivant constitue une motivation importante du refus du don d'organes. Ceci s'explique par deux raisons :

- Dans le cas d'un retour du corps au domicile et de la visite de parents plus lointains, exposer un corps détérioré est hors de question, car cela signifierait donner une image corporelle de leur proche différente de celle qu'il avait de son vivant,
- Le prélèvement d'organes altérant le corps peut être perçu comme une procédure allant contre la nature et la détérioration naturelle du corps.

Plus que l'appartenance religieuse, c'est l'influence des traditions familiales et/ou l'effet de génération qui seraient impliqués dans ce processus. Alors que les plus jeunes semblent

avoir été davantage sensibilisés et donc familiarisés avec les enjeux du don d'organes, les personnes d'une quarantaine d'années et plus se montreraient moins motivées car moins préparées au don.

Par ailleurs, des principes plus traditionnels poussent certains à penser que protéger la dépouille équivaut à la protection de la personne que l'on connaissait et que l'on aimait. Protéger son image et son apparence serait une forme de respect vis-à-vis du proche, respect qui l'emporte sur l'utilité thérapeutique et médicale de la demande de prélèvement.

## **Deuils à répétition de la famille**

---

Il ressort des entretiens conduits que les familles ayant été exposées à des deuils à répétition seraient moins disposées que les autres à consentir au don d'organes.

## **Quelles conclusions ?**

---

Les éléments relatifs à la construction de la décision d'accepter ou non le prélèvement d'organes dépendent d'une multitude de facteurs. Le refus du don serait plus ou moins explicitement guidé par :

- La perception de l'accueil et de la prise en charge médicale du patient,
- L'acceptation plus ou moins rapide de la mort (encéphalique) du proche,
- L'entente et les relations hiérarchiques au sein de la famille,
- L'atteinte à l'intégrité du corps et à l'image du défunt,
- La succession de deuils dans la famille.

Cette décision du prélèvement est jugée comme très personnelle par les familles. C'est sans doute pour cela que les professionnels de santé dédiés à l'annonce de la mort encéphalique et à la demande de prélèvement apparaissent comme une source d'informations et non comme des interlocuteurs leur permettant de les aider à prendre une décision.

## II. Les freins pour le personnel médical

Au-delà des facteurs explicatifs du refus opposé au prélèvement d'organes par certaines familles de donateurs, il existe des variations importantes des taux de refus au prélèvement entre les centres hospitaliers de différentes régions françaises. Ces variations s'expliqueraient par :

- Des différences régionales des pratiques culturelles liées à la mort et au traitement du corps défunt,
- Des modes d'organisation et les implications professionnelles différentes entre centres hospitaliers.

Afin de valider ces hypothèses de travail, une enquête de terrain a été menée dans 6 sites de prélèvement implantés dans des régions différentes (Aquitaine, Poitou-Charentes, Languedoc-Roussillon, Île-de-France, Champagne-Ardenne). Chacun de ces sites a une activité de prélèvement assez importante et détient des taux d'opposition au don d'organes plutôt différents. Chaque site a été étudié durant une semaine : en plus d'une phase d'observation, 89 entretiens ont été menés auprès de professionnels médicaux, selon la disponibilité et la volonté de chacun. Ces entretiens avaient pour but d'identifier et de caractériser :

- Le degré de coopération entre la coordination hospitalière et les autres professionnels impliqués dans la procédure de prélèvement,
- Les implications respectives des professionnels face à un donneur potentiel (évolution puis diagnostic de la mort encéphalique),
- La succession d'épreuves que constitue le prélèvement pour le personnel médical.

### **Le recensement des donateurs, des pratiques professionnelles variables selon les hôpitaux**

#### ***Le recensement des donateurs potentiels dans la population des comas graves***

Le taux de décès par mort encéphalique en France est identique à celui d'autres pays. Toutefois, le recensement des donateurs potentiels en coma grave apparaît moins systématique en France : un nombre relativement important d'entre eux échapperait à cette identification.

Un renforcement de la collaboration entre les coordinations et les services d'accueil des comas pourrait corriger cet écart.

### ***Collaboration entre praticiens et coordinations hospitalières***

L'inexistence de règles déterminant le moment opportun pour avertir la coordination hospitalière et la variabilité du degré de collaboration avec la coordination diffère d'un établissement à l'autre et joue sur le taux de prélèvement.

Cette collaboration dépend de "la culture de prélèvement" du centre. Si dans un centre, le prélèvement est intégré comme "un élément de la chaîne des soins", la coordination hospitalière est avertie régulièrement de la possibilité de prélèvement sur des personnes décédées. En revanche, s'il existe des controverses au sein des équipes de praticiens quant au moment opportun pour diagnostiquer une mort encéphalique ou s'il existe des problèmes d'organisation entre services, le processus de prélèvement d'organes n'est pas aussi efficace qu'il ne pourrait l'être.

