

CONSEIL D'ORIENTATION
SEANCE DU VENDREDI 07 DECEMBRE 2012

DELIBERATION N° 2012-CO-49

OBJET : Principes des règles de répartition et d'attribution des greffons rénaux

<u>Etaient présents :</u>	Madame Sylvie BUNFORD , représentante de l'Association « AMPhore »
Monsieur Patrick NIAUDET , président du conseil d'orientation	Madame Danièle LOCHAK , représentante de la Ligue des droits de l'homme
Monsieur Bernard CAZEAU , sénateur	<u>Etaient excusés :</u>
Madame Pascale FOMBEUR , conseiller d'Etat	Monsieur Jean-Louis TOURAINE , député
Madame Frédérique DREIFUSS-NETTER , conseiller à la Cour de cassation	Monsieur Jean-Sébastien VIALATTE , député
Professeur Jean-Louis VILDE , membre du Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé	Madame Ségolène NEUVILLE , députée
Docteur Jean-Marie KUNSTMANN , expert scientifique spécialisé dans le domaine de la médecine de la reproduction et de la génétique	Monsieur Philippe VIGIER , député
Professeur Dominique BONNEAU , généticien	Monsieur Gilbert BARBIER , sénateur
Docteur Jacqueline MANDELBAUM , responsable service de biologie de la reproduction	Monsieur Jean-Louis LORRAIN , sénateur
Professeur Jean-Pierre JOUET , expert scientifique spécialisé en hématologie	Monsieur Alain MILON , sénateur
Professeur Jacques BELGHITI , chirurgien en transplantation d'organes	Monsieur Pierre LYON-CAEN , représentant de la commission nationale consultative des droits de l'homme
Docteur Alain TENAILLON , anesthésiste réanimateur	Madame Ingrid CALLIES , conseillère pour l'Ethique
Docteur Pierre LEVY-SOUSSAN , médecin psychiatre	Professeur Mohamad MOHTY , hématologue
Madame Suzanne RAMEIX , philosophe	Docteur Gérard SEYEUX , médecin psychanalyste
Monsieur Nicolas AUMONIER , philosophe	Monsieur Jean-François MALATERRE , représentant de l'Association française contre les myopathies
Madame Marie-Françoise BARATON , représentante de la Fédération nationale d'aide aux insuffisants rénaux	Monsieur Henri JOYEUX , représentant de l'Union Nationale des Associations Familiales
Monsieur Bruno GAURIER , représentant de l'Association des paralysés de France	

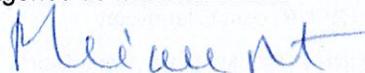
Le conseil d'orientation,

- Vu l'article L. 1418-4 du code de la santé publique, et
- l'article R. 1418-17 du code de la santé publique.

Après avoir étudié la répartition des greffons rénaux, décide à l'unanimité de ses membres présents de confier aux professionnels du comité médical et scientifique, l'étude de faisabilité des propositions figurant dans le document joint.

Fait à Saint-Denis, le 07 décembre 2012

Le président du Conseil d'orientation
de l'Agence de la biomédecine



Patrick NIAUDET

Accès à la transplantation rénale et règles d'attribution et de répartition des greffons rénaux

La greffe d'organes est une activité de soin relevant de la solidarité nationale. La répartition comme l'attribution des greffons sont confiés à un établissement public d'état qui est depuis 2005 l'Agence de la Biomédecine sous tutelle du ministre chargé de la santé.

Les règles de répartition et d'attribution des greffons, publiées au JO en 1996, avaient été rédigées à la suite du rapport de la commission nationale de consultation publique présidée par Monsieur Jean Michaud, conseiller à la Cour de Cassation.

