

# L'attribution d'organes: urgence contre efficacité

La loi sur la transplantation et les critères d'attribution qui y sont fixés ont de nombreuses conséquences. Le fait que les patients d'urgence médicale sont traités en priorité lors de l'attribution d'organes présente également des problèmes. Il existe des possibilités alternatives pour l'allocation des rares organes de donneurs disponibles.



Marc Marthaler,  
Julius Weiss, Franz F. Immer

Fondation nationale Suisse  
pour le don et la transplantation  
d'organes

## Introduction

Même plus de deux ans après l'entrée en vigueur de la loi sur la transplantation, les juristes, les médecins et les éthiciens continuent de débattre au sujet des critères d'attribution en Suisse. La raison en est toujours en premier lieu – et ce jusqu'à nouvel ordre – l'insuffisance du don d'organes. Lorsqu'il s'agit d'attribuer des biens disponibles en nombre limité seulement, biens qui comme dans le cas présent décident en outre souvent de la vie ou de la mort d'une personne ou du moins influent de manière décisive sur sa qualité de vie, le législateur est investi d'une grande responsabilité. C'est l'article 119a de la Constitution fédérale qui régit en Suisse l'attribution d'organes, article stipulant que la Confédération veille à une répartition équitable des organes. Dans l'article 18 de la loi sur la transplantation sont mentionnés les critères suivants:

- l'urgence médicale
- l'efficacité du point de vue médical
- le délai d'attente

Les développements qui vont suivre visent à donner un aperçu des conséquences et des problèmes qui découlent de la loi sur la transplantation et des critères d'attribution qu'elle stipule. Pour finir seront présentées des possibilités alternatives d'attribution de ressources médicales disponibles en quantité restreinte, qui doivent prendre en compte les points évoqués.

## Pratique en matière d'attribution

En Suisse, la loi sur la transplantation et les règles d'attribution définissent un cadre rigide pour l'attribution d'organes. La priorité accordée à l'urgence sur l'efficacité montre que le législateur défend manifestement une position consistant à considérer la valeur des individus comme non négociable et à placer au premier plan la survie des candidats à une transplantation.

L'attribution au niveau national étant axée sur les patients, les centres de transplantation sont peu consultés lorsqu'il s'agit de décider quel patient va bénéficier d'une transplantation. Au fond, les centres ont seulement le droit de refuser l'offre d'organe à un patient particulier pour des raisons médicales.

Partant du principe que les centres de transplantation ont généralement intérêt à effectuer des transplantations (proximité sociale avec leurs propres patients, prestige de la médecine de transplantation), ce système a de vastes conséquences: d'une part, il conduit à souvent accepter (plus) tôt les patients sur la liste d'attente, de manière à générer un délai d'attente, et à intégrer également dans la liste des patients pour lesquels la probabilité d'une transplantation réussie et efficace est assez limitée. Statistiquement en effet, il tombe sous le sens que les centres ayant une longue liste d'attente et des patients devant attendre plus longtemps recevront davantage d'organes. A cela s'ajoute une tendance à accepter les offres d'organes autant que possible, car un refus d'offre d'organe équivaut à une occasion manquée, pour le patient comme pour le centre.

Les «contraintes» législatives prenaient une forme différente avant l'entrée en vigueur de la loi sur la transplantation dans le cadre de l'attribution locale. Certains avantages de l'attribution locale sont évidents: les centres avaient la possibilité d'attribuer à leurs patients les organes de donneurs internes, ce qui permettait une attribution au patient pour lequel la greffe était la plus adaptée. Il semble en outre incontestable que l'attribution locale ait contribué à motiver la détection des donneurs dans les centres. Lorsque les organes de donneurs internes bénéficient dans la mesure du possible aux patients du même centre, cela incite évidemment à accepter de prendre en charge les activités liées au don d'organes.

## Du point de vue médical

Lorsque des ressources médicales disponibles en quantité limitée sont accordées en priorité de lege aux patients gravement malades et que les critères relatifs à l'efficacité n'entrent en ligne de compte que s'il n'y a pas de patients dont le cas constitue une urgence médicale, alors les patients dont la vie n'est pas en danger ou dont l'état de santé est moins préoccupant bénéficient moins de ces ressources. S'il existe un manque sérieux de ressources, les considérations relatives à l'efficacité passent davantage au second plan.

