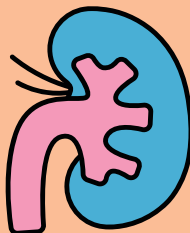


La greffe rénale

à partir de
donneur
vivant ✨



DU DON À LA GREFFE :
enjeux, perspectives et résultats.



SOMMAIRE

**De plus en plus de personnes concernées
par les maladies rénales _____ p.4**

**La greffe rénale : le meilleur traitement
de l'IRCT _____ p.5**

**Des bénéfiques multiples
pour le receveur _____ p.6 et p.7**

Des risques maîtrisés pour le donneur ___ p.8 et p.9

**Les conditions du don :
questions/réponses _____ p.10 et p.11**

Parcours et étapes du don _____ p.12 et p.13

**La prise en charge financière
du donneur _____ p.14 et p.15**

Don de rein du vivant : un rôle collectif à jouer



En France en 2022, 10 975 nouveaux patients ont été traités pour insuffisance rénale terminale, selon le dernier rapport annuel R.E.I.N. de l'Agence de la biomédecine. Face à l'augmentation du diabète et de l'hypertension artérielle, deux pathologies présentes dans plus de la moitié des cas d'insuffisance rénale chronique terminale (IRCT), il est important d'agir collectivement.

Le dépistage et la prévention de l'insuffisance rénale sont des axes essentiels pour réduire ou retarder la survenue d'une insuffisance rénale terminale⁽¹⁾. Si l'évolution rénale est défavorable, la greffe rénale et au mieux la greffe rénale à partir d'un donneur vivant, lorsque celle-ci est possible, est la meilleure option thérapeutique pour les malades.

Cette brochure, mise à la disposition de tous les professionnels de santé par l'Agence de la biomédecine, rappelle les principales informations qui concernent le don de rein du vivant pour vous orienter dans votre pratique et vous permettre d'accompagner au mieux vos patients.

[1] https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-09/guide__mrc.pdf

De plus en plus de personnes concernées par les maladies rénales



En 2022, 93 084 patients ont bénéficié d'un traitement de suppléance de l'insuffisance rénale selon le dernier rapport R.E.I.N. de l'Agence de la biomédecine, contre 72 054 en 2012⁽¹⁾.

Aujourd'hui, près d'1 Français sur 10 est concerné⁽²⁾.

Ce chiffre s'explique principalement par l'allongement de la vie et l'accroissement des cas de diabète et d'hypertension artérielle. Selon l'INSERM, 50 % des insuffisances rénales sévères sont dues à ces 2 maladies.

Le diabète, l'hypertension artérielle mais aussi l'obésité, l'insuffisance cardiaque et l'âge supérieur à 60 ans sont les principaux facteurs de risque de maladie rénale chronique. Les maladies de système ou auto-immunes, les affections urologiques, les antécédents familiaux de maladie rénale, les traitements néphrotoxiques ou exposition à des toxiques sont également retenus comme facteurs de risque nécessitant un dépistage de maladie rénale.

La maladie rénale chronique est une maladie fréquente et grave, à forts enjeux de santé publique. La prévalence de l'insuffisance rénale augmente avec l'âge. Les manifestations cliniques sont tardives et il est primordial de réaliser un dépistage annuel ciblé des populations à risque.

Lorsque l'insuffisance rénale évolue vers le stade terminal, les traitements de suppléance doivent être anticipés. L'information concernant la greffe rénale, notamment à partir d'un donneur vivant doit être abordée par l'ensemble des professionnels de santé⁽³⁾.

PROFESSEUR LUC FRIMAT

Chef de service Néphrologie au CHU de Nancy

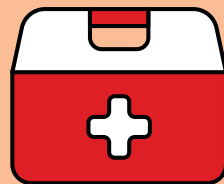
"Un projet de greffe à partir d'un donneur vivant est possible à tout moment. Ce n'est pas seulement une solution de démarrage de suppléance. Rester ouvert à cette perspective thérapeutique est le positionnement que peut avoir le receveur vis-à-vis de ses proches."

(1) Rapport annuel R.E.I.N. 2022.