Ce rapport avait conclu par plusieurs propositions, en particulier :

- L'inscription des malades sur la liste d'attente doit être améliorée par une harmonisation des critères d'inscription. Les indications de greffe doivent être définies par les professionnels de la transplantation afin d'unifier les critères d'inscription.
- Les indications de greffe doivent être publiques.
- Le principe d'égalité ou d'équité doit dicter les règles de répartition et d'attribution des greffons sans que cela nuise à l'efficacité de l'organisation. Ces questions ne relèvent pas strictement de la seule activité médicale mais sont affaire de citoyenneté.
- Les règles de répartition et d'attribution des greffons doivent tenir compte de critères médicaux en sachant que la situation de chaque patient ne doit plus être analysée d'un point de vue strictement individuel mais doit être prise en compte au regard de celle des autres patients requérant les mêmes moyens.
- Ces règles doivent évoluer pour tenir compte des progrès médicaux.
- Les malades en attente de greffe doivent être inscrits sur une liste nationale unique.
- Les règles de répartition doivent être d'une grande clarté et s'imposent à tous sur tout le territoire national.
- Un organe est attribué à un malade selon des priorités unanimement acceptées.
- Il doit y avoir une évaluation périodique de l'activité de la transplantation.

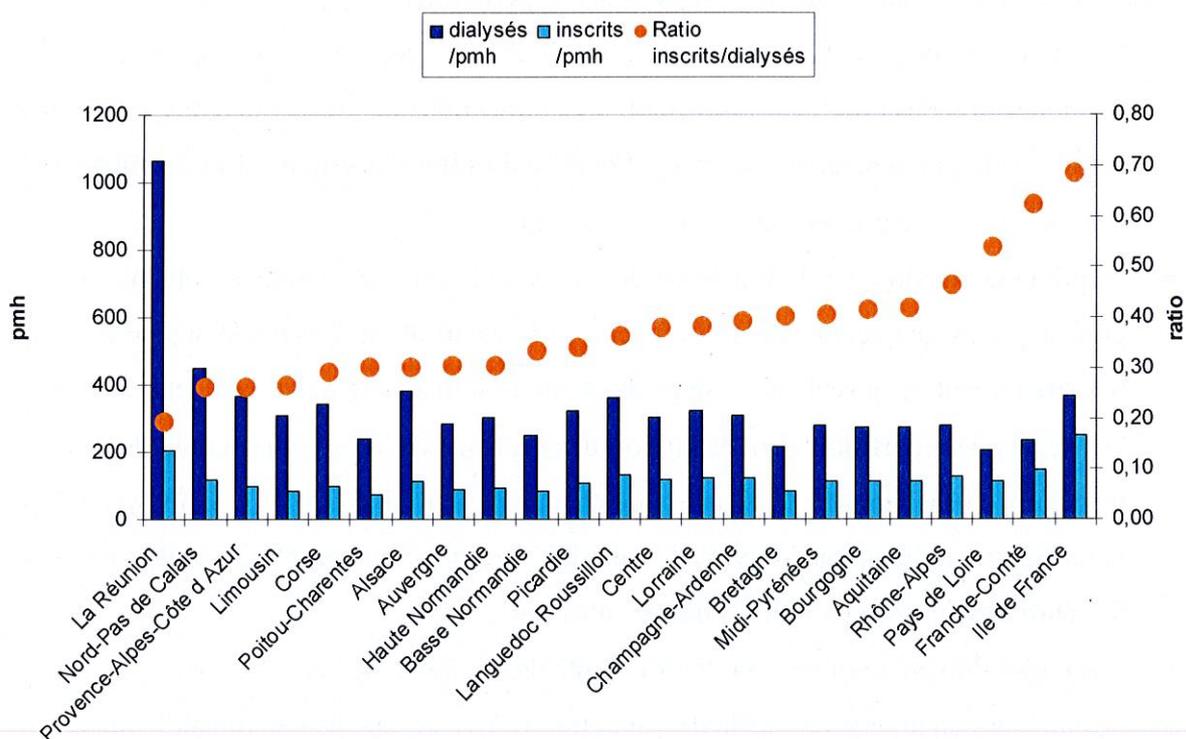
L'accès à la liste d'attente

L'indication de la transplantation rénale est posée par les néphrologues chez un malade en insuffisance rénale chronique sévère, le plus souvent après le début de la dialyse

ou dans certaines circonstances avant la dialyse (greffe préemptive). Dans cette circonstance de greffe préemptive la Société de Néphrologie pense qu'il est raisonnable de proposer l'inscription lorsque le débit de filtration glomérulaire devient inférieur à 20 ml/mn et laisse prévoir un début du traitement de suppléance dans l'année ou les 18 mois qui suivent. Il existe une grande variabilité territoriale d'accès à la liste d'attente (fig1) avec un taux d'inscription variant de 20 à 70% chez les patients dialysés de moins de 70 ans.

