



# Le don d'organes, l'affaire de tous !

Mégane Theunissen & Nicolas Franquet

Journée médicale de la Citadelle

Samedi 23 novembre 2024

# Intervenants



**Franquet  
Nicolas**

Médecin anesthésiste-intensiviste  
Coordinateur médical local de la  
cellule de don d'organes



**Theunissen  
Mégane**

Infirmière SISU  
et coordinatrice  
locale de don





# Le don d'organes, l'affaire de tous !

## Plan :

- Le don d'organes, comment ça fonctionne?
- Un peu d'histoire...
- Quelques chiffres...
- Organisation de la coordination locale au sein de l'hôpital de la Citadelle et collaboration avec le centre de transplantation
- Communication avec les proches et la famille
- Importance du médecin traitant dans la sensibilisation au don d'organes et au projet thérapeutique
- Questions ?

# Le don d'organes, comment ça fonctionne ?

# Une approche multidisciplinaire et collaborative

- Le donneur et ses proches
- L'équipe de soins intensifs
- La coordination locale de don d'organes
- La coordination de transplantation
- Eurotransplant
- Les receveurs et leurs équipes soignantes
- **Le médecin traitant**

# Don d'organes: définition

Le don d'organes est le prélèvement d'organes et/ou de tissus (on parle alors de don de tissus) d'un corps humain (appelé donneur) en vue de la transplantation de ces organes ou tissus à des fins thérapeutiques sur le corps d'une autre personne appelée receveur.

Le prélèvement chirurgical peut s'effectuer :

- Sur des personnes décédées
- Plus rarement sur des personnes vivantes

# Le don d'organes en Belgique

- Il est régi par la loi du 13 juin 1986 (plusieurs fois modifiée par la suite)
- Cette loi est basée sur le consentement implicite ou présumé ("**Opting Out**" ou "**Qui ne dit mot consent**")
- Il existe également une loi réglant plus spécifiquement le prélèvement de tissus et de cellules ainsi que l'utilisation du matériel humain à des fins de recherche scientifique (loi de 2008, appliquée en 2009)
- Les donneurs peuvent être vivants ou décédés
- Le don est **consenti, gratuit, non-lucratif et anonyme** !

# Le don d'organes du vivant

- La loi requiert que le donneur ait 18 ans et qu'il y consente (moins de 18 ans dans certaines circonstances très précises...)
- Après information détaillée des conséquences, le donneur doit consentir librement et sciemment, par écrit devant un témoin majeur, et dans un but **altruiste** (consentement révocable)
- Concertation multidisciplinaire
- Responsabilité légale du médecin préleveur de s'assurer que les conditions légales soient réunies
- Suivi médical gratuit pendant 10 ans pour rein et foie

# Don post-mortem

- Consentement présumé au don après décès chez toute personne domiciliée en Belgique depuis 6 mois **SAUF si opposition**. Avant de prélever, le médecin doit s'assurer de l'absence d'opposition sous n'importe quel mode
- **Article 11:** le décès du donneur doit être constaté par 3 médecins indépendants de l'équipe de prélèvement-transplantation et des médecins qui soignent le receveur
- **Article 4 & 1:** absence de but lucratif et aucun droit du donneur ou de ses proches vis-à-vis du receveur

## 2 types de dons post-mortem

- Donneur à cœur battant (**DBD ou Donation after Brain Death**)
- Donneur à cœur non battant (**DCD ou Donation after the Circulatory determination of Death**)

# DBD

- = **donneurs en état de mort cérébrale**
- Correspond à la destruction irréversible du cerveau
- La loi impose que le constat de décès se fonde sur l'état le plus récent de la science
- Le diagnostic est établi par un ensemble de signes cliniques, et si la situation l'exige, par certains examens complémentaires (mais **SANS obligation légale**)
- Très nombreux organes et tissus susceptibles d'être prélevés (cœur, poumons, foie, reins, pancréas, intestins, ...)

# DBD

- Constat de mort cérébrale est mentionnée dans un **procès-verbal**, daté et signé par trois médecins
- Le procès-verbal doit être conservé **10 ans**

## Table 3.1. Key points for the clinical diagnosis of brain death

---

### Prerequisites for clinical determination of brain death

- Coma of known aetiology and an irreversible condition compatible with BD
  - Exclusion of medical conditions that could influence clinical examination (severe disturbances in electrolytes, acid-base or endocrine metabolism)
  - Exclusion of central nervous system-depressant drugs: administration/intoxication
  - Exclusion of neuromuscular blocking agents
  - Core temperature  $> 35^{\circ}\text{C}$  (see §3.4.1.2.a)
- 

### Three mandatory clinical signs

- Glasgow Coma score 3
- Absence of brainstem reflexes
- Absence of spontaneous breathing – apnoea test

---

## 1. Glasgow Coma score 3

- Hypotonic and nonreactive coma: absence of cerebral motor response to pain stimuli in body parts innervated by cranial nerves (e.g. sustained pressure on temporomandibular joint or supraorbital region), although spontaneous medullary reflexes might still be present.
- 

## 2. Absence of brainstem reflexes

- During progression to BD, the loss of brainstem reflexes follows a rostro-caudal direction, from the midbrain (mesencephalon) to the pons and, at the end, the medulla (oblongata).
- No pupil reactivity: lack of photo-reactivity, with no response to bright light of the fixed pupils (pupil diameter 4 to 9 mm).
- No eye movement, no movement of eyeballs, lack of oculocephalic/oculovestibular reflex after stimulation by:
  - rapid movement of the head (oculocephalic), tested in the absence of spinal injury,
  - cold caloric manoeuvre (oculovestibular – if tympanum integrity): irrigation of each tympanum with 50 mL of cold water (1 min delay after injection and 5 min interval between the irrigation of the two ears).
- Corneal reflex loss (avoid cornea damage): no palpebral movement after a drop of saline or no palpebral movement when touching cornea edge using a sterile compress carefully.
- No cardiac response after oculo-cardiac reflex (mandatory only in some countries).
- No cough at bronchial suctioning, lack of pharyngeal and tracheal reflexes (mandatory only in some countries).
- Lack of heart rate response after 0.04 mg/kg IV infusion of atropine (mandatory only in some countries).

### 3. Apnoea test

- Lack of spontaneous breathing due to the loss of respiratory centre function (medulla oblongata).

#### *'Traditional' procedure for apnoea test*

- Pre-oxygenation requirement under  $\text{FiO}_2$  100 % – minimal PEEP 5  $\text{cmH}_2\text{O}$  – adequate tidal volume and respiratory frequency to obtain  $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 > 200$  mmHg ( $> 26.7$  kPa),  $\text{PaCO}_2$  35-45 mmHg (4.7-5.9 kPa).
- In cases where  $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$  ratio  $< 200$  mmHg ( $< 26.7$  kPa), the procedure may cause cardiac arrhythmias/bradycardia/cardiac arrest and should be considered with caution, performed with alternative method, or abandoned (reasons recorded in the BD sheet).
- Disconnect the patient from the ventilator for a period of usually 3-5 mins (maximum 10 mins) –  $\text{SaO}_2$  monitoring is mandatory to detect any drop, while administering  $\text{O}_2$  through the endotracheal tube with a flow of 6-8 L/min.
- Attention to the diameter of the suction catheter and the risk of airway obstruction.
- Recruitment manoeuvre to be applied after reconnection in order to limit lung atelectasis.

#### *'Possible alternative' procedures for apnoea test (if legally accepted in your country)*

- After pre-oxygenation:
- Disconnect patient from the ventilator and connect to self-inflating bag with CPAP valve, supplied with an  $\text{O}_2$  flow of 6 L/min connected to endotracheal tube, or
- Ventilator set up on CPAP mode without disconnection, or
- Hypoventilation with  $\text{FiO}_2$  of 1.0 to obtain required  $\text{PaCO}_2$  level, then CPAP for 1 min. with or without ventilator disconnection.

Collect sample of arterial blood after an interval of about 5 mins and reconnect the ventilator, if required  $\text{PaCO}_2$  is achieved; if not, continue the test.

The test is positive if the  $\text{PaCO}_2$  level increases by more than 20 mmHg (2.7 kPa) compared to the reference baseline value.

Some countries require a  $\text{PaCO}_2$  level  $\geq 60$  mmHg ( $\geq 8.0$  kPa).

---

Note: CPAP: continuous positive airway pressure. PEEP: positive end-expiratory pressure. Sources: [19-24].

