

THE SWISS DONATION PATHWAY



MODULE I

DÉTECTION ET ANNONCE DES DONNEURS

Recommandations pour

L'identification des donneurs potentiels et leur prise en charge initiale

Version 1.1 / Mars 2018



CNDO

Nationaler Ausschuss für Organspende
Comité National du don d'organes

© Copyright Swisstransplant / CNDO

All rights reserved. No parts of the Swiss Donation Pathway or associated materials may be reproduced, transmitted or transcribed without prior written permission from Swisstransplant / CNDO. www.swisstransplant.org



TABLE DES MATIÈRES

	PAGE
A INTRODUCTION	3
B RÉSUMÉ	4
C DÉTECTION DU DONNEUR POTENTIEL	5
1. LIEU DE DÉTECTION ET DE PRISE EN CHARGE INITIALE	5
2. DÉLAI D'ATTENTE JUSQU'À LA MORT CÉRÉBRALE	5
3. MESURES MÉDICALES PRÉLIMINAIRES	6
4. CAUSES DE LA MORT CÉRÉBRALE	6
5. ITINÉRAIRE CLINIQUE EN VUE DU DON D'ORGANES APRES LA MORT CÉRÉBRALE	7
6. EVALUATION DE L'APTITUDE OU DE L'EXCLUSION AU DON	9
7. DIAGNOSTIC DE LA MORT CEREBRALE CHEZ LE DONNEUR À CŒUR BATTANT	10
8. CONTACT AVEC LES PROCHES D'UN DONNEUR POTENTIEL	11
D ANNONCE DU DONNEUR POTENTIEL	13
1. HOTLINE	13
2. TRANSFERTS INTER HOSPITALIERS DE DONNEURS POTENTIELS	13
3. DEPLACEMENT INTER HOSPITALIER DES COORDINATEURS DE DON POUR L'EVALUATION ET LE PRELEVEMENT D'UN DONNEUR D'ORGANES ET DE TISSUS	13 14
E AUTEURS	15
1. GROUPE DE TRAVAIL	15
2. EXPERTS	15
F RÉFÉRENCES	16
G CHANGEMENTS	17
H ANNEXE	18



A INTRODUCTION

Les guides pratiques et les recommandations du Swiss Donation Pathway font partie d'un programme qualité national pour le processus de don d'organes. Ils ont été conçus comme outil formateur et éducatif à l'intention du personnel soignant impliqué dans le processus de don afin de répondre aux exigences de la nouvelle loi sur la transplantation entrée en vigueur le 1er juillet 2007.

Le programme initié par la Fondation Suisse pour le don d'organes (FSOD) a été repris par le Comité National pour le Don d'Organes (CNDO) en 2009.

„Détection et annonce des donneurs“ est l'un des modules du Swiss Donation Pathway. Ce dernier se base sur l'itinéraire clinique des donneurs potentiels en mort cérébrale (DBD) et comprend 10 chapitres:

- I. Détection et annonce des donneurs potentiels
- II. Prise en charge des donneurs d'organes adultes: soins intensifs
- III. Prise en charge des donneurs d'organes adultes: anesthésiologie
- IV. Prise en charge des donneurs pédiatriques
- V. Prise en charge des proches et communication
- VI. Prélèvement d'organes et de tissus
- VII. Communication et soutien du personnel soignant
- VIII. Coordination du processus de don d'organes
- IX. Exigences standard minimales
- X. L'organisation des transports

Le Swiss Donation Pathway est un projet commun du CNDO/Swisstransplant et de la Société Suisse de Médecine Intensive Suisse (SSMI). Les recommandations ont été validées par un groupe d'experts de la Société Suisse de Médecine Intensive.

Pour faciliter la lecture du document, seule la forme masculine est utilisée, le genre féminin étant, bien entendu, inclus dans cette forme.



B RÉSUMÉ

Avec l'entrée en vigueur au 1er juillet 2007 de la Loi Fédérale sur la Transplantation (Art. 56), les hôpitaux dotés d'une unité de soins intensifs doivent mettre sur pied un système efficace d'identification et d'annonce des donneurs d'organes et de tissus (Art. 45-47). Cette démarche active est impérative non seulement pour répondre à des exigences légales mais aussi parce qu'elle constitue un des éléments d'amélioration du don d'organes et de tissus en Suisse.

