

PLAN GREFFE 2027–2031

POUR UN SURSAUT NATIONAL

EN FAVEUR DU DON D'ORGANES ET DU POST-GREFFE

Recommandations adressées à l'Agence de la biomédecine

en vue du 5ème Plan pour la greffe d'organes et de tissus

réalisé par le collectif Greffes+

Mai 2026

Sommaire

Partie I — Recommandations reconduites et renforcées pour 2027-2031 (R1 à R14)	3
1.1 Gouvernance : reprendre la main sur le pilotage du don d'organes	3
1.2 Prélèvement et coordinations hospitalières	5
1.3 Transplantation et qualité des soins	6
1.4 Don du vivant : libérer le potentiel	7
1.5 Culture du don : faire enfin entrer le don d'organes dans le quotidien	8
Partie II — Nouvelles propositions sur le don et le financement (R15 à R18).....	10
2.1 Financer les Ambassadeurs du don d'organes	10
2.2 Garantir la transparence et le fléchage du financement du Plan Greffe	11
2.3 Anticiper les ruptures scientifiques et technologiques.....	12
Partie III — Le post-greffe, priorité de santé publique du Plan 2027-2031 (R19 à R30)	13
3.1 Six propositions prioritaires post-greffe.....	14
3.2 Six propositions complémentaires post-greffe	18
Partie IV — Objectifs chiffrés et impact économique attendu pour 2027-2031	22
Conclusion — Notre appel solennel à l'Agence de la biomédecine	24
Annexe 1 — Tableau récapitulatif des 30 recommandations.....	25
Annexe 2 — Glossaire	27
Annexe 3 — Sources et références	28

Partie I — Recommandations reconduites et renforcées pour 2027-2031

Cette partie reprend les recommandations du manifeste 2021 qui n'ont pas (ou que partiellement) été appliquées. Elle ne les répète pas à l'identique : à la lumière du bilan 2022-2026, elle les actualise, les hiérarchise et, sur plusieurs points, les durcit.

1.1 Gouvernance : reprendre la main sur le pilotage du don d'organes

R1 — Créer une délégation interministérielle au don d'organes et à la greffe

Le bilan 2022-2026 a démontré qu'aucune autorité aujourd'hui en France n'a la capacité de mobiliser simultanément les leviers de la santé, de l'éducation, de la communication publique et du financement nécessaires à une politique du don à la hauteur des enjeux. Le collectif Greffes+ propose désormais une formule plus opérationnelle : la création, par décret du Premier ministre, d'une délégation interministérielle au don d'organes et à la greffe, placée auprès du ministre chargé de la Santé, dotée d'un délégué interministériel issu du corps médical. À noter que l'Espagne a un plan interministériel liant le ministère de la Santé et celui de l'Éducation nationale.

R2 — Donner aux ARS un référent médecin dédié, à temps plein, sur le don d'organes

Chaque ARS doit désormais disposer, au plus tard fin 2027, d'un médecin référent à temps plein sur le don d'organes et la greffe. Ce référent sera l'interlocuteur unique des CHPOT, ROP, équipes de transplantation et associations de la région, et sera évalué annuellement sur des indicateurs régionaux publics (recensement des sujets en mort encéphalique, taux de refus, activité Maastricht III, don du vivant).

R3 — Réformer le statut de la direction générale de l'Agence de la biomédecine

Le décret 2005-420 du 4 mai 2005, qui prévoit un mandat de 3 ans renouvelable pour la direction générale de l'ABM, doit être modifié dans les six premiers mois du Plan 2027-2031. Le collectif Greffes+ propose :

- Un mandat unique de 6 ans, non renouvelable, permettant à la direction de couvrir l'intégralité de la préparation, mise en œuvre et bilan d'un Plan Greffe.
- Un profil obligatoirement issu de la sphère médicale ou médico-administrative, avec une connaissance avérée du don d'organes et de la greffe.

R4 — Pérenniser le comité national de suivi inter-acteurs avec un rôle renforcé

Le comité de suivi mis en place par l'ABM dans le cadre du Plan 2022-2026 a démontré son utilité, mais ses recommandations n'ont pas toujours été suivies. Pour 2027-2031, ce comité doit voir son rôle renforcé : compte rendu public semestriel adressé au Parlement, avis obligatoire sur les évolutions réglementaires, association systématique des associations de patients et de donneurs aux arbitrages financiers du Plan.

1.2 Prélèvement et coordinations hospitalières

R5 — Créer un statut diplômant national pour les IDE de coordination de prélèvement

Six ans après la première formulation de cette demande, l'absence de statut diplômant continue d'alimenter le turn-over et la perte de compétence dans les CHPOT. Le collectif Greffes+ demande la création, par arrêté du ministère de la Santé, d'un Diplôme d'État d'Infirmier en Coordination de Prélèvement (DEICP). Ce DEICP devra reconnaître les délégations de tâches déjà pratiquées (prélèvements de cornées, abord anticipé des proches) et ouvrir une véritable trajectoire de carrière.

R6 — Généraliser, sans délai, le maillage Maastricht III sur tout le territoire et autoriser le prélèvement cardiaque M3

La progression du Maastricht III reste très insuffisante. L'objectif espagnol doit demeurer la cible. Trois mesures concrètes :

- Doter chaque CHU d'une équipe Maastricht III opérationnelle d'ici fin 2027, avec une enveloppe d'amorçage dédiée.
- Étendre le programme pilote de prélèvement cardiaque sur Maastricht III (Pitié-Salpêtrière, Marie-Lannelongue, CHU de Lille) à 10 centres supplémentaires d'ici 2029.
- Mettre en place un suivi public mensuel des prélèvements M3, par région, pour identifier les écarts et accompagner les centres en retard.