(2) Environ 6 millions de personnes, selon l'Atlas de l'insuffisance rénale chronique en France, IRDES et Agence de la biomédecine, 2018. <https://www.irdes.fr/recherche/ouvrages/004-atlas-de-l-insuffisancerenale-chronique-terminale-en-france.pdf>

(3) https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-09/guide__mrc.pdf

La greffe rénale le meilleur traitement de l'IRCT



L'insuffisance rénale chronique terminale (IRCT) est un problème de santé publique majeur, en France, comme dans la plupart des autres pays.

Au 31/12/2022 ⁽¹⁾ :

- ◆ 41 422 patients sont porteurs d'un greffon rénal fonctionnel
- ◆ 51 662 patients sont traités par dialyse

En 2023 ⁽²⁾ :

- ◆ **3 525** greffes rénales ont été effectuées, dont **557** grâce à un don du vivant
- ◆ **L'espérance de vie est plus importante** chez les patients traités par greffe comparée à la dialyse ⁽¹⁾
- ◆ **La qualité de vie** d'un patient greffé est largement supérieure à celle d'un patient en dialyse ⁽³⁾.

Il est important de **développer toutes les sources de greffons** pour répondre à une demande croissante. En effet, le nombre de greffes réalisées reste toujours inférieur aux besoins. Chaque année, la liste des malades en attente de greffe rénale ne cesse d'augmenter (+5 % en 2023), ce qui entraîne un allongement des durées d'attente de greffe ⁽³⁾.

DOCTEUR MYRIAM PASTURAL

Médecin référent REIN / Direction Prélèvement Greffe organes - tissus (DPGOT) à l'Agence de la biomédecine

"La greffe rénale est le traitement de choix de l'insuffisance rénale terminale. Une information précoce, répétée et pluriprofessionnelle est nécessaire. Les médecins traitants, les pharmaciens, les infirmiers de coordination doivent pouvoir aider à l'information et la sensibilisation des patients. L'information peut avoir lieu dès la consultation d'annonce de la maladie rénale chronique. On peut faire appel à des patients ressources qui acceptent d'échanger et de partager leur expérience avec d'autres patients. En tant que néphrologue (...) on a un rôle majeur sur l'orientation précoce des patients vers un parcours de greffe rénale avant même d'envisager la technique de dialyse et ses différentes modalités. Le projet d'une greffe à partir d'un donneur vivant nécessite du temps pour le donneur et le receveur, temps nécessaire pour comprendre et accepter ce projet !"

(1) Rapport annuel R.E.I.N. 2022.

(2) Rapport d'activité de greffe rénale - RAMS 2023

<https://rams.agence-biomedecine.fr/greffe-renale-0>

(3) <https://www.agence-biomedecine.fr/IMG/pdf/rapport-qualite-de-vie-des-donneurs-vivants-de-rein.pdf>

Des bénéfices multiples pour le receveur

LA GREFFE À PARTIR DE DONNEUR VIVANT OFFRE UNE ALTERNATIVE THÉRAPEUTIQUE IDÉALE

La Haute Autorité de Santé reconnaît, dans ses recommandations de bonnes pratiques de 2015 et 2021, la greffe comme « le traitement de suppléance le plus efficace, efficace et moins coûteux que les autres stratégies de dialyses évaluées, quel que soit l'âge »^(1 et 2).

UN GREFFON RÉNAL DE BONNE QUALITÉ

Le donneur vivant est une personne en bonne santé, avec une fonction rénale normale et indemne de maladie notamment cardiovasculaire. Le temps de conservation du rein est limité et permet de limiter les lésions liées à l'ischémie - reperfusion de l'organe. Le greffon n'a pas subi les étapes d'une réanimation. Ces éléments contribuent à l'amélioration de la survie du greffon rénal.

LA POSSIBILITÉ DE GREFFE PRÉEMPTIVE AVANT LE PASSAGE EN DIALYSE

La greffe préemptive permet d'éviter le démarrage de la dialyse. Il est recommandé de réaliser le bilan pré-greffe et l'inscription sur la liste nationale d'attente de greffe rénale au moins un an avant le démarrage de la dialyse. 40% des greffes à partir d'un donneur vivant sont réalisées de manière préemptive contre moins de 10% en cas de greffes à partir d'un de donneur décédé. La greffe préemptive à partir de donneur vivant obtient les meilleurs résultats de survie de greffon⁽³⁾.

