

Identification des donneurs : Bases juridiques et exigences

Module — 1

Version 2.0 — Février 2026

Table des matières

1.0	Résumé	4
2.0	Bases juridiques	5
2.1	Constitution fédérale et loi sur la transplantation	5
2.2	Ordonnances d'exécution	6
2.2.1	Ordonnance sur la transplantation d'organes, de tissus et de cellules d'origine humaine (ordonnance sur la transplantation)	6
2.2.2	Ordonnance sur l'attribution d'organes destinés à une transplantation (ordonnance sur l'attribution d'organes)	7
2.2.3	Ordonnance du DFI sur l'attribution d'organes destinés à une transplantation (Ordonnance sur l'attribution d'organes DFI)	7
2.3	Convention sur le trafic d'organes	7
3.0	Conditions légales pour le don d'organes	8
3.1	Consentement au don d'organes	8
3.2	Constatation du décès	9
3.2.1	Causes de la mort cérébrale	9
3.2.2	Conditions pour le diagnostic de la mort	9
3.2.3	Diagnostic clinique du décès	10
3.3	Mesures médicales préliminaires	11
3.3.1	Mesures médicales préliminaires avant la constatation du décès	12
3.3.2	Mesures médicales préliminaires après la constatation du décès	12
4.0	Détection des donneurs	13
4.1	Introduction	13
4.2	Détection des donneurs possibles	15
4.2.1	Critères de détection des donneurs DBD possibles	15
4.2.2	Critères de détection des donneurs DCD possibles	15
4.2.3	Contre-indications pour un don d'organes	16
4.3	Création d'une entrée SOAS	18
4.3.1	Donneur DBD	18
4.3.2	Donneur DCD	18
4.4	Transfert des donneurs potentiels	18

Pour faciliter la lecture, le masculin générique est utilisé. Cependant, toutes les désignations de personnes s'appliquent à tous les genres. Le terme « don d'organes » inclut également, le cas échéant, le don de tissus.

1.0

Résumé

La Constitution fédérale, la loi sur la transplantation et les ordonnances relatives constituent les bases légales du don et de la transplantation d'organes, de tissus et de cellules en Suisse. La protection de la dignité humaine, de la personnalité et de la santé est la priorité absolue. Le don d'organes est gratuit, le trafic d'organes est interdit, l'attribution des organes se fait de manière équitable et personne ne doit faire l'objet de discrimination.

Les conditions préalables au prélèvement d'organes sur des personnes décédées sont définies par la loi. Le prélèvement d'organes sur une personne décédée ne peut avoir lieu qu'avec son consentement et après constatation du décès.

Le décès peut survenir soit à la suite d'une lésion cérébrale, la défaillance fonctionnelle permanente du cerveau entraîne le décès (Donation after Brain Death, DBD = donneur en état de mort cérébrale), soit par un arrêt cardiocirculatoire prolongé qui interrompt l'irrigation sanguine du cerveau jusqu'à ce que la défaillance fonctionnelle permanente du cerveau et donc le décès surviennent (Donation after Cardiocirculatory Death, DCD = donneur en état de mort cérébrale après arrêt cardiocirculatoire).

Les mesures médicales préliminaires sont les activités qui sont effectuées exclusivement dans le but du don d'organes en vue d'une transplantation. Elles peuvent être nécessaires avant ou après la constatation du décès et ne sont autorisées que si les conditions légales sont remplies.

En principe la recherche d'un donneur possible peut être effectuée dans n'importe quel service hospitalier. Un donneur possible est un patient présentant un pronostic défavorable, c'est-à-dire pour lequel il n'existe aucune option thérapeutique efficace ou qui va décéder soit d'une lésion ou d'une maladie cérébrale, soit d'un arrêt cardiocirculatoire prolongé et d'une défaillance respiratoire, et pour lequel il n'existe aucune contre-indication au don d'organes.

En général, 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 Constitution fédérale et loi sur la transplantation

La base juridique de la médecine de la transplantation en Suisse repose sur l'article 119a de la **Constitution fédérale** de la Confédération suisse. Cet article constitutionnel stipule que la Confédération édicte les prescriptions relatives à la transplantation d'organes, de tissus et de cellules. La protection de la dignité humaine, de la personnalité et de la santé est une priorité absolue. Le don d'organes, de tissus et de cellules humains est gratuit et le trafic d'organes est interdit. L'allocation équitable des organes, tissus et cellules revêt une importance particulière.

