



# Donneurs décédés après arrêt circulatoire

## Quel bilan? Quel avenir?

*Résultats d'une évaluation nationale des aspects organisationnels*

**Frédéric BRUN, François MOUREY, Anne Line BRANCA, Isabelle LOUBIER**

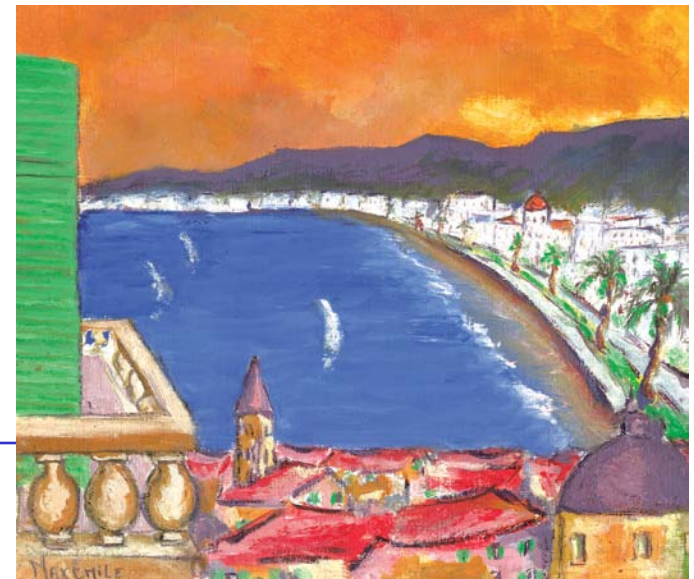
*Agence de la biomédecine*

*DPGOT*

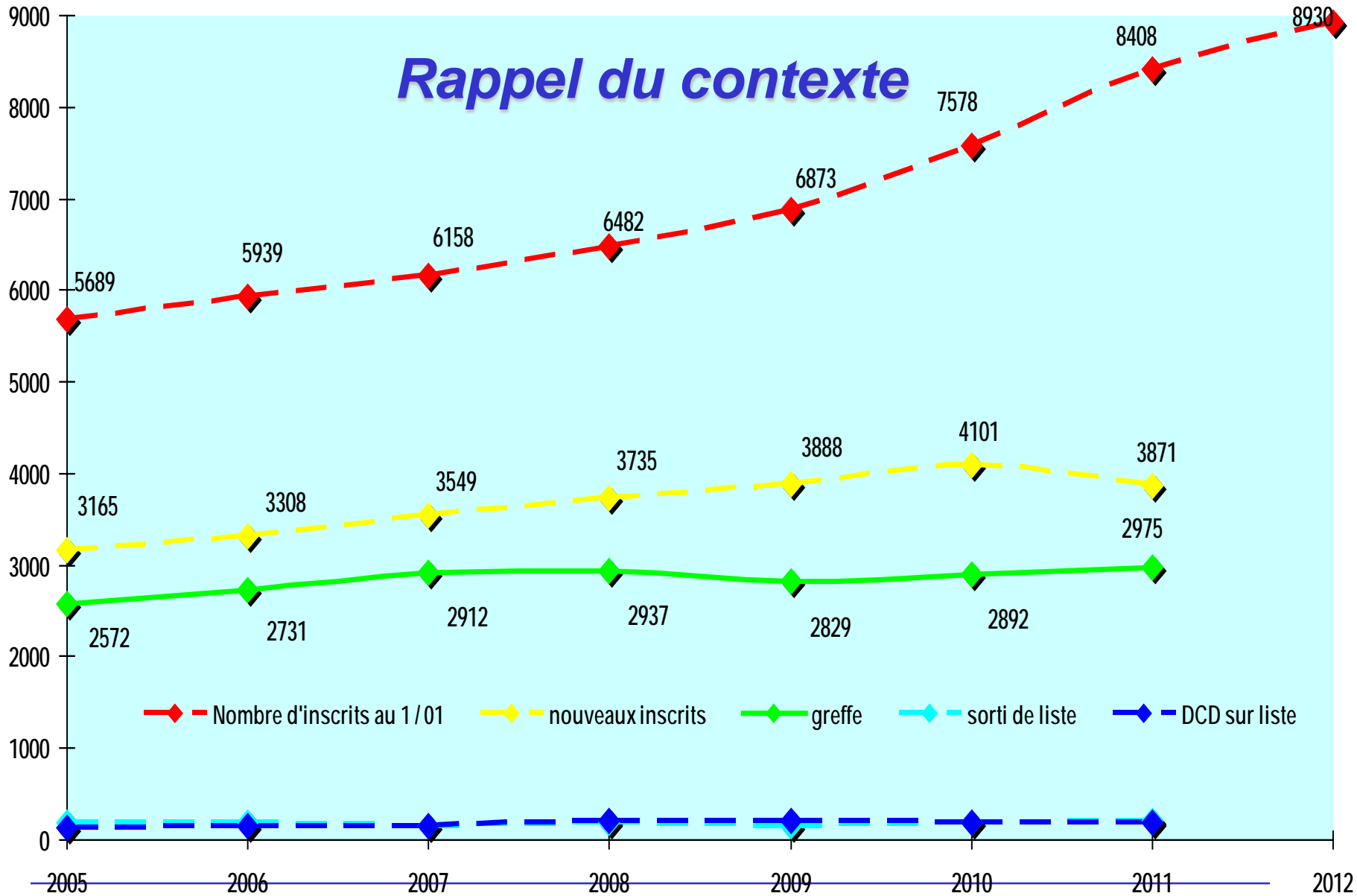
*SRA Sud Est / Océan Indien*

*SRA Ile de France / Centre / Antilles / Guyane*

[francois.mourey@biomedecine.fr](mailto:francois.mourey@biomedecine.fr)



# Rappel du contexte



## *Rappel du contexte*

- *Déséquilibre entre liste d'attente et nombre de greffe (reins)*
- *La mise en place du programme DDAC fait partie des stratégies visant à augmenter le pool de donneurs*
- *Phase d'élaboration des procédures (2004)*
- *Modification de la réglementation (2005)*
- *Début de l'activité en 2006 à Lyon*