### ***Critères d'identification du donneur éligible***

La difficulté de déterminer l'appartenance possible d'un défunt au pool des donneurs éligibles constitue un frein au prélèvement. L'élargissement des critères déterminant un donneur éligible (l'âge, l'existence de tatouage, l'état des organes...) et les litiges au sein d'équipes de praticiens concernant les donneurs "limites" jouent dans le refus de prélever certains donneurs potentiels.

### ***En conclusion***

L'instauration d'un véritable partenariat entre les praticiens concernés par le prélèvement est nécessaire pour garantir un bon recensement des donneurs potentiels. Ce partenariat n'est effectif que si les équipes médicales sont convaincues de la nécessité d'obtenir de bons résultats en termes de prélèvement. Dans ce cas, la coordination hospitalière est alors tenue informée de la situation suffisamment tôt pour se renseigner sur le contexte familial et médical du patient, limitant toute précipitation ultérieure. Ce schéma permet de maximiser les chances d'un prélèvement sur un donneur potentiel.

## **Le diagnostic de la mort encéphalique**

---

### ***Un changement d'objectif médical difficilement vécu par le personnel médical***

Face au diagnostic de mort encéphalique, le personnel médical est contraint de modifier ses objectifs thérapeutiques : il n'intervient plus sur un patient en réanimation, mais sur un organisme prélevable. Le personnel doit donc modifier ses interventions techniques et médicales et doit accepter moralement ce changement. Cette étape est parfois vécue difficilement par le personnel et notamment par les anesthésistes-réanimateurs ayant en charge la réanimation des patients.

De leur côté, les infirmières, dépossédées des éléments médicaux permettant d'établir le diagnostic de mort encéphalique, sont amenées à considérer le don d'organes comme un

arrêt des soins et non comme la conséquence du diagnostic de mort encéphalique. Cette vision du prélèvement suscite un certain malaise chez ces infirmières.



## ***L'acceptation de la mort encéphalique et la crainte d'un diagnostic trop précoce***

Les médecins ne sont pas tous très à l'aise quant aux critères de la mort encéphalique, critiquant le manque de "solidité" et le caractère parfois arbitraire de ces critères. Le personnel souligne la peur de parvenir à un diagnostic trop précoce, malgré la concordance des différents paramètres permettant de diagnostiquer au mieux l'état de mort encéphalique.

Le malaise des équipes médicales provient de la complexité du diagnostic de la mort encéphalique, mais aussi de la perception que chacun a de la mort. Ainsi, concernant les personnes pour qui la mort est synonyme d'arrêt cardiaque, le prélèvement suscite un réel embarras nécessitant de gérer leurs émotions et de maîtriser leur désaccord personnel avec le processus de prélèvement d'organes sur un individu dit décédé.

En outre, les manifestations réflexes du donneur, susceptibles d'advenir pendant le prélèvement, suscitent aussi la gêne des équipes. Dans ce cas, l'anesthésie du donneur répond à un double objectif : recherche d'un effet pharmacologique et d'un équilibre psychologique des équipes chargées du prélèvement.

### ***La question de l'arrêt des soins***

Lorsque le prélèvement n'a pas lieu, ou en fin d'intervention de prélèvement, les anesthésistes débranchent rarement le patient. Cet acte représente un geste difficile à accomplir pour le personnel médical qui préfère recourir à d'autres moyens provoquant l'arrêt du cœur. Pour palier à cette difficulté, certains centres hospitaliers ont formalisé un protocole précis après discussion et décision consensuelle déterminant les acteurs responsables de l'extubation.

### ***En conclusion***

Le décès par mort encéphalique modifie les objectifs thérapeutiques des praticiens, mettant en jeu à la fois leur savoir-faire biomédical et leur représentation de la mort encéphalique. Lorsque la mort encéphalique n'est pas assimilée à la "vraie" mort, les équipes médicales s'engagent plus difficilement dans la procédure de prélèvement.

Le processus de prélèvement bénéficierait donc d'une clarification de la mort encéphalique auprès du personnel médical engagé dans le processus. En plus d'une formation technique et de l'acquisition d'un savoir biomédical sur la mort encéphalique, il serait souhaitable que les praticiens en difficulté puissent élaborer des références ou des repères leur permettant de ne pas rester enfermés dans des problématiques génératrices de malaise face au prélèvement. Ces repères devraient permettre au personnel de se situer vis-à-vis de leurs homologues et vis-à-vis du rôle thérapeutique qui leur incombe. Vivre cette expérience à plusieurs et échanger a posteriori ses réactions permettrait dès lors de faire face plus facilement à des situations plus ou moins bien vécues.