Constitution fédérale de la Confédération suisse [1]

<https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/1999/404/fr>



Sur la base de la Constitution fédérale, la Confédération a promulgué la **loi sur la transplantation**, qui est entrée en vigueur le 1er juillet 2007.

La loi sur la transplantation définit les conditions dans lesquelles les organes, tissus et cellules peuvent être utilisés à des fins de transplantation. Elle contient des dispositions relatives **au consentement** au don d'organes, au **critère du décès** et à la **constatation du décès**, ainsi qu'aux **mesures médicales préliminaires** (voir chapitre 3.0 de ce module).

La loi régit également la **gratuité du don** et l'**interdiction du trafic**. En outre, la loi sur la transplantation impose un **devoir de diligence** dans le traitement des organes, tissus ou cellules, qui concerne toutes les mesures nécessaires selon l'état actuel des connaissances scientifiques et techniques pour ne pas mettre en danger la santé de personnes.

En outre, la loi sur la transplantation contient également des dispositions relatives à l'**inscription sur la liste d'attente** et à l'**allocation des organes**, aux **obligations de déclaration et d'autorisation**, à l'**obligation de confidentialité** et aux **sanctions** applicables en cas de violation des dispositions de la loi sur la transplantation.

Comme son champ d'application, la **loi sur la transplantation** définit comme étant le traitement d'organes, de tissus ou de cellules d'origine humaine ou animale ainsi que des produits qui en sont dérivés (produits de transplantation) destinés à être transplantés chez l'être humain. Au sens de la présente loi, on entend par organes toutes les parties du corps dont les cellules et les tissus forment une unité fonctionnelle commune.

Loi fédérale sur la transplantation d'organes, de tissus et de cellules (loi sur la transplantation) [2]

<https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/2007/279/fr>



2.2 Ordonnances d'exécution

La loi sur la transplantation est complétée par six ordonnances d'exécution. Il s'agit de l'ordonnance sur la transplantation, de l'ordonnance de transplantation croisée, de l'ordonnance sur l'attribution d'organes, de l'ordonnance sur l'attribution d'organes du Département fédéral de l'intérieur (DFI), de l'ordonnance sur la xénotransplantation et de l'ordonnance sur les émoluments liés à la transplantation.

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

L'ordonnance sur la transplantation reprend les conditions-cadres réglementées énumérées dans la loi sur la transplantation et édicte **des dispositions d'exécution** concrètes.

En ce qui concerne la **constatation du décès**, l'ordonnance sur la transplantation d'organes, renvoie aux chiffres II. 3. et III. C-H des directives de déontologie médicale de l'Académie Suisse des Sciences Médicales (ASSM) relatives à la « constatation du décès en vue de la transplantation d'organes et préparation du prélèvement d'organes » [7]. Le législateur soumet ainsi la détermination du décès selon les règles de l'art médical à l'état actuel de la science.

En outre, l'ordonnance sur la transplantation d'organes, précise, dans le chapitre **consacré à l'exécution**, les tâches des hôpitaux et de la « personne chargée de la coordination locale ». Parmi les tâches de la « personne chargée de la coordination locale » figurent notamment l'initiation et la coordination des processus de don d'organes et de tissus.

Le module 12 « Gestion de la qualité dans le domaine du don d'organes » fournit des détails sur les tâches et les acteurs dans les hôpitaux ainsi que sur les structures liées au don d'organes en Suisse.

Ordonnance sur la transplantation d'organes, de tissus et de cellules d'origine humaine (ordonnance sur la transplantation) [3] :
<https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/2007/280/fr>



2.2.2 Ordonnance sur l'attribution d'organes destinés à une transplantation (ordonnance sur l'attribution d'organes)

L'ordonnance sur l'attribution d'organes définit les critères généraux et les priorités pour l'attribution d'organes par le Service national des attributions Swisstransplant. Elle contient également des dispositions relatives à la liste d'attente, au Swiss Organ Allocation System (SOAS) et à l'échange international d'organes.