L'identification des patients présentant une atteinte cérébrale grave, susceptible d'évoluer vers la mort cérébrale, constitue la première étape du processus. Tout patient en coma profond ($GCS \leq 8$) sur une suspicion de défaillance irréversible du cerveau doit être considéré comme un donneur potentiel. La détection active de ces patients ne doit en aucun cas influencer sur leur prise en charge, qui doit rester maximale.

L'instauration d'un système efficace d'identification des donneurs nécessite une information des acteurs-clés de l'hôpital, une organisation fonctionnelle 24h/24 et 7j/7 et un système de contrôle de qualité.

Afin d'aider à la mise en application de la loi, le Comité National pour le Don d'Organes (CNDO) a rédigé les présentes recommandations destinées à faciliter l'identification de tous les donneurs potentiels d'organes et de tissus dans les hôpitaux.



C DÉTECTION DU DONNEUR POTENTIEL

1 LIEUX DE DÉTECTION ET DE PRISE EN CHARGE INITIALE

Les lieux de détection des patients avec atteinte cérébrale grave, potentiellement évolutive vers la mort cérébrale, sont les soins intensifs, les urgences et les services d'hospitalisation (surtout médecine, neurologie, neurochirurgie, pédiatrie, etc.).

Ces patients doivent être considérés et évalués comme donneur potentiels. Pour cela, ils doivent être transférés dans un service des soins intensifs, afin de procéder éventuellement à un don d'organes et de tissus et de prendre connaissance de la volonté du défunt (ou de ses proches).

L'ensemble des médecins travaillant dans les secteurs susmentionnés doit être sensibilisé à la possibilité éventuelle d'un don chez tout patient présentant une atteinte cérébrale grave susceptible d'évoluer vers la mort cérébrale. Ces médecins ont la responsabilité d'identifier ces patients et d'assurer leur transfert, le cas échéant, aux soins intensifs.

Les points clés pour l'identification d'un patient susceptible d'évoluer vers une mort cérébrale, où l'option du don doit être considérée, sont :

- Coma profond (GCS<8) sur une suspicion de défaillance irréversible du cerveau
- Absence d'un ou de plusieurs réflexes des nerfs crâniens :
 - Pupilles en mydriase fixe bilatérale
 - Absence des réflexes cervico-oculaires et vestibulo-oculaires
 - Absences des réflexes cornéens
 - Absence du réflexe de toux et du réflexe oropharyngé
 - Absence de réaction cérébrale à des stimuli douloureux
 - Absence d'activité respiratoire spontanée
- Situation clinique dépassée
- Absence de contre-indication absolue au don

L'âge avancé n'est pas une contre-indication au prélèvement d'organes. Un don d'organes est autorisé chez les enfants de plus de 28 jours (respectivement de plus de 44 semaines d'âge post menstruel).

2 DÉLAI D'ATTENTE JUSQU'À LA MORT CÉRÉBRALE

Lorsqu'un patient présente un coma profond sur une atteinte cérébrale très sévère, considérée comme non réversible et sans projet thérapeutique, il est autorisé, dans l'optique d'un don d'organe, d'attendre jusqu'à deux jours la survenue de la mort cérébrale. Le maintien des organes en vue d'une transplantation est autorisé pendant ces deux jours avant la constatation de la mort cérébrale et peut être poursuivi pendant 72 heures après le diagnostic de mort cérébrale selon les Directives de l'Académie Suisse des Sciences Médicales (ASSM). Passés ces délais, le patient est exclu du don.



3 MESURES MÉDICALES PRÉLIMINAIRES

Chez les patients dont le pronostic est sans issue, ce n'est plus la préservation de la vie ou son rétablissement qui se trouve placés au premier plan, mais le droit de « mourir dans la dignité ». Dans ce contexte l'introduction de mesures médicales préliminaires, dans le respect des conditions définies par la loi sur la transplantation, est acceptable.

Il est pertinent de clarifier précocement la volonté du patient, si la possibilité se présente. La volonté présumée du patient vis-à-vis du don d'organes peut être abordée avec le représentant légal ou les proches dès que le pronostic est devenu sans issue et le traitement médical est changé pour un traitement palliatif ou -en cas d'un don d'organes possible- pour un traitement de préservation des organes. Il est cependant indispensable de séparer les entretiens concernant le retrait thérapeutique, respectivement l'annonce de la mort cérébrale, et l'information relative au don d'organes. La recherche de la volonté présumée du patient et l'information relative au don d'organes et aux mesures médicales préliminaires peuvent donc être réalisées avant la constatation de la mort cérébrale, mais séparément et après l'information concernant le retrait thérapeutique (Directives de l'ASSM). Une discussion trop précoce concernant la possibilité d'un don d'organes expose cependant à un risque de refus plus élevé qu'un entretien plus tardif.