De nombreux facteurs expliquent cette variabilité. Il n'en demeure pas moins que les patients débutant un traitement de suppléance doivent, sauf contre-indication, être adressés rapidement à une équipe de transplantation.

Accès à la liste d'attente de greffé rénale au 31/12/2010, chez les personnes de 70 ans ou moins



L'arrêté du 6 novembre 1996 précisait les principes qui ont conduit à l'établissement des **règles de répartition et d'attribution des organes** : « les greffons prélevés sur des personnes décédées sont une ressource inestimable et rare. La répartition et l'attribution des greffons sont l'articulation indispensable entre le prélèvement et la greffe. Les règles de répartition et d'attribution de ces greffons doivent respecter les principes d'équité, l'éthique médicale et viser l'amélioration de la qualité des soins. Ces règles font référence aux notions de priorité et de dimension territoriale. Ces

notions traduisent le souci de rechercher l'équilibre entre une répartition le plus équitable possible et les contraintes techniques inhérentes au prélèvement, au transport et au maintien de la qualité des greffons. L'objectif de ces règles est de tenir compte de l'urgence de la greffe ou de la difficulté particulière d'y accéder pour certains malades, tout en recherchant l'utilisation optimale des greffons. L'évaluation des conséquences de ces règles sur la durée d'attente des malades et les résultats des greffes permettra leur amélioration au fur et à mesure des progrès techniques.»

Depuis 1996, ces règles ont évolué au fil des années avec plusieurs changements majeurs dont certains peuvent être remis en question au regard du principe d'équité.

Le système Français de répartition et d'attribution prévoit un accès prioritaire à certains malades. En l'absence de receveur entrant dans une catégorie prioritaire, les greffons seront attribués sur des critères de proximité géographique afin de limiter la durée d'ischémie froide.

Les malades prioritaires sont ceux : (a) dont la vie est menacée à très court terme ; (b) ceux pour lesquels la probabilité d'obtenir un greffon est très faible et (c) les enfants.

- Les urgences vitales sont prises en compte sous la forme de super-urgence (SU) nationale ou d'urgences régionales. L'inscription est faite après recours à un collège d'experts professionnels de la greffe. Ces urgences sont essentiellement appliquées les patients ne pouvant plus être dialysés.
- Le second groupe prioritaire est représenté par les malades hyperimmunisés. A l'occasion d'une grossesse, d'une transfusion sanguine ou plaquettaire ou surtout après un échec antérieur de transplantation, certains patients développent des anticorps anti-HLA qui aboutissent à une très faible probabilité d'obtenir un greffon apparié.
- Le troisième groupe prioritaire pour le rein concerne les malades présentant des difficultés particulières d'accès à la greffe ne bénéficiant pas d'une priorité mais pour lesquels l'équipe clinique souhaite l'avis du collège d'experts.
 - C'est le cas entre autres des malades en attente d'une greffe rénale non hyperimmunisés ayant un groupe sanguin et/ou HLA rare. Les experts statuent sur l'échelon de la priorité : nationale ou régionale.
 - Les malades nécessitant une greffe combinée de plusieurs organes incluent : (a) la greffe combinée pancréas-rein pour les malades atteints d'un diabète insulino-dépendant de type I et d'une insuffisance rénale

chronique sévère; (b) Dans des cas plus rares certains malades en attente d'une greffe cardiaque, pulmonaire ou hépatique souffrent d'une défaillance irréversible rénale et nécessitent une greffe combinée incluant le rein à partir d'un même donneur. Les malades en attente d'une greffe cardiaque ou pulmonaire bénéficient d'une priorité à l'échelon interrégional pour l'attribution du greffon thoracique, et dans tous les cas le greffon rénal suit. La priorité foie-rein n'existe plus mais quand le greffon hépatique est attribué à un malade en attente d'une greffe combinée foie-rein via le score Foie, le greffon rénal du même donneur suit automatiquement le foie.