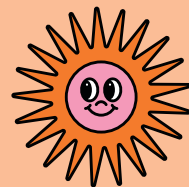
LE CARACTÈRE PROGRAMMÉ DE LA GREFFE, EN DEHORS DE L'URGENCE ; L'ACCÈS À DES DÉLAIS PLUS COURTS

Il faut souvent attendre plusieurs années pour pouvoir être greffé d'un rein provenant d'un donneur décédé. La greffe à partir d'un donneur vivant représente la seule possibilité d'avoir une greffe dite 'programmée', en dehors de toute attente d'un appel en urgence pour une greffe à partir d'un donneur décédé.

(1) https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-09/guide__mrc.pdf

(2) https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-12/rbp_recommandations_greffe_rendle_vd_mel.pdf

(3) Mange KC, Joffe MM, Feldman HM. Effects of the use or the nonuse of long-term dialysis on the subsequent survival of renal transplants from living donors. N Engl J Med 2001; 344:726-31

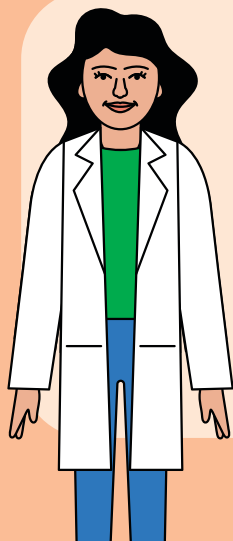
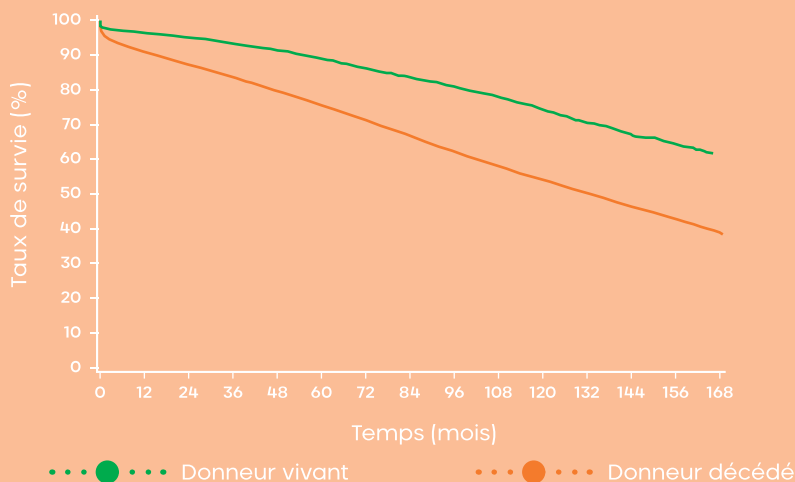


DE MEILLEURS RÉSULTATS À LONG TERME

La qualité du greffon rénal, le caractère programmé de la greffe et la durée de dialyse limitée voire l'absence de dialyse, contribuent aux meilleurs résultats de la survie du greffon rénal après don du vivant.

Dix ans après la greffe, la survie des greffons prélevés sur donneurs vivants est de 74,4 % contre 54,2 % pour les greffons à partir de donneurs décédés réalisés en France entre 2007 et 2022 ⁽¹⁾.

SURVIE DU GREFFON RÉNAL EN FONCTION DE L'ORIGINE DU GREFFON (2007-2022)



DOCTEUR MYRIAM PASTURAL

Médecin référent REIN / Direction Prélèvement Greffe organes - tissu (DPGOT) à l'Agence de la biomédecine

“La greffe rénale à partir de donneur vivant donne de meilleurs résultats de fonction de greffons. C'est une greffe qui peut être programmée, et si elle est envisagée suffisamment tôt dans le parcours de la maladie rénale chronique, elle peut permettre d'éviter le recours à la dialyse. Si on peut réaliser une greffe de donneur vivant de manière préemptive, on va préserver le capital vasculaire de nos patients.”