Dans l'idéal, le patient s'est exprimé au préalable (par ex. avec une carte de donneur) sur la question du don d'organes et des mesures destinées à leur conservation. Si ce n'est pas le cas, la volonté présumée du patient doit être clarifiée par ses proches qui autoriseront le don d'organes et l'introduction des mesures destinées à leur conservation.

Les proches doivent tenir compte de la volonté présumée du patient qui a priorité sur leurs propres préférences. Les proches sont considérés selon la loi sur la transplantation dans l'ordre suivant :

1. conjoint ou partenaire officiel
2. enfants, parents, frères et sœurs
3. grands-parents et petits-enfants
4. autres personnes proches.

Le prélèvement d'organes et de tissus n'est pas admissible lorsque les proches s'y opposent. Ceci vaut également lorsque le patient n'a aucune personne habilitée à le représenter ou si celle-ci ne peut pas être contactée à temps.

Afin de les soutenir dans cette décision difficile, les proches doivent être renseignés de façon ouverte, complète et empathique sur toutes les étapes du processus de don, incluant les mesures destinées à la conservation des organes et leur importance sur le taux de réussite de la transplantation. Si l'entretien révèle que le patient n'aurait probablement pas consenti aux mesures destinées à la conservation de ses organes, il faut renoncer à ces mesures même si le don est autorisé par les proches.

En cas de décès de cause non-naturelle, il est obligatoire d'informer la justice selon la procédure cantonale en vigueur, afin d'obtenir l'autorisation de procéder à un prélèvement d'organes.

4 CAUSES DE LA MORT CÉRÉBRALE

Les pathologies suivantes peuvent conduire à la mort cérébrale et au don d'organes, en incidence décroissante:



- Accidents vasculaires cérébraux (Sont inclus dans ce groupe tant les hémorragies intracrâniennes que les AVC d'origine ischémique)
- Traumatismes crânio-cérébraux
- Anoxie cérébrale (sur arrêt cardio-respiratoire, sur noyade, sur pendaison, sur mort subite du nourrisson, etc.)
- D'autres maladies cérébrales (p.e. tumeur cérébrale primitive, méningo-encéphalite)

L'évolution de ces pathologies peut se compliquer par la survenue d'un effet de masse et/ou d'un œdème cérébral qui vont interrompre de façon irréversible toutes les fonctions du cerveau y compris celle du tronc cérébral (herniation) et entraîner la mort cérébrale.

5 ITINÉRAIRE CLINIQUE EN VUE DU DON D'ORGANES APRÈS LA MORT CÉRÉBRALE

Le don d'organes devient possible lorsque les fonctions du cerveau y compris du tronc cérébral sont totalement et irréversiblement abolies en raison d'une lésion primaire touchant le cerveau et que le diagnostic de mort cérébrale est posé. La règle du donneur décédé est appliquée : les patients ne peuvent devenir donneurs qu'après leur mort, le prélèvement d'organes ne devant pas causer le décès du donneur.

La procédure diagnostique de la mort cérébrale doit strictement suivre les directives définies par l'ASSM. Depuis 2011, le diagnostic de mort cérébrale peut être établi par un seul examen clinique (sauf chez l'enfant de moins d'un an) réalisé conjointement par deux médecins qualifiés, un des deux ne devant pas être impliqué dans la prise en charge clinique directe du patient. (Chez l'adulte, il s'agit par ex. de spécialistes en neurologie ou en médecine intensive; chez les enfants il s'agit de spécialistes en médecine intensive ou en neuropédiatrie). Dans certaines conditions (évaluation clinique impossible lors de trauma facial, étiologie pas claire), le diagnostic de mort cérébrale devra être posé par un examen complémentaire prouvant l'interruption de la circulation cérébrale.

Donneur Possible:

Il s'agit d'un patient intubé, non sédaté, en coma profond (GCS≤8) atteint d'une maladie ou lésion primaire affectant le cerveau

Donneur Potentiel:

Il s'agit d'un patient intubé avec vraisemblablement les critères cliniques pour la réalisation du diagnostic de mort cérébrale

Donneur Eligible:

Il s'agit d'un patient médicalement compatible au don d'organes, diagnostiqué en mort cérébrale selon les directives de l'ASSM.