- Les enfants sont prioritaires pour plusieurs raisons incluant la nécessité de pallier la défaillance d'organe qui retentit sur leur développement staturo-pondéral et psychomoteur. Les enfants jusqu'à l'âge de 18 ans sont prioritaires à l'échelon national pour tout donneur prélevé âgé de moins de 18 ans. Le faible nombre de donneurs pédiatriques a conduit à élargir cette priorité aux donneurs de 18 à 30 ans.

En l'absence de receveur entrant dans une catégorie décrite ci-dessus, les greffons sont attribués en fonction d'un score qui a été initialement introduit en 2004 et qui privilégie la proximité géographique.

Le score rein

Ce score prend en compte simultanément des critères d'équité et des critères d'efficacité et permet d'attribuer un greffon à un patient et non à une équipe.

Les critères d'**équité** sont

- La durée d'attente depuis l'inscription sur la liste d'attente
- La durée de la dialyse
- Les difficultés d'accès à la greffe appréciées par un indice qui prend en compte le nombre de donneurs dans la région du patient au cours des 5 dernières années. Ce nombre peut être réduit en raison de groupes sanguin ou HLA rares ou d'une immunisation anti-HLA.

Les critères d'**efficacité** sont

- La différence d'âge entre le donneur et le receveur
- La compatibilité HLA

Chaque composante a une valeur maximale déterminée par les équipes d'une même inter-région (ZIPR). La valeur maximum peut varier d'une ZIPR à l'autre.

Le patient présentant le score le plus élevé recevra le greffon.

Le rein local

Les règles de répartition prévoient l'attribution d'un des 2 greffons à l'échelon local (c'est à dire à l'équipe de greffe chargée du prélèvement). A partir de 2007, cette attribution est devenue systématique indépendamment des priorités régionales ou nationales (sanctuarisation du rein local)

- L'équipe locale est encouragée à suivre l'ordre de propositions des receveurs édité selon le score en vigueur dans la région mais est libre d'y déroger après justification. Cela permet à l'équipe de greffe de prendre en considération des paramètres médicaux présents chez un patient donné et ignorés dans le calcul du score.
- Après avoir vérifié l'absence de receveur prioritaire à l'échelon national ou régional, l'autre greffon est attribué directement à un patient de l'inter-région de prélèvement sur la base du score Rein incluant la durée d'attente, la durée de dialyse, la difficulté d'accès à la greffe, le nombre d'incompatibilité HLA et enfin le différentiel d'âge entre donneur et receveur.
- En cas de refus du ou des greffons rénaux à l'échelon de l'inter-région, le ou les greffons sont proposés à l'échelon national, à un patient selon le score Rein dit National, privilégiant l'appariement en âge et la proximité entre le lieu de prélèvement et l'équipe de greffe.

Ces modalités d'attribution des greffons posent plusieurs problèmes, en particulier en termes d'équité :

1- Le « rein local »

L'attribution d'un des deux reins à l'équipe qui a effectué le prélèvement a été instituée pour plusieurs raisons:

1. Mobilisation des équipes et motivation.

Dans la situation actuelle, la possibilité pour une équipe de transplantation de « garder » un rein est considérée comme la condition du maintien de l'activité de transplantation rénale car

il existe une diminution du nombre de chirurgiens motivés par le prélèvement. Cette diminution qui s'observe dans tous les domaines de la greffe, particulièrement préoccupante pour le pancréas (moins de 70 prélevés en France en 2011), touche les transplantateurs rénaux. Les facteurs responsables de cette désaffection sont :