# DCD

- = **donneurs déclarés décédés en utilisant des critères circulatoires**
- Type de don pratiqué dans un nombre limité de pays dans le monde (dont la Belgique)
- Nombre d'organes prélevés en général plus limités (foie, reins, pancréas, poumons et tissus essentiellement)

# DCD: classification de Maastricht

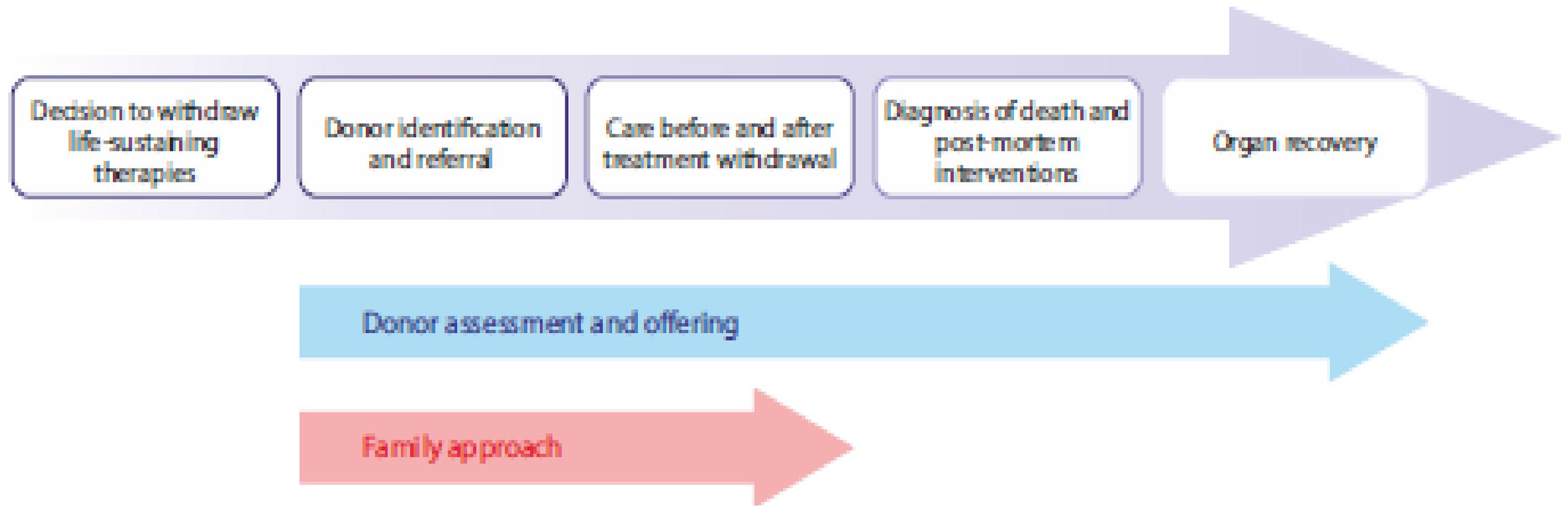
<b>Maastricht Category and type of DCD</b>	<b>Observations</b>
I: Found dead (uncontrolled) I a out of hospital I b in hospital	Sudden unexpected cardiac arrest, with no attempt at resuscitation by a medical team.
II: Witnessed cardiac arrest (uncontrolled) II a out of hospital II b in hospital	Sudden unexpected irreversible cardiac arrest, with unsuccessful attempt at resuscitation by a medical team
III: Withdrawal of life-sustaining therapy* (controlled DCD)	Planned, expected cardiac arrest, following the withdrawal of life-sustaining therapy
IV: Cardiac arrest while brain dead (uncontrolled or controlled)	Sudden or planned cardiac arrest after brain death diagnosis process, but before organ recovery
V: Cardiac arrest after euthanasia†	Anticipated cardiac arrest following euthanasia or medically assisted dying

\* This category mainly refers to the decision to withdraw life-sustaining therapies.

† This is not a Maastricht category, but legislation in some countries allows euthanasia. Death is anticipated but, unlike Category III, death does not follow WLST and this is therefore classified as an additional category (Category V).

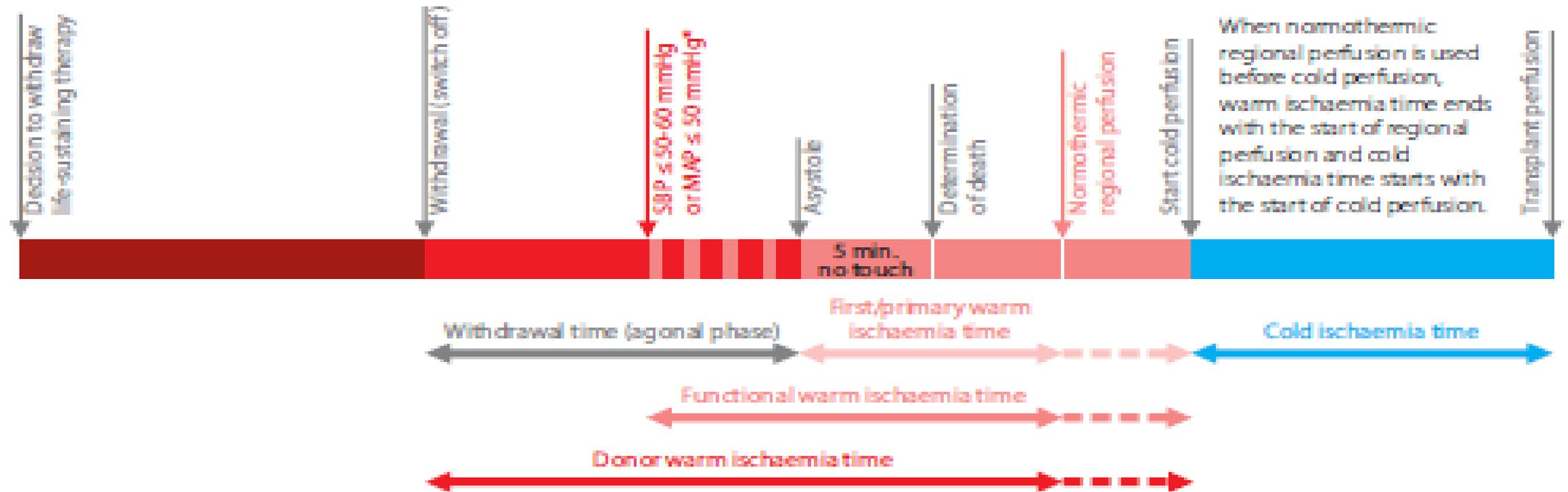
# Controlled DCD (type III)

Figure 12.5. The key steps in the process of controlled donation after circulatory death



# Controlled DCD (type III)

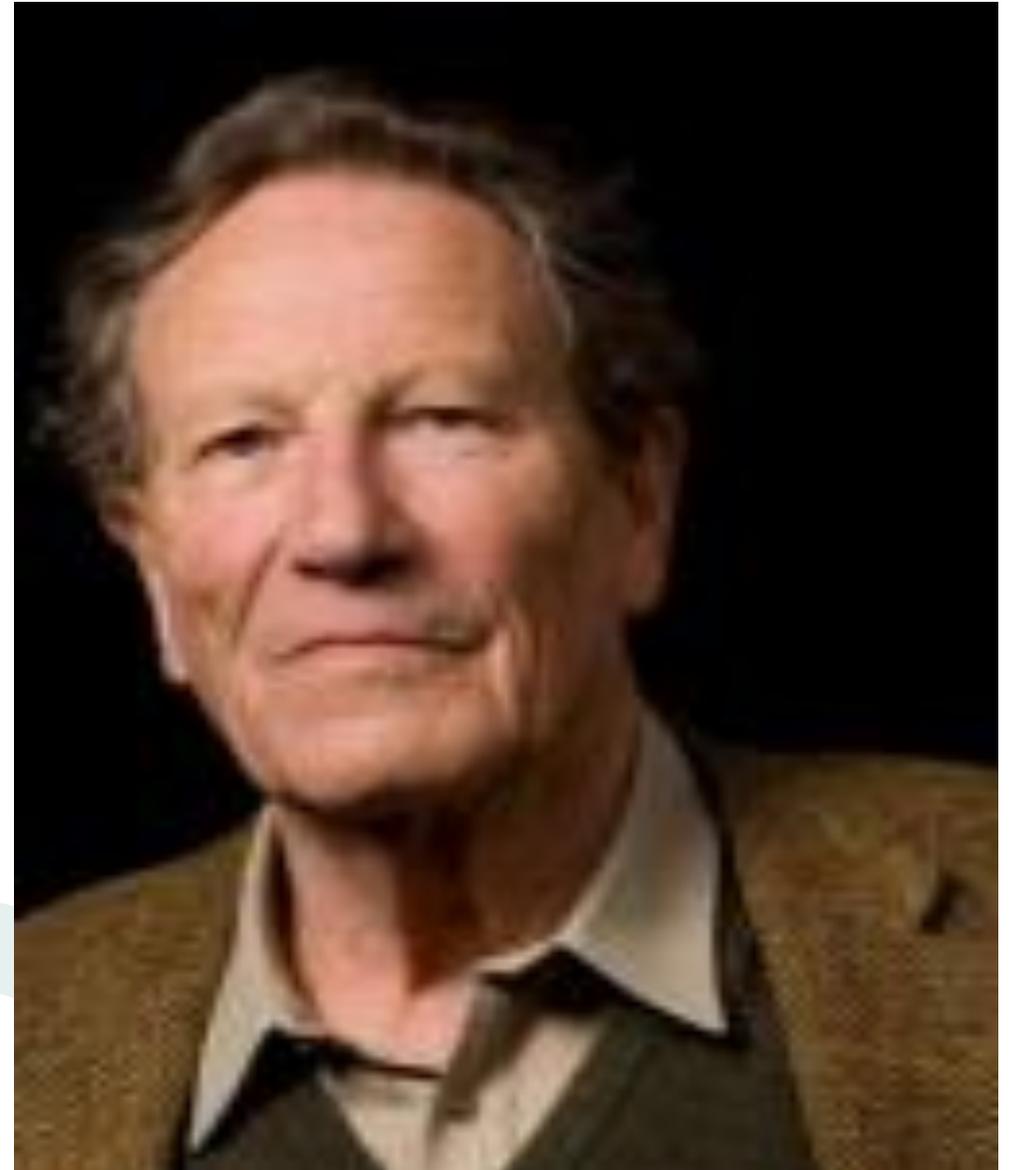
Figure 12.6. Process of controlled donation after circulatory death, specifying limits of warm and cold ischaemia time



\* There is no general consensus for a cut-off value for the start of functional warm ischaemia time. Currently this is mostly in the range of the values shown for systolic blood pressure (SBP) or mean arterial blood pressure (MAP) but the ideal measure is yet to be defined. Note that 5 min is the most commonly adopted no-touch period, but this may vary from 5 to 30 min across Europe [7].

