

DIRECTION GÉNÉRALE

Gourbeyre, le

12 JUIN 2026

Affaire suivie par :

Dr Florelle BRADAMANTIS, Dr Djamel MOUKAILA

Courriel : ars971-direction-generale@ars.sante.fr

Tél. : 05 90 99 49 01 / 49 79

Fax : 05 90 99 49 49

Réf. : DGA/FB/N°2026 – 163

Le Directeur Général de l'Agence de Santé
de Guadeloupe, Saint-Martin, Saint Barthélemy

à

Madame la Directrice Générale
de l'Agence de la Biomédecine
1 avenue du Stade de France
93212 SAINT-DENIS LA PLAINE CEDEX

Madame la Directrice Générale,

Par courrier en date du 17 avril 2026, vous avez souhaité obtenir des ARS leurs contributions en vue de l'élaboration des plans ministériels 2027-2031 pour la greffe d'organes, de tissus et de cellules souches hématopoïétiques.

Vous trouverez ci-après les contributions de l'ARS Guadeloupe en lien avec les partenaires notamment de l'équipe greffe du CHUG.

Il nous semble essentiel de réaffirmer notre volonté de pérenniser la tenue du séminaire inter régional relatif au prélèvements/greffes d'organes, rencontres professionnelles biennales co-pilotées par les ARS des Antilles-Guyane et l'ABM. Cette ambition implique d'identifier et de sécuriser dès l'édition précédente, les moyens techniques et financiers nécessaires à l'organisation de la suivante.

Le comité de pilotage interrégional dont les principes ont été posés par l'instruction du 7 janvier 2025 constitue une instance de gouvernance et de coordination de l'organisation inter régionale de la greffe rénale. Associant les ARS, l'ABM, l'équipe régionale de greffe et les néphrologues des trois territoires, il contribue à la sécurisation de cette organisation. A ce titre, sa mise en œuvre effective et son fonctionnement régulier doivent être garantis afin de poursuivre dans de bonnes conditions les objectifs qui lui sont assignés : la sécurisation et l'harmonisation des filières de bilan pré-greffe entre les équipes de néphrologie, la sécurisation et l'harmonisation du suivi des patients greffés dans chacun des territoires ainsi que la promotion du don du vivant.

Ces préalables étant rappelés, les propositions que je formule portent sur les parties du plan que vous avez expressément citées et pour lesquelles une contribution était attendue.

1. L'amont de la greffe, le dépistage et la gestion de la maladie causale

La maladie rénale chronique est plus fréquente dans les départements d'outre-mer (DROM) que dans l'Hexagone. Elle présente des particularités en termes d'étiologie, de modalités de suppléance et d'accès à la transplantation rénale. Les principales étiologies de MRC qui semblent être liées au diabète, à l'HTA et probablement aux néphropathies d'origine génétique

(ApoL1, UMOD...) requièrent donc une stratégie différenciée.

Selon l'équipe du CHUG, le taux de démarrage en urgence de la dialyse (37 % en Guadeloupe) est directement révélateur d'un dépistage tardif.

L'absence de parcours MRC structuré à l'échelle territoriale entre médecins traitants, spécialistes et néphrologues ne permet pas d'assurer une orientation précoce vers les techniques de suppléance et la Transplantation rénale.

Les propositions sont les suivantes :

- Initier une réflexion avec les CPTS du territoire afin de promouvoir et intégrer « la notion du dépistage systématique des populations à risque de MRC » dans les accords conventionnels interprofessionnels (ACI).
- A travers le programme DPC, s'assurer de la formation des médecins généralistes des trois territoires sur le dépistage précoce, les seuils d'orientation néphrologique, la diffusion des recommandations et la néphroprotection.
- Reconnaître, soutenir les médecins de ville et valoriser le temps médical consacré à l'information, à l'accompagnement, la prise en charge et à la coordination des patients atteints de maladie rénale chronique, en particulier en matière de préparation à la greffe rénale et du don du vivant.
- Déployer des consultations multidisciplinaires de préparation de la suppléance et la transplantation rénale et formaliser des consultations médicales et paramédicales dédiées dès le stade IV de la MRC dans l'ensemble des centres de Néphrologie du territoire par des supports adaptés diffusables à l'ensemble des professionnels du territoire.
- Assurer l'harmonisation des pratiques et la fluidité du parcours pré-greffe sur les trois territoires afin de limiter les retards d'inscription.
- Structurer les parcours MRC à l'échelle territoriale : coordination entre médecins traitants, spécialistes (endocrinologues, cardiologues, néphrologues)
- Assurer l'information précoce du patient sur la greffe rénale dès les stades avancés de la maladie rénale chronique.
- Renforcer l'accès des patients atteints de maladie rénale chronique aux programmes d'éducation thérapeutique (ETP), permettant de préparer les patients aux différentes modalités de suppléance et de s'approprier le projet de transplantation rénale.

