



Nouveau plan ministériel pour la greffe d'organes-tissus et de cellules souches hématopoïétiques pour les années 2027-2031 Contribution de la Conférence des Directeurs généraux de CHU	Date : 02/06/2025
--	--------------------------

Coordination par Charlotte BOYER
Direction des coopérations et de la stratégie territoriale des Hospices Civils de Lyon

A l'occasion de la préparation du nouveau plan ministériel pour la greffe d'organes et de tissus pour les années 2027-2031, la Conférence nationale des Directeurs généraux de CHU a été sollicitée pour participer à la concertation nationale visant à définir les axes de développement de l'activité de prélèvement et de greffe d'organes et de tissus.

Cette note synthétise les enjeux et les défis identifiés pour ces activités dans les CHU, et propose des pistes d'actions autour des axes proposés par l'ABM. Il faut noter que les points 1 à 3 concernant, l'amont de la greffe, le dépistage et la gestion de la maladie causale ; l'accès à la liste d'attente en greffe d'organes et l'attribution des greffons ; les registres et données gérés par l'ABM, ne seront pas traités, les équipes médicales les discutant via leurs sociétés savantes.

*

* *

I- Prélèvement d'organes, qualité et sécurité des soins et des pratiques de prélèvement, évaluation des activités et des pratiques

Reposant en partie sur la solidité des équipes de coordination hospitalière des prélèvements, l'activité de prélèvement d'organes évolue sensiblement depuis une dizaine d'années avec l'essor du prélèvement de type Maastricht III d'une part, et des programmes donneurs vivants d'autre part, dont les impacts organisationnels sont majeurs pour les établissements hospitaliers.

1. Compter sur une équipe de coordination hospitalière solide dans un cadre d'activité partagé, un enjeu majeur pour l'activité de prélèvement sur donneurs décédés

1.1 La robustesse de l'équipe de coordination, une des clés d'une activité de prélèvement élevée

La coordination hospitalière des prélèvements d'organes et de tissus (CHPOT) est un acteur essentiel de la chaîne du don, tant dans le lien que ces professionnels entretiennent avec les équipes de réanimation pour identifier les donneurs potentiels, que dans l'expertise qui est la leur pour accompagner les proches de donneurs et organiser les procédures de prélèvement en collaboration avec les équipes chirurgicales.

La stabilité et la diversité de cette équipe sont ainsi déterminantes. En effet, la formation des professionnels, notamment paramédicaux est assez longue pour atteindre l'autonomie, dans un environnement de travail complexe, aux interlocuteurs nombreux et à la charge émotionnelle forte.

Plusieurs éléments peuvent être de nature à sécuriser le fonctionnement de cette équipe du point de vue paramédical :

- Le recours à des infirmiers de coordination (IDEC) expérimentés issus des différents services de réanimation (notamment) de l'établissement est à encourager.
- La mixité des profils, avec des professionnels à temps plein et d'autres en postes partagés entre la CHPOT et le service d'origine, est un modèle intéressant.
- Le respect d'un temps de formation en tuiilage en cas de mobilité est à organiser autant que possible pour limiter les pertes de compétences.
- La proposition d'une supervision d'équipe (intégrant l'équipe médicale) peut contribuer à favoriser la cohésion d'équipe en travaillant sur les situations difficiles partagées.

Au-delà, s'il est difficile pour les CHU de pouvoir compter sur l'aide de leur réseau dans les périodes d'absentéisme, ce relai doit toutefois pouvoir être discuté librement avec les partenaires en cas de besoin, sans que cela ne soit identifié comme un risque de fragilisation du réseau dans son ensemble. En effet la compétence d'un IDEC est difficilement remplaçable en cas de besoin urgent et fortuit, et sans « pool » national d'IDEC, toute déstabilisation de l'effectif d'une CHPOT peut rapidement avoir des effets délétères sur l'activité de l'établissement.

- L'existence d'une « task force » d'IDEC rattachés à l'ABM pour mobilisation en soutien aux CHPOT fragilisées par des difficultés RH pourrait être étudiée.

Concernant l'équipe médicale, si des urgentistes peuvent tout à fait s'investir dans l'activité de coordination, l'expérience d'un médecin anesthésiste réanimateur est déterminante et il paraît fragile de ne pas en disposer dans une équipe de coordination, d'autant plus en CHU.

- S'il est difficile de penser à des affectations de médecin anesthésiste réanimateur à temps plein compte tenu des contraintes que connaissent les blocs opératoires et les réanimations, pouvoir compter sur une compétence de ce type à 50% au moins est très bénéfique.

De plus, au-delà de la spécialité du praticien référent de l'activité, il apparaît important de pouvoir bénéficier d'une personnalité médicale reconnue par ses pairs et avec un leadership affirmé pour pouvoir accompagner une équipe paramédicale par nature experte et autonome.

1.2 La priorisation de l'activité, un engagement commun et partagé

Les contraintes induites par l'activité de prélèvement d'organes sur donneurs décédés sont fortes pour les organisations hospitalières, en particulier pour des secteurs souvent soumis à une activité soutenue comme les soins critiques et les plateaux techniques.

Si quelques établissements bénéficient d'un lit dédié à l'accueil d'un patient en état de mort encéphalique, il est bien plus fréquent de devoir concilier une prise en charge plus ou moins programmable avec les enjeux d'accueil urgent, en réanimation ou au bloc opératoire. Or, la priorité de prise en charge d'une personne décédée n'est pas toujours évidente face aux flux des prises en charge urgentes ou cancérologiques, ce qui peut mettre en difficulté les équipes de coordination. A l'inverse, l'existence d'une position institutionnelle claire et affirmée sur le niveau de priorisation collectif de cette activité et de l'activité de transplantation peut être soutenant.

- L'inscription de ce principe dans les chartes de bloc opératoire et la mobilisation des gouvernances locales de bloc sont à ce titre des outils qui peuvent s'avérer assez efficaces.

En outre, le portage institutionnel de ces thématiques dans leur ensemble contribue à entretenir une dynamique collective favorable et à soutenir l'émergence de projets multi-disciplinaires ou multi-spécialités capables de générer de la valeur pour l'établissement, et ce, malgré les contraintes induites par ces activités. L'émergence de ce type d'environnement permet la réunion de groupes de travail thématiques qui peuvent être valorisés via des temps collectifs réguliers visant à partager les travaux et les projets.

- Un rendez-vous annuel des acteurs de la communauté du don avec la gouvernance est un outil pertinent pour partager le bilan des actions entreprises, identifier les orientations retenues pour l'année à venir et diffuser les priorités de l'institution.
- Idéalement, les travaux d'ensemble sur les thématiques du prélèvement et de la transplantation peuvent être incarnés et animés par un binôme représentant les deux axes ou par une structure de coordination transversale, capable de mobiliser la communauté médicale, soutenue par un membre de l'équipe de direction.

