

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
1 avril 2008**

Coordination du groupe : Marc Guerrier et Renaud Gruat

Rédaction : Marc Guerrier et Sophie Van Pradelles

Version validée par les participants

Prochaine réunion

Mardi 6 mai 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*

Frédéric	Adnet
Françoise	Back
Philippe	Barrier
Stéphane	Blanot
Jérémy	Bouchez
	Bourbotte
Frédéric	Boursier
Alexis	Burnod
Jean-Michel	Coq
Delphine	Darmon
François	Dupas
Sandrine	Duranton
Renaud	Gruat
Marc	Guerrier
Daniel	Janniere
Liliane	Joseph
Viviane	Justice
Véronique	Kokoszka-biscompte
Catherine	Leopold
Olivier	Marie
Armelle	Nicolas-Robin
Régis	Quere
France	Roussin
Audrey	Stypulkowski
Sophie	Van Pradelles
Benoit	Vivien

Contexte - Introduction

Les comptes-rendus des trois premières réunions sont disponibles sur www.espace-ethique.org/fr/transplantations.php). Cette quatrième rencontre prolonge la réflexion sur le thème énoncé à l'issue des deux premières : « Quand devient-on donneur potentiel » ?

Synthèse des échanges / Commentaires et déductions logiques en découlant

Deux exemples rapportés permettent d'approfondir les angles possibles de notre question de travail « quand devient-on donneur potentiel » ?

Ex. 1 : Un dialogue avec les proches au domicile

Un participant évoque la situation d'une jeune femme de 19 ans en arrêt cardiaque réfractaire à la réanimation conventionnelle (35 minutes), après un *no-flow* initial estimé à 20 minutes. « Dans cette situation spécifique, j'ai eu l'intuition qu'il était possible de parler avec les parents. J'ai donc annoncé le décès, et parlé d'emblée d'un prélèvement possible – mais je m'attendais à l'expression d'un refus immédiat. J'étais très surpris que les proches ne manifestent pas d'opposition ». Dans cette situation, la personne a donc été reconnue comme donneuse potentielle de façon explicite et transparente au domicile.

Dialoguer avec les proches au domicile, ou sur le lieu d'une intervention hors de l'hôpital, c'est devoir décider de parler ou non (a) de décès (a.1) avéré ou (a.2) potentiel, et (b) de prélèvement potentiel.

Ex 2. : L'arrivée des motards sur l'autoroute

Une autre personne du groupe évoque une intervention (SAMU) sur l'autoroute après un accident. « Nous étions en pleine réanimation, avec certes peu d'espoir, mais dans une logique encore de potentielle survie. Avertie que la personne concernée présentait les critères de donneuse potentielle, la régulation avait fait envoyer des motards pour le cas où la réanimation se serait avérée un échec. Occupé par la situation, j'ai été surpris de voir arriver ces motards, à qui l'on avait simplement donné mission de venir nous retrouver pour nous escorter à l'hôpital X (Centre de prélèvement à cœur arrêté). Cela n'a influencé en rien mes décisions médicales, mais j'évoque cette situation car elle peut nous être utile à analyser : j'ai ressenti quelque chose d'étrange à voir se 'matérialiser' de façon anticipée la possibilité du caractère réfractaire de l'arrêt cardiaque (ici sous la forme d'une escorte vers un centre de prélèvement) alors même qu'il n'était pas encore possible de parler d'échec des manœuvres de mon point de vue médical. »