- Garantir un accès équitable aux consultations avancées spécialisées dans les trois territoires en particulier pour les populations résidant dans les zones sous-dotées en professionnels de santé.
- Déployer des outils de télémédecine nécessaires à la sécurisation et à la continuité des parcours de soins sans rupture notamment au bénéfice des patients résidant dans les îles et collectivités d'outre-mer.
- Renforcer la prévention des principaux facteurs de risques de la MRC.
- Renforcer l'information et la sensibilisation de la population au don d'organes.
- Préserver au sein du budget de l'ARS des financements dédiés aux actions territorialisées de promotion du don d'organes.
- Garantir la qualité, l'exhaustivité et l'actualisation du registre REIN conformément aux recommandations de l'ABM.

2. L'accès à la liste d'attente et l'attribution des greffons :

Des déterminants sociaux indépendants des critères médicaux (âge, genre, niveau d'éducation, précarité) peuvent impacter le parcours et des disparités importantes entre régions sont documentées.

Aux Antilles Guyane, ces déterminants généraux se cumulent produisant un accès structurellement inégal :

- Un centre d'inscription pour 3 territoires impliquant pour les patients des déplacements inter-régionaux entraînant des coûts de transport, des organisations logistiques et des délais incompressibles.
- Des délais d'inscription allongés notamment par insuffisance des ressources humaines médicales, paramédicales et administratives et la charge de la coordination des trois territoires allonge de fait ces délais au-delà des standards nationaux.
- Un accès limité aux greffons nationaux notamment pour les hyper immunisés.
- Le suivi et l'acheminement des anticorps anti HLA pré greffe limités par le financement des matériaux nécessaires, des réactifs et l'organisation du transport des sérums

Les propositions sont les suivantes :

- Améliorer l'accès des patients hyper immunisés à la transplantation rénale par la mise à niveau d'un logiciel informatique pour la restitution des résultats et l'échange automatisé des données avec CRISTAL.
- Lever les contraintes spécifiques au transport des anticorps anti HLA vers le Centre de Greffe.
- Promouvoir en lien avec les partenaires une politique afin de faciliter les transferts entre les régions par des conventions de transport interrégionales et nationales
- S'assurer du suivi et de l'application harmonisée des recommandations de la HAS 2015 « Transplantation Rénale/ Accès à la liste d'attente nationale entre communautés médicales des trois territoires ».
- Réduire les délais d'inscription sur la liste nationale d'attente grâce à la mise en place de parcours de soins harmonisés et structurés dans les trois territoires.

- Rendre visibles les résultats de l'équipe régionale de transplantation auprès des professionnels de santé et du grand public dans les trois territoires.
- Favoriser l'orientation et l'inscription prioritaire des patients antillo-guyanais vers le centre greffeur régional en l'occurrence le CHUG.
- Garantir un pilotage optimal des parcours des patients inscrits sur la liste d'attente et candidats à une inscription par l'évolution de la plateforme de coordination de parcours pre greffe « Courbaril » vers la plateforme « Lyann@j »
- Mettre en place des réunions de concertation pluridisciplinaire (eRCP pré greffe) mensuelles inter régionales (néphrologues, urologues, anesthésistes, cardiologues, médecins vasculaires, médecins immunologistes, IDE coordinatrices, IPA, psychologue et assistante sociale) afin de discuter des dossiers complexes, limiter les déplacements des patients et raccourcir les délais d'accès à la liste.
- Garantir au site greffeur la disponibilité des consommables en particulier ceux utilisés pour les machines à perfuser les greffons

3. Les registres et les données gérés par l'Agence de la biomédecine

Le registre REIN et la base de données Cristal constituent les 2 piliers de l'épidémiologie et du pilotage de la filière greffe

Localement, ces deux outils présentent des fragilités structurelles avec des conséquences directes les données des registres.