# Eurotransplant

- Organisation créée en 1967 par le Professeur Jon J. van Rood de l'Université de Leiden
- Au départ, 12 centres de transplantations dans 3 pays mettent en commun les informations concernant leurs candidats receveurs...



# Eurotransplant

- Organisation internationale sans but lucratif
- Médiateur entre les hôpitaux des donneurs et les centres de transplantation dans l'intérêt des patients en attente d'organes (+ laboratoires de typage tissulaire)
- Fournit un service 24/7
- Réseau comprend 8 pays: Autriche, Belgique, Croatie, Allemagne, Hongrie, Luxembourg, Pays-Bas, Slovénie

# Eurotransplant : les objectifs

- Utilisation optimale des donneurs d'organes et de tissus disponibles
- Assurer un service d'attribution d'organes transparent, objectif et juste (basé sur des critères médicaux et éthiques)
- Faciliter la détection des donneurs potentiels pour augmenter le nombre d'organes disponibles
- Améliorer les résultats des transplantations par la collecte et l'évaluation de nombreuses données (donneur, receveur, allocation, transplantation, suivi,...) à des fins scientifiques et en publiant et présentant ces résultats
- Promouvoir, soutenir et coordonner le don d'organes et la transplantation au sens large

Un peu d'histoire...

## 1950-1980

Year	Event
1954	First living donor kidney transplant worldwide (USA)
1963	First deceased donor kidney transport in the ET region (Leuven, Belgium)
1966	First pancreas and kidney transplant worldwide (USA)
1967	Foundation of Eurotransplant by Prof. Jon J. van Rood (Cooperation between centers in Austria, Belgium, Luxemburg, Germany and the Netherlands)
1967	First heart transplant worldwide (South Africa)
1967	First deceased donor liver transplant worldwide (USA)
1969	Legal foundation of Eurotransplant International Foundation
1972	First deceased donor whole Liver transplant in ET (Hannover, Germany)
1979	First pancreas transplant in ET (Munich, Germany)
1979	First pancreas and kidney transplant in ET (Munich, Germany)

## 1980-1990

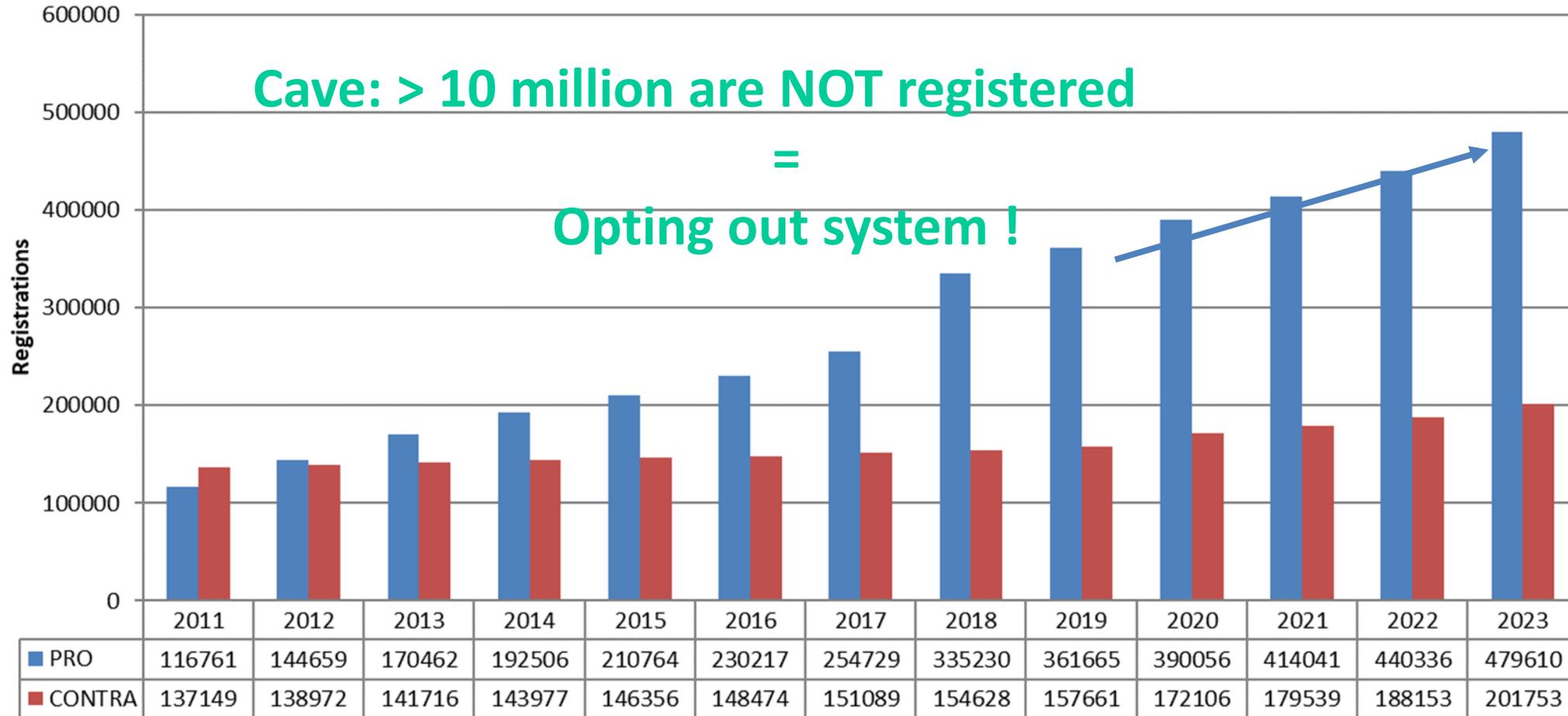
- |             |   |
|-------------|---|
| <b>1981</b> | Introduction of the powerful anti-rejection agent Cyclosporin A |
| <b>1983</b> | First single lung transplant worldwide (Canada)                 |
| <b>1983</b> | First heart and lung transplant in ET (Munich, Germany)         |
| <b>1986</b> | First double lung transplant worldwide (Canada)                 |
| <b>1987</b> | First single lung transplant in ET (Innsbruck, Austria)         |
| <b>1987</b> | First Intestine transplant worldwide (USA)                      |
| <b>1987</b> | First domino heart transplant in ET (Vienna, Austria)           |
| <b>1988</b> | First split-liver transplant worldwide (USA)                    |
| <b>1988</b> | First split-liver transplant in ET (Hannover, Germany)          |
| <b>1988</b> | Introduction of the Acceptable Mismatch program (AM)            |
| <b>1989</b> | First living donor liver transplant worldwide (USA)             |
| <b>1989</b> | First intestine transplant in ET (Innsbruck)                    |
| <b>1989</b> | First double lung transplant in ET (Hannover, Germany)          |

1990 - ...

<b>1990</b>	First living donor lung transplant worldwide (USA)
<b>1990</b>	First pancreas islet transplant worldwide (USA)
<b>1991</b>	First living donor liver transplant in ET (Hamburg, Germany)
<b>1992</b>	First pancreas islet transplant in ET (Gießen, Germany)
<b>1995</b>	First domino liver donor transplant worldwide (Portugal)
<b>1995</b>	First domino liver donor transplant in ET (Ghent, Belgium)
<b>1996</b>	Introduction of the Eurotransplant Kidney Allocation System (ETKAS)
<b>1999</b>	Introduction of the Eurotransplant Senior Program
<b>2000</b>	Introduction of the Child-Turcotte-Pugh score for liver allocation
<b>2006</b>	Introduction of the Model for End-stage Liver Disease (MELD) score
<b>2011</b>	Introduction of the Lung Allocation Score (LAS) in Germany (benefit based lung allocation system)
<b>2014</b>	Introduction of the Lung Allocation Score (LAS) in the Netherlands