Discussions suscitées par ces deux exemples

Dans le premier exemple, la logique dans la succession des événements ne semble pas bousculée. La réanimation maximale est un échec, dès lors il devient possible de parler de la personne comme donneuse potentielle en ayant franchi une étape significative : celle de l'intention de cesser la réanimation d'une personne qui n'y réagit pas. Une étape supplémentaire est franchie lorsque le réanimateur annonce le décès aux proches, et un seuil additionnel atteint lorsque s'énonce la notion de prélèvement potentiel. Ce premier exemple est indicatif d'une manière de considérer des seuils dans une chronologie qui n'entre pas en désaccord avec l'intuition, et constituent des repères potentiels. Notons qu'il peut y avoir un décalage temporel entre la décision médicale de cesser les manœuvres à visée curative et l'énonciation dans un dialogue des deux notions de décès et de prélèvement potentiel. Ici, les éléments apparaissent dans l'ordre 'attendu', ou intuitif, mais très ramassés dans le temps – l'annonce du décès et l'évocation du transport se font consécutivement, et immédiatement après la décision de cesser les manœuvres à visée curatives.

Le second exemple rapporté suscite un sentiment d'étrangeté du fait d'une apparente perturbation chronologique : l'arrivée d'une escorte symbolisant l'accompagnement vers un Centre de prélèvement survient avant l'affirmation médicale que la réanimation est un échec. Cette apparente inversion des étapes peut de prime abord heurter l'intuition, voire conduire à l'idée fausse que l'arrivée des motards assigne un statut à la personne (ici : la mort). Cette fausse idée peut provenir d'une confusion entre la fin et les moyens. La logistique déployée ne commande pas aux décisions prises : l'arrivée des motards ne crée pas la situation d'échec de la réanimation.

Pour autant, la présence d'une logistique ayant vocation à servir un éventuel prélèvement à cœur arrêté constitue ici, à sa manière, un signal visible voire spectaculaire, qu'il existe une potentialité du don. Mais potentialité ne signifie pas nécessité – pourtant les repères habituels peuvent sembler brouillés, ce d'autant plus que des éléments humains et matériels identiques peuvent être mis en branle à la fois dans le contexte d'une réanimation et dans celui d'un prélèvement à cœur arrêté.

L'examen ces deux exemples nourrit la discussion sur la question du « moment où l'on devient donneur potentiel », en ouvrant à l'idée qu'il existe plusieurs champs de temporalité : le champ lié à l'activité et aux décisions médicales (entreprendre de réanimer, puis cesser de tenter de sauver une personne), le champ lié à l'énonciation explicative des activités pratiquées et du dialogue avec les proches, et enfin le champ lié aux activités préparatoires logistiques pour le cas où un prélèvement à cœur arrêté pourrait être envisagé.

Dans ce qui se donne à voir, la superposition de ces champs peut créer une confusion pour un observateur non averti, ou habitué à une relation bijective entre un signe et une intention. Pour autant, une phase de mise en alerte anticipée entraînant la mobilisation visible de compétences humaines et de moyens logistiques dédiés à un éventuel prélèvement à cœur arrêté est nécessaire à la réalisation éventuelle de ce dernier.

Le groupe s'accorde donc à affirmer l'importance d'une réflexion pratique sur :

- a) La transparence et les explications données aux observateurs de la situation sur les intentions médicales, et la signification de la présence ou de l'absence de moyens mobilisés au cours du temps.
- b) Une attention sur les éventuels effets performatifs ou interférences que pourraient induire la nécessaire mise en œuvre d'alerte anticipée des moyens liés à la procédure de prélèvement « cœur arrêté », alors même que l'issue de la réanimation n'est pas encore connue.

Gérer des ambiguïtés nécessaires

Les échanges permettent d'explorer la notion « d'ambiguïté », en examinant les situations de réanimation initiale. Cette notion peut être source de confusion : il faut distinguer nettement deux « ambiguïtés ».

