

Département de recherche en éthique
Espace éthique / APHP
CHU Saint Louis
75475 Paris cedex 10
T. +33 (0)1 44 84 17 57
F. +33 (0)1 44 84 17 58

marc.guerrier@sls.aphp.fr
www.espace-ethique.org/fr/transplantations.php

**Groupe de travail :
Enjeux éthiques des prélèvements
sur donneurs « à cœur arrêté »**

**Compte-rendu de la réunion du
27 novembre 2007**

Coordination du groupe : Marc Guerrier et Renaud Gruat

Rédaction : Marc Guerrier et Sophie Van Pradelles.

Version validée par les participants.

Prochaine réunion

Mardi 8 janvier 2008, 10H-12H
Espace éthique / AP-HP
CHU Saint Louis – Porte 9
1, Avenue Claude Vellefaux
75010 Paris

Participants* :

**Le groupe de travail est ouvert à d'autres participants*

Caroline	Birlouez	c.birlouez@yahoo.fr
Stéphane	Blanot	stephane.blanot@nck.aphp.fr
Jeremy	Bouchez	jeremybouchez@club-internet.fr
Frederic	Boursier	chat.boursier@libertysurf.fr
Jean Michel	Coq	jean-michel.coq@nck.php.fr
Francois	Dupas	francois.dupas@ch-pontoise.fr
Philippe	Duvaldestin	Philippe.duvaldestin@hmn.aphp.fr
Bruno	Garrigue	bgarrig@club-internet.fr
Géraldine	Gonzales	Geraldine.gonzales@avc.aphp.fr
Florence	Gruat	florence.gruat@ch-pontoise.fr
Renaud	Gruat	renaud.gruat@ch-pontoise.fr
Marc	Guerrier	Marc.guerrier@sls.aphp.fr
Patrice	Guerrini	Patrice.guerrini@biomedecine.fr
Emmanuel	Hirsch	Emmanuel.hirsch@sls.aphp.fr
Liliane	Joseph	liliane.joseph@bct.aphp.fr
Viviane	Justice	Vivine.oheix@psl.aphp.fr
Véronique	Kokoszka Biscompte	Veronique.kokoszka-biscompte@psl.aphp.fr
Catherine	Leopold	cath.leopold.smur@gmail.fr
Elisabeth	Lepresle	elisabeth.lepresle@biomedecine.fr
Thomas	Pernot	thomaspernot@noos.fr
Dominique	Perrin Gachadoat	dominique.perringachadoat@ch-sud-francilien.fr
Régis	Quéré	regis.quere@nck.aphp.fr
Nathalie	Roudiak	roudiak@yahoo.fr
France	Roussin	france.roussin@sls.aphp.fr
Thierry	Schwetterlé	schwepps@wanadoo.fr
Sophie	Van Pradelles	sophie.vanpradelles@sls.aphp.fr
Patrick	Wipf	Patrick.wipf@avc.aphp.fr

Contexte

L'Espace éthique / AP-HP a initié en novembre 2006 une réflexion sur la pratique du prélèvement d'organe « sur donneurs à cœur arrêté », débutée en France sous la forme d'une expérience pilote concernant une dizaine de centres, avec le choix de ne pas procéder à des prélèvements dans les conditions de décès répondant au type III de la classification de Maastricht.

Une première phase de travail a consisté à réunir les différents éléments constitutifs de la procédure mise en place en France et à constituer une bibliographie, issue principalement des expériences conduites dans d'autres pays. Une part importante de cette bibliographie concerne les prélèvements sur donneur décédés dans les circonstances « type III », adoptées par plusieurs pays. Par ailleurs, un nombre conséquent d'articles et d'ouvrages concernant la définition de la mort et les enjeux éthiques de la « règle du donneur mort » ont également été collectés.

Après un an d'expérience en France, un groupe de travail constitué principalement de professionnels impliqués sur le terrain (notamment SAMU/SMUR/Pompiers, Réanimation/Réveil, Coordinations hospitalières de prélèvements d'organes et de tissus, Agence de la biomédecine) est constitué au sein de l'Espace éthique / AP-HP avec pour objectif d'approfondir une réflexion sur les enjeux éthiques identifiés par les acteurs de ces pratiques.