Ordonnance sur l'attribution d'organes destinés à une transplantation (ordonnance sur l'attribution d'organes) [4]

<https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/2007/281/fr>



2.2.3 Ordonnance du DFI sur l'attribution d'organes destinés à une transplantation (Ordonnance sur l'attribution d'organes DFI)

Cette ordonnance énumère les critères d'attribution détaillés pour chaque organe.

Ordonnance du DFI sur l'attribution d'organes destinés à une transplantation (ordonnance sur l'attribution d'organes, DFI) [5]

<https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/2007/282/fr>



2.3 Convention sur le trafic d'organes

Afin de lutter plus efficacement contre le trafic d'organes, la Suisse a signé en 2016 la Convention internationale du Conseil de l'Europe contre le trafic d'organes humains (Convention sur le trafic d'organes) et l'a ratifiée le 21 octobre 2020. Depuis le 1er février 2021, la Convention sur le trafic d'organes est en vigueur en Suisse, avec les adaptations et précisions nécessaires dans la loi sur la transplantation (gratuité du don, interdiction du trafic et dispositions pénales). Depuis lors, il est possible de poursuivre pénalement toute personne séjournant en Suisse et ayant commis des infractions liées au trafic d'organes en Suisse ou à l'étranger.

Convention du Conseil de l'Europe contre le trafic d'organes humains [6] :

Traité international visant à prévenir et à combattre le trafic illicite d'organes

<https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/2020/1067/fr>



3.0

Conditions légales pour le don d'organes

3.1 Consentement au don d'organes

Les conditions requises pour le prélèvement d'organes, de tissus et de cellules sur la personne décédée sont définies dans la loi sur la transplantation [2]. En Suisse, le **principe du consentement explicite au sens large** s'applique actuellement. Les dispositions les plus importantes sont les suivantes :

- Les organes, tissus et cellules d'une personne décédée ne peuvent être prélevés que si celle-ci a donné son consentement avant son décès et que le décès a été constaté.
- En l'absence de déclaration, le prélèvement d'organes est autorisé si les proches y consentent. Ceux-ci doivent tenir compte de la volonté présumée du défunt.
- 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 reçoivent aucune information sur l'attribution des organes et sur les personnes qui les reçoivent (principe d'anonymat).

Conformément à l'ordonnance sur la transplantation [3], les proches sont :

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

En 2022, le peuple suisse s'est prononcé en faveur du **modèle du consentement présumé au sens large** en matière de don d'organes. Celui qui ne souhaite pas donner ses organes doit le faire savoir de son vivant. L'absence de déclaration de la personne décédée est en principe considérée comme un consentement au don. Les proches doivent toutefois toujours être consultés et peuvent s'opposer au prélèvement d'organes s'il n'y a pas de déclaration et si cela correspond à la volonté présumée du défunt. En l'absence de déclaration de volonté et si aucun proche n'est joignable, le prélèvement d'organes est interdit.

La nouvelle réglementation entrera en vigueur **au plus tôt en 2027**. Jusqu'à cette date, le principe du consentement explicite au sens large continue de s'appliquer.

3.2 Constatation du décès

3.2.1 Causes de la mort cérébrale

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

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

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

3.2.2 Conditions pour le diagnostic de la mort

La constatation du décès doit être établie conformément aux directives de l'ASSM « Diagnostic de la mort en vue de la transplantation d'organes et préparation du prélèvement d'organes ».

Directives médico-éthique ASSM : « Diagnostic de la mort en vue de la transplantation d'organes et préparation du prélèvement d'organes »
[7]

https://www.samw.ch/dam/jcr:de5c15a9-7551-4a52-a8c4-9128370a622a/directives_assm_diagnostic_de_la_mort.pdf



La mort peut être due aux causes suivantes :

1. Une **lésion ou une maladie cérébrale** entraînant une défaillance complète du cerveau, y compris du tronc cérébral, tout en maintenant la circulation sanguine, ce qui conduit au décès. Le don d'organes qui s'ensuit est appelé « Donation after Brain Death (DBD) ».
2. Un **arrêt circulatoire persistant** qui interrompt la circulation sanguine dans le cerveau jusqu'à ce que la défaillance fonctionnelle permanente du cerveau entraîne le décès. Le don d'organes qui s'ensuit est appelé « Donation after Cardiocirculatory Death (DCD) ».