# Quelques chiffres...

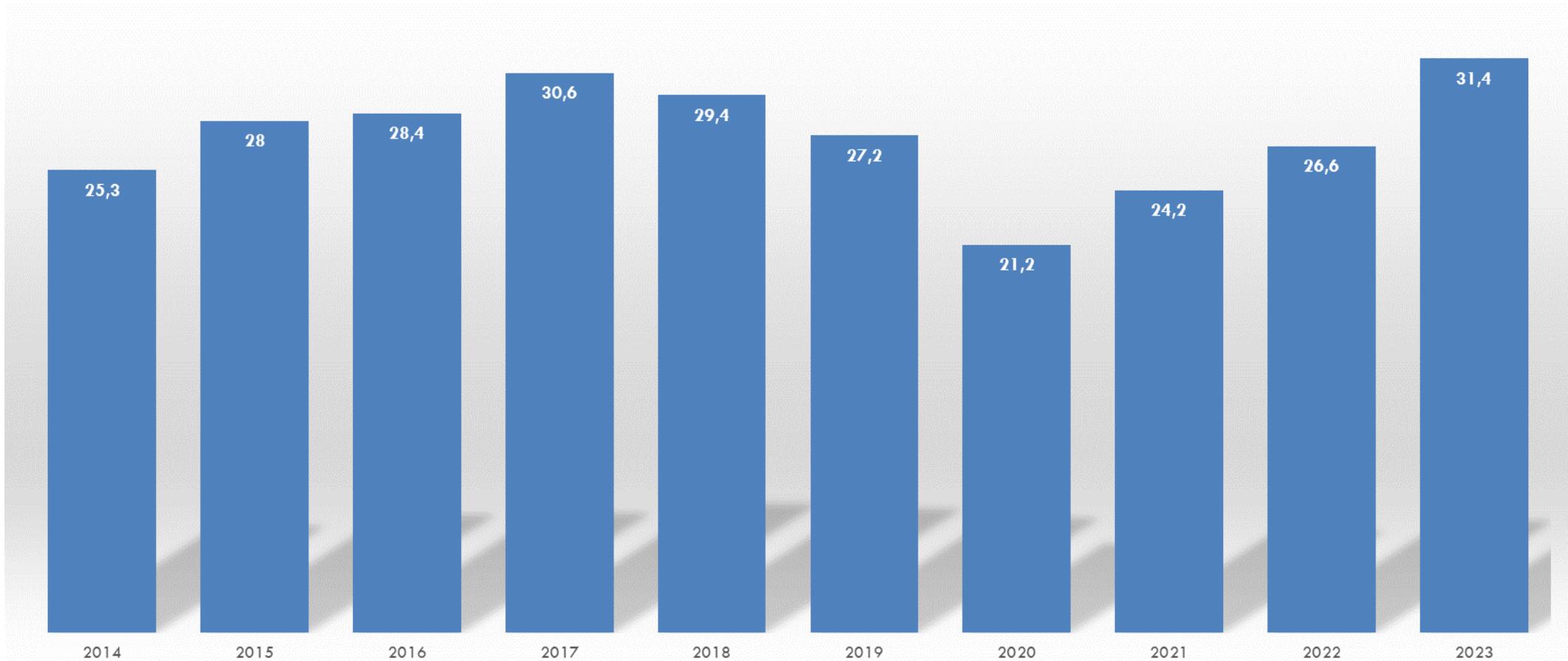
# Base de données centrale nationale



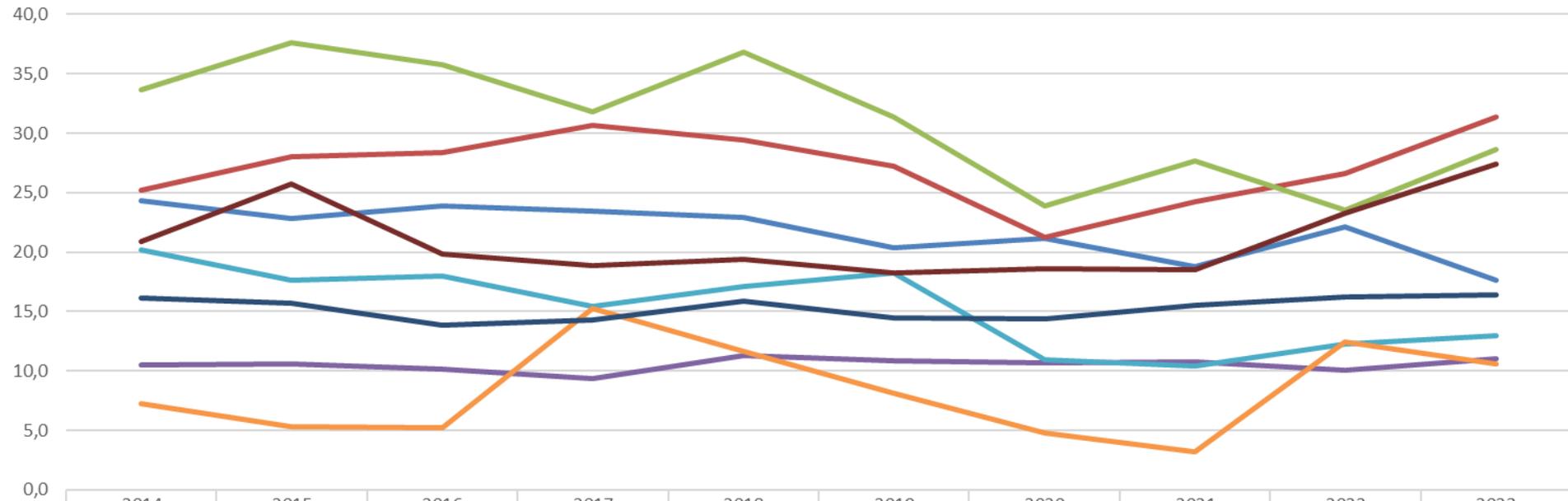
■ PRO ■ CONTRA

1/07/20: changing registration law

# Donneurs par millions/habitants en Belgique



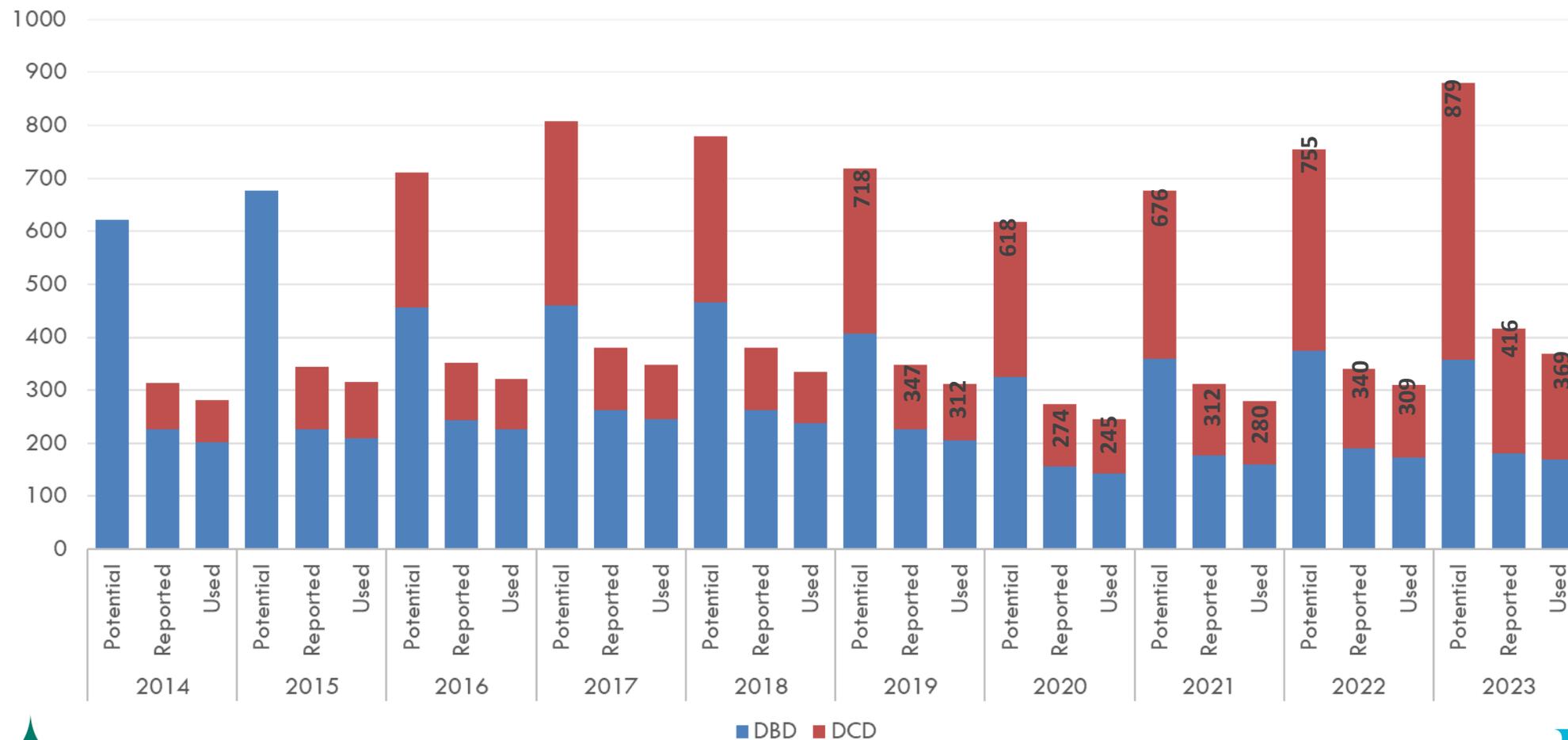
# Donneurs PMH / EUROTRANSPLANT



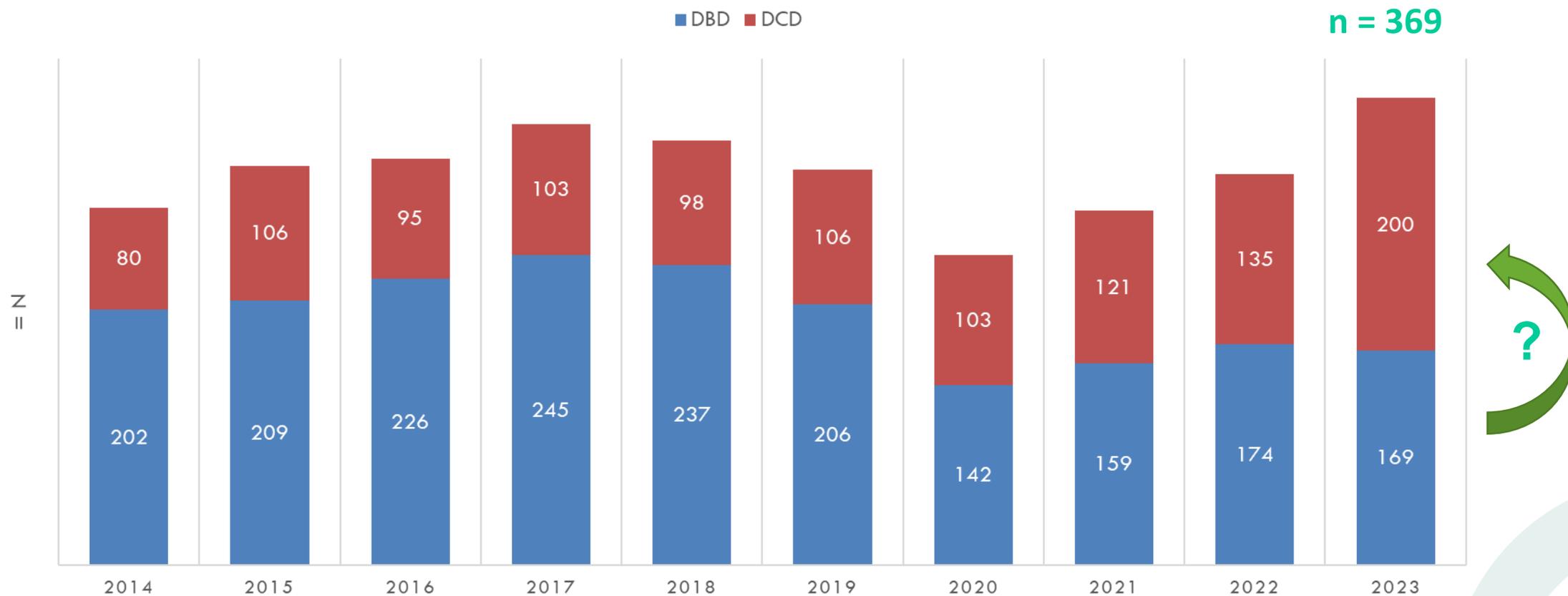
	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
— Austria	24,3	22,8	23,9	23,5	22,9	20,3	21,1	18,8	22,1	17,6
— Belgium	25,2	28,0	28,4	30,7	29,4	27,2	21,2	24,2	26,6	31,4