2. *Poursuivre le soutien à l'activité de prélèvement sur les sujets en état de mort encéphalique (EME)*

Le taux d'opposition au prélèvement chez les patients en EME (exprimé par le défunt de son vivant ou, le plus souvent, par les proches) reste très élevé dans certaines régions.

- A cet égard, il reste essentiel de soutenir les actions de sensibilisation, d'éducation et de formation auxquelles contribuent les équipes hospitalières (cf. dernière partie de la présente note). L'accès à certains publics (les jeunes en particulier) est à favoriser. Une approche interministérielle peut être aidante à cet égard¹.

Dans certaines régions, il reste probablement une marge de progression dans le recensement des patients EME dans les établissements non autorisés au prélèvement appartenant aux réseaux opérationnels de proximité (ROP). Les équipes des CHPOT qui interviennent dans ces établissements expriment parfois un manque de légitimité pour aller au-delà des actions déjà mises en place, face à des établissements qui ne sont pas demandeurs.

- Il importe donc que le prélèvement d'organes et de tissus fasse partie des objectifs stratégiques des établissements, y compris lorsqu'ils ne sont pas autorisés, et d'utiliser tous les leviers mobilisables en ce sens (projets médico-soignants partagés des GHT, conventionnement clair entre établissements autorisés et établissements du ROP, CPOM/dialogue de gestion ARS, etc.)

3. *Soutenir le développement de l'activité de type Maastricht III*

Bien que l'activité de prélèvement issue des morts encéphaliques soit la base de l'activité française en matière de prélèvements multi-organes (PMO), force est de constater que les marges de progression en la matière sont étroites, notamment du fait de la baisse de l'accidentologie et des progrès de la médecine d'une part, et du taux d'opposition qui reste élevé d'autre part ; c'est pourquoi, au-delà des actions de sensibilisation, d'éducation et de formation auxquelles contribuent les équipes hospitalières (cf. dernière partie de la présente note), les efforts se concentrent à présent vers le développement de l'activité de prélèvement dite « Maastricht III » dont la part ne cesse de progresser, ce d'autant plus que les résultats apparaissent comme très satisfaisants².

3.1 Une procédure hautement technique reposant sur des experts

Si la procédure de type Maastricht III a des avantages en ce qu'elle peut être, d'une certaine façon, programmée, elle n'en demeure pas moins extrêmement mobilisatrice pour les équipes soignantes, et particulièrement technique ; elle nécessite de disposer d'un volume d'activité suffisant pour entretenir les

¹ Exemples d'initiatives intéressantes mises en place avec le Rectorat dans les Hauts-de-France, structuration d'un programme en cours sur le territoire lyonnais.

² Citons par exemple ici Mulet E, Muller X, Boulanger N, Rossignol G, Lebossé F, Erard D, Antonini T, Delignette MC, Blet A, Guichon C, Jacquenod P, Della Corte A, Rode A, Mohkam K, Mabrut JY, « Nonanastomotic biliary strictures after cDCD liver transplantation with normothermic regional perfusion - An IDEAL-Stage 4 study with a prospective radiological follow-up », *American Journal of Transplantation*

compétences et de bien identifier le volume de professionnels impliqués pour garantir un niveau de formation sécurisé.

- Le soutien financier existant via le « Supplément DDAC M3 » du forfait des coordinations hospitalières de prélèvement (CPO) pourra ainsi utilement être pérennisé pour encourager les établissements à s'investir dans cette activité.

D'autre part, elle repose souvent sur le volontariat des équipes mobilisées (anesthésistes réanimateurs, chirurgiens cardiaques notamment), ce qui, au-delà d'un certain niveau d'activité peut poser des problèmes d'articulation avec l'activité du service d'origine et soulever des questions organisationnelles et/ou de reconnaissance financière.

Concernant la composition de l'équipe, si chaque établissement a la liberté de la définir dans la mesure où aucune obligation n'est légalement fixée, il pourrait être intéressant d'accompagner des initiatives visant à sécuriser le prélèvement et à améliorer le taux de succès des procédures.

- Proposer des bourses d'études ou des crédits d'amorçage/d'accompagnement pour évaluer l'intérêt de la mobilisation des chirurgiens cardiaques/thoraciques et/ou de perfusionniste pour limiter les échecs de canulation, par exemple.

3.2 Accompagner la mise en œuvre des équipes régionale de circulation régionale normo-thermique (CRN)

Les compétences et le dimensionnement des équipes des CHU doivent permettre d'organiser une équipe mobile de prélèvements, à l'appui du réseau déjà établi avec les établissements du territoire avec lesquels le CHU travaille.

Ce type de projet au potentiel fédérateur réel peut participer de la dynamique globale d'un CHU en matière de prélèvement et transplantation et induire un effet de levier à l'échelle locale dans la mesure où il conduit à mobiliser des compétences variées et complémentaires.

- La création récente d'un compartiment du CPO dédié à cette activité doit pouvoir être pérennisée d'autant plus pour une activité qui nécessite une articulation complexe des différents intervenants pour un volume de procédures annuelles qui reste relativement limité, même dans les centres les plus actifs³.

Cependant, un point de vigilance est à considérer car, si le CHU peut être un acteur facilitant de la mise en œuvre du projet, il faut s'assurer de la dynamique interne de l'établissement partenaire, ce type de démarche ne pouvant être engagé qu'à son initiative, sous peine de ne pas rencontrer l'adhésion des équipes.

- A ce titre, les ARS conjointement avec l'ABM, pourraient avoir une posture incitative pour permettre l'aboutissement des projets.

3.3 Vers le transfert en intentionnalité ?

La possibilité discutée depuis plusieurs années de transfert de donneurs potentiels d'une réanimation vers une autre pourrait aussi contribuer à soutenir l'activité de prélèvement Maastricht III. Bien que soulevant des questions d'ordre éthique – pour les équipes de réanimation, le donneur, ses proches notamment –, cette solution apparaît comme techniquement moins lourde que la mise en place d'une CRN mobile.

- L'aboutissement des travaux engagés à l'échelle nationale et l'établissement de recommandations en la matière sont sur ce point particulièrement attendus.

Au-delà de faciliter le transfert des donneurs potentiels entre établissements, cette évolution pourrait également avoir un intérêt majeur pour les CHU avec plusieurs sites géographiques.

³ 20 à 25 procédures MIII annuelles au total pour les centres les plus dynamiques, soit quelques procédures issues de la CRN mobile.

3.4 Soutenir le développement du Maastricht III pédiatrique et du Maastricht III cœur

Enfin, la mise en œuvre progressive du prélèvement Maastricht III en pédiatrie d'une part, et l'extension du champ d'application au cœur d'autre part, si les résultats de l'expérimentation⁴ en cours sont concluants, doit contribuer à l'accroissement de l'activité, même si celle-ci devrait rester limitée et concentrée dans quelques centres, compte-tenu des expertises techniques, des contraintes logistiques, et des enjeux éthiques qu'elle soulève.