La première est la connaissance d'une ambiguïté dans les possibles. Au début d'une intervention de réanimation d'une personne en arrêt cardiaque, on sait qu'il est *possible* qu'elle survive grâce à la réanimation, mais qu'il est également *possible* qu'elle décède malgré une intervention médicale spécialisée. Si la personne présente par ailleurs les critères « de base » (notamment âge et lieu) pour être donneur potentiel, l'éventualité de la seconde issue (fatale) crée les conditions d'un possible prélèvement. Ici, tout repose sur une double certitude initiale : la *possibilité* de la survenue imminente de la mort assortie de l'incertitude des conséquences de la réanimation sur la personne en arrêt cardiaque. Pendant le massage initial (avant donc les 30 minutes requises pour évoquer l'échec de la réanimation), le statut de la personne peut être considéré comme « en suspens » au regard de savoir s'il s'agira (dans un futur très proche mais non encore advenu) d'une personne survivante ou non survivante (nous mettons de côté la question de savoir quand la personne non survivante va mourir ou si elle est déjà morte). Cette « suspension » crée l'ambiguïté s'agissant du don potentiel. Il s'agit d'une ambiguïté de fait, ou d'un fait donné ambigu et connu comme tel.

La seconde, tout à fait différente par nature de l'ambiguïté d'un statut physiologique de fait, est l'éventualité d'une ambiguïté dans les intentions, que le groupe souhaite examiner avec la plus grande lucidité possible. Les intentions qui président aux interventions sont-elles ambiguës ? Il n'y a pas d'ambiguïté si l'intention est uniquement de tenter de mener la personne à un état permettant sa survie, ou si l'intention est uniquement de maintenir les organes d'une personne décédée dans un état permettant leur transplantation future. Il existe une ambiguïté si l'intention est double, associant à la fois la volonté de réanimer la personne (donc de la considérer comme survivante potentielle et de désirer cette issue) et celle de progresser dans les étapes conduisant à un prélèvement à cœur arrêté (donc de considérer la personne comme une non survivante potentielle et de désirer cette issue). Dans le registre de la psychologie, la présence simultanée de deux désirs contradictoires se nomme ambivalence – et cet état de contradiction intérieure est bien connu et décrit par les spécialistes de cette discipline.

La possibilité de l'existence d'une ambiguïté d'intention ou d'une ambivalence dans la mise en œuvre initiale de la réanimation doit-elle être envisagée comme une réalité ? Pour le groupe, la réponse est très claire : l'intention médicale doit être uniquement le soin dans l'intervention initiale. Dans le quotidien, cette intention de soigner préside effectivement à toutes les décisions prises. Il n'y a donc pas d'ambiguïté d'intention dans l'acte de réanimation initiale. D'une façon unanime, l'ensemble des professionnels du groupe – dont il est licite de penser qu'ils sont en l'occurrence représentatifs d'une pensée générale – ne perçoit pas aujourd'hui de danger de « mauvaise réanimation » induite par la connaissance de la possibilité d'un prélèvement à cœur arrêté. Souhaitant examiner cette question jusqu'au bout, un participant s'interroge : « de façon inconsciente, lorsque la possibilité d'une filière 'cœur arrêté' existe, ne sommes-nous pas influencés dans l'efficacité de nos actions ? » Il n'est pas possible par définition de voir objectivement et immédiatement les déterminants non conscients pouvant influencer les actions d'une équipe de réanimation sur le lieu d'une intervention. Toutefois, dans l'hypothèse où une telle influence pourrait exister, elle ne conduirait pas dans les effets à une diminution de l'efficacité de la réanimation, mais au contraire vraisemblablement à de « meilleures

performances » (l'objectif mécanique étant dans tous les cas de maintenir une hémodynamique la meilleure possible). Par ailleurs, le groupe observe que les interventions en question sont l'objet d'un réglage « mécanique » très précis, ou d'automatismes peu sujet à variation dès lors que les bonnes pratiques professionnelles, auxquelles les intervenants urgentistes sont rompus, sont mises en œuvre.

La question des bonnes pratiques est donc acquise pour le groupe, mais la réaffirmer de façon publique peut s'avérer nécessaire, dès lors que la complexité des situations se prête à de possibles confusions pour le public – en particulier sur un sujet où il est question de la mort et de la transplantation.