— Croatia	33,7	37,6	35,8	31,8	36,8	31,4	23,9	27,7	23,5	28,6
— Germany	10,5	10,6	10,1	9,3	11,3	10,8	10,7	10,8	10,1	11,0
— Hungary	20,1	17,7	18,0	15,4	17,1	18,2	11,0	10,4	12,3	13,0
— Luxembourg	7,3	5,3	5,2	15,2	11,6	8,1	4,8	3,2	12,4	10,6
— Netherlands	16,1	15,7	13,8	14,3	15,9	14,5	14,4	15,5	16,2	16,4
— Slovenia	20,9	25,7	19,9	18,9	19,4	18,3	18,6	18,5	23,3	27,4



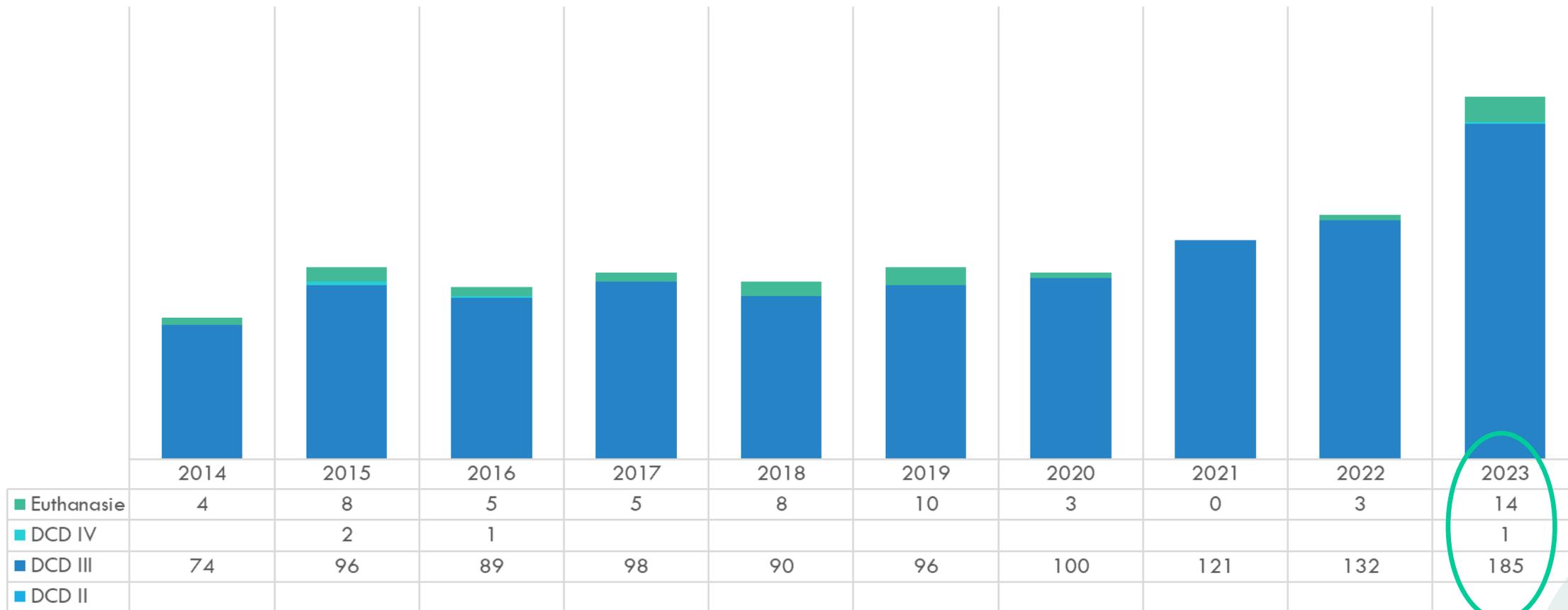
# Donneurs d'organes décédés



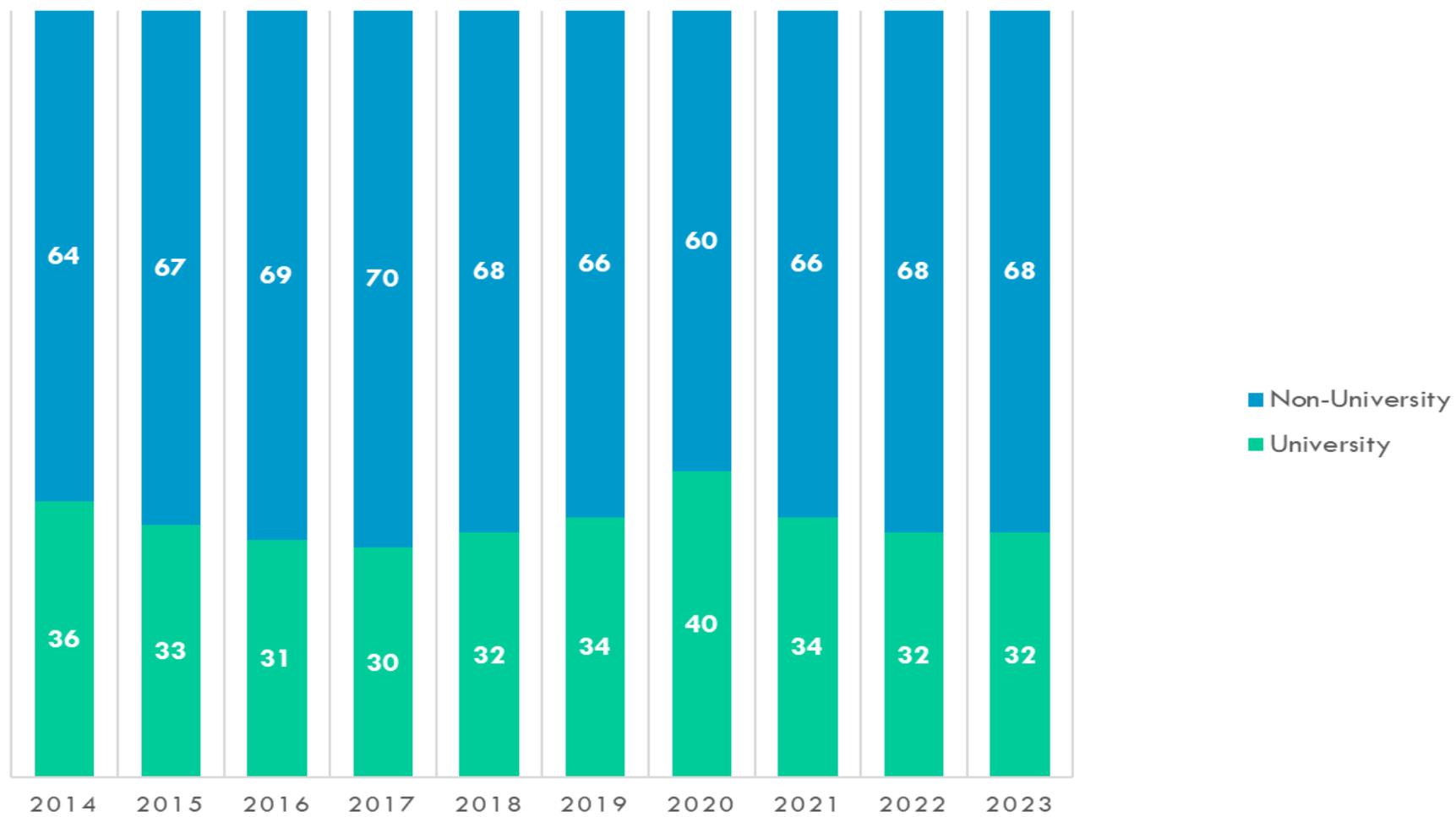
# Donneurs d'organes effectifs (vue à 10 ans)