Correspondance:  
PD Dr Franz F. Immer  
FMH chirurgie cardiaque et  
vasculaire thoracique  
Directeur Swisstransplant  
Laupenstrasse 37  
CH-3008 Berne  
Tél. 031 380 81 33  
Fax 031 380 81 32  
[franz.immer@swisstransplant.org](mailto:franz.immer@swisstransplant.org)  
[www.swisstransplant.org](http://www.swisstransplant.org)

On comprend bien les conséquences d'une attribution en fonction de l'urgence médicale si l'on prend l'exemple de l'attribution d'organes comme le cœur et le foie. Concernant le cœur, l'urgence est un critère discret, à savoir qu'un patient est considéré comme un cas urgent ou non. Dans le cas du foie, la question de l'urgence se pose également, mais dans la plupart des cas c'est le score MELD\* qui décide si l'attribution d'un organe à un patient est prioritaire ou non; plus le score MELD est haut, plus le patient est prioritaire.

De l'entrée en vigueur de la loi sur la transplantation le 1<sup>er</sup> juillet 2007 jusqu'au 1<sup>er</sup> janvier 2010, 75 cœurs ont été transplantés en Suisse, dont 30 (40%) à des patients présentant une urgence médicale. Dans le même intervalle, les 245 patients ayant bénéficié d'une transplantation du foie avaient en moyenne un score MELD de 25, et parmi eux 113 (46%) avaient un score situé entre 26 et 40. Cela signifie que les transplantations de cœurs et de foies ont bénéficié environ pour moitié à des patients gravement malades.

Ce fait a pour conséquence, s'agissant de transplantation cardiaque, que les résultats des transplantations ont tendance à se dégrader et que la mortalité augmente, comme c'est par exemple le cas pour les patients ayant un cœur artificiel (bridge to transplant) [1]. Ceci ne s'applique pas dans la même mesure aux transplantations de foies, car il existe une incertitude quant à la fiabilité du MELD en tant qu'indicateur

associées à une augmentation des coûts. Le traitement des patients «moins» malades qui, du fait d'une urgence moindre doivent attendre plus longtemps l'attribution d'un organe, tout comme l'allongement des périodes d'hospitalisation après la transplantation pour les patients plus gravement malades engendrent des dépenses énormes. Et comme l'allongement du délai d'attente tend à aggraver l'état de santé des patients initialement moins malades, ce n'est pas seulement le coût de leur traitement préopératoire qui augmente, mais aussi celui de leur traitement postopératoire [5, 6].

### Du point de vue éthique

Les conséquences de l'attribution d'organes conformément à la loi sur la transplantation placent aussi le législateur face à un problème moral; du fait du manque d'organes, la priorité est essentiellement donnée aux patients pour lesquels la transplantation présente un caractère d'urgence. Entretemps, les autres patients sur la liste d'attente doivent pour ainsi dire attendre d'être assez malades pour bénéficier d'une transplantation conformément à la loi. Il faut en outre tenir compte du fait qu'avec le règlement en vigueur – dans des proportions différentes en fonction des organes – les transplantations ainsi effectuées sont loin d'avoir une efficacité maximum.

S'agissant de l'attribution d'organes, nous nous

---

## La priorité est donnée aux patients pour lesquels la transplantation présente un caractère d'urgence. Les autres patients sur la liste d'attente doivent attendre d'être assez malades

---

des résultats de la transplantation [2, 3]. Il s'avère en tout cas que pour des scores MELD inférieurs à 25, il n'existe pas de corrélation claire avec les résultats de la transplantation, ceux-ci ayant cependant tendance à se dégrader lorsque les valeurs sont plus élevées (> 25) [4]. La considération du fait qu'en Suisse tout juste la moitié des patients atteints d'une maladie du foie et enregistrant des valeurs MELD supérieures à 25 bénéficient d'une transplantation laisse supposer que le principe consistant à accorder aux patients les plus gravement malades une priorité élevée lors de l'attribution d'organes influe là aussi de manière négative sur les résultats des transplantations.

