

# TRANSPLANTATION D'ORGANES ET XÉNOGREFFE : FAUT-IL MODIFIER LA LOI ?



Février 2026

**Éléments de réflexion** sur le thème proposé par le comité consultatif national d'éthique (CCNE) dans le cadre des états généraux de la bioéthique 2026

## TRANSPLANTATION D'ORGANES & XENOGREFFES

### → LE BESOIN DE GREFFONS : FAUT-IL MODIFIER LA LOI SUR LE CONSENTEMENT PRESUME ?

1

La greffe rendue possible par les évolutions en sciences et techniques médicales<sup>1</sup> permet de **sauver des vies et d'améliorer la qualité de vie de personnes porteuses d'une maladie ou d'une malformation grave. Des innovations sont encore à venir, comme la greffe chez l'homme d'organes issus d'une autre espèce qui ouvrent le champ des possibles et accroissent les espoirs des patients.**

**La possibilité de soins issus de la transplantation d'organes et de tissus repose sur un principe de solidarité par la cession gratuite, du vivant ou après sa mort, d'organes et de tissus pour un autre, inconnu.**

**Se posent plusieurs questions se autour du besoin d'organes et de tissus :**

**Qu'est-ce que la société est prête à accepter pour faire face aux besoins d'organes ?**

Comment concilier innovations en transplantation, pénurie d'organes (besoins d'organes supérieur au nombre disponible) avec le respect des principes fondamentaux du don, de la solidarité et de l'égalité d'accès aux soins ?

Quelles pistes peuvent être explorées, discutées collectivement ?

**L'agence de biomédecine créée en 2004 garantit que les greffons prélevés sont attribués aux malades en attente de greffe dans le respect des critères médicaux et des principes d'équité ; elle gère la liste nationale d'attente de greffe et le registre national des refus ; elle coordonne les prélèvements d'organes, la répartition et l'attribution des greffons et assure l'évaluation des activités médicales qu'elle encadre.**

---

<sup>1</sup> [BONNICHON Philippe, FONTAINE Martine, Histoire des greffes et des transplantations d'organes](#)

## QUELQUES DONNÉES SUR LA GREFFE EN FRANCE

En France le prélèvement d'organe peut se faire par **don du vivant, suite à une mort encéphalique** ou bien **sur cœur arrêté** (procédure dite Maastricht III autorisée dans certains établissements hospitaliers depuis 2014)<sup>2</sup>.

6 148 greffes d'organes ont été réalisées en 2025<sup>3</sup> et 23 294 personnes sont en attente d'une greffe au 1<sup>er</sup> janvier 2026. **966 patients sont décédés en 2025 faute de greffe.**

### Les donneurs

L'âge moyen des donneurs est de 58,2 ans. Les donneurs en état de mort encéphalique (ou de mort cérébrale) étaient au nombre de 1 590 en 2025, les donneurs dits de catégorie Maastricht III<sup>4</sup> 321. Il y a eu 603 greffes rénales avec donneur vivant.

Même si 74 % des Français se disent favorables au don de leurs organes après leur mort **le taux d'opposition au prélèvement est de 37,1%**. Et si 90 % pensent qu'il est important que leurs proches connaissent leur position sur le don d'organes et de tissus seulement 49 % l'ont partagée.

2

## LE CADRE LEGAL

En France, le don d'organes et de tissus est régi par les lois de bioéthique de juillet 1994, reprises dans le Code de la santé publique et le Code civil. Ce cadre pose quatre principes :

- le **consentement présumé**<sup>5</sup> (toute personne est donneur présumé sauf si elle a exprimé son refus) ;
- **la gratuité du don** (la loi interdit la rémunération en contrepartie du don -principe de non patrimonialité-) ;
- **l'anonymat entre le donneur et le receveur** (seule l'information du résultat de la greffe peut être transmise à la famille du donneur sur demande) ;
- le principe de **respect du corps humain** qui ne cesse pas après la mort<sup>6</sup>.

<sup>2</sup> Catégorie 3 de Maastricht : personnes victimes d'un arrêt cardiaque après qu'une décision d'arrêt des thérapeutiques actives en réanimation a été prise en raison d'un pronostic particulièrement défavorable.