La première réunion avait pour but de prendre en compte les constats et difficultés tirés des premières réalisations de ce type de prélèvements et de repérer les principaux enjeux éthiques justifiant des approfondissements de la part des praticiens sur la base de leurs premières expériences.

La richesse des échanges dans un contexte délicat qui semble manquer à la fois de transparence et des accompagnements justifiés (notamment du point de vue de ses aspects éthiques) a justifié la constitution de ce groupe de travail qui a vocation à

prolonger ses réflexions et probablement à émettre des propositions dans les prochains mois.

Réanimation initiale, critères internationaux, modalités d'interventions, catégories de Maastricht

Nos relations avec la réanimation initiale et l'application de critères standards (définition consensuelle d'une « réanimation bien conduite ») dans le cadre d'un arrêt cardiaque sont à la fois homogènes, objectives, et en même temps subjectives et possiblement variables. En effet, en dehors du contexte d'un éventuel prélèvement, le temps écoulé avant de déclarer une personne décédée (et de signer le constat de décès) après une réanimation bien conduite mais inefficace peut excéder plus ou moins celui des recommandations nationales (30 minutes chez l'adulte). On observe, sur la base de l'expérience, que la conviction du décès peut ne pas exactement coïncider avec la poursuite ou l'arrêt d'une réanimation. Ainsi, un médecin témoigne : « il m'est déjà arrivé de conduire pour une coro-dilatation en urgence une personne dont je savais pourtant qu'elle pouvait être considérée comme décédée, mais je ne me sentais pas prêt à l'admettre, ce n'est qu'*a posteriori* que je l'ai réalisé. » Plusieurs évoquent la situation de la mort subite d'une personne d'une vingtaine d'année sur un terrain de sport, où la réanimation sur place peut être parfois conduite pendant beaucoup plus de 30 minutes – l'application stricte des critères pouvant sembler minimaliste, pour des raisons qui ne tiennent pas nécessairement à des considérations purement techniques, sans toutefois se situer en dehors du champ médical (la décision d'arrêter un traitement dans de telles circonstances tient à de nombreux facteurs).

Le contexte de l'intervention dans les situations où peut se produire un décès dans les circonstances qualifiée parfois rapidement « de type II » ne peut être considéré comme typique d'un ensemble de situations homogènes. Plusieurs facteurs sont en effet de nature à influencer considérablement le déroulement des actions, et les intentions qui président aux décisions. En premier lieu, la personne concernée peut ou non être considérée comme un donneur potentiel à cœur arrêté (critères d'inclusion *a priori*, et possibilité de la pratique du prélèvement dans la zone

géographique). En second lieu, la présence ou l'absence de proches lors de la réanimation initiale constitue un facteur important dès lors qu'il s'agit de les informer de la situation, des constats, et des décisions. Ainsi, notamment, existe pour les pompiers, les SAMU ou les SMUR une vraie différence entre une intervention sur la voie publique et une intervention au domicile.

Il faut par ailleurs observer que, prise en compte dans une lecture stricte, la définition de la catégorie II de Maastricht (telle que formulée initialement par Kootstra, Daemen et Oomen dans *Transplantation Proceedings* en 1995 [1]) ne décrit pas exactement la situation française excluant la pratique des prélèvements dans les circonstances de type III. Rappelons que la classification de Maastricht a pour objectif de constituer un outil intellectuel en séparant les *donneurs* à cœur arrêté en différentes catégories, en fonction des circonstances du décès. Les personnes concernées par cette classification sont donc des personnes mortes. La catégorie II baptisée *unsuccessful resuscitation* concerne les patients conduits aux urgences de l'hôpital pendant la réanimation effectuée par les ambulanciers. La définition donnée dans l'article en est la suivante : « *This includes patients brought into the emergency room while¹ resuscitated by the ambulance crew. The resuscitation is taken over by the hospital team. When this² team decides to discontinue resuscitation because it is unsuccessful, the transplant team is notified.* » Bien que faisant explicitement référence à cet article, la Commission d'éthique de la SRLF élargit en 2007 [2] la définition en apportant un contenu qui n'est pas nécessairement implicite dans l'article princeps, en affirmant que les patients de la catégorie II sont ceux qui sont « *conduits à l'hôpital pendant³ qu'une réanimation débutée hors de l'hôpital est en cours ou patients ayant présenté un arrêt cardiaque dans l'hôpital (unité de soins intensifs) et chez lesquels la réanimation cardio-pulmonaire est inefficace.* » Ainsi,

