

Détection des donneurs : bases légales et pertinence pratique

Module — 1 — version de base

Version 1.1 – Février 2023

Groupe de travail

Pr Christian Benden, PD Franz Immer, Dr Mathias Nebiker

Groupe d'experts

Dr Christian Brunner, Dre Edith Fässler, Renato Lenherr, Spécialiste en médecine intensive,
Dre Deborah Pugin

Table des matières

1.0 Résumé	5
2.0 Bases juridiques	6
2.1 Introduction	6
2.2 La loi sur la transplantation et les ordonnances d'exécution d'accompagnement	6
2.2.1 Buts supérieurs	6
2.2.2 Tâches des cantons	8
2.2.3 Tâches des hôpitaux	9
2.2.4 Tâches des réseaux de dons d'organes	9
2.3 Conditions légales pour le prélèvement d'organes	11
2.4 Constatation du décès	12
2.4.1 Causes de la mort cérébrale	12
2.4.2 Conditions pour le diagnostic de la mort	13
2.4.3 Diagnostic clinique de la mort	14
2.5 Mesures médicales préliminaires	15
2.5.1 Mesures médicales préliminaires avant la constatation du décès	16
2.5.2 Mesures médicales préliminaires après la constatation du décès	17
2.5.3 Circonstances particulières en cas de décès après arrêt cardio-circulatoire	17
2.6 Coûts du processus du don d'organes	18
3.0 Détection des donneurs	18
3.1 Introduction	18
3.2 Détection des donneurs possibles	19
3.2.1 Critères de détection des donneurs DBD ¹ possibles	21
3.2.2 Critères de détection des donneurs DCD ² possibles	21
3.2.3 Contre-indications pour un don d'organes	24
3.3 Création d'une entrée SOAS ³	26
3.3.1 Donneur DBD	26
3.3.2 Donneur DCD	26

¹ DBD: Donation after Brain Death

² DCD: Donation after Cardiocirculatory Death

³ SOAS: Swiss Organ Allocation System

4.0	Annonce d'un donneur	27
4.1	Recommandations pour l'annonce d'un donneur	27
4.1.1	Annonce d'un donneur DBD	27
4.1.2	Annonce d'un donneur DCD	27
4.2	Hotlines	28
4.3	Transfert de donneurs potentiels	28

Les termes « le patient » ou « le donneur » utilisés dans ce module englobent toujours les personnes des deux sexes. Le masculin est uniquement utilisé pour faciliter la lecture du texte. Il en est de même pour le terme de « don d'organes » qui inclut aussi le don de tissus, où cela s'avère utile.

1.0

Résumé

La loi sur la transplantation constitue la base juridique de la transplantation d'organes, de tissus et de cellules en Suisse. C'est dans cette loi que sont consignés les buts supérieurs de la transplantation et fixées les responsabilités respectives. La priorité absolue est donnée à la protection de la dignité humaine, de la personnalité et de la santé. Le don d'organes est gratuit, le commerce d'organes interdit, l'attribution des organes s'effectue de façon équitable et personne ne doit être discriminé. Les responsabilités selon la loi sur la transplantation « à des fins d'exécution » sont attribuées à différentes autorités, en particulier à la Confédération, puis aux cantons et à l'institut des produits thérapeutiques Swissmedic. Les tâches des cantons et des personnes responsables de la coordination locale sont fixées dans la loi. Les cantons doivent veiller à ce que les hôpitaux disposant d'une unité de soins intensifs définissent les processus de détection des donneurs ainsi que les processus de prise en charge des proches de donneurs potentiels et garantissent le déroulement des étapes 24 heures sur 24. En Suisse, les « spécialistes du don d'organes et de tissus (FOGS-SDOT) » travaillant dans les hôpitaux occupent une fonction de coordinateurs dans le cadre du don d'organes. Ils sont coresponsables du processus du don d'organes en bonne et due forme dans les hôpitaux suisses et sont soutenus, sur place, par les réseaux locaux. Les réseaux de dons d'organes agissent selon les prescriptions fédérales légales et cantonales. Le comité de direction des réseaux de dons d'organes au niveau national est le [Comité National du don d'organes \(CNDO\)](#) qui assure le don d'organes dans toute la Suisse, se charge de la fonction de coordination du don d'organes en Suisse et implémente la stratégie du Don d'organes en Suisse sous la direction générale de Swisstransplant, la Fondation nationale suisse pour le don et la transplantation d'organes.

Les conditions pour un prélèvement d'organes sur un défunt sont définies dans la loi. Un prélèvement d'organes sur une personne décédée n'est autorisé que s'il existe un consentement et après constatation du décès. En ce qui concerne le constat de décès en vue de la transplantation d'organes et les mesures médicales préliminaires avant le décès, les directives de l'ASSM⁴ sont juridiquement contraignantes (alinéa II. 3. et alinéa III. C-H).

Le décès peut survenir suite à une lésion cérébrale primaire, la perte irréversible des fonctions cérébrales entraînant la mort ([Donation after Brain Death, DBD = donneur en état de mort cérébrale](#)), ou suite à un arrêt cardio-circulatoire persistant qui réduit ou interrompt l'irrigation sanguine du cerveau suffisamment longtemps pour provoquer la perte irréversible des fonctions cérébrales et l'arrêt de la fonction respiratoire, et donc la mort ([Donation after Cardio-circulatory Death, DCD = donneur en état de mort cérébrale après arrêt cardio-circulatoire](#)). Les mesures médicales préliminaires correspondent aux activités qui sont exécutées exclusivement à des fins de don d'organes en vue d'une transplantation et servent donc uniquement à la préservation des organes. Elles ne sont pas utilisées pour le traitement du patient, ne présentent que des charges et risques minimaux pour le donneur. Il s'agit de ce qu'on appelle des mesures non invasives.

La détection d'un donneur possible peut avoir lieu, en principe, dans chaque service d'un hôpital. Un donneur possible est un patient présentant un pronostic défavorable, c'est-à-dire qu'une option thérapeutique serait désespérée ou inefficace. Une lésion cérébrale primaire ou un arrêt cardio-circulatoire persistant ainsi que l'arrêt de la fonction respiratoire entraîneront la mort de ce patient, qui ne doit présenter aucune contre-indication pour devenir un donneur possible.

⁴ ASSM : Académie Suisse des Sciences Médicales.

Le champ d'application des recommandations existantes s'étend à tous les services des hôpitaux suisses, mais plus particulièrement à toutes les unités de soins intensifs et à tous les services d'urgence en raison du taux d'incidence élevé dans ces services de patients présentant un pronostic sans issue.

2.0

Bases juridiques

2.1 Introduction

La loi sur la transplantation constitue la base juridique de la transplantation d'organes, de tissus et de cellules en Suisse. C'est dans cette loi que sont consignés les buts supérieurs de la transplantation et fixées les responsabilités respectives [1]. La loi fédérale sur la transplantation se base sur l'article 119a de la Constitution fédérale de la Confédération suisse et elle est complétée par des ordonnances d'exécution [1]. Cet article de la Constitution stipule que la Confédération édicte des dispositions dans le domaine de la transplantation d'organes, de tissus et de cellules, la priorité absolue étant donnée à la protection de la dignité humaine, de la personnalité et de la santé [1]. Elle entérine la gratuité du don d'organes, de tissus et de cellules humains et interdit le commerce d'organes. Une importance particulière est accordée à la répartition équitable des organes, tissus et cellules [1].

Loi fédérale sur la transplantation d'organes, de tissus et de cellules [1]

<https://www.admin.ch/opc/fr/classified-compilation/20010918/202001010000/810.21.pdf>



2.2 La loi sur la transplantation et les ordonnances d'exécution d'accompagnement

2.2.1 Buts supérieurs

Les buts supérieurs sont formulés comme suit dans la loi sur la transplantation:

1. Détermination des conditions dans lesquelles peuvent être utilisés des organes, des tissus ou des cellules à des fins de transplantation
2. Garantie que les organes, les tissus ou les cellules seront mis à disposition

- pour la transplantation
3. Protection de la dignité humaine, de la personnalité et de la santé
 4. Prévention des abus dans l'utilisation des organes et prévention du commerce d'organes et de tissus

Pour lutter plus efficacement contre le commerce d'organes, la Suisse a signé en 2016 l'accord international du Conseil de l'Europe contre le trafic d'organes humains (Convention contre le trafic d'organes). Le 19 juin 2020, le Parlement suisse a ratifié à l'unanimité la Convention ainsi que les modifications légales nécessaires à sa mise en œuvre. Le 21 octobre 2020, la Suisse a ratifié la Convention contre le trafic d'organes. Celle-ci est en vigueur en Suisse depuis le 1er février 2021.