R7 — Financer la recherche en sciences humaines et sociales sur les mécanismes de refus

Le taux d'opposition à 37 % (hors M3) impose une compréhension fine des mécanismes de refus. Le Plan 2027-2031 doit financer un programme dédié de recherche en SHS (5 M€ sur 5 ans), confié conjointement à l'INSERM, à l'EHESS et aux équipes de coordination, avec restitution publique annuelle des résultats et réintégration immédiate dans la formation des coordinations. La lutte contre les inégalités territoriales sera un axe prioritaire de ce programme.

1.3 Transplantation et qualité des soins

R8 — Définir un seuil minimal d'activité par centre de transplantation

La recommandation de la Cour des comptes de janvier 2024 — instaurer un seuil minimal d'activité — n'a pas été suivie. Le Plan 2027-2031 doit la traduire dans la réglementation. Les seuils, à définir avec les sociétés savantes, permettront une réorganisation territoriale autour de centres de référence et amélioreront la qualité et la sécurité des transplantations. Un dispositif de coopération inter-centres (mutualisation, équipes mobiles) accompagnera les ajustements territoriaux.

1.4 Don du vivant : libérer le potentiel

R9 — Proposer systématiquement le don du vivant en première intention dans le parcours de greffe rénale

Le plafonnement à 600 greffes rénales par don du vivant en 2025 (loin de l'objectif de 1 000) traduit avant tout un défaut d'information précoce. Le Plan 2027-2031 doit imposer aux équipes de néphrologie la proposition systématique du don du vivant dès l'entrée dans le parcours de greffe.

R10 — Réduire la durée du parcours du donneur vivant à 6 mois maximum

Le parcours actuel — souvent vécu comme un parcours du combattant par les donneurs — doit être plafonné à 6 mois entre la première consultation et l'intervention. À cette fin :

- Création de Commissions donneurs vivants supplémentaires.
- Numérisation de bout en bout du dossier du donneur.
- Accompagnement psychologique et social systématique, financé par l'Assurance maladie.

R11 — Faire enfin aboutir le droit à l'oubli pour les greffés et les donneurs vivants (convention AERAS)

Le dossier AERAS, qualifié d'« échec » par les associations, est emblématique de l'inertie que doit briser le Plan 2027-2031. Le collectif demande :

- Un droit à l'oubli systématique au bout de 10 ans de fonctionnement normal du greffon (sans réajustement de la grille AERAS au cas par cas).
- Pour le donneur vivant, un droit à l'oubli immédiat, dès la sortie d'hôpital, le risque réel étant minime et l'acte étant un don altruiste à la collectivité.
- Le remboursement, en fin de contrat, des surprimes versées sans sinistre.

1.5 Culture du don : faire enfin entrer le don d'organes dans le quotidien

R12 — Rendre obligatoire l'enseignement du don d'organes en classes de 3ème et de 2nde

Le don d'organes a été retiré du programme de SVT en 2015. Le Plan 2027-2031 doit traduire cette obligation par une circulaire conjointe des ministères de la Santé et de l'Éducation nationale, intégrée dans les programmes de SVT (3ème) et d'enseignement moral et civique (2nde), avec un dossier pédagogique national élaboré par l'ABM avec les associations.

R13 — Instaurer une formation flash obligatoire au don d'organes pour tout nouvel agent hospitalier

Tout nouvel agent affecté à un service de réanimation, d'urgences, ou de communication doit bénéficier, dans les trois mois de sa prise de poste, d'une formation flash de deux heures sur le don d'organes (cadre légal, posture, abord des familles). Cette formation sera intégrée au plan de formation obligatoire de chaque hôpital.

R14 — Honorer les donneurs et leurs familles à l'échelle nationale

Le geste du donneur et l'engagement de sa famille méritent une reconnaissance solennelle :

- Lettre de remerciement signée du Président de la République ou du Premier ministre adressée à chaque famille de donneur.

- Création d'un Mémorial national du don d'organes, lieu de recueillement.

Partie II — Nouvelles propositions sur le don et le financement

Le contexte 2026 fait émerger des enjeux qui n'apparaissaient pas — ou pas avec la même acuité — en 2021. Cette partie formule quatre nouvelles propositions sur le don d'organes, le financement public du Plan et l'anticipation des ruptures technologiques.

2.1 Financer les Ambassadeurs du don d'organes

Depuis plusieurs années, le collectif Greffes+ porte un programme structuré d'ambassadeurs bénévoles du don d'organes. Greffés, donneurs vivants, familles de donneurs, professionnels de santé engagés : ces hommes et femmes interviennent dans les établissements scolaires, les universités, les entreprises, les associations sportives et culturelles, les administrations publiques, partout où il est possible de parler du don d'organes par le témoignage et le dialogue plutôt que par la seule communication institutionnelle. Leur action complète et démultiplie celle de l'ABM, des CHPOT et des médecins généralistes, avec une efficacité mesurée largement supérieure à celle des seules campagnes média.

Ce que les Ambassadeurs apportent au don d'organes en France

- Ils témoignent de leur expérience personnelle, ce qui crée un impact émotionnel et pédagogique inégalable.
- Ils interviennent en présentiel, dans la durée, en s'adaptant au public — du collégien au cadre dirigeant.
- Ils ne se substituent pas aux soignants ni à l'ABM : ils libèrent la parole, entretiennent la familiarité avec le sujet et préparent le terrain pour les décisions individuelles.
- Leur réseau territorial est le seul levier capable de toucher les zones et publics que la communication numérique n'atteint pas, ou qu'elle a perdus du fait de la désinformation.
- Le coût marginal de chaque intervention est extrêmement bas, mais l'investissement dans la coordination, la formation, les outils et le défraiement des bénévoles est aujourd'hui assumé en quasi-totalité par les associations sur leurs fonds propres — donc fragile.