- La mise en place d'un soutien financier dédié pour la pédiatrie pourrait être un signal intéressant pour les établissements de santé qui porteront les autorisations associées.
- La mise en place d'un forfait dédié pour le cœur devrait se confirmer à l'instar de ce qui a été prévu pour les autres organes

4. Poursuivre le développement des programmes donneurs vivants

En complément de l'activité de prélèvement issue de donneurs décédés, le recours aux donneurs vivants, accessible pour les patients en attente de greffe de rein et de foie, est un levier d'augmentation d'activité intéressant, tant pour les receveurs adultes que pour la filière pédiatrique.

Si le prélèvement sur donneur vivant a l'avantage d'être anticipé et programmé, organisé sur des périodes ouvrées, ce qui facilite les conditions de sa réalisation, cette activité n'en demeure pas moins complexe à organiser. Pour ce faire, la mise en place d'une coordination solide entre équipes médicale et chirurgicale est une des modalités de sécurisation efficace de l'activité.

- La présence d'une infirmière en pratique avancée (IPA) est un atout majeur pour coordonner le donneur vivant rein.

De plus, l'identification de créneaux dédiés et réguliers est un gage de succès, à condition toutefois que cela ne repose pas sur une seule et même équipe au risque de la mettre en difficulté sur les autres champs cliniques qu'elle doit couvrir. Cette organisation, loin d'être évidente pour les spécialités non intéressées directement par l'activité de transplantation doit pouvoir, le cas échéant être efficacement accompagnée par la gouvernance du bloc concerné voire de l'établissement.

- La répartition des efforts conduisant à libérer des plages opératoires pour cette activité doit être autant que possible partagée entre spécialités pour garantir une organisation durable.

Concernant spécifiquement les équipes de transplantation rénale adultes, la cible établie de 20% de greffes issues de donneurs vivants semble en revanche discutable selon les équipes médicales : au-delà d'un rationnel scientifique peu étayé semble-t-il, l'utilisation d'un taux ne tient pas compte de l'évolution globale de l'activité, qui peut, d'une année à l'autre, faire varier très sensiblement ce pourcentage.

- Il pourrait sans doute être plus pertinent, pour chaque équipe, de se fixer une cible en volume de procédures annuelles.

Enfin, bien que légalement possibles, les dons croisés restent assez rares en transplantation rénale car très complexes à concrétiser du fait de la mobilisation conjointe de plusieurs centres.

*

⁴ Arrêté du 6 mars 2026 : accompagnement des trois sites pilotes (AP-HP/La Pitié-Salpêtrière, Marie Lannelongue, CHU de Lille), évaluation des résultats et, le cas échéant, élargissement à d'autres centres.

II- Greffes d'organes, qualité et sécurité des soins et des pratiques de greffe, évaluation des activités et des pratiques

Le vieillissement des patients en attente de greffe ou déjà transplantés pose de nombreux défis aux équipes médicales qui doivent réfléchir à de nouvelles stratégies thérapeutiques qu'il convient de pouvoir accompagner.

1. Faciliter la gestion des cohortes et le suivi des patients dans le contexte du vieillissement de la population

1.1 Faire face à l'augmentation de l'espérance de vie et des maladies chroniques

Les équipes de transplantations doivent être en capacité de prendre en charge des patients dont les cas cliniques sont de plus en plus complexes et dont l'âge augmente. Ainsi, le temps consacré par les différents acteurs de l'activité de transplantation dans la gestion de ces situations cliniques ne cesse de progresser et le nombre d'acteurs mobilisés et d'examen réalisés avec lui. Ce constat vaut pour l'ensemble des organes, avec un effet d'autant plus fort pour les cohortes nombreuses du rein et du foie adultes.

Les actions de prévention sont donc à soutenir pour limiter autant que possible la survenue de complications évitables dans les parcours de transplantation. A ce titre,

- La consolidation des activités d'éducation thérapeutique est un levier à considérer
- L'organisation d'une vaccination systématique en pré et post-greffe via la mise en place de filières dédiées à l'échelle d'un ou plusieurs CHU peut être à expérimenter, éventuellement en lien avec le réseau de ville.

En outre, les organisations de nature à libérer du temps médical et à fluidifier les parcours des transplantés sont à encourager pour faciliter le suivi de ces cohortes

- Le développement de protocoles de coopération peut ainsi être un levier pertinent.

1.2 Mobiliser les outils de la télémédecine pour avancer dans la création d'un maillage territorial solide pour améliorer l'accès à la greffe et faciliter le suivi

Compte-tenu des délais d'attente que connaissent de nombreuses équipes de transplantation pour les consultations de bilans pré et post-greffes, la mobilisation des outils de télémédecine apparaît comme une solution de nature à faciliter la réalisation des étapes les plus simples en dehors des structures de soins pour cibler l'accueil au CHU des situations les plus graves.

- La mise en place de réseaux avec quelques spécialistes de ville bien formés et un accès rapide au centre de greffe en cas de besoin doit ainsi être encouragée.

En outre, il paraît intéressant de soutenir le déploiement de la télé-expertise, en particulier avec des centres géographiquement isolés pour améliorer l'identification des patients susceptibles d'être inscrits dans un parcours de transplantation.

- Une réflexion pourrait être engagée sur l'identification d'un forfait de télé-expertise dédié pour ce type d'activité de recours.

Parallèlement, le recours à la téléconsultation pourrait être plus large, en particulier pour des patients stabilisés en pré-greffe, isolés ou vivant loin du centre greffeur, avec la nécessité toutefois de la prévoir en partenariat avec une structure hospitalière ou libérale du territoire considéré.

- La mobilisation du dispositif d'expérimentation dit « article 51 » pourrait être envisagée

Concernant le volet post-greffe, si les outils de télémédecine paraissent adaptés pour des patients observants et sans complications particulières, les receveurs les plus récemment greffés ou les patients précaires ne devraient pas être intégrés dans ce type d'organisation.

1.3 Mobiliser les IPA pour sécuriser la coordination de ces parcours complexes, en lien avec les IDE de coordination

Au-delà de la mobilisation de l'intelligence artificielle qui sera discutée plus loin, il faut noter ici la plus-value apportée par l'arrivée des IPA dans les services concernés, tant pour le lien créé avec le patient et son entourage, que pour la coordination mise en place avec les services hospitaliers et avec les acteurs de ville, que pour les perspectives de recherche paramédicale que propose ce métier. Ces bénéfices sont visibles pour la filière de transplantation rénale adulte comme pédiatrique.

Il faut souligner ici que, en dehors de l'activité de transplantation rénale qui bénéficie d'une mention spécifique, les autres équipes de greffe doivent trouver des stratégies de contournement pour bénéficier de cette compétence précieuse et fidéliser des professionnels investis qui pourraient aspirer à ce type de poste.

