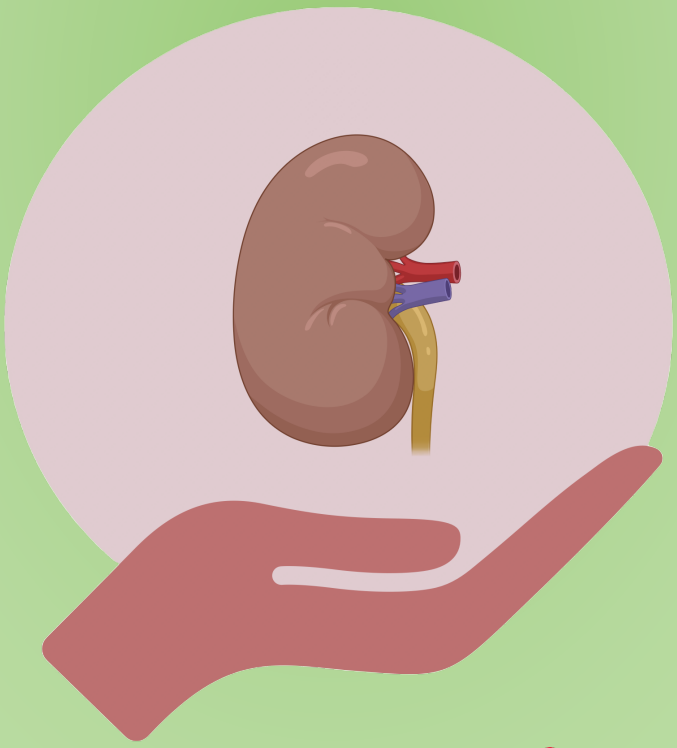
Comment se déroule le don d'un rein de son vivant ?

Aspects importants du don d'un organe de son vivant en Suisse



SOL-DHR
Swiss Organ Living-Donor Health Registry

Table des matières

Avant-propos 5

Avant le don 6
- Les fonctions du rein 6
- Les raisons de faire une transplantation de rein 7
- Aptitude à donner un rein 9
  - Bases légales 9
  - Transplantation croisée 10
  - Examens médicaux avant le don 12

Le don 17
- Planification de l'opération 17
- Déroulement de l'opération 19

Après le don 21
- Vivre après le don d'un rein 21
  - Risques du don d'un rein 21
  - Vie quotidienne 28
  - Contrôle à long terme des donneuses et donneurs d'un organe de leur vivant 29
- Résultats pour les bénéficiaires 31
- Aspects financiers 33

Avant-propos

L'idée de transplanter des parties du corps ou des organes n'est pas nouvelle. On la retrouve déjà dans la mythologie antique.

Le chirurgien Joseph Edward Murray a effectué la première transplantation réussie à long terme d'un organe en 1954 à Boston. Il s'agissait du rein que Ronald Herrick avait donné à son frère jumeau Richard. Ce dernier a vécu pendant encore huit ans après l'opération, un énorme succès pour l'époque ! Notons que la transplantation a sauvé la vie du patient car la dialyse n'existait pas encore. La toute première transplantation d'un organe qui a eu du succès à long terme était donc un don de rein par une personne vivante.

Dans les années 1960, de nouveaux médicaments permettant d'éviter le rejet de l'organe transplanté ont permis de pratiquer des transplantations de rein entre d'autres membres de la famille, entre personnes non apparentées et avec des organes de personnes décédées. Aujourd'hui encore, la transplantation d'un rein constitue la meilleure thérapie pour de nombreuses patientes et patients en cas d'insuffisance rénale.

La Suisse a suivi rapidement et est devenue un pays important en matière de transplantation de reins. La première transplantation d'un rein a eu lieu en 1964 à Berne, et le premier don d'un rein par une personne vivante deux ans plus tard à Bâle. Aujourd'hui, près d'un tiers de toutes les transplantations rénales sont rendues possibles grâce à des dons de personnes vivantes (chiffres de 2021 à 2025). Cela équivaut à environ 110 dons d'un rein par une personne vivante par an.

Pour protéger les donneuses et donneurs de rein, le professeur Gilbert Thiel, un pionnier de la médecine de transplantation à Bâle, a créé le Registre suisse de santé des donneurs vivants d'organes SOL-DHR (Swiss Organ Living-Donor Health Registry) en 1993. Il s'agissait du premier registre de santé prospectif de ce type dans le monde. Depuis 2008, les donneuses et donneurs d'une partie du foie sont aussi enregistré-e-s dans le registre national. Le registre organise le suivi médical après le don d'un organe et collecte des données sur la santé et le bien-être des donneuses et donneurs. Ces données sont une source d'informations importante pour pouvoir renseigner adéquatement les futures donneuses et futurs donneurs vivant-e-s en Suisse.

Les données collectées en continu figurant dans le registre ont contribué à remanier entièrement cette 5e édition de la brochure. Cette dernière explique le déroulement d'un don de rein, en commençant par l'aptitude au don jusqu'à la vie après le don et les éventuelles complications en passant par l'opération et la phase de récupération. Elle fournit des informations, mais elle ne saurait remplacer l'entretien avec une ou un spécialiste et ne peut en aucun cas prédire l'évolution de la santé des donneuses et donneurs.

Nous souhaitons donner un aperçu des connaissances actuelles sur le don d'un rein aux personnes envisageant de faire un don de leur vivant, en espérant les soutenir dans leur prise de décision.

Avant le don

Les fonctions du rein

Les reins sont deux organes en forme de haricots de la taille d'un poing environ. Ils se trouvent de chaque côté de la colonne vertébrale dans la partie supérieure de l'abdomen, derrière les organes de digestion (Illustration 1). L'urine produite dans les reins s'écoule dans la vessie à travers les uretères.

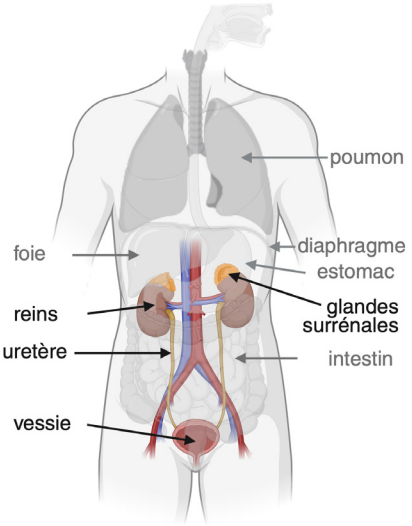


Illustration 1 : Emplacement des reins dans le corps
Created in BioRender. Hirt, P. (2026) https://BioRender.com/ok60qwa

Les reins nettoient le sang et sont un organe de contrôle important. Ils remplissent cinq fonctions principales :

1. Filtration du sang : les reins nettoient le sang et produisent l'urine. Les produits de dégradation du propre métabolisme et les substances étrangères (p. ex. médicaments ou substances toxiques) sont filtrés dans le sang et éliminés dans l'urine ;

2. Régulation de l'eau et du sel : les reins gèrent la quantité d'eau qui reste dans le corps ou qui est éliminée. Les substances minérales importantes comme le sodium, le potassium, le calcium ou le chlorure sont maintenues en équilibre afin d'éviter les faiblesses musculaires, les crampes ou l'arythmie cardiaque ;

3. Régulation des acides et des bases : le pH du sang doit rester constant afin que les cellules du corps puissent travailler correctement. Les reins veillent à ce que le sang ne soit pas trop acide ou trop basique ;

4. Régulation de la tension artérielle : les reins régulent la tension artérielle ;

5. Production d'hormones : l'érythropoïétine, une hormone, qui stimule la production de globules rouges dans la moelle osseuse est produite dans les reins. La vitamine D est aussi activée dans les reins afin qu'elle favorise l'absorption de calcium et renforce les os.

Schünke M, Schulte E, Schumacher U, et al. 1.16 Nieren (Renes). In: Schünke M, Schulte E, Schumacher U, Voll M, Wesker K, Hrsg. Prometheus LernAtlas - Innere Organe. 6., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Stuttgart: Thieme; 2022. p.465.

Les raisons de faire une transplantation de rein

Beaucoup de maladies peuvent endommager les reins et provoquer une maladie rénale chronique (Illustration 2). La cause la plus fréquente pour transplanter un rein et le diabète mellitus (diabète sucré). Elle est suivie par l'hypertension artérielle. Parmi les autres raisons possibles, citons les glomérulonéphrites (inflammation des glomérules rénaux) ou des maladies rénales congénitales comme la polykystose rénale. Notons que la cause de la maladie rénale ne peut parfois pas être déterminée.

Lorsque la maladie rénale chronique atteint le stade final, on parle d'insuffisance rénale. Le rein ne peut plus remplir ses fonctions : les matières résiduelles et les liquides s'accumulent dans le corps, et beaucoup de systèmes sont déséquilibrés. Parmi les symptômes d'une insuffisance rénale, citons notamment les suivants :

- Fatigue, faiblesse ;
- Nausée, vomissements ;
- Démangeaison ;
- Hypertension ;
- Rétention d'eau, surtout dans les jambes ;
- Modification de l'urine (très peu d'urine, urine mousseuse) ;
- Essoufflement à cause de la présence d'eau dans les poumons ou d'une anémie.

L'insuffisance rénale peut être traitée par une dialyse (« nettoyage du sang » par une machine ou dialyse péritonéale). La dialyse est une méthode artificielle de remplacement qui remplit les fonctions du rein en éliminant les produits de dégradation et l'eau excédentaire dans le sang. Elle est souvent très exigeante pour les personnes concernées et réduit fortement la qualité de vie. De plus, même une dialyse optimale n'est pas aussi bonne que le travail d'un vrai rein. En cas d'insuffisance rénale, une transplantation de rein est par conséquent la meilleure option pour beaucoup de patientes et patients.

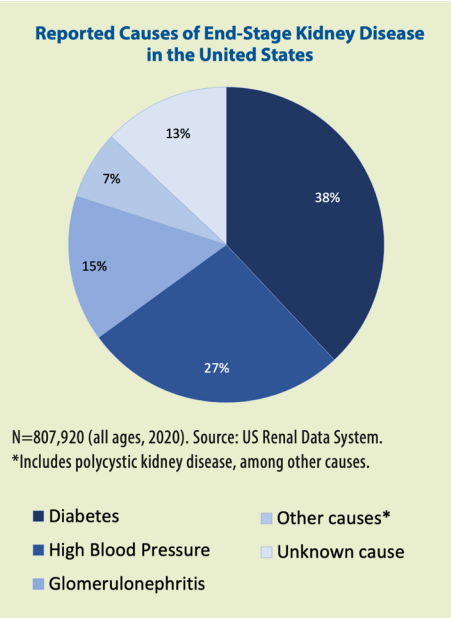


Illustration 2 : Causes des maladies rénales chroniques aux USA.
Centers for Disease Control and Prevention. Chronic Kidney Disease in the United States, 2023. Atlanta, GA: US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention; 2023.

Les reins sont généralement donnés par des personnes décédées. Lors de la transplantation, le rein sain est relié aux vaisseaux du bassin dans le bas-ventre (Illustration 3). Les reins malades sont en principe laissés dans le corps car ils remplissent souvent encore une petite fonction et leur élimination n'est en général pas nécessaire. Ils ne doivent être enlevés que dans des cas particuliers. Étant donné qu'une personne possède généralement deux reins et qu'un seul rein sain permet de remplir les fonctions nécessaires pour assurer une

vie normale, le don d'un rein de son vivant est donc possible. Près d'un tiers des transplantations de rein réalisées en Suisse sont rendues possibles par un don d'une personne en vie.

Les transplantations de rein, y c. les dons de personnes vivantes, peuvent être réalisées dans les six centres de transplantation en Suisse. Il s'agit des hôpitaux universitaires de Bâle, de Berne, de Genève, de Lausanne et de Zurich ainsi que de l'hôpital cantonal de Saint-Gall.