(1) Rapport d'activité de greffe rénale - RAMS 2023
<https://rams.agence-biomedecine.fr/greffe-renalde-0>

Des risques maîtrisés pour le donneur

Les données sur la santé des donneurs sont recueillies en France et au niveau international. Le recueil du suivi des donneurs est obligatoire en France depuis la loi de bioéthique de 2004. Il est essentiel d'engager le candidat à un don de rein à réaliser un suivi médical régulier à vie après don. Si les risques encourus par le donneur à court et à long terme sont faibles, ils ne sont pas nuls et le donneur doit en être informé.

INFORMER LE DONNEUR DES FAIBLES RISQUES EXISTANTS

- ◆ **Un très faible risque de décès lié au prélèvement** : 1 à 3 cas pour 10 000 donneurs.
- ◆ **Les complications post-opératoires** les plus fréquentes rapportées dans le registre de l'Agence de la biomédecine sont : les douleurs (24 %), les infections (7%), l'hypertension artérielle nécessitant un traitement (2 %). Les ré-hospitalisations ont été nécessaires pour 2 % des donneurs et une réintervention chirurgicale pour 0,4 %⁽¹⁾.
- ◆ **De faibles risques de morbi-mortalité cardio-vasculaire et d'insuffisance rénale terminale à long et très long terme.** Ces risques sont inférieurs à ceux observés pour l'ensemble de la population générale, mais ce risque est apparu significativement plus élevé si les donneurs sont comparés à des sujets sélectionnés 'en bonne santé' comparables aux donneurs vivants lors du don. Une étude publiée en 2014⁽²⁾ montre un risque d'insuffisance rénale terminale au cours de la vie de 3,2 % pour la population générale, de 0,1 % pour des sujets sélectionnés sur les mêmes critères que les donneurs mais n'ayant pas donné et de 0,9 % pour les donneurs. Grâce à ces études et les progrès de la recherche, des facteurs de risque ont pu être identifiés et ont fait évoluer les pratiques (développement des tests génétiques ciblés) en particulier chez les sujets jeunes génétiquement liés au receveur et les sujets d'origine africaine. Ces informations doivent être transmises aux donneurs et légitiment la nécessité d'un bilan de santé exhaustif avant don et le suivi médical après don^(3 et 4).
- ◆ **Des grossesses après don qui se déroulent normalement chez les jeunes femmes, dans la grande majorité des cas, sous une surveillance adaptée.** Une étude montre l'absence d'augmentation du risque de prématurité ou de petit poids de naissance mais observe cependant une fréquence plus grande d'hypertension gravidique et de pré-éclampsie nécessitant une surveillance spécifique⁽⁵⁾.

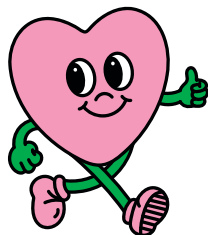
(1) Rapport d'activité de greffe rénale - RAMS 2023

(2) Mjoen G et al. Long-term risks for kidney donors. *Kidney Int.* 2014 Jul ;86(1):162-7.

(3) Muzaale AD et al. Risk of End-Stage Renal Disease Following Live Kidney Donation. *JAMA.* 2014 February 12 ; 311(6): 579-86.

(4) Mata AJ et al. Causes and timing of end-stage renal disease after living kidney donation. *Am J Transplant.* © 2018 The American Society of Transplantation 2018; 18:1140-50

(5) Garg AX et al. Gestational Hypertension and Preeclampsia in Living Kidney Donors. *N Engl J Med.* 2015;372: 124-33.