- L'identification d'une mention « IPA en transplantation » incluant le volet pédiatrique et adulte doit ainsi pouvoir être soutenue activement.

2. *Accompagner les innovations biomédicales et technologiques*

En complément d'une évolution des organisations de soins hospitalières et territoriales, les équipes de transplantation peuvent être des acteurs majeurs du déploiement de l'innovation dans les CHU : au cœur d'un parcours médico-chirurgical riche de techniques et de compétences surspécialisées au profit d'activités de recours, elles savent pouvoir compter sur l'ambition des institutions hospitalières pour être soutenues.

2.1 Soutenir la diffusion de la robotique chirurgicale pour les greffes abdominales

Activité chirurgicale par excellence, la transplantation d'organes bénéficie au même titre que les autres interventions des avancées technologiques et cliniques. Ainsi, la pénétration du robot chirurgical multi-disciplinaire n'épargne pas ce segment d'expertise du CHU : plébiscité pour la précision qu'il apporte, le confort qu'il permet à l'opérateur, mais aussi au patient grâce à un abord mini-invasif, ce type d'équipement peut avoir des effets sur la durée moyenne de séjour et la survenue des complications contribuant à la qualité et à la sécurité d'un geste particulièrement sensible. C'est aussi un outil qui permet d'accéder à des interventions qui ne pourraient être réalisables sans son truchement.

Il est ainsi établi que le robot multi-bras est un atout majeur dans la chirurgie de transplantation rénale adulte, tant pour limiter l'impact du prélèvement sur donneur vivant que pour permettre la réalisation d'une greffe chez des patients pour qui le geste ne serait pas possible avec une technique manuelle du fait d'une configuration anatomique particulière, d'abord vasculaires délicats ou d'un surpoids particulièrement important, par exemple.

Les atouts pour la transplantation hépatique commencent à être documentés en France pour le prélèvement sur donneur vivant alors que l'intérêt pour la greffe est réel, les bénéfices en matière de pertes sanguines, de durée de séjour, etc, étant estimés comme notables.

Enfin, cette technique a également beaucoup d'intérêt en pédiatrie, pour des gestes particulièrement délicats sur des patients dont les gabarits laissent parfois peu de place au chirurgien pour intervenir.

- Un soutien de l'ABM dans la diffusion de cette technique et la prise en compte des surcoûts induits pour les établissements hospitaliers serait bienvenu.

2.2 Accompagner les travaux visant à diffuser la perfusion d'organes

La pénurie d'organes au regard de l'augmentation des inscriptions sur listes d'attente conduit à modifier sensiblement les pratiques des transplantateurs, qui, dès lors, sont incités à mobiliser des sources de greffons jusque-là écartées. Des domaines qui avaient été peu explorés jusqu'à il y a une dizaine/quinzaine d'années, sont désormais le champ de travaux dynamiques.

Ainsi, le recours aux donneurs « à critères élargis », très utile pour étendre le volume de greffons disponibles, les conduit à greffer des organes de plus en plus fragiles, d'où la structuration de travaux autour de la perfusion d'organes avec deux objectifs : mieux sélectionner les organes au regard du profil du receveur d'une part et améliorer le fonctionnement des organes d'autre part, en les reconditionnant pour ce faire.

- La création de forfaits dédiés à la perfusion d'organes dans le Forfait annuel greffe (FAG) pourrait être considérée comme une priorité.
- Parallèlement, les attributions ponctuelles d'aides à l'achat de machines à perfusion rénales et hépatiques ont été utilement mobilisées et pourraient être renouvelées, avec une extension aux autres organes, le cas échéant.

Par ailleurs, la perfusion d'organes est un sujet dont le potentiel fédérateur entre disciplines⁵ d'une même filière et entre filières de transplantation est puissant. A l'heure où l'attractivité des filières de greffe en particulier sur le volet chirurgical est régulièrement discutée, l'émergence de projets ambitieux en la matière pourrait être nationalement soutenue.

- L'ouverture d'un appel à projet porté par l'ABM ou au niveau ministériel sur ce segment serait ainsi un message fort pour la communauté des transplantateurs.

2.3 Soutenir le développement des nouvelles techniques de transplantation

Les CHU sont pionniers dans le développement de nouvelles activités de greffes (greffe d'îlots de Langherans, greffes exceptionnelles, PHRC en cours sur la greffe d'utérus, etc.) dont les réalisations bien que limitées en volume, contribuent à développer l'expertise des équipes dans une dynamique multi-disciplinaire, à faire émerger des innovations dans divers champs (immunologies, techniques cliniques, etc) et à faire rayonner la France à l'échelle internationale.

- A ce titre, le plan 2027-2031 pourrait utilement intégrer un objectif de soutien à la recherche.

2.4 Vers la xénogreffe et les organoïdes ?

Enfin, prolongeant l'objectif de trouver de nouvelles solutions à la pénurie de greffons, et sans doute avec une perspective plus lointaine, se pose la question du niveau d'implication des équipes françaises dans l'émergence d'un programme de xénotransplantation, la France ayant perdu l'avance acquise en la matière depuis les années 1990.

La réflexion engagée à l'échelle nationale sur cette thématique depuis plusieurs années devrait permettre de formaliser une doctrine claire en la matière pour permettre aux établissements et aux équipes concernés d'anticiper les évolutions induites par ce projet d'envergure, en lien avec des partenaires extra-hospitaliers. Parallèlement, la mobilisation des sciences humaines et sociales pourrait utilement accompagner ces travaux pour définir un cadre éthique en accord avec les attentes de la population tant pour ce qui concerne la production de ces organes que leur utilisation finale.

De même, les travaux autour de la production d'organoïdes doivent pouvoir s'appuyer sur un cadre éthique et réglementaire précis pour garantir la construction d'une nouvelle filière en lien avec les laboratoires de thérapies cellulaires déjà mobilisés pour des travaux de recherche.

- La contribution à venir d'ici 2028 du Comité consultatif national d'éthique pourra utilement éclairer les enjeux de cette thématique.

⁵ Chirurgie, médecine, anesthésie réanimation, équipes paramédicales.

III- Place de l'intelligence artificielle dans l'activité

En complément du déploiement de nouvelles techniques biomédicales et technologiques, le déploiement de l'intelligence artificielle se présente comme un atout pour la chaîne du don. Comme dans les autres champs d'activité hospitaliers, l'intelligence artificielle (IA) doit notamment pouvoir contribuer à améliorer les organisations – faciliter l'identification des donneurs, anticiper la planification et la durée des gestes opératoires, orienter les professionnels vers des tâches à forte plus-value humaine, etc – et la prise en charge des patients.

1. Soutenir l'activité de prélèvement d'organes

L'organisation d'un PMO se caractérise notamment par la multiplicité des acteurs à coordonner, souvent en période non ouvrable, et par un enchaînement de tâches dans un cadre procédural déterminé : cette activité apparaît donc comme un terrain d'expérimentation intéressant pour l'IA.