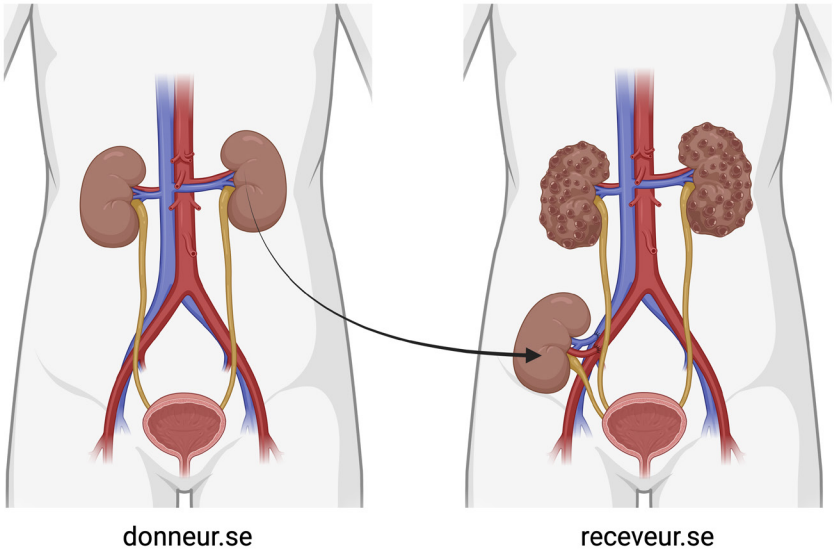


Illustration 3 : Présentation schématique de la transplantation d'un rein donné par une personne vivante. Le rein donné est placé dans le bas-ventre.
Created in BioRender. Hirt, P. (2026) https://BioRender.com/vovizo7

Herold G. Chronische Nierenerkrankungen. In Herold G., hrsg. Innere Medizin 2021. 1. Auflage. Köln: Herold Verlag; 2021. P.639-649

Swisstransplant. Jahresbericht 2024: Swisstransplant; 2025 [Available from: https://www.swisstransplant.org/de/swisstransplant/jahresbericht].

Aptitude à donner un rein

Bases légales

La loi fédérale sur la transplantation définit dans quelles conditions des organes peuvent être transplantés. Elle définit aussi qui est apte à donner un organe de son vivant :

« Des organes, des tissus ou des cellules peuvent être prélevés sur une personne vivante si :
a. elle est majeure et capable de discernement;
b. elle a donné son consentement libre et éclairé, par écrit;
c. il n'en résulte pas de risque sérieux pour sa vie ou pour sa santé;
d. le receveur ne peut pas être traité par une autre méthode thérapeutique ayant une efficacité comparable. »

Loi fédérale sur la transplantation d'organes du 8 octobre 2004 (état au 1er février 2021), RS 810.21, alinéa 3, art. 12.

L'âge minimum pour donner un organe est fixé à 18 ans (révolus). Aucun organe ne peut donc être prélevé sur une personne mineure pour procéder à une transplantation. En règle générale, on fait aussi preuve de retenue concernant les jeunes adultes. En effet, des aspects essentiels de leur vie personnelle, professionnelle et familiale ne sont souvent pas encore clairs, et les futurs risques ou changements pour la santé ne peuvent être prévus que de manière limitée. Il s'agit d'éviter que le don d'un organe provoque des restrictions ultérieurement. Un don de son vivant doit par conséquent rester une exception bien justifiée et ne doit pas entraver les futurs projets de vie.

Il n'existe en revanche pas de limite d'âge supérieure pour les donneuses et donneurs de leur vivant, l'aptitude dépendant de facteurs médicaux et psychosociaux. La donneuse d'un rein la plus âgée de Suisse jusqu'à maintenant avait 84 ans. La probabilité que le don d'un rein ne soit pas possible pour des raisons médicales augmente néanmoins avec l'âge.

Un don de rein de son vivant doit être volontaire. Les donneuses et donneurs potentiel-le-s doivent être informé-e-s du processus et des possibles répercussions du don. Chaque personne a le droit de refuser le don à tout moment et sans donner de raisons. Aucun organe ne peut être prélevé sur une personne incapable de discernement pour procéder à une transplantation.

Le don d'un organe est un acte altruiste par lequel une personne en bonne santé accepte de compromettre potentiellement celle-ci pour aider une personne malade. Il est donc particulièrement important de protéger la sécurité des donneuses et donneurs. Les personnes souhaitant donner un organe de leur vivant sont soumis à un examen médical et psychosocial approfondi afin de minimiser les risques. Le déroulement de ces examens est décrit en détail dans le prochain chapitre.

Un don de son vivant est uniquement possible s'il n'existe aucun autre traitement équivalent de la maladie rénale. En cas d'insuffisance rénale, la transplantation d'un rein donné par une personne vivante est le traitement qui présente le plus de chance de réussite. La dialyse réduit sou-

vent la qualité de vie et la durée de celle-ci. Plus un organe est transplanté tôt, plus les chances de réussite de la transplantation augmentent. Par conséquent, une transplantation préemptive (précoce) doit si possible être réalisée avant le début de la dialyse. La transplantation d'un rein donné par une personne vivante est planifiable, et les donneuses et donneurs ainsi que les bénéficiaires peuvent être opéré-e-s dans les meilleures conditions possibles. Cela permet aussi d'éviter la longue durée d'attente difficile à supporter psychiquement pour recevoir un organe d'une personne décédé.

Le don d'un organe doit être fait gratuitement. Selon la loi sur la transplantation d'organes (chapitre 6, article 69), il est interdit et punissable de recevoir une indemnité financière ou de bénéficier d'autres avantages pour un don. Il est aussi interdit de réaliser une transplantation à l'étranger si la donneuse ou le donneur est payé/e pour le faire à l'étranger (« tourisme de transplantation »).

Loi fédérale sur la transplantation d'organes, de tissus et de cellules (loi sur la transplantation) : RS 810.21 ; 2004 [Available from: https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/2007/279/de].

Steiger J, Bally Ch, Banz V, et al. Medizin-ethische Richtlinien: Lebendspende von soliden Organen. Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften SAMW. 2023. [Available from: https://www.samw.ch/de/Publikationen/Richtlinien.html]. Accessed 07.08.2025.

Thys K, Borry P, Schotsmans P, Dobbels F. Should minors and young adults qualify as potential live kidney donors? The views of international transplant professionals. Pediatr Transplant. 2019;23(6):e13526.

Ordonnance sur la transplantation d'organes, de tissus et de cellules (ordonnance sur la transplantation : RS 810.211 ; 2007 [Available from: https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/2007/280/de].

Transplantation croisée

Dans la majorité des cas, les donneuses et donneurs et les bénéficiaires d'un organe sont soit apparenté-e-s, soit lié-e-s par un lien émotionnel très fort (partenaire, amitié très étroite). Parfois, le don n'est pas possible à cause d'une incompatibilité immunologique et du risque élevé de rejet en découlant. Dans ce cas, il est possible d'avoir recours à un don d'organe croisé par une personne vivante. Un tel don assure de meilleures chances de réussite de la transplantation grâce à la compatibilité entre la donneuse ou le donneur et la ou le bénéficiaire.

On parle d'un don d'organe croisé puisque deux ou plusieurs paires de donneuses et donneurs et de bénéficiaires échangent des reins par croisement. Le don d'organes croisé par des personnes vivantes est réglé dans le cadre d'un programme national en Suisse. Les centres de transplantation annoncent les paires incompatibles souhaitant participer au service national des attributions (Swisstransplant). Ce dernier détermine périodiquement les meilleures combinaisons de transplantation croisée parmi toutes les paires disponibles. Seules les combinaisons incluant les deux personnes de la paire sont prises en compte.

Bien que la transplantation soit soigneusement planifiée, des circonstances imprévues peuvent exceptionnellement conduire à son report ou annulation, par exemple si l'état de santé de l'une des personnes concernées nécessite une réévaluation ou si les conditions du don ne sont plus réunies. Le fait qu'une chaîne ait été identifiée par un algorithme (à l'aide d'un

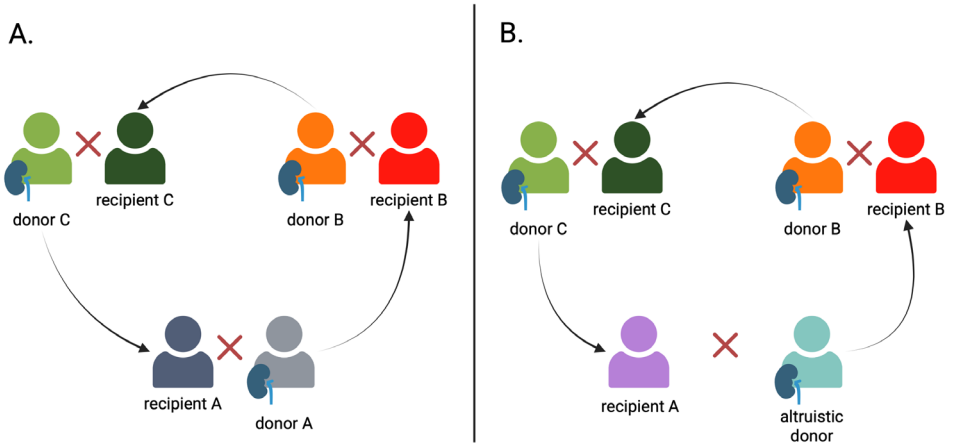


Illustration 4 : Principe d'un don croisé entre vivants. Figure 4A : Trois couples incompatibles composés de donneurs (« donor ») et de receveurs (« recipient ») peuvent former une chaîne afin de permettre un don de rein entre vivants. De telles chaînes peuvent comprendre deux paires ou plus. Figure 4B : Déroulement d'un don altruiste non dirigé. Le donneur altruiste (« altruistic donor ») forme un couple incompatible (« recipient A ») avec la personne en tête de la liste d'attente et permet ainsi la mise en place d'une chaîne de transplantation.
Created in BioRender. Hirt, P. (2026) https://BioRender.com/umh815n

programme informatique) ne signifie donc pas automatiquement que la transplantation aura lieu.

Le recours au don croisé est exclusivement réservé aux situations impliquant un donneur vivant.

En Suisse, on peut aussi donner son rein à une personne inconnue. On parle alors de don non dirigé ou altruiste. Dans ce cas, le rein est attribué à la prochaine personne figurant sur la liste d'attente. De tels dons non dirigés doivent si possible être effectués dans le programme de don d'organes croisé par des personnes vivantes. Cela signifie que la donneuse ou le donneur altruiste forme une « paire » incompatible avec la première personne sur la liste d'attente. En cas de don non dirigé ou altruiste, les donneuses et donneurs doivent accepter de ne pas rencontrer la ou le bénéficiaire et de ne pas pouvoir influer sur l'attribution de l'organe.

Steiger J, Bally Ch, Banz V, et al. Medizin-ethische Richtlinien: Lebendspende von soliden Organen. Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften SAMW. 2023. [Available from: https://www.samw.ch/de/Publikationen/Richtlinien.html]. Accessed 07.08.2025.

Ordonnance sur le programme national pour la transplantation croisée (Ordonnance sur la transplantation croisée) : RS 810.212.3 ; 2017 [Available from: https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/2017/609/de].

Examens médicaux avant le don

La sécurité des donneuses et donneurs est la première priorité. L'objectif principal des examens est de déterminer si le don représente un risque particulier pour la santé de la donneuse ou du donneur. Seules des personnes présentant un état de santé adéquat sont autorisées à faire un don.

Les examens portent sur cinq domaines principaux :

- Risque direct découlant de l'opération ;
- Examen du fonctionnement des reins et des maladies représentant un risque pour la santé ;
- Empêchement d'un transfert d'une maladie par l'organe transplanté ;
- Clarification de la compatibilité immunologique (aptitude) ;
- Clarifications psychosociales.

Informations générales

Le but et le déroulement des examens sont d'abord expliqués lors d'un entretien. Ce dernier se déroule généralement chez la ou le néphrologue traitant de la ou du bénéficiaire. La ou le néphrologue s'occupe aussi de l'inscription à la transplantation. L'entretien peut néanmoins aussi se dérouler chez la ou le médecin de famille ou dans le centre de transplantation.

Indépendamment du lieu où se déroulent les premiers entretiens et examens, au moins un entretien de clarification et une évaluation psychosociale ont lieu au centre de transplantation. Il est aussi possible que le centre de transplantation demande des examens supplémentaires. Le processus entier jusqu'au don de rein prend donc du temps et peut durer plusieurs mois.