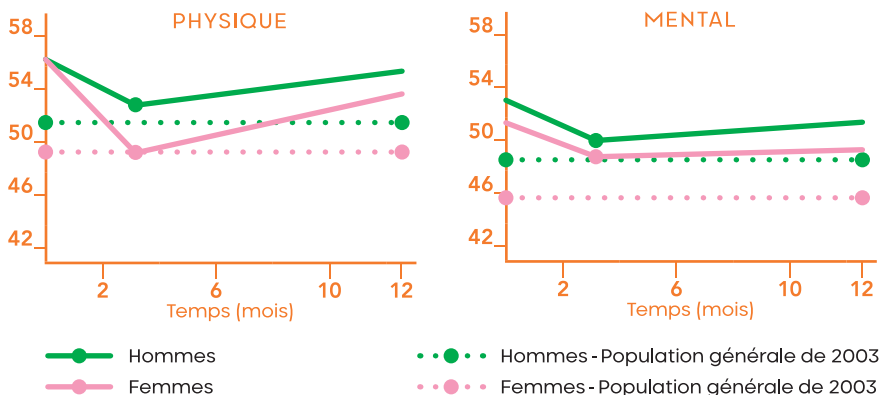


UNE TRÈS BONNE QUALITÉ DE VIE POUR LES DONNEURS

Une étude prospective a suivi les donneurs dans leur parcours avec une évaluation de leur état avant don, 3 mois et 1 an après don, et inclus tous les donneurs vivants prélevés d'octobre 2009 à janvier 2012 (384 donneurs ont répondu aux trois temps de mesure). Dans cette étude, il apparaît que :

- ♦ **Avant le don**, la qualité de vie des donneurs est excellente et leur état de santé mentale est légèrement meilleur que pour la population générale.
- ♦ **Après le don**, la qualité de vie physique et mentale des donneurs vivants diminue à 3 mois, secondairement à l'acte chirurgical, et s'améliore entre 3 mois et 1 an mais sans pour autant retourner au niveau observé avant don et sans différence significative entre les classes d'âge.

Évolution des scores résumés physique et mental avant don à 3 mois et 1 an post-don



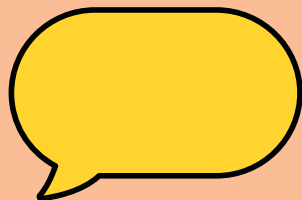
Le suivi médical post-don est jugé, par certains donneurs, insuffisant, avec un manque d'aide personnelle et de suivi psychologique.

UNE APPRÉCIATION GLOBALE POSITIVE SUR L'ENSEMBLE DU PARCOURS

Le parcours est ressenti comme lourd et pesant, et l'expérience stressante mais également positive et enrichissante. Si une large majorité des donneurs jugent avoir une information satisfaisante, l'information sur les douleurs post-opératoires a semblé insuffisante pour près de la moitié d'entre eux.

L'appréciation globale du don par les donneurs atteste la même constance d'opinion et **une adhésion massive et constante**. Trois mois après, 97,3 % des donneurs ayant répondu aux trois questionnaires affirment « Oui, je le conseillerais » ; ils sont 96,2 % un an après. « Oui, je le referais », concerne 97,1 % trois mois après et 98,1 % des donneurs un an après. La découverte de la réalité parfois pénible à vivre, et l'expérience vécue n'altèrent ni l'élan initial, ni le sens attribué à l'acte consenti, désiré puis accompli.

Les conditions du don : questions/réponses



QUI PEUT DONNER ?

Les conditions des greffes avec donneur vivant sont strictement encadrées par la loi (articles L 1231-1 et 1231-3 du code de la santé publique issus de la loi de bioéthique n° 2011- 814 du 7 juillet 2011) qui définit en particulier le cercle des donneurs possibles. Ceux-ci peuvent être ce que l'on appelle « le cercle des donneurs vivants », soit :

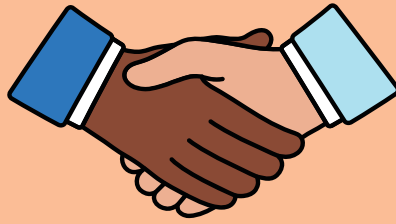
- ◆ Le père ou la mère
- ◆ Le conjoint du père et de la mère,
- ◆ Un fils ou une fille,
- ◆ Toute personne apportant la preuve d'une vie commune d'au moins deux ans avec le receveur,
- ◆ Un frère ou une sœur du receveur,
- ◆ Toute personne pouvant apporter la preuve d'un lien affectif étroit et stable depuis au moins deux ans avec le receveur.
- ◆ Le conjoint,
- ◆ Les grands-parents,
- ◆ Les oncles ou tantes,
- ◆ Les cousins germains et cousines germaines,

À NOTER : seules des personnes majeures et responsables peuvent être prélevées. La loi n'impose aucune limite d'âge pour le donneur.

QU'EST-CE QUE LE DON CROISÉ ?