- Une réticence des chirurgiens à accepter des horaires non programmés avec des déplacements parfois dangereux (risque d'accidents d'avion ou de voiture (2 morts en France en 2006 et près de 35 dans le monde) et mal assurés (C'est à cette occasion que l'on a découvert que ces transports n'étaient souvent pas assurés. Ce n'est que le 29 avril 2008 qu'a été signée une convention entre le Ministère de la santé et la Fédération hospitalière de France pour permettre à celle-ci de souscrire un contrat d'assurance pour le compte des établissements de santé participant aux missions d'urgence ou de prélèvement d'organes et de transplantation. Mais à ce jour cette assurance n'est pas obligatoire et seulement une cinquantaine d'établissements ont adhéré à ce contrat d'assurance.
- Une rémunération très insuffisante qui peut débiter à 70 €. En fait pour motiver les équipes certains directeurs d'établissement peuvent payer 1000 € le prélèvement. Cette activité n'est pas assimilée à une garde et il n'y a pas de repos compensateur.
- Le prélèvement est considéré comme un geste chirurgical peu prestigieux et en tout cas moins valorisant que la transplantation.

Dans la situation actuelle la possibilité pour une équipe de transplantation de « garder » un rein est considéré comme la condition du maintien de l'activité de transplantation rénale.

2. La réduction de la durée d'ischémie froide. Il s'agit d'un facteur majeur conditionnant le bon fonctionnement des greffons. L'objectif étant de greffer les deux reins dans un délai court.
 - La brièveté de l'ischémie froide est reconnue comme un des facteurs du bénéfice des transplantations à partir de donneurs vivants. Par ailleurs, une équipe irlandaise qui avait pour habitude de greffer successivement les deux reins au sein de la même équipe, a démontré que la survie du greffon était moins bonne pour les patients greffés en 2^{ème} position après ajustement sur les facteurs de risque liés au receveur.
 - La réduction de l'ischémie froide est particulièrement importante pour les greffons provenant de donneurs âgés qui sont en augmentation (en 2011, les donneurs âgés de plus de 65 ans représentent 26% des donneurs de rein contre 5,8 % en 2000).

C'est pour augmenter le fonctionnement de ce type de greffons que les machines à perfuser sont particulièrement indiquées.

3. L'équipe qui va transplanter serait plus vigilante sur la qualité technique du prélèvement. Cette motivation conditionnerait la qualité de la greffe, sachant que des lésions iatrogènes sur la greffe au moment du prélèvement peuvent entraîner des pertes de greffes, les greffes de reins perdues pour cette raison étant estimées à 5 % des greffes de rein.
4. Diminution des coûts de transport tant de l'organe prélevé que des équipes de prélèvement.
5. Diminue les possibilités « d'aspiration » des greffons des équipes qui ont une grande liste d'attente au détriment de celles dont la liste d'attente est moins importante alors que ces mêmes équipes effectuent des prélèvements.

Plusieurs arguments plaident pour supprimer la priorité locale :

La confiance de la population dans le prélèvement d'organes sur personnes décédées implique l'obligation de garantir aux citoyens que ces ressources rares et inestimables que sont les greffons cadavériques seront attribuées avec justice à ceux qui en ont besoin.

Au-delà des arguments organisationnels, plusieurs personnes auditionnées se sont élevées contre le maintien de la sanctuarisation du rein local.

- Ce système contredit les principes d'égalité ou d'équité qui dictent les règles de répartition et d'attribution des greffons. La sanctuarisation d'un des deux reins favorise certains centres de transplantation avec des malades qui ont une durée d'attente en moyenne plus courte (7 équipes adulte sur 34 ont une médiane d'attente inférieure à un an en 2011 pour une médiane nationale à 21,4 mois [8-52 mois]).
- Il est incompréhensible, voire inacceptable pour des non médecins et même pour les associations de malades.
- Mettre en avant la mobilisation des équipes pour plus prélever est un argument contestable. La dissociation entre l'activité de prélèvement et l'activité de greffe est un impératif. La prise en charge des donneurs est du ressort des réanimateurs et une trop grande proximité avec les transplantateurs peut être source de tensions qui ne vont pas dans le sens d'une mobilisation des énergies. Il existe un risque de conflit d'intérêts dont les réanimateurs et les coordinatrices doivent être soustraits.