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 [7].

Sur le plan clinique, il faut présumer soit une lésion cérébrale permanente de cause connue, soit une lésion d'autres organes dont la défaillance entraîne le décès. Il convient donc d'exclure au préalable tous les états qui empêchent un diagnostic correct de mort cérébrale.

D'un point de vue clinique, la condition requise pour la constatation de la mort est une lésion cérébrale permanente 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.

Les conditions cliniques suivantes doivent être remplies pour le diagnostic de mort cérébrale [7].

- Coma de 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
- Pas de dérèglement métabolique
- Absence de polyradiculonévrite (p. ex. syndrome de Guillain-Barré)

Pour plus de détails, veuillez-vous référer à la référence correspondante, qui comprend également une **checklist des signes cliniques de la mort** et fournit des informations sur les examens techniques supplémentaires [7]. Les directives de l'ASSM prennent en compte à la fois les donneurs DBD et DCD et comprennent des protocoles pour le diagnostic de la mort cérébrale, qui peuvent être téléchargés sur le site web de l'ASSM (<https://www.samw.ch/fr/Publications/Directives.html>).

Il existe en outre d'importantes conditions **professionnelles** et **structurelles**. L'indépendance des médecins impliqués est fondamentale, c'est-à-dire qu'ils ne doivent participer ni au prélèvement d'organes ni à la transplantation ; en outre, ils ne doivent pas être soumis aux instructions d'un spécialiste directement impliqué dans le prélèvement ou la transplantation. Il est également important que l'équipe spécialisée qui s'occupe de la personne mourante et les médecins qui effectuent la constatation du décès ne soient pas soumis à des contraintes de temps ou influencés d'une autre manière [7]. L'évaluation clinique doit être effectuée par des médecins spécialistes ayant suivi une formation complémentaire dans le département du diagnostic de la mort cérébrale et disposant d'une expérience suffisante avérée.

Pour le diagnostic de la mort cérébrale chez l'adulte, une formation spécialisée en neurologie ou en médecine intensive est requise, et en pédiatrie, une formation spécialisée en médecine intensive pédiatrique ou en neuropédiatrie.

3.2.3 Diagnostic clinique du décès

a) Mort suite à des lésions cérébrales

Le diagnostic de la mort est établi après un examen clinique qui doit prouver les **sept** signes cliniques suivants de façon **cumulative** et qui 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 cardiocirculatoire persistant

La constatation du décès après un arrêt cardiocirculatoire persistant est effectuée par la mise en évidence d'une défaillance permanente des fonctions cérébrales et du tronc cérébral due à une interruption prolongée de la circulation sanguine cérébrale. Après constatation de l'arrêt cardiaque (absence d'activité cardiaque) par échographie transthoracique (vue des 4 cavités en position sous-xiphoïdienne) ou par échographie transœsophagienne et après un temps d'attente d'au moins 5 minutes sans mesures de réanimation, **les six signes cliniques** suivants, qui doivent impérativement être présents **de manière cumulative**, sont **vérifiés** [6] :

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

Un test d'apnée n'est pas nécessaire, car le temps d'attente de cinq minutes sans ventilation et sans reprise de la respiration spontanée constitue une preuve suffisante de l'absence de réflexe respiratoire [6].

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.

Chez tous les enfants (à partir de 37 0/7 semaines d'âge post-menstruel) et adolescents de moins de 16 ans, le diagnostic de mort cérébrale pour une DBD est établi à partir de deux examens cliniques complets, y compris un test d'apnée, réalisés à au moins 12 heures d'intervalle. Le **moment du décès chez les enfants** correspond au moment où le deuxième examen clinique est terminé. Si la mort cérébrale est constatée par un examen complémentaire, le moment du décès correspond au moment où l'examen technique complémentaire est terminé.

3.3 Mesures médicales préliminaires

Le thème des mesures préliminaires est traité en détail dans la loi sur la transplantation et dans la directive de l'ASSM « Diagnostic de la mort en vue de la transplantation d'organes et préparation du prélèvement d'organes » [7]. Cette directive s'applique aux médecins et au personnel médical spécialisé qui s'occupent de patients susceptibles d'être donneurs d'organes post mortem.