# ***Le constat en 2010 - 2011***

- **1<sup>ère</sup>: Début encourageant: rapide en 2007**

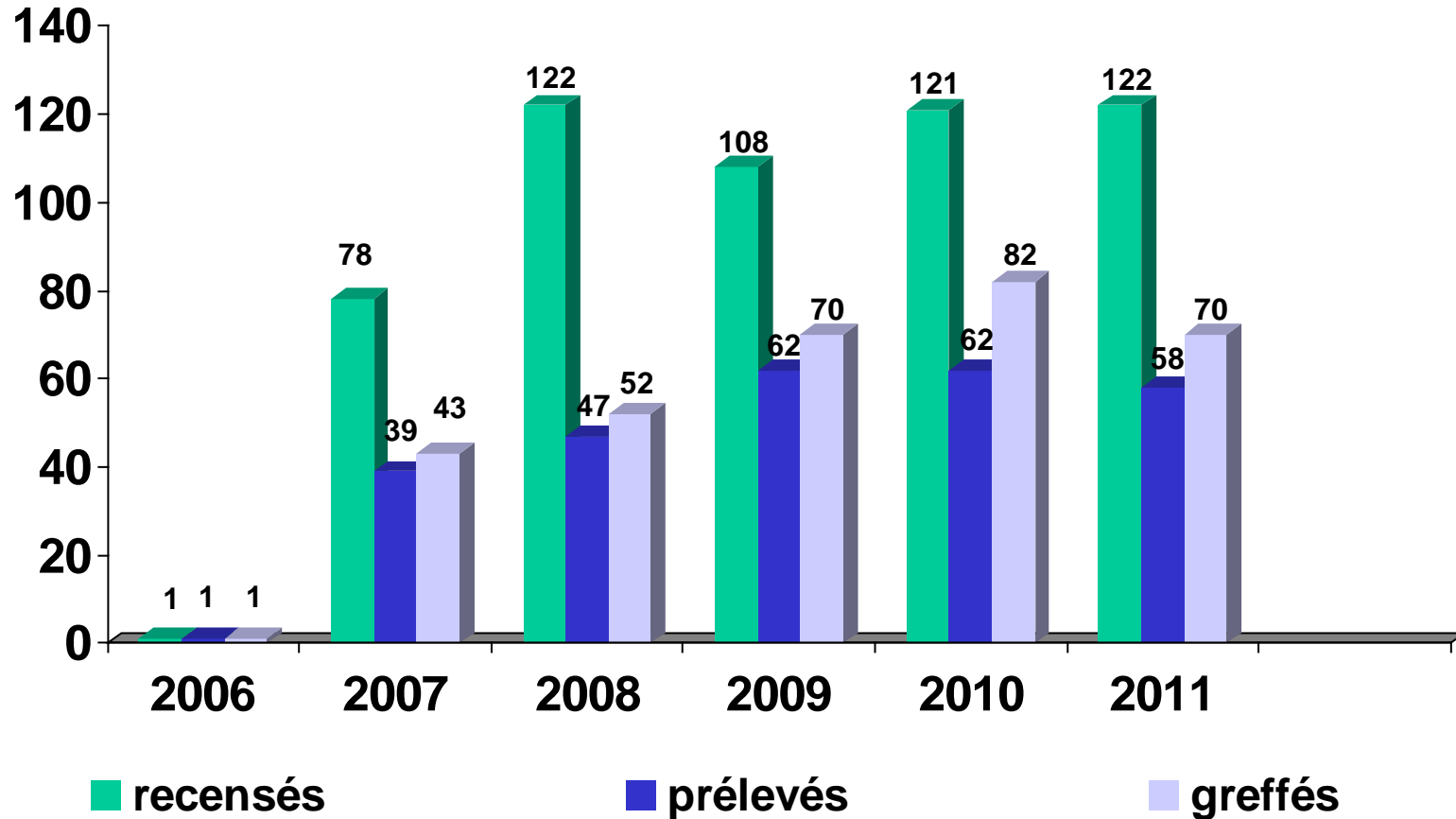
# Evolution de l'activité

**Greffes: 310 reins**

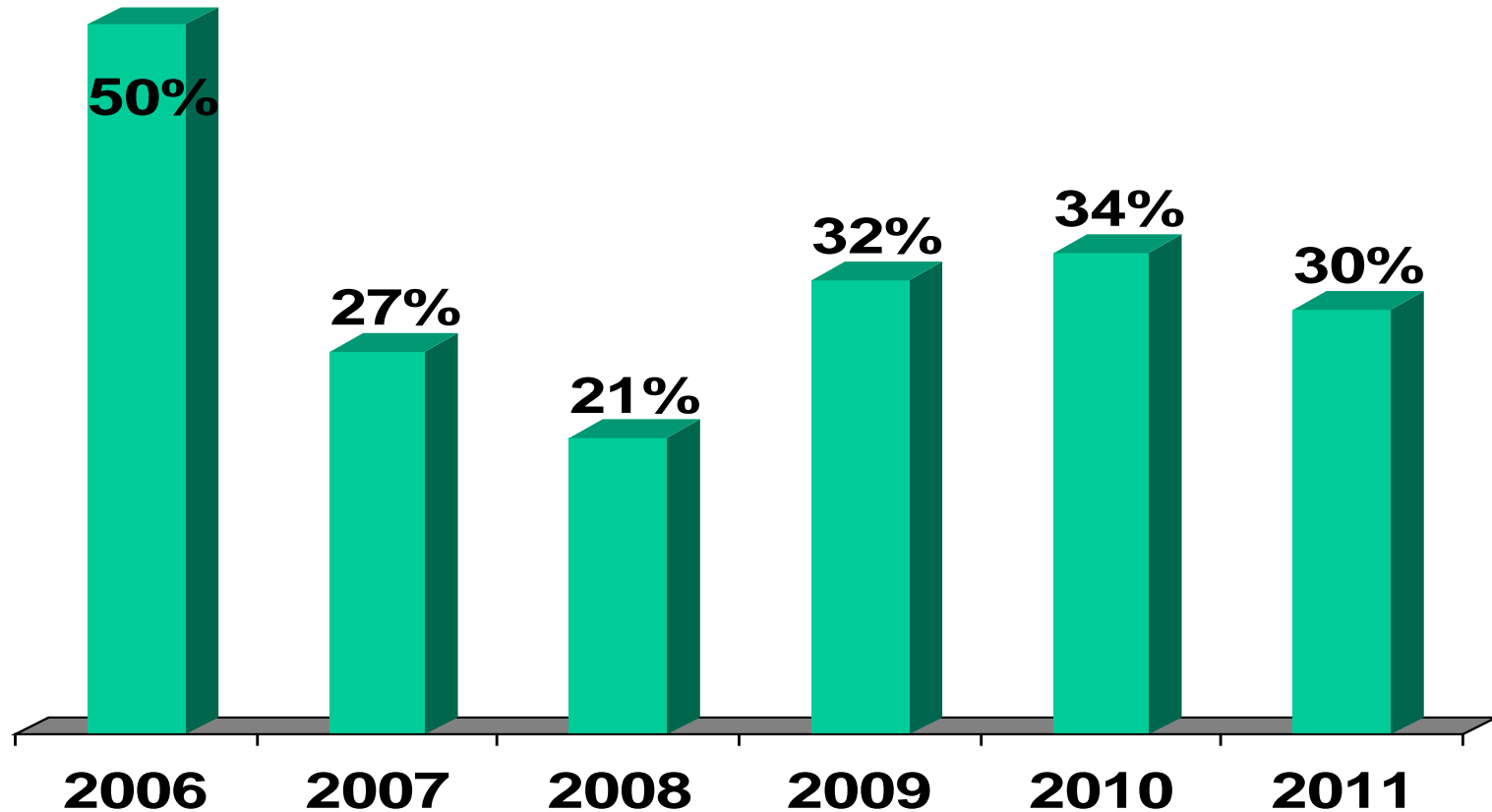
**8 foies**

**En 2011: 66 greffes de reins**

**(2%)**



# *Evolution de l'efficience du prélèvement*



# ***Le constat en 2010 - 2011***

- Début encourageant: rapide en 2007
- **Augmentation du nombre de centres**

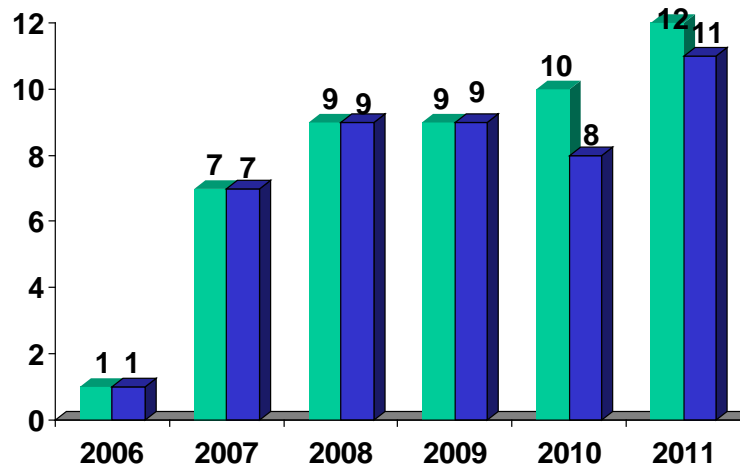
# Evolution du nombre de centres autorisés

## 11 CHU

- Lyon (2006)
- Saint Louis (Paris) (2007)
- Kremlin Bicêtre (Paris) (2007)
- Pitié Salpêtrière (Paris) (2007)
- Lille (2007)
- Angers (2007)
- Strasbourg (2007)
- Nantes (2008)
- Nancy (2008)
- Rouen (2010)
- Henri Mondor (Paris) (2011)

## 1CHG

- Annecy (2011)



## 9 Centres positionnés

- Amiens
- Bordeaux
- Dijon
- **Marseille \***
- Montpellier
- **Nice**
- Poitiers
- Rennes
- Reims

\*autorisation



# ***Le constat en 2010 - 2011***

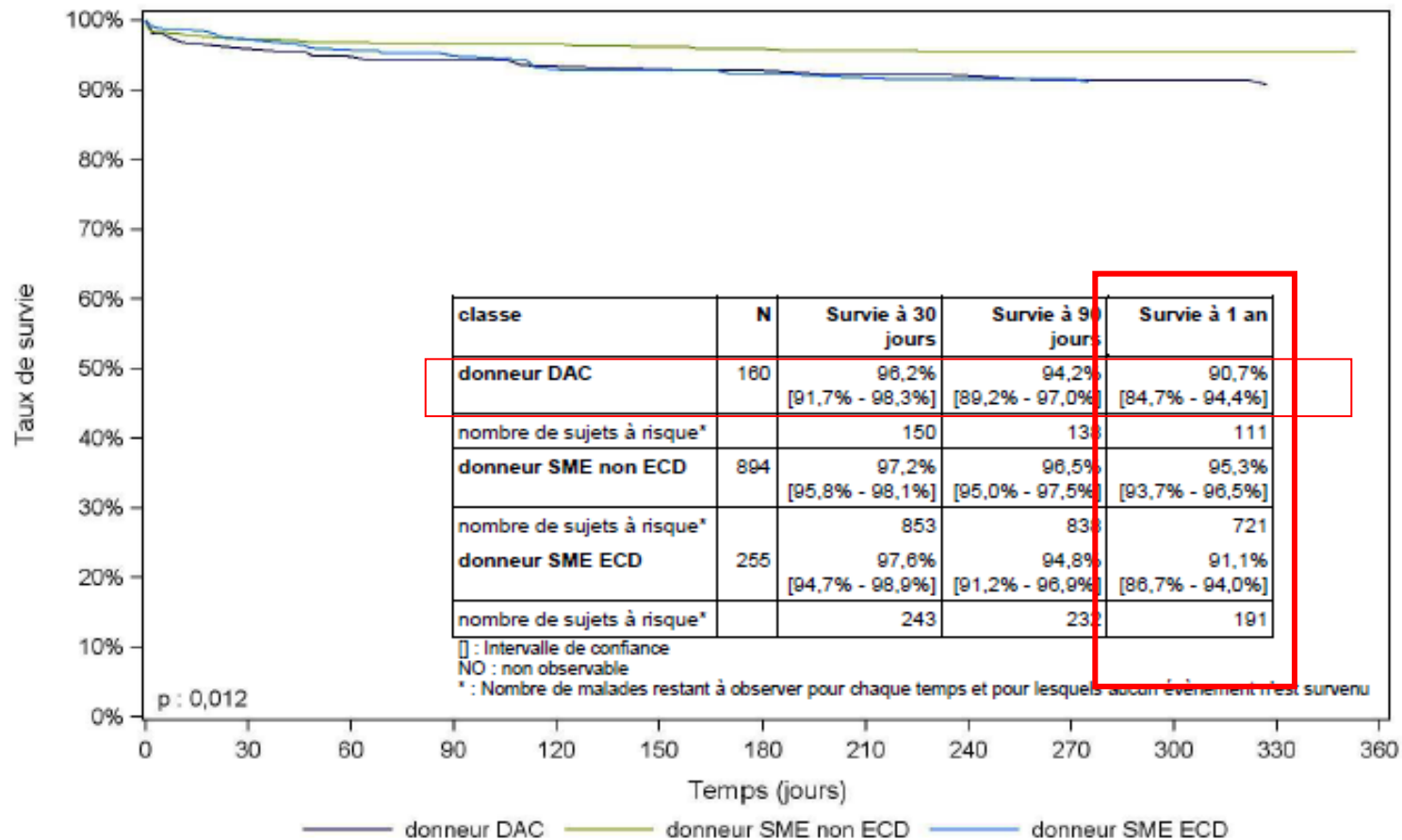
- Début encourageant: rapide en 2007
- Augmentation du nombre de centres
- **2<sup>ème</sup>: Mais .... l'évolution de l'activité n'est pas à la hauteur des attentes et elle est inhomogène:**
  - Problèmes pour certains centres à maintenir une activité
  - Arrêt de l'activité pour certains centres
  - Difficulté de mise en place de cette activité dans certains centres

# ***Le constat en 2010 - 2011***

- Début encourageant: rapide en 2007
- Augmentation du nombre de centres
- L'évolution de cette activité n'est pas à la hauteur des attentes:
  - Problèmes pour certains centres à maintenir une activité
  - Arrêt de l'activité pour certains centres
  - Difficulté de mise en place de cette activité dans certains centres
- **3<sup>ème</sup>: Freins: (réunion du COPIL national :avril 2010) Préhospitaliers +++**
  - **Lourdeur de cette prise en charge (organisation, motivation, formation, moyens humains et matériels) +++**
  - **CEC thérapeutique: rôle perturbateur et démobilisateur**
  - **Problème de l'abord des proches (absence de recommandations)**
  - **Absence de communication grand public**
  - **Passage Gillot / CNR**
  - **1<sup>er</sup> résultats fonctionnels.**