- La mutualisation des prélèvements à la condition d'une meilleure rémunération et d'une assurance, est un objectif qui doit permettre :
 - Une diminution des coûts et des dangers des déplacements.
 - Une professionnalisation et une standardisation des prélèvements permettant des études multicentriques.
 - Une meilleure utilisation des ressources humaines pour pallier les manques de chirurgiens préleveurs. Ils seront recrutés au sein des équipes de greffe de la région et au sein de chirurgiens des hôpitaux généraux après validation de leur compétence par « l'école de prélèvement » qui fonctionne depuis 5 ans.

- La durée moyenne de l'ischémie en transplantation rénale (moyenne nationale : 17h30 [de 14,3 à 20,8 heures selon les centres] montre que nombreuses équipes, comme cela se fait pour les autres organes greffés, pourraient raccourcir cette durée en priorisant la greffe par rapport à des interventions électives.

- La priorité locale qui expose aux aléas du prélèvement et aux contingences du découpage territorial, conduit à la proposition d'un greffon à une équipe (et non à un patient) qui parfois ne dispose que d'un nombre réduit de receveurs potentiels de même groupe sanguin un jour donné. Cela peut mener à des résultats de survie (greffons ou patients) considérés comme non optimaux du fait d'un mauvais appariement en âge (greffon d'un donneur jeune greffé à un receveur âgé) ou en compatibilité tissulaire HLA (exemple : un jour donné, une équipe avec une faible activité d'inscription et un taux élevé de prélèvement local, peut n'avoir qu'un ou deux receveurs de groupe AB ou B en attente, âgés de 65 ans ou plus (50% des inscrits ont plus de 50 ans) et leur proposer un greffon local prélevé sur un donneur de 20 ans présentant 5 voire 6 incompatibilités HLA)). Un receveur d'une équipe voisine peut avoir ce même jour un receveur en attente depuis plusieurs mois, de même tranche d'âge et ne présentant pas plus de 3 incompatibilités HLA.

2- Le choix des receveurs via le score Rein n'obéit pas à des règles communes.

En effet, le poids donné aux différentes composantes du score Rein varie d'une ZIPR à l'autre, avec des différences significatives dans les pondérations attachées aux différentes composantes du score. A titre d'exemple, certaines ZIPR favorisent la durée de dialyse par rapport à la durée d'attente et d'autres non. Ainsi, un greffon prélevé sur un donneur de 45 ans

sera proposé d'abord à une receveuse âgée de 53 ans, pas encore en dialyse et inscrite depuis 24 mois dans la ZIPR 1 et à une patiente âgée de 28 ans, en dialyse depuis 18 mois mais inscrite depuis 2 mois pour la ZIPR 5, à niveaux d'immunisation et de compatibilité comparables.

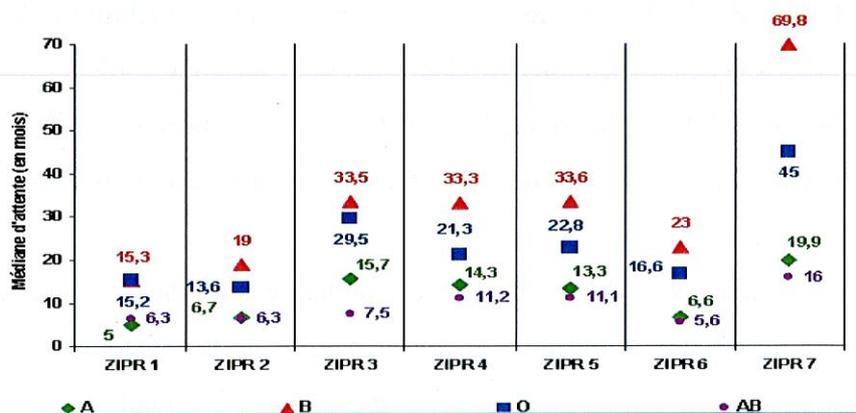
	ZIPR 1	ZIPR2	ZIPR3	ZIPR4	ZIPR5	ZIPR6	ZIPR7
Durée d'attente	500	400	300	200	100	300	450
Durée de dialyse	100	200	300	200	500	300	150

Ces différences dans les pondérations attachées aux différentes composantes du score aboutissent dans certaines régions à un allongement de la durée d'attente des plus jeunes.