Handbook For Parliamentarians. The Council of Europe Convention against Trafficking in Human Organs [2]

<http://www.assembly.coe.int/LifeRay/SOC/Pdf/DocsAndDecs/STCE216-Handbook-EN.pdf>



En sa qualité de Fondation nationale suisse pour le don et la transplantation d'organes, Swisstransplant est chargé par la Confédération de l'attribution des organes en bonne et due forme, ce qui sous-entend une répartition légale des organes, donc un système transparent et des critères d'attribution stricts. Swisstransplant soutient l'accord international, comme en témoigne une prise de position détaillée de la Fondation [3].

Prise de position de la Fondation Swisstransplant sur la ratification de la Convention du Conseil de l'Europe dans la loi fédérale sur la transplantation d'organes, de tissus et de cellules [3]

www.swisstransplant.org/fileadmin/user_upload/Organspende/Rechtliche_Grundlagen/Stellungnahme_Swisstransplant_Ratifikation_Organhandelskonvention_Feb_2018.pdf



Bien que la Suisse ait largement respecté les exigences de la Convention contre le trafic d'organes, sa ratification a entraîné certaines modifications de la loi sur la transplantation quant aux interdictions (art. 6 et 7) ainsi qu'aux infractions pénales (art. 69). La loi sur la transplantation prévoit désormais la notification de jugements pénaux (art. 71).

La loi sur la transplantation, qui fixe les buts supérieurs de la transplantation, crée ainsi des conditions-cadres dont sont déduites des responsabilités, qui sont déléguées aux cantons à des fins d'exécution. Comme **champ d'application**, la loi sur la transplantation définit toute utilisation d'organes, de tissus ou de cellules d'origine humaine ou animale ainsi que de produits issus de ceux-ci (transplants standardisés) destinés à être transplantés sur l'être humain. Au sens de cette loi, les organes sont toutes les parties du corps dont les cellules et les tissus forment un tout ayant une fonction particulière.

La loi rappelle le **devoir général de diligence** quant à l'utilisation des organes, des tissus, des cellules ou des transplants standardisés, qui concerne toutes les mesures requises selon l'état de la science et de la technique pour ne pas mettre en danger la santé de personnes. Les ordonnances d'exécution d'accompagnement de la loi sur la transplantation incluent entre autres :

– **L'ordonnance sur la transplantation :**

Elle régit l'utilisation d'organes, de tissus et de cellules d'origine humaine ainsi que le prélèvement sur des personnes décédées et vivantes. De plus, des tâches liées à l'organisation et à la coordination de la gestion du registre des cellules souches par l'OFSP sont déterminées.

<https://www.admin.ch/opc/fr/classified-compilation/20051806/201711150000/810.211.pdf>



– **L'ordonnance sur l'attribution d'organes :**

Elle comprend des dispositions relatives à l'inscription de patients sur la liste d'attente nationale ainsi que des dispositions générales et spécifiques aux organes, relatives aux critères et aux priorités d'attribution.

<https://www.admin.ch/opc/fr/classified-compilation/20051807/index.html>



– **L'ordonnance sur l'attribution d'organes du DFI⁵ :**

Elle regroupe les critères d'attribution détaillés des différents organes.

<https://www.admin.ch/opc/fr/classified-compilation/20062074/index.html>



2.2.2 Tâches des cantons

Les tâches des cantons et des personnes responsables de la coordination locale sont fixées dans la loi [1]. Les cantons doivent veiller à ce que les hôpitaux disposant d'une unité de soins intensifs définissent les processus énumérés ci-dessous et garantissent le déroulement des étapes 24 heures sur 24. Les cantons doivent également s'assurer que les hôpitaux disposant d'une unité de soins intensifs signalent la personne responsable de la coordination locale au service national des attributions.

Les processus définis pour les hôpitaux, et que doivent garantir les cantons, incluent les étapes suivantes :

1. Détection et prise en charge des donneurs possibles, annonce du donneur à la coordination locale
2. Constatation du décès
3. Informations de la part des proches et prise en charge des proches, y compris obtention du consentement pour le don d'organes

⁵DFI : Département fédéral de l'intérieur

La personne responsable de la coordination locale dans l'hôpital est dans l'obligation de garantir que les processus effectués dans l'hôpital concerné seront mis en œuvre et coordonnés correctement.

2.2.3 Tâches des hôpitaux

1. Détection des donneurs et prise en charge des donneurs possibles
2. Constatation du décès
3. Informations de la part des proches et prise en charge des proches, y compris obtention du consentement pour le don d'organes
4. Annonce du donneur au service national des attributions
5. Obtention d'informations auprès des banques de tissus et de cellules sur le donneur
6. Prélèvement des organes

La personne responsable de la coordination locale est également responsable de l'**assurance qualité et du contrôle de ces processus**. Elle travaille en collaboration avec le service national des attributions, les centres de transplantation ainsi qu'avec les banques de tissus et de cellules.

En Suisse, les « spécialistes du don d'organes et de tissus (FOGS-SDOT) » dans les hôpitaux occupent une fonction de coordinateurs dans le cadre du don d'organes et de tissus. Les FOGS-SDOT travaillent dans les unités de soins intensifs, mais aussi en dehors, dans d'autres services de l'hôpital. Ils sont coresponsables du processus du don d'organes en bonne et due forme dans les hôpitaux. Les FOGS-SDOT sont soutenus sur place par les réseaux locaux qui les aident à réaliser leurs nombreuses tâches. Il existe cinq réseaux suisses : [Programme Latin du Don d'Organes \(PLDO\)](#), [Suisse Centre \(CHM\)](#), [Lucerne \(LU\)](#), [Donor Care Association \(DCA\)](#) et [Netzwerk Organspende Ostschweiz \(NOO\)](#) (voir III. 1). Les réseaux de dons d'organes agissent selon les prescriptions fédérales légales et cantonales. Les tâches des réseaux de dons d'organes dans le contexte du don d'organes seront énumérées ci-dessous.

2.2.4 Tâches des réseaux de dons d'organes

1. Détection des donneurs et prise en charge des donneurs possibles
2. Prise en charge des familles et des proches
3. Saisie des prestations, vérification des données, réalisation de contrôles de qualité
4. Formation et formation continue des spécialistes
5. Répartition des tâches entre l'hôpital central et les hôpitaux périphériques
6. Utilisation optimale des ressources

Le comité de direction de ces cinq réseaux de dons d'organes au niveau national est le [Comité National du don d'organes \(CNDO\)](#), qui garantit le don d'organes et de tissus dans toute la Suisse. Le CNDO se charge de la fonction de coordination du don d'organes et de tissus en Suisse et implémente la stratégie du Don d'organes en Suisse. Les cinq réseaux de dons d'organes et le CNDO appliquent les prescriptions de leurs parties prenantes au niveau national sous la direction générale nationale de Swisstransplant et veillent à ce que le don d'organes et de tissus soit développé de façon coordonnée et systématique. Cette structure organisationnelle doit permettre de prendre en compte aussi bien les aspects régionaux que nationaux.

Illustration 1 : Réseaux de dons d'organes en Suisse



PLDO – 16 hôpitaux

Programme Latin de Don d'Organes

Responsable de réseau

Dr Marco Rusca

Cantons: FR, GE, JU, NE, TI, VD, VS

Hôpitaux de prélèvement

- Centre Hospitalier du Valais Romand (CHVR) (Spital Sitten)
- Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV)
- Ente Ospedaliero Cantonale (EOC) (Standort Lugano)
- HFR Freiburg – Kantonsspital
- Hôpitaux universitaires de Genève (HUG)
- Réseau hospitalier neuchâtelois (RHNe) (Standort Pourtalès)

DCA – 23 hôpitaux

Donor Care Association

Codirection du réseau

PD Dr Matthias Hilty /

Dr Anisa Hana

Cantons: GL, GR, SH, SZ, TG, ZG, ZH

Hôpitaux de prélèvement

- Hôpital cantonal des Grisons (KSGR)
- (médecine pour enfantset jeunes comprise)
- Hôpital cantonal de Winterthour (KSW)
- Hôpital universitaire de Zurich (USZ)

CHM – 21 hôpitaux

Réseaux de don d'organes Suisse Centre

Responsable de réseau

Dr Sabine Camenisch

Cantons: AG, BE, BL, BS, SO, VS

Hôpitaux de prélèvement

- Hôpital cantonal d'Aarau (KSA)
- Hôpital universitaire pédiatrique-des deux Bâle (UKBB)
- Hôpital universitaire de Bâle (USB)
- Hôpital universitaire de Berne (Inselspital) (cliniques pédiatriques comprises)

NOO – 5 hôpitaux

Netzwerk Organspende Ostschweiz

Responsable de réseau

Dr Edith Fässler

Cantons: AI, AR, SG

Hôpital de prélèvement

- Hôpital cantonal de Saint-Gall (KSSG)

Lucerne – 8 hôpitaux

Responsable de réseau

Dr Christian Brunner

Cantons: LU, NW, OW, UR

Hôpital de prélèvement

- Hôpital cantonal de Lucerne (LUKS) (hôpital pédiatrique de Lucerne compris)

En tant qu'organisation nationale, Swisstransplant est chargé depuis 2009 par la CDS (Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé) d'établir des standards nationaux dans le domaine du don d'organes et de tissus. L'objectif est de profiter des synergies au niveau de la formation et de la formation continue et d'harmoniser les mesures de communication. Au niveau des réseaux, il est du ressort des cinq responsables des réseaux et de la formation d'assurer l'application des décisions communes et des mesures décidées au niveau national dans les réseaux respectifs, hôpitaux rattachés inclus. Le CNDO et Swisstransplant utilisent différents instruments professionnels pour mettre en œuvre les objectifs mentionnés ci-dessus.