### Du point de vue économique

Certes, sur le long terme et comparée à d'autres méthodes de thérapie, la transplantation s'avère économique dans la plupart des cas et pour les patients pris séparément. Il ne faut cependant pas négliger le fait que les conséquences d'une attribution en fonction de l'urgence médicale, décrites plus haut, sont

trouvons fondamentalement confrontés au choix suivant: assurer autant que possible la survie des patients les plus gravement malades ou maximiser l'efficacité (comprise dans le sens de la qualité de vie et de l'espérance de vie) pour des patients moins gravement malades. Dans le premier cas, l'état des patients initialement moins malades va se dégrader en raison du délai d'attente, jusqu'à ce qu'on leur attribue un organe pour assurer leur survie. Dans le second cas, l'efficacité pour certains (les patients moins gravement malades, pour lesquels la transplantation a des chances de produire de meilleurs résultats) ne peut être maximisée qu'en «sacrifiant» d'autres patients (ceux qui sont gravement malades).

Il s'agit d'une situation très problématique sur le plan éthique, car le choix de l'un des principes mentionnés ne peut annuler les droits moraux qu'à chaque patient concerné, car les droits moraux d'une personne ne sont pas supprimés du fait qu'une autre personne dans la même situation a des droits moraux estimés supérieurs [7].

\* Le système MELD (MELD = Model for End-stage Liver Disease) est un système de points, qui va de 6 à 40 et qui indique la gravité de la maladie du foie sur la base de la probabilité de mortalité dans une période de 3 mois.

### Une alternative

Il n'en reste pas moins qu'en regard aux problèmes médicaux et économiques abordés ainsi qu'au dilemme moral, il faut trouver une solution qui prenne en compte tous les facteurs pertinents. Une solution acceptable au problème de l'attribution doit remplir les conditions suivantes:

1. Absence d'arbitraire dans l'attribution d'organes
2. Légitimité
3. Prise en compte des valeurs morales pertinentes
4. Le système doit prendre en compte le problème du manque permanent d'organes

La première condition est remplie du fait que les règles d'attribution sont définies juridiquement. La deuxième (légitimité) est garantie du fait que le système d'attribution est accessible au public, compréhensible pour celui-ci dans ses grandes lignes, et qu'il peut faire l'objet de discussions et de révisions publiques. La réalisation de la troisième condition dépend de la possibilité de justifier pourquoi certaines valeurs morales sont prises en considération et d'autres ne le sont pas. La quatrième condition signifie que le système doit satisfaire à certains critères d'efficacité du point de vue médical ainsi qu'économique.

La principale difficulté peut, dans un premier temps, résider dans le choix de principes éthiques d'attribution, qui prennent en compte le problème du manque permanent d'organes. Si l'on considère l'expérience de la pratique d'attribution actuelle en lien avec les réflexions théoriques, il apparaît vite que toute une série de critères sont certes plausibles mais non suffisants, car chacun pris séparément ne permet pas de prendre en compte toutes les valeurs morales pertinentes. Seul un ensemble de principes évalués de manière adéquate peut satisfaire à cette exigence. Cette approche permet le choix de critères d'attribution

fondés, ce qui, grâce à la prise en compte d'intuitions morales multiples, rend possible un processus d'attribution acceptable par tous [7].

Persad, Wertheimer et Emanuel [8] sont partisans d'un système alternatif, qui combine plusieurs principes d'attribution pertinents au niveau moral et ils nomment le système qui en résulte le complete lives system, car il prend en considération des vies entières et non seulement des événements ou des épisodes de quelques vies particulières:

- a) Pronostic d'années de vie sauvées
- b) Nombre de vies sauvées

Cette liste reflète en même temps la hiérarchie des deux principes de base qui doivent être respectés lors de l'attribution d'organes. La pertinence morale des deux principes en soi est évidente et n'a guère besoin d'être justifiée. C'est plutôt la combinaison des principes et leur hiérarchisation qui exigent une justification.

a) doit être compris comme un principe visant à maximiser l'efficacité, tandis que b) a pour but de sauver des vies. Au sens le plus large, a) peut être compris comme le pendant du critère d'efficacité médicale mentionné dans la loi sur la transplantation et b) comme le pendant de l'urgence médicale. Les deux critères ont toutefois ici une importance inversée, puisque la dégradation de l'état de santé des patients figurant sur la liste d'attente est une conséquence directe de la préférence accordée aux patients les plus malades dans une situation de pénurie [9]. Il ne s'agit donc pas seulement de savoir qui doit bénéficier d'une transplantation mais aussi quand quelqu'un doit en bénéficier. Dans le sens d'une attribution efficace des rares organes mis à disposition, les patients qui doivent bénéficier d'une transplantation sont ceux qui en tireront le plus grand profit, ce qui peut se mesurer au



Il existait de bonnes raisons de prendre pour premier critère de l'attribution d'organes le nombre d'années de vie sauvées.

nombre d'années de vie sauvées. Ce critère d'efficacité prendrait donc aussi en compte la nature dynamique de l'état de santé des patients.