Donneur Effectif:

Il s'agit d'un donneur éligible avec consentement au don d'organes et chez lequel une incision chirurgicale a été réalisée ou au moins un organe a été prélevé à des fins de transplantation.

Donneur Utilisé:

Il s'agit d'un donneur effectif dont au moins un organe a été utilisé pour la transplantation.



CONSÉQUENCES ORGANISATIONNELLES

Définition des rôles et des responsabilités des soignants qui prennent en charge les donneurs potentiels.

Rôle du médecin

- Identifier le donneur potentiel.
- Hospitaliser le donneur potentiel aux soins intensifs.
- Initier la prise en charge des mesures médicales de préservation des organes selon les recommandations du Swiss Donation Pathway.
- Informer les proches sur la gravité de l'état clinique du patient et l'évolution vers le retrait thérapeutique.
- S'assurer que les proches comprennent la gravité et l'irréversibilité de la situation clinique.
- Rechercher la volonté présumée du patient auprès des proches et les informer sur la possibilité du don d'organes et les mesures médicales préliminaires nécessaires. Si la situation se présente, cet entretien peut être réalisé avant la constatation de la mort cérébrale, mais séparément de l'information concernant le retrait thérapeutique.
- Évaluer l'aptitude médicale au don
- Poser le diagnostic de mort cérébrale selon les directives de l'ASSM.
- Annoncer la mort du patient aux proches puis, si cela n'a pas été discuté précédemment, aborder la question d'un don d'organes, en principe au cours d'un entretien séparé.
- Documenter le diagnostic de la mort cérébrale et du consentement.
- En cas de décès de cause non-naturelle, informer la justice selon la procédure cantonale qui fera autorité pour autoriser le prélèvement d'organes (dans le cas d'un refus, contacter Swisstransplant)
- Annoncer le donneur éligible selon l'organisation dans l'hôpital ou le réseau de don:
 - À la coordination de prélèvement et de transplantation
 - À Swisstransplant.
- Informer, accompagner et soutenir la famille tout au long du processus de don d'organes.
- S'occuper du défunt après le prélèvement comme le veut la coutume après la mort d'un patient aux soins intensifs (entreposage du cadavre, démarches administratives etc.)

Rôle du personnel infirmier

- Suivre attentivement les objectifs prescrits des mesures médicales de préservation des organes.
- Alerter le médecin en cas d'instabilité clinique.
- Participer à tous les entretiens réalisés avec les proches, en particulier l'annonce de la gravité de l'état clinique du patient et l'évolution vers le retrait thérapeutique ainsi que la recherche de la volonté présumée du patient et le consentement au don.
- Informer, accompagner et soutenir la famille tout au long du processus de don d'organes.
- S'occuper du défunt après le prélèvement comme le veut la coutume après la mort d'un patient aux soins intensifs (entreposage du cadavre, démarches administratives etc.).

Rôle du coordinateur de prélèvement et de transplantation

(Selon l'organisation dans les différents réseaux, ces tâches peuvent aussi être accomplies par un coordinateur local du don ou par l'équipe médico-soignante des SI)

- Répondre aux appels des services de soins.
- Superviser le processus du donneur éligible.
- Transmettre les données à Swisstransplant (critères d'éligibilité).
- Informer l'équipe médico-soignante des étapes du processus.
- Soutenir la famille.



6 ÉVALUATION DE L'APTITUDE OU DE L'EXCLUSION AU DON

Il est recommandé de considérer tout patient en mort cérébrale, quel que soit son âge, de l'annoncer à Swisstransplant et à la Coordination de prélèvement afin que soit évaluée sa compatibilité médicale au don d'organes et de tissus. La décision d'accepter ou de refuser le donneur pour le prélèvement est du ressort de Swisstransplant, service national des attributions mandaté par l'OFSP.