- « **Swiss Donation Pathway** » :
Ce guide comprend les directives nécessaires au processus du don d'organes et a été conçu comme standard national pour les hôpitaux suisses. Il fait régulièrement l'objet de révisions.
- « **Blended Learning** » :
Ce portail de formation en ligne standardisé et homogène pour toute la Suisse se base sur les directives définies au niveau national dans le Swiss Donation Pathway. Son objectif est de détecter les donneurs et de réaliser un processus du don d'organes selon des standards de qualité déterminés.
- « **Swiss Monitoring of Potential Donors** » (« **SwissPOD** ») :
Base de données développée selon les directives de la loi sur la transplantation pour permettre d'identifier les donneurs d'organes et de tissus dans les hôpitaux et suivre le processus du don, dans le but d'optimiser la qualité de ce processus. Tous les semestres, Swisstransplant publie les données du [SwissPOD Reporting](#) (comparaisons des réseaux/centres de transplantation) sur le site Internet de Swisstransplant. Ces données sont disponibles sous forme de fichier PDF et peuvent être appelées via le lien suivant : <https://www.swisstransplant.org/fr/info-materiel/statistiques/swisspod-reporting/>
- « **Critical Incident Reporting System** » (« **CIRS** ») :
Système de compte rendu permettant de signaler les événements critiques dans le processus du don d'organes. Son objectif est un apprentissage mutuel et une optimisation du processus.



2.3 Conditions légales pour le prélèvement d'organes

Les conditions pour un prélèvement d'organes, de tissus et de cellules chez un défunt sont définies dans la loi sur la transplantation [1]. Principales dispositions :

- Les organes, tissus ou cellules d'une personne décédée ne peuvent être prélevés que s'il existe un consentement et après constatation du décès
- Si la volonté d'un défunt n'est pas connue, ses proches peuvent décider dans son sens
- La question d'un prélèvement d'organes ne peut être posée aux proches que lorsque la décision a été prise d'arrêter le maintien des mesures thérapeutiques vitales

- Si la volonté du défunt n'est pas connue, s'il n'existe pas de proches ou qu'ils ne sont pas joignables, il est interdit de prélever des organes, des tissus ou des cellules sur le défunt
- La volonté du défunt a priorité sur la volonté de ses proches
- Les proches ne recevront aucune information sur l'attribution des organes

Le **modèle du consentement au sens large** est en vigueur en Suisse. En d'autres termes, les proches ou les personnes de confiance seront impliqués dans la recherche d'une décision sur le prélèvement d'organes, de tissus ou des cellules sur un défunt. Conformément à l'ordonnance sur la transplantation, les proches sont (OTx art. 5 al. 2) :

- Épouse/époux, partenaire enregistré(e), partenaire de vie
- Enfants, parents, frères et sœurs
- Grands-parents et petits-enfants
- Autres personnes proches du défunt

En l'absence de consentement ou de refus documentés, il est impératif de demander à au moins une personne du cercle des proches si elle a entendu parler du consentement du défunt au don d'organes ou si elle connaît des personnes qui pourraient attester de ce consentement. D'autres détails sur la décision des proches et sur les personnes de confiance sont mentionnés dans l'ordonnance sur la transplantation [4].

Ordonnance sur la transplantation d'organes, de tissus et de cellules d'origine humaine (ordonnance sur la transplantation) [4]

<https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/20051806/201711150000/810.211.pdf>



2.4 Constatation du décès

2.4.1 Causes de la mort cérébrale

Les pathologies suivantes peuvent entraîner la **mort cérébrale** (incidences dans l'ordre décroissant) :

- Accident vasculaire cérébral (infarctus hémorragique ou infarctus ischémique)
- Lésion cérébrale anoxique
- Traumatisme cranio-cérébral
- Autres maladies cérébrales (p. ex. : infections, intoxications)

La mort cérébrale est la perte irrémédiable de toutes les fonctions du cerveau, y compris celles du tronc cérébral (« full brain death concept »).

2.4.2 Conditions pour le diagnostic de la mort

Dans le chapitre 2, section 2 de l'ordonnance sur la transplantation, le législateur se réfère, dans le cadre de la constatation du décès, aux directives médico-éthiques de l'Académie Suisse des Sciences Médicales (ASSM) sur le « Diagnostic de la mort en vue de la transplantation d'organes et préparation du prélèvement d'organes » (version du 16 mai 2017) [5]. Le législateur ne soumet pas ainsi la définition du décès à l'état de la science, mais détermine la façon dont elle doit être constatée selon les règles de l'art médical.

Directives médico-éthiques ASSM : Diagnostic de la mort en vue de la transplantation d'organes et préparation du prélèvement d'organes
https://www.samw.ch/dam/jcr:4a69851d-bd05-49b3-a209-3ce28d66372e/richtlinien_samw_feststellung_tod_organentnahme.pdf



Ces directives consignent comme suit les conditions pour le diagnostic de la mort.

La mort peut être due aux causes suivantes :

1. Une lésion cérébrale **primaire** qui en cas de **défaillance irréversible** du cerveau y compris du tronc cérébral (mort consécutive à une lésion cérébrale primaire mène à la mort ; [Donation after Brain Death, DBD = donneur en état de mort cérébrale](#)).
2. Un **arrêt circulatoire persistant** qui interrompt la circulation sanguine suffisamment longtemps pour provoquer une **défaillance irréversible** du cerveau y compris du tronc cérébral et donc la mort (mort après un arrêt circulatoire persistant ; [Donation after Cardiocirculatory Death, DCD = donneur en état de mort cérébrale après arrêt cardio-circulatoire](#)).

Le scénario du don d'organes possible englobe surtout des patients atteints de très graves lésions cérébrales ainsi que des patients dépendants d'une assistance massive des organes vitaux, et dont l'arrêt doit entraîner la survenue rapide de la mort.

La **réalisation du diagnostic formel de mort cérébrale** dépend des conditions qui sont représentées dans les directives de l'ASSM [5].

D'un point de vue clinique, la condition requise pour la constatation de la mort est une lésion cérébrale irréversible de cause connue ou une lésion secondaire d'autres organes dont la défaillance mène à la mort. Il s'agit donc tout d'abord d'**exclure** tous les états qui empêchent de procéder à un diagnostic correct de la mort cérébrale [5]. L'équipe de traitement doit éventuellement clarifier des diagnostics différentiels car ils affectent l'évaluation des fonctions du cortex et/ou du tronc cérébral. Certains de ces tableaux cliniques peuvent tout d'abord simuler la mort.

Les conditions cliniques suivantes doivent être remplies avant le diagnostic de la mort cérébrale [5].

- Coma dû à des causes connues
- Température corporelle supérieure à 35 °C
- Aucun état de choc
- Aucun effet de médicaments neurodépressifs
- Aucun effet de myorelaxants
- Aucun effet de médicaments anticholinergiques
- Aucun métabolisme perturbé
- Exclusion de polyradiculonévrite (p. ex., syndrome de Guillain-Barré)

Pour d'autres détails, vous pouvez consulter la référence correspondante qui comprend aussi un **checklist des signes cliniques de la mort** et informe sur les **examens techniques supplémentaires** [5]. Les directives de l'ASSM tiennent compte des donneurs DBD et DCD et englobent des protocoles sur le diagnostic de la mort cérébrale, disponibles comme fichier PDF à télécharger sur le site Internet de l'ASSM (<https://www.samw.ch/fr/Publications/Directives.html>).

- a. Mort suite à des lésions cérébrales primaires : adultes et enfants de plus d'un an
- b. Mort après arrêt cardio-circulatoire : adultes, enfants et nourrissons

Il existe en outre d'importantes conditions **professionnelles** et **structurelles**. L'indépendance des médecins impliqués est une condition sine qua non. En d'autres termes, ils ne doivent participer ni au prélèvement des organes, ni à la transplantation. De plus, ils ne peuvent pas recevoir de directives d'un médecin spécialisé qui serait directement impliqué dans le prélèvement ou la transplantation. Il est également essentiel que le personnel hospitalier en charge de la personne mourante et que les médecins réalisant la constatation du décès ne soient pas mis sous la pression du temps ou influencés d'une façon ou d'une autre [5]. Il est impératif que le jugement clinique soit réalisé par des médecins spécialistes bénéficiant d'une formation postgraduée dans le domaine du diagnostic de la mort cérébrale et d'une expérience suffisante attestée.