Risque direct découlant de l'opération

Comme chaque opération, le don d'un rein présente des risques chirurgicaux ou dus à l'anesthésie. Il est néanmoins considéré comme opération à faible risque. Les risques généraux découlant de toute intervention chirurgicale sont des infections et des saignements. Des saignements inattendus peuvent être liés à des particularités anatomiques. Par conséquent, une tomodensitométrie (TDM, imagerie en coupe) ou une imagerie par résonance magnétique (IRM) est réalisée avant l'opération, afin de déterminer avec précision l'emplacement des reins, leur vascularisation ainsi que les voies urinaires. Les complications chirurgicales les plus fréquentes sont décrites plus en détail dans le chapitre « Après le don ».

Les risques de l'anesthésie sont surtout liés aux antécédents médicaux concernant le cœur et les poumons. Afin d'éviter des problèmes sérieux pour ces organes, une anamnèse détaillée est réalisée et divers examens sont faits, notamment, outre un examen médical, une radiographie du thorax et un électrocardiogramme (ECG).

En cas d'anomalies, des clarifications supplémentaires sont envisagées, par exemple une échocardiographie. Les personnes présentant des problèmes sérieux touchant le système cardio-vasculaire ne sont généralement pas autorisées à donner un organe, le risque découlant d'une opération étant trop grand.

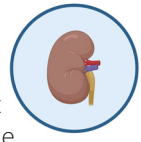
Examen de la fonction rénale et détection de maladies

Les donneuses et donneurs potentiel-el-s doivent être examiné-e-s pour évaluer la

fonction rénale et identifier la présence de maladies constituant un risque pour la santé. Diverses analyses comme des prises de sang, des imageries ou l'analyse de tissus peuvent s'avérer nécessaires pour ce faire.

Le rein gère des aspects importants du système cardio-vasculaire, notamment la tension artérielle. Les examens se concentrent par conséquent sur des facteurs augmentant la probabilité de la présence d'une maladie du système cardiovasculaire (risque cardiovasculaire) :

Fonction rénale



La fonction rénale est notamment déterminée par le taux de créatinine dans le sang. Une analyse de la perte de protéine par l'urine est aussi effectuée. En cas de fonction rénale légèrement réduite, le don d'un rein est quand même possible si le rein restant suffit pour la durée de vie attendue. Beaucoup de facteurs déterminent en fin de compte si le don est possible ou non. La décision est prise ensemble avec le centre de transplantation.

Les donneuses et donneurs potentiel-le-s souffrant de calculs rénaux sont examiné-e-s en détail, surtout pour déterminer la cause et les risques de la formation des calculs. Si le risque de formation de calculs est trop élevé, il faut parfois déconseiller de faire don d'un rein.

Hypertension



L'hypertension est l'une des causes principales de l'endommagement des reins. La tension artérielle doit par conséquent être examinée soigneusement avant le don d'un rein. Une hypertension bien contrôlée avec des médicaments et sans répercussions sur la santé (endommagement d'organes) n'est pas un critère éliminatoire pour faire don d'un rein. Cela doit néanmoins être évalué individuellement en tenant notamment compte de l'âge.

Surpoids



Un surpoids important (obésité) augmente le risque d'avoir une maladie cardio-vasculaire et d'être atteint de diabète. Les risques découlant de l'opération sont aussi plus élevés, et les reins sont mis plus fortement à contribution ce qui peut provoquer un « épuisement » plus rapide du rein restant. Avec un indice de masse corporelle de ≥30 kg/m^2, il faut évaluer individuellement si le don d'un rein est possible.

Diabète mellitus (diabète sucré)



Le diabète endommage les vaisseaux sanguins et est l'une des causes les plus fréquentes des maladies rénales. Pour les personnes atteintes de diabète mellitus de type 2, il faut bien évaluer la situation, en tenant compte de la durée, de l'ampleur de la thérapie contre le diabète, de l'équilibre glycémique ainsi que du risque cardio-vasculaire général de la donneuse ou du donneur. Les personnes atteintes de diabète mellitus de type 1 ne peuvent pas donner de rein.

Éviter la transmission de maladies

Un autre objectif des examens est d'éviter la transmission d'une maladie à la ou au bénéficiaire par le rein donné. Cela concerne d'une part les maladies infectieuses et d'autre part les cancers.

Concernant **les maladies infectieuses**, l'accent est mis sur les infections chro-

niques n'ayant pas encore provoqué de problèmes et n'étant donc pas encore connues. Les maladies suivantes sont généralement recherchées dans le sang :

- Hépatite B et C ;
- VIH ;
- Infections causées par le virus de l'herpès comme le cytomégalovirus (CMV) ou la mononucléose infectieuse (EBV) ;
- Syphilis.

D'autres infections sont recherchées en fonction des vaccins effectués, des voyages faits par le passé ou d'autres particularités. Certaines infections peuvent être un critère éliminatoire pour faire don d'un rein.

Un cancer actif constitue un critère éliminatoire pour un don de rein. Pour pouvoir exclure la présence d'un cancer, les principaux cancers sont recherchés, notamment avec les examens suivants :

- Radiographie ou tomodensitométrie du thorax ;
- Ultrason ou tomodensitométrie de l'abdomen ;
- Coloscopie pour les personnes de 50 ans et plus ;
- Analyses du sang, y c. taux de PSA pour les hommes de 50 ans et plus ;
- Examen gynécologique et/ou mammographie ;
- Évent. examen dermatologique.

Contrôle de la compatibilité immunologique

L'un des examens médicaux les plus importants est le contrôle de la compatibilité immunologique entre la donneuse ou le donneur et la ou le bénéficiaire. Cela englobe la détermination du groupe sanguin (système AB0) et le typage tissulaire (système HLA). Le facteur Rhésus ne doit en revanche pas être pris en compte.

Le **groupe sanguin** est déterminé par les structures (antigènes) sur les globules rouges. L'illustration 5 montre les groupes sanguins compatibles. Aujourd'hui, il est possible de transplanter un rein même si la donneuse ou le donneur et la ou le bénéficiaire ne possèdent pas le même groupe sanguin. Une telle transplantation dite AB0 incompatible nécessite néanmoins une préparation spéciale.



Illustration 5 : Compatibilité des différents groupes sanguins
Created in BioRender. Hirt, P. (2026) https://BioRender.com/t8ajxz7

Système HLA : les globules rouges ne sont pas les seuls à posséder des structures de surface, c'est le cas de toutes les cellules du corps. Appelées HLA (Human Leukocyte Antigens), elles aident le système immunitaire à faire la différence entre les cellules endogènes et exogènes. Les caractéristiques des HLA sont déterminées dans le sang de la donneuse ou du donneur et de la ou du bénéficiaire. De plus, des anticorps contre les HLA de la donneuse ou du donneur sont recherchés dans le sang de la ou du bénéficiaire. Cela permet de déterminer s'il existe un risque accru de rejet.

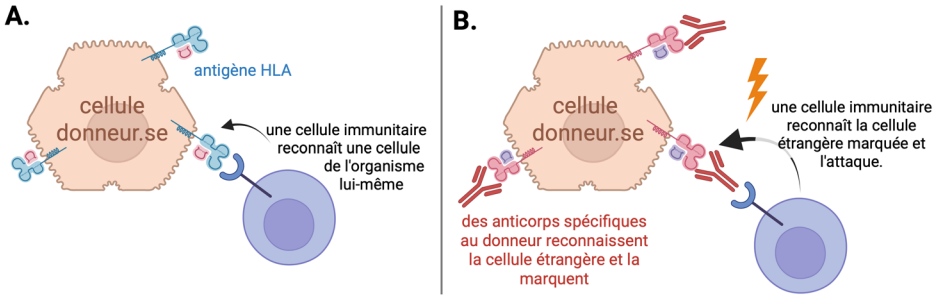


Illustration 6 : Présentation simplifiée de la réaction de rejet. Illustration 6A : Les cellules immunitaires reconnaissent les cellules endogènes grâce aux antigènes HLA. Illustration 6B : Les cellules de la donneuse ou du donneur possèdent d'autres antigènes HLA. Des anticorps contre ceux-ci peuvent exister. Ces anticorps se fixent sur les antigènes HLA et les marquent. Les cellules immunitaires reconnaissent les cellules marquées comme exogènes et les attaquent. Cette attaque provoque la réaction de rejet du nouvel organe.
Created in BioRender. Hirt, P. (2026) https://BioRender.com/jsvw1x6

Le système immunitaire reconnaît généralement l'organe transplanté comme corps étranger et l'attaquerait et le rejetterait sans traitement. C'est la raison pour laquelle les bénéficiaires doivent prendre pendant toute leur vie des médicaments inhibant le système immunitaire (immunosuppression). Ces médicaments sont nécessaires pour protéger l'organe donné et pour minimiser le risque de rejet. Les jumeaux monozygotes sont la seule exception : aucune immunosuppression n'est nécessaire dans leur cas. L'illustration 6 montre la réaction de rejet de manière simplifiée.

Examen psychosocial

Le don d'un rein de son vivant n'a pas seulement des répercussions sur le corps, mais aussi sur le psychisme et sur la situation sociale. Un examen psychosocial réalisé par une ou un spécialiste (psychiatre ou psychologue) est par conséquent exigé en Suisse. Il s'agit de contrôler si la donneuse ou le donneur a compris les risques du don d'un rein, si le don est effectué volontairement, si la décision a été prise en toute connaissance de cause et si la personne présente une stabilité psychique et sociale suffisante.

L'examen psychosocial comprend notamment les points suivants :

- Capacité de discernement ;
- Motivation à donner un rein de son vivant ;
- Relation et dépendance envers la ou le bénéficiaire ;
- Antécédents psychosociaux et gestion des situations de stress jusqu'alors ;
- Processus de la prise de décision ;
- Situation personnelle actuelle.

L'examen psychosocial permet à la donneuse ou au donneur de formuler ses craintes et de mentionner des conflits. Il est tout à fait normal d'avoir des incertitudes et d'hésiter à donner un organe de son vivant, et il est important d'exprimer ses hésitations lors de cet examen. La relation avec la ou le bénéficiaire peut aussi être marquée par des attentes ou une pression émotionnelle. De tels sentiments doivent être abordés ouvertement lors de l'exa-

men, car le don d'un rein de son vivant est un acte définitif, et il n'est pas possible de revenir en arrière.

Plusieurs entretiens peuvent s'avérer nécessaires dans le cadre de l'examen. Dans certains cas, des informations supplémentaires peuvent aussi être demandées p. ex. auprès de la ou du médecin de famille avec l'accord de la donneuse ou du donneur. Il s'agit en particulier de contrôler que la décision de la donneuse ou du donneur est volontaire et qu'elle ou il ne se sent pas sous pression. Les donneuses et donneurs peuvent revenir à tout moment sur leur décision au cours du processus, sans donner de raisons.

La santé et le bien-être psychique de la donneuse ou du donneur est toujours au centre des préoccupations. Si le risque existe que la santé psychique soit altérée par le don, ce dernier est déconseillé.

Si nécessaire, un soutien psychologique peut être proposé, pendant ou après la prise de décision.

Une maladie psychique n'est pas forcément un critère d'exclusion pour le don d'un organe. Dans un tel cas, il faut contrôler soigneusement si la capacité de discernement est influencée par la maladie et évaluer la stabilité de la situation psychosociale globale.

Loi fédérale sur la transplantation d'organes, de tissus et de cellules (Loi sur la transplantation) : RS 810.21 ; 2004 [Available from: https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/2007/279/de].

Claisse G, Gaillard F, Mariat C. Living Kidney Donor Evaluation. Transplantation. 2020 Dec;104(12):2487-2496.

Klein J, Sato A. The HLA system. First of two parts. N Engl J Med. 2000 Sep 7;343(10):702-9.

Klein J, Sato A. The HLA system. Second of two parts. N Engl J Med. 2000 Sep 14;343(11):782-6.

Lentine KL, Kasiske BL, Levey AS, et al. KDIGO Clinical Practice Guideline on the Evaluation and Care of Living Kidney Donors. Transplantation. 2017;101(8S Suppl 1):S1-S109.