Méthode :  
Kaplan-Meier

## Survie du greffon rénal (ARF+DC) selon le type de donneur



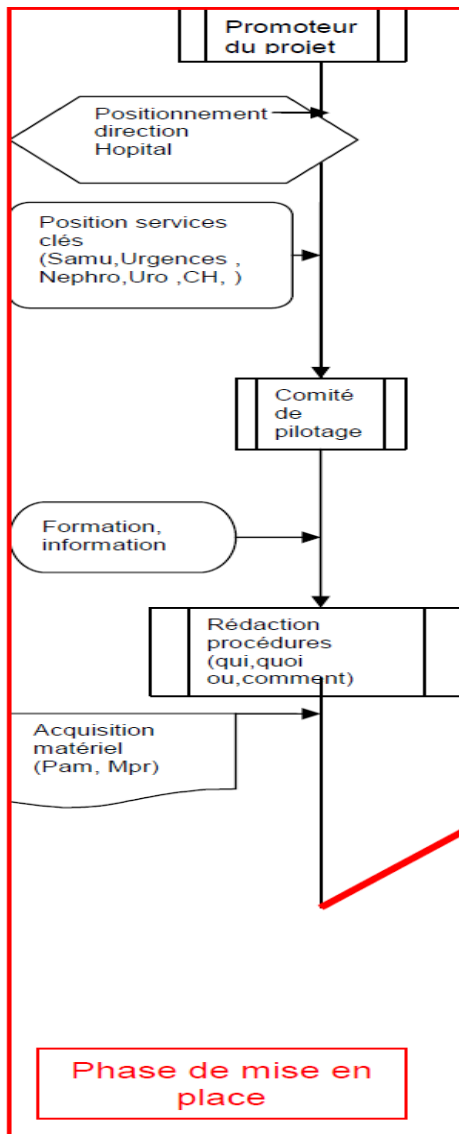
# Mission d'évaluation

- Confiée par la Direction de l'Agence de la biomédecine
- Mission s'inscrivant dans le cadre du **développement du prélèvement et de la greffe**
- Réalisation d'un **état des lieux** de tous les établissements positionnés
- Evaluation des **différents facteurs de réussite, de pérennisation ou de retard et d'échec à la mise en place du programme**
- Evaluation portant sur toutes les étapes du processus conduisant du prélèvement à la greffe (mise en place, phase opérationnelle, pérennisation)

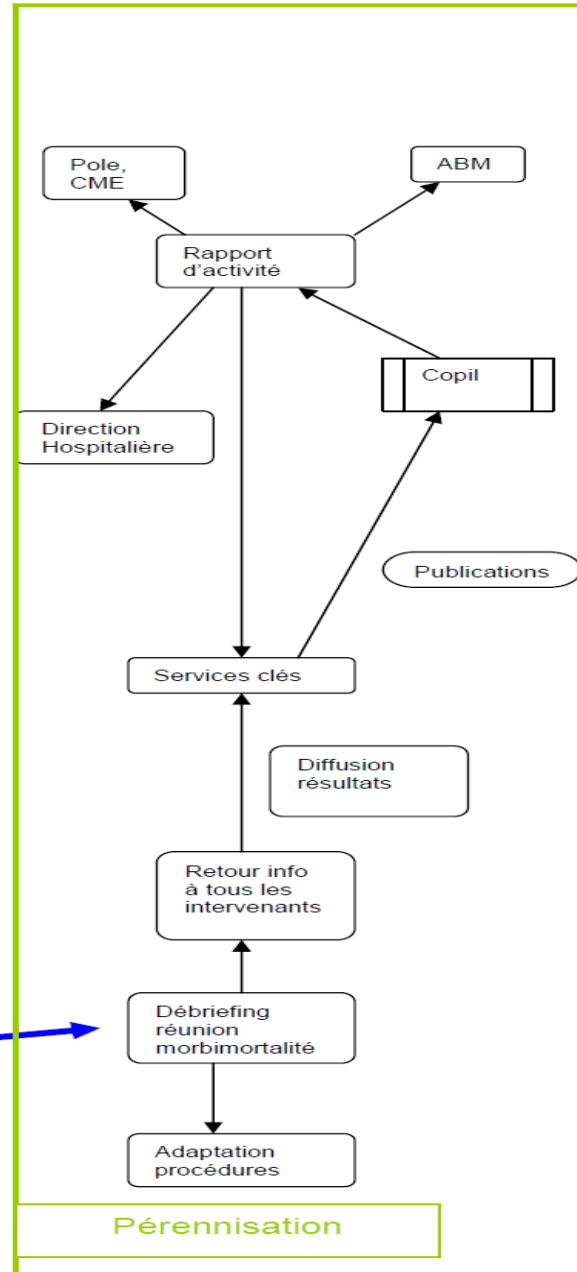
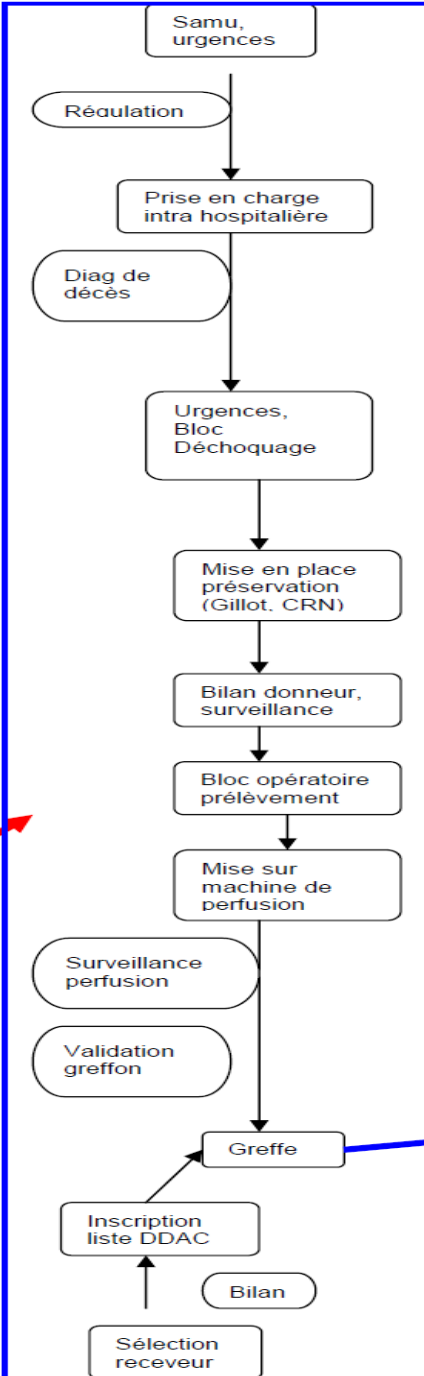
# Méthode