Pour établir le diagnostic de la mort cérébrale d'un adulte, une formation postgraduée en **neurologie** ou en **médecine intensive** est obligatoire ; lorsqu'il s'agit d'un enfant, une formation postgraduée en **médecine intensive pédiatrique** ou en **neuropédiatrie**.

Si les conditions professionnelles et structurelles ne sont pas réunies dans un hôpital pour réaliser un diagnostic formel correct de la mort cérébrale, un donneur potentiel doit être transféré dans un hôpital central ou l'hôpital central doit mettre des experts à disposition [5]. En cas de transfert dans un hôpital de prélèvement, le diagnostic de la mort cérébrale doit impérativement être recommencé ou effectué conformément à la décision du CNDO et de Swisstransplant.

2.4.3 Diagnostic clinique de la mort

a. Mort suite à des lésions cérébrales primaires

Le diagnostic de la mort est établi après un examen clinique qui doit prouver les **sept** signes cliniques suivants de façon **cumulative** et doit être réalisé par deux médecins spécialistes selon le principe « des quatre yeux » :

1. État comateux (état d'inconscience aréactif)
2. Pupilles moyennement dilatées ou en mydriase bilatérale, sans réaction à la lumière
3. Absence de réflexes vestibulo-oculaires (RVO)
4. Absence de réflexes cornéens
5. Absence de réactions cérébrales aux stimuli douloureux
6. Absence de réflexes aux stimuli de la trachée et du pharynx
7. Absence d'activité respiratoire spontanée (test d'apnée)

b. Mort après arrêt cardio-circulatoire persistant

Par définition, la mort après arrêt cardio-circulatoire persistant est due à une défaillance irréversible des fonctions du cerveau et du tronc cérébral. La mort survient suite à l'arrêt persistant de l'irrigation du cerveau. Selon les directives de l'ASSM, après constatation de l'arrêt cardio-circulatoire (absence d'activité cardiaque) confirmé par l'échographie transthoracique (vue des 4 cavités, en position sous-xiphoïdienne) ou par l'échographie transoesophagienne et après un temps d'observation d'au moins cinq minutes sans mesures de réanimation, les **signes cliniques** suivants doivent **tous** être présents [5] :

1. État comateux (état d'inconscience aréactif)
2. Pupilles moyennement dilatées ou en mydriase bilatérale, sans réaction à la lumière
3. Absence de réflexes vestibulo-oculaires (RVO)
4. Absence de réflexes cornéens
5. Absence de réactions cérébrales aux stimuli douloureux
6. Absence de réflexes aux stimuli de la trachée et du pharynx

Le test d'apnée comme signe de l'absence de respiration spontanée est ici **superflu**, car le délai d'attente de cinq minutes sans assistance respiratoire en l'absence de respiration spontanée est une preuve suffisante d'absence d'activité des centres respiratoires [5].

Le **moment du décès chez l'adulte** correspond au moment où se termine l'examen clinique.

Si un examen supplémentaire est nécessaire après la constatation clinique du décès, le moment du décès correspond au moment où se termine cet examen.

Pour les **nourrissons**, c'est-à-dire les enfants de plus de 28 jours et de moins d'un an, ou pour les prématurés dont l'âge post menstruel est de plus de 44 semaines, le diagnostic de la mort cérébrale est établi par deux examens cliniques avec un intervalle d'observation de 24 heures. Pour les nourrissons, le moment du décès correspond au moment où se termine le second examen clinique. Si la mort cérébrale est constatée suite à un examen supplémentaire, le moment du décès correspond au moment où se termine cet examen technique supplémentaire.

En raison de la loi sur la transplantation en Suisse, le prélèvement d'organes en vue d'une transplantation n'est pas effectué chez les **nouveau-nés**.

2.5 Mesures médicales préliminaires

Le thème des mesures médicales préliminaires est traité en détail dans la loi sur la transplantation, dans la directive de l'ASSM et dans le document de référence du CND0 « Mesures médicales prélimi ».

Le champ d'application des directives est défini comme suit dans le document de l'ASSM. Ces directives s'adressent aux médecins et au personnel médical spécialisé qui prennent en

charge des patients pouvant devenir des donneurs post-mortem. Elles concernent exclusivement les conditions et les clarifications indispensables en vue d'un prélèvement d'organes [5].

Directives médico-éthiques ASSM : Diagnostic de la mort en vue de la transplantation d'organes et préparation du prélèvement d'organes [5].
https://www.samw.ch/dam/jcr:4a69851d-bd05-49b3-a209-3ce28d66372e/richtlinien_samw_feststellung_tod_organentnahme.pdf



Les mesures médicales préliminaires correspondent aux activités qui sont exécutées exclusivement à des fins de don d'organes en vue d'une transplantation. Elles servent donc uniquement à la préservation des organes, des tissus et des cellules et ne sont pas utilisées pour le traitement du patient. Elles ne doivent présenter que des charges et risques minimaux pour le donneur. Il s'agit par exemple de la typisation du sang, d'exams de la fonction des organes (bronchoscopie, échographie, coronarographie) ou de mesures d'optimisation de la fonction des organes (stabilisation cardio-vasculaire, optimisation de la respiration).

Ne font pas partie des mesures médicales préliminaires, les mesures de médecine intensive palliatives telles que l'analgo-sédation palliative ou l'extubation terminale.

Il est important de différencier les mesures médicales préliminaires prises **avant** et **après** la constatation du décès.

2.5.1 Mesures médicales préliminaires avant la constatation du décès

Exemples de mesures médicales préliminaires prises **avant** le décès : poursuite des thérapies déjà entamées (poursuite de la respiration artificielle, administration de médicaments et de solutions en vue de maintenir la fonction circulatoire), analyses en laboratoire destinées à orienter le traitement ainsi que substitutions hormonales visant au maintien du « milieu interne ». La poursuite des thérapies déjà entamées est possible et **n'est pas** considérée comme mesure médicale préliminaire tant qu'elle vise d'autres objectifs que le prélèvement d'organes (p. ex. prise de congé par les proches, soins palliatifs).

La directive de l'ASSM fait également état d'une **liste négative** [5] qui énumère les mesures préliminaires suivantes **non autorisées avant** constatation du décès (liste exhaustive) :

- Canulation de l'artère inguinale (p. ex. avec une sonde de Gillot)
- pour l'administration de liquide froid
- Pratique d'une réanimation mécanique

Ces mesures **ne sont pas** autorisées si elles accélèrent la mort ou entraînent un état végétatif durable. Les mesures médicales préliminaires doivent être prises uniquement **avec le consentement du patient** (carte de donneur, directives anticipées, carte de donneur sur smartphone etc.). **En l'absence** de volonté consignée par écrit, les proches doivent aider le personnel médical à connaître la volonté du patient et à se décider dans son sens, comme nous l'avons déjà expliqué. En l'absence de prise de position du patient, les mesures déjà entamées peuvent être poursuivies jusqu'à ce que les proches puissent être joints. Si les

proches ne peuvent être joints ou ne peuvent être joints à temps, **aucune** autre mesure médicale préliminaire pour le don d'organes ne peut être prise, **un don d'organes est exclu**. L'équipe de traitement médicale doit respecter la décision du patient en faveur ou contre le don, ainsi que la décision de ses proches.

2.5.2 Mesures médicales préliminaires après la constatation du décès

Après avoir constaté la mort du patient, les médecins sont autorisés à prendre des mesures nécessaires au maintien de la perfusion des organes (massage cardiaque, pose de canules fémorales, oxygénation par membrane extracorporelle (ECMO)). Comme ces mesures ne peuvent pas nuire au défunt (la personne étant déjà morte), elles peuvent être réalisées jusqu'à l'obtention du consentement ou du refus des proches, comme nous l'avons expliqué ci-dessus en détail.

Les mesures médicales préliminaires ne peuvent être réalisées après la mort du patient que **pendant 72 heures au maximum** [5].

- En cas de **mort non naturelle** ou **obscure**, les autorités juridiques doivent être informées, conformément aux procédures en vigueur dans les cantons, afin qu'il soit possible
- d'obtenir l'autorisation d'un prélèvement d'organes.

2.5.3 Circonstances particulières en cas de décès après arrêt cardio-circulatoire

Les prélèvements d'organes en cas de décès après arrêt cardio-circulatoire sont répartis selon la classification de [Maastricht](#) en fonction du type de l'arrêt cardio-circulatoire [6].