Ludwig G, Geiger I, Götzmann L, et al. Differences Between Centers in Psychosocial Evaluations for Living Kidney Donors Do Not Influence Outcome: Results From an Observational Multicenter Study. Transplant Direct. 2022 Nov 4;8(12):e1400.

Steiger J, Bally Ch, Banz V, et al. Medizin-ethische Richtlinien: Lebendspende von soliden Organen. Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften SAMW. 2023. [Available from: https://www.samw.ch/de/Publikationen/Richtlinien.html]. Accessed 07.08.2025.

Ordonnance sur la transplantation d'organes, de tissus et de cellules (Ordonnance sur la transplantation) : RS 810.211 ; 2007 [Available from: https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/2007/280/de].

Le don

Planification de l'opération

Si toutes les conditions sont remplies, le don du rein peut être planifié. Il est normal que des doutes surgissent après les examens. Quel que soit le moment au cours duquel des incertitudes surgissent, toute l'équipe de transplantation prend volontiers le temps d'en discuter ouvertement. La donneuse ou le donneur peut refuser le don à tout moment sans donner d'explications, aussi une fois que les examens sont terminés.

Le déroulement détaillé de l'opération est planifié dans le cadre des examens. Avec des imageries, on détermine quel rein convient le mieux pour le don. Les reins sont examinés pour ce faire, mais aussi les vaisseaux sanguins, les uretères et les structures environnantes. On examine également s'il des variations doivent être prises en compte pendant l'opération.

En règle générale, c'est le rein gauche qui est prélevé chez le donneur ou la donneuse, sauf si des considérations médicales ou anatomiques conduisent à privilégier le rein droit. En effet, la veine rénale gauche est un peu plus longue, ce qui facilite la transplantation. Le rein est transplanté avec ses artères, ses veines et l'uretère, afin de pouvoir connecter les vaisseaux et l'uretère aux organes de la ou du bénéficiaire (Illustration 7).

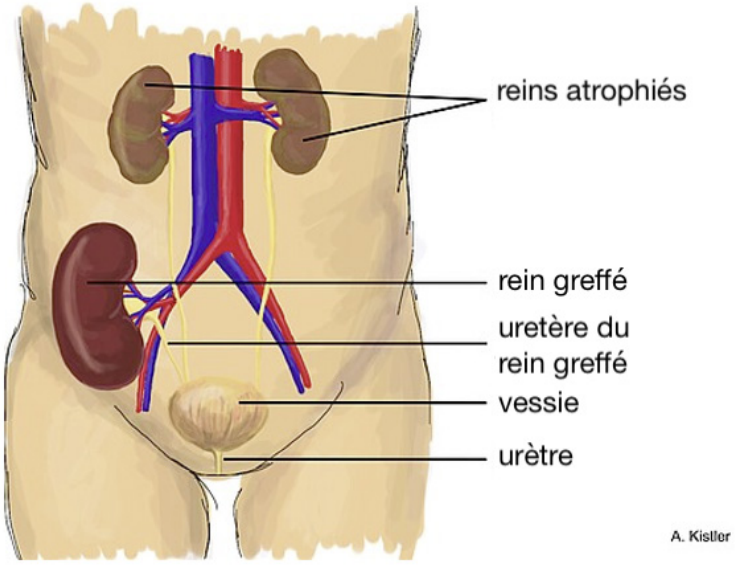


Illustration 7 : Lors de la transplantation, le rein donné est placé dans le bas-ventre par une intervention chirurgicale et connecté aux artères et veines du bassin de la ou du bénéficiaire. L'uretère du rein transplanté est introduit dans la vessie.
Illustration de A. Kistler, avec son aimable autorisation.

Les glandes surrénales se situent au bord supérieur du rein. Ces petits organes produisent des hormones comme l'adrénaline et le cortisol. Ils ne sont pas connectés aux reins et restent dans le corps de la donneuse ou du donneur.

Claisse G, Gaillard F, Mariat C. Living Kidney Donor Evaluation. Transplantation. 2020 Dec;104(12):2487-2496.

Lentine KL, Kasiske BL, Levey AS, et al. KDIGO Clinical Practice Guideline on the Evaluation and Care of Living Kidney Donors. Transplantation. 2017;101(8S Suppl 1):S1-S109.

Déroulement de l'opération

Le prélèvement du rein (néphrectomie) dure entre deux et trois heures (plus longtemps dans certains cas) et est réalisé sous anesthésie générale. Selon le centre de transplantation, l'hospitalisation a lieu la veille de l'opération ou le matin du jour de l'opération.

Les détails relatifs à l'anesthésie et à la technique chirurgicale sont individuels et doivent être discutés avec l'équipe chirurgicale (anesthésiste et chirurgienne/chirurgien). Nous nous limitons ici à donner un aperçu sommaire du déroulement de l'opération.

En général, le prélèvement du rein a lieu par laparoscopie (chirurgie par le « trou de la serrure »). La plupart des incisions sont petites (0.5- 1.2 cm), et seule une incision un peu plus grande est nécessaire (8- 10 cm). Le rein est sorti du corps par celle-ci. Cette technique peu invasive est privilégiée, car les cicatrices sont plus petites, les douleurs ou les maux de ventre sont plus faibles et la donneuse ou le donneur récupère plus rapidement après l'opération. L'illustration 8 montre l'emplacement des incisions.

Le prélèvement du rein peut aussi être réalisé par un robot chirurgical (Da Vinci). Il s'agit là-aussi d'une laparoscopique (chirurgie par le « trou de la serrure »), à la différence que la chirurgienne ou le chirurgien ne tient pas les instruments dans ses mains, mais les pilote par une console, et que ce sont les bras du robot qui tiennent les instruments. Le robot peut aider à travailler de manière encore plus précise. Pour la donneuse ou le donneur, l'utilisati-

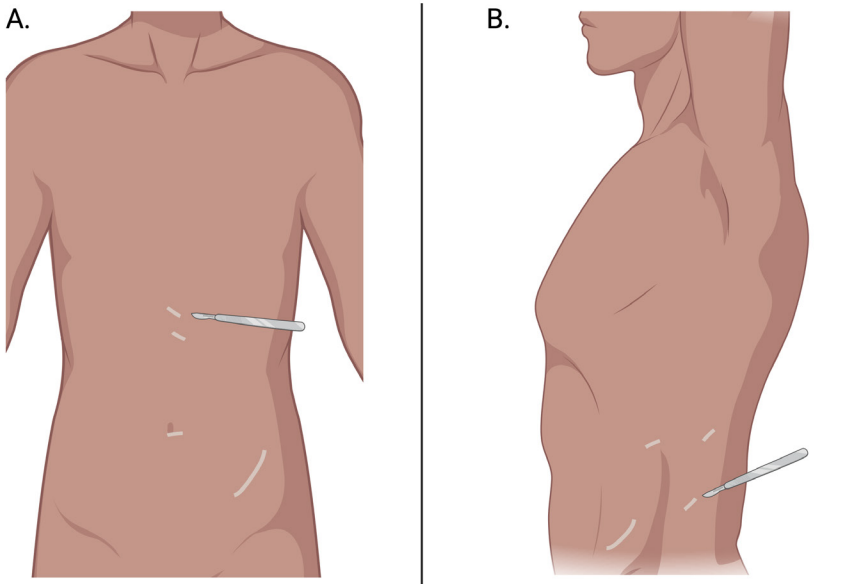


Figure 8 : Incisions cutanées pour un don du rein gauche chez un donneur vivant, selon l'approche laparoscopique classique (A) et l'approche rétropéritonéale (B). Dans cette technique mini-invasive, quatre incisions cutanées sont pratiquées pour les instruments. L'une de ces petites incisions (sur le côté de la crête iliaque) est élargie pour permettre le prélèvement du rein, ce qui donne une incision d'environ 8 cm.
Created in BioRender. Hirt, P. (2026) https://BioRender.com/v4mcwag

on ou non d'un robot ne fait pas de grande différence. Cette méthode n'est pas utilisée dans tous les centres de transplantation.

Une opération ouverte nécessite une incision plus grande et n'est généralement utilisée aujourd'hui que s'il y a des complications pendant l'intervention chirurgicale.

Après l'incision, la ou le chirurgien avance soigneusement jusqu'au rein. Le rein est dégagé, l'uretère est localisé et les vaisseaux sont séparés. Pendant et après le prélèvement, les éventuels saignements sont stoppés et les diverses couches de tissus sont recousues soigneusement.

Directement après le prélèvement, le rein est rincé avec un liquide spécial et placé sur de la glace. La ou le bénéficiaire se trouve souvent déjà dans une autre salle d'opération afin que le rein ne reste que brièvement sans irrigation sanguine. Dès que l'équipe de transplantation a tout préparé, le rein peut être transplanté. L'artère et les veines du rein sont connectées aux vaisseaux du bassin correspondants, alors que l'uretère est directement connecté à la vessie.

Après l'opération, la donneuse ou le donneur est surveillé/e pendant un court moment dans la salle de réveil et amené ensuite dans la division normale. La plaie chirurgicale peut causer des douleurs les premiers jours, et un traitement avec des analgésiques peut s'avérer nécessaire. La plupart des donneuses et donneurs sont de nouveau mobiles, peuvent s'alimenter normalement et n'ont plus besoin de prendre des médicaments après deux à trois jours.

Le séjour à l'hôpital dure généralement trois à cinq jours. Il est interdit de porter des charges lourdes (>5 kg) pendant six semaines après l'opération. Presque toutes les donneuses et tous les donneurs peuvent reprendre le travail après six à huit semaines, mais beaucoup de personne peuvent retravailler plus tôt. La reprise du travail se fait parfois de manière échelonnée jusqu'à ce que le taux d'activité initial soit de nouveau atteint. En cas de travail physique exigeant, l'incapacité de travail peut durer jusqu' à trois ou quatre mois.

Un premier contrôle est effectué entre quatre et six semaines après l'opération dans le centre de transplantation. Ensuite, des contrôles de suivi sont organisés pendant toute la vie des donneuses et donneurs par le Registre suisse de santé des donneurs vivants d'organes (SOL-DHR).

Brügger C, Hunkeler Z, Diebold M, et al. Early Complications in Kidney Donors and Course of Health-related Quality of Life 12 mo After Donation: An Analysis of the Swiss Organ Living-Donor Health Registry. Transplant Direct. 2024 Oct 10;10(11):e1716.

Claisse G, Gaillard F, Mariat C. Living Kidney Donor Evaluation. Transplantation. 2020 Dec;104(12):2487-2496.

Lentine KL, Kasiske BL, Levey AS, et al. KDIGO Clinical Practice Guideline on the Evaluation and Care of Living Kidney Donors. Transplantation. 2017;101(8S Suppl 1):S1-S109.

Après le don

Vivre après le don d'un rein

Risques du don d'un rein

Le don d'un rein est une intervention chirurgicale, et des complications peuvent survenir. Nous mentionnons ici les complications les plus fréquentes et les plus importantes. Il n'est pas possible d'établir une liste exhaustive de tous les risques.

Les données relatives aux risques proviennent de diverses analyses de données de personnes ayant donné un rein entre 1998 et 2022 en Suisse.

Risques découlant de l'opération

Mortalité (risque de décéder)

Selon des études internationales, le risque de décéder pendant ou juste après le don d'un rein s'élève à environ 0.02 à 0.03%. Cela équivaut à un décès sur 3000 dons. Un seul décès a été documenté en Suisse jusqu'à présent pour près de 3000 dons d'un rein par des personnes vivantes (données du SOL-DHR, 2025).

Morbidité (risque de tomber malade)

Des complications surgissent dans moins de 20% des cas après l'opération en Suisse (Illustration 9). Il s'agit généralement de cas légers pouvant être traités avec des médicaments et n'ayant pas de conséquences durables. Des complications graves n'ont été enregistrées qu'auprès de 2% des donneuses et donneurs. Une complication est considérée comme grave si elle nécessite soit une nouvelle intervention chirurgicale, soit un séjour aux soins intensifs.