R15 — Financer dans le Plan Greffe 2027-2031 le programme « Ambassadeurs du don d'organes »

Le collectif Greffes+ demande l'inscription, dans le Plan Greffe 2027-2031, d'une enveloppe pluriannuelle dédiée au programme Ambassadeurs du don d'organes, fléchée et publique.

Cette enveloppe doit permettre :

- Le recrutement, la formation initiale et la formation continue des ambassadeurs bénévoles (modules e-learning et présentiels conçus avec l'ABM).

- La structuration territoriale du réseau (coordinateurs régionaux salariés, outils de planification, plateforme numérique commune).
- La production des supports d'intervention (vidéos, kits pédagogiques, expositions itinérantes) sous le double label de l'ABM et du collectif Greffes+.
- Le défraiement des ambassadeurs (transports, repas, hébergement) lors de leurs interventions, condition de l'équité d'accès au bénévolat.
- L'évaluation indépendante annuelle du programme.

2.2 Garantir la transparence et le fléchage du financement du Plan Greffe

L'un des principaux obstacles au pilotage du Plan 2022-2026 a été l'absence de visibilité publique sur l'usage des 210 millions d'euros annoncés par le ministère de la Santé. Les associations ont publiquement dénoncé une « sous-consommation préoccupante » et un déploiement « tardif et incomplet ». Le Plan 2027-2031 doit rompre avec cette opacité.

R16 — Publier un budget détaillé et fléché du Plan Greffe, par axe et par année

Dès la publication du Plan 2027-2031, l'ABM et le ministère de la Santé doivent publier conjointement :

- Le budget total du Plan, ventilé en grandes enveloppes (gouvernance, prélèvement, transplantation, don du vivant, culture du don, recherche, communication, programme Ambassadeurs, post-greffe).
- Les sources de financement (crédits État, MIG/MERRI, fonds européens, mécénat ABM).
- Le plan de déploiement annuel des crédits.
- Un tableau de bord public, mis à jour semestriellement, des engagements et décaissements effectifs par axe.

R17 — Sanctuariser le financement par un engagement pluriannuel inscrit en loi de financement de la Sécurité sociale

Pour éviter les arbitrages annuels défavorables et les sous-consommations passives, le collectif demande que les enveloppes financières du Plan Greffe 2027-2031 soient inscrites dans la loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS) sur la durée du plan. Cet engagement pluriannuel donnera à l'ABM, aux ARS, aux établissements de santé et aux associations la visibilité indispensable à un déploiement effectif.

2.3 Anticiper les ruptures scientifiques et technologiques

L'horizon 2031 est marqué par plusieurs ruptures potentielles : premières xénogreffes cliniques, bioimpression d'organes, organes artificiels, machines à perfusion ex vivo de très longue durée, intelligence artificielle pour l'allocation des greffons et l'optimisation de la compatibilité donneur-receveur. La France ne peut pas rester en retrait.

R18 — Lancer un programme national « Innovation Greffe 2030 »

Le Plan 2027-2031 doit consacrer une enveloppe sur 5 ans à la recherche translationnelle française en :

- Xénogreffe et thérapies cellulaires de tolérance immunitaire.
- IA pour l'allocation, la compatibilité et la prédiction de rejet.
- Préservation longue durée des greffons.

Ce programme sera piloté conjointement par l'ABM, l'INSERM et l'ANR, avec un comité d'éthique dédié associant les associations de patients.

Partie III — Le post-greffe, priorité de santé publique du Plan 2027-2031

La France compte plus de 70 000 patients greffés. L'immense majorité nécessite un post-greffe rigoureux, global et coordonné sur la durée. Aujourd'hui, cette prise en charge est inégale sur les territoires, voire insuffisante au regard des besoins, entraînant des pertes de chance et un retour difficile à la vie sociale et professionnelle.

Cette partie reprend la contribution officielle du Collectif Greffes+ « Intégrer le post-greffe comme une priorité de santé publique » (mai 2026). Elle formule 12 propositions, dont 6 prioritaires, issues d'une analyse des difficultés et besoins exprimés par les patients : ruptures dans la coordination du parcours de soins, déficit de prise en compte des besoins des jeunes adultes greffés, hétérogénéité des protocoles de prise en charge entre centres greffeurs, méconnaissance par la médecine du travail des pathologies post-greffe.

Il est temps de mettre autant d'ambition dans la structuration du post-greffe et l'accompagnement des projets de vie que dans l'urgence immédiate de la greffe.

Le collectif identifie quatre axes prioritaires transversaux : sécuriser les parcours de soins par une coordination territoriale renforcée ; garantir l'équité de traitement sur l'ensemble du territoire ; reconnaître la spécificité sociale et économique du statut de patient greffé ; optimiser la gouvernance et la transparence des moyens mobilisés.