Classification de Maastricht [6]

Catégorie I : décès déjà survenu lors de l'arrivée à l'hôpital

Catégorie II : décès après échec de la réanimation

Catégorie III : décès après interruption des mesures thérapeutiques vitales

Catégorie IV : arrêt cardio-circulatoire suite à un décès dû à une lésion cérébrale primaire

Catégorie V : arrêt cardio-circulatoire inattendu chez un patient gravement malade

Les catégories de [Maastricht](#) I, II et IV correspondent à des dons d'organes après un arrêt cardio-circulatoire inattendu ou non contrôlé (uDCD ; u : uncontrolled). S'il s'agit de la catégorie III (cDCD ; c : controlled/contrôlé), le don d'organes est réalisé après changement d'objectif thérapeutique planifié vers des soins palliatifs. Les lignes suivantes se concentrent sur la catégorie cDCD, pratiquée aussi en Suisse. La fonction circulatoire de ces patients est préservée, le cas échéant grâce à une assistance mécanique, tant que le maintien des mesures thérapeutiques vitales est poursuivi. Comme le moment du changement thérapeutique peut être planifié, les mesures médicales préliminaires peuvent être mises en œuvre s'il existe un consentement au don d'organes et aux mesures médicales préliminaires. Pour plus de détails, voir le module consacré au don DCD.

2.6 Coûts du processus du don d'organes

Le processus du don d'organes génère différents coûts destinés, entre autres, au travail des FOGS-SDOT dans les hôpitaux des réseaux, à la prise en charge des proches des donneurs et à la coordination des transports des chirurgiens préleveurs. L'évaluation des donneurs et les mesures médicales devant être effectuées sur les donneurs avant le prélèvement d'organes sont remboursées par l'assurance de base du receveur. Sur mandat de la Fédération suisse pour tâches communes des assureurs-maladie (SVK), Swisstransplant est chargé de rembourser aux partenaires concernés dans les hôpitaux les frais du processus du don d'organes qui ne sont pas couverts par les forfaits par cas de SwissDRG (Swiss Diagnosis Related Groups) versés au receveur. En 2015, Swisstransplant a été en outre chargé par l'Association des hôpitaux de Suisse (H+) et la SVK de garantir, pour toute la Suisse, le financement dédié des FOGS-SDOT au niveau des hôpitaux. Swisstransplant a ici le devoir fiduciaire d'assurer la transparence et le suivi de l'attribution de ces moyens aux FOGS-SDOT. Depuis le 1^{er} juillet 2016, le financement dédié des ressources humaines prescrites par la loi peut ainsi être garanti dans les hôpitaux. En 2020, CHF 3,5 millions pour des ressources humaines seront donc attribués aux réseaux par secteur géographique afin d'assurer le financement dédié des FOGS-SDOT. Ces spécialistes assurent la formation et la formation continue dans leurs hôpitaux respectifs dans l'objectif d'établir des standards nationaux et les processus nécessaires.

3.0

Détection des donneurs

3.1 Introduction

Comme nous l'avons détaillé auparavant, la loi fédérale sur la transplantation d'organes fixe les buts supérieurs de la transplantation ainsi que des conditions-cadres dont sont déduites des responsabilités, qui sont déléguées aux cantons à des fins d'exécution. La détection des donneurs fait partie de ces tâches. Les tâches des différentes parties prenantes de ce processus, à savoir réseaux de dons d'organes et leurs responsables, hôpitaux et coordination locale en Suisse, ont également été décrites auparavant en détail.

Si l'on part des données suisses, il semble justifié de souligner dans ce contexte qu'il a été prouvé à l'échelle mondiale que les pays enregistrant les taux de transplantation les plus élevés, et donc ayant le meilleur accès aux patients en vue d'une transplantation, étaient les pays disposant de programmes bien établis de détection des donneurs [7]. D'après le rapport international 2017 sur l'activité du don d'organes et de la transplantation dans le monde réalisé par l'Observatoire mondial du don et de la transplantation (GODT), l'Espagne venait en tête en termes de dons post-mortem avec un nombre absolu de 2183 donneurs/an, donc 46,9 donneurs/1 million d'habitants. La Suisse enregistrait dans le même temps un nombre absolu de 145/an, donc 17,1 donneurs/1 million d'habitants [8]. La Suisse comptait en 2019 157 donneurs post-mortem [9]. Les chiffres trimestriels et annuels actuels pour la Suisse peuvent être consultés sur le site Internet de Swisstransplant.

<https://www.swisstransplant.org/fr/info-materiel/statistiques/chiffres-annuels/>.

À l'échelle mondiale, les donneurs DBD représentent la plus grande part des donneurs post mortem. Les informations actuelles sur l'activité de transplantation dans le monde peuvent être consultées sur le site Internet de GODT [8].

Global Observatory on Donation and Transplantation [8]

<http://www.transplant-observatory.org/>



D'après le rapport annuel de GODT, près de 8000 donneurs DCD ont été enregistrés en 2017 dans 25 pays, l'Espagne comptant un nombre absolu de 573 donneurs DCD (12,3/1 million d'habitants) par rapport à 39 donneurs DCD (4,6/1 million d'habitants) en Suisse. En 2019, 57 donneurs DCD (6,7/1 million d'habitants) ont été enregistrés en Suisse, donc une part de 36,3% sur le nombre total de donneurs post mortem en Suisse en 2019 [9].

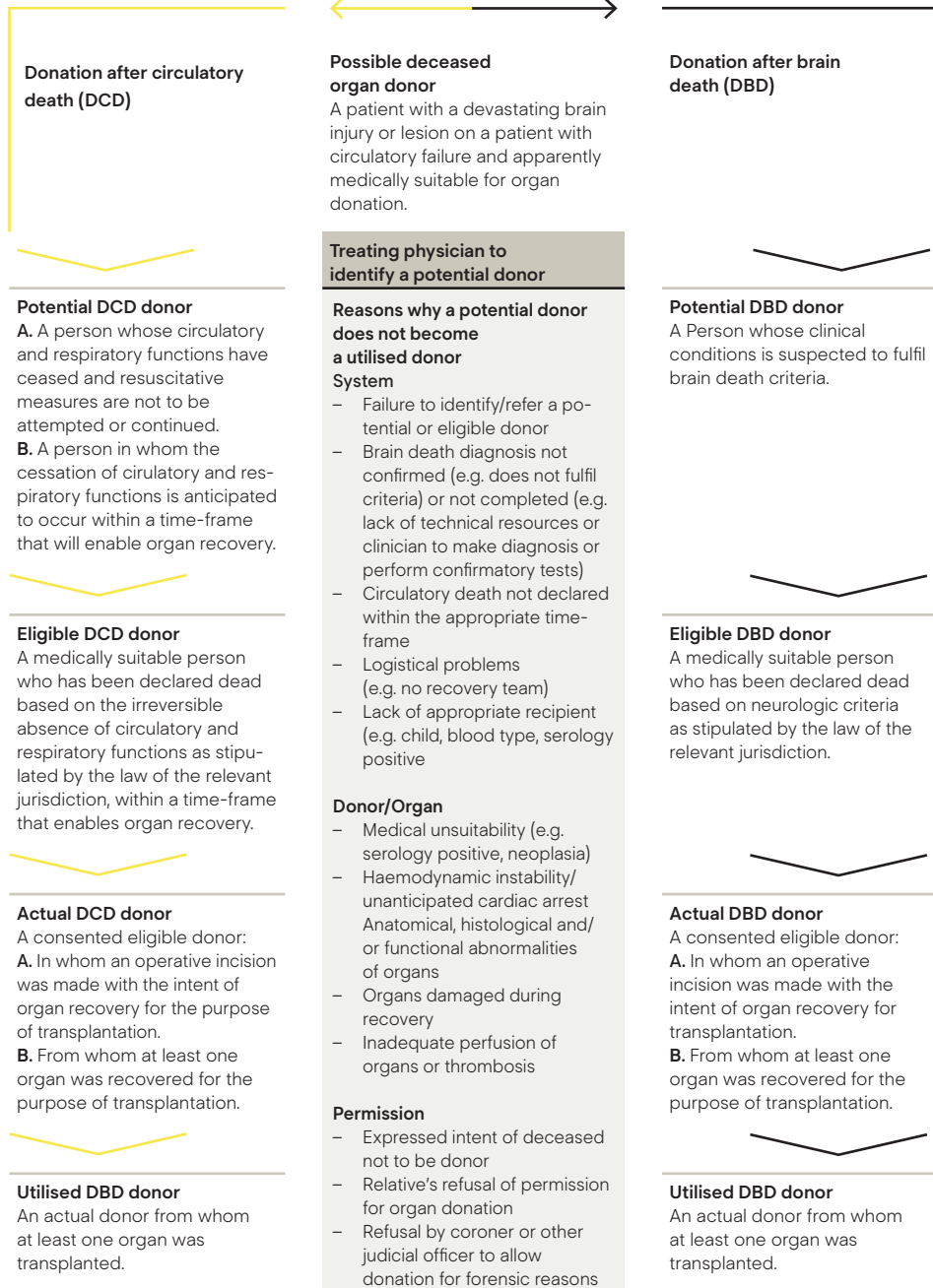
Le taux de dons d'organes, exprimé en nombre de donneurs par million d'habitant (EN : par million population, pmp) est une donnée statistique largement et beaucoup utilisée pour comparer l'activité de dons d'organes des pays. Ce taux est en effet facile à calculer à partir de tous les chiffres mis publiquement à disposition. Il est cependant important de noter que le taux de dons représente plutôt l'activité de don d'organes ou le volume de dons d'un programme de dons que son efficacité ou sa performance [10]. Le taux de dons néglige le potentiel des dons post mortem, qui devrait être inclus pour évaluer la performance d'un programme de dons d'organes. Dans ce contexte, Julius Weiss, et al. de Swisstransplant ont publié des données rétrospectives sur le don post mortem de 27 États européens et des États-Unis, ce rapport utilisant le « Donor Conversion Index » (DCI) pour comparer l'activité par rapport à l'efficacité de programmes de dons nationaux [10]. Le DCI montre le nombre de donneurs post mortem réels (donneur sur lequel au moins un organe a été prélevé à des fins de transplantation) sur 100 décès causés par des lésions cérébrales à l'issue potentiellement fatale, associées à la mort cérébrale [10]. Les auteurs sont partis de ces analyses pour conclure que le DCI était une mesure plus précise que le taux de dons d'organes pour évaluer la performance d'un programme de dons d'organes. Pour améliorer leurs performances, les programmes nationaux de dons d'organes devraient identifier les domaines où les donneurs possibles ne sont pas suffisamment bien détectés dans le pays concerné [10].