Situation actuelle : Sur 100 reins prélevés :

- 45 restent en local
- 25 sont attribués à des priorités : 22 nationales et 3 régionales
- 29 sont attribués en régional et 2 en national.
- L'attribution presque exclusivement locorégionale sans mutualisation entre les régions expliquent des écarts très importants dans la durée d'attente des patients de groupe sanguin O et B selon les régions.

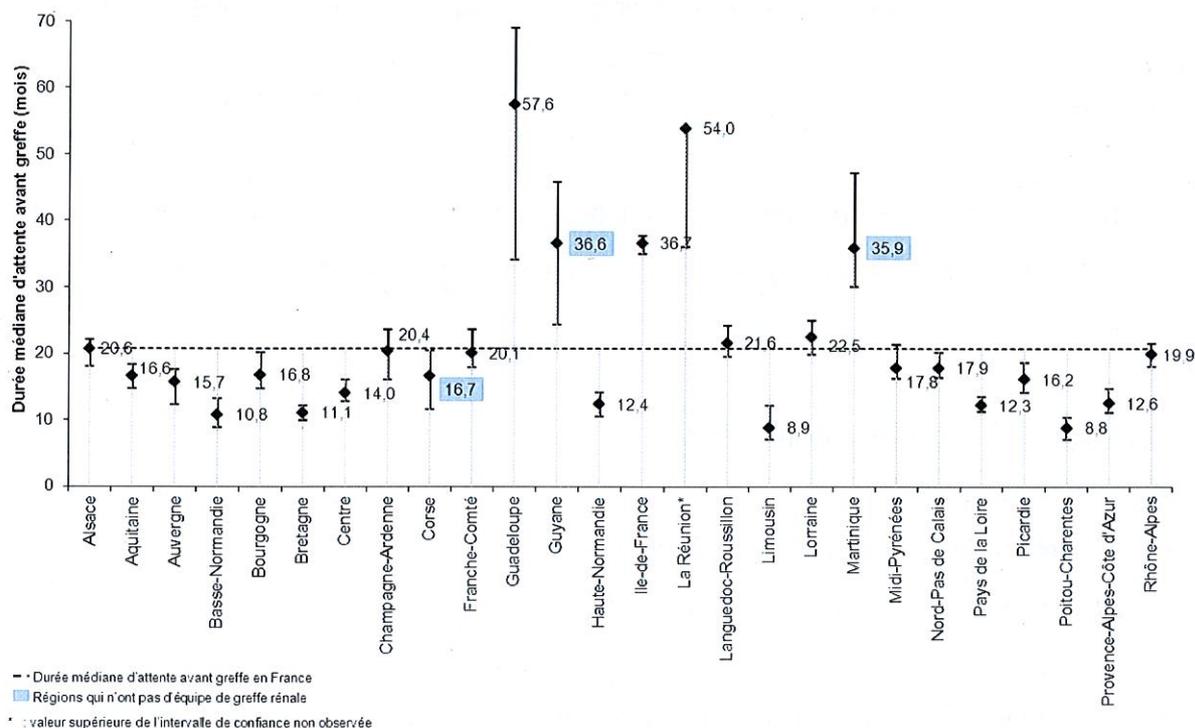
Médiane d'attente (en mois) en 2009 selon le groupe sanguin et la ZIPR d'inscription du patient



Durée d'attente sur la liste d'attente

En France, la durée médiane d'attente avant greffe rénale (et intervalle de confiance) pour les malades inscrits entre **2006 et 2011** a été de 20,7 mois (20,2 – 21,3). Cela signifie qu'après ce délai, 50% des candidats ont été greffés.

Cette durée médiane d'attente varie selon la région de domicile du malade.



Eléments justifiant un réexamen des règles de répartition et d'attribution pour le rein.