3.1 Six propositions prioritaires post-greffe

R19 — Systématiser l'accompagnement psychologique au sein des centres greffeurs

« Dans les centres greffeurs, on constate une pénurie de psychologues spécialisés dans le suivi des patients post-greffe. Le suivi psychologique des patients doit s'organiser de l'amont (pré-greffe et greffe) à l'aval (post-greffe). »

Le défaut de moyens alloués à l'accompagnement psychologique des patients greffés dans les centres greffeurs constitue une carence de soins avec des impacts lourds sur la santé mentale, notamment après la greffe. Les pratiques cliniques ne sont pas harmonisées entre centres et le suivi n'est parfois pas proposé faute de ressources. Cette carence est d'autant plus critique que 30 % des couples se séparent après la greffe d'un des conjoints. L'absence de contrôle rigoureux des dotations financières fléchées par le Plan Greffe aux hôpitaux aggrave la situation.

Nos propositions :

- Rendre obligatoire la présence d'un psychologue spécialisé en transplantation dans chaque centre greffeur (à temps partiel ou plein selon le volume d'activité).
- Intégrer systématiquement au parcours de soins un psychologue avant, pendant et après la greffe, et pas uniquement en cas de crise.

- Rendre obligatoire a minima une consultation psychologique annuelle pour tout patient post-greffe afin d'évaluer son état psychique.
- Former et outiller les médecins greffeurs à l'évaluation de la souffrance psychique du patient.
- Intégrer les aidants et les proches dans la prise en charge psychologique, voire leur proposer un accompagnement spécifique.
- Flécher les financements hospitaliers dédiés à la prise en charge des patients post-greffe et dédier un financement spécifique à leur accompagnement psychologique.

R20 — Modéliser et coordonner des parcours de soins post-greffe

« Trop de patients sont livrés à eux-mêmes pour rechercher des professionnels de santé spécialistes (dermatologue, gynécologue, pneumologue... voire un médecin traitant), notamment dans les déserts médicaux. Les patients greffés ne peuvent pas être livrés à eux-mêmes dès lors qu'un suivi rigoureux est la condition de leur survie. »

L'absence d'un parcours de soins post-greffe structuré constitue aujourd'hui une limite à la sécurité et à l'efficacité des soins. Faute de coordination organisée et d'un référent interlocuteur-ressource, la gestion du parcours repose principalement sur le patient et son aidant, générant une charge mentale supplémentaire et un risque accru de rupture de suivi. La simplification de la formation des Infirmiers en Pratique Avancée (IPA) et leur déploiement dans les centres greffeurs doivent faire l'objet d'un financement spécifique.

Nos propositions :

- Modéliser et flécher, sur une région ou en inter-région, des parcours de soins post-greffe : identifier les bons réseaux pour chaque spécialité (dermatologie, gynécologie, cardiologie, médecin traitant...) et pour chaque âge de la vie (enfant, adolescent, jeune adulte, adulte, personne âgée). S'inspirer des réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP) existantes.
- Dédier des budgets spécifiques du Plan Greffe au déploiement d'IPA ou d'infirmiers coordinateurs dans les centres greffeurs, dédiés au pilotage du parcours post-greffe.
- Flécher des spécialistes par bassin géographique et former les professionnels de santé non experts à la prise en charge des patients post-greffe.
- Créer un Protocole national de diagnostic et de soins (PNDS) spécifique pour les patients mucoviscidosiques greffés afin de mieux organiser leur parcours.

R21 — Harmoniser les protocoles cliniques au niveau national et rendre opposables les recommandations de bonnes pratiques

« Qu'il s'agisse des protocoles de suivi, des calendriers vaccinaux, voire des critères d'éligibilité à la greffe, l'hétérogénéité des pratiques cliniques entre les centres greffeurs constitue une rupture du principe d'égalité devant les soins pour les patients. »

Bien que des recommandations de la Société Française de Transplantation (SFT) existent, leur caractère non contraignant limite leur application uniforme sur le territoire. Une harmonisation

nationale, s'appuyant sur des standards opposables et intégrant l'expertise des patients, est indispensable pour garantir la sécurité et l'équité des parcours de soins.

Nos propositions :

- Rendre opposables, dès lors qu'elles seront publiées, les recommandations nationales de la SFT sur le suivi post-greffe à l'ensemble des centres greffeurs, et prévoir un suivi et un contrôle effectif de leur application (ex. : intégrer dans les protocoles pré-greffe un bilan vaccinal complet incluant les vaccins vivants non administrables après la greffe, comme la fièvre jaune).
- Associer systématiquement les associations de patients à l'élaboration et au suivi des protocoles post-greffe.
- Harmoniser les critères d'éligibilité à la greffe et prévoir une orientation systématique vers des centres greffeurs compétents si un centre ne peut pas assurer la prise en charge.
- Simplifier et harmoniser les recommandations pratiques transmises aux patients (ex. : gestion des médicaments lors des voyages) pour favoriser l'observance.

R22 — Organiser et sécuriser la transition pédiatrie-adulte (patients de 16 à 25 ans)

« Nous devons être attentifs au passage de témoin entre les équipes médicales pédiatriques et celles qui prennent en charge les jeunes adultes. Il s'agit d'un moment critique dans le développement personnel des patients qui requiert une anticipation maîtrisée de la transition enfant-adulte. »

La transition de la pédiatrie vers les services adultes constitue une phase de vulnérabilité critique pour les jeunes patients greffés, particulièrement entre 16 et 25 ans. Ce passage peut s'accompagner d'épisodes de rupture de suivi ou de défauts d'observance. Au-delà des risques cliniques, ces jeunes adultes font face à des défis spécifiques : insertion professionnelle, études supérieures, vie sociale, autonomisation financière.