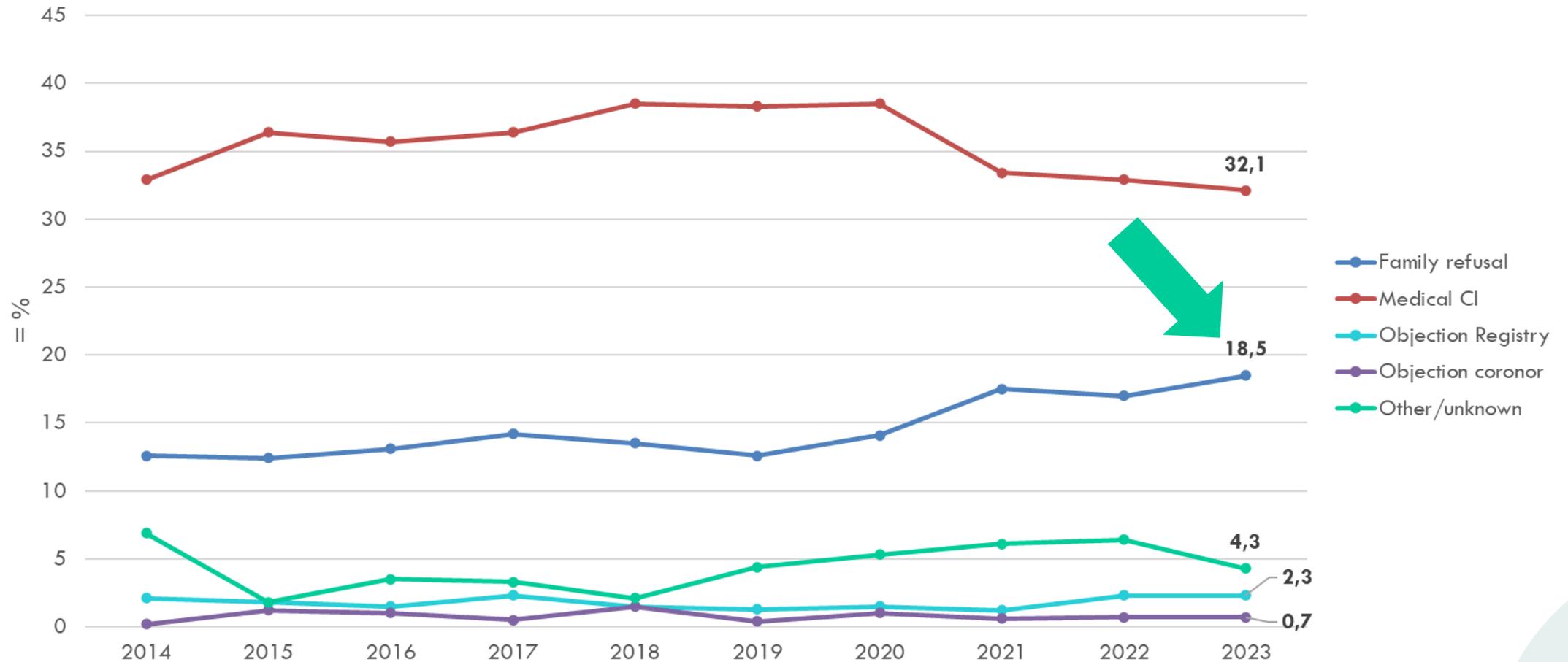
# DCD effectif (vue à 10 ans)



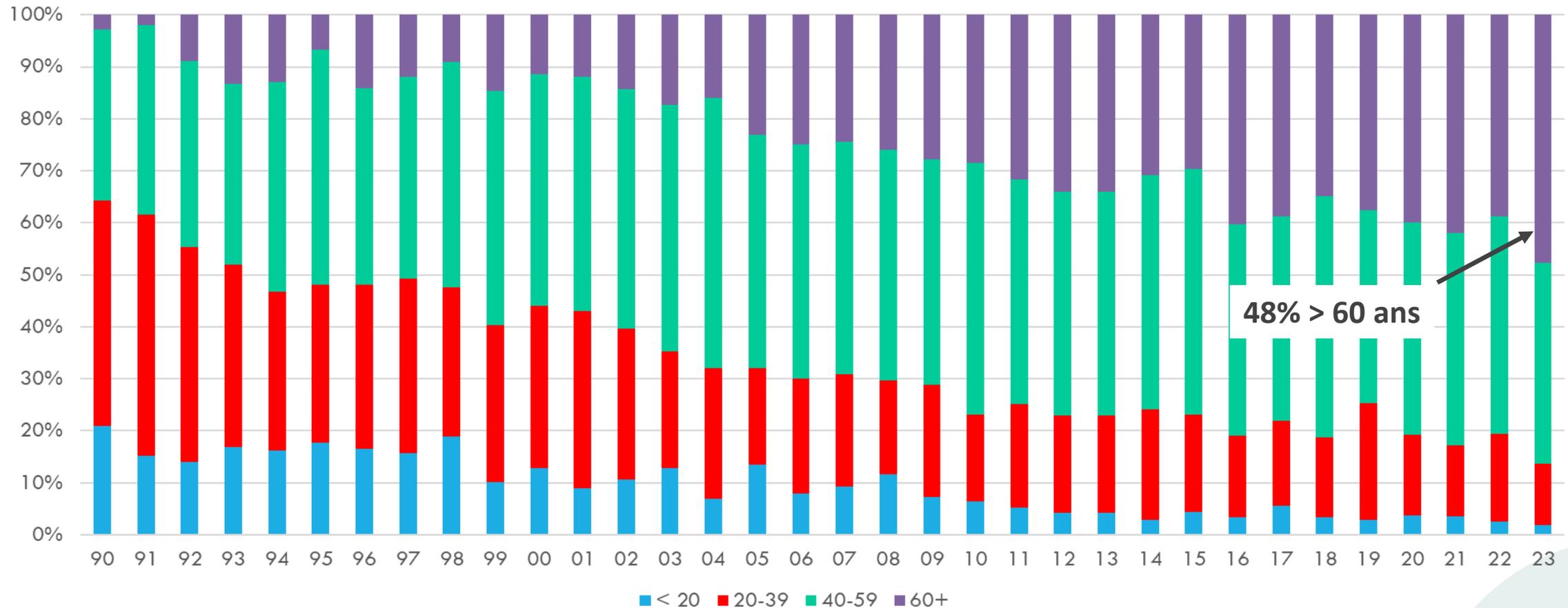
# Origine des donneurs (%)



# Raisons du refus de don en %



# Age des donneurs effectifs 1990 – 2023



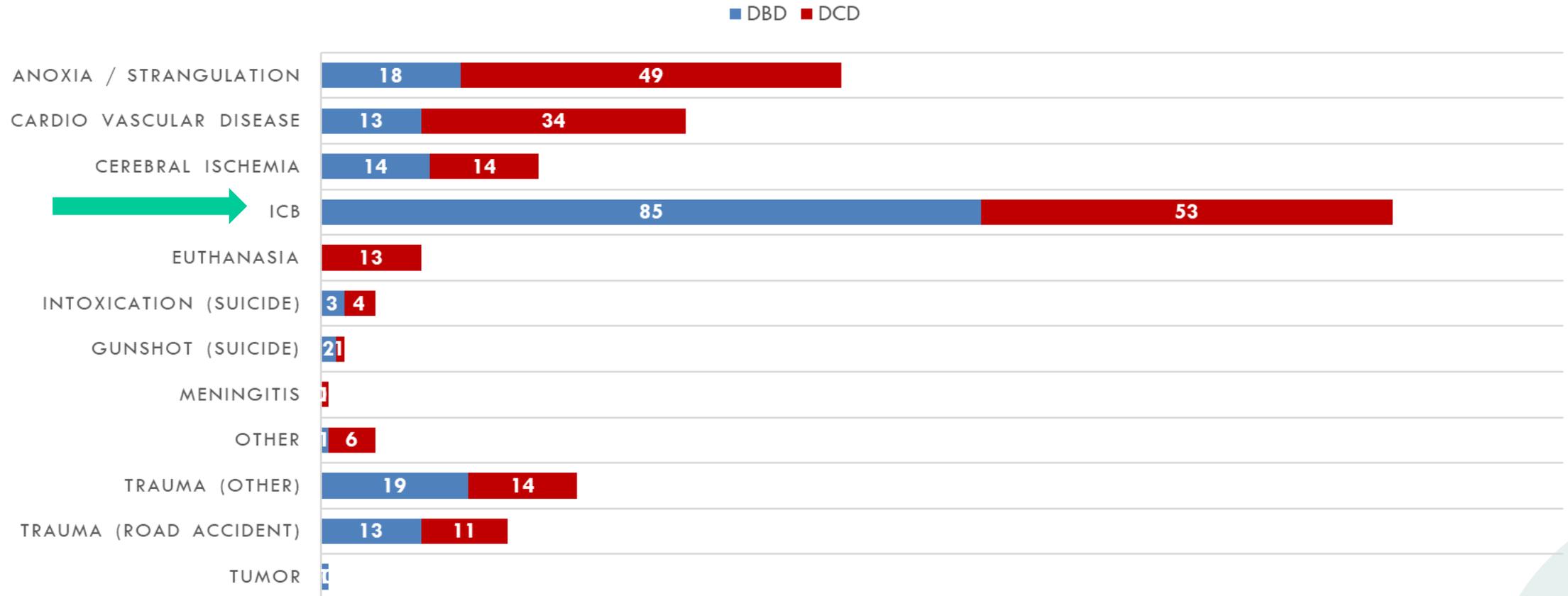
Nombres de donneurs

1994: 230

vs

2023: 369

# Cause du décès des donneurs (2023)



# Transplantation 2022 vs 2023

	HEART	LUNGS	LIVER	PANCREAS	KIDNEY
Waiting list	- 9,6%	- 30,6%	- 1,5%	- 9%	- 0,25%
Transplants	- 22%	+ 22%	+ 16,7%	Vascular: - 40% (15 → 9) Islets: - 14% → (7 → 6)	+6,1%
Mortality on WL	14 ptn	8 ptn	26 ptn	→ 0 pt	34 ptn
Living			- 3,5% (28 → 27) (small numbers)		+ 45% (55 → 80) → small numbers