- Le rapport Michaud date de 1996. Les règles de répartition et d'attribution des greffons ont évolué depuis (cf modifications par les arrêtés du 30 août 2002, 2 juin 2004, 2 août 2005, 24 août 2006, 29 janvier 2007, 26 février 2008, 6 mars 2009, 31 mars 2009 et du 21 janvier 2011) mais elles ne suivent pas toutes les recommandations de ce rapport.
- L'augmentation considérable (+ 45,7 % en 10 ans) du nombre de candidats à la greffe rénale. Cette augmentation est due à une plus grande efficacité de la transplantation avec une amélioration de la survie et de la qualité de la vie. Ce bénéfice de la transplantation a entraîné une extension de l'âge des receveurs et l'acceptation de malades ayant plusieurs comorbidités, Le nombre insuffisant de donneurs

cadavériques et le développement trop faible de donneurs vivants diminuent tous les ans les possibilités de transplantation et augmente la durée d'attente (3,5 candidats pour un greffon en 2002 à 4,1 en 2011).

- Le rapport de l'IGAS de mai 2011 conclut que les règles actuelles sont inappropriées sur le plan sanitaire et éthique. La règle du rein local supposée motiver les équipes de prélèvement et permettre de limiter la durée de l'ischémie froide aboutit à ce que les priorités fixées par arrêté au profit de certains patients ne sont mises en œuvre que pour la moitié des reins prélevés. Par ailleurs, la variabilité des scores Rein selon les inter-régions ne respecte pas les règles d'équité de répartition et d'attribution des greffons rénaux.
- Il existe une grande disparité de durée d'attente sur le territoire. La possibilité d'être inscrit sur la liste d'attente n'est pas identique selon la région de résidence des malades. Ce taux est de 80,8 pmh pour l'Ile-de-France alors que la moyenne nationale est à 58,4 pmh en 2009 mais surtout si on rapporte le taux (pmh) d'inscrits au taux (pmh) de dialysés pour les sujets de moins de 71 ans, on passe de 26% pour les régions Pas de Calais et Provence-Alpes-Côte d'Azur à 68% pour l'Ile-de-France (cf inégalité problématique d'accès à la greffe en annexe en fin de document). Les critères d'inscription ne sont pas les mêmes selon les équipes. Certains patients qui bénéficieraient de la greffe n'ont pas accès à la liste d'attente ou y ont accès trop tardivement. A l'inverse, certains patients sont greffés alors que le bénéfice individuel n'est pas démontré.

Propositions :

- L'inscription des malades sur la liste d'attente doit être améliorée. L'harmonisation des critères d'inscription doit limiter les inégalités d'accès à la liste d'attente et donc à la transplantation.
- Les principes d'égalité et d'équité doivent s'imposer sur l'ensemble du territoire national.
- Les greffons doivent être attribués à un malade selon des scores identiques sur l'ensemble du territoire national.
- Dans un souci d'efficacité, il faut aboutir à une plus grande mutualisation pour favoriser la greffe des sujets jeunes et leur offrir le meilleur appariement en terme de

compatibilité HLA afin d'éviter une immunisation et des difficultés pour une retransplantation.

- Dans un souci d'efficacité, il faut limiter le différentiel d'âge entre donneur et receveur. Ainsi, les reins prélevés sur des donneurs jeunes doivent préférentiellement être attribués à des receveurs jeunes, les patients plus âgés pouvant bénéficier de greffons prélevés chez des donneurs âgés.
- Les contraintes techniques et les aspects logistiques du prélèvement doivent être subsidiaires à ces règles.
- Le maintien de l'attribution du greffon à l'équipe locale ne peut être systématique. Il ne saurait être maintenu s'il existe en régional ou national des malades ayant des difficultés d'accès à la greffe, comme les receveurs de groupe sanguin B, et les receveurs relevant d'une priorité incluant en particulier.
 - Les enfants
 - Les receveurs jeunes (< 45 ans) avec un différentiel d'âge [Receveur – Donneur] de moins de 20 ans
 - Les receveurs hyperimmunisés, les greffes combinées.

Les règles de répartition nécessitent des évaluations périodiques pour identifier les biais de sélection ou les effets indésirables. Les règles doivent être objectives, publiques, évaluables et équitables dans le but d'obtenir la confiance de la population générale et l'acceptation et l'adhésion au principe du don de ses organes après sa mort.