De plus, les IDEC sont très souvent appelés, interrompus, pour des questions/tâches sans plus-value, qui pourraient être évitées si un outil partagé permettait aux acteurs du don de suivre l'évolution de la procédure. Ceci aurait l'avantage de fiabiliser les temps de prise en charge du donneur, de déplacement des équipes de prélèvement et de mobilisation des équipes de greffes, dans un contexte où la pénibilité de ces activités peut être un frein au renouvellement des équipes.

- La démarche de la start-up *Flowgraft* pourrait ainsi être évaluée sous la coordination de l'ABM, en parallèle de la mobilisation déjà établie de plusieurs CHU et CH.

Il est aussi possible de penser que l'IA pourrait être un outil pertinent pour identifier les donneurs qui auraient échappé au recensement au sein des établissements et de leur réseau, mais aussi pour mieux identifier les donneurs, en particulier dans les procédures « Cœur arrêté tissus ».

- Une expérimentation pourrait être coordonnée par l'ABM avec quelques établissements pour identifier l'intérêt d'un module IA dédié dans CRISTAL ou en interfaçage avec les systèmes d'information hospitaliers (SIH) selon la cible d'utilisation.

2. Faciliter le travail des équipes de transplantation dans l'accompagnement et le suivi des patients

Comme déjà évoqué, l'IA se présente comme un atout intéressant dans la fluidification des parcours, l'accompagnement et le suivi des patients greffés alors que la taille des cohortes ne cesse de progresser : pouvoir mobiliser un outil pour espacer leurs visites de suivi, fiabiliser la prise de traitement, suivre la fonction du greffon, etc. serait particulièrement pertinent dans la mesure où cela permettrait aux équipes médicales et paramédicales de se consacrer aux situations les plus complexes ou à des travaux de recherche par exemple.

De la même manière, l'expansion de l'IA pourrait permettre de réfléchir à la mise en place de plateformes d'éducation thérapeutique mutualisées.

- Les perspectives d'applications sont variées et les perspectives de développement nombreuses sans toutefois que les sources de financement de ces nouveaux dispositifs ne soient bien établies ce qui peut rapidement constituer un point de fragilité pour la diffusion large à l'échelle des établissements.

3. Améliorer les résultats de la transplantation

Le recours à l'IA dans la routine clinique, couplé à la gestion des données, suscite un intérêt majeur de la part des équipes médicales pour améliorer les prises en charge thérapeutiques en facilitant la détermination des scores diagnostiques et pronostiques et en adaptant des traitements au regard du traitement de diverses données (cliniques, histologiques, biologiques, immunologiques, etc).

La création d'outils reposant sur l'intégration de ces technologies pourra aussi permettre de personnaliser l'immunosuppression en l'adaptant au mieux aux spécificités de chaque patient, par exemple. La perspective de pouvoir phénotyper les patients les plus fragiles ou les plus âgés en amont de la transplantation pour adapter leur suivi est aussi une évolution qui pourrait se concrétiser dans les années à venir.

- Au-delà du gain que ces avancées représenteraient pour le patient, l'intérêt médico-économique pourrait être utilement documenté éventuellement dans le cadre d'un programme de recherche médico-économique (PRME).

En complément, l'intégration d'un objectif général de soutien aux évolutions et aux développements du système d'information lié aux activités (SI pré-greffes notamment) et de numérisation des fonctions support (A CP numérique par exemple) serait de nature à soutenir le déploiement de l'activité au sein des CHU.

*

IV- Prélèvement et greffe de tissus

En complément des éléments déjà partagés par la conférence nationale des Directeurs généraux de CHU dans le cadre du rapport IGAS « Etat des lieux de la chaîne de la greffe de tissus en France pour une régulation économique du secteur » publié en 2025⁶, il peut être intéressant de rappeler que le prélèvement de tissus fait face à un taux d'opposition majoré par rapport au don d'organes, dans un contexte où, ce taux progresse nationalement.

Ajoutant à cela des critères de contre-indications souvent nombreux – en particulier pour la peau et les vaisseaux – et une procédure qui se réalise souvent à l'issue d'un PMO, dans un contexte où les tensions d'accès au bloc opératoire sont courantes, le maintien d'une activité à la hauteur des attentes est parfois difficile.

- La poursuite des actions de sensibilisation sur ce sujet spécifique semble donc nécessaire pour faire évoluer la tendance.

D'un point de vue organisationnel, il faut noter que les investissements nécessaires pour la mise aux normes ou le maintien de la conformité des locaux dédiés au prélèvement de tissus post-mortem (cornées notamment), zones moins critiques que les blocs opératoires, peuvent parfois représenter des sommes conséquentes pour les établissements, ce qui, dans le contexte financier actuel, peut conduire à un arbitrage défavorable.

Par ailleurs, la récente refonte du logiciel CRISTAL devrait conduire à l'identification d'une mission supplémentaire consistant à identifier le devenir des greffons, ce qui, sans moyens supplémentaires dédiés pourra rapidement s'avérer difficile à atteindre.

- Un soutien particulier à l'évolution des missions confiées, aux banques des tissus (BDT) ou aux équipes de coordination, doit être anticipé dans le cadre des travaux conduits sur la refonte du logiciel CRISTAL.

Enfin, concernant les travaux visant à réguler le fonctionnement de cette activité, il importe de souligner que, si la régulation des attributions de greffons doit s'envisager, en particulier pour la cornée, il est indispensable de trouver une modalité assurant aux banques de tissus des CHU de conserver les liens qu'elles entretiennent avec les équipes de greffe. Cette relation privilégiée est source d'externalités positives car, au-delà de permettre la connaissance fine des besoins des greffeurs et d'adapter les greffons à leur usage, c'est

⁶ [Etat des lieux de la chaîne de la greffe de tissus en France : pour une régulation économique du secteur | Igas](#)

une des garanties de l'émergence d'innovations, les banques proposant une réponse « sur mesure » aux prescripteurs qui en contrepartie s'impliquent dans le développement de nouvelles modalités thérapeutiques auprès d'elles.

- Si la création d'une liste d'attente pour les greffes de cornées devait être validée, le recours à un double principe d'attribution (locale/nationale) sur le modèle du rein pourrait être une idée à étudier.
- L'avis des chirurgiens greffeurs sur la mise en œuvre d'un système national de liste d'attente serait intéressant.

*

V- Greffes de cellules souches hématopoïétiques

De nombreuses thématiques sont communes avec la greffe d'organe. Il convient toutefois de développer certains aspects spécifiques.