¹ C'est nous qui soulignons

² Il s'agit donc de l'équipe hospitalière et non de l'équipe mobilisée sur le terrain et pendant le transport – le contexte est paramédical dans l'intervention initiale dans la plupart des pays. On peut souligner ici les modalités d'approches dans la prise en charge des situations médicales graves en pré-hospitalier : « *scoop and run* » (dans la plupart des pays, l'intervention étant paramédicale au départ) ; « *stay and play* » (approche initiée en France, par le système SAMU/SMUR) et l'option combinée « *play and run* ». Cette dernière stratégie utilisée de façon très courante (transport après stabilisation sur place du patient) s'avère d'un intérêt sémantique particulier pour notre réflexion sur les prélèvements à cœur arrêté.

³ C'est nous qui soulignons

dans l'acception élargie de la SRLF, seul le caractère inattendu de l'arrêt cardiaque (qu'il survienne hors de l'hôpital ou aux urgences) compte, assorti d'une prise en charge immédiate à la différence du type I. L'Agence de la biomédecine, pour sa part, procède à une formulation légèrement différente dans la partie 1 du protocole élaboré en application de l'article R.1232-6 CSP, en spécifiant que le 'stade'⁴ 2 de Maastricht correspond aux personnes « qui font un arrêt cardiaque en présence de secours qualifiés, aptes à réaliser un massage cardiaque et une ventilation mécanique efficace, mais dont la réanimation ne permettra pas une récupération hémodynamique ». Dans cette définition, le terme « réanimation » doit être clarifié, tout particulièrement s'agissant de l'usage de moyens techniques permettant un maintien hémodynamique dans l'attente d'une récupération cardiaque (ECSL).

Dans ce protocole de l'Agence de la biomédecine, la procédure de déclaration de décès (Procédure 1 du document, p. 18) [3] indique deux critères de base sous la forme de constats (observations cliniques et paracliniques) pour la déclaration du décès. Il s'agit premièrement de « la constatation d'un arrêt cardiaque réfractaire défini par l'échec des manœuvres de ressuscitation [...] sans aucune efficacité cardiaque électrique et *a fortiori* hémodynamique » et deuxièmement de « la constatation pendant 5 minutes, après l'arrêt des manœuvres de ressuscitation d'un tracé électrocardiographique d'asystolie irréversible ». Il est mentionné, en rappel de la loi, que le procès-verbal du décès est signé par un médecin indépendant de l'équipe de greffe. Enfin, la procédure indique qu'après avoir dûment constaté le décès, les manœuvres de massage cardiaque et de ventilation sont reprises « afin de procéder à la montée du cathéter [...] et/ou à la pose de la CEC ». Cette procédure n'indique pas le lieu de la déclaration du décès, et du double constat qui s'impose dans ces circonstances. La stratégie n'étant jamais celle du « *scoop and*

⁴ Le document en question utilise le nom « stade » et non celui de « catégorie ». Une observation sémantique s'impose ici : les notions de 'stades' et de 'catégories' sont très différentes. Dans le vocabulaire médical, les stades renvoient en général à des degrés d'intensité ou de gravité d'un état pathologique donné – ce qui ne saurait s'appliquer à l'état de « mort » (dès lors que l'on admet qu'une personne peut n'être exclusivement que soit morte soit vivante). Les catégories de Maastricht ne sont pas des stades, mais des classes de circonstances dans lesquelles une équipe médicale susceptible de prélever des organes se trouve mise en présence d'une personne qui vient de mourir. Ce type de nuance n'est pas sans importance dans un contexte où la clarté s'impose.