Nos propositions :

- Formaliser des plans nationaux de transition « enfants – adultes » pour préparer le passage du suivi pédiatrique au suivi adulte.
- Créer et financer des dispositifs d'accompagnement spécifiques pour les jeunes patients (à partir de 16 ans) sur le modèle de l'expérience « Tremplin pour l'avenir » développée à Lille.
- Rechercher des solutions concrètes pour l'accompagnement dans les études supérieures, l'insertion professionnelle, la prise en charge par les assurances, la vie sociale (alcool, accès au crédit, regard des autres), la vie de couple (intimité et sexualité, projet familial, estime de soi) et l'activité physique.

R23 — Optimiser le cadre réglementaire de l'ETP et diversifier les modalités de déploiement

« L'ETP permet une meilleure auto-surveillance et observance du patient, facteur de prévention des complications et de meilleure qualité de vie. Cependant, beaucoup de

centres greffeurs renoncent à proposer aux patients post-greffe un programme d'ETP, faute de ressources et du fait des lourdeurs administratives. »

Bien que les bénéfices de l'éducation thérapeutique du patient (ETP) sur la prévention et la qualité de vie soient démontrés, son déploiement reste entravé par une charge administrative lourde liée aux procédures d'autorisation des ARS. Ce cadre administratif constitue un frein pour de nombreux centres greffeurs sous-dotés et accentue les inégalités territoriales. Le développement de solutions innovantes (ETP à distance, intervention de patients-experts) reste limité par l'absence de financements pérennes et de cadre juridique adapté.

Nos propositions :

- Alléger significativement le cadre administratif d'éligibilité et de déploiement des programmes d'ETP labellisés par les ARS.
- Développer l'ETP à distance (visioconférence, outils numériques) pour les patients géographiquement isolés.
- Financer des programmes de visites aux patients préalablement à leur greffe, par des patients ayant eux-mêmes été greffés (expérience de Lille : bénévoles greffés rencontrant tous les patients en attente). Ce dispositif permet de préparer le patient aux étapes du post-greffe.

R24 — Reconnaître aux patients post-greffe un statut juridique adapté

« Les patients greffés vivent durablement avec leur greffe, mais leur situation spécifique n'est reconnue par aucun statut juridique adapté. »

La condition de patient transplanté implique une dépendance vitale aux traitements immunosuppresseurs et une surveillance médicale rigoureuse qui impactent la vie professionnelle, économique et sociale. L'absence d'un statut juridique spécifique entraîne des restes à charge significatifs et un accès difficile aux services bancaires et assurantiels, tout particulièrement pour les patients vieillissants ou multi-greffés.

Nos propositions :

- Créer un statut spécifique de « patient greffé » articulé avec le statut ALD et permettre l'accès à des aides spécifiques (assurance, transport, emploi, logement).
- Développer des mesures spécifiques pour les patients post-greffe âgés et ceux ayant subi des greffes multi-organes successives.
- Prévoir une révision périodique du statut au regard des évolutions thérapeutiques et des données épidémiologiques.

3.2 Six propositions complémentaires post-greffe

Les six propositions ci-dessous complètent les six axes prioritaires. Elles portent sur des enjeux transversaux : gouvernance, droits des patients, formation des médecins du travail, innovation technologique et soutien aux aidants.

R25 — Intégrer l'« expérience patient » dans les indicateurs de qualité et d'accréditation des centres greffeurs

« Les patients sont les mieux placés pour identifier leurs besoins non satisfaits, pour expérimenter l'efficacité d'un parcours de soins, pour proposer aux professionnels de santé des améliorations dans leur prise en charge. »

L'expertise des patients greffés représente un facteur d'amélioration du parcours de soins encore insuffisamment exploité. L'institutionnalisation de dispositifs d'écoute patients réguliers doit figurer parmi les critères d'accréditation des centres greffeurs.

Nos propositions :

- Instaurer des dispositifs formels et réguliers d'écoute des patients dans chaque centre de greffe (enquêtes de satisfaction, groupes de parole, réunions de concertation).
- Consolider ces données au niveau national pour constituer un baromètre de la satisfaction et des besoins des patients post-greffe.
- Intégrer cette démarche systématique d'écoute dans les critères d'accréditation des centres de greffe.

R26 — Déployer des solutions technologiques innovantes pour un égal accès aux soins

« L'IA peut permettre de réduire la distance entre les patients et les professionnels de santé dès lors qu'il existe une pénurie de soignants. Il faut s'inspirer de dispositifs innovants existants et les déployer plus largement. »

La désertification médicale fragilise le suivi des patients greffés et génère des retards diagnostiques préjudiciables. L'intégration de solutions technologiques innovantes par l'intelligence artificielle — à l'instar du dispositif Vectra 360 (imagerie full-body par IA pour le dépistage des cancers cutanés chez les patients immunodéprimés) — représente une opportunité pour réduire les inégalités territoriales d'accès aux soins.

Nos propositions :

- Couvrir en priorité les déserts médicaux en déployant des solutions technologiques innovantes par IA, notamment de télédermatologie et de télésurveillance post-greffe.
- Financer le déploiement du dispositif Vectra 360 sur 5 à 6 grandes régions, avec une évaluation médico-économique à mi-parcours pour les patients post-greffe.

R27 — Renforcer l'accompagnement socio-économique et étendre le droit à l'oubli pour les greffés

« Il n'est pas normal que les personnes greffées, dont une grande partie vit durablement post-greffe, ne bénéficient pas d'un droit à l'oubli permettant un accès simplifié au crédit, qui pour l'instant reste très difficile et coûteux. »

Les personnes greffées font aujourd'hui encore face à des barrières socio-économiques persistantes, notamment en matière d'accès au crédit et à l'assurance, ce qui dégrade leur qualité de vie en dépit

de données de survie à long terme favorables. Cette vulnérabilité est accentuée par une hétérogénéité territoriale marquée dans la prise en charge des transports médicaux ainsi que par le poids financier des soins non remboursés liés à la polypathologie.