1. Renforcer la coordination des parcours de greffe de cellules souches hématopoïétiques et adapter les organisations aux évolutions des prises en charge

1.1 Soutenir l'activité de coordination

Un point d'attention particulier doit être porté à la coordination des parcours de greffe de CSH. Le rôle des IDEC en amont de l'hospitalisation pour greffe est ici à noter, notamment pour la gestion du registre national, la recherche de donneurs et la réalisation de consultations pré-don et pré-greffe, qui incluent notamment l'évaluation de la compréhension de l'information reçue par le patient.

De plus, ce travail de coordination porte sur les greffes réalisées ainsi que sur les greffes reportées ou annulées, qui ne donnent pas lieu à une valorisation financière.

- La présence d'une IDEC constitue un atout majeur pour la coordination des parcours de greffe CSH, et doit être renforcée.

1.2 Mobiliser les IPA pour sécuriser la coordination de ces parcours complexes, notamment en post-greffe CSH, en lien avec les IDE de coordination

La présence d'une IPA constitue un levier important de sécurisation du parcours post-CAR-T et post-allogreffe et contribue à optimiser le temps médical. La plus-value de l'IPA réside notamment dans l'évaluation des besoins psychosociaux des patients et dans la coordination du parcours de soins post-greffe, en particulier avec les professionnels de ville.

1.3 Renforcer les solutions d'aval, et soutenir le développement des soins de support pour les patients greffés CSH

Les équipes de greffe de CSH constatent une évolution des profils des patients pris en charge, marquée par une moindre proportion de patients jeunes en très bonne réponse thérapeutique et une augmentation des patients plus fragiles à haut risque, porteurs d'hémopathies à haut risque. L'accès des patients aux SMR spécialisés en post greffe constitue un enjeu spécifique pour l'activité de greffe de CSH, alors que les structures autorisés en SMR mention onco-hématologique sont actuellement insuffisantes pour répondre aux demandes des services d'hématologie. Les travaux conduits par les ARS dans le cadre de l'élaboration des projets régionaux de santé ont conduit à réévaluer les besoins.

Dans ce contexte, une attention particulière sera portée à la mise en œuvre de la réforme de financement du SMR entrée en vigueur en 2022-2023 et qui s'est traduite par une contraction des dotations

de financement alloués au financement du SMR et à un désengagement ou risque de renoncement à développer des projets de la part de certaines structures, en raison d'une tarification jugée défavorable.

Afin de fluidifier l'accès aux soins de suite pour les patients le réquérant, une évaluation des besoins sur cette filière de prise en charge par l'ABM, accompagnée des financements nationaux fléchés dans le cadre des campagnes budgétaires annuelles pour permettre leur mise en œuvre constitue une piste de travail pour le plan ministériel.

Par ailleurs, le développement des soins de support, notamment de l'activité physique adaptée, doit être encouragé et accompagné au sein des établissements pour ce public spécifique.

2. Renforcer l'attractivité des métiers du prélèvement et de la greffe et accompagner la qualité et la sécurité des soins pour l'ensemble du processus de prélèvement et de greffe de CSH

L'activité de greffe de CSH partage globalement les mêmes enjeux d'attractivité que celles de greffes et prélèvements d'organe :

- . nécessité de promouvoir la place des IPA dans les services ayant une activité de greffe de CSH et de CAR-T

- . renforcer et financer des temps dédiés d'ingénieur qualité dédié à la certification JACIE en tenant compte des volumes d'activité.

- . sécuriser et développer les financements d'attachés de recherche assurant le remplissage des bases de données SFGMTC et EBMT, qui sont probablement sous-alimentées aujourd'hui.

D'une façon générale, le fait de systématiser les parcours de formation pour les professionnels paramédicaux (JACIE, congrès) et médicaux (prélèvement de moëlle par exemple) est à encourager pour contribuer à la sécurisation des prises en charge, mais aussi à l'attractivité pour ces postes.

Le développement des activités de thérapie cellulaire anticipé pour les prochaines années lié à l'augmentation d'activités de thérapie cellulaire (CAR-T dans leurs indications hématologiques et hors hématologiques), augmentation globale du nombre de greffes de CSH allogéniques en raison de la diversification des types de donneurs doivent conduire à une réflexion prospective sur le nombre de médecins hématologues entrant en formation et sur la sécurisation des parcours des pharmaciens issus de la filière recherche en leur ouvrant une option dédiée pour l'accès au concours de PH.

Sur la filière paramédicale, l'accès aux compétences MERM constitue un enjeu particulier. Sans être spécifique à l'activité de greffe de CSH, cette problématique doit s'apprécier au regard des besoins nouveaux induits par le développement des activités de RI, de RIV et de médecine nucléaire qui viennent en concurrence des besoins

3. L'accès à la greffe avec tout type de donneur, les parcours spécifiques à développer

L'accès à la greffe reste difficile pour les indications « non urgentes » (drépanocytose & Thalassémie). La structuration de filières de recours dédiées, structurées par les CHU constituent un axe de travail qui pourrait être soutenu dans le cadre du prochain plan ministériel.

Le développement, via des protocoles de recherche clinique, des parcours de greffe avec objectif de moduler le greffon par des outils de thérapie génique (CRISPR, TALEN,...)(avec pour exemple la délétion de l'Ag CD33 sur le greffon pour expression différentielle marquée entre les cellules de maladie et les cellules du greffon) doit être soutenu dans le cadre du plan ministériel.

VI- Financement des activités de prélèvement et de greffe d'organes et de tissus

Globalement, la Conférence alerte sur la décorrélation entre les ambitions affichées dans les plans, et les moyens accordés, ce qui devient une vraie limite au développement de ces activités. A ce titre, l'enquête réalisée par la commission des finances des CHU démontre que le déficit moyen constaté sur la dotation du Forfait Annuel Greffe (FAG) par les 19 CHU répondants est de 38 %, soit 31 M€ sur 81 M€ de financement FAG perçu par ces mêmes CHU.

La Conférence nationale des DG de CHU alerte sur le sous financement des activités de greffe. A ce titre, une analyse détaillée des charges réalisée dans plusieurs CHU démontre que ce sous financement du FAG est principalement lié à deux facteurs : le coût des analyses HLA pré-greffe qui connaissent une croissance exponentielle ces dernières années sans évolution à due concurrence de la dotation et le sous-financement des astreintes.

S'agissant du financement des analyses HLA pré-greffes, celles-ci sont hors du périmètre des RIHN. Ainsi, les montants engagés viennent obérer désormais une part très substantielle du FAG.

Concernant les astreintes liées à la greffe, celles-ci sont actuellement exclues du périmètre du FIR PDSES. Or, la composante théorique du FAG sur les astreintes ne visent qu'un financement de surcoût très résiduel, pour les paramédicaux essentiellement. Les coûts des astreintes des personnels médicaux dédiés à l'activité de greffe, chirurgiens et anesthésistes, ne sont ainsi pas compensés.

En synthèse, les CHU sont confrontés à une consommation d'une majorité des crédits FAG par les dépenses d'astreintes et d'analyses HLA. Ces postes de dépense importants conduisent à un déficit structurel de la dotation.