## **Le prélèvement, une succession d'étapes douloureuses**

---

### ***Le face-à-face avec les familles***

La demande de prélèvement auprès des familles pose problème aux interlocuteurs confrontés à cette tâche. Ils redoutent plus que tout l'effet de choc produit sur la famille ainsi que la majoration de leur détresse.

Les médecins et infirmiers vivent d'autant plus difficilement cette demande qu'ils ont conscience à la fois de ne pas toujours avoir les qualités relationnelles nécessaires à ce type d'entretien et de ne pas avoir été formés à ce type de demande. Pour cette raison, ceux qui font appel à la coordination hospitalière reconnaissent le soulagement psychologique qu'elle apporte à leur travail et à celui des infirmiers.

En revanche, certains praticiens préfèrent gérer seuls la rencontre avec la famille ils "expédient" alors cette étape de la demande de prélèvement. Dans certains cas, ils décident de l'éviter afin d'épargner cette épreuve à la famille.

### ***Les gestes techniques du prélèvement***

Pour le personnel soignant, le passage du donneur au bloc opératoire est souvent vécu comme une étape très difficile psychologiquement, en particulier pour ceux qui ne considèrent pas la mort encéphalique comme la mort totale et réelle de l'individu. Le prélèvement s'accompagne d'une surcharge de travail très éprouvante physiquement et psychologiquement.

Si de nombreux acteurs médicaux reconnaissent que le prélèvement a gagné en organisation ces dernières années, ils soulignent qu'il a néanmoins perdu en motivation. Cette démotivation est plus forte dans les sites qui n'ont pas adopté une politique claire du prélèvement.

### ***La restauration corporelle***

La restauration corporelle et la toilette mortuaire constituent les étapes finales les plus difficiles, les plus redoutées et les plus désertées du processus de prélèvement. Alors que l'opération de prélèvement est vécue à plusieurs, la restauration corporelle et la toilette mortuaire se font à deux ou trois personnes. Beaucoup de soignants déplorent cette solitude ressentie face au cadavre.

### ***En conclusion***

L'acceptation des praticiens à conduire l'entretien auprès des familles pour leur demander les organes d'un proche n'est pas acquise d'emblée. Elle dépend de la motivation personnelle du praticien, de son sentiment de culpabilité à "voler" les organes d'autrui, du

doute quant à la réalité de la mort encéphalique, du tiraillement entre le devoir d'accomplir une mission et l'impossibilité psychologique de la mener à son terme.

La coordination hospitalière peut aider les praticiens à conduire l'entretien de demande de prélèvement auprès des familles, si toutefois ils prennent la peine d'appeler la coordination et s'ils ne s'opposent pas à prendre en charge médicalement et psychologiquement un donneur potentiel et son entourage.

Afin d'intensifier la coopération entre anesthésistes-réanimateurs et coordination, il semble nécessaire de renforcer la formation et la sensibilisation au prélèvement. Il faut aussi évaluer à sa juste valeur le rôle clé des anesthésistes-réanimateurs dans la prise en charge du donneur potentiel puis dans la négociation avec la famille.

## **Quelles conclusions ?**

---

Les sites ayant inscrit le prélèvement d'organes dans leur projet thérapeutique augmentent le nombre de prélèvements effectués et réduisent la durée organisationnelle du prélèvement. Il existe dans ces établissements une véritable coopération sur le terrain entre praticiens et coordinations hospitalières : l'efficacité des coordinations est d'ailleurs proportionnelle au degré de coopération des acteurs médicaux, en particulier des anesthésistes-réanimateurs concernés par la recherche et la confirmation du diagnostic de mort encéphalique.

Les critères de la mort encéphalique posent un certain nombre de difficultés aux praticiens, tant sur le plan scientifique que sur le plan psychologique.

A ce jour, il n'existe aucune étude portant spécifiquement sur le ressenti des médecins et leur participation au prélèvement d'organes. La participation des médecins, et plus spécialement des anesthésistes-réanimateurs, est pourtant fondamentale pour intensifier les politiques de recensement des donneurs potentiels.

Les résistances de certains praticiens face au processus de prélèvement sont réelles. L'instauration d'un débat au sein de la sphère médicale sur cette question, et plus particulièrement sur les pratiques actuelles et la formation des futurs praticiens, est nécessaire. La confrontation des pratiques et des positions de chacun pourrait faciliter la mise en place de recommandations pour les praticiens en charge de donneurs potentiels.

### **III. Annexes**

Ces dernières années, les obstacles au prélèvement ont fait l'objet de travaux menés par diverses spécialités : médecine, sociologie, anthropologie, droit, psychologie sociale... Dans une logique de recherche et de documentation, Claire Boileau s'est livrée à l'étude de ces travaux pour connaître l'état d'avancement des recherches sur le sujet du refus de prélèvement.