Si l'on accepte la justification du principe a), alors on reconnaît également un autre principe que Persad, Wertheimer et Emanuel ont nommé explicitement. A savoir que les patients les plus jeunes ont priorité sur les plus âgés. Car plus un patient est jeune, plus le nombre d'années de vie qui peuvent (potentiellement) être sauvées est grand. Le reproche fait à cette position, la discrimination des patients plus âgés, perd de sa pertinence si l'on objecte que toute personne ayant aujourd'hui 65 ans a un jour eu 25 ans [8].

---

## Une approche possible du problème consiste à déplacer la priorité en faveur de l'efficacité du point de vue médical

---

### Bilan

Malgré, à première vue, le bien-fondé des intentions du législateur lorsque celui-ci traite prioritairement les patients constituant une urgence médicale dans le contexte de l'attribution d'organes, on s'aperçoit dans un deuxième temps que ce principe n'est pas sans poser problème dans la pratique. On voit apparaître d'une part des conséquences sur le plan médical et économique, qu'il n'est pas possible d'ignorer sous prétexte de la légitimité fondamentale de ce principe. Pour finir, les conséquences doivent être assumées par l'ensemble de la société, du fait que ces problèmes de justice en matière d'attribution sont de plus en plus liés aux contextes économiques. Et, point essentiel, il est plus que douteux que ce type d'approche, s'agissant d'un bien si rare, soit défendable sur le plan éthique.

Une approche possible du problème consiste à déplacer la priorité en faveur de l'efficacité du point de vue médical. Les précédentes considérations ont montré qu'il existait de bonnes raisons de prendre

pour premier critère le nombre d'années de vie sauvées afin de parvenir à une attribution équitable. Les patients présentant une urgence médicale ne se verraient pas exclus en soi de l'attribution, puisqu'une vie sauvée en corrélation avec un bon pronostic de résultat de la transplantation possède une grande importance dans un tel système.

### Références

- 1 Patlolla V, Patten RD, Denofrio D, Konstam MA, Krishnamani R. The effect of ventricular assist devices on post-transplant mortality: an analysis of the united network for organ sharing thoracic registry. *J Am Coll Cardiol.* 2009;53:264-71.
- 2 Habib S, Berk B, Chang CCH, Demetris AJ, Fontes P, Dvorchik I et al. Meld and prediction of post-liver transplantation survival. *Liver Transpl.* 2006;12:440-7.
- 3 Onaca NN, Levy MF, Netto GJ, Thomas MJ, Sanchez EQ, Chinnakotla S et al. Pretransplant MELD score as a predictor of outcome after liver transplantation for chronic hepatitis c. *Am J Transplant.* 2003;3:626-30.
- 4 Desai NM, Mange KC, Crawford MD, Abt PL, Frank AM, Markmann JW et al. Predicting outcome after liver transplantation: utility of the model for end-stage liver disease and a newly derived discrimination function. *Transplantation.* 2004;77:19-21.
- 5 Washburn WK, Pollock BH, Nichols L, Speeg KV, Half G. Impact of recipient MELD Score on resource utilization. *Am J Transplant.* 2006;6:2449-54.
- 6 Earl T, Cooil B, Rubin J, Chari R. Cost prediction in liver transplantation using pretransplant donor and recipient characteristics. *Transplantation.* 2008;86:238-44.
- 7 Sellmaier S, Vossenkuhl W. Moralische Ansprüche von Patienten und die Allokation von Spenderorganen. In: Oduncu FS, Schroth U, Vossenkuhl W (eds.). *Transplantation, Organgewinnung und -allokation.* Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht; 2003. p. 131-145.
- 8 Persad G, Wertheimer A, Emanuel EJ. Principles for allocation of scarce medical interventions. *Lancet.* 2009;373:423-31.
- 9 Howard DH. Hope versus efficiency in organ allocation. *Transplantation.* 2001;72:1169-73.