

médecine/sciences 2000 ; 16 : 1367-70

Les disparités régionales de la greffe rénale en France : quelles mesures pour améliorer l'équité ?

L'insuffisance rénale chronique terminale (IRCT) représente un problème de santé publique majeur. En premier lieu, elle toucherait plus de 30 000 personnes en France [1], son incidence et sa prévalence augmentant d'environ 5 % par an [2]. En outre, son coût est estimé entre 8 et 10 milliards de francs annuels [3, 4], soit près de 1 % du budget de l'assurance maladie. Si le traitement palliatif de l'IRCT est l'épuration extrarénale, la greffe rénale en est le traitement curatif et il est admis aujourd'hui qu'elle améliore la qualité de vie et diminue le coût de la prise en charge. Cependant, la part de la greffe dans le traitement de l'IRCT est estimée à moins de 20 % des patients. En l'absence de système d'information sur l'IRCT, les besoins en greffons rénaux ne sont pas véritablement connus. Le seul indicateur de besoins disponible à l'échelon national est le nombre de patients inscrits sur la liste nationale d'attente de greffe rénale gérée par l'Établissement français des greffes. Il faut noter que cet indicateur sous-estime les vrais besoins représentés par les patients en épuration extrarénale susceptibles de bénéficier d'une greffe, mais non inscrits. En 1998, 1883 greffes rénales ont été réalisées pour 6 678 candidats inscrits en liste d'attente, dont 4 428 patients restant inscrits en liste d'attente au 31 décembre 1997, et 2 250 patients nouvellement inscrits au cours de l'année 1998 [5]. Aujourd'hui, le nombre de greffes réalisées ne per-

met pas de faire face à cette situation de pénurie.

Depuis 1996, l'échelon des décisions sanitaires est l'échelon régional, l'organisation territoriale des activités de greffes reposant sur un découpage en sept inter-régions qui regroupent chacune de deux à six régions administratives. L'Établissement français des greffes a conduit une réflexion à l'échelon régional* portant d'une part sur les ressources autour de la greffe incluant à la fois l'offre de greffons et l'offre d'équipes de greffe, et d'autre part sur les besoins, représentés par les patients inscrits en liste nationale d'attente.

Disparités régionales des ressources de la greffe rénale

En ce qui concerne l'offre de greffons, 993 donneurs ont été prélevés en France en 1998, soit 16,6 par million d'habitants (pmh). Ce taux est très variable selon les régions, de 7,7 pmh par exemple en Corse à 38,7 pmh à la Réunion, six régions présentant des taux supérieurs à 20 pmh tandis que 9 régions sont en dessous du taux national (figure 1). On peut comparer ces données à celles qui sont observées au niveau international, les taux les plus élevés étant en Espagne (31,5 pmh) et aux États-unis (21,6 pmh). Ceci a

conduit à fixer un objectif national pour la France de 20 donneurs prélevés pmh en 2002, dans un contrat d'objectifs et de moyens signé entre l'Établissement français des greffes et sa tutelle. Atteindre ce premier objectif signifie que 204 donneurs supplémentaires devront être prélevés en France par rapport à l'activité de prélèvement en 1998, mais ne répondra pas à la situation de pénurie. Selon les régions, l'effort à fournir pour atteindre cet objectif de 20 pmh est variable mais largement réalisable, et l'Île-de-France devra fournir le plus gros effort en prélevant 37 donneurs supplémentaires (c'est-à-dire passer de 184 à 221 donneurs prélevés). Idéalement, si tous les sujets en état de mort encéphalique étaient recensés puis prélevés, la France ne serait plus en situation de pénurie compte tenu des besoins exprimés par la liste d'attente. En effet, les données épidémiologiques sur la mort encéphalique montrent qu'elle représente en moyenne 1 % des décès hospitaliers, ce qui correspond à plus de 5 000 donneurs potentiels. Compte tenu des oppositions au prélèvement qui sont de fait le principal obstacle au prélèvement et représentent 33 % des causes de non-prélèvements des donneurs recensés, il persiste un potentiel de plus de 3 000 donneurs prélevés, ce qui est largement compatible avec un objectif à moyen terme de 25 donneurs prélevés pmh.

La carte sanitaire autorise quarante équipes de greffe de reins en France (métropole et DOM-TOM), ce qui

* Les résultats complets de cette analyse sont disponibles sur CD-Rom en s'adressant à : Établissement français des greffes, 5, rue Lacuée, 75012 Paris, France.