## Déroulement de l'étude

- **Dix huit établissements sur vingt ciblés** initialement ont pu être analysés
- Etude descriptive avec analyse qualitative des aspects organisationnels
- Interviews de l'ensemble des équipes de chaque centre préleveur réalisées entre les mois de **février et juin 2010** par un binôme Agence
- Chaque binôme était composé d'un médecin de l'Agence possédant une expérience du DDAC pour piloter l'entretien et d'un CIAR ayant un rôle d'observateur
- Entretiens réalisés avec l'aide d'une grille d'entretien préétablie concernant toutes les étapes de la procédure (mise en place, phase opérationnelle, pérennisation de l'activité)
- Retour à la Direction de l'ABM en octobre 2010
- En attente d'une décision stratégique



Phase opérationnelle



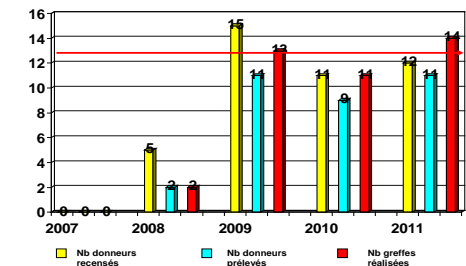
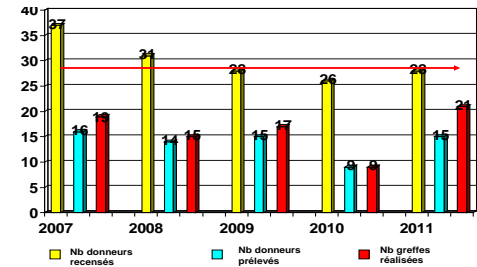
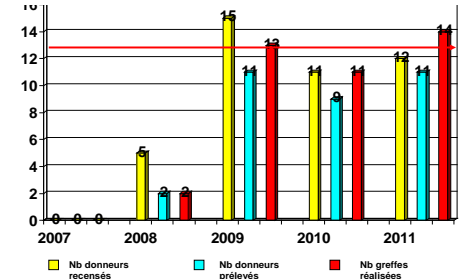
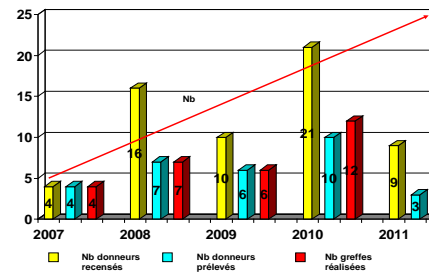
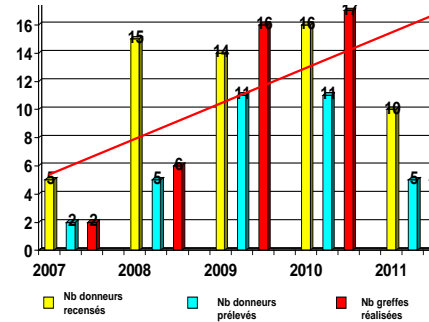
# Groupe : A

9 (7 entretiens)

- Dijon
- Reims
- Marseille
- Nice
- Rennes
- Poitiers
- Bordeaux
- Amiens
- Montpellier

# Groupe : B

5

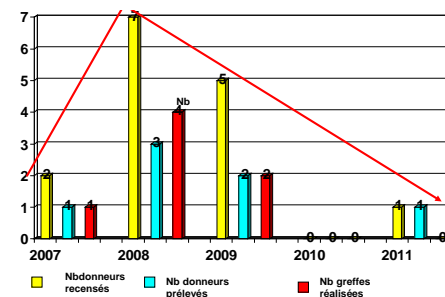
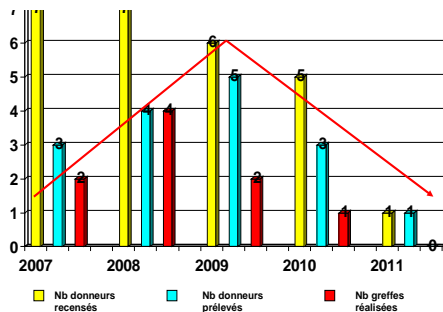
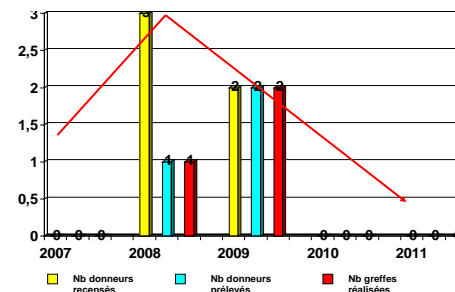
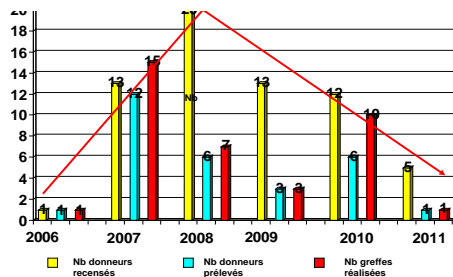


- Bicêtre
- Nantes
- Lille
- Saint Louis
- Pitié Salpêtrière

# Groupe C

4

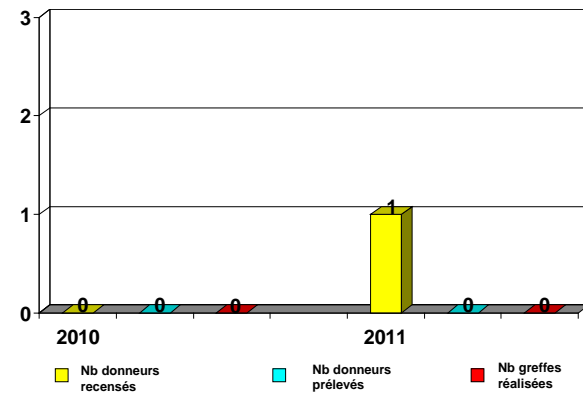
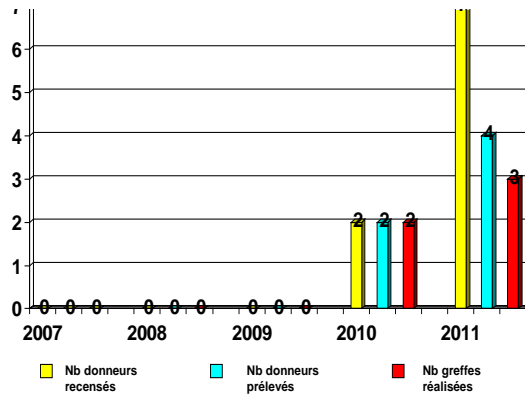
Lyon  
Nancy  
Angers  
Strasbourg