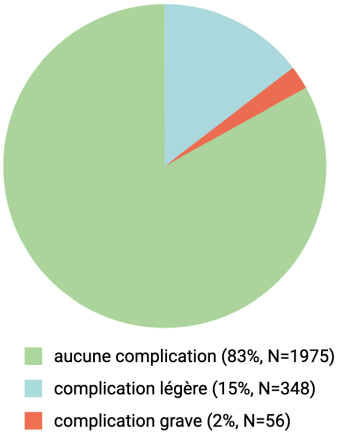


Illustration 9 : Complications après le don d'un rein en Suisse (données du SOL-DHR)
Created with BioRender.com

Les complications légères les plus fréquentes après l'opération sont les suivantes :

- **Problèmes urogénitaux :** des cystites ou une rétention urinaire surviennent auprès de 5% des donneuses et donneurs. La cystite touche un peu plus fréquemment les donneuses d'un certain âge (>70 ans) et peut être traitée avec des antibiotique. La rétention urinaire est plus fréquente chez les hommes et chez les personnes d'un certain âge (>70 ans). Elle est traitée avec un cathéter urinaire ;
- **Complications des plaies :** parmi les complications des plaies, citons les infections de plaies, les hématomes d'une certaine taille ou les problèmes de ci-

catrisation. De telles complications surviennent auprès de 2.7% des donneuses et donneurs. Les infections peuvent généralement être traitées avec des antibiotiques. Moins de 1% des donneuses et donneurs ont besoin d'une transfusion de sang à cause d'un hématome ou de la perte de sang pendant l'opération ;

- Problèmes psychologiques : près de 2% des donneuses et donneurs indiquent avoir une humeur dépressive ou de l'anxiété après le don. Dans de tels cas, les personnes concernées devraient s'annoncer rapidement auprès du centre de transplantation ou du registre SOL-DHR ;
- Douleurs : 1.8% des donneuses et donneurs indiquent ressentir une douleur atteignant la note 7 ou plus sur une échelle de 0 à 10 à leur sortie de l'hôpital (échelle visuelle analogique). Soulignons que 0/10 correspond à une aucune douleur, alors que 10/10 est la pire douleur imaginable. Ces douleurs peuvent généralement être traitées avec les analgésiques habituels ;
- Autres infections : 1.6% des donneuses et donneurs sont victimes d'autres infections après l'opération (p. ex. pneumonie) pouvant aussi être traitées avec des antibiotiques ;
- Autres complications : parmi les complications légères, citons aussi les problèmes digestifs, de fortes nausées accompagnées de vomissements, des complications dues à la position (p. ex. douleurs de dos ou stimulation nerveuse temporaire), les complications liées à l'anesthésie, les réactions allergiques de la peau, etc. La fréquence de ces complications se situe au-dessous de 1%.

Les **complications graves** les plus fréquentes après le don d'un rein sont les suivantes :

- Saignements importants : des saignements importants pendant ou après l'opération surviennent chez 0.8% des donneuses et donneurs. Ces saignements sont stoppés directement pendant l'opération. Si le saignement survient après l'opération, il faut généralement procéder à une nouvelle intervention chirurgicale pour le stopper. Des transfusions sont aussi nécessaires selon la quantité de sang perdu ;
- Blessure des voies lymphatiques : la lymphe est un liquide laiteux qui circule dans tous le corps, comme le sang. Si les voies lymphatiques ouvertes pendant l'opération ne sont pas suffisamment refermées, du liquide lymphatique peut s'écouler et s'accumuler. Des telles accumulations surviennent chez 0.4% des donneuses et donneurs. Cette accumulation de liquide peut être éliminée avec un drainage (avec un tuyau). Une nouvelle opération est parfois nécessaire ;
- Blessure d'organes internes : des blessures d'organes internes (généralement l'intestin) surviennent chez 0.3% des donneuses et donneurs ;
- Pneumothorax : un collapsus pulmonaire (pneumothorax) survient chez 0.2% des donneuses et donneurs. Un pneumothorax est provoqué par l'accumulation d'air entre le poumon et la paroi thoracique et peut être traité par un drainage des poumons ;
- Hernie : la cicatrice de l'opération peut fragiliser la paroi abdominale. Une hernie cicatricielle survient chez 0.2% des donneuses et donneurs après l'opéra-

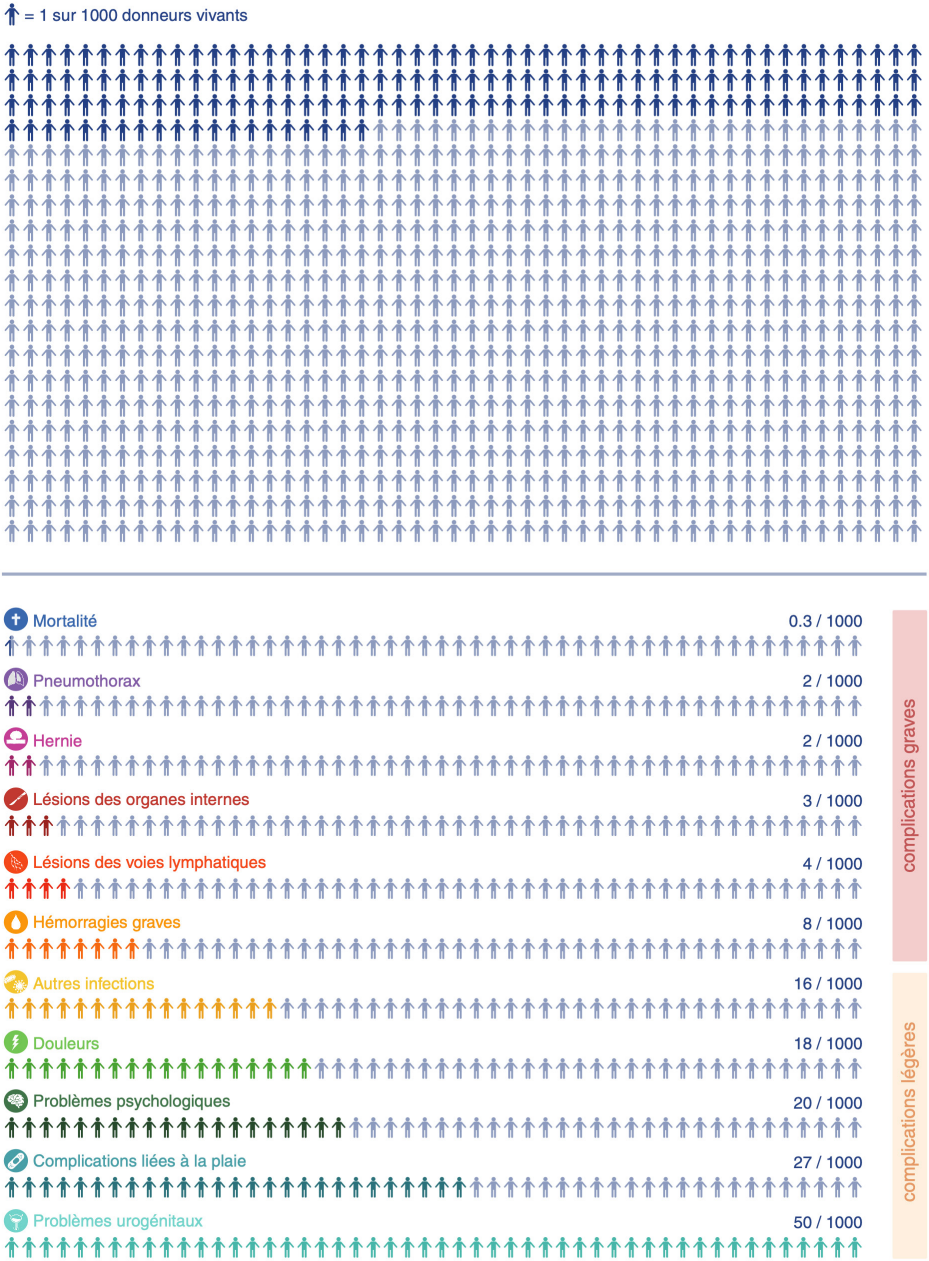


Illustration 10 : Fréquence des différentes complications après le don d'un rein par une personne vivante en Suisse (données du SOL-DHR).

Created in BioRender. Hirt, P. (2026) https://BioRender.com/z7y8wyk

tion. Une partie de l'intestin ou des tissus sont pressés vers l'extérieur à travers cette zone de faiblesse. Une hernie cicatricielle se signalise par une protubérance sous la cicatrice et doit généralement être opérée.

Quelques rares cas de douleurs incessantes, de problèmes de cicatrisation ou d'adhérences dans le ventre ont été enregistrés. Des irritations des nerfs à long terme sont aussi possibles. L'illustration 10 résume visuellement les principales complications.

Complications à long terme

Fonction rénale

Une année après le don d'un rein, la fonction rénale atteint environ 60 à 70% du rendement avant le don. C'est le taux attendu avec un seul rein. Notons qu'il correspond à une très bonne fonction rénale. Cette dernière reste généralement stable à long terme. Le rein restant s'adapte et peut partiellement augmenter son rendement. Il existe des différences individuelles en fonction de l'âge, du poids ou encore de la tension artérielle.

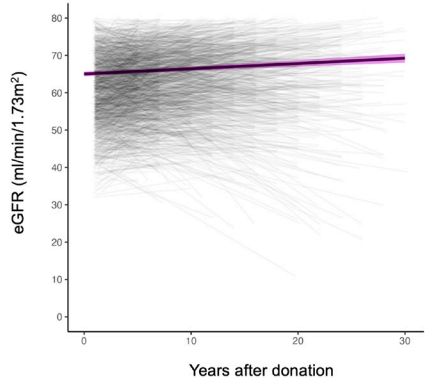


Illustration 11 : Courbe de la fonction rénale après le don. La ligne épaisse violette montre la fonction rénale stable de la majorité des donneuses/donneurs pendant plusieurs années (données du SOL-DHR).
Krättli J, Buess D, Flohr M, et al. Long Term Outcomes in Living Kidney Donors Over 30 Years. Kidney Int Rep. 2026 Jul 2;11(9):106690.

De manière générale, le risque que la fonction rénale diminue fortement plus tard est faible (<1%), et le nombre de donneuses et donneurs ayant besoin d'une dialyse est encore plus faible : 5 donneuses et donneurs sur 2987 sont concerné-e-s en Suisse (0.2% ou 2 donneuses/donneurs sur 1000). En outre, cela survient à un âge avancé (>80 ans) et souvent beaucoup d'années après le don (20 ans après en moyenne).

Protéinurie

Une protéinurie élevée signifie qu'une quantité trop importante de protéine est éliminée dans l'urine et peut indiquer que le rein est endommagé. Une protéinurie élevée est aussi considérée comme facteur de risque indépendant pour les maladies cardio-vasculaires (p. ex. infarctus ou accident vasculaire cérébral). Il n'est pas encore clair si une protéinurie élevée chez les donneuses et donneurs sans antécédents médiaux a la même importance que chez les patientes et patients avec des antécédents comme de l'hypertension ou du diabète.

0.8% des donneuses et donneurs présentaient une protéinurie élevée après une année. Ce taux s'élève à 1% après 10 ans. Une étude à long terme avec les données de 1863 donneuses et donneurs d'un rein du registre et avec une durée moyenne d'observation de 12 ans a montré qu'une protéinurie élevée n'est survenue que plus de 10 ans après le don chez la plupart des donneuses et donneurs. Les hommes et les personnes âgées ainsi que les personnes victimes d'hypertension après le don présente un risque accru, mais pas les personnes obèses.

Hypertension

Une étude réalisée au Canada et en Australie qui a été publiée récemment montre que les personnes ayant donné un rein ne présentent pas de risque nettement plus élevé d'avoir de l'hypertension à long terme. L'étude a observé plus de 900 donneuses et donneurs ainsi qu'un groupe de comparaison possédant un état de santé similaire pendant plusieurs années. Le nombre de personnes développant de l'hypertension était le même dans les deux groupes (17%). Cela montre que le don d'un rein ne fait pratiquement pas augmenter le risque d'avoir de l'hypertension.

Les données du registre SOL-DHR montrent qu'env. 20% des donneuses et donneurs d'un rein développent de l'hypertension après sept ans en moyenne. L'hypertension était combinée à un risque accru de protéinurie. La durée d'observation du SOL-DHR était nettement plus longue que celle de l'étude précitée.