Nos propositions :

- Étendre le droit à l'oubli à certaines catégories de patients greffés, en s'appuyant sur les données d'espérance de vie à long terme (cette proposition complète et précise R11).
- Harmoniser la prise en charge des transports médicaux post-greffe sur l'ensemble du territoire, pour garantir un égal accès aux soins.
- Mettre en place des aides financières spécifiques couvrant les surcoûts liés à la polypathologie des patients greffés.

R28 — Sécuriser le retour au travail : former les professionnels de la santé au travail

« Les médecins du travail connaissent insuffisamment les spécificités des patients greffés et peuvent prendre des décisions qui ne favorisent pas l'insertion professionnelle des patients post-greffe. »

La réinsertion professionnelle constitue une condition de l'autonomie économique et de la qualité de vie des patients post-greffe. Le retour à l'emploi se heurte fréquemment à un déficit de connaissance des spécificités des patients greffés. Ce manque d'expertise favorise des précautions excessives (avis d'inaptitude injustifiés, aménagements de poste inadaptés) qui pénalisent durablement les trajectoires professionnelles.

Nos propositions :

- Développer une formation nationale des médecins du travail aux spécificités des patients greffés d'organes, en partenariat avec la SFT et Presanse, pour promouvoir une culture de l'adaptation du poste de travail plutôt que de l'exclusion professionnelle.
- Sensibiliser les DRH des grandes administrations et entreprises à la réinsertion des patients greffés.

R29 — Piloter la transparence budgétaire et la traçabilité des financements dédiés à la greffe et au post-greffe

« Les financements du Plan greffe relèvent d'une enveloppe globale dont les budgets affectés au post-greffe ne sont ni tracés, ni contrôlés. »

Le financement de la greffe souffre d'un défaut de traçabilité structurel lié à l'allocation des crédits sous forme d'enveloppes hospitalières globales. L'absence de fléchage budgétaire permet la réaffectation de fonds dédiés vers d'autres priorités, entravant la mise en œuvre de mesures indispensables (psychologues, IPA, déploiement de programmes d'ETP). Cette proposition complète R16 et R17, en l'appliquant spécifiquement au post-greffe.

Nos propositions :

- Instaurer une politique de transparence et de fléchage contrôlé des budgets « greffe et post-greffe » alloués aux établissements de santé.
- Rendre ces budgets traçables depuis leur allocation jusqu'à leur utilisation effective dans les services concernés.
- Prévoir un rapport annuel public sur l'utilisation des financements du Plan Greffe, accessible aux associations de patients et aux professionnels de santé.

R30 — Réformer la gouvernance nationale de la greffe : vers un pilotage unifié de la politique publique de la greffe et du post-greffe

« Aujourd'hui, il existe trois entités en charge du suivi de la politique publique de la greffe (ABM, ARS, directeurs d'hôpitaux) sans gouvernance lisible, sans pilotage centralisé. Il n'y a pas de pilote dans l'avion ; il est urgent de s'inspirer du modèle espagnol. »

La politique publique de la greffe en France souffre d'une fragmentation du pilotage entre l'Agence de la biomédecine, les ARS et les directions hospitalières. S'inspirer d'un modèle de gouvernance centralisé, à l'instar de l'Organisation Nationale des Transplantations (ONT) en Espagne, doté d'une autorité hiérarchique sur l'ensemble des acteurs, constitue une condition nécessaire pour garantir la performance durable du Plan Greffe 2027-2031, en particulier sur le volet post-greffe. Cette proposition prolonge et opérationnalise R1.

Nos propositions :

- Créer un pilote national unique de la greffe et du post-greffe, rattaché au ministère de la Santé, doté d'une autorité effective sur l'ensemble des acteurs (ABM, ARS, établissements de santé).
- Prévoir un rapport public annuel sur l'état de la politique publique de la greffe et du post-greffe en France.

Rappel des quatre axes prioritaires post-greffe

- 01 — Sécuriser les parcours de soins par une coordination territoriale renforcée.
- 02 — Garantir l'équité de traitement sur l'ensemble du territoire national.
- 03 — Reconnaître la spécificité sociale et économique du statut de patient greffé.
- 04 — Optimiser la gouvernance et la transparence des moyens mobilisés.

Partie IV — Objectifs chiffrés et impact économique attendu pour 2027-2031

Tirant les leçons du décrochage 2022-2026, le collectif Greffes+ propose des objectifs ambitieux mais réalistes pour le Plan 2027-2031, à atteindre d'ici fin 2031.

4.1 Objectifs chiffrés cibles 2031

Indicateur	Réf. 2025	Cible 2031	Greffes/an supplémentaires
Greffes totales /an	6 148	8 500	+ 2 350
Taux d'opposition	37,1 %	≤ 25 %	+ 800 (effet refus)
Maastricht III (pmh)	≈ 4,5	21,0	+ 1 100 (effet M3)
Greffes rénales DV (pmh)	≈ 8,9	15,0	+ 450 (effet DV)
Décès en liste d'attente	966	≤ 500	– 466 décès évités

4.2 Objectifs chiffrés post-greffe

Au-delà de l'amont, le Plan 2027-2031 doit porter des objectifs concrets sur le post-greffe, mesurables et opposables :

- 100 % des centres greffeurs dotés d'un psychologue spécialisé en transplantation d'ici 2029 (R19).
- 100 % des centres déployant un programme d'ETP post-greffe labellisé d'ici 2030 (R23).
- Un Protocole national de diagnostic et de soins (PNDS) publié pour chaque pathologie donnant lieu à greffe d'ici 2031 (R20).
- Un dispositif d'accompagnement spécifique pour les 16-25 ans déployé dans chaque CHU greffeur d'ici 2030 (R22).
- Un statut juridique de « patient greffé » créé par voie législative d'ici fin 2028 (R24).
- Un rapport public annuel sur le fléchage des budgets greffe et post-greffe publié dès 2027 (R29).