# Groupe : D

2



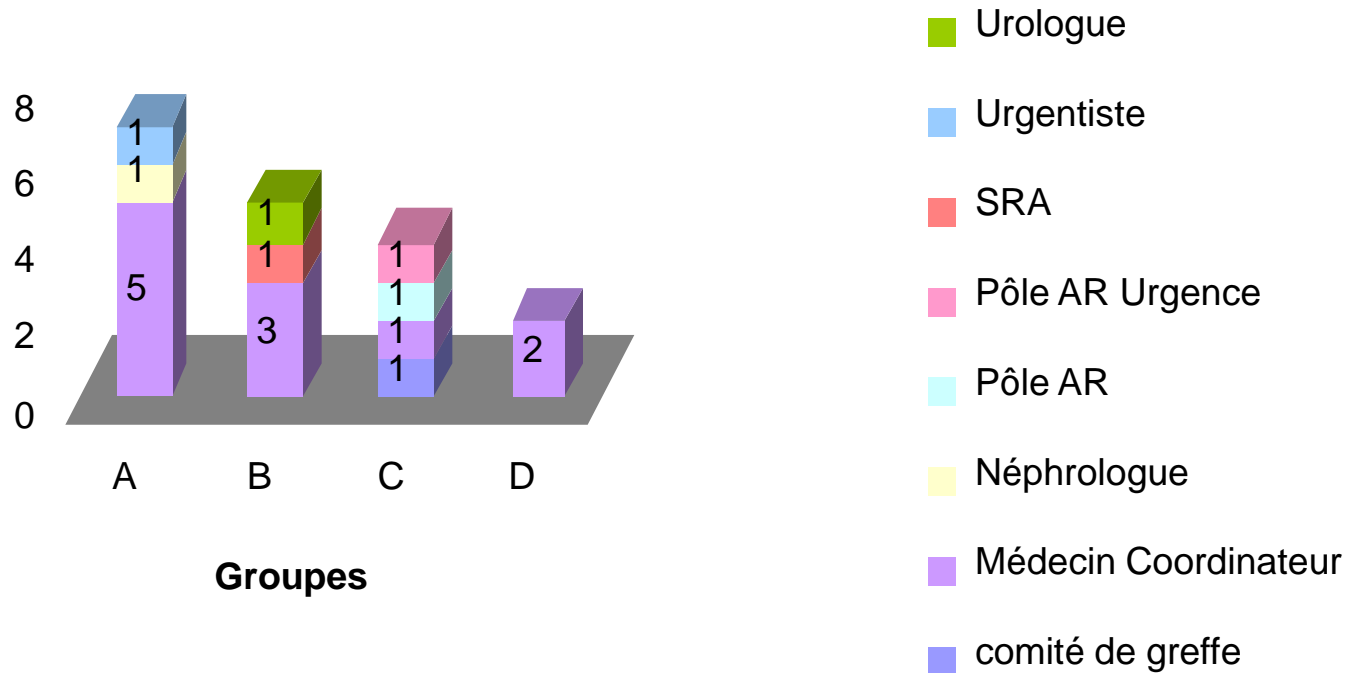
Rouen

Créteil

# Principales constatations

## Phase de mise en place

### Promotion du projet

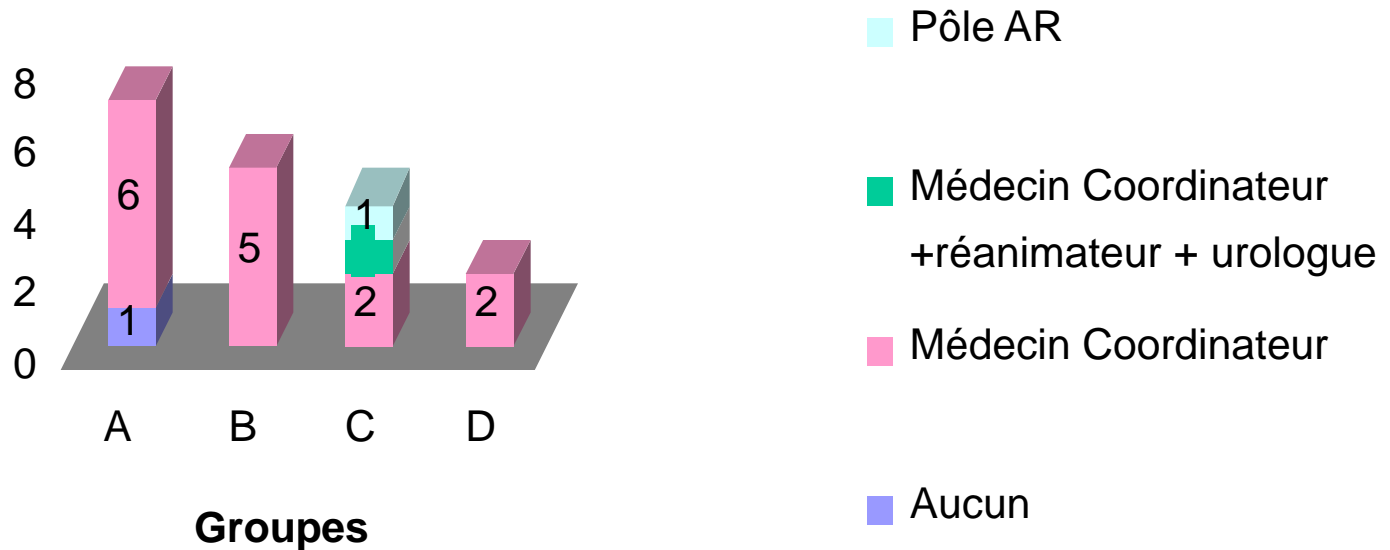


Le médecin coordinateur est le promoteur dans 11 établissements sur 18.

# Principales constatations

## Phase de mise en place

### Manager du projet



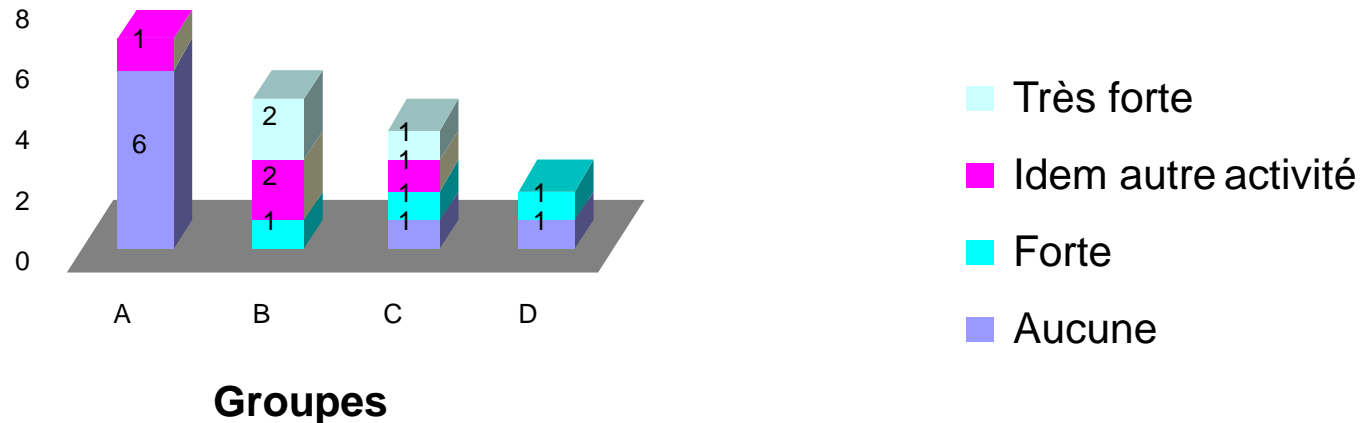
**Le médecin coordinateur est le manager dans tous les établissements du groupe**