*run*⁵ », dans le contexte français, la lecture mot à mot de la définition du type II de l'article princeps laisse insatisfait si l'on y cherche une description claire et exacte de nos pratiques pour ce qui concerne la prise en charge d'un donneur potentiel.

L'intervention du SAMU ou du SMUR crée un micro-environnement de type hospitalier en sorte que, la décision d'arrêt de la réanimation en l'absence de reprise de la fonction cardiaque dans certaines conditions vaut, *sur place* – c'est-à-dire en dehors de l'enceinte hospitalière physique, comme affirmation d'autorité médicale que la personne est décédée. Citons pour illustration le §2 du champ VII (éthique) des Recommandations formalisées d'experts sur la prise en charge de l'arrêt cardiaque [4]: « en l'absence de reprise d'activité cardiaque spontanée, après 30 minutes de réanimation spécialisée, la réanimation peut être arrêtée, si aucun facteur de protection cérébrale n'est retrouvé. »⁶ Une telle affirmation contient nécessairement *déjà* la certitude de l'irréversibilité de l'arrêt cardiaque et ne provient donc pas de l'observation d'une asystolie persistante pendant cinq minutes, mais bien du constat instantané d'absence d'activité cardiaque spontanée immédiatement à l'issue d'un processus d'intervention. C'est pourquoi, la signature d'un document attestant du décès du patient peut être faite dès le moment du constat de l'échec de la réanimation bien conduite à produire une reprise de l'activité cardiaque. Si la personne décédée dans de telles circonstances est considérée comme un donneur potentiel, alors le protocole de l'Agence de la biomédecine mentionné plus haut exige une étape d'observation de l'asystolie. Une telle exigence implique la conviction qu'une reprise de l'activité cardiaque reste possible (même de façon très improbable), sans quoi une telle observation serait inutile. Dans ce cas, c'est l'observation de l'asystolie persistante qui permet de conclure que la personne est décédée, en validant le second critère formulé dans la Procédure 1. Sans discuter pour l'instant du paradoxe créé par la conjonction de ces deux critères⁷, et en admettant qu'il s'agit là d'un surcroît de précaution destiné à ce que la règle du

⁵ Littéralement « saisir et courir »

⁶ Le Champ VII de ces recommandations fait l'objet d'un accord « F » c'est-à-dire fort entre les experts.

⁷ L'observation d'une asystolie pendant plusieurs minutes avant le démarrage de procédures de conservations trouve une pertinence évidente s'agissant des prélèvements dans les circonstances de la catégorie III de Maastricht.

donneur mort ne soit nullement enfreinte, on peut imaginer que l'équipe (SAMU ou SMUR) sur place hors de l'hôpital procède à cette observation d'asystolie persistante pendant cinq minutes, conclue formellement au décès (ou, pour reprendre les termes du protocole de l'Agence, le constate *dûment*), puis reprenne les manœuvres cardio-respiratoire cette fois à visée conservatoire « organique » en vue d'un possible prélèvement tout en transportant le corps de la personne vers les Centre où peut s'effectuer un tel prélèvement. Une telle pratique ne contredirait pas le protocole édicté par l'ABM dans sa procédure 1, cette dernière ne précisant pas quel acteur doit procéder à ce constat, ni à quel endroit il doit être fait.