- Dans ce contexte, toute attribution de missions supplémentaires en matière de renseignement de données par exemple, devrait s'accompagner d'un financement complémentaire dédié.

Parallèlement, si l'usage de la robotique venait à se démocratiser pour les activités de prélèvement et de transplantation d'organes il pourrait être intéressant d'en tenir compte soit dans le FAG, soit dans les tarifs hospitaliers établis pour l'activité.

- L'intégration de cette dimension dans les discussions sur la détermination des tarifs devrait pouvoir être soutenue par l'ABM.

Les questions relatives à l'analyse du juste calibrage des financements dédiés à l'activité de greffe de CSH se posent dans les mêmes termes que pour l'activité de prélèvements et greffes d'organes. S'agissant plus spécifiquement de la greffe de CSH, le modèle de financement actuel des actes de thérapie cellulaire ne

couvre pas les coûts supportés par les établissements et les CHU en particulier « au-delà des CART cells ». A titre d'exemples, il conviendrait d'intégrer au modèle le financement :

- . la Préparation des MTI académiques
- . les actes de contrôle qualité

*

VII- Attractivité de tous les métiers du prélèvement et de la greffe, que ce soit pour les équipes médicales, soignantes ou de laboratoires

Dans la mesure où le prélèvement et la transplantation sont naturellement associés à la mission de recours du CHU, ce sont des filières attractives pour des professionnels ayant le souhait de s'investir dans des activités à fort degré d'expertise tant au niveau paramédical que médical.

1. Un contexte d'exercice favorable à l'attractivité des filières paramédicales

1.1 Des activités qui offrent des champs d'exercice variés

Avant tout, il faut rappeler que, pour des profils infirmiers, cette activité de par sa nature, tant sur le pan du prélèvement que sur celui de la transplantation :

- Permet une autonomie assez étendue pour les infirmiers en charge des activités de coordination avec un lien privilégié à l'équipe médicale,
- Offre un environnement professionnel varié (consultations, service d'hospitalisation, soins critiques, blocs opératoires, etc),
- Ouvre des opportunités pour des travaux de recherche paramédicale,
- Est un champ privilégié pour l'universitarisation des métiers paramédicaux
- Contribue à la création et à l'animation de réseaux paramédicaux (annuaires, rencontres, etc)

Compte-tenu du niveau d'expertise requis pour exercer dans ces domaines, le partage d'expérience et le compagnonnage ont une importance capitale. Le rôle des réseaux professionnels a donc tout son sens pour permettre aux acteurs de comprendre les spécificités des pathologies prises en charge, les contraintes/objectifs des acteurs impliqués dans les différentes filières, les outils mobilisables, voire les enjeux institutionnels dans lesquels leur activité s'intègre.

- La démarche engagée en 2023 par des IDEC de greffe hépatique et étendue aux autres organes solides peut ici être valorisée et pourrait être soutenue à l'échelle nationale dans l'idée de faciliter le partage de bonnes pratiques et l'émergence de projets communs.

1.2 Des modalités d'exercice qui contribuent à soutenir les filières paramédicales

La mise en œuvre des protocoles de coopération depuis 2009, permet aux IDE de développer des compétences nouvelles, dans un cadre sécurisé, tout en contribuant à libérer du temps médical pour le réemployer à des tâches plus spécialisées, et à soutenir les projets en recherche paramédicale. Tant pour le volet du prélèvement (prélèvement de cornées par exemple), que pour le volet médical de la transplantation, ce sont des outils plébiscités par les équipes soignantes.

- L'accompagnement institutionnel des CHU dans la mise en place de protocole de coopération est à poursuivre.

D'autre part, l'arrivée du métier d'IPA a ouvert une perspective intéressante pour un certain nombre de professionnels infirmiers très investis dans l'activité de transplantation et en attente de changement professionnel. C'est un levier particulièrement efficace pour maintenir proches du soin et de leurs compétences d'experts, des professionnels devant se reconvertir pour des raisons de santé, ou sans vocation pour les postes d'encadrement, mais cependant en quête d'évolution.

Ce nouveau métier contribue également à soutenir les activités de recherche sur les cohortes et à participer aux actions de collaboration/formation mises en œuvre avec les établissements et les structures du territoire, tant pour l'adressage que pour le suivi en soins de suite quand il est nécessaire. Ce type de profils contribue parallèlement à soulager le travail des infirmiers de coordination, en particulier lorsque les cohortes sont importantes.

- Si chaque spécialité réfléchit à la manière de se saisir de cette opportunité, la création d'une mention IPA en transplantation voire en prélèvement, pourrait être de nature à soutenir l'attractivité des métiers infirmiers de la filière.

2. Une attractivité variable pour les carrières médicales selon les filières considérées

A dire de spécialiste, les filières médicales de la transplantation n'ont pas de difficultés spécifiquement liées à l'activité. En revanche, l'attractivité du volet chirurgical de la transplantation est plus fragile, tant pour les praticiens hospitaliers que pour les universitaires : associée à une activité non programmée, souvent nocturne, stressante et exigeante, greffer est un exercice contraignant.

Ainsi, la charge que confèrent les astreintes, en particulier quand elles sont organisées dans des équipes d'effectifs limités et/ou quand elles conduisent à des mobilisations fréquentes, est de moins en moins acceptée dans un contexte sociétal où l'aspiration à un équilibre entre vie professionnelle et vie personnelle est forte.

- Les dispositions récentes relatives à la gestion des astreintes médicales au bénéfice des activités de prélèvement et transplantation, tant pour les praticiens hospitaliers que pour les praticiens hospitalo-universitaires doivent pouvoir contribuer à faire évoluer ce constat.

La mobilisation d'experts dans les domaines médico-techniques est un élément clé du bon fonctionnement des filières de prélèvement et transplantation, en particulier concernant l'imagerie et la biologie.

- Pour ces deux secteurs, les outils numériques mobilisés entre CHU à l'appui de conventions de partenariat pourraient contribuer à mutualiser les compétences pour maintenir le niveau d'expertise attendu quand les effectifs médicaux sont fragilisés.

Un point d'attention particulier doit être porté à l'activité d'anatomocytopathologie, cette spécialité étant identifiée comme en tension dans plusieurs établissements, avec un rôle déterminant dans le parcours de greffe, pour les périodes d'astreinte, mais aussi plus globalement pour le suivi des dossiers de patients greffés.

- La mutualisation des compétences doit pouvoir être soutenue en parallèle d'une attention particulière à l'échelle nationale sur la démographie de cette activité.

Plus largement, le soutien institutionnel à des propositions permettant aux équipes concernées de trouver des espaces de dialogue et de réflexion spécifiquement dédiés à ces thématiques peut être encouragé. Pouvant associer équipes médicales et paramédicales, ces instances sont de nature à contribuer à la fidélisation et à l'attractivité des professionnels des filières du don et de la greffe qui ont ainsi la capacité à partager les orientations, discuter les ambitions et prendre part à l'engagement de l'établissement dans ces champs-là.