Depuis 2011, la loi de bioéthique permet également de procéder à un **don croisé** dans le cadre de la greffe à donneur vivant, offrant ainsi une solution d'élargissement de la démarche de don vivant, **en particulier lorsqu'un donneur est incompatible avec son receveur potentiel**. Dans cette configuration, deux paires donneur/receveur sont identifiées : le donneur de la première paire est compatible avec le receveur de la seconde paire, et réciproquement le donneur de la seconde paire est compatible avec le receveur de la première paire. Cet échange appelé communément « don croisé » est rendu anonyme.

La loi relative à la bioéthique de 2021 modifie certaines dispositions liées au don croisé. Jusqu'à présent, le don croisé ne pouvait s'organiser qu'entre deux paires donneur-receveur. **Désormais, il est possible d'impliquer jusqu'à 6 paires dans un même cycle. Cette extension du nombre de paires devrait permettre de faciliter les appariements, et d'ouvrir plus largement l'accès à la greffe rénale issue de donneur vivant, au niveau national.**



QUI PEUT RECEVOIR ?

- ◆ Tout patient adulte au stade d'insuffisance rénale chronique terminale dialysé ou juste avant le stade de la dialyse.
- ◆ Les jeunes enfants et nourrissons qui, malgré la différence de taille, peuvent recevoir le rein d'un adulte.

À QUELLES CONDITIONS ?

- ◆ Le bilan médical doit confirmer la possibilité de ce type de greffe.
- ◆ Le patient doit être inscrit par son médecin greffeur sur la liste nationale d'attente pour recevoir un greffon de donneur vivant. Cette liste est gérée par l'Agence de la biomédecine. Il recevra une lettre de confirmation de son inscription.

RETOURS D'EXPÉRIENCES

PROFESSEUR LUC FRIMAT

Chef de service Néphrologie au CHU de Nancy

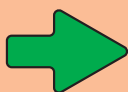
"Les questions les plus souvent émises par le receveur sont de savoir s'il y a un risque de décès ou de dialyse pour le proche. (...) Le receveur est souvent frileux au départ, c'est de l'ordre de l'émotion : il ne veut pas recevoir d'un proche car il a peur pour lui. C'est en expliquant les risques réels et objectifs pour le donneur que le patient se fait une raison et accepte d'y aller. On surmonte l'émotion par l'information."

PROFESSEUR CHRISTOPHE LEGENDRE

Chef de service Transplantation rénale adulte à l'hôpital Necker Enfants Malades de Paris

"La principale question soulevée par le donneur est de savoir si sa vie sera comme avant, s'il sera en capacité de faire du sport, de manger ou boire comme il le souhaite. C'est cela qui lui importe le plus. Notre rôle est alors de les rassurer."

Parcours et étapes du don



1

LE PARCOURS PRÉ-DON (6 MOIS)

L'INFORMATION DU DONNEUR ET LE PARCOURS PRÉ-DON

Le don du vivant est un sujet complexe que certains candidats à la greffe n'osent pas aborder avec leur entourage. Le processus de qualification du donneur est long. C'est pourquoi **l'information doit être délivrée le plus tôt possible par le néphrologue référent**. Ce temps permet au donneur de mûrir son projet. Délivrer l'information sur le don du vivant à un patient et son entourage leur donne accès à l'exhaustivité des soins/traitements envisageables.

L'information délivrée par l'équipe médico-chirurgicale et les infirmiers de coordination de prélèvement et de greffe doit porter sur les étapes du parcours, les résultats des bilans pratiqués, les risques liés au prélèvement de rein et la nécessité d'un suivi à vie après don.

LE BILAN MÉDICAL DU DONNEUR

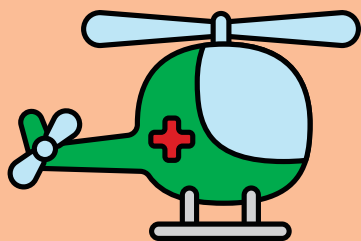
Il vise à sélectionner un donneur compatible avec le receveur et dont l'état de santé autorise une néphrectomie avec le minimum de conséquences et de risques péri-opératoires et à long terme. Il consiste à :

- ◆ **Évaluer le risque** de la chirurgie et de l'anesthésie générale,
- ◆ **Prévoir le geste opératoire** et l'évolution postopératoire en réalisant une évaluation précise de l'anatomie et de la fonction de chaque rein,
- ◆ **Déterminer** le groupe sanguin et le groupe tissulaire HLA, effectuer des tests de compatibilité (cross-match),
- ◆ **Réaliser les tests de dépistage** des maladies transmissibles en application de la réglementation en vigueur.