3.2 Détection des donneurs possibles

La détection d'un donneur possible peut avoir lieu, en principe, dans **chaque service d'un hôpital**, p. ex. service d'urgence, services de médecine interne, neurologie, neurochirurgie, pédiatrie etc. Le champ d'application des recommandations existantes s'étend cependant plus particulièrement à **toutes les unités de soins intensifs et à tous les services d'urgence** en raison du taux d'incidence élevé de leurs patients présentant un pronostic sans issue.

Un donneur possible est un patient présentant un pronostic défavorable, c'est-à-dire qu'une option thérapeutique serait désespérée ou inefficace. Une lésion cérébrale primaire ou un arrêt

Illustration 2 : Guide WHO sur le don post mortem, adapté selon [7].



cardio-circulatoire persistant ainsi que l'arrêt de la fonction respiratoire entraîneront la mort de ce patient, qui ne doit présenter **aucune contre-indication** pour devenir un donneur possible.

Il est de la responsabilité de l'équipe de traitement de détecter les donneurs possibles et d'organiser leur transfert dans l'unité de soins intensifs. Un suivi intensif et professionnel est indispensable pour permettre éventuellement un don d'organes et de tissus ou connaître la volonté du patient.

Les FOGS-SDOT doivent veiller, dans leurs hôpitaux respectifs, à ce que l'équipe de traitement connaisse les processus de détection des donneurs et leur offrir le soutien correspondant, comme nous l'avons évoqué plus haut.

Le guide de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) relatif au don post mortem (« WHO Critical Pathway for Deceased Donation ») a été reconnu dans la pratique journalière comme un instrument adéquat pour la détection des donneurs. L'avantage de ce guide est d'utiliser des termes et des descriptions de processus homogènes englobant aussi bien le don DBD que le don DCD (voir III. 2) [7].

3.2.1 Critères de détection des donneurs DBD possibles

Un donneur DBD possible est un patient qui présente une lésion cérébrale irréversible et peut donc devenir donneur. Les principaux critères de détection d'un donneur DBD sont les suivants :

- Pronostic défavorable avec thérapie désespérée ou inefficace
- Lésion cérébrale irréversible et coma profond, dont les causes sont connues
- Preuves cliniques ou radiologiques que le patient est en état de mort cérébrale ou que la mort cérébrale surviendra dans les 48 heures après consentement au don d'organes
- **Aucune** contre-indication pour un don d'organes

Si la mort cérébrale ne survient pas chez un donneur DBD possible dans les 48 heures après le consentement au don, il devient alors un donneur DCD possible.

3.2.2 Critères de détection des donneurs DCD possibles

Un donneur DCD possible de la **catégorie III de Maastricht** est un patient pour lequel a été décidé un changement thérapeutique vers des soins palliatifs. La durée probable de la phase terminale de ce patient a été estimée à 120 minutes après l'arrêt du maintien des mesures thérapeutiques (extubation incluse), ce qui rend possible un don DCD (voir III. 3 et III. 4). Une interruption du processus du don d'organes DCD peut avoir lieu si, plus de 60 minutes après l'arrêt du maintien des mesures thérapeutiques vitales (extubation incluse) aucun des trois critères suivants n'est au-dessous de ces seuils : valeur pH < 7,2 ; TA systolique < 70 mmHg ; saturation pulsée en oxygène mesurée (SpO₂) < 70%. La décision est de la responsabilité du médecin intensiviste traitant.

Le terme de « don DCD » sera utilisé par la suite pour un don DCD de **catégorie III de Maastricht**. En principe, un don de **catégorie II de Maastricht** (après échec de la réanimation) est également possible, mais il ne sera pas abordé dans ce module. Le don DCD n'est donc pas limité aux patients présentant de graves lésions cérébrales irréversibles, mais aussi aux malades en phase terminale atteints p. ex. de maladies respiratoires ou cardio-vasculaires avec pronostic défavorable sans options thérapeutiques.

Les principaux critères de **détection d'un donneur DCD** sont les suivants :

- Pronostic défavorable
- Changement thérapeutique décidé vers des soins palliatifs
- Durée probable de la phase terminale élevée (l'arrêt cardio-circulatoire est attendu dans les 120 minutes après arrêt du traitement)
- **Aucune** contre-indication pour un don d'organes

Article de synthèse : Donation after circulatory death [11]
<https://academic.oup.com/bjaed/article/11/3/82/257079>



Illustration 3 : Schéma des étapes de processus DCD.

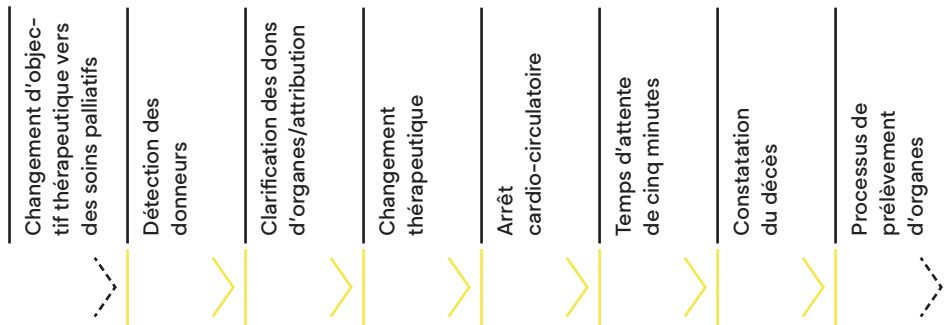
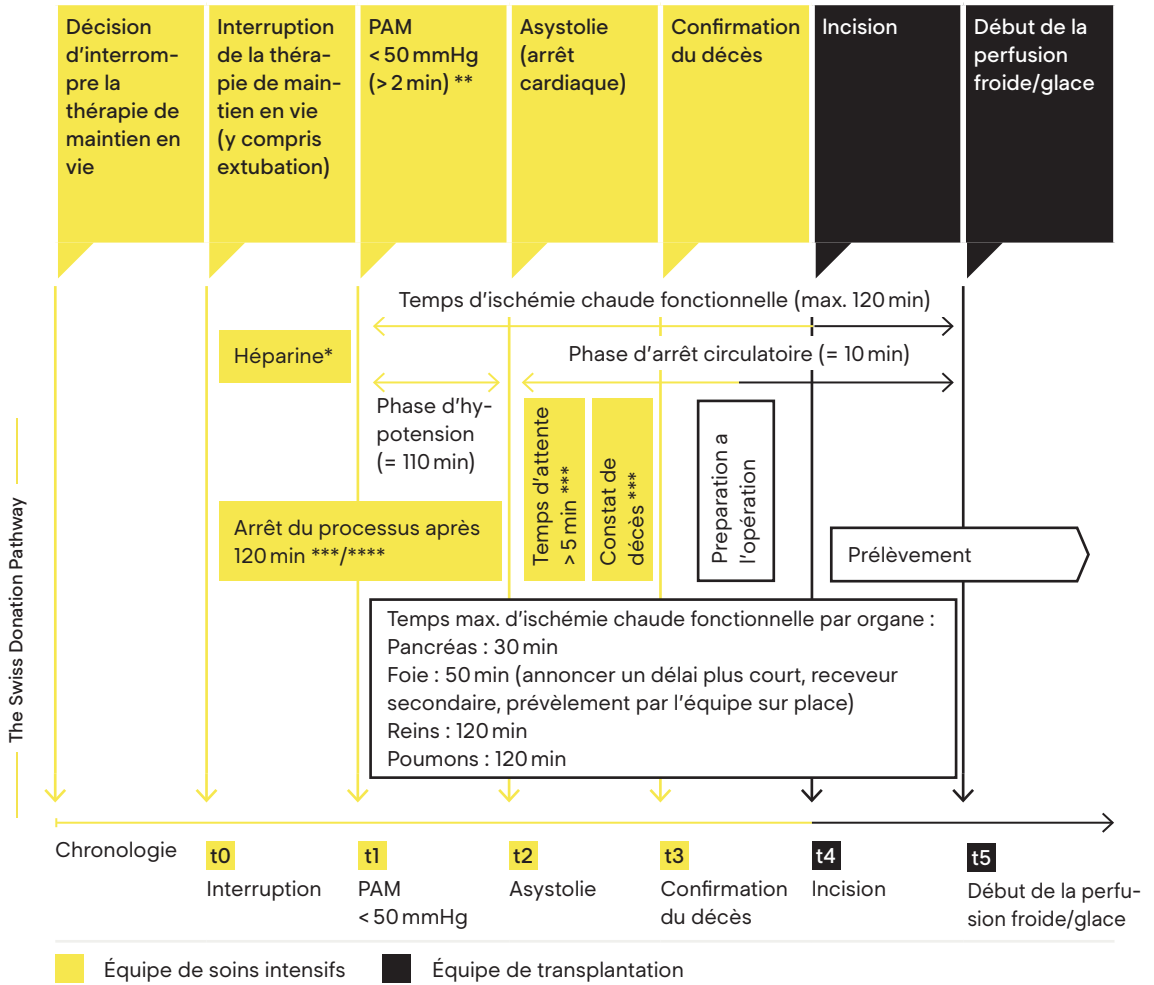