Les propositions sont les suivantes :

- Garantir la pérennité des postes de TEC REIN et Greffe sur l'ensemble des territoires Antilles-Guyane afin que les données des activités MRC et Greffe soient intégrées dans les rapports annuels de l'ABM
- Améliorer la qualité et l'exhaustivité des données régionales et promouvoir des analyses statistiques adaptées aux caractéristiques démographiques du territoire notamment lors des comparaisons avec les autres régions.
- Faciliter l'exploitation des données pour le pilotage régional et l'évaluation des pratiques.

4. Le prélèvement d'organes, la qualité et la sécurité des soins et des pratiques de prélèvement

- Soutenir le déploiement des réseaux opérationnels de proximité vers les territoires de Saint-Martin et de Saint-Barthélemy, en s'appuyant sur un partenariat renforcé avec les collectivités territoriales dans la prise en compte des contraintes matérielles, sociales et financières liées à l'insularité notamment pour l'accompagnement des proches et le rapatriement des défunts.
- Pérenniser les audits et plans d'action pilotés par l'ABM et les ARS.
- Développer des indicateurs régionaux de performance et de qualité.
- Insister sur le caractère obligatoire de déclaration des EIGS à l'ARS.

- Garantir la formation des équipes médicales des services partenaires (Neurologie, services des Urgences, Unités de soins intensifs, dans le CHU et dans le réseau opérationnel de proximité) afin de promouvoir la culture du signalement des donneurs potentiels.
- Conforter la poursuite du protocole Maastricht III au CHUG.

5. La greffe d'organes, la qualité et la sécurité des soins et des pratiques de greffe

Le CHU de Guadeloupe, réalise entre 30 à 60 greffes par an pour les patients des régions de Guadeloupe, Martinique et Guyane.

La continuité post greffe est fragilisée par l'absence de protocoles de suivi partagé formalisé entre le CHU de la Guadeloupe et les Centres de Néphrologie.

Le transport des patients appelés pour la greffe : la procédure avancée concrète pour la Martinique n'a pas d'équivalent formalisé en Guyane.

Le Suivi immunologique post-greffe nécessite d'harmoniser les stratégies de suivi des anticorps anti-HLA et de permettre l'accès aux techniques innovantes.

Les propositions sont les suivantes :

- Formaliser un protocole interrégional partagé entre le centre de greffe et les centre de néphrologie dans le cadre du suivi post greffe.
- Développer des parcours harmonisés entre le centre de greffe et les services de néphrologie, disposant d'outils de télésurveillance permettant la détection précoce des complications et la réduction des hospitalisations dans le cadre d'un parcours post-transplantation standardisé
- Renforcer le suivi immunologique post-greffe, à cet effet, atteindre l'harmonisation des stratégies de suivi des anticorps anti-HLA, l'accès aux réactifs et matériels spécifiques
- Développer les programmes d'ETP dédiés aux patients greffés.
- Sécuriser le partage d'information entre équipes de néphrologie et centre greffeur.
- Aborder la question de l'accès à la greffe hépatique, pulmonaire, cardiaque pour les patients ultra-marins : sujet majeur d'inégalité d'accès aux soins.
- Structurer le suivi précoce et ambulatoire des patients greffés notamment par les IPA.
- Garantir à l'équipe régionale de greffe des ressources dédiées au travail social et en psychologie clinique afin de renforcer l'accompagnement des patients et de leurs proches (temps dédiés d'assistante sociale et de psychologue clinicien).
- Préserver les capacités HLA et immunologiques régionales selon les recommandations de l'ABM (techniques, matériels et RH expérimentées).
- Soutenir l'évaluation continue des pratiques professionnelles.
- Insister sur le caractère obligatoire de déclaration des EIGS à l'ARS ;
- Promouvoir la culture du signalement.