# Organisation de la coordination locale au sein de l'hôpital de la Citadelle et collaboration avec le centre de transplantation

# La coordination locale des donneurs

Fonction de coordination locale des donneurs bien définie par la loi depuis 2012 :

- Hôpitaux avec USI
- Equipe pluridisciplinaire
- Formation
- Procédures et protocoles internes
- Collecte des données, réalisation d'examens et transmissions des informations visant à la caractérisation du donneur et de ses organes
- Sensibilisation
- Registres, rapports et traçabilité



# La coordination locale du don d'organes

La cellule de coordination locale du don d'organes est **une équipe** composée d'une dizaine d'agents, tous infirmiers travaillant aux soins intensifs.

Un rôle de garde est mis en place afin d'assurer une disponibilité 24h/24 et 7j/7.

La cellule prend en charge une grande partie des formalités administratives et facilite l'échange d'informations entre l'équipe médicale sur place et l'équipe de transplantation du CHU de Liège.



# Quand parle-t-on d'un don d'organes ?

L'équipe médicale va proposer un don d'organes aux proches du patient dans 2 cas de figure bien précis :

- Un patient en état de mort cérébrale
- Un patient dans une situation médicale sans issue (impasse thérapeutique)

Toute personne qui décède ou qui va décéder en milieu hospitalier est considérée comme donneur d'organes potentiel.



# Procédure de don d'organes

## Le patient devient donneur potentiel

Le patient est en mort cérébrale ou en arrêt thérapeutique et rentre dans les critères d'une procédure de don d'organes. L'équipe de coordination va alors rassembler toutes les informations concernant ce "donneur potentiel" et en informer le centre de transplantation (CHU de Liège).



**!! Avis de non-disposition du corps !!**

# Procédure de don d'organes

## Consultation du registre national

Le centre de transplantation reçoit les informations de ce donneur potentiel et consulte le registre national afin de vérifier sa position concernant le don d'organes (si le donneur l'avait exprimée officiellement de son vivant).



# Procédure de don d'organes

## Discussion avec les proches et la famille

Si le patient avait fait les démarches nécessaires pour manifester sa volonté concernant le don d'organes, la famille sera informée de ce choix et celui-ci sera respecté. Si aucun(e) consentement/opposition n'a été formulé(e) auprès du registre national, une discussion aura lieu avec les personnes les plus proches du patient afin de connaître sa volonté.



**Cette discussion doit se faire à un moment distinct de celui de l'annonce de la mort cérébrale ou de l'impasse thérapeutique !**

# Procédure de don d'organes

## Construction du dossier pour Eurotransplant

Si le patient avait émis le souhait de donner ses organes ou si la discussion avec la famille aboutit à la même conclusion, l'équipe de coordination locale crée un dossier rassemblant toutes les informations nécessaires. Si certaines informations sont manquantes, des examens supplémentaires peuvent être réalisés pour compléter au mieux ce dossier.



**Tous les examens, surveillances et prises de sang réalisés après le lancement de la procédure de don d'organes sont évidemment gratuits**

# Procédure de don d'organes

## Validation par le centre de transplantation

Le centre de transplantation analyse et valide le dossier du donneur potentiel et entre les informations dans la base de données d'Eurotransplant. L'organisme attribue alors chaque organe à un receveur compatible. Tous les organes "proposés" ne sont pas d'office transplantés: il est possible qu'aucun receveur compatible ne soit sur la liste.



# Procédure de don d'organes

## Planification du prélèvement

Une discussion se met en place entre le bloc opératoire, les chirurgiens, l'anesthésiste, les équipes de coordination locale et de transplantation afin de trouver une plage horaire convenant à l'ensemble des intervenants.



# Procédure de don d'organes

## Prélèvement

La durée de l'intervention varie en fonction du nombre d'organes à prélever et peut aller jusqu'à 8 heures dans les cas les plus importants. La famille sera invitée (si elle le désire) à accompagner le patient, donneur, jusqu'aux portes du bloc opératoire.



# Procédure de don d'organes

## Retour du corps du défunt

Après le prélèvement des organes, le défunt est pris en charge par l'équipe de transplantation dans le plus grand respect de la dépouille. Selon le souhait de la famille et des proches du défunt, celui-ci peut être transféré dans sa chambre, aux soins intensifs, afin que la famille et les proches puissent se recueillir une dernière fois et ce, sans la présence des appareillages médicaux.



# Rôle de la coordination locale

## Omniprésent

Tout au long de la procédure de don, de la détection du donneur potentiel au retour du corps du défunt à la famille, l'équipe de coordination locale se relaie au chevet du patient et de son entourage. Elle ne gère pas seulement les aspects médicaux de la procédure mais intervient également pendant les différents échanges avec les proches du donneur.



# Communication avec les proches et la famille

# Les proches du patient



- Création d'un lien, important mais fragile, entre l'équipe soignante et la famille/les proches du patient.
- Différents entretiens sur un laps de temps plutôt court (quelques heures à quelques jours).
- Moments précieux pour glaner des informations sur le patient et son entourage.

# L'annonce d'une mauvaise nouvelle

*"Moralelement nécessaire et nécessairement immorale"*

Moralelement nécessaire car chacun a le droit de savoir.

Nécessairement immorale car l'annonceur dit à quelqu'un d'autre ce que pour rien au monde il ne voudrait s'entendre dire.



# Outils à la communication

- **EDHEP** : European Donor Hospital Education Programme
- **EPICES** : éléments clés de l'annonce d'une mauvaise nouvelle



# EDHEP

## Attitudes :

- Se présenter
- Prise de connaissance/vérification du noms des proches et des liens de parentés (ou non)
- Environnement
- "Rythme" des interlocuteurs

## Outils à la communication :

- Questions ouvertes
- Clarification, reformulation et réassurance
- Ecoute active et empathie
- Laisser place aux silences



# EPICES

- **E** : environnement
- **P** : perception
- **I** : invitation
- **C** : connaissances
- **E** : empathie
- **S** : stratégie et synthèse



# Le don d'organes



# Le don d'organes

- Dans un 2ème temps, lors d'un entretien différent de celui de l'annonce du décès ou de la situation médicale sans issue
- Difficultés d'aborder le don d'organes :
  - Absence de formation
  - Crainte d'exacerber la douleur des proches
  - Inconfort émotionnel face à la détresse de l'entourage
  - Sujet qui reste "tabou" dans les familles
  - Equipe médicale de garde
  - Manque de temps/ charge de travail



# Le don d'organes

- \_ **Ne pas donner la responsabilité de la décision aux proches**
- \_ Approbation au don d'organes peut être vue comme une forme de capitulation ou comme un passage de victime en "héros"
- \_ "Subir augmente l'angoisse, agir la diminue"
- \_ Importance du lien de confiance

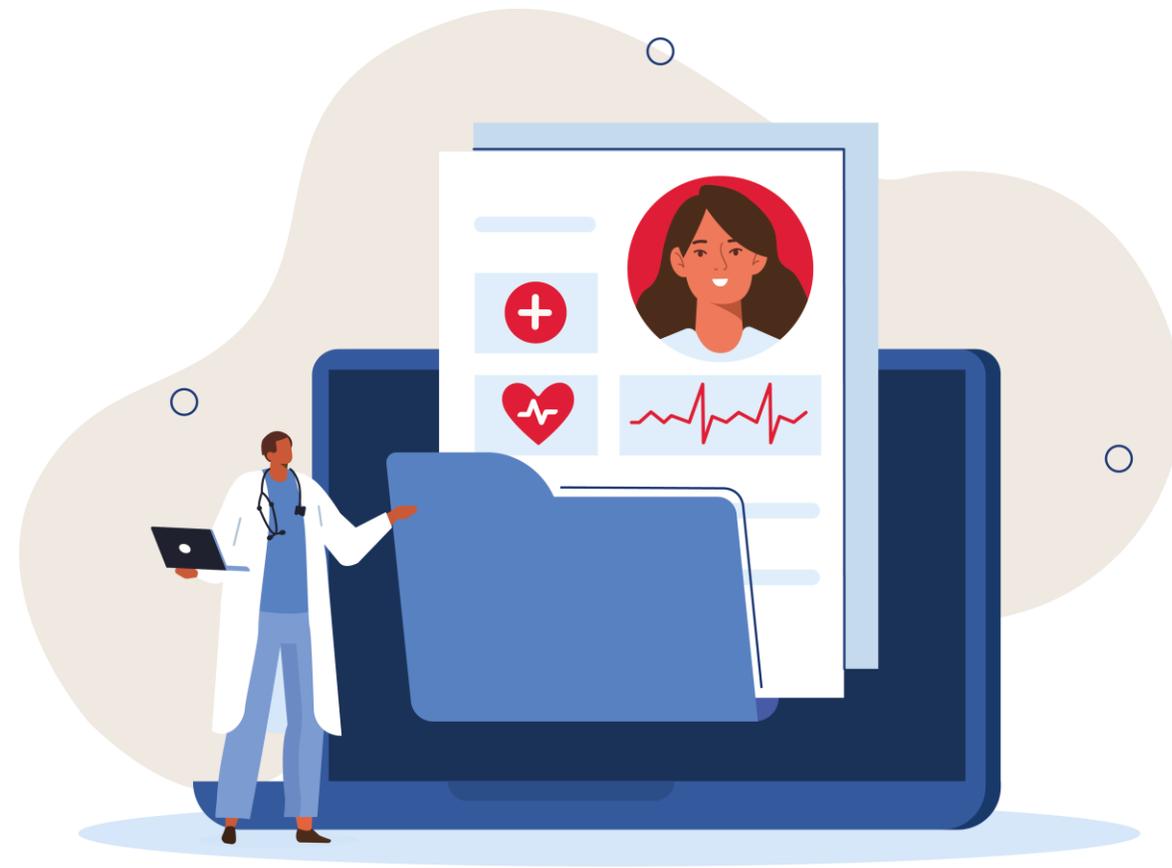
*Pas d'accompagnement "type"; analyser les circonstances et les réactions des proches afin de répondre au mieux à leurs questionnements et leurs attentes.*