PROFESSEUR LUC FRIMAT

Chef de service Néphrologie au CHU de Nancy

"Il est très fréquent d'être face à un patient avec une grande réticence par rapport au don d'un proche. C'est un cheminement et la maturation d'une décision faite de réflexion, de discussion et d'échanges avec le receveur. Puis, à un moment, il y aura un déclic. (...) L'information pour le patient est également ouverte à ses proches. Nous invitons les proches à être présents lors de notre réunion. Ils posent des questions et les projets naissent à la suite de ces informations. On assiste souvent à la montée progressive d'une motivation."

**2**

L'HOSPITALISATION (2 À 5 JOURS)

À l'issue de cette étape, **le donneur est convoqué et entendu par le comité donneur vivant**. Ce comité indépendant composé de 5 membres (3 médecins, 1 psychologue et 1 personne qualifiée en sciences humaines et sociales) a un rôle de protection du donneur. Il est chargé de vérifier la bonne compréhension de l'information reçue sur les risques et conséquences éventuelles du prélèvement, et de répondre aux questions du donneur. Il s'assure également que le choix du donneur est libre de toute pression. **Le consentement est ensuite exprimé devant un magistrat** qui s'assure que le consentement est libre et éclairé et que le don est conforme aux conditions fixées par la loi. Le comité donneur vivant rend alors son autorisation. En cas de refus, son autorisation n'est pas motivée.

À SAVOIR : le donneur peut revenir sur sa décision à tout moment et par tout moyen.

L'INTERVENTION

Pour l'intervention, l'équipe chirurgicale présente les 2 techniques possibles au donneur et lui fait part de la technique retenue :

◆ **Coelioscopie**,
actuellement 98 % des prélèvements sont faits ainsi.

◆ **Lombotomie**.
La reprise de l'activité professionnelle est généralement possible après 6 à 8 semaines d'arrêt de travail.



3 LE SUIVI POST-DON

Ce suivi médical est obligatoire. Il est réalisé par l'équipe de prélèvement et de greffe et par le médecin traitant :

- ◆ **Des soins infirmiers lors du retour à domicile**
- ◆ **Une consultation chirurgicale** : dans les 3 premiers mois suivant le don.
- ◆ **Une consultation néphrologique** : dans les 3 premiers mois et à un an suivant le don.
- ◆ **Un suivi néphrologique annuel** : un bilan minimal est préconisé reposant essentiellement sur la mesure de la pression artérielle, la mesure de la fonction rénale et la recherche d'albumine sur un échantillon urinaire. Ces données minimales doivent être transmises au centre de greffe et à l'Agence de la biomédecine.
- ◆ **Le suivi post-don à vie** : il peut être réalisé à l'hôpital ou en ville. Un néphrologue de proximité peut être choisi ou encore un infirmier de pratique avancée en collaboration avec le médecin traitant et le centre de greffe. Les informations doivent être transmises à l'équipe de greffe puis à l'Agence de la biomédecine pour être renseignées dans le registre de suivi des donneurs vivants.

La prise en charge financière du donneur



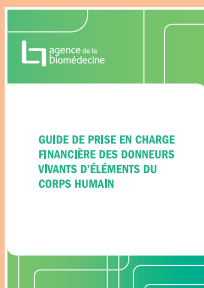
La loi indique que le don est gratuit, et que la neutralité financière du donneur doit être garantie. Ce qui signifie qu'il ne doit subir aucun frais ni aucune perte de revenus en lien avec le don.