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 et ne sont pas utilisées pour le traitement du patient. Elles ne doivent présenter que des charges et risques minimaux pour le donneur et peuvent être nécessaires aussi bien **avant qu'après** la constatation du décès.

On distingue les mesures **diagnostiques** et les mesures **de préservation des organes**. La typisation sanguine, les analyses sérologiques et les procédures d'imagerie sont des exemples de mesures diagnostiques. Des examens plus invasifs, tels qu'une bronchoscopie ou une coronarographie, peuvent également être indiqués. Parmi les mesures de préservation des organes, on peut citer la poursuite des traitements déjà commencés (ventilation, administration de médicaments et de liquides pour maintenir la fonction circulatoire, maintien de l'homéostasie).

Les mesures médicales préliminaires ne comprennent pas les mesures de médecine intensive palliative telles que les analgésiques sédatifs pour soulager les symptômes ou l'extubation terminale.

Il est important de distinguer les mesures médicales préliminaires selon deux périodes : **avant** et **après** la constatation du décès.

3.3.1 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 ventilation 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** [7] qui énumère les mesures préliminaires suivantes non autorisées avant constatation du décès (liste exhaustive) :

- Pose de canules à gros calibre (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.

3.3.2 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** [7].

- En cas de mort non naturelle ou violente, 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.

4.0

Détection des donneurs

4.1 Introduction

Les pays qui affichent les taux de transplantation les plus élevés et offrent donc le meilleur accès à la transplantation pour le patient disposent de programmes d'identification des donneurs bien établis [8]. Selon le rapport international sur les activités mondiales de don d'organes et de transplantation d'organes 2023 du Global Observatory on Donation and Transplantation (GODT), l'Espagne était en tête du classement mondial en termes de nombre de dons de personnes décédées, avec 2346 donneurs d'organes par an, soit 48,9 donneurs d'organes par 1 million d'habitants, tandis que la Suisse comptait 200 donneurs par an, soit 23 donneurs pour 1 million d'habitants [9].

À l'échelle mondiale, les dons après DBD représentent la plus grande partie des dons post mortem, mais la part des dons après DCD augmente régulièrement et représentait déjà la moitié de tous les dons en Suisse en 2024 [10].

Le guide de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) sur le don post mortem (« WHO Critical Pathway for Deceased Donation ») s'est avéré être un outil approprié pour la détection des donneurs dans la pratique quotidienne. L'avantage de ce guide réside dans l'utilisation de définitions et de descriptions de processus uniformes qui englobent à la fois le don après DBD et le don après DCD (voir fig. 1) [8].