Toutefois, les instances de référence de l'intervention médicalisée mobile, en l'occurrence dans un travail effectué conjointement pas la SFMU et SAMU de France visant à établir un « cadrage national de ces nouvelles pratiques » [5] n'a pas retenu cette option. Le document organisationnel intitulé *Le transfert de patients « à cœur arrêté »* [6] donne des indications sur le constat du décès au chapitre « Diagnostic d'arrêt circulatoire persistant ». Les premières phrases en sont les suivantes : « *Le diagnostic d'arrêt circulatoire persistant chez une personne présentant un arrêt circulatoire est évoqué devant la constatation de l'absence d'une reprise d'activité hémodynamique au cours et au décours de 30 minutes de réanimation médicalisée bien conduite, réalisée sur les lieux de l'intervention, selon les recommandations nationales en vigueur. [...] Devant cet échec d'une réanimation médicale bien conduite, le transfert du patient est alors envisagé et les manœuvres thérapeutiques (ventilation mécanique, massage cardiaque continu) sont poursuivies.* » Les auteurs (experts médicaux) de ce document mentionnent ici *l'évocation* du diagnostic d'arrêt circulatoire persistant – et non le *diagnostic formel* ou le constat du décès du patient que l'équipe a tenté de réanimer. Pour autant, il est souligné que les pratiques s'effectuent selon les recommandations nationales en vigueur – qui stipulent que de telles circonstances constituent une indication à arrêter la réanimation comme nous l'avons mentionné plus haut. Le vocabulaire utilisé dans la seconde partie de cette citation est particulièrement confondant, dès lors qu'il semble acquis que la réanimation est un échec (ce qui implique qu'il n'est pas possible que la personne reprenne vie), que le mot de décès n'est pour autant pas mentionné, et que des

manœuvres à poursuivre sont qualifiées de *thérapeutiques*. L'articulation procédurale *sur le plan médical* comprend trois temps dans ce document : premièrement l'évocation d'un diagnostic, deuxièmement le transport avec la poursuite de certaines manœuvres, et troisièmement le constat du décès. Ce dernier temps est explicité de la façon suivante : « *Le constat de décès comportant la constatation d'un arrêt cardiaque irréversible pendant 5 minutes après l'arrêt des manœuvres de réanimation sera effectué en milieu intrahospitalier. Ce diagnostic est effectué par le médecin d'accueil hospitalier qui établit le certificat de décès.* » Le constat de décès dont il est ici fait mention est celui de la référence créée par l'ABM : il comporte un critère d'observation d'asystolie prolongée. La séparation en trois temps dans la démarche décrite par le groupe de travail SFMU/SdF aboutit à une forme d'étalement dans le temps du 'constat' du décès, de l'évocation (le premier critère de l'ABM est avéré) à l'affirmation (la validation par l'équipe hospitalière du second critère) avec une période intermédiaire où l'on peut tout à la fois dire du décès qu'il est avéré ou qu'il n'est pas avéré, selon le point de vue que l'on adopte. Cette confusion **provient** d'un télescopage entre une approche médicale intégrant des critères de non-obstination dans la réanimation (équivalent logique de la reconnaissance ou du fait de constater que la personne est décédée) et une approche administrative construite avec le souci de ne signer le document (acte social fondamental dont les conséquences, notamment en termes de droit, sont celles que l'on connaît) attestant du décès de la personne dans un cadre intra-hospitalier – bien que l'équipe médicale intervenant initialement soit distincte de l'équipe de prélèvement, et pourrait donc d'un point de vue légal constater le décès.

Relation de soin, intentions thérapeutiques, explications données aux proches

Pour l'équipe d'intervention initiale, la relation de soin et les intentions présidant aux actions entreprises changent radicalement selon le statut de la personne : morte ou vivante d'une part, et selon qu'il est raisonnable ou non de poursuivre une réanimation d'autre part – les deux distinctions coïncident dans la plupart des cas. Dans des circonstances analogues à celles décrites dans la catégorie II de Maastricht, mais en dehors du cadre des prélèvements, le moment de la décision d'arrêter les manœuvres constitue un signe, à la fois pour les proches et pour l'équipe, de la fin des tentatives thérapeutiques, et donc de la relation de soin avec une personne potentiellement encore vivante. Ces signes sont tangibles : extubation, arrêt du massage, retrait des perfusions, des scopes – la présence de chacun autour de la personne change de modalité, de rythme, et s'avère donc visible. Il existe une correspondance explicite entre le comportement et les intentions.