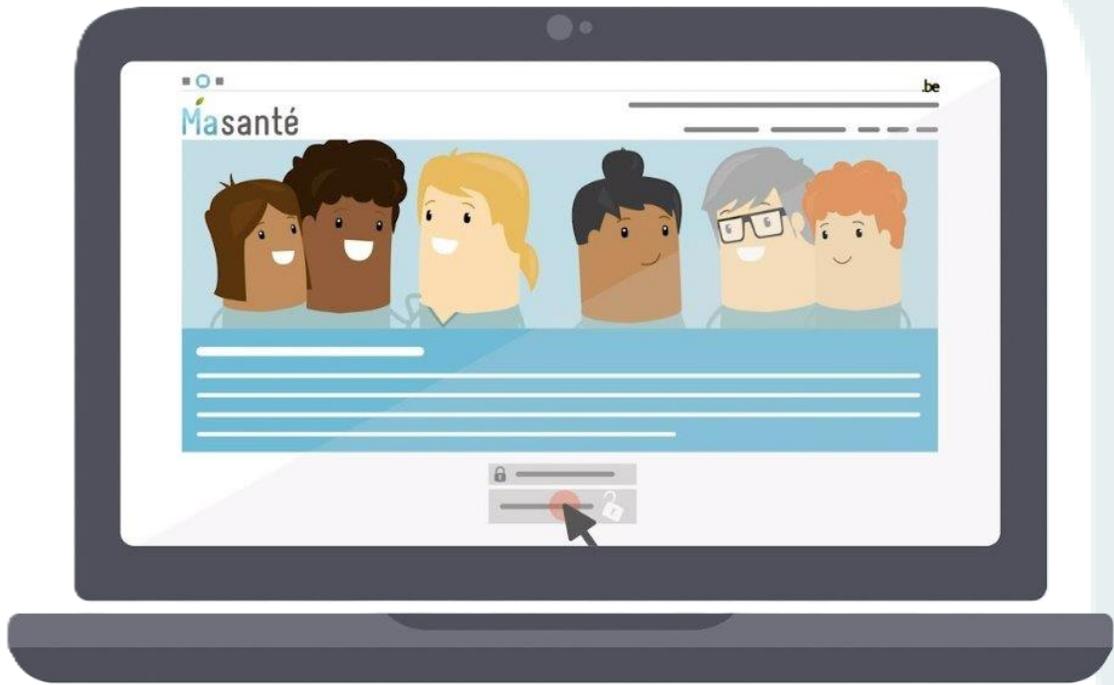
# Une discussion à avoir en amont !

Plus besoin d'aller jusqu'à la commune!

[www.masanté.be](http://www.masanté.be)

Masanté





# Importance du médecin traitant dans la sensibilisation au don d'organes et au projet thérapeutique



# Déclaration de don d'organes en Belgique

- Nouvelles modalités depuis le 1er juillet 2020
- Déclaration par rapport à 4 types de prélèvements

# Nouvelles modalités de déclaration

- Enregistrement par l'administration communale
- En ligne, via le portail [www.masanté.be](http://www.masanté.be)
- **Par le médecin traitant**

# 4 décisions relatives au don après le décès...

- Don d'organes pour la transplantation
- Don de matériel corporel humain pour la transplantation
- Don de matériel corporel humain pour la fabrication de médicaments
- Don de matériel corporel humain pour la recherche

# Déclaration par le médecin traitant

- Application Orgadon
- Accès moyennant vérification du statut de médecin généraliste
- Nécessité d'une relation thérapeutique avec le patient
- Accusé de réception imprimé, signé et remis au déclarant

N'oublions pas les campagnes BELDONOR!!!

De quelle couleur est

un **caméléon** quand il  
se regarde dans un *miroir* ?

**Tu y as déjà pensé ?**



**ET LE DON D'ORGANES  
TU Y AS DÉJÀ PENSÉ ?**



.be

Cliquez ici et découvrez notre nouveau site  
[www.tuyasdejapense.be](http://www.tuyasdejapense.be)

**En un clic, tout  
peut changer**

Donneur d'organes ? OÙ pas ?

[clicpourledondorganes.be](http://clicpourledondorganes.be)

.be

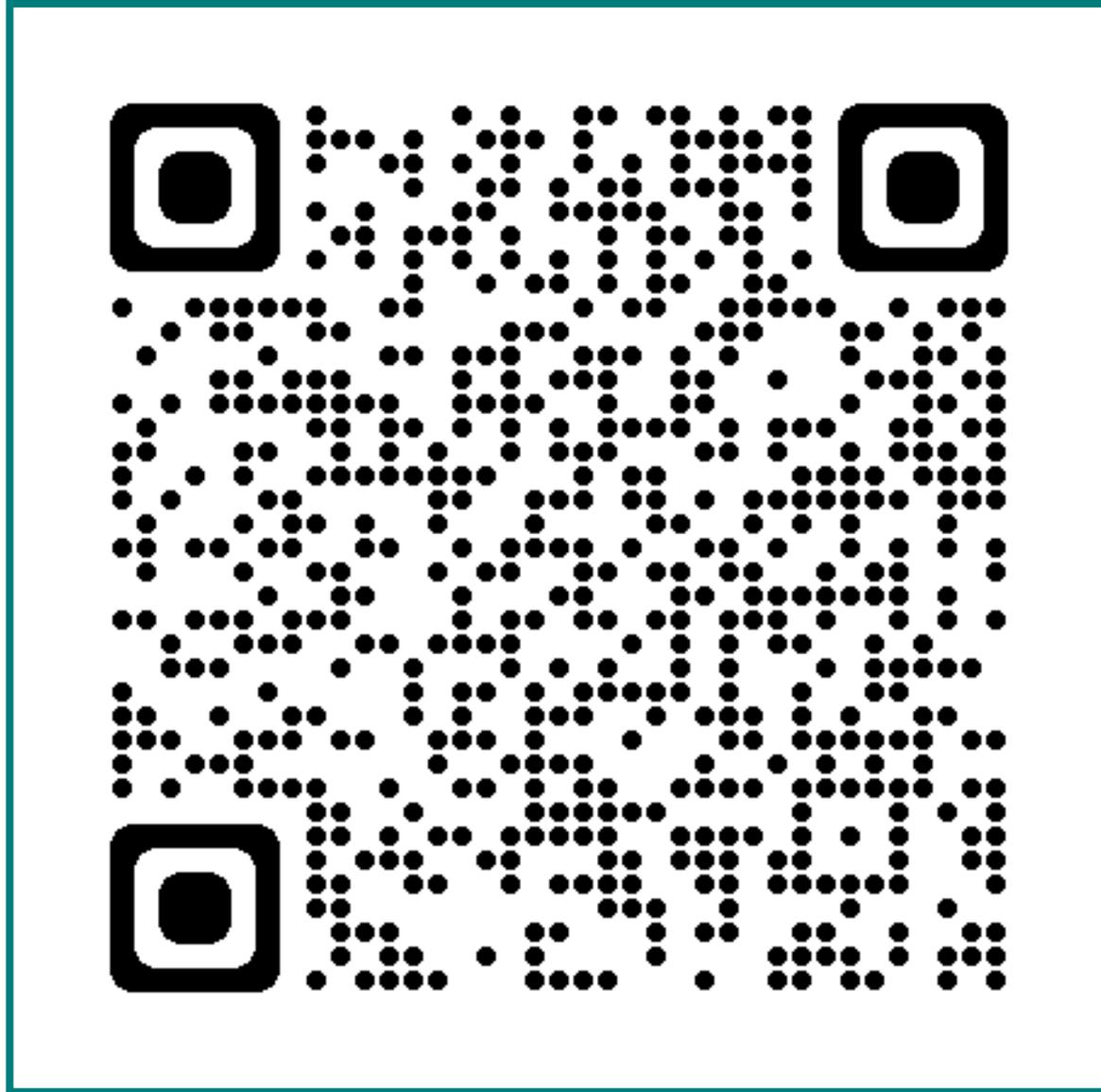


# Citadelle Hopital

**Merci pour votre attention !**

Questions ?







HÔPITAL DE LA CITADELLE

# Journée Médicale

SAMEDI 23.11.24



**MediC+mpta**

Bureau Comptable spécialisé  
en professions (para)médicales