Selon la dernière Enquête suisse sur la santé de 2023 (Office fédéral de la statistique), près de 20% de la population avaient de l'hypertension. C'est une maladie très courante qui peut être bien traitée avec des médicaments. L'important est de la reconnaître suffisamment tôt.

En cas d'hypertension après le don d'un rein, une grande vigilance est importante afin de protéger le rein restant. L'hypertension à long terme constitue un facteur de risque cardio-vasculaire et endommage les vaisseaux sanguins, tant les petits vaisseaux dans le rein restant que les grands vaisseaux ce qui peut provoquer un infarctus du myocarde ou du cerveau.

Obésité et diabète

Les donneuses et donneurs en surpoids (BMI ≥30 kg/m^2) avant le don présentent un risque légèrement plus élevé de développer un diabète mellitus (diabète sucré). L'évolution du poids après le don est néanmoins indépendante de l'âge ainsi que du poids avant le don. Une prise de poids après le don peut accroître légèrement la tension artérielle, mais ne provoque pas forcément de l'hypertension. Un important surpoids (BMI ≥40 kg/m^2) et un diabète sont généralement des contre-indications pour le don d'un rein, ces maladies pouvant avoir des répercussions négatives sur le rein restant (développement d'une protéinurie accrue ou accélération de la dégradation de la fonction rénale). Aucun lien n'a néanmoins été démontré jusqu'à maintenant entre le surpoids et les maladies cardio-vasculaires après le don d'un rein. La question de savoir si une personne en surpoids ou exceptionnellement même diabétique peut être apte à donner un rein est toujours analysée dans le contexte global. Cela vaut aussi pour les personnes présentant un risque accru de développer un diabète.

Fatigue

La première année après le don, environ 8% des donneuses et donneurs indiquent ressentir une plus grande fatigue. Cela s'améliore généralement avec le temps, et seules 1.5% des personnes se plaignent encore de la fatigue après cinq ans. Les raisons de cette fatigue et la question de savoir si elle est véritablement liée au don de rein restent à clarifier.

Les données du registre allemand des dons de rein (SoLKiD) montrent que la fatigue peut d'abord augmenter après le don de rein, surtout l'épuisement mental

(psychique). Après un an, près de 18% des donneuses et donneurs se plaignent de la fatigue générale et environ 28% d'un épuisement mental. Une partie des personnes ressentent de la fatigue à plus long terme, surtout celles qui était stressées ou déjà fatiguées avant le don.

Bien-être et santé psychique après le don d'un organe

Des études montrent que la grande majorité des donneuses et donneurs estiment avoir pris la bonne décision à long terme et ne regrettent pas leur don. Selon une mise en valeur actuelle des données suisses, 96.5% des personnes ont indiqué une année après le don qu'elles prendraient la même décision. Beaucoup de donneuses et de donneurs indiquent, de plus, être en très bonne santé après plusieurs années.

Il est important de savoir que la situation après le don d'un rein peut évoluer de manière très individuelle. Dans certains cas, la santé physique ou psychique peut être altérée provisoirement ou à plus long terme. La santé psychique est souvent évaluée comme étant moins bonne en cas de dégradation de la relation émotionnelle avec la ou le bénéficiaire après le don. D'autres facteurs comme le stress psychique avant le don, un faible soutien social ou des complications inattendues des deux côtés (p. ex. échec de la greffe ou décès du receveur) peuvent aussi jouer un rôle.

Les données du registre allemand des dons de rein (SoLKiD) montrent un tableau similaire. La qualité de vie liée à la santé est élevée avant le don et reste globalement stable après. En même temps, les données collectées jusqu'à 12 mois après le don indiquent que des changements de la santé physique et psychique ne disparaissant pas entièrement sont possibles. Une baisse de la vitalité peut notamment perdurer un an après le don, et une augmentation de la fatigue et des problèmes physiques a aussi été observée.

Si des problèmes physiques ou psychiques surviennent après un don de rein, nous recommandons de se faire aider. Un soutien peut si nécessaires être organisé par les centres de transplantation ou par le SOL-DHR.

Brügger C, Hunkeler Z, Diebold M, et al. Early Complications in Kidney Donors and Course of Health-related Quality of Life 12 mo After Donation: An Analysis of the Swiss Organ Living-Donor Health Registry. Transplant Direct. 2024 Oct 10;10(11):e1716.

Office fédéral de la statistique. Enquête suisse sur la santé : maladies cardiovasculaires. Office fédéral de la statistique OFS. 2023. [Available from: https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/gesundheitszustand/krankheiten/herz-kreislauf-erkrankungen.html]. Accessed 21.07.2026.

Cazauvieilh V, Moal V, Prudhomme T, et al. Psychological Impact of Living Kidney Donation: A Systematic Review by the EAU-YAU Kidney Transplant Working Group. Transpl Int. 2023 Nov 24;36:11827.

Hadjianastassiou VG, Johnson RJ, Rudge CJ, Mamode N. 2509 living donor nephrectomies, morbidity and mortality, including the UK introduction of laparoscopic donor surgery. Am J Transplant 2007;7(11):2532-7.

Krättli J, Buess D, Diebold M, et al. Metabolic risk after living kidney donation: an analysis of the Swiss Organ Living-Donor Health Registry. Swiss Med Wkly 2025;155:4513

Lentine KL, Lam NN, Segev DL. Risks of Living Kidney Donation: Current State of Knowledge on Outcomes Important to Donors. Clin J Am Soc Nephrol. 2019;14(4):597-608.

Massey EK, Rule AD, and Matas AJ. Living Kidney Donation: A Narrative Review of Mid- and Long-term Psychosocial Outcomes. Transplantation 2025;109(2):259-272.

Matas AJ, Bartlett ST, Leichtman AB, Delmonico FL. Morbidity and mortality after living kidney donation, 1999-2001: survey of United States transplant centers. Am J Transplant 2003;3(7):830-4.

Ralph AF, Butow P, Hanson CS, et al. Donor and Recipient Views on Their Relationship in Living Kidney Donation: Thematic Synthesis of Qualitative Studies. Am J Kidney Dis. 2017 May;69(5):602-616.

Sanchez OA, Ferrara LK, Rein S, et al. Hypertension after kidney donation: Incidence, predictors, and correlates. Am J Transplant. 2018 Oct;18(10):2534-2543.

Segev DL, Muzaale AD, Caffo BS, et al. Perioperative mortality and long-term survival following live kidney donation. JAMA. 2010 Mar 10;303(10):959-66.

Soliman KM, Daoud A, Posadas Salas MA, et al. Accepting Living Kidney Donors with Preexisting Diabetes Mellitus: A Perspective on the Recent OPTN Policy Change-July 2022. Clin J Am Soc Nephrol. 2023 Jan 1;18(1):127-129.

Steiger J, Bally Ch, Banz V, et al. Medizin-ethische Richtlinien: Lebendspende von soliden Organen. Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften SAMW. 2023. [Available from: https://www.samw.ch/de/Publikationen/Richtlinien.html]. Accessed 07.08.2025.

Suwelack B, Berger K, Wolters H, et al. SoLKiD study group. Results of the prospective multicenter SoLKiD cohort study indicate bio-psycho-social outcome risks to kidney donors 12 months after donation. Kidney Int. 2022 Mar;101(3):597-606.

Thiel GT, Nolte C, Tsinalis D, et al. Investigating kidney donation as a risk factor for hypertension and microalbuminuria: findings from the Swiss prospective follow-up of living kidney donors. BMJ Open. 2016;6(3):e010869.

Vie quotidienne

Activité sportive

La vie sociale ne doit pas être altérée par le don. La reprise du travail a déjà été décrite. Quant aux activités sportives, elles peuvent généralement être reprises un a deux mois après l'intervention chirurgicale, alors qu'une activité physique plus légère peut être possible plus tôt.

Alimentation

Aucun régime alimentaire particulier n'est requis après un don de rein. Il est toutefois recommandé de suivre une alimentation équilibrée, variée, fraîche et peu transformée, pauvre en sel, en sucres ou en graisses, et d'éviter une prise de poids excessive. La pratique régulière d'une activité physique et l'arrêt du tabac contribuent au maintien d'une bonne santé.

Médicaments

À l'exception des analgésiques administrés à court terme après l'opération, les personnes qui donnent un rein n'ont généralement pas besoin de médicaments supplémentaires. Il faut faire attention avec les médicaments pouvant avoir un effet négatif sur les reins (néphrotoxicité), et un traitement de longue durée avec de telles substances doit être évité. En cas d'incertitudes, il est recommandé de contacter le centre de transplantation ou le SOL-DHR.

Il convient notamment de mentionner les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) qui ont aussi un effet analgésique. Parmi les substances actives utilisées dans ces médicaments, citons l'acide méfénamique, l'ibuprofène et le diclofénac (noms commerciaux : Ponstan®, Brufen®, Irfen® ou Voltaren®). Ces substances peuvent avoir un effet négatif sur les reins si elles sont utilisées pendant une longue période, et il est recommandé d'y renoncer si possible à long terme. En cas de bon fonctionnement des reins, ils peuvent être utilisés pendant une période limitée (règle générale : pas plus de 5 jours). Les analgésiques contenant du paracétamol (Dafalgan®, Panadol®) ou du métamizole (Novalgin®) ne sont pas dangereux pour les reins et doivent être privilégiés.

Grossesse

Une grossesse est tout à fait possible après un don de rein. Les études montrent une légère augmentation du risque de certaines complications, notamment l'hypertension, la prééclampsie et le diabète gestationnel. Malgré cela, le pronostic global de la grossesse reste très bon et il n'a pas été observé d'augmentation significative du risque de fausse couche, d'accouchement prématuré ou de retard de croissance.

Le don de rein ne peut pas être réalisé pendant une grossesse. Chez les femmes en âge de procréer, le désir de grossesse doit être pris en considération lors de l'évaluation du don. Dans la mesure du possible, il est recommandé de réaliser les projets de grossesse avant le don de rein.

En cas de grossesse après le don, il est important d'informer le ou la gynécologue du don de rein afin de bénéficier d'un suivi adapté.

Garg A, Immaculate N, McArthur E, et al. Gestational hypertension and preeclampsia in living kidney donors. NEJM 2015 ; 372(2):124-133.

Lentine KL, Kasiske BL, Levey AS, et al. KDIGO Clinical Practice Guideline on the Evaluation and Care of Living Kidney Donors. Transplantation 2017;101(8S Suppl 1):S1-S109.

Matas AJ, Rule AD. Long-term Medical Outcomes of Living Kidney Donors. Mayo Clin Proc 2022; 97(11):2107-2122.

Pippias M, Skinner L, Noordzij M, et al. Pregnancy after living kidney donation, a systematic review of the available evidence, and a review of the current guidance. Am J Transplant 2022; 22(10):2360-2380.

Contrôle à long terme des donneuses et donneurs d'un organe de leur vivant

Selon la loi fédérale sur la transplantation, les donneuses et donneurs d'organes ont droit à des contrôles de suivi. Ces derniers sont organisés par le SOL-DHR dès le premier contrôle annuel.

Objectifs des contrôles de suivi

Les contrôles de suivi visent à assurer que la santé des donneuses et donneurs n'est pas influencée négativement par le don. C'est la condition pour pouvoir justifier le don d'un organe par une personne vivante. Les contrôles de suivi ont lieu à une fréquence régulière afin de détecter d'éventuels problèmes à l'avance, notamment s'ils sont liés au don d'un organe.

Objectifs :

- Reconnaissance précoce des problèmes de santé après le don ;
- Information des donneuses et donneurs ainsi que des médecins traitant-e-s des éventuelles anomalies et recommandations de thérapies ;
- Contrôle de l'évolution de la santé ;
- Mise en valeur des données sur le long terme pour améliorer le processus du don d'un organe par une personne vivante, notamment pour l'information sur les risques possibles.