Illustration 4 : Schéma DCD : prélèvement rapide (PR).



* **Administration d'héparine** à t0 (300 IE/kg i/v). En cas de faible probabilité de mortalité et/ou en cas de risque accru d'hémorragie, le médecin de l'USI peut décider d'administrer l'héparine plus tard. La dose ne doit cependant pas être injectée après t1 (PAM < 50 mmHg).

** **PAM < 50 mmHg (selon l'âge)** : Les valeurs suivantes doivent être utilisées selon la catégorie d'âge : 0 à 1 an : < 35 mmHg ; 1 à 3 ans : < 40 mmHg ; 3 à 5 ans : < 45 mmHg ; 5 ans et plus : < 50 mmHg (pendant minimum 2 minutes).

*** **Académie Suisse des Sciences Médicales (ASSM)**

**** Un arrêt prématuré peut se faire si après > 60 minutes à partir de t0 documenté aucun des 3 critères n'est contredit: pH < 7,2; BD syst < 70 mmHg; SpO₂ < 70 %

3.2.3 Contre-indications pour un don d'organes

Contre-indications pour un don d'organes :

- Nouveau-nés de moins de 28 jours ou dont l'âge post menstruel est de moins de 44 semaines
- Infections systémiques **réfractaires à la thérapie**
- Certaines maladies dégénératives du système nerveux central (SNC), p. ex. la rage, les maladies à prions etc.

Une approche **très différenciée** est nécessaire aujourd'hui en ce qui concerne les **tumeurs malignes**. En principe, les tumeurs malignes peuvent certes être transmises à un receveur sous immunosuppresseurs par des donneurs ayant une maladie tumorale connue ou inconnue, mais ce risque est minime si les donneurs ont été sélectionnés minutieusement (uniquement env. 0,05 % des receveurs développent une tumeur transmise par un donneur) [7]. Des maladies malignes retracées dans l'anamnèse médicale de donneurs possibles, voire une maladie tumorale active, **ne doivent donc pas** obligatoirement entraîner le refus d'un donneur. Le risque à attendre d'une transmission de la tumeur doit être évalué prudemment par rapport au bénéfice d'une transplantation possible. Les progrès de la médecine et les dernières connaissances dans le domaine autorisent une intégration plus libérale de donneurs ayant des tumeurs, en particulier s'il s'agit de tumeurs limitées en situation loco-régionale et à un stade précoce. Il est même possible de traiter une tumeur transmise au receveur, le cas échéant. Une **vigilance particulière** doit cependant être apportée quant à la détection et à l'évaluation de néoplasies malignes chez le donneur. Dans ce contexte, l'anamnèse médicale détaillée du donneur est d'une importance absolue ainsi que des tests de laboratoire, y compris éventuellement des marqueurs tumoraux, un scanner de routine **n'étant cependant pas** jugé efficace [7]. Les procédés d'imagerie doivent être utilisés avec soin, y compris imagerie TDM du thorax, de l'abdomen et du bassin. Dans certains cas, une biopsie de tissus lors du prélèvement d'organes peut également permettre d'exclure des maladies tumorales malignes dans le cadre d'un diagnostic différentiel. Même lors du prélèvement, le chirurgien doit examiner tous les organes intra-thoraciques et intra-abdominaux (y compris intestin et organes génitaux), même si ces organes ne sont pas prévus pour la transplantation. Les recommandations publiées jusqu'ici classifient les maladies tumorales en raison de leur risque de transmission probable. Ces recommandations reposent sur des références bibliographiques, des données de registre et des opinions d'experts et sont analysées différemment au niveau international. La règle de base est la suivante : les donneurs ayant eu une maladie tumorale traitée curativement sont acceptables pour des receveurs sélectionnés minutieusement, s'ils ont fait l'objet d'un suivi oncologique minutieux. L'absence totale de récurrence doit aussi avoir été bien documentée dans le temps. Il n'existe aucun consensus à l'échelle mondiale sur la durée sans récurrence, qui peut aller de plus de cinq ans à plus de dix ans en fonction du type et du stade de la tumeur [7].

Les tumeurs primaires dans le système nerveux central (SNC) représentent jusqu'à 1,5 % des causes de décès chez les donneurs d'organes [7]. En vue du risque de transmission dans le cadre d'un don d'organes, les deux principaux facteurs pris en compte lors de l'évaluation de tumeurs du SNC sont 1.) le niveau de la tumeur du SNC selon la classification histologique de l'OMS et 2.) toute intervention sur la tumeur (chirurgie, shunt, chimiothérapie et/ou radiothérapie). En règle générale, plus le niveau de la tumeur est élevé (supérieur au niveau III de l'OMS) et plus la tumeur a fait l'objet d'interventions, plus le risque de transmission est élevé [7].

S'il s'agit d'un **mélanome malin**, un taux de transmission de 74 % et un taux de décès de 60 % ont déjà été enregistrés chez les receveurs [7]. Les données publiées restent insuffisantes et

l'on assume donc toujours que le taux de transmission est élevé dans le cadre d'un mélanome malin. Si l'on part de ces faits, une tumeur superficielle d'une épaisseur inférieure à 1,5 mm après résection tumorale curative et absence de récurrence pendant plus de dix ans est considérée comme un risque acceptable avec un taux de transmission mineur pour le receveur.

- Il n'existe **AUCUNE** contre-indication dans les cas suivants :
- Carcinome baso-cellulaire cutané primaire
 - Carcinome in situ du col de l'utérus
 - Tumeur locale clairement définie de malignité mineure
p. ex., carcinome à cellules rénales inférieur à 2 cm

Si les cas sont ambigus, il est toujours recommandé de demander à Swisstransplant une clarification du don d'organes **avant** d'exclure catégoriquement un donneur possible.

Les points généraux suivants doivent également être respectés :

- L'âge avancé n'est pas une contre-indication générale au don d'organes.
- Virus de l'hépatite C (VHC) : des receveurs VHC négatifs peuvent recevoir des organes de donneurs VHC et PCR négatifs. Des receveurs ayant un statut d'urgence peuvent recevoir des organes de donneurs VHC et PCR positifs. Dans ces deux cas, le receveur doit avoir donné son consentement écrit avant la transplantation. La raison de l'attribution maintenant plus libérale des organes est liée aux progrès considérables dans le traitement efficace du VHC.
- Virus de l'hépatite B (VHB) : des receveurs VHB négatifs peuvent recevoir des organes de donneurs VHB positifs et AgHBs négatifs. Le receveur doit avoir donné son consentement écrit avant la transplantation.
- Virus de l'immunodéficience humaine (VIH) : la transplantation d'organes est autorisée en cas de réactivité aux tests VIH chez le receveur. Le receveur doit avoir donné son consentement écrit avant la transplantation.

Le « Guide sur la sécurité et l'assurance qualité de la transplantation d'organes » est une excellente source qui traite en détail dans un chapitre séparé le « risque de transmission de maladies néoplasiques » est traité en détail dans un chapitre séparé (#9) [7]. Si les cas sont ambigus, il est toujours recommandé de prendre contact avec le Service Médical de Swisstransplant avant d'exclure un donneur possible pour l'évaluation de ses organes.

Il est recommandé **dans tous les cas ambigus** de demander à Swisstransplant d'effectuer une évaluation des organes.

La décision de savoir si un patient peut devenir, d'un point de vue médical, donneur d'organes ou de tissus est du ressort de Swisstransplant.