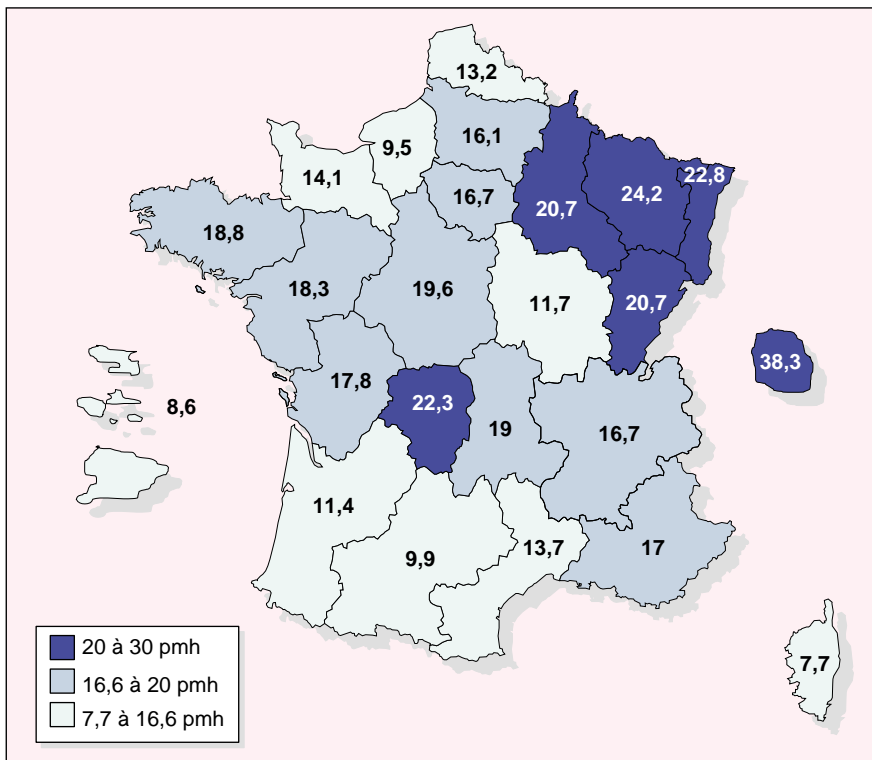


Figure 1. **Taux régionaux de donneurs prélevés par million d'habitants (pmh) en 1998.**

équipes d'une région quel que soit leur lieu de domicile, et sont donc influencés par les flux de patients qui ont le libre choix de leur équipe (et donc de leur région) d'inscription. On peut donc considérer que ces flux de patients sont libres, ou du moins réglés par les filières de soins qui mènent les patients insuffisants rénaux traités par épuration extrarénale à être inscrits par l'équipe de leur choix sur la liste nationale d'attente et donc à devenir candidats à la greffe. Par exemple, les patients pour lesquels les données médicales ou immunologiques sont peu favorables pour la réussite de la greffe seront préférentiellement adressés, par les filières médicales (donc en amont de l'inscription des patients), vers les équipes de greffe les plus anciennes ou les plus réputées. L'étude des besoins régionaux en greffe rénale nécessite donc la prise en compte d'autres indicateurs : le besoin réel est défini comme le nombre de patients inscrits en liste d'attente selon leur région de domicile quelle que soit leur région d'ins-

représente un taux national de 0,6 équipes pmh. En Espagne, le taux est de 1 équipe pmh. Actuellement, les équipes médico-chirurgicales autorisées à greffer sont toutes localisées dans des Centres hospitalo-universitaires et, là encore, il existe de fortes disparités régionales puisque les extrêmes vont de 0 pmh en Corse et aux Antilles, où la prévalence de l'IRCT est très élevée, à 1,4 pmh en Limousin. Le taux d'équipes de greffe n'est que modérément corrélé aux taux de greffons rénaux prélevés pmh ($r = 0,58$; $p < 0,05$).

Disparités régionales des besoins en greffe rénale et des flux de patients en attente de greffe

Le besoin en greffes rénales pour l'année 1998, calculé en cumulant les nouveaux candidats inscrits dans les équipes de chaque région au cours de l'année 1998, et les patients restant en attente le 31 décembre 1997 (soit 6 678 patients au total sur toute la France) est variable selon la région (figure 2). Il s'agit ici des besoins régionaux observés, qui correspondent en fait aux patients inscrits dans les