Dans les circonstances d'un possible prélèvement d'organes, le rapport physique que l'on entretient avec la personne (ou plus précisément son corps si l'on admet qu'elle est alors décédée) ne change pas en apparence, et l'on poursuit sur cette dernière des manipulations spectaculaires, empreintes d'énergie interventionniste. Les explications données à la famille peuvent ici s'avérer très délicates ; les expériences des participants sont variables, et chacun adopte selon les situations une stratégie adaptée et non systématisée. Pour autant, plusieurs médecins soulignent l'attention qu'ils portent à prononcer le mot « décès », voire à évoquer le motif du transport vers un centre de prélèvements – bref témoignent d'efforts de transparence vis-à-vis des proches. « Dans la plupart des cas, les familles comprennent sur place que la réanimation est un échec, et que leur proche est décédé », souligne un médecin. « Le fait que l'on emporte le corps peut être vécu comme un soulagement par certains », toutefois, précise une intervenante, « l'éloignement du défunt vers un lieu invisible représente symboliquement aussi un danger important : le devenir du corps a une grande importance, notamment si l'on parle de son intégrité ». Un réanimateur témoigne : « après l'échec d'une réanimation, j'entreprenais de transporter le corps de la personne en poursuivant les manœuvres après avoir expliqué le décès aux proches – ces derniers m'ont dit qu'ils

étaient tout à fait d'accord pour le transport, mais s'opposaient d'emblée à tout prélèvement. La situation était donc très particulière, car le corps de la personne était déjà dans le camion du SAMU, encore massé et ventilé. » Chacun s'accorde pour dire que le dialogue avec les proches sur place au moment du départ est particulièrement délicat. « Comment expliquer à la famille que l'on ne se rend pas à l'hôpital le plus proche s'il faut traverser tout Paris afin de rejoindre un Centre de prélèvement ? Évoquer le décès et l'absence totale de tout espoir est une nécessité ? », interroge un participant. « Faut-il déclarer ou ne pas déclarer mort à domicile un patient après une réanimation conduite dans les règles de l'art ? Nos équipes sont partagées dans leurs pratiques sur ce point. Le timing de prise en charge très serré ne nous permet pas de prendre le temps qu'il conviendrait avec les proches, et nous ne souhaitons pas nous sentir contraints à leur mentir sur l'objectif réel du transport en milieu hospitalier », précise un autre membre du groupe. L'enjeu de fond ici réside dans la conception d'une relation de confiance avec l'entourage d'une personne dont on estime très probable sinon certain qu'elle vient de décéder.

Ces complexités de relation avec les proches peuvent éventuellement se redoubler de questions relatives aux intentions thérapeutiques pendant la phase de transport du lieu de l'intervention sur la personne (et donc où la réanimation s'est avérée inefficace) vers le centre où d'éventuels prélèvements peuvent être effectués. Un médecin affirme : « nous sommes, d'un point de vue médico-légal, astreint à poursuivre une véritable réanimation jusqu'à ce que le décès soit constaté et prononcé, sans quoi l'on pourrait nous reprocher de ne pas avoir apporté de soins optimaux à notre patient. » Du point de vue technique, les participants témoignent du fait que l'adrénaline n'est pas utilisée pendant le transport. Un médecin souligne que selon lui, les pratiques sont très variables à cet égard. L'usage des médicaments injectables pendant le transport en particulier, et les pratiques techniques mises en œuvre en général, peuvent faire l'objet d'un examen à la fois médical (efficacité au regard des intentions poursuivies) et en même temps éthique. En effet, l'usage de drogues habituelles de réanimation peut être justifié par le but de maintenir une pression de perfusion aussi bonne que possible dans les organes – toutefois, il est probable que les réanimateurs surveillent les effets possibles de la poursuite de ces

