

JPMG 2012

**Recommandations sur l'information et l'abord  
des proches des donneurs potentiels d'organes et  
de tissus décédés après arrêt cardiaque( DDAC)  
dans l'optique d'un prélèvement.**

Docteur Renaud Gruat

Médecin coordinateur du Réseau Nord Francilien de prélèvements  
d'organes et de tissus

## Quelques questionnements éthiques concernant le DDAC

Comité d'éthique de l'EFG. 22 juin 2004

« Constate que *rien ne s'oppose, sur le plan éthique* au prélèvement d'organes sur des sujets à cœur arrêté, tout en soulignant les spécificités de cette situation par rapport au prélèvement sur un sujet en état de mort encéphalique. »

Académie nationale de médecine . Bull.Acad.Natle  
Méd. , 2007, n° 3, p. 633-640

Conclusion:

*« Le protocole de prélèvement sur donneur à cœur  
arrêté proposé par l'Agence de la  
biomédecine... respecte toutes les dispositions légales  
et réglementaires et **satisfait à tous les critères  
éthiques et déontologiques .»***

SRLF. Position SRLF de la concernant les prélèvements d'organes chez les donneurs à cœur arrêté. Réanimation 16 (2007) 428-435.

*« Aussi bien pour l'entourage du défunt que pour l'équipe soignante le fait d'intervenir sur un corps présentant toutes les caractéristiques de cadavre peut donner l'impression d'une profanation, engendrer un malaise, voire **provoquer une crise morale.** »*

*« **Le respect du à la personne se transfère à son cadavre** »*

SRLF. Position SRLF de la concernant les prélèvements d'organes chez les donneurs à cœur arrêté. Réanimation 16 (2007) 428-435.

*« Dans la mort par arrêt du cœur, la validité du constat est essentiellement due à la conviction de l'inefficacité des manœuvres de réanimation. Ce point peut soulever tant pour l'équipe soignante que pour les proches plusieurs interrogations:*

*La durée suffisante et la qualité des manœuvres initiales*

*La reprise des mêmes manœuvres dans une autre finalité*

*Ces interrogations peuvent entraîner des confusions et ébranler sérieusement la confiance des proches envers les soignants et l'adhésion des équipes à la procédures. »*

SRLF. Position SRLF de la concernant les prélèvements d'organes chez les donneurs à cœur arrêté. Réanimation 16 (2007) 428-435.

*« Il ne faut pas mésestimer le risque de répercussions psychologiques chez le personnel soignant engendré par le passage sans transition, chez le même individu, d'un engagement thérapeutique à visée curative à une activité technique de conservation d'organes en vue de transplantation. »*

## Recommandations SFMU/ SAMU. 2006

« La législation et les règles de déontologie médicales imposent un *contact loyal avec les proches*. A l'heure actuelle, en raison d'une absence de campagne d'information grand public sur les prélèvements d'organes à cœur arrêté , *il ne paraît pas raisonnable d'annoncer en préhospitalier le décès et le transfert pour prélèvements d'organes à cœur arrêté* . Une information des proches concernant la gravité et le pronostic très défavorable doit être effectué afin de ne pas donner d'espoir à la famille.

L'annonce du transfert en réanimation avec poursuite du massage cardiaque et de la ventilation est annoncée aux proches dans le cadre d'une *prise de décision collégiale hospitalière*. Si les proches refusent le transfert, le décès est prononcé sur place. En l'absence de proches, le transfert pourra être envisagé. »

## Recommandations SFMU/ SAMU. 2006

Aide à la formulation orale:

*« Votre parent a été victime d'un arrêt cardiaque. Une réanimation a été entreprise, mais malgré toutes les techniques de réanimation et les médicaments puissants utilisés, le cœur ne peut pas repartir. Je pense que votre parent est décédé mais je préfère poursuivre les manœuvres thérapeutiques jusqu'à l'hôpital afin de ne pas prendre seul la décision de les arrêter . La décision sera prise de manière collégiale à l'hôpital. Il est important que vous vous rendiez tout de suite à l'hôpital. »*



## Critiques concernant ces « recommandations »

- ✧ Non conforme avec la loi du 4 mars 2002
- ✧ Non conforme avec le code de déontologie médicale
- ✧ Heurte la conscience de nombreux médecins de SMUR
- ✧ Non appliquées car trop éloignées des pratiques habituelles des médecins

Donneur à cœur arrêté

Donneur **décédé** après arrêt cardiaque

# Mise en place d'un nouveau groupe de travail pluridisciplinaire piloté par l'Agence de la biomédecine

Membres du groupe de travail :

Renaud Gruat (Pontoise), François Mourey (Lyon), Mathieu Raux (Paris), Benoît Vivien (Paris), René Robert (Poitiers), Alexis Burnod (Clichy), Olivier Dubosc de Pesquidoux (Lyon), Fabienne Fieux (Paris), Laurence Guezenec (Rennes), Jean Paul Jacob (Angers), Patrick Jambou (Nice), Florence Gruat (Pontoise), Liliane Joseph (Le Kremlin Bicêtre), Geneviève Haettel (Strasbourg), Jocelyne Henseler (Nice), France Roussin (Paris), Charlotte Chollet (Créteil), Estelle Legiard (Nantes), François Dupas (Pontoise), Sandrine Durantou (Val d'Oise), Sandrine Paquin (Paris), Thierry Schwetterle (Val d'Oise), Marie Thuong (Saint-Denis).