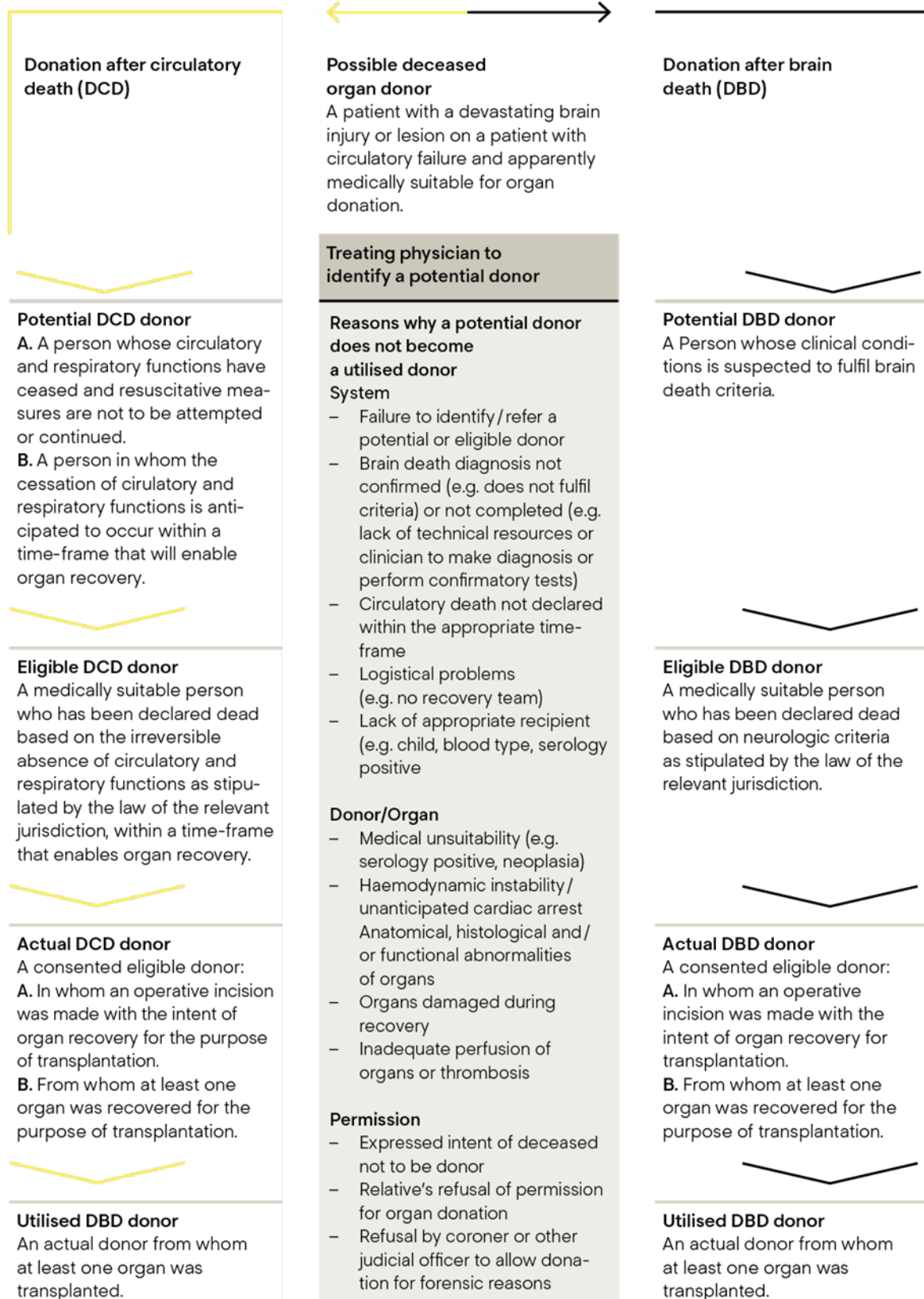


Fig. 1 : Guide de l'OMS sur le don post mortem adapté selon [8]

4.2 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 ou un arrêt cardiocirculatoire 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.

4.2.1 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.

4.2.2 Critères de détection des donneurs DCD possibles

Un donneur DCD potentiel de catégorie III de Maastricht est un patient pour lequel a été décidé un changement thérapeutique vers des soins palliatifs et dont le délai de décès estimé est inférieur à 120 minutes après l'arrêt des mesures de maintien des mesures thérapeutiques vitales (y compris l'extubation).

Les critères les plus importants pour l'identification d'un donneur DCD sont les suivants :

- Pronostic défavorable
- Changement défini d'objectif thérapeutique vers des soins palliatifs
- Probabilité élevée de décès (Arrêt cardiocirculatoire dans les 120 minutes suivant l'arrêt du traitement est attendu)
- Aucune contre-indication pour un don d'organes

4.2.3 Contre-indications pour un don d'organes

Les contre-indications suivantes s'appliquent au don d'organes :

- Nouveau-nés < 28 jours ou < 44 semaines d'âge post-menstruel
- Infections systémiques **réfractaires au traitement** ou infections d'origine inconnue
- Certaines maladies dégénératives du système nerveux central (SNC) par exemple la rage, les maladies à prions, etc.
- Leucémies actives, lymphomes ou plasmocytomes