4.3 Impact économique : un retour sur investissement majeur

Sur les 2 350 greffes annuelles supplémentaires visées, les deux tiers seront des greffes rénales (≈ 1 600). Sachant que la première année une greffe rénale coûte à peu près autant qu'une année de dialyse, et que chaque année suivante le suivi d'un greffon rénal coûte 48 000 € de moins qu'une année de dialyse, et compte tenu d'une durée moyenne fonctionnelle d'un greffon rénal de 15 ans, on peut estimer le bénéfice annuel net pour l'Assurance maladie.

Estimation des économies pour la solidarité nationale

Hypothèses : 1 600 greffes rénales supplémentaires/an, durée moyenne fonctionnelle 15 ans, gain annuel par greffe en régime de croisière = 48 000 €/an.

Économies cumulées attendues sur 15 ans (plein effet de la cohorte 2027-2031) : de l'ordre de 8 à 9 milliards d'euros.

Économies attendues sur le seul Plan 2027-2031 (5 ans) : entre 2 et 3 milliards d'euros.

Le post-greffe (R19 à R30) ajoute un bénéfice difficilement chiffrable mais documenté : moindre re-transplantation grâce à l'ETP et au suivi psychologique, retour à l'emploi accéléré, baisse des hospitalisations évitables.

À comparer au surcoût total du Plan Greffe 2027-2031 estimé à 300-350 M€ sur 5 ans (Parties II à IV), soit un retour sur investissement supérieur à 6 pour 1.

Au-delà du calcul strictement économique, l'impact humain est immense : 466 décès évités chaque année à compter de 2031, plusieurs milliers de patients libérés de la dialyse, de l'oxygénothérapie ou de l'assistance circulatoire, et 70 000 patients greffés bénéficiant d'une qualité de vie et d'une réinsertion socio-professionnelle à la hauteur du don altruiste reçu.

Conclusion — Notre appel solennel à l'Agence de la biomédecine

Le 4ème Plan greffe 2022-2026 a manqué ses objectifs majeurs. Ce constat n'est pas le nôtre seul : il est aussi celui de la Cour des comptes, du Sénat, des sociétés savantes, des médecins de terrain et de l'ABM elle-même. Plus d'un quart des patients qui auraient dû recevoir une greffe sur la période ne l'ont pas reçue. Près de 1 000 personnes meurent désormais chaque année en France faute de greffon. Et plus de 70 000 patients greffés vivent un post-greffe inégal selon le territoire et selon le centre.

Le collectif Greffes+ formule à travers ce document 30 recommandations — 14 reconduites et renforcées (R1 à R14), 4 nouvelles sur le don et le financement (R15 à R18), et 12 nouvelles sur le post-greffe (R19 à R30) — pour donner au Plan 2027-2031 la chance d'un véritable sursaut. Quatre exigences les sous-tendent toutes :

- Une gouvernance refondée, portée politiquement au plus haut niveau de l'État.
- Des moyens financiers à la hauteur de l'enjeu, transparents, sanctuarisés et fléchés.
- Une intégration pleine et entière du post-greffe comme priorité de santé publique.
- Une association systématique des patients, des donneurs, des familles et des associations à la conception, au financement et au suivi du plan.

Nous demandons à l'Agence de la biomédecine d'organiser, dans les six mois, un cycle de concertation formelle avec le collectif Greffes+ et les autres associations représentatives autour de ces 30 recommandations, afin de préparer ensemble un Plan 2027-2031 enfin à la mesure des espoirs des dizaines de milliers de patients et de leurs familles qui attendent.

Plus de prélèvements pour plus de greffes, un meilleur post-greffe pour tous les greffés : à l'aube du Plan 2027-2031, cet appel reste plus que jamais d'actualité. Il est temps de cesser de laisser des vies se perdre, et des vies se diminuer, quand des solutions existent.

Le collectif Greffes+ se tient à la disposition de l'Agence de la biomédecine et du ministère chargé de la Santé pour engager ce travail commun, dans la confiance et dans l'urgence qui s'imposent.