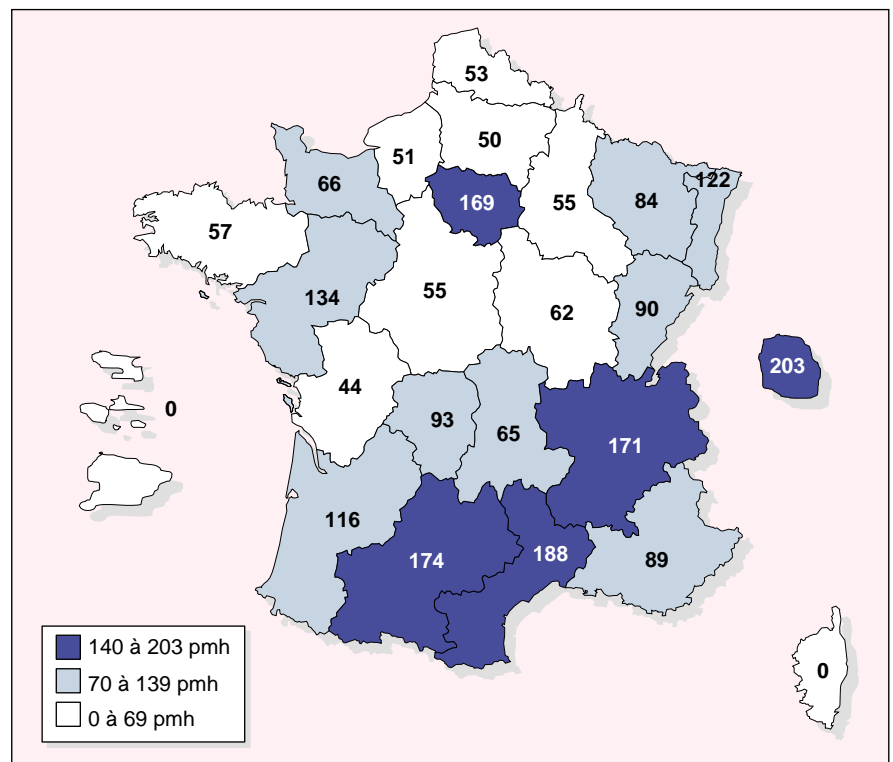


Figure 2. **Taux régionaux observés de patients en attente de greffe rénale par million (pmh) d'habitants pour l'année 1998, selon leur région d'inscription.**

ces durées d'attente doit être affiné en prenant en compte l'hétérogénéité des patients selon les régions (pédiatrie, hyperimmunisation...).

Conclusions

La mise en évidence de disparités régionales, aussi bien au niveau des ressources que des besoins en greffes rénales, permettent d'envisager un certain nombre de stratégies afin de lutter contre la pénurie*. Il est clair que l'augmentation du nombre de prélèvements, et donc l'augmentation de l'offre de greffons, représente actuellement un des axes prioritaires, en particulier pour les régions dont l'offre est faible. L'objectif est

* La mise en évidence des inégalités régionales face à la greffe en France a permis de mettre en place pour la première fois une véritable politique de santé dont le but est de réduire les disparités, notamment en terme de prélèvement. Les vingt-cinq mesures du Plan Greffe présenté le 22 juin 2000 sont consultables sur le site du ministère de l'Emploi et de la Solidarité : www.sante.gouv.fr

de permettre aux régions de couvrir leurs besoins réels, mais aussi de participer à un effort national afin de fournir des greffons aux régions où sont exportés les patients. L'augmentation du nombre d'équipes de greffe devrait permettre de mieux répartir les équipes en fonction des besoins régionaux, et aussi de motiver des établissements sans activité de greffe à augmenter leur niveau de prélèvement. Enfin, en ce qui concerne les flux de patients, la tradition de la liberté du choix de son médecin est solidement ancrée en France, et il paraît donc difficile de contraindre les flux des patients. Cependant, une meilleure information délivrée aux candidats à la greffe aurait sans doute pour conséquence de contrôler en partie ces flux : on peut en effet envisager qu'au vu des durées médianes d'attente, les patients souhaitent plutôt rester dans leur région de domicile. Cette évolution aurait pour conséquence de limiter les flux donc les coûts ■

RÉFÉRENCES

1. Jacquelinet C, Cohen S, Noel C, Landais P. Pour une nouvelle stratégie de prélèvement d'organes. Une priorité de santé publique. *Med Ther* 1998 ; 4 : 589-93.
2. Jacobs C, Selwood NH. Renal replacement therapy for end-stage renal failure in France : current status and evolutive trends over the last decade. *Am J Kidney Dis* 1995 ; 25 : 188-95.
3. Enquête sur la dialyse rénale. Rapport de l'IGAS n° 94.092, 1994.
4. Refonder le système de soins. Plan stratégique CNAMTS. Juillet 1998.
5. Le prélèvement et la greffe en France en 1998, Rapport du Conseil médical et scientifique de l'Établissement français des greffes : 1-346.

Annabelle Dunbavand
Sophie Cohen
Philippe Tuppin

Établissement français des greffes, 5, rue Lacuée, 75012 Paris, France.

TIRÉS À PART

P. Tuppin.

