



# LA GREFFE, TRAITEMENT DE SUPPLÉANCE PRIORITAIRE

**Des mesures financières et organisationnelles sont mises en œuvre pour :**

- **Garantir l'inscription précoce** sur la liste d'attente de greffe à tou-te-s les patient-e-s éligibles.
- Développer tous les types de **prélèvements d'organes** (donneurs décédés & donneurs vivants) afin de garantir une disponibilité optimale des greffons.
- **Accompagner les équipes de greffe** dans le développement de leurs activités de transplantation et de suivi des patient-e-s greffé-e-s et des donneurs vivants.

## OBJECTIFS 2022

- ▶ **La greffe est le traitement de suppléance majoritaire en France** : 55% des patient-e-s en suppléance sont transplanté-e-s (45 % actuellement).
- ▶ **6000 greffes rénales** sont réalisées au cours de l'année, dont 1000 à partir de donneurs vivants.
- ▶ **80% des patient-e-s de moins de 60 ans inscrit-e-s** sur liste d'attente de greffe avant 6 mois de dialyse, dont 50% de manière préemptive.

## EXPOSÉ DES MOTIFS

**La transplantation rénale est le meilleur traitement, elle doit donc être le traitement de première intention et être accessible de manière beaucoup plus précoce et plus large aux patient-e-s.** La greffe préemptive, sans recours préalable à la dialyse, en particulier réalisée à partir de donneurs vivants, doit être une priorité.

**Tou-te-s les patient-e-s n'ont pas la possibilité d'être greffé-e-s, mais l'absence de contre-indication doit permettre un accès à la greffe dans des délais les plus courts possibles.**

L'accès à la greffe est mesuré sur deux segments distincts et indépendants :

- l'accès à la liste nationale d'attente (LNA) de greffe.
- l'accès à un greffon, qu'il provienne d'un donneur vivant ou décédé, pour les patient-e-s inscrit-e-s.

**L'accès à la liste d'attente est aujourd'hui trop limité, trop tardif et très hétérogène selon les régions.** Il doit être amélioré pour toutes les tranches d'âges. La HAS a fixé l'âge limite théorique d'accès à la transplantation à 85 ans.

### Situation des patient-e-s âgé-e-s (au-delà de 70 ans)

A un âge avancé et en l'absence de contre-indication, l'espérance de vie attendue après une greffe est au moins équivalente à celle de la dialyse. Par ailleurs, la qualité de vie des patient-e-s est améliorée par la greffe, dont le coût est très inférieur à celui de la dialyse.

On propose aux patient-e-s âgé-e-s des greffons prélevés sur des donneurs âgés. Il n'y a donc pas de « concurrence » avec les plus jeunes. En fonction de leur état, de leurs souhaits et des facteurs de risque associés, l'accès à la greffe des patient-e-s âgés doit être amélioré (moins de 10% des patient-e-s greffé-e-s en 2015 avaient plus de 70 ans).

**Les différentes expériences internationales montrent qu'il existe des solutions efficaces contre la pénurie d'organes. En particulier, tous les types de prélèvements d'organes doivent être développés conjointement.**

## OBJECTIFS DÉTAILLÉS

AMÉLIORER L'ACCÈS À LA GREFFE

### OBJECTIFS 2022

**La greffe est le traitement de suppléance majoritaire en France : 55% des patient-e-s en suppléance sont transplanté-e-s (45 % actuellement)**

- ▶ 6 000 greffes rénales sont réalisées, dont 1 000 à partir de donneurs vivants et 5 000 à partir de donneurs décédés :
  - 3 000 donneurs décédés, dont 2400 en mort encéphalique, 200 après arrêt cardiaque (DDAC) inopiné type I et II et 400 DDAC après arrêt des soins actifs (type III).
  - sur 4 000 donneurs potentiels en mort encéphalique (DDME) recensés (3579 en 2015), le taux de refus est abaissé à 20% (32.5% en 2015), en mettant en œuvre les enseignements de l'expérience espagnole (formation et professionnalisation des coordinations), permettant la réalisation de 2 000 transplantations.
- ▶ **10% des greffes rénales sont préemptives (réalisées avant la dialyse).**
- ▶ **Le recours à des greffons « à critères étendus » (ME, programmes de type bigreffe, DDAC, DV) est développé, en garantissant l'information et le consentement des receveurs.**

AMÉLIORER L'ACCÈS À LA LISTE D'ATTENTE

### OBJECTIFS 2022

**L'accès précoce à la liste nationale d'attente (LNA) de greffe est généralisé.**

- ▶ **80% des patient-e-s de moins de 60 ans sont inscrit-e-s sur la LNA avant 6 mois de dialyse, dont 50% de manière préemptive.**
- ▶ **L'inscription préemptive sur la LNA est un indicateur de qualité des soins.**
- ▶ **La durée du bilan pré-greffe - incluant le cas échéant l'inscription sur la LNA – est limitée à un délai maximal de 3 mois pour 100% des patient-e-s.**
- ▶ **L'accès à la liste d'attente des 60-70 ans et des plus de 70 ans sont sensiblement améliorés.**