Concernant **les néoplasmes malins**, une **évaluation individualisée** est aujourd'hui nécessaire. Bien que des tumeurs malignes puissent être transmises par un donneur atteint d'un cancer connu ou non, ce risque demeure faible lorsque les donneurs sont soigneusement sélectionnés ($\approx 0,05$ % des receveurs). [13]. Les antécédents oncologiques – voire une tumeur active dans certaines circonstances – ne constituent donc pas une contre-indication absolue. Le risque de transmission doit être mis en balance avec les bénéfices potentiels de la transplantation. Les progrès médicaux permettent d'élargir l'inclusion de certains donneurs atteints de néoplasies localisées à un stade précoce, voire de traiter une tumeur transmise au receveur dans certains cas. Une **vigilance accrue** est nécessaire pour la détection des néoplasies chez le donneur. Une anamnèse complète et des examens ciblés, incluant des marqueurs tumoraux (un dépistage systématique des marqueurs tumoraux n'étant pas recommandé) sont essentiels [13]. L'imagerie, y compris la tomodensitométrie du thoraco-abdomino-pelvienne, doit être utilisée de manière raisonnée. Une biopsie effectuée lors du prélèvement peut aider à exclure une tumeur active. Durant le prélèvement, une inspection systématique de tous les organes intrathoraciques et intra-abdominaux doit être réalisée (y compris de ceux non destinés à la transplantation).

Les recommandations actuelles classent les tumeurs malignes actives selon le risque probable de transmission au receveur. Elles s'appuient sur la littérature, les registres et les avis d'experts, avec des différences selon les pays. En règle générale, un donneur ayant bénéficié d'un traitement curatif d'une néoplasie, suivi d'un contrôle oncologique rigoureux et d'une absence documentée de récurrence sur une période suffisamment longue, peut être accepté pour des receveurs soigneusement sélectionnés. La durée requise sans récurrence n'est pas standardisée internationalement et varie entre > 5 et > 10 ans selon le type et le stade tumoral [13].

Les tumeurs primaires du système nerveux central (SNC) représentent jusqu'à 1,5 % des causes de décès chez les donneurs [13]. Leur risque de transmission dépend principalement du grade OMS de la tumeur et des traitements réalisés (chirurgie, shunt, radiothérapie, chimiothérapie). Plus la tumeur est de haut grade et plus les interventions ont été nombreuses, plus le risque est théoriquement élevé. [13]. Toutefois, une étude anglaise de 2023 a montré, sur 778 organes prélevés chez 282 donneurs porteurs de tumeurs cérébrales – dont 262 de haut grade –, qu'aucune transmission tumorale n'a été observée [14]. Le mélanome malin constitue une exception notable : les transmissions atteignent 74 % et la mortalité des receveurs 60 %. Par prudence, son risque de transmission est considéré comme élevé. Une tumeur superficielle de moins de 1,5 mm d'épaisseur, après résection curative et sans récurrence depuis plus de 10 ans, peut toutefois être acceptable avec un risque réduit.

Il n'y a pas de contre-indication dans les cas suivants :

- Carcinome basocellulaire cutané primaire
- Carcinome in situ du col de l'utérus
- Tumeur localisée, clairement délimitée et de faible malignité par exemple, carcinome rénal < 2 cm

En cas d'incertitude, il est indispensable de consulter Swisstransplant afin d'évaluer un donneur potentiel **avant** d'exclure formellement la possibilité d'un don. L'**outil d'évaluation des donneurs (Donor Evaluation Tool : DET)** permet d'obtenir rapidement une évaluation experte de l'aptitude au don. Les Medical Advisor de Swisstransplant disposent d'une connaissance actualisée des critères médicaux d'exclusion et de la situation nationale sur la liste d'attente, ce qui leur permet d'apprécier le rapport bénéfice-risque dans un contexte d'urgence potentielle.

- Les principes généraux suivants doivent aussi être pris en considération :
 - L'âge avancé n'est pas une contre-indication au don d'organes.
 - Virus de l'hépatite C (VHC) : un donneur anticorps anti-VHC positif et PCR négatif peut donner à un receveur anti-VHC négatif ou, en situation d'urgence, à un receveur prioritaire. Un consentement écrit du receveur est requis ;
 - Virus de l'hépatite B (VHB) : les donneurs anti-VHB positifs et HBsAg négatifs peuvent donner à des receveurs séronégatifs pour les anticorps anti-VHB, avec consentement écrit du receveur ;
 - Virus de l'immunodéficience humaine (VIH) : un don est possible uniquement si le receveur est également porteur du VIH, et moyennant un consentement écrit.

En cas de doute, une évaluation via le **DET (Donor Evaluation Tool)** par Swisstransplant est recommandée. La décision finale concernant l'aptitude médicale d'un donneur d'organes et/ou de tissus incombe à Swisstransplant.

4.3 Création d'une entrée SOAS

Le moment de la création d'une entrée SOAS varie en fonction du type de don.