Registre suisse de santé des donneurs vivants d'organes (SOL-DHR)

Le registre national SOL-DHR s'occupe du suivi des personnes ayant donné un rein ou une partie du foie en Suisse sur mandat de la Confédération. Son siège se trouve à Bâle, mais il suit les donneuses et donneurs vivant-e-s d'organes des six centres de transplantation suisses. Seules les donneuses et donneurs vivant-e-s d'un rein étaient enregistré-e-s au début ; depuis 2008, les donneuses et donneurs d'une partie du foie le sont aussi. À la fin 2025, le registre comptait 2988 donneuses et donneurs d'un rein et 78 donneuses et donneurs d'une partie du foie.

À côté de l'organisation des contrôles de suivi et de la mise en valeur des données sur le long terme, le SOL-DHR assume aussi la fonction d'interlocuteur pour les donneuses et donneurs. Les personnes qui envisagent de faire un don peuvent également s'adresser à tout moment au SOL-DHR et lui poser leurs questions.

Les donneuses et donneurs d'un rein doivent consentir par écrit à leur inscription dans le SOL-DHR. L'autorisation est demandée par les centres de transplantation et transmise au SOL-DHR. Lors de l'inscription dans le registre national, il est aussi indiqué si l'utilisation des données personnelles à des fins scientifiques est acceptée. Les données sont traitées confidentiellement et uniquement mises en valeur sous forme anonyme. Il n'est donc pas possible de reconnaître les données personnelles et les données de santé dans une publication. Notons que l'analyse des données est une source d'information importante pour conseiller les futur-e-s donneuses et donneurs, pour les centres de transplantation et pour l'Office fédéral de la santé publique (OFSP).

Déroulement des contrôles de suivi

Les contrôles de suivi ont lieu à des intervalles définis : un, trois, cinq, sept et dix ans après le don et ensuite tous les deux ans pendant toute la vie (Illustration 12). Les

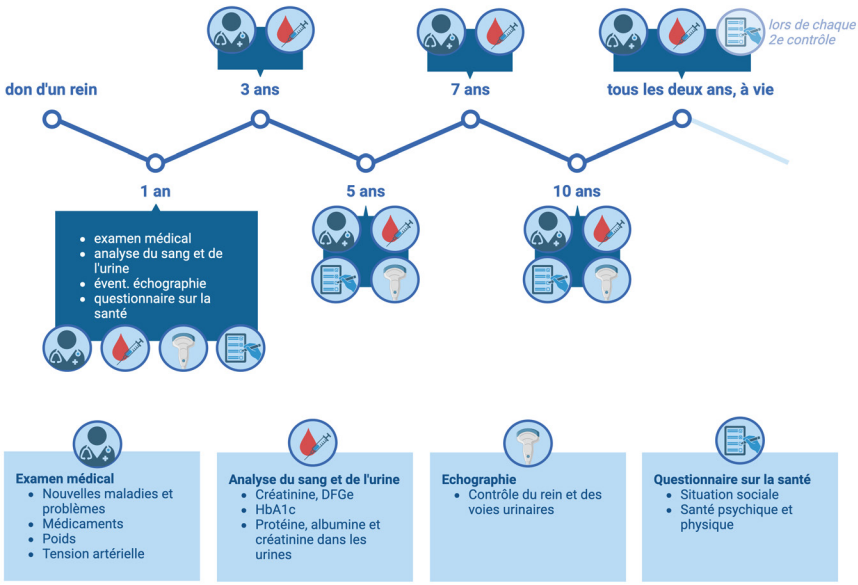


Illustration 12 : Déroulement des contrôles de suivi organisés par le SOL-DHR.
Created in BioRender. Hirt, P. (2026) https://BioRender.com/gcnrbnq

donneuses et donneurs reçoivent par la poste un petit paquet contenant un courrier d'information, un formulaire pour l'examen médical ainsi que du matériel pour une analyse du sang et de l'urine. Elles et ils reçoivent aussi un questionnaire sur leur santé physique et psychique tous les cinq ans.

Les donneuses et donneurs d'organes peuvent choisir où elles et ils souhaitent passer le contrôle de suivi, que ce soit chez la ou le médecin de famille, chez une ou un spécialiste indépendant/e ou dans le centre de transplantation. Des informations sur la santé et les médicaments sont saisies, et la tension artérielle et le poids sont pris. Une prise de sang permet de surveiller la fonction rénale et le taux de sucre à long terme (HbA1c); l'analyse d'urine permet de vérifier une perte anormale de protéine (protéinurie et albuminurie). Lors du premier contrôle annuel, il est possible qu'une échographie du rein soit effectuée.

Depuis la fondation du registre, les analyses de sang et d'urine sont réalisées par le laboratoire Viollier. Les résultats sont transmis au SOL-DHR et comparés avec les résultats précédents. La fonction rénale et d'éventuels problèmes survenus depuis le don sont évalués. Les donneuses et donneurs reçoivent un retour d'information par écrit après chaque contrôle. En cas d'anomalies, des mesures sont proposées, et la/le médecin traitant/e est informé/e.

Les contrôles de suivi sont gratuits, et aucune franchise n'est due (cf. aussi chapitre « Aspects financiers »). Notons que les donneuses et donneurs vivant à l'étranger peuvent aussi effectuer des contrôles de suivi gratuits.

Loi fédérale sur la transplantation d'organes, de tissus et de cellules (Loi sur la transplantation) : RS 810.21 ; 2004 [Available from: https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/2007/279/de].

Steiger J, Bally Ch, Banz V, et al. Medizin-ethische Richtlinien: Lebendspende von soliden Organen. Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften SAMW. 2023. [Available from: https://www.samw.ch/de/Publikationen/Richtlinien.html]. Accessed 07.08.2025.

Thiel GT, Nolte C, Tsinalis D. Prospective Swiss cohort study of living-kidney donors: study protocol. BMJ Open 2011;1(2):e000202.

Résultats pour les bénéficiaires

La transplantation d'un rein présente des avantages clairs par rapport à la dialyse pour beaucoup de bénéficiaires. L'espérance de vie est souvent plus élevée, les maladies cardio-vasculaires sont moins fréquentes et les complications découlant de la dialyse peuvent être évitées. En outre, la qualité de vie est souvent considérée comme meilleure. Du point de vue économique aussi, la transplantation d'un rein est meilleure puisqu'elle génère moins de coûts que la dialyse à long terme.

Une étude finlandaise a comparé les coûts des diverses thérapies de remplacement rénal au cours de la première année et des années suivantes auprès de 214 patient-e-s (Illustration 13). Il s'est avéré que l'hémodialyse provoque les coûts les plus élevés et la dialyse péritonéale des coûts un peu plus faibles la première année, alors que la transplantation rénale constitue déjà l'option thérapeutique la meilleur marché dès la première année, malgré des frais initiaux plus élevés pendant les six premiers mois.

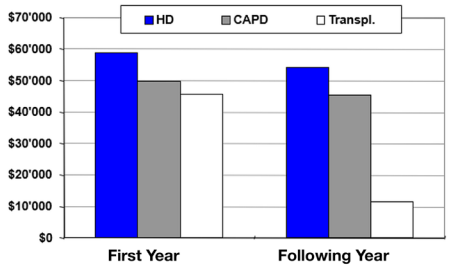


Illustration 13 : Comparaison des coûts annuels de la dialyse et de la transplantation rénale.
Salonen T, Reina T, Oksa H, et al. Cost analysis of renal replacement therapies in Finland. Am J Kidney Dis 2003; 42(6):1228-38.

En outre, le don d'un rein par une personne vivante présente aussi des avantages par rapport au don d'une personne décédée. L'attente et donc la durée de la dialyse sont nettement plus courtes, et la transplantation peut être planifiée. Grâce à cette prévisibilité, la transplantation peut dans l'idéal même être effectuée avant qu'une dialyse ne soit nécessaire. Dans ce cas, on parle d'une transplantation « préemptive ». Cela permet d'éviter les complications découlant de la dialyse. De plus, le don et la transplantation ont pratiquement lieu en même temps, de sorte que le rein ne reste que pendant peu de temps sans irrigation sanguine. La qualité de l'organe est ainsi optimalement préservée, et les éventuels dommages sont minimisés. Ces facteurs améliorent la survie tant de l'organe transplanté (durée pendant laquelle le rein donné fonctionne suffisamment bien) que de la ou du bénéficiaire (Illustration 14).

Avantages du don d'un rein par une personne vivante :

- Attente plus courte ou aucune attente avec dialyse ;
- Opération élective avec préparation optimale de la donneuse ou du donneur et de la ou du bénéficiaire ;
- Meilleure qualité de vie et durée de vie plus longue de l'organe transplanté ;
- Meilleur taux de survie à long terme.

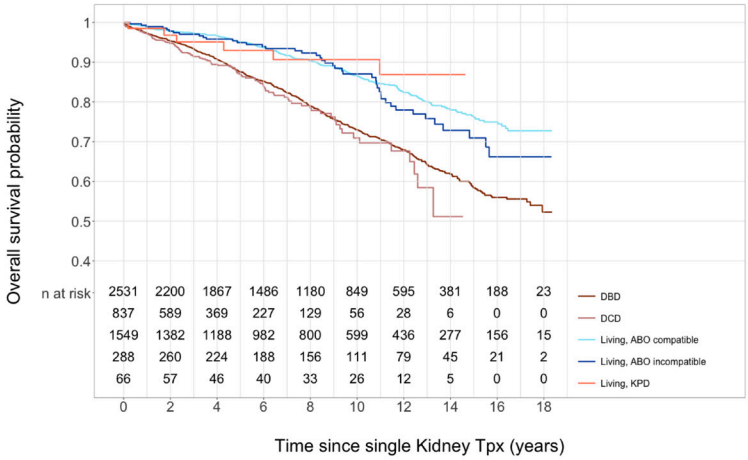


Illustration 14 : Courbes de survie après différents types de don d'un rein. Les courbes montrent le meilleur taux de survie du don par une personne vivante (AB0 compatible en bleu clair, AB0 incompatible en bleu foncé et don croisé en orange) par rapport au don d'une personne décédée (courbes brunes).

Branca-Dragan S, Rick J, Mellac K, et al. Swiss Transplant Cohort Study Report. Swiss Transplant Cohort Study. 2026. [Available from: https://www.stcs.ch/publications].

Axelrod DA, Schnitzler MA, Xiao H, et al. An economic assessment of contemporary kidney transplant practice. Am J Transplant. 2018 May;18(5):1168-1176.

Fu R, Sekercioglu N, Berta W, Coyte PC. Cost-effectiveness of Deceased-donor Renal Transplant Versus Dialysis to Treat End-stage Renal Disease: A Systematic Review. Transplant Direct 2020;6(2):e522.

Hariharan S, Israni AK, Danovitch G. Long-Term Survival after Kidney Transplantation. N Engl J Med 2021;385(8):729-743.

Murray J, Luke A, Wallace D, et al. Comparison of outcomes after living and deceased donor kidney transplantation: UK national cohort study. Br J Surg. 2025 Aug 1;112(8):znaf162.

Salonen T, Reina T, Oksa H, et al. Cost analysis of renal replacement therapies in Finland. Am J Kidney Dis 2003; 42(6):1228-38.

Tonelli M, Wiebe N, Knoll G, et al. Systematic review: kidney transplantation compared with dialysis in clinically relevant outcomes. Am J Transplant 2011;11(10):2093-109.

Wehmeier C, Georgalis A, Hirt-Minkowski P, et al. 2222 kidney transplantations at the University Hospital Basel: a story of success and new challenges. Swiss Med Wkly 2016;146:w14317.

Aspects financiers

Selon la Loi sur la transplantation d'organes, les donneuses et donneurs d'un rein ne doivent subir aucune perte financière, ni faire de bénéfice. Elle dispose, de plus, que tous les coûts liés au don doivent être pris en charge par la caisse-maladie de la ou du bénéficiaire. Pour les enfants et les jeunes adultes jusqu'à l'âge de 20 ans révolus, les coûts peuvent aussi être pris en charge par l'Assurance invalidité (AI) en cas d'infirmités congénitales. La caisse-maladie de la donneuse ou du donneur ne prend en charge aucun coût.

Malgré les dispositions de la loi, des problèmes ou des cas spéciaux ne peuvent pas être exclus. Les centres de transplantation ou le SOL-DHR peuvent conseiller et apporter un soutien dans de tels cas. Les questions financières ou les craintes doivent être abordées suffisamment tôt. Afin d'éviter des problèmes, il est important d'annoncer les frais des examens médicaux dès le début à la caisse-maladie de la ou du bénéficiaire.