CONTRE-INDICATIONS ABSOLUES AU DON

- Infection systémique grave non contrôlée ou d'origine inconnue
- Infection par le virus de la rage
- Tuberculose active
- Maladie à prions
- Maladie dégénérative d'origine inconnue du système nerveux central
- Néoplasie, quelle que soit sa localisation, à l'exception de:
 - Tumeurs primaires du système nerveux central ne formant pas de métastases
 - Carcinome primaire des cellules basales de la peau
 - Carcinome in situ du col de l'utérus
 - Tumeur maligne sans récurrence après 5 ans
- Nouveau-nés de moins de 28 jours, respectivement d'un âge post menstruel de moins de 44 semaines

En cas de doute, contacter Swisstransplant 24/7 au 058 123 80 40

CONTRE-INDICATIONS RELATIVES AU DON

- HIV (selon statut du receveur)
- Hépatite C (selon statut du receveur)
- Hépatite B avec Ag HBs (selon statut du receveur)
- Anémie aplastique, agranulocytose, hémophilie

Sous certaines conditions, le don est possible ! Contactez Swisstransplant

SITUATIONS PARTICULIÈRES

Hémorragie cérébrale

Si le donneur présente une hémorragie cérébrale, la cause du saignement doit être identifiée, notamment une tumeur cérébrale doit être recherchée et le cas échéant une métastase exclue (DD: tumeur cérébrale primitive)

Antécédent de cancer

Si un antécédent de cancer est connu, il est important de connaître son diagnostic histologique et son staging, ainsi que le plan thérapeutique et le suivi réalisés.

Une tumeur maligne guérie, sans récurrence depuis 5 ans, n'est pas a priori une contre-indication au don. Ne le sont pas non plus les carcinomes baso-cellulaires cutanés et les carcinomes in situ du col de l'utérus.

Une évaluation individuelle de ces situations particulières doit être faite par Swisstransplant en considérant le risque de métastase tardive selon le type de cancer. Lors du prélèvement, la recherche de néoplasie est pratiquée par biopsie ganglionnaire, échographie peropératoire des organes prélevés ou parfois une autopsie complète pré transplantation.



Aspects pratiques de l'évaluation au don

Dans l'évaluation de l'aptitude au don, il y a lieu de rechercher la présence éventuelle d'une maladie contre-indiquant un don⁴. Seront notamment recherchés les situations à risque d'une contamination par une maladie à prions ou par le VIH, le virus de l'hépatite B ou de l'hépatite C. Il faut réaliser:

- L'anamnèse médicale et sociale, y compris avec les proches du patient, son médecin-traitant, etc:
 - Affection actuelle
 - Infection systémique non contrôlée
 - Encéphalite virale
 - Maladie neuro-dégénérative
 - Utilisation d'hormone hypophysaire d'origine humaine (GH), greffe dure-mérienne
 - Administration de facteurs de coagulation
 - Néoplasie
 - Maladie systémique (auto-immune, connectivite)
 - Exposition chronique à des toxiques
 - HTA, diabète, maladie pulmonaire obstructive, etc.
 - Médicaments, tabac, alcool
 - Comportement à risque (drogue, comportement sexuel, piercing, etc.)
 - Symptômes généraux: fatigue, fièvre, perte pondérale, sudations nocturnes,
 - Nausées et vomissements, diarrhées persistantes
- L'examen physique
- L'analyse sanguine

7 DIAGNOSTIC DE LA MORT CEREBRALE CHEZ LE DONNEUR À COEUR BATTANT

Selon la loi fédérale sur la transplantation, une personne est décédée lorsque les fonctions du cerveau, y compris du tronc cérébral, ont subi un arrêt irréversible.

Le diagnostic de mort cérébrale doit être pratiqué selon les Directives de l'ASSM. Si la mort est due à une lésion primaire affectant le cerveau, le diagnostic de mort cérébrale peut être établi par un seul examen clinique (sauf chez l'enfant de moins d'un an) réalisé conjointement par deux médecins qualifiés, un des deux ne devant pas être impliqué dans la prise en charge clinique directe du patient. (Dans le domaine des adultes, il s'agit par ex. de spécialistes en neurologie ou en médecine intensive; dans le domaine pédiatrique de médecins avec une formation de spécialiste en médecine intensive pédiatrique ou en neuropédiatrie).

L'examen clinique de la mort cérébrale comprend les conditions et étapes suivantes :

Conditions

- Coma de cause connue avec lésions structurelles prouvées par imagerie
- Température corporelle ≥ 35 °C
- Absence d'état de choc non compensé
- Aucun médicament sédatif ou toxique résiduels
- Exclusion de troubles métaboliques

Si ces conditions ne sont pas remplies, un examen technique complémentaire prouvant l'interruption de la circulation cérébrale est nécessaire.