4.3.1 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.

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.

4.3.2 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.

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.

4.4 Transfert des donneurs potentiels

Si, en raison des conditions structurelles de l'hôpital, le prélèvement d'organes n'est pas possible sur place, le patient (donneur potentiel DBD ou donneur DCD) est transféré vers un hôpital de prélèvement avec le consentement de ses proches.

Pour plus d'informations à ce sujet, voir le module 8 « Logistique du transport ».

Auteurs

Spécialistes ayant contribué depuis la première édition (par ordre alphabétique)

- Pr. Dr. méd. Christian Benden
- Dr. méd. Christian Brunner
- Dr Edith Fässler
- PD Dr. méd. Franz Immer
- Dr. méd. Nathalie Krügel
- Dr. méd. Renato Lenherr
- Dr. méd. Mathias Nebiker
- Vera Nobs
- Dr. méd. Deborah Pugin
- Juliane Skierka
- René Waser

Références

- [1] Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft, SR 101 vom 08. April 1999, Stand März 2024
- [2] Bundesgesetz über die Transplantation von Organen, Geweben und Zellen (Transplantationsgesetz); SR 810.21 vom 8. Oktober 2004; Stand Februar 2021
- [3] Verordnung über die Transplantation von menschlichen Organen, Geweben und Zellen (Transplantationsverordnung), SR 810.211 vom 16. März 2007, Stand September 2023
- [4] Verordnung über die Zuteilung von Organen zur Transplantation (Organzuteilungsverordnung), SR 810.212.4 vom 16. März 2007, Stand Januar 2024
- [5] Verordnung des EDI über die Zuteilung von Organen zur Transplantation (Organzuteilungsverordnung EDI), SR 810.212.41 vom 02. Mai 2007, Stand April 2024,
- [6] Übereinkommen des Europarats gegen den Handel mit menschlichen Organen, SR 0.810.3, Stand August 2025
- [7] Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften SAMW. Medizinisch-ethische Richtlinien. Feststellung des Todes im Hinblick auf Organtransplantationen und Vorbereitung der Organentnahme; November 2017
- [8] European Directorate for the Quality of Medicines & HealthCare (EDQM), Guide to the quality and safety of organs for transplantation, 9th edition; 2025
- [9] Organ Donation and Transplantation Activities 2023 Report. Global Observatory on Donation and Transplantation (GODT), <https://www.transplant-observatory.org/wp-content/uploads/2025/02/2023-data-global-report-20022025.pdf>
- [10] Swisstransplant. Jahresbericht 2024
https://www.swisstransplant.org/fileadmin/user_upload/Jahresbericht_2024_DE.pdf
- [11] Greenhall G., Rous B., Robb M., et al. Organ Transplants from deceased donors with primary brain tumors and risk of cancer transmission. Fama Surg. 2023; 158(5): 504 - 513

Modifications

Date	Version	Modifications
Février 2026	2.0	Fusion de la table des matières précédemment disponible en deux parties (module 1 version de base + module 1 SOP) Titre du module adapté. Module complet : nouvelle structure des chapitres et modifications/corrections visant à améliorer la lisibilité Chapitre 2.2 : suppression des informations complémentaires sur Swisstransplant, les réseaux de don d'organes et le CNDO, renvoi au chapitre correspondant du nouveau module 12. Chapitre 3.3 : suppression du tableau de classification de Maastricht, déjà présent dans le module 9. Suppression du sous-chapitre sur les coûts du process de don d'organes, désormais mentionné dans le module 12. Chapitre 4.1 : introduction raccourcie et mise à jour avec les derniers chiffres disponibles. Chapitre 4.2.2 : schémas don après un arrêt cardio-circulatoire (DCD) supprimés car désormais intégrés dans le module 9. Chapitre 4.4 : informations sur le transfert des donneurs potentiels raccourcies, renvoi au module 8. Références : mises à jour.
Février 2023	1.1	Correction
Décembre 2020	1.0	Première version

Swisstransplant
Effingerstrasse 1
3011 Berne
T : +41 58 123 80 00

info@Swisstransplant.org
www.swisstransplant.org

CNDO

Nationaler Ausschuss für Organspende
Comité National du don d'organes