<sup>3</sup> <https://www.agence-biomedecine.fr/fr/don-et-greffe-d-organes-et-de-tissus/6-148-greffes-d-organes-en-2025-un-record-historique-pour-la-france>, publié le 19 février 2026

<sup>4</sup> La procédure dite Maastricht III (M III) consiste à prélever des organes sur un patient décédé d'un arrêt circulatoire survenant au décours d'une décision médicale d'arrêt des traitements. Depuis 2005 et la loi Leonetti (et son prolongement avec la loi Claeys Leonetti de 2016) le cadre juridique rend cette technique possible en France en précisant les conditions des décisions de limitation ou d'arrêt des traitements en situation d'obstination déraisonnable (article L 1110-5-1 du Code de la santé publique). C'est dans ce contexte juridique que l'Agence de la biomédecine a établi un protocole national en 2014 et permis à cette pratique de débiter, d'abord pour le rein en 2014, puis le foie en 2015, le poumon en 2016 et le pancréas en 2018

<sup>5</sup> Code de la santé publique, Article L1232-1

Le prélèvement d'organes sur une personne décédée ne peut être effectué qu'à des fins thérapeutiques ou scientifiques et après que le constat de la mort a été établi.

Ce prélèvement peut être effectué dès lors que la personne concernée n'a pas fait connaître, de son vivant, son refus d'un tel prélèvement.

Ce refus peut être exprimé par l'indication de sa volonté sur un registre national automatisé prévu à cet effet. Il est révocable à tout moment.

Si le médecin n'a pas directement connaissance de la volonté du défunt, il doit s'efforcer de recueillir le témoignage de sa famille.

<sup>6</sup> [Article 16-1-1](#)

## → LE BESOIN DE GREFFONS : FAUT-IL MODIFIER LA LOI SUR LE CONSENTEMENT PRESUMÉ ?

Le besoin de greffons et les pistes envisagées pour en accroître le nombre sont sources de questionnements pour la société toute entière.

Il est nécessaire de réfléchir collectivement aux principes éthiques et à la défense des valeurs du soin et du vivre ensemble.

Le prélèvement post-mortem des organes s'organise aujourd'hui à partir du « consentement présumé ».

- Chacun est donneur après sa mort (sauf en cas de refus signifié)
- Le refus de prélèvement doit, le cas échéant, avoir été exprimé dans le registre national des refus. Si ce n'est pas le cas, le médecin conformément à l'alinéa 4 de l'article L1232-1,7 « **doit s'efforcer de recueillir le témoignage de sa famille<sup>8</sup>** ».

Lors d'une situation de prélèvement possible il y a recherche systématique d'un refus éventuellement exprimé dans le registre national ou auprès des proches.

### **Le besoin de greffons pose la question du refus présumé versus le consentement éclairé**

Au titre de la loi, le refus doit être recherché par le médecin. Les équipes de coordination cherchent donc à savoir auprès des proches si le défunt avait exprimé un tel refus de son vivant<sup>9</sup>. Comme **seulement 49 % des défunts ont partagé leur position sur le prélèvement avec leurs proches**, il leur revient souvent de s'interroger et de se prononcer sur leur connaissance de l'expression d'une opposition, voire sur ce qu'aurait souhaité la personne. Ceci s'apparente bien souvent pour les proches à accepter ou pas un prélèvement, dans une situation de deuil, parfois brutale, douloureuse chargée émotionnellement.

- Faut-il supprimer l'alinéa 4 de la loi et permettre le prélèvement sauf refus explicitement et uniquement inscrit dans le registre national des refus ?
- Est-ce que la suppression de la recherche d'un refus éventuellement exprimé en dehors de l'inscription sur le registre peut-être une piste, au nom de la solidarité et des vies à sauver, qui permettra à la fois de gagner du temps (précieux dans les situations d'urgence) et de disposer de davantage de greffons ?
- Cela peut-il se faire dans le respect des proches endeuillés et du respect du mort ?
- Comment concilier l'émotion des proches avec le besoin vital de patients en attente de greffe ?

---

<sup>7</sup> Cf supra note 5 Alinéa 4

- Cela risque-t-il de renforcer les refus exprimés dans le registre ou bien au contraire à impulser une discussion sur le sujet ?
- Quelles seraient les conséquences pour les équipes de prélèvements : agir sans savoir ce qu'aurait accepté ou refusé le défunt est-ce éthiquement supportable pour les équipes ? Cela ne comporterait-il pas un risque de tension morale chez les soignants ?
- Serait-ce prendre le risque de considérer les corps morts comme une réserve d'organes ?
- Faut-il revenir à une obligation de consentement éclairée ?

4

#### Des tensions :

Tension entre une approche utilitaire du corps décédé et la loyauté des proches et des équipes de coordination envers le défunt.

Tension entre besoin vital de greffes et les possibilités de prélèvements.

Tension entre la question du refus et celle du consentement éclairé.

## QUELQUES QUESTIONS

→ Faut-il supprimer la recherche du refus exprimé en dehors du registre national du refus auprès des proches ?

→ Faut-il disposer d'un consentement dûment formulé dans un registre ou dans le Dossier médical partagé ?

→ Faut-il reconnaître uniquement le refus écrit ?

→ Quelles autres pistes explorer pour augmenter le nombre d'organes prélevés post mortem ?