6. La place de l'intelligence artificielle dans l'activité

Le CHU de Guadeloupe est engagé depuis 2018 dans une démarche structurée d'intégration du numérique et de l'intelligence artificielle dans le parcours de greffe rénale, à travers trois outils complémentaires :

- La plateforme COURBARIL (coordination du parcours pré-transplantation).
- Le réseau ROFIM (télé expertise pré et post greffe).
- La plateforme de télésurveillance Okeiro (IA prédictive de dysfonction du greffon). Son innovation centrale repose sur l'algorithme iBox, un modèle prédictif qui anticipe la perte d'un greffon rénal. Cet algorithme, a été développé en collaboration avec l'AP-HP et l'INSERM.

Le CHU de Guadeloupe, engagé dans l'intégration d'Okeiro à son parcours de télésurveillance post-greffe, est ainsi positionné sur l'un des outils d'IA en transplantation les plus avancés de France avec une validation réglementaire internationale.

L'écosystème numérique répond à un besoin spécifique du patient antillo guyanais.

Les propositions sont les suivantes :

- Garantir la continuité et le fonctionnement de l'écosystème COURBARIL-ROFIM-Okeiro qui répond au besoin spécifique du patient antillo guyanais.
- Garantir un cadre éthique, transparent et sécurisé d'utilisation des données.

7. Le financement des activités de prélèvement et de greffe d'organes et de tissus

Le financement de la greffe rénale repose sur les GHS (séjour chirurgical), le forfait annuel greffe (FAG) et les financements complémentaires hors T2A. Ce modèle, conçu pour des établissements en environnement hexagonal standard, présente aux Antilles-Guyane des inadéquations structurelles non compensées.

La réforme des astreintes hospitalières entrée en vigueur au 1er novembre 2025 avec la mise en place d'une indemnité Forfaitaire pour l'ensemble des équipes médicales et chirurgicales participant aux astreintes de Greffe Rénale au CHUG, semble avoir réduit l'attractivité de cette activité, alors même qu'elle repose sur des interventions souvent nocturnes, techniquement complexes et nécessitant un haut niveau d'expertise.

Les propositions sont les suivantes :

- Sécuriser et réviser le financement des astreintes liées à l'activité de prélèvement et de greffe.
- Etudier la faisabilité d'une évolution du forfait annuel greffe en intégrant les coûts de coordination inter régionale : en définissant par exemple un coefficient territorial reconnaissant les surcoûts logistiques structurels.
- Assurer le suivi de l'utilisation des délégations de crédits versées aux établissements.
- Conforter le fléchage des dotations dédiées à la greffe et au prélèvement d'organes et s'assurer de leur utilisation conforme aux missions pour lesquelles elles sont attribuées à l'établissements.

- Poursuivre le financement des IPA.
- Poursuivre le financement des TEC et des activités de coordination.
- Développer un dispositif « hôtel hospitalier » ou dispositif HTNM (Hébergement Temporaire Non Médicalisé) dans le cadre du don vivant.
- Garantir la neutralité financière pour le donneur vivant.

8. L'attractivité des métiers du prélèvement et de la greffe

La continuité du programme de greffe repose sur un nombre critique de praticiens fragilisant le programme de greffe.

- Sous-effectif médical chronique en néphrologie-Transplantation au CHUG structurellement en-deçà des recommandations des sociétés savantes.
- Le laboratoire HLA requiert des biologistes et techniciens très spécialisés formés à des techniques évoluant rapidement (NGS, Luminex,), le recrutement et la fidélisation de ces profils sont difficiles
- Une seule IDE coordinatrice pré greffe pour l'ensemble des 3 territoires qui assure la coordination du parcours pré transplantation ; le suivi des bilans pré greffe, l'information des patients, la programmation de leurs visites au CHUG, l'isolement de ce poste créent un risque de rupture en cas de vacance.
- 1 IPA mention Transplantation débutera au CHUG en septembre 2026 cependant le dispositif reste insuffisant au regard des besoins de télésurveillance interrégionale des patients greffés et de la délégation de tâches médicales

Les propositions sont les suivantes :