**B.**

# Principales constatations

## Phase de mise en place

### *Implication de l'institution hospitalière*



Un projet institutionnel impliquant l'ensemble de la communauté hospitalière et particulièrement la direction (10 /18)

**Mais le Copil n'est actif que dans 4 centres (A1, B2, C1) Il est le plus souvent inexistant ou inactif**

# Principales constatations

## Phase de mise en place

### Communication autour du projet (15 / 18)

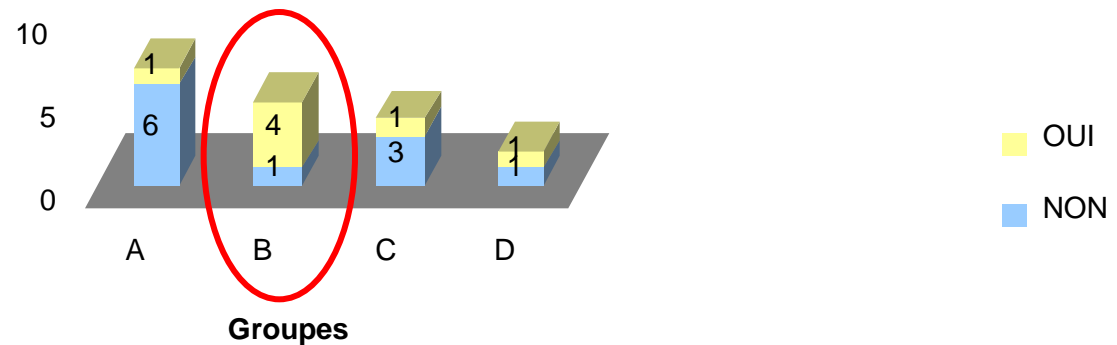


Nécessité d'une large communication auprès du personnel hospitalier

# Principales constatations

## Phase de mise en place

### Rôle de la perfusion d'organes

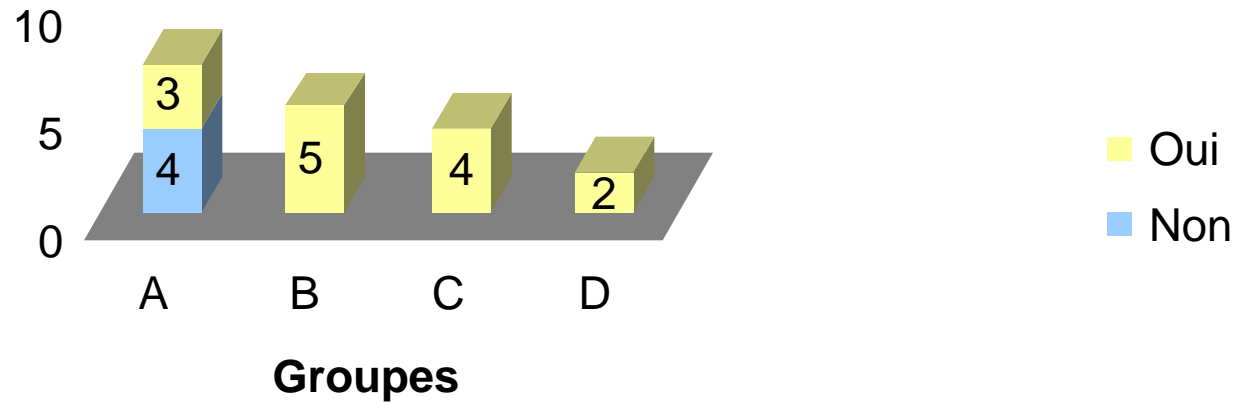


Sur les 15 établissements équipés, 7 utilisent la machine pour les reins à critères étendus.

# Principales constatations

## Phase opérationnelle

### Sélection des donneurs (14 / 18)



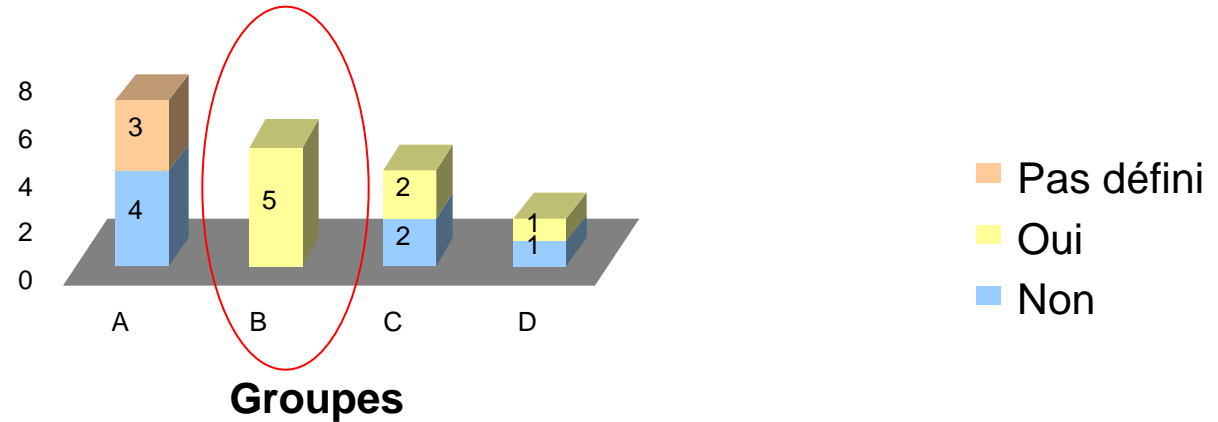
Procédure de sélection des donneurs

# Principales constatations

## Phase opérationnelle

### *Filière PMO*

Filière du PMO sur donneur en mort encéphalique  
Un modèle efficace (8 / 18)



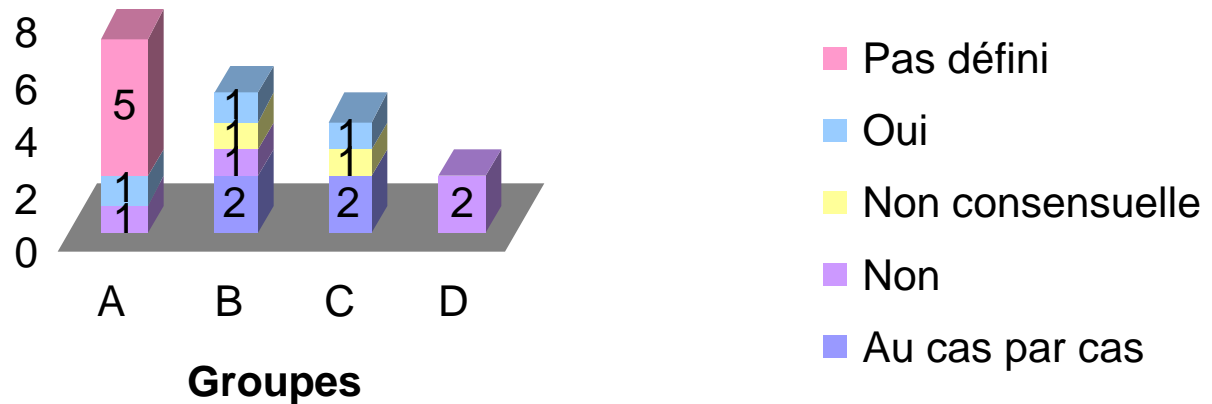
Toutes les équipes du groupe B utilisent la filière existante pour le PMO.



