

Cahier de propositions de la Société francophone de Transplantation

Etats Généraux du Rein

La transplantation rénale, quand elle est possible, est le meilleur traitement substitutif de l'IRC terminale ou pré-terminale, à la fois en termes de :

- espérance de vie du patient
- qualité de vie du patient
- coût pour la collectivité

Les défis à relever sont de 4 ordres :

- Augmenter le nombre de transplantations:

Ceci passe par le soutien du prélèvement des donneurs en état de mort encéphalique, en particulier donneurs à critères étendus, le développement du programme de donneurs décédés après arrêt cardiaque, et un engagement franc pour augmenter la transplantation à partir de donneurs vivants. Ce dernier point implique, notamment, la mise en place d'infirmier(e) coordonnateur de greffes donneurs vivants au sein des équipes, le manque de personnel dédié ayant été signalé comme un frein majeur par les équipes de transplantation. Parallèlement, une réflexion doit être engagée sur le prélèvement après cessation de soins (Maastricht 3)

- Améliorer la qualité de prise en charge des patients.

Ceci passe obligatoirement par le renforcement des équipes de transplantation. La complexité croissante des patients transplantés, l'utilisation de greffons à critères étendus, l'accroissement des cohortes de patients transplantés à suivre mettent la plupart des équipes en grande difficulté. Les conditions de travail ne sont plus attractives pour les jeunes qui se détournent de plus en plus de ces postes demandant un engagement personnel très important. Les conditions de rémunération sont également inadaptées (notamment pour le travail effectué de nuit pour les chirurgiens) si bien que l'exercice libéral, bien rémunéré avec peu de gardes est bien plus attractif.

Rappelons que le rapport Greco stipulait en 2003 qu'un service chirurgical de transplantation assurant une activité de greffe et prélèvement devait disposer au

minimum de 5 chirurgiens praticiens pour l'astreinte, donc 5 seniors formés, et qu'un service de Néphrologie devait lui disposer d'un minimum de 2,4 ETP médicaux affectés à l'activité de greffe .

La formation de tous les intervenants, médicaux et para-médicaux, doit commencer dès le cursus initial (faculté de médecine, IFSI) et continuer tout au long des carrières professionnelles par des actions d'enseignement post-universitaire et de formation continue.

- Garantir à tous les patients une information, et donc un libre choix des modalités de traitement, et ce précocement, avant le stade d'IRC terminale.

Il n'est pas inutile de rappeler que la transplantation préemptive, avant tout traitement de suppléance, est la technique qui donne les meilleurs résultats, que le donneur soit un donneur vivant ou un donneur cadavérique. Compte-tenu du nombre de patients en attente de greffe, un effort tout particulier doit être apporté pour développer la greffe préemptive à partir de donneur vivant.

Ceci présuppose une participation active des néphrologues prenant en charge les patients au stade précoce de l'IR, et la mise en place, idéalement, de Réunions de Concertation Pluridisciplinaires régionales avec néphrologues, transplantateurs, psychologues, travailleurs sociaux. La rédaction d'un document de synthèse sur les différentes modalités de prise en charge de l'IR, déclinable selon le lieu de résidence du patient et l'offre de soin locale est hautement souhaitable.

- Développer une recherche de qualité en transplantation, dans des domaines très divers, qu'il s'agisse de l'immunologie du rejet, des lésions d'ischémie-reperfusion, des biomarqueurs...., de l'épidémiologie de l'IRC et de la greffe

Ceci pourrait être fait en lançant des appels d'offre spécifiques pour la création (ou le développement) d'unités de recherche clinique adossées aux services de transplantation, permettant de financer des postes d'ARC et de TEC , et en fléchant la thématique de transplantation dans les appels à PHRC, STIC, ...