Quels frais sont-ils pris en charge ?

Avant le don

- Toutes les factures des examens ambulatoires et stationnaires

Pendant le séjour à l'hôpital pour le don

- Frais d'hôpital
- Perte de salaire
- Frais de transport générés par le séjour à l'hôpital (art. 12 Ordonnance sur la transplantation d'organes)

Après le don

- Frais des contrôles dans le centre de transplantation
- Contrôles de suivi à vie organisés par le SOL-DHR
- Perte de salaire pendant le congé maladie
- Coûts du traitement de complications découlant clairement du don d'organe (p. ex. opération d'une hernie cicatricielle)

Certains frais ne sont pas réglés clairement et doivent être discutés au préalable avec la caisse-maladie, notamment les suivants :



- Frais de déplacement et perte de salaire pendant les examens ;
- Frais de déplacement et perte de salaire lors des contrôles de suivi ;
- Aide-ménagère temporaire après le don (si nécessaire).

Attention : Les contrôles de suivi sont uniquement pris en charge s'ils sont organisés par le SOL-DHR selon un calendrier défini. La même chose vaut pour les analyses en laboratoire. Les analyses supplémentaires qui ne sont pas liées au don du rein (p. ex. taux de lipides sanguins) ne sont pas pris en charge.

Comment se déroule la prise en charge des coûts ?

Le centre de transplantation envoie directement les factures des examens, du don et des contrôles de suivi immédiats à la caisse-maladie de la ou du bénéficiaire. Si certains examens ont lieu ailleurs (p. ex. chez la ou le médecin de famille), la facturation doit être réglée au préalable.

Les contrôles de suivi à vie sont financés par un versement forfaitaire au moment du don de la caisse maladie de la ou du bénéficiaire ainsi que par la Confédération. Les coûts sont donc aussi couverts si la ou le bénéficiaire change de caisse-maladie ou décède plus tard. Le montant forfaitaire est versé si la donneuse ou le donneur effectue les contrôles de suivi organisés par le SOL-DHR. Si la personne ne souhaite pas être enregistrée dans le SOL-DHR, elle doit s'adresser directement à la caisse-maladie de la ou du bénéficiaire. Elle peut compter sur le soutien du centre de transplantation, mais il convient de souligner que cette manière de procéder peut être plus coûteuse.

Les factures des contrôles de suivi doivent être transmises directement au SOL-DHR, de même que les factures du laboratoire.

Si une indemnité de déplacement a été convenue avec l'assurance, il est important de clarifier comment le versement est effectué : beaucoup d'assurances versent l'argent à la ou au bénéficiaire qui doit ensuite le reverser.

Comment se passe la prise en charge des coûts pour les dons de rein altruistes et les dons croisés par des personnes vivantes ?

Les mêmes règles que pour les dons dirigés s'appliquent aux dons d'organes altruistes, mais les coûts des examens ne sont remboursés qu'après la transplantation. Cela vaut aussi pour la perte de salaire. Il peut donc y avoir un retard entre le moment où les coûts sont générés et le remboursement versé par l'assurance. Si la transplantation n'est pas effectuée, les coûts sont pris en charge soit par l'assurance de la ou du bénéficiaire, soit par la Confédération.

Pour les dons croisés par des personnes vivantes, c'est l'assurance de la personne qui forme une paire incompatible avec la donneuse ou le donneur (soit la personne proche) qui prend en charge les coûts.

Comment se passe le remboursement de la perte de salaire ?

Les coûts de la perte de salaire sont pris en charge par la caisse-maladie de la ou du bénéficiaire. L'indemnité couvre la perte de salaire en lien avec le don, tant pour les examens médicaux avant le don que pour ceux réalisés après. L'assurance a besoin d'un document officiel pour pouvoir procéder au versement (p. ex. rapport médical).

La plupart des employeurs soutiennent les dons d'organes, mais il n'existe aucune obligation de donner congé aux donneuses et donneurs. Il y a deux possibilités :

- Congé : l'employeur verse le salaire comme pendant un congé maladie et est remboursé par la caisse-maladie de la ou du bénéficiaire (salaire et charges salariales) ;
- Pas de congé : la donneuse ou le donneur prend un congé non payé pour le don. Le salaire non touché est remboursé directement par la caisse-maladie de la ou du bénéficiaire.

Pour les indépendantes et indépendants, la perte de salaire est calculée sur la base de la dernière déclaration d'impôt, indépendamment du fait qu'elle ou il dispose d'une assurance d'indemnités journalières. La caisse-maladie de la ou du bénéficiaire envoie un formulaire et une liste des documents nécessaires pour ce faire. Les centres de transplantation apportent volontiers un soutien.

Donneuses et donneurs vivants d'organes qui habitent à l'étranger : de quoi faut-il tenir compte ?

De manière générale, les mêmes conditions que pour les personnes résidant en Suisse valent pour les donneuses et donneurs d'organes qui habitent à l'étranger. Certains aspects peuvent néanmoins être plus complexes et plus difficiles à contrôler à l'étranger.

Les frais de déplacement sont souvent un sujet de discussion. Cette question doit absolument être clarifiée avec la caisse-maladie avant de réserver le voyage. Il faut déterminer le nombre de voyages nécessaires (examens, don, contrôles de suivi) et les coûts générés. Les centres de transplantation peuvent apporter un soutien.

Les caisses-maladies ne sont pas toutes prêtes à faire des versements à l'étranger. Dans ce cas, le remboursement est versé à la ou au bénéficiaire qui reverse ensuite le montant.

Les premiers examens médicaux pour un éventuel don de rein peuvent aussi être réalisés à proximité du lieu de résidence. Si les résultats sont positifs, la donneuse ou le donneur est invité/e à passer des examens approfondis dans le centre de transplantation.

Les contrôles de suivi organisés par le SOL-DHR peuvent aussi avoir lieu à l'étranger. La convocation est envoyée à l'étranger, et le contrôle peut être effectué à proximité du lieu de résidence. Le matériel pour la prise de sang et l'analyse d'urine ne peut malheureusement pas être envoyé à l'étranger. Les valeurs devant être déterminées sont néanmoins mentionnées dans le courrier. Ce dernier explique aussi comment facturer les coûts. Le SOL-DHR prend en charge les factures jusqu'à CHF 220 par contrôle (situation en 2026).

Les données actuelles montrent que la probabilité que les contrôles de suivi soient stoppés après le don d'un rein est plus élevée au fil du temps pour les personnes vivant à l'étranger que pour les donneuses et donneurs résidant en Suisse. Parmi les éventuelles raisons, citons la difficulté de joindre les donneuses et donneurs, les barrières linguistiques ainsi que les différences entre les divers systèmes de santé et structures des soins. Cela constitue un risque pour la protection indispensable des donneuses et donneurs puisque la probabilité de ne pas pouvoir reconnaître et traiter à temps d'éventuelles maladies augmente. Cette situation explique pourquoi certains centres de transplantation sont parfois réticents concernant les dons d'organes par des personnes résidant à l'étranger.

Que se passe-t-il en cas de complications ?

Les centres de transplantation ont l'obligation de contracter une assurance pendant 12 mois après le don pour les donneuses et donneurs (décès et invalidité découlant du prélèvement).

Les coûts générés par des complications précoces liées clairement au don sont pris

en charge par la caisse-maladie de la ou du bénéficiaire. Les coûts des complications durables découlant clairement du don (p. ex. hernie cicatricielle) sont aussi couverts de la sorte.

En cas de problèmes sans lien clair avec le don (p. ex. hypertension après plusieurs années), le traitement est payé par la propre caisse-maladie.

Peut-on conclure une nouvelle assurance en tant que donneuse ou donneur vivant d'un organe ?

Les donneuses et donneurs vivants d'organes ne doivent pas être pénalisé-e-s pour la conclusion d'une nouvelle assurance (assurances complémentaires de la caisse-maladie, assurance-vie, etc.). Ce point suscite néanmoins régulièrement des discussions compliquées. Les caisses-maladies ont en effet le droit de refuser la conclusion d'assurances complémentaires et peuvent fixer elles-mêmes les critères pour ce faire. Il est par conséquent recommandé de conclure de nouvelles assurances avant le don. Cela ne vaut pas pour l'assurance de base, les caisses-maladies ayant l'obligation d'accepter de nouvelles et nouveaux assuré-e-s.

Loi fédérale sur la transplantation d'organes, de tissus et de cellules (Loi sur la transplantation) : RS 810.21 ; 2004 [Available from: https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/2007/279/de].

Steiger J, Bally Ch, Banz V, et al. Medizin-ethische Richtlinien: Lebendspende von soliden Organen. Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften SAMW. 2023. [Available from: https://www.samw.ch/de/Publikationen/Richtlinien.html]. Accessed 07.08.2025.

Ordonnance sur la transplantation d'organes, de tissus et de cellules (Ordonnance sur la transplantation) : RS 810.211 ; 2007 [Available from: https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/2007/280/de].

Impressum

Éditeur

Registre suisse de santé des donneurs vivants d'organes SOL-DHR / SNO
Hôpital universitaire de Bâle
Klingelbergstrasse 23
4031 Bâle
Tél. +41 61 265 44 23
www.sol-dhr.ch
sol-dhr@usb.ch

2026, 5e édition entièrement remaniée

Avec la collaboration des centres de transplantation suisses

Rédaction

Prof. Dr. med. Patricia Hirt-Minkowski

Dr. med. Marie Flohr

Autrices et auteurs

Prof. Dr. med. Patricia Hirt-Minkowski, responsable médicale du SOL-DHR, médecin adjointe de la clinique d'immunologie de transplantation et de néphrologie, Hôpital universitaire de Bâle

Dr. med. Marie Flohr, médecin assistante SOL-DHR

Lene Kraft, responsable administrative du SOL-DHR

Prof. Dr. med. Jürg Steiger, président du conseil de la fondation SNO, ancien médecin-chef de la clinique d'immunologie de transplantation et de néphrologie, Hôpital universitaire de Bâle

Irene Geiger, lic phil, collaboratrice psychologue du SOL-DHR

Caroline Stade, directrice des soins / membre de la direction de l'Hôpital pédiatrique universitaire des deux Bâle, donneuse de rein

Dr. med. Nicole Ebinger, médecin cadre en urologie, Hôpital universitaire de Bâle

Prof. Dr. med. Thomas Wolff, médecin-chef adjoint en chirurgie vasculaire et de transplantation, Hôpital universitaire de Bâle

PD Dr. med. Tobias Zingg, médecin-chef de service a.i., service de chirurgie viscérale et de transplantation, Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV)

Dr. med. Alexander Ritter, médecin adjoint, clinique de néphrologie et de médecine de transplantation, HOCH Health Ostschweiz, Hôpital cantonal de Saint-Gall

Wolfgang Ender, responsable de l'équipe de coordination des transplantations, Netzwerk Organspende Ostschweiz

Dr. med. Isabelle Binet, ancienne médecin-chef-fe de la clinique de néphrologie et de médecine de néphrologie, HOCH Health Ostschweiz, Hôpital cantonal de Saint-Gall (jusqu'à la fin 2025)

Dr. med. Aurelia Schnyder, directrice et copropriétaire de ViviRenes AG, cabinet de néphrologie et de dialyse, Winterthur

Dr. med. Stefan Flury, médecin adjoint en néphrologie, Hôpital cantonal de Frauenfeld

Dr. med. Kerstin Hübel, médecin adjointe en néphrologie et du département de chirurgie viscérale et de transplantation, Hôpital universitaire de Zurich

Dr. med. Fadi Haidar, médecin adjoint, service de néphrologie et hypertension, Hôpitaux Universitaires Genève

Dr. med. Lukas Gerber, médecin adjoint en néphrologie, Hôpital cantonal d'Argovie

Conception

Dr. med. Marie Flohr

Traduction

Gilles Bolliger, Traduction (français)

ITSA Inter-Translations SA (anglais, italien, turc, albanais, serbe)

Impression

HALLER + JENZER AG



SOL-DHR

Swiss Organ Living-Donor
Health Registry