interventions sur tous les plans, y compris les paramètres qualifiés de « vitaux ». À cet égard, en termes de surveillance de l'activité cardiaque électrique, deux positions peuvent être envisagées : utiliser ou non le scope ECG pendant le transport. Quelle pourrait en être l'utilité ? Il est à la fois nécessaire de s'assurer qu'aucune reprise d'activité électrique (en particulier systolique) n'intervient, dès lors qu'une observation d'asystolie sans manœuvre sera effectuée à l'hôpital, mais il est également sans fondement médical d'effectuer la surveillance de l'activité électrique cardiaque d'une personne chez qui l'on a médicalement décrété que la réanimation est un échec. Enfin, l'élément matériel technique que constitue la planche à masser est pour certains un facteur d'ambiguïté : d'une part elle participe pour beaucoup au caractère spectaculaire des manœuvres, d'autre part sa destination première est la réanimation (avec un objectif thérapeutique au sens classique du terme) mais l'acquisition de ce matériel et sa distribution ont été concomitantes pour ne pas dire contingentes de la pratique du prélèvement d'organe sur donneur à cœur arrêté.

La notion d'échec de réanimation, la place de la recherche

La notion d'échec de réanimation nous renvoie à nos pratiques actuelles en termes d'intervention sur les personnes ayant fait un arrêt cardiaque. Par ailleurs, il convient de prendre en compte la manière dont le caractère « réfractaire » d'un arrêt cardiaque (synonyme logiquement de la mort de la personne) a évolué et est encore susceptible de progresser au regard de recherches conduites dans l'utilisation de techniques de pointes telles que la coro-dilatation en urgence, ou l'usage de différentes techniques de circulation extra-corporelles (CEC) – les indications de cette dernière dans le champ thérapeutique faisant toujours l'objet de recherches et de publications. Il est possible d'envisager la situation où une personne en situation d'arrêt cardiaque avec échec de la réanimation conduite selon les recommandations nationales présente les critères permettant de l'inclure soit dans le circuit du don d'organe à cœur arrêté, soit dans un protocole de recherche de réanimation d'arrêt cardiaque réfractaire. Citons, à titre illustratif, la phrase de conclusion du résumé de l'article de l'équipe de Caen publiant ses résultats d'utilisation d'ECLS en situation

d'arrêt conventionnellement réfractaire⁸ : « *In prolonged cardiac arrest with failing conventional measures, rescue by extracorporeal support provides an ultimate therapeutic option with a good outcome in survivors. Our results encourage the wider application of ECLS for refractory cardiocirculatory arrest in selected patients. The high rate of neurologic death needs further improvements in the early phase of resuscitation maneuvers.* » [7] Bien entendu, l'utilisation de la CEC totale à vise conservatoire après une période d'observation d'asystolie sans manœuvre peut susciter des questions et faire l'objet d'une piste de réflexion éthique pour le groupe.

Relations avec la famille et les proches à l'hôpital

Nous avons évoqué la complexité et la variabilité des situations de dialogue avec la famille et les proches au domicile. Leur accueil à l'hôpital, le dialogue qui s'établit avec l'équipe de coordination, les modalités de présentation du corps, n'ont pas fait l'objet de développement faute de temps lors de notre première réunion. Un travail de réflexion et d'observation prospectif du point de vue de l'éthique pourrait s'avérer intéressant à envisager dans le cadre de nos futures rencontres.

Quel dialogue envisager avec la société ?

Plusieurs participants évoquent l'absence d'information du grand public sur la pratique du prélèvement à cœur arrêté. En l'absence d'une préparation, la société peut-elle comprendre et accepter ces pratiques ? Qu'en est-il de l'importance de la notion de transparence et du devoir d'information dans le contexte où le régime du consentement présumé est adopté ? Comment les professionnels eux-mêmes peuvent-ils contribuer à la diffusion d'une information adaptée ? En résumé, un participant interroge : « Comment agir dans le respect des familles sans le soutien d'une communication à grande échelle ? » La majorité des membres du groupe s'accorde pour affirmer que la politique de communication doit fortement évoluer aujourd'hui sur ce sujet. La manière de communiquer est délicate pour plusieurs