Étapes de l'examen clinique (les 7 signes)

- Coma (GCS = 3) d'origine connue
- Pupilles en mydriase bilatérale, sans réaction à la lumière
- Absence des réflexes cervico-oculaires et vestibulo-oculaires
- Absence des réflexes cornéens



- Absence de réaction à la stimulation douloureuse
- Absence du réflexe de toux et du réflexe oropharyngé
- Absence d'activité respiratoire spontanée

Examens techniques complémentaires

Dans le cas où l'étiologie de la défaillance cérébrale n'est pas claire ou lorsqu'un examen clinique des fonctions des nerfs cérébraux est impossible, le diagnostic de mort cérébrale devra être posé par les examens techniques complémentaires ayant pour but de confirmer l'absence de circulation cérébrale, dans les conditions suivantes:

1. Pression artérielle moyenne 60 mm Hg chez les adultes et les enfants et d'au moins 45 mm/Hg chez les nourrissons.
2. Examens réalisés par un spécialiste qualifié.

Le choix de l'examen dépend de sa disponibilité immédiate et de son rendement en fonction de chaque situation clinique particulière, dans l'ordre suivant:

- Ultrasonographie Doppler transcrânienne à codage couleur
- Tomographie axiale computerisée
- Tomographie à résonance magnétique
- Soustraction angiographique digitale

Pour la réalisation de cette procédure et la documentation de l'examen de mort cérébrale référez-vous

- au document mis à disposition dans votre hôpital ou par votre réseau de don ;
- au document mis à disposition par l'ASSM «Directives médico-éthiques Diagnostic de la mort dans le contexte de la transplantation d'organes».

HEURE DU DECES

Adultes

Si la mort cérébrale est constatée par l'examen clinique seul = heure de la fin de l'examen clinique.

Si la mort cérébrale est constatée par un examen complémentaire = heure de la fin de l'examen technique complémentaire.

Nourrissons au-delà de la période néonatale jusqu'à un an

Si la mort cérébrale est constatée par deux examens cliniques = heure de la fin du deuxième examen clinique.

Si la mort cérébrale est constatée par un examen complémentaire = heure de la fin de l'examen technique complémentaire

8

CONTACT AVEC LES PROCHES D'UN DONNEUR POTENTIEL

Les contacts avec les proches d'un patient présentant une atteinte cérébrale grave doivent être réguliers et répétés. Ils se déroulent, en principe, de la façon suivante:

1. Lorsque la gravité de la situation est établie, un entretien avec les proches est réalisé pour les informer que le pronostic est devenu sans issue, le traitement médical inutile et qu'un retrait thérapeutique doit être envisagé. La possibilité d'un don d'organe ou de tissus n'est pas mentionnée à ce stade car il est indispensable de séparer les entretiens concernant le retrait thérapeutique et l'information relative au don d'organes.
2. La recherche de la volonté présumée du patient et l'information relative au don d'organes et aux mesures médicales préliminaires peuvent être abordées avant la constatation de la mort cérébrale, mais séparément de l'entretien concernant le retrait thérapeutique. Il est indispensable de laisser aux proches le temps d'accepter



l'inéluctable de la situation clinique et leur permettre ainsi d'intégrer un processus de deuil avant d'aborder la possibilité d'un don d'organes.

3. L'information relative au don d'organes est abordée après que les proches ont pu voir leur parent. L'éventualité du port d'une carte de donneur doit être recherchée, de même que la volonté présumée du défunt qui prime sur celle des proches. Ceux-ci doivent avoir la possibilité de discuter librement entre eux avant de faire part de leur décision.
4. Le médecin qui procède à la demande doit informer les proches de façon ouverte, complète et empathique sur toutes les étapes du processus de don, incluant les mesures destinées à la conservation des organes et leur importance sur le taux de réussite de la transplantation. Ces entretiens doivent être pris en charge par le même médecin, en présence de l'infirmier(ère) en charge du patient.
5. Le diagnostic de mort cérébrale doit être annoncé aux proches avec l'heure du décès. Il convient alors de s'assurer que ceux-ci ont bien compris que leur parent est mort et leur laisser le temps de se recueillir auprès de lui.
6. Si la recherche de la volonté présumée du patient et l'information relative au don d'organes et aux mesures médicales préliminaires ont déjà été abordées, le consentement au prélèvement et aux mesures destinées au maintien des organes doit alors être protocolé.
7. Sinon, la recherche de la volonté présumée du patient et l'information relative au processus de don d'organes doivent être abordés à ce stade selon les étapes décrites aux points 2-3-4 ci-dessus et le consentement au prélèvement et aux mesures destinées au maintien des organes doit être protocolé.
8. Si l'accord pour un don est obtenu, les proches sont informés et soutenus tout au long de la procédure.
9. Les proches doivent avoir suffisamment de temps pour faire leurs adieux au défunt. Selon leur souhait, un service religieux en chambre peut être organisé. (cf. l'annexe « aspects religieux ») L'exposition du corps après le prélèvement des organes devrait également être proposée. Le suivi et le soutien de la famille doivent être poursuivis au besoin après le prélèvement.
10. Les proches seront informés sur les organes prélevés et transplantés. L'anonymat du donneur et des receveurs est préservé (art. 59 loi sur la transplantation). Après la procédure du prélèvement, le coordinateur de prélèvement et de transplantation propose aux proches de rester en contact si cela est souhaité.