- Le soutien institutionnel visant à identifier des espaces pour entretenir les liens entre acteurs de la communauté du don et de la transplantation est à favoriser.

VIII- Communication sur le don d'organes et de tissus

La promotion de la communication sur le don d'organes et de tissus est un axe primordial pour pallier le manque de greffons. Aussi, la mise en œuvre par l'ABM d'un site dédié, attractif et intuitif, recensant toute l'information disponible avec un label institutionnel gage de pertinence des informations est une avancée importante, que la communication multimodale (réseaux sociaux avec mobilisation d'ambassadeurs, spots télévisuels et radiophoniques, affichages) engagée parallèlement est venue soutenir.

Cependant, la progression constante du taux d'opposition, en particulier chez les plus jeunes est une tendance de fond délétère pour la progression de l'activité de prélèvement et de transplantation. Plusieurs axes de réflexion peuvent être ici partagés.

1. Travailler sur les idées reçues autour du don pour dédramatiser le geste

Force est de constater que la réalité du don est très mal connue et que les idées reçues en la matière sont nombreuses, contribuant à un taux d'opposition élevé dans la population générale. Quelques éléments de communication simples pourraient ainsi être mieux mis en valeur pour rappeler que, quelques grandes familles d'antécédents seulement conduisent à ne pas pouvoir être donneur, que le don est une intervention chirurgicale, ni plus ni moins, que jusqu'à un certain âge ceci n'est pas un critère discriminant pour la plupart des prélèvements, que cela n'a rien à voir avec le don de corps à la science, etc.

- Le recours à des campagnes de communication d'ampleur, ciblées sur des messages généralistes clairs doit pouvoir se poursuivre à l'initiative de l'ABM.
- Chaque CHU pourrait être incité à disposer d'une page dédiée à ces activités intégrant des éléments de sensibilisation au don sur son site institutionnel et renvoyant vers les contenus de l'ABM.
- Des bourses ou appels à projets pour les établissements de santé à l'initiative de l'ABM pourraient soutenir l'investissement des hospitaliers en la matière et encourager le partage de bonnes pratiques.
- La création d'une campagne de communication nationale décalée voire « choc » autour de la thématique de la responsabilité sociale et environnementale voire du recyclage⁷, pour marquer les esprits, pourrait être discutée.

Concernant le positionnement réel ou présumé vis-à-vis de la religion, il faut noter que, au-delà de la doctrine portée par chaque représentant, la capacité des croyants à s'identifier au discours est cruciale et intimement liée à la légitimité réelle ou supposée du représentant qui s'adresse à eux. Aussi, pour un même culte, les discours ne sont pas forcément harmonisés selon les territoires concernés.

Dans l'exemple lyonnais, les cultes musulman, catholique et protestant sont très clairs sur l'objectif du don et sur sa plus-value pour celui qui le rend possible et pour la communauté. A l'inverse, la position du culte juif, bien que favorable, est plus nuancée.

- Si des actions sont entreprises avec les représentants des cultes pour transmettre des messages sur le don, il importerait de choisir des porte-paroles légitimes et charismatiques aux yeux des croyants ciblés, sans doute avec une déclinaison régionale au moins.

2. Soutenir les actions de sensibilisation engagées par les CHU et leurs partenaires

Les soignants voire les hospitaliers, peuvent être vus comme une des clés de voûte du dispositif : directement concernés par l'activité, bénéficiant pour nombre d'entre eux d'un minimum de formation clinique, il est surprenant de constater, en analysant les baromètres utilisés par l'ABM, que nombre d'entre eux n'associent par l'état de mort encéphalique à la mort, par exemple.

- Le lancement d'une enquête au sein de quelques CHU, visant à évaluer le niveau de connaissances des soignants en la matière pourrait être intéressante pour adapter le contenu et le dimensionnement des formations relatives à la sensibilisation au don. Toutefois, à l'échelle d'un établissement de grande taille, son organisation et l'exploitation des résultats sont loin d'être évidents. En outre, il paraîtrait

⁷ <https://je-suis-recyclable.com/>

utile d'intégrer des plus petites structures à l'étude, certaines d'entre elles étant particulièrement dynamiques et inventives pour sensibiliser au don notamment.

En complément, il pourrait être pertinent d'avoir une politique de soutien actif aux établissements qui s'engagent particulièrement en la matière en mobilisant la communauté hospitalière mais aussi les partenaires naturels du CHU : écoles, facultés, mairies, intercommunalités, associations, etc.

- Soutenir l'émergence de réseaux d'ambassadeurs du don, au sein de l'écosystème local des CHU, pour créer une dynamique vertueuse serait peut-être une stratégie pour atteindre les objectifs fixés⁸.
- Parallèlement, une remise de prix pour des initiatives d'ampleur ou originales pourrait contribuer à animer un réseau de partenaires autour de la sensibilisation au don.

S'agissant de la greffe de cellule souche hématopoïétique, un fort accent est à mettre sur la communication nationale grand public, notamment s'agissant du don de moelle.

3. Mobiliser des outils existants pour accompagner la démarche

Une des pistes régulièrement évoquées pour permettre à chacun de mieux faire connaître sa position en matière de don d'organes et de tissus serait l'intégration de cet item dans les formulaires type proposés pour rédiger ses directives anticipées, cet élément n'étant à date, pas évoqué dans les modèles proposés. Dans la même optique, l'intégration d'un volet dédié dans « Mon espace santé » pourrait faciliter le positionnement du grand public voire faciliter l'ouverture de la discussion entre proches.

- Même si la diffusion de ces outils reste imparfaite, ils représentent une opportunité intéressante pour contribuer au positionnement des citoyens vis-à-vis du don d'organe et leur mobilisation pourrait être envisagée en ce sens.

Concernant plus spécifiquement les jeunes, il pourrait être intéressant d'explorer différentes pistes :

- Diffusion d'informations sur le don au moment de la journée d'appel, au même titre qu'une sensibilisation aux gestes de premiers secours est dispensée,
- La mobilisation des associations de patients pour ce faire pourrait être testée.
- Fourniture d'un « kit des gestes qui sauvent » au moment de la délivrance de la carte vitale, intégrant des éléments de sensibilisation sur des grands enjeux de santé publique : santé mentale, violences faites aux femmes, détection et signalement de l'AVC, sensibilisation au don, etc.
- Une expérimentation auprès d'une ou quelques caisses locales de l'Assurance maladie pourrait être envisagée.

*

* *

⁸ L'exemple de « L'Appel au don » conduit par les HCL depuis deux ans pour matérialiser l'engagement des ambassadeurs du don, en collaboration avec la Ville de Lyon, l'Université Claude Bernard – Lyon 1 et le collectif d'associations Greffes+ peut être ici évoqué.