## Objectifs:

- Répondre à certaines interrogations des professionnels de santé impliqués dans cette activité concernant l'information et l'abord des proches.
- Respecter la législation
- Respecter les recommandations nationales et internationales concernant la prise en charge des personnes victimes d'un ACR
- Respecter des principes de l'éthique soignante
- Tenir compte des pratiques des acteurs

Recommandations sur l'information et l'abord des proches des donneurs potentiels d'organes et de tissus décédés après arrêt cardiaque (DDAC), dans l'optique d'un prélèvement.

Next of kin approach and information to be delivered during the process of donation after uncontrolled circulatory death

Ann. Fr. Med. Urgence (2011) 1:438-441 DOI  
10.1007/s13341-011-0118-4

ABM / SRLF / SFAR /SFMU / SAMU-Urgences de France

## JPMG 2012

La phase initiale de la prise en charge d'un arrêt cardiorespiratoire a toujours un objectif thérapeutique

L'absence de reprise d'une activité cardiaque spontanée au-delà d'une durée minimum de 30 minutes d'une réanimation bien menée définit l'arrêt cardiaque réfractaire

✓ Société française d'anesthésie et de réanimation–Société de réanimation de langue française (2006) Recommandations formalisées d'experts. Prise en charge de l'arrêt cardiaque. <http://www.sfar.org/article/91/prise-en-charge-de-larret-cardiaque-rfe-20062>.

✓ Nolana JP, Soarb J, Zidemanc DA, et al (2010) European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2010, Section 1. Executive summary. Resuscitation 81:1219–763.

✓ Field JM, Hazinski MF, Sayre MR, et al (2010) Part 1: Executive Summary 2010, American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. Circulation 122:S640–S56

## JPMG 2012

Les critères d'inclusion et d'exclusion permettant la mise en œuvre du protocole national de don d'organes chez des donneurs potentiels décédés après arrêt cardiaque (DDAC) doivent être connus de tous les médecins de Samu et de Smur

✓ Antoine C, Brun F, Tenailon A, et al (2008) Organ procurement and transplantation from non-heart-beating donors. *Nephrol Ther* 4:5–146.

✓ Domínguez-Gil B, Haase-Kromwijk B, Van Leiden H, et al (2011) Current situation of donation after circulatory death in European countries. *Transpl Int* 24:676–867. Loi no 2004-800 du 6 août 2004 relative à la bioéthique. Journal officiel du 7 août 2004

## JPMG 2012

En préhospitalier, en l'absence de recours à une assistance circulatoire thérapeutique et en cas d'échec de la réanimation cardio-pulmonaire, la procédure de prélèvement d'organes sur DDAC doit être immédiatement envisagée, en l'absence de contre-indication connue

Riou B, Adnet F, Baud F, et al (2009) Recommandations sur les indications de l'assistance circulatoire dans le traitement des arrêts cardiorespiratoires. Ann Fr Anesth Reanim 28:182–90



## JPMG 2012

Si des proches sont présents, une information explicite et adaptée respectant la dignité de la personne soignée doit être donnée. Les mots utilisés doivent être compréhensibles et les explications données simples et sans ambiguïté

Si des proches sont présents, l'annonce du décès, suivie de l'abord de la question du don d'organe et la nécessité du transport vers un hôpital parfois éloigné peuvent être évoqués en préhospitalier

En l'absence des proches, la personne décédée, considérée comme un donneur potentiel doit être conduite rapidement vers un hôpital habilité à pratiquer de tels prélèvements

Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Journal officiel du 5 mars 2002

## JPMG 2012

Informations données aux proches après la phase de réanimation:

La pratique des équipes préhospitalières montre que, dans ce contexte, **la question du don d'organes peut être abordée sur place. Il est donc recommandé, après avoir annoncé le décès, d'informer les proches sur la possibilité d'un don d'organes.**

Une explication est donnée sur le transfert vers un hôpital habilité<sup>1</sup>, la poursuite du massage cardiaque et les contraintes de temps.

## JPMG 2012

On peut envisager, à titre d'exemple, après une annonce du décès, la formulation suivante :

*« Dans cette situation, votre proche pourrait faire don de ses organes pour des malades en attente de greffe. Nous vous proposons de le conduire vers un hôpital habilité à vérifier cette possibilité. C'est la raison pour laquelle nous n'arrêtons pas le massage cardiaque. Je vous propose de vous rendre dans les plus brefs délais à l'hôpital pour rencontrer les équipes de coordination de don d'organes et prendre le temps d'en discuter avec elles ».*

## JPMG 2012

Toutefois, dans certaines circonstances, le médecin pré-hospitalier peut juger qu'une information satisfaisante ne peut être reçue ou délivrée ou que les interlocuteurs idoines ne sont pas présents.

Dans ces circonstances, le transfert vers l'hôpital référent où l'information appropriée pourra être délivrée et reçue peut être acceptable.

## Difficultés

- Le Parisien
- Les pratiques de certains médecins de SMUR
- ECMO thérapeutique
- La mauvaise application de ces recommandations

# JPMG 2012

## Conclusion

1. La pratique concernant les prélèvements d'organes impacte au premier plan les questions en lien avec l'éthique soignante.
2. Les équipes soignantes ont besoin de compréhension concernant les difficultés inhérentes à leurs pratiques.
3. Les recommandations proposées doivent tout à la fois respecter l'éthique, la loi, la réglementation et les recommandations des sociétés savantes tout en tenant compte des réalités des pratiques.
4. Tout ce qu'on fait, on doit pouvoir le dire et tout ce que l'on dit il faut le faire.