Veillez vous référer au document «Prise en charge des proches et communication» du Swiss Donation Pathway, module V.



D ANNONCE DU DONNEUR POTENTIEL

1 HOTLINE

Le but de la «Hotline» est d'avoir un numéro de téléphone unique à disposition des médecins des hôpitaux partenaires de leur réseau, face à un patient avec des lésions cérébrales graves ou d'un donneur potentiel pour le soutien ou pour des renseignements quant au don d'organes.

Les répondants de la «Hotline» du PLDO sont, –selon l'organisation des réseaux, -les médecins cadres de garde des services de soins intensifs, les coordinateurs du don et de transplantation ou les coordinateurs de Swisstransplant.

Pour le Réseau de Bâle: 061 265 25 25 (via la centrale téléphonique de l'hôpital)

Pour le Réseau de Berne: 031 632 83 95

Pour le Réseau DCA: 044 255 22 22

Pour le Réseau de Lucerne: 044 255 22 22 (via Hotline du DCA)

Pour le Réseau PLDO: 022 372 24 00

Pour le Réseau de St. Gall: 071 494 11 11 (via la centrale téléphonique de l'hôpital)

Swisstransplant: 058 123 80 40

2 TRANSFERTS INTER HOSPITALIERS DE DONNEURS POTENTIELS

Si la structure de l'hôpital ne permet pas le prélèvement sur place, le médecin transfère le patient en accord avec les proches, vers un hôpital de référence. Les cas de figure sont les suivants:

- Les patients avec lésions cérébrales graves sont transférés pour un avis thérapeutique dans un centre de référence.
- Les patients avec lésions cérébrales graves peuvent être transférés pour confirmer l'irréversibilité et la gravité de la situation dans un centre de référence.
- Il est recommandé que la mort cérébrale soit diagnostiquée dans un centre de référence ou un centre autorisé à effectuer le prélèvement d'organes afin d'assurer que le constat de mort ne se fait qu'après le transport du patient.
- Le diagnostic de mort cérébrale peut avoir lieu avant le transfert par le médecin responsable du donneur potentiel, si la possibilité se présente. Un certificat de décès ne doit cependant pas être signé à ce moment, compte tenu de l'impossibilité légale de transporter ultérieurement le patient décédé dans un hôpital de prélèvement.

Selon la législation cantonale en vigueur, un transfert médicalisé n'est plus possible après le constat de décès. Pour cette raison, le constat de mort cérébrale se fera dans l'hôpital de prélèvement.

Le transfert sera organisé par le médecin en charge du patient. Pour éviter des frais supplémentaires aux proches et aux hôpitaux d'identification, le transfert du donneur potentiel ainsi que le rapatriement du corps au lieu d'origine/vers la ville de départ est pris en charge par Swisstransplant.



3 DEPLACEMENT INTER HOSPITALIER DES COORDINATEURS DE DON POUR L'ÉVALUATION ET LE PRÉLÈVEMENT D'UN DONNEUR D'ORGANES ET DE TISSUS

Les hôpitaux de prélèvement peuvent bénéficier, à tout moment, de la présence sur place ou de l'intervention à distance d'un coordinateur de don, sur demande du médecin responsable du donneur potentiel.

Une check liste / SOAS doit être remplie et la suite de la procédure coordonnée avec le coordinateur. Celui-ci doit récolter les informations concernant le donneur et inscrire les données dans le Swiss Organ Allocation System (SOAS) afin d'évaluer les organes. Le Coordinateur peut être présent pour soutenir les familles des donneurs.