19 documents (10 études portant sur le milieu médical, 7 études portant sur la population française et 2 études s'intéressant plus spécifiquement aux familles de donneurs) élaborés entre 1993 et 2001 ont ainsi été retenus en raison du lien avec la problématique des obstacles et refus au prélèvement d'organes et de tissus et de la possibilité de corrélérer et de comparer les résultats des travaux entre eux.

La lecture de ces travaux a permis de recenser les raisons des refus au prélèvement, d'isoler les raisons qui semblent être particulièrement significatives car récurrentes dans plusieurs travaux et dans le temps.

#### **Evolution et perception de la thérapeutique 1990-2000**

La thérapeutique bénéficie d'une image très positive pour environ 80 % des Français (population médicale et paramédicale, grand public), malgré une information jugée encore insuffisante. En 1987 comme en 1997, seuls 30 % des Français s'estimaient bien informés. Les professionnels médicaux regrettent ce manque d'information qui se traduit par une méconnaissance des critères d'éligibilité des donneurs potentiels d'organes, des incertitudes sur les procédures médicales et légales de prélèvement lorsque le donneur est identifié, une méconnaissance de la composition ou des missions des organismes institutionnels spécialisés telle la coordination hospitalière.

Le prélèvement sur soi est accepté par 65 à 75 % des personnes interrogées ; 11 % s'opposent strictement au prélèvement sur eux-même. Le taux d'indécis oscille entre 10 et 27 %.

L'âge des personnes les plus favorables au prélèvement est compris entre 25 et 45/55 ans, voire 35 et 65 ans.

#### **Famille et institution médicale**

Les perceptions qu'ont les familles de l'institution médicale ne constituent pas en général des causes de refus significatif. Le contenu de l'entretien et l'expérience du personnel semblent en revanche jouer un rôle important sur l'acceptation, surtout vis-à-vis des familles indécises. Les entretiens conduits par du personnel formé et expérimenté permettent d'augmenter les taux d'acceptation, dans des proportions certes modestes, mais intéressantes.

Un entretien au cours duquel la famille peut discuter, poser des questions et réfléchir, a plus de chance de déboucher sur une acceptation.

## **Famille et volonté du défunt**

---

Alors que 40 à 60 % des individus accepteraient qu'un prélèvement soit effectué sur un proche, on ne retrouve pas cette proportion dans les taux d'acceptation au prélèvement "en situation".

En effet, en situation réelle de demande de prélèvement, ce n'est pas un individu qui prend la décision en son nom, mais un ensemble d'individus, la famille, qui doivent se mettre d'accord à propos de leur proche décédé dont on ne connaît pas les volontés en la matière. Chacun cherche à agir à la fois en fonction de sa position personnelle, de celle des autres proches et de celle supposée du défunt. Cette complexité joue un rôle dans le taux de refus du prélèvement.

## **Mort encéphalique et morcellement corporel**

---

Alors que le morcellement corporel représente un facteur de refus important, la compréhension de la mort encéphalique apparaît comme un facteur jouant en faveur de l'acceptation. La compréhension de ce phénomène n'a toutefois pas significativement évolué durant les dix dernières années.

## **Prélèvement et religion**

---

L'appartenance religieuse apparaît comme un motif de refus assez peu significatif en France et plus que la religion c'est en fait l'appartenance à une tradition qui apparaît comme un facteur déterminant. Ainsi, certaines études laissent apparaître que le refus serait plus caractéristique chez les personnes de confessions musulmanes, l'indécision prédominerait chez les personnes de confession catholique et l'acceptation serait davantage le fait des incroyants, le refus s'expliquerait davantage par la perception et les représentations de la mort et du corps morcelé. Ceci pourrait expliquer le fait que toutes les instances représentatives des diverses religions (hormis le bouddhisme) se sont prononcées en faveur du prélèvement.

## **Don et catégories socio-professionnelles**

---

Il semble exister un lien entre l'insertion sociale et l'aptitude au don. On observe une progression du taux de favorabilité au don d'organes en fonction de l'appartenance à une CSP supérieure (hors professions libérales, indépendants et chefs d'entreprise) et à un niveau d'études supérieur.

## **Prélèvement et législation**

---

La législation n'est pas suffisamment connue des français en matière de consentement présumé et d'opposition mais la grande majorité du personnel hospitalier connaît le principe de l'inscription au registre des refus interdisant le prélèvement et plus de 30 % d'entre eux disent faire intervenir l'avis de la famille comme autre source prohibitive.

## **Organes et tissus**

---

Le prélèvement de tissus et notamment de cornées suscite de fortes réticences, bien plus fortes que le prélèvement d'organes. En outre, La population soignante recense très difficilement la population donneuse de tissus et connaît mal l'état requis du donneur de tissus.