LES FRAIS MÉDICAUX

Ces frais concernent :

- ♦ **Le bilan pré-don** : consultations de spécialistes, prises de sang, échographies, scanners et tout autre examen nécessaire. Les frais de ces examens sont facturés à l'Assurance maladie par le prestataire de soins et le ticket modérateur est à la charge de l'établissement de santé préleveur.
- ♦ **Le don** : les consultations de spécialistes et l'hospitalisation pour le prélèvement. Les consultations et le séjour hospitalier sont facturés à l'Assurance maladie par l'établissement de santé préleveur. Le ticket modérateur et le forfait journalier hospitalier sont à la charge de l'établissement de santé préleveur.
- ♦ **Le suivi après don** : la consultation annuelle, les analyses biologiques et tout examen médical prescrit et nécessaire au suivi du don sont facturés à l'Assurance maladie et le ticket modérateur est à la charge de l'établissement de santé préleveur. Il n'y a pas de limite de temps, puisque le suivi du donneur doit se faire à vie.

Le donneur est donc exonéré du forfait journalier hospitalier et du ticket modérateur pour les frais d'examens médicaux et biologiques, de traitement, d'hospitalisation, de soins et de suivi post-prélèvement.



**POUR PLUS D'INFORMATIONS ET RÉFÉRENCES
RÉGLEMENTAIRES VOUS POUVEZ VOUS REPORTER
AU GUIDE DE PRISE EN CHARGE
FINANCIÈRE DES DONNEURS VIVANTS
ÉDITÉ PAR L'AGENCE DE LA BIOMÉDECINE**

LES FRAIS COMPLÉMENTAIRES

Ils sont également pris en charge par l'établissement de santé préleveur sur présentation de justificatifs :

- ♦ **Les frais de transport** : le remboursement se fait sur la base du tarif le moins onéreux du moyen de transport le mieux adapté aux déplacements indiqués par la prescription médicale.
- ♦ **Les frais d'hébergement hors hospitalisation** et en lien avec le don sont pris en charge sur la base des dépenses réellement engagées et dans la limite d'un montant journalier égal à 10 fois le forfait journalier.
- ♦ **La compensation de la perte de revenus** : les donneurs ayant une activité professionnelle bénéficient d'un arrêt de travail et d'une indemnité journalière versée par l'Assurance maladie. Dans le cas où cette indemnité ne permet pas d'égaliser la perte de revenus, c'est l'établissement préleveur qui après déduction des prestations perçues indemnise le donneur pour un montant maximum égal à 4 fois le total des indemnités journalières. Les travailleurs indépendants bénéficient des mêmes droits que les salariés, et s'il n'y a pas eu d'indemnité journalière versée par l'Assurance maladie, une compensation de la perte de revenus doit néanmoins être versée par l'établissement préleveur.

À NOTER :

D'autres frais peuvent se présenter pour le donneur tels que garde d'enfants, recours à un interprète, frais de repas : ces frais ne sont pas explicitement indiqués dans les textes réglementaires, cependant, étant donné qu'ils correspondent à des dépenses que ne doit pas subir le donneur, ils doivent également être remboursés au donneur par l'établissement de santé.

La prise en charge de ces trois types de dépenses concerne toutes les périodes relatives au don, avant, pendant, après. Ainsi, les déplacements relatifs aux examens et soins qui précèdent ou suivent le prélèvement, et ceux effectués pour l'expression du consentement du donneur (Comité donneur vivant, Tribunal) sont pris en charge. Les frais relatifs à la présence d'un accompagnant du donneur doivent également être remboursés, si l'équipe médicale considère indispensable l'assistance d'un tiers.

Enfin, il faut également noter que le fait d'avoir fait don d'un rein ne peut absolument pas entraîner de discrimination ou de surprime d'assurance pour l'obtention d'un prêt (Code des assurances, article L. 111-8).

L'AGENCE DE LA BIOMÉDECINE

L'Agence de la biomédecine est une agence publique nationale de l'État créée par la loi de bioéthique de 2004.

L'Agence exerce ses missions dans les domaines du prélèvement et de la greffe d'organes, de tissus et de cellules, ainsi que dans les domaines de la procréation, de l'embryologie et de la génétique humaines. L'Agence de la biomédecine met tout en œuvre pour que chaque malade reçoive les soins dont il a besoin, dans le respect des règles de sécurité sanitaire, d'éthique et d'équité. Par son expertise, elle est l'autorité de référence sur les aspects médicaux, scientifiques et éthiques relatifs à ces questions.

**PLUS D'INFORMATIONS SUR LE DON
D'ORGANES, DE TISSUS ET LA GREFFE :**

dondorganes.fr