La présence du coordinateur est obligatoire au bloc opératoire pour organiser et assurer le bon déroulement du prélèvement des organes et des tissus, ainsi que pour permettre le conditionnement optimal des organes.

Ces coordinateurs de don sont disponibles 24/24 7/7 via les hotlines.



E AUTEURS

1 GROUPE DE TRAVAIL

- Dr Philippe Eckert
- Mme Gwenola Eschenmoser
- Dr Claudia-Paula Heidegger
- Dr Corinne Leemann-Refondini
- Mme Diane Moretti
- Mme Caroline Spaight

2 EXPERTS

Composé des membres du CDNO :

- Prof. Dr. med. Christoph Haberthür (Président)
- PD Dr. med. Markus Béchir
- Petra Bischoff
- Corinne Delalay-Marti
- Dr. med. Philippe Eckert
- PD Dr. med. Yvan Gasche
- Eva Ghanfili
- PD Dr. med. Franz Immer
- Sandra Kugelmeier
- Dr. med. Renato Lenherr
- Dr. med. Roger Lussmann
- Dr. med. Sven Mädler
- Dr. med. Luca Martinolli
- Diane Moretti
- Stefan Regenscheit
- Dr. med. Thomas Riedel
- Dr. med. Kai Tisljar
- Dr. med. Jan Wiegand



F RÉFÉRENCES

Loi fédérale sur la transplantation d'organes, de tissus et de cellules (Loi sur la transplantation) RS 810.2 du 8 octobre 2004 (Etat le 1^{er} juillet 2007)

Ordonnance sur la transplantation d'organes, de tissus et de cellules d'origine humaine. (Ordonnance sur la transplantation) 810.211 du 16 mars 2007 (Etat le 1^{er} Janvier 2013)

Directives médico-éthiques de l'Académie Suisse des Sciences Médicales concernant le diagnostic de la mort dans le contexte de la transplantation d'organe (Etat le 24.05.2011)

Editions du Conseil de l'Europe, Organ, Tissue and Cells: Safety, Quality and Ethical matters concerning Procurement, Storage and Transplantation - 2nd Edition, 2012

Pratique soignante et pratiques religieuses, Aumôneries des Hôpitaux Universitaires de Genève, 8^{ème} édition revue et corrigée - juin 2010

Murphy P. Timely Identification and Referral of Potential Organ Donors. NHS Blood & Transplant, Midlands Collaborative, November 2012.

Opdam HM, Silvester W. Identifying the potential organ donor : an audit of hospital deaths. Intensive Care Med (2004) 30:1390-1397.

Aoun S,Ramos E. Expanding the Donor Pool : Effect on Graft Outcome. Transplantation Proceedings (1999) 31: 3379-3382.

Lopez-Navidad A, Caballero F. For a rational approach to the critical points of the cadaveric donation process. Transplantation Proceedings (2001), 33: 795-805.



G CHANGEMENTS

Date	Version	Changements
Mai 2014	1.0	Version originale
Mars 2018	1.1	Nouveau logo



H ANNEXE

ASPECTS RELIGIEUX

La position des principales Églises par rapport à la notion de mort cérébrale, au don et à la transplantation d'organes est mentionnée ci-dessous.

Catholicisme

- Don accepté depuis 1956
- Consentement, rites funéraires, corps humain ≠ entité biologique seule

Protestantisme

- Don accepté
- Respect, accompagnement, équité dans la répartition des organes

Judaïsme

- Résurrection versus immortalité de l'âme
- Valeur sacrée de la vie
- Ne pas porter atteinte au cadavre, ne pas en tirer profit
- Valeur suprême de la vie justifie le don et la transplantation

Orthodoxie

- Réservée face à la transplantation: la personne est la somme indissociable de l'esprit et du corps: intégrité nécessaire à la résurrection
- Attitude pragmatique: transplantation a un impact positif sur la vie

Islam

- Dieu donne et reprend la vie
- Cependant, l'intérêt du vivant prime sur le respect dû au cadavre
- Don accepté si consentement, respect, absence de commerce

Hindouisme

- Vie est un chemin éternel
- Changement de corps
- Haute valeur de la bienfaisance: ne s'oppose pas au prélèvement pour soulager d'autres personnes

Bouddhisme

- Transmission de l'esprit d'une personne défunte (délai de 3 jours), réincarnation. Don «acceptable» vu le caractère compassionnel de la greffe



H ANNEXE 2