## OBJECTIFS 2022

- ▶ **100% des équipes de greffe rénale disposent d'infirmier-e-s (IDE) de coordination de greffes de donneurs vivants en nombre adaptés à l'activité et à sa croissance attendue.**
- ▶ **En l'absence de problème de santé à régler préalablement chez le donneur ou le receveur, un délai maximal de 6 mois est garanti entre le début du bilan du donneur et la réalisation de la greffe.** L'organisation des bilans médicaux des donneurs est optimisée, en regroupant au maximum les examens et consultations.
- ▶ **L'étape du tribunal de grande instance (TGI) et celle du comité donneurs vivants sont réunies** en une seule audience, en intégrant un représentant du TGI au comité.
- ▶ **L'Assurance Maladie met en place un guichet unique**, accessible via un numéro vert et sur internet, qui assure :
  - **le soutien des donneurs** et des receveurs : information, aide dans les démarches, en cas de question ou de difficultés rencontrées pour les prestations liées au don.
  - **la neutralité financière du don** : remboursement sur la base des frais réels de toutes les dépenses liées aux dons et des pertes de salaire, avec un délai maximal de 10 jours.
- ▶ **La satisfaction de 100% des donneurs vivants** est évaluée par une structure indépendante de l'équipe de transplantation, 3 à 6 mois après le don. Les résultats de cette évaluation constituent des **indicateurs de qualité des soins**.
- ▶ **Tous les donneurs vivants ont accès, avant et après la greffe, autant qu'ils le souhaitent, sans limitation de durée et sans reste-à-charge, à un soutien psychologique**, par des psychologues dédiés et formés à l'approche des donneurs et des receveurs.
- ▶ **Un dispositif d'exonération des actes médicaux et examens biologiques** nécessaires au suivi des donneurs est mis en place, précisant la suppression totale de leur participation.
- ▶ **Le seuil d'incapacité minimale** pour les donneurs vivants ayant recours à l'**ONIAM pour l'indemnisation d'un préjudice lié au don est supprimé**.
- ▶ Une **priorité d'accès à la greffe est garantie aux donneurs vivants**, dans l'hypothèse où ils se trouveraient à leur tour en IRCT.

LUTTER DE MANIÈRE VOLONTARISTE CONTRE LES INÉGALITÉS GÉOGRAPHIQUES ET SOCIALES D'ACCÈS À LA GREFFE

## OBJECTIFS 2022

**La lutte contre les inégalités d'accès à la greffe est une priorité.**

- ▶ **Les pratiques de l'ensemble des régions de France sont homogénéisées et alignées sur les meilleures pratiques des pays les plus efficaces en termes d'accès à la liste d'attente et à la greffe** (greffe des patient-e-s « à risque », des patient-e-s âgé-e-s, de donneur vivant, de greffons prélevés sur donneurs décédés -DDME & DDAC-, taux de refus, etc.).
- ▶ L'accès à la LNA des patient-e-s à faible niveau de diplôme fait l'objet d'un suivi et des mesures sont prises pour l'améliorer.

## AMÉLIORER L'ÉQUITÉ ET LA TRANSPARENCE DE LA RÉPARTITION DES GREFFONS, QUI DOIT RÉPONDRE AUX PRINCIPES DE LA DÉMOCRATIE EN SANTÉ

- **Les disparités de durées d'attente (ajustées sur les facteurs de risque d'attente) entre les équipes sont réduites, avec des écarts maximaux du simple au double.**
- A l'issue d'un large débat national sur **la répartition des greffons, l'équité entre les patient-e-s** (en termes de durées d'attente notamment) est renforcée.

## GARANTIR L'ACCÈS À L'INNOVATION

- **L'accès aux immunosuppresseurs innovants est garanti, ainsi que celui à des stratégies d'optimisation des traitements** (prolongation de la survie des greffons, minimisation des effets secondaires), quelle que soit l'ancienneté de la greffe. Ces stratégies sont établies sur la base des faits et en prennent en compte l'expérience et les préférences des patient-e-s.
- **Le recours à des techniques innovantes permettant la réalisation de greffes à risque immunologique (ABO incompatible, avec désimmunisation, etc.) est considéré comme un levier à part entière de lutte contre la pénurie.** La non disponibilité d'une offre conduit à une orientation vers un centre d'expertise. Les éventuels obstacles administratifs (par exemple frais de transports) sont levés.
- **La greffe à partir de dons non-dirigés est développée**, grâce à la modification du texte actuel de la loi de bioéthique rendant possible la mise en œuvre de **programmes d'échanges croisés et de dons altruistes.**

## EVALUER ET AMÉLIORER LA QUALITÉ DES GREFFES

### OBJECTIFS 2022

**La durée d'ischémie froide moyenne nationale est de 15 heures et aucune équipe n'est au-delà de 17 heures.** La durée d'ischémie froide est un des principaux critères pronostic de la longévité des greffes.

- ▶ **Les résultats des greffes sont évalués de manière précise et transparente** (y compris greffons à critères élargis, haut risque immunologique, etc.) et permettent une adaptation dynamique des stratégies d'information, de consentement et de traitement des patient-e-s.
- ▶ **Une recherche clinique ambitieuse et participative est développée.** Son objectif est l'amélioration des indicateurs majeurs : fonction et survie des greffons, survie des patient-e-s et grandes complications, qualité de vie, etc. Elle intègre dès la conception des études l'expérience et les préférences des patient-e-s.