Annexe 1 — Tableau récapitulatif des 30 recommandations

Réf.	Recommandation	Thématique
R1	Délégation interministérielle au don d'organes et à la greffe	Gouvernance
R2	Référent ARS médecin à temps plein dans chaque région	Gouvernance
R3	Réformer le statut de la direction générale de l'ABM (mandat 6 ans, profil médical)	Gouvernance
R4	Pérenniser et renforcer le comité national de suivi inter-acteurs	Gouvernance
R5	Diplôme d'État d'Infirmier en Coordination de Prélèvement (DEICP)	Prélèvement
R6	Généraliser Maastricht III + autoriser et étendre le prélèvement cardiaque M3	Prélèvement
R7	Programme national de recherche en SHS sur les mécanismes de refus	Prélèvement
R8	Seuils minimaux d'activité par centre de transplantation	Transplantation
R9	Don du vivant proposé systématiquement en première intention	Don du vivant
R10	Réduire le parcours du donneur vivant à 6 mois maximum	Don du vivant
R11	Faire aboutir le droit à l'oubli pour greffés et donneurs (AERAS)	Don du vivant
R12	Enseignement obligatoire du don d'organes en 3ème et 2nde	Culture du don
R13	Formation flash obligatoire au don d'organes pour tout nouvel agent hospitalier	Culture du don
R14	Honorer les donneurs : lettre, mémorial national	Culture du don
R15	Financer les Ambassadeurs du don d'organes	Ambassadeurs
R16	Budget détaillé et fléché du Plan Greffe, par axe et par année	Financement
R17	Sanctuariser le financement en LFSS sur la durée du plan	Financement
R18	Programme national « Innovation Greffe 2030 »	Innovation
R19	Systématiser l'accompagnement psychologique au sein des centres greffeurs	Post-greffe
R20	Modéliser et coordonner des parcours de soins post-greffe	Post-greffe
R21	Harmoniser les protocoles cliniques et rendre opposables les recommandations	Post-greffe
R22	Organiser et sécuriser la transition pédiatrie-adulte (16-25 ans)	Post-greffe
R23	Optimiser le cadre réglementaire de l'ETP et diversifier les modalités	Post-greffe
R24	Reconnaître aux patients post-greffe un statut juridique adapté	Post-greffe
R25	Intégrer l'« expérience patient » dans les indicateurs de qualité et accréditation	Post-greffe
R26	Déployer des solutions technologiques innovantes (IA, Vectra 360)	Post-greffe

Réf.	Recommandation	Thématique
R27	Renforcer l'accompagnement socio-économique et étendre le droit à l'oubli	Post-greffe
R28	Sécuriser le retour au travail : former les professionnels de santé au travail	Post-greffe
R29	Piloter la transparence budgétaire et la traçabilité des financements post-greffe	Post-greffe
R30	Réformer la gouvernance nationale : pilotage unifié greffe + post-greffe	Post-greffe

Annexe 2 — Glossaire

ABM : Agence de la biomédecine

AERAS : S'Assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé (convention)

ALD : Affection de longue durée

ARS : Agence régionale de santé

CHPOT : Coordination hospitalière de prélèvement d'organes et de tissus

CHU : Centre hospitalier universitaire

DDAC M3 : Donneur décédé après arrêt circulatoire de catégorie Maastricht III

DEICP : Diplôme d'État d'Infirmier en Coordination de Prélèvement (proposé)

DES : Diplôme d'études spécialisées

DFG : Débit de filtration glomérulaire

DRH : Direction des ressources humaines

DV : Don du vivant

ETP : Éducation thérapeutique du patient

FAG : Forfait annuel greffe

IPA : Infirmier en pratique avancée

IDE : Infirmier(ère) diplômé(e) d'État

LFSS : Loi de financement de la Sécurité sociale

MIG/MERRI : Missions d'intérêt général / Missions d'enseignement, recherche, référence et innovation

ONT : Organización Nacional de Trasplantes (Espagne)

pmh : Par million d'habitants

PNDS : Protocole national de diagnostic et de soins

Presanse : Association des services interentreprises de santé au travail

RCP : Réunion de concertation pluridisciplinaire

RNR : Registre national des refus

ROP : Réseau opérationnel de proximité

SFNDT : Société francophone de néphrologie, dialyse et transplantation

SFT : Société francophone de transplantation

SHS : Sciences humaines et sociales

SME : Sujet en mort encéphalique

T2A : Tarification à l'activité

Annexe 3 — Sources et références

Documents fondateurs du Collectif Greffes+ :

- Collectif Greffes+, Manifeste « Plus de prélèvements pour plus de greffes », octobre 2021.
- Collectif Greffes+, Contribution au Plan Greffe 2027-2031 « Intégrer le post-greffe comme une priorité de santé publique & flécher des financements pour le parcours de soins des patients post-greffe », mai 2026.

Bilan factuel et chiffres :

- Agence de la biomédecine, « 6 148 greffes d'organes en 2025 — Record historique pour la France », communiqué et bilan greffes 2025 + baromètre 2026.
- Agence de la biomédecine, « Avec plus de 6 000 greffes en 2024, l'activité dépasse son niveau d'avant Covid ».
- Agence de la biomédecine, « Don de rein : le cap des 10 000 greffes avec donneur vivant a été passé en 2024 ».
- Cour des comptes, Rapport sur les missions de l'Agence de la biomédecine, janvier 2024.
- Sénat, questions parlementaires sur le Plan Greffe 2022-2026 (2023, 2024).
- Ministère de la Santé, Plan ministériel pour la greffe d'organes et de tissus 2022-2026.
- Whatsupdoc, « Plan Greffe : le baromètre 2026 alerte patients et médecins qui réclament un changement de cap ».
- Renaloo, communiqué « L'échec programmé du Plan Greffe 2022-2026 impose des décisions urgentes ».
- Renaloo, « Assurance emprunteur : échec d'AERAS et du droit à l'oubli pour la dialyse et la greffe ».
- France Rein, « L'échec du Plan Greffe 2022-2026 : une urgence vitale ».
- Caducee, « Plan greffe 2022-2026 : le record 2025 ne masque plus la dérive des objectifs ».
- AMFE, « Bilan 2024 du prélèvement et de la greffe d'organes ».
- Cardio-Online, « La greffe de cœur Maastricht III serait non inférieure à la greffe de cœur prélevé après mort cérébrale ».
- SFMU, « Les professionnels du prélèvement et de la greffe inquiets de la réforme de l'indemnisation des astreintes ».
- Génétique, « Don d'organes, trop d'opposition selon l'ABM ».
- Egora, « Don d'organe : la désinformation conduit des inscriptions massives sur le RNR ».