# Principales constatations

## Phase opérationnelle

### *Abord des proches en préhospitalier*

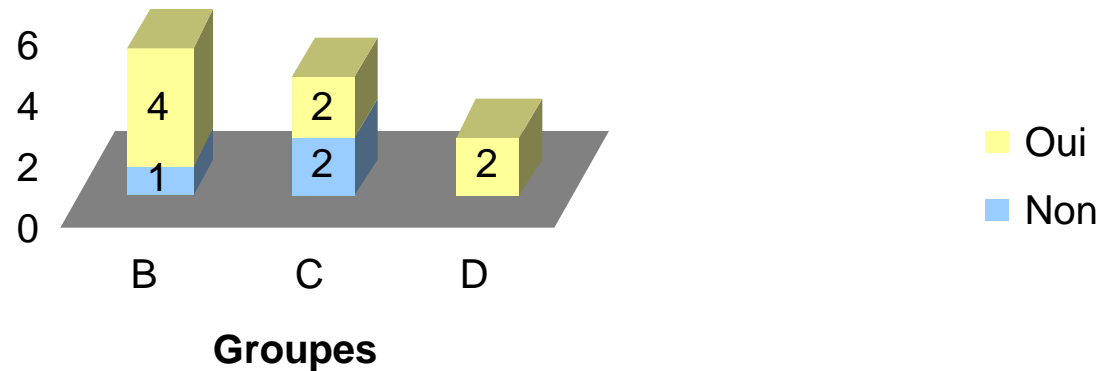


Grande variabilité dans les pratiques.

# Principales constatations

## Pérennisation de l'activité

### *Le retour d'information (8 / 13)*



7 équipes présentent leurs résultats soit en intra hospitalier lors de réunions annuelles du pôle greffe par exemple, soit aux partenaires de l'activité DDAC. Le retour d'informations est fait par la majorité des équipes du groupe B.

# *Témoignage des équipes*

## Evaluation de l'activité au sein de l'établissement

### *Pour les équipes en échec de mise en place du projet*

- **Sous évaluation des problèmes lors de l'élaboration du projet**
- **Circuit de prise en charge compliqué (lieu mal choisi ou peu disponible)**
- **Manque ou absence de communication autour du projet**
- **Absence d'implication de l'ensemble de la communauté hospitalière**
- **Déficit de personnel entraînant un manque de motivation**

# *Témoignage des équipes*

## Evaluation de l'activité au sein de l'établissement

### *Pour les équipes ayant une activité soutenue*

- Rôle important du soutien institutionnel dans la mise en place et l'accompagnement du projet
- Motivation de l'ensemble des partenaires est un facteur clé
- Rôle capital des équipes pré-hospitalières
- Pérennisation de l'activité élément majeur de motivation et de valorisation

# *Témoignage des équipes*

## Evaluation de l'activité au sein de l'établissement

### *Pour les équipes ayant une diminution d'activité*

- Spirale de démotivation : doute sur l'opportunité de maintenir cette activité
- Concomitance entre prise en charge par ECMO de l'arrêt cardiaque réfractaire et protocole DDAC semble plus déstabilisant
- Qualité des résultats fonctionnels de ce type de greffe renforce les doutes

## *Au total*

# Facteurs déterminants

- **Projet institutionnel nécessitant le soutien des instances hospitalières**
- **Organisation basée sur des structures et des équipes fortement impliquées, intérêt du modèle PMO**
- **Définition préalable des procédures de prise en charge clairement définies**
- **Rôle capital du pré hospitalier**
- **Seuil d'activité minimal**
- **Information et formation continue des équipes**

## *Quelles propositions pour l'avenir ?*

- *Faut il arrêter ?*

- **NON** (ce n'est pas le souhait des équipes....)
- Plan greffe 2012 – 2015

- *Comment continuer ?*

- augmentation du nombre de centres ? CHU ? CHG ?
- modification du rôle de l'ABM
  - convention: pré requis nécessaires
  - formation et encadrement des équipes
- communication « grand public » ?
- **développer le DDAC sur Maastricht 3 (ATA) ?**

# Analyse critique du prélèvement en condition M3 de Maastricht\*

\* Prélèvement chez un patient en arrêt cardiaque, ayant fait au préalable l'objet d'une décision d'arrêt des thérapeutiques actives.

Louis Puybasset, Jean-Etienne Bazin, Sadek Beloucif, Philippe Bizouarn, Sophie Crozier, Bernard Devalois, Béatrice Eon, Fabienne Fieux, Elsa Gisquet, Caroline Guibet-Lafaye, Nancy Kentish, André Lienhart, Armelle Nicolas-Robin, Manuel Otero Lopez, Corine Pelluchon, France Roussin et Laurent Beydon pour la SFAR (Comité d'Ethique ICARE)

VALIDATION PAR LE Conseil d'Administration de la SFAR le 13 janvier 2012

Réanimation  
DOI 10.1007/s13546-012-0445-1

RECOMMANDATIONS / RECOMMENDATIONS

## Contribution de la commission d'éthique de la Société de réanimation de langue française à un scénario de mise en œuvre des prélèvements d'organes de type Maastricht III en France

Contribution of the ethics committee of the French society of intensive care medicine to a scenario for the implementation of organ donation after Maastricht III-type cardiac death in France

J.-P. Graftieaux · P.-E. Bollaert · L. Haddad · N. Kentish-Barnes · G. Nitenberg · R. Robert · D. Villers · D. Dreyfuss

Pour la commission d'éthique de la SRLF : Didier Dreyfuss (secrétaire), Pierre-Édouard Bollaert, Laurence Bloch, Ludivine Chalumeau-Lemoine, Robin Cremer, Cédric Daubin, Dominique Folscheid, Jean-Pierre Graftieaux, Olivier Guisset, Lise Haddad, Philippe Hubert, Didier Journois, Nancy Kentish-Barnes, Alexandre Lautrette, Guy Le Gall, Anne Renault, Christian Richard, René Robert, Marina Thirion, Daniel Villers.

Reçu le 22 décembre 2011 ; accepté le 29 décembre 2011  
© SRLF et Springer-Verlag France 2012





# Merci pour votre attention