- Renforcer la seule IDE de coordination pré-greffe interrégionale en soutenant la création d'un deuxième poste permettant une organisation en binôme sécurisé et une continuité de service garantie sur les trois territoires.
- Soutenir la création d'un poste d'IDE de coordination post-greffe : coordination inter régionale post greffe, missions de télésurveillance, prévention du risque infectieux, accompagnement thérapeutique et ETP pré- et post-greffe
- Assurer le financement ARS d'1 poste d'IPA NDT
- Soutenir la création de postes psychologue et assistante sociale dédiés à la transplantation : notamment dédiés au don du vivant
- Garantir le quota minimal de postes médicaux
- Soutenir un plan de recrutement médical formalisé et appuyé par les instances
- Assurer la formation de l'ensemble des acteurs impliqués sur le prélèvement et la greffe d'organe.
- Développer des coopérations inter-CHU et inciter à l'ouverture de néphrologues à temps partagé entre établissement de santé.
- Mettre en place une politique d'attractivité au CHUG.
- Renforcer la coopération du CHUG et de l'université des Antilles en intégrant précocement les sujets liés au don d'organe et à la greffe dans l'enseignement de deuxième et troisième cycle universitaire des études de médecine.

9. La communication sur le don d'organes et de tissus

- Adapter les campagnes nationales aux réalités culturelles des territoires (développer des supports en créole).
- Soutenir le projet ARS relatif aux villes ambassadrices du don d'organe.
- Renforcer les actions de sensibilisation dans les écoles, entreprises et établissements de santé.
- Pérenniser les actions régionales autour de la journée nationale du 22 juin ;
- Promouvoir la culture du don au sein des établissements de santé.
- Promouvoir les débats citoyens avec l'appui de l'EREGIN.
- Se mobiliser collectivement pour diminuer le taux d'opposition régional.
- Favoriser l'expérience patient en s'appuyant sur le témoignage des patients greffés et des donneurs vivants.

➤ Focus sur le don du vivant :

Depuis cinq ans, aucune transplantation rénale par donneur vivant n'a été réalisée en Guadeloupe, accentuant la crise pour les patients en attente, Le don vivant intrafamilial représente pourtant un levier spécifiquement adapté aux Antilles-Guyane.

Les propositions sont les suivantes :

- Faire du don vivant une priorité régionale.
- Piloter et évaluer le programme de greffe à partir de donneur vivant par l'ARS et l'ABM
- Prise en charge logistique et financière formalisée des donneurs : déploiement explicite des allocations financières ABM dédiées sur les trois territoires (hébergement, frais de déplacement, remboursement) dans un protocole interrégional formalisé
- Informer systématiquement les patients dialysés et porteurs d'une MRC sur le don vivant.
- Renforcer l'information auprès de la communauté médicale (néphrologues et médecins de ville impliqués dans le parcours MRC) sur la réalisation du don vivant localement et sur les critères d'orientation.
- Formaliser les bilans pré-don du vivant sur chaque territoire.

➤ Recommandation pour les patients drépanocytaires du territoire candidats à une greffe de moelle :

Les activités de greffe de cellules souches hématopoïétiques (CSH) ne sont pas présentes en Antilles-Guyane. Pourtant, c'est le seul traitement qui permet la guérison de la drépanocytose. Le nombre annuel de candidats à la greffe de CSH est d'un peu moins une dizaine par an en Guadeloupe.

Si le dossier est retenu par la RCP organisée avec la filière nationale, le patient et éventuellement l'un de ses proches parents s'envolent dans l'Hexagone pour y séjourner entre 9 et 12 mois. Ces situations sont souvent mal vécues au regard de l'isolement social et des frais supplémentaires liés à l'éloignement.

Ceci illustre également la nécessité d'une meilleure prise en compte des spécificités ultramarines dans les dispositifs nationaux d'accompagnement sanitaire, psycho-social consacrés aux parcours complexes de greffe. A cet égard, un lien peut naturellement être fait avec les dispositions prévues au plan national maladies rares.

Je vous prie d'agréer, Madame la Directrice Générale, l'expression de ma considération distinguée.

Bien à vous,

Le Directeur Général,

Ph. Luccioni-Michaux

Philippe LUCCIONI-MICHAUX

