

# Transplantations

## La répartition utilitariste

Béatrice Majnoni d'Intignano

*Santé et économie en Europe, Que-Sais-je? 2004*

Conférence à la Société française de transplantation,  
2005

## 2 principes éthiques

1 Principe déontologique (obligation de moyens)

Le médecin fait le maximum pour son patient individuel => met en contradiction les utilités individuelles

2 Principe utilitariste ou téléologique (obligation de résultat): fonction de l'efficacité attendue

# Aspects économiques

1 Pronostics différents (âge donneur ...donneur ou greffé, rein vivant 8 ans, mort 8 ans)

2 Loi des rendements décroissants (âge élevé...)

3 Coût baisse avec + taux de succès

Coût année survie =

coût opération

(taux de succès x espérance de vie)

4 Le potentiel de donneurs semble? élevé :

- 50% population accepte en principe
- 85/90% accepte le don vivant

## Exemple : greffe du foie

France : taux survie augmenté de 50 à 68% => prix revient  
année survie a baissé de 30 500 à 22 400 €  
(76220/(0,68x5))

⇒ Pour même dépense, 7 fois plus d'années selon taux de succès

(1) Taux de succès	(2) espér. de Vie	(3) Coût par survivant	Coût/année survie (3)/(1)
0,4	5 ans	190 500 €	38 100 €
0,4	15 ans	190 500 €	12 650 €
0,9	5 ans	84 600 €	17 000 €
0,9	15 ans	84 600 €	5 640 €

# Un petit modèle

=> Les techniques modernes coûtent – cher à résultat =

traitemen t	(1) Coût/an	(2)quali té Qaly	(3)Esp. Vie	(2) x (3) = Qaly	(1)x (3) = coût
dialyse	61000	0,4	10	4	0,6
Dialyse. Périton.	30500	0,6	10	6	0,3
Transpl.	53350	0,9	15	13,5	0,13

# Un petit modèle...

Politique A : 60% Transpl., 20% dialyse périt., 20% dialyse.

Politique B : 20% transpl., 20% dialyse périt., 60% dialyse

=> Plus la médecine est efficace, moins elle est coûteuse!

	Politique A	Politique B
Coût moyen/malade	0,26 m €	0,45 m €
Qaly moyen/malade	10,1 Qaly	6,3 Qaly
Coût/qaly	25 810 €	71 860 €

## 1 Repartir les greffons existants

Contrainte physique : pénurie à gérer

Nombre greffons offerts < nombre demandé

Pas de contrainte financière globale : coût greffe < dialyse, coût 1 année de survie à 5 ans faible (pour greffe foie = environ coût automobile)? Problèmes locaux; levés par tarif à la pathologie (T2A)?

## 2 Augmenter leur nombre

+ prélèvements/donneurs potentiels/alternatives

+ donneurs/accidents

## La question du consentement

- Problème dominé par une double incertitude
  - Être ou non malade (devenir demandeur?)
  - décéder d'accident (devenir donneur/offreur?)

1 La demande croît avec la technique et avec les comportements à risque (alcoolisme...)

2 L'offre pourrait augmenter

=> En termes de probabilité, chaque adulte aurait intérêt à être offreur le cas échéant pour pouvoir être demandeur, le cas échéant aussi. Choix éclairé & adulte d'adhérer au système. Donneur potentiel bien placé sur liste d'attente? Principe de réciprocité. Idem pour l'étranger



# Que préconisent les utilitaristes?

L'optimum collectif et individuel impose :

- 1 Une valeur unique pour la vie humaine, liée à l'âge
  - 2 Satisfaire les demandes dans l'ordre croissant de coût/Qaly
  - 3 une règle de priorité dans l'allocation des greffons rares : la plus forte espérance de vie du greffon.  
Ex: appariements entre jeunes/entre vieux.
  - 4 Un critère commun d'accès aux soins : probabilité minimum de succès. Ex. RU (65 ans exclus)
- => Chaque malade, chaque organe # => souplesse

(Voir démonstration Que-sais-je? P. 35-38)