3.3 Création d'une entrée SOAS

La fin de la détection des donneurs est marquée par la création d'une entrée de donneur dans le système d'attribution national basé sur ordinateur, c'est-à-dire dans le Swiss Organ Allocation System (SOAS). L'entrée est créée par la coordination des dons ou des transplantations. Le moment de la création d'une entrée SOAS se différencie en fonction du type de don.

3.3.1 Donneur DBD

Dans le cadre d'un don DBD, l'entrée SOAS sera créée après diagnostic de la mort cérébrale et après consentement au don fait par le donneur ou ses proches (voir Module 2 : « Prise en charge des proches et communication »). Le donneur est désormais un donneur DBD qualifié (voir III. 2).

Un donneur DBD **qualifié** est une personne qui est envisageable d'un point de vue médical pour un don d'organes (organes transplantables, pas de contre-indication) et chez laquelle la mort cérébrale a été diagnostiquée conformément aux directives en vigueur.

3.3.2 Donneur DCD

Dans le cadre d'un don DCD, l'entrée SOAS sera créée, pour des raisons logistiques, **avant** le changement thérapeutique vers des soins palliatifs et **avant** la constatation du décès. Dans ce cas aussi, il doit exister un consentement au don fait par le donneur ou ses proches **avant** qu'une entrée de donneur ne puisse être créée dans le SOAS. On parle alors de donneur DCD potentiel (voir III. 2).

Un donneur DCD **potentiel** est un patient dont la fonction cardio-vasculaire et la fonction respiratoire ont cessé et pour lequel des mesures de réanimation n'ont pas été mises en œuvre ou ont été interrompues. Il peut aussi s'agir d'un patient chez lequel l'arrêt de la fonction cardio-vasculaire et de la fonction respiratoire survient après arrêt du traitement et dans un intervalle de temps rendant possible une reprise de la fonction des organes chez le receveur (voir III. 2).

4.0

Annonce d'un donneur

4.1 Recommandations pour l'annonce d'un donneur

Chaque programme de dons efficace se base sur la reconnaissance systématique de donneurs possibles et sur l'annonce de donneurs. Les annonces précoces sont particulièrement bénéfiques à l'ensemble du processus du don d'organes [12-14].

Les recommandations pour l'annonce d'un donneur sont mentionnées ci-dessous.

4.1.1. Annonce d'un donneur DBD

Si besoin, un donneur DBD sera signalé à Swisstransplant à des fins d'examen. On parle de donneur potentiel dès que ce donneur semble remplir les signes cliniques de mort cérébrale (voir III. 2).

Un donneur DBD **potentiel** est un patient intubé, dans le coma, qui semble remplir les signes cliniques de mort cérébrale.

4.1.2 Annonce d'un donneur DCD

Un donneur DCD est signalé à Swisstransplant dès que la décision du changement thérapeutique vers des soins palliatifs a été prise et qu'il existe un consentement au don.

Un donneur DCD **potentiel** est un patient dont la fonction cardio-vasculaire et la fonction respiratoire ont cessé et pour lequel des mesures de réanimation n'ont pas été mises en œuvre ou ont été interrompues. Il peut aussi s'agir d'un patient chez lequel l'arrêt de la fonction cardio-vasculaire et de la fonction respiratoire survient après arrêt du traitement et dans un intervalle de temps rendant possible une reprise de la fonction des organes chez le receveur (voir III. 2).

4.2 Hotlines

La hotline de Swisstransplant est joignable **24 heures sur 24**. Elle peut aussi bien être appelée pour l'examen d'un donneur possible, pour l'annonce d'un donneur potentiel que pour l'interrogation du registre. Vous trouverez d'autres détails dans la procédure opérationnelle permanente (SOP) « Détection des donneurs ».

4.3 Transfert de donneurs potentiels

Si les structures de l'hôpital ne permettent pas un prélèvement d'organes, le patient est transféré dans un hôpital de prélèvement avec l'accord de ses proches. Les cas suivants sont envisageables :

- **Des donneurs DBD possibles/potentiels** peuvent être transférés dans un hôpital de prélèvement
- **Des donneurs DCD possibles/potentiels** peuvent être transférés dans un hôpital de prélèvement

Conformément à une recommandation du CNDO, la mort cérébrale est diagnostiquée dans le centre de prélèvement ou dans l'hôpital central, donc après transfert d'un patient. Une interrogation du registre n'a donc lieu que si la mort cérébrale est attendue dans les prochaines **48 heures** et lorsque le diagnostic défavorable a été discuté avec les proches ou préalablement à la discussion du don d'organes possible. Pour des raisons logistiques, il est judicieux d'interroger le registre avant tout transfert afin d'exclure au préalable un refus possible du don d'organes.

Si besoin, le transfert peut être organisé avec Swisstransplant. Pour éviter des coûts supplémentaires aux proches et aux hôpitaux de détection, Swisstransplant prend en charge les coûts de transfert du donneur potentiel ainsi que le rapatriement du corps au point de départ (voir Module 8 : « Organisation des transports »).

Auteurs

Version 1.0

Groupe de travail (par ordre alphabétique)

- Pr Christian Benden
- PD Franz Immer
- Dr Mathias Nebiker

Groupe d'experts (par ordre alphabétique)

- Dr Christian Brunner
- Dre Edith Fässler
- Renato Lenherr, Spécialiste en médecine intensive
- Dre Deborah Pugin

Modifications

Date	Version	Modifications
Février 2023	1.1	Correction

Références

1. Loi fédérale sur la transplantation d'organes, de tissus et de cellules (loi sur la transplantation), RS 810.21 du 8 octobre 2004 ; novembre 2017
2. Council of Europe. Handbook For Parliamentarians. The Council of Europe Convention against Trafficking in Human Organs (CETS No. 216). Octobre 2019
<http://www.assembly.coe.int/LifeRay/SOC/Pdf/DocsAndDecs/STCE216-Handbook-EN.pdf>
3. Prise de position de la Fondation Swisstransplant sur la ratification de la Convention du Conseil de l'Europe dans la loi fédérale sur la transplantation d'organes, de tissus et de cellules
https://www.swisstransplant.org/fileadmin/user_upload/Organspende/Rechtliche_Grundlagen/Stellungnahme_Swisstransplant_Ratifikation_Organhandelskonvention_Feb_2018.pdf

4. Ordonnance fédérale sur la transplantation d'organes, de tissus et de cellules d'origine humaine (ordonnance sur la transplantation du 16 mars 2007) ; novembre 2017
5. Académie Suisse des Sciences Médicales. Directives médico-éthiques. Diagnostic de la mort en vue de la transplantation d'organes et préparation du prélèvement d'organes ; novembre 2017
6. Thuong M., Ruiz A., Evrard P., et al. New classification after donation after circulatory death donors, definitions and terminology. *Transplant Int.* 2016 ; 29 : 749–759
7. European Committee (Partial Agreement) on Organ Transplantation (CD-P-TO). Guide sur la sécurité et l'assurance qualité de la transplantation d'organes. European Directorate for the Quality of Medicines & HealthCare. 7e édition ; 2018
8. Organ Donation and Transplantation Activities 2017 Report. Global Observatory on Donation and Transplantation (GODT)
9. Swisstransplant : Rapport annuel 2019
https://www.swisstransplant.org/fileadmin/user_upload/Swisstransplant/Jahresbericht/2019/Swisstransplant-Jahresbericht_2019.pdf
10. Weiss J., Elmer A., Mahillo B., et al. Evolution of deceased organ donation activity versus efficiency over a 15-year period: an international comparison. *Transplantation* 2018 ; 102 : 1768–1778
11. Dunne K., Doherty P. Donation after circulatory death. *Continuing Education in Anaesthesia Critical Care and Pain* 2011 ; 11 : 82–86
12. Donor Identification and Referral Strategy Group. Timely Identification and Referral of Potential Organ Donors. A Strategy for Implementation of Best Practice. NHS Blood and Transplant, septembre 2014
13. Opdam H.M., Silvester W. Identifying the potential organ donor: an audit of hospital deaths. *Intensive Care Med.* 2004 ; 30 : 1390–1397
14. Dominguez-Gil B., Delmonico F.L., Shaheen F.A.M., et al. The critical pathway for deceased donation: reportable uniformity in the approach to deceased donation. *Transplant Int.* 2011 ; 24 : 373–378

Ouvrages complémentaires (par ordre chronologique)

Donation and Transplantation Institute (TPM – DTI Foundation), Universitat de Barcelona, Spain. Transplant Coordination Manual. 2015 Edition
<https://tpm-dti.com/new-edition-of-transplant-coordination-manual/>

Moskopp D. Hirntod: Konzept – Kommunikation – Verantwortung. Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 2015

Lopez-Navidad A, Caballero F. For a rational approach to the critical points of the cada-veric donation process. Transplant. Proc. 2001 ; 33 : 795–805

Swisstransplant

Effingerstrasse 1

3008 Berne

T : +41 58 123 80 00

info@swisstransplant.org

www.swisstransplant.org

CNDO

Nationaler Ausschuss für Organspende
Comité National du don d'organes