⁸ Un nombre croissant d'articles sur l'usage des dispositifs extracorporels de suppléance circulatoire est publié depuis 2005, à la fois dans les domaines pédiatriques et adultes

raisons, à commencer par le fait que la pratique est déjà engagée, mais aussi sur le fond : une comparaison avec l'étranger (notamment l'Espagne) est-elle pertinente, alors que la situation française particulière du fait du développement de la réanimation à domicile par les SAMU et les SMUR ? Enfin, la définition de la mort et l'acceptation du terme se résume encore pour la majorité à deux situations : le décès habituel « par arrêt du cœur » et l'état de mort encéphalique, cette dernière situation étant classiquement celle du prélèvement. La définition même de la mort, ce qui relève de l'état de l'organisme à un moment donné, ce qui relève des processus – de leur réversibilité ou au contraire de leur irréversibilité, les notions de viabilités, ou encore de limites thérapeutiques (la liste n'est pas exhaustive), peut aujourd'hui faire l'objet de dialogues avec la société.

Un autre aspect important qui doit être envisagé dans le rapport à la société est lié aux résultats encore médiocres de cette technique de prélèvements. Bien que l'on puisse attendre une amélioration avec le temps et l'expérience, pour 60 appels en huit mois de pratique sur le CHU Saint Louis, et donc 60 fois une équipe mobilisée, avec ce que ça entraîne de frais, 36 donneurs ont été accueillis, 28 reins ont été prélevés, et « seulement » 15 greffes ont été réalisées. Des comptes doivent en effet pouvoir être rendus en toute transparence à la société, quand au développement de cette nouvelle technique.

Axes de travail identifiés

Cette première réunion permet de dégager six axes de travail pouvant faire l'objet d'approfondissement par le groupe lors des prochaines réunions.

- Relation et communication avec les proches de la personne décédée
- Définition de la mort, conviction du décès, constat du décès, intentions thérapeutiques
- Pratiques actuelles et recherche sur la réanimation médicalisée de l'arrêt cardiaque en milieu extra-hospitalier
- Accueil et dialogue avec les proches à l'hôpital dans le contexte d'un prélèvement à cœur arrêté
- Présentation du corps de la personne aux proches
- Information de la société dans son ensemble

Références

- [1] Kootstra G, Daemen JHC, Oomen APA. Categories of Non-Heart Beating Donors. Transplantation Proceedings en 1995 ;27 :2893-94.
- [2] Commission d'éthique de la SRLF. Position de la Société de réanimation de langue française (SRLF) concernant les prélèvements d'organe à cœur arrêté. Réanimation 2007;16:428-435.
- [3] Conditions à respecter pour réaliser des prélèvements de rein sur des donneurs à cœur arrêté dans un établissement de santé autorisé aux prélèvements d'organes, Agence de la Biomédecine, Coordination Corine Antoine et Alain Tenaillon, 27 décembre 2005.
- [4] Recommandations formalisées d'experts sur la prise en charge de l'arrêt cardiaque, SFAR, SRLF, CFRC, SFMU, CRF et SFC, Septembre 2006.
- [5] Prélèvements d'organes sur donneur à « cœur arrêté » (ou « non battant »), Information publiée sur <http://www.samu-de-france.fr> le 6 juillet 2006 (accès le 7 décembre 2007).
- [6] Le transfert de patient « à cœur arrêté », SFMU/Samu de France, 14 décembre 2006. Disponible sur internet à :
http://www.samu-de-france.fr/fr/ressources_pro/exercice_pro/exercice_pro_actu/front/afficher/?id_actu=248 (accès le 7 décembre 2007).
- [7] Massetti M, Tasle M, Le Page O, Deredec R, Babatasi G, Buklas D, Thuaudet S, Charbonneau P, Hamon M, Grollier G, Gerard JL, Khayat A. Back from irreversibility: extracorporeal life support for prolonged cardiac arrest. Ann Thorac Surg. 2005 Jan;79(1):178-83; discussion 183-4.