

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
6 mai 2008**

Coordination du groupe : Marc Guerrier et Renaud Gruat

Rédaction : Marc Guerrier et Sophie Van Pradelles

Participants* :

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

Prénom	Nom
Philippe	Barrier
Caroline	Birlouez
Frédéric	Boursier
Laurence	Bultrowicz
Jean-Michel	Coq
Delphine	Darmon
Francois	Dupas
Sandrine	Duranton
Florence	Grualt
Renaud	Grualt
Marc	Guerrier
Emmanuel	Hirsch
Daniel	Jannière
Viviane	Justice
Véronique	Kokoszka
Catherine	Léopold
Armelle	Nicolas-Robin
Dominique	Perrin
Nathalie	Roudiak
France	Roussin
Jean-Luc	Sebbah
Audrey	Stypulkowski
Sophie	Van Pradelles
Benoit	Vivien

Contexte - Introduction

Les comptes-rendus des quatre premières réunions sont disponibles sur www.espace-ethique.org/fr/transplantations.php). Cette cinquième 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

Présentation d'une synthèse d'activité de l'équipe du SMUR de Gonesse s'agissant du devenir des personnes en état d'arrêt cardiaque réfractaires à la réanimation conventionnelles

Nos collègues de Gonesse partagent certains éléments de leur bilan d'activité sur les dernières années :

Évaluation des patients potentiellement éligibles pour ECMO thérapeutique et pour le programme cœur arrêté au SMUR de GONESSE entre 2004 et 2008
Boursier F, Birlouez C, Roudiak N, Sebbah JL.

	ACR	ECMO thérapeutique		Cœur arrêté	
	n	n	%	n	%
2004	86	5	5,8 %	16	18,6 %
2005	108	6	5,5 %	21	19,4 %
2006	103	8	7,4 %	24	23,3 %
2007	119	5	4,2 %	12	10,1 %
2008	11	0	0 %	2	18,2 %
Total	427	24	5,6 %	72	17,6 %

Réalisée à partir du logiciel Rphos

Ces chiffres indiquent, notamment :

- 1) Une croissance dans l'activité d'intervention du SMUR de Gonesse auprès de personnes concernées par un arrêt cardiaque.
- 2) Environ 5 % des patients sont éligibles pour une ECMO thérapeutique, et entre 10 et 20 % des personnes sont éligibles à une procédure de prélèvement à cœur arrêté (PCA). Si parler de « compétition entre ECMO thérapeutique et PCA » n'a strictement aucun sens (il serait absurde de dire que l'on soignerait moins bien les gens dans le but de ne pas les sauver afin de disposer d'organes), on observe qu'une activité maximale d'ECMO thérapeutique lorsqu'elle est disponible ne conduit pas à une diminution significative ou importante de personnes décédées pouvant être donneur à cœur arrêté.

Cette présentation d'une activité concrète permet au groupe de prolonger la réflexion sur les thèmes suivants :

1) La disponibilité de l'ECMO thérapeutique dans une circonstance où cette dernière est indiquée impose son usage

Pour des raisons déontologiques et éthiques évidentes (condensées sous l'impératif « d'obligation de moyens » dans le registre juridique), la disponibilité d'une technique dont une personne pourrait tirer un bénéfice médical en accord avec son intérêt personnel impose qu'on utilise cette technique.

Cette évidence concerne tout moyen, dont l'ECMO thérapeutique, mais appelle immédiatement au constat de la rareté de cette ressource. En effet, quelques centres seulement possèdent l'équipement nécessaire.

Le groupe s'accorde à reconnaître de nouveau l'impératif déontologique que l'on peut qualifier de maximisation de la réanimation proportionnée.

Cette expression en appelle simultanément à l'obligation de moyens (mettre en œuvre tout le possible, ici pour maintenir une fonction hémodynamique), et au principe de proportionnalité qui impose de ne pas mettre en œuvre ou de ne pas poursuivre ce qu'il est médicalement déraisonnable de faire (principe de non-obstination thérapeutique).

2) L'équipement « ECMO » a un usage potentiel triple

L'ECMO est utilisé en France dans trois contextes différents : la chirurgie cardio-thoracique nécessitant une CEC (usage à visée curative), la réanimation des arrêts cardiaques réfractaires (usage à visée curative), la conservation des organes après le constat de décès dans le contexte de prélèvement à cœur arrêté (usage à visée de conservation après le constat du décès).

Ces trois usages nécessitent le même matériel et des compétences très semblables voire identiques, y compris pour le troisième cas de figure. On peut en effet affirmer que savoir réaliser une ECMO (même sous-diaphragmatique) de conservation, c'est aussi savoir réaliser une ECMO à visée thérapeutique. Les gestes sont les mêmes, mais les circonstances, intentions et finalités sont différentes.

3) Il en résulte de potentiels conflits d'usage

Si la question du conflit d'intérêt, ou d'intention est considérée comme écartée par construction (cf. CR de la réunion précédente du 1^{er} avril 2008), celle du conflit d'usage reste ouverte.

En effet, les compétences humaines et les ressources matérielles nécessaires à la mise en place d'une ECMO se trouvent donc concentrées dans trois catégories de lieux¹ :

- a) Certains centres de réanimation médicale
- b) Les centres de chirurgie cardiaque
- c) Dotations prévues de matériel « dédié » à visée de conservation pour prélèvement de foie (nécessité de conservation des organes par CEC)

L'engagement professionnel des acteurs de ces différents lieux permet d'envisager aisément l'idée selon laquelle la mobilisation de matériel à des fins différentes de ce pour quoi il a été initialement acquis conduirait à des tensions. Demander aux réanimateurs de prêter un matériel rare à des fins non poursuivies par la réanimation serait vécu à juste titre comme une privation de moyen d'agir. De même, si un centre se voit doté d'un matériel de CEC afin de pratiquer une activité de prélèvement de foie sur des donneurs à cœur arrêté, et que ce matériel se voit mobilisé à des fins de réanimation pour d'autres patients, les acteurs de la transplantation seront dans l'incapacité de pratiquer des prélèvements pourtant possibles et souhaitables. À l'identique, utiliser le matériel de CEC d'un bloc opératoire de chirurgie cardiaque à des fins autres que celles de pratiques des opérations cardiaques, c'est rendre ces dernières impossibles.

¹ Notons que la superposition géographique de ces lieux peut susciter des interprétations erronées de la part d'observateurs insuffisamment attentifs, ou désireux de faire usage de sophismes. Il est possible par exemple qu'un chirurgien cardiaque pose des canules d'ECMO dans un centre qui pratique des PCA sur une personne en arrêt cardiaque réfractaire – mais le mot « chirurgien » fait évoquer aussitôt l'idée d'un prélèvement... qu'il ne saurait évidemment être question de pratiquer si l'ensemble des conditions pour le réaliser, à commencer par le constat de décès de la personne, ne sont pas réunies.

4) Le groupe insiste sur l'intérêt que présenterait une réflexion sur la répartition des ressources rares dès lors que l'utilisation de l'ECMO à visée thérapeutique dans des circonstances nouvelles peut créer une disproportion entre les situations où son usage est indiqué et les possibilités matérielles d'accès à cette technique

Le développement de l'usage de l'ECMO en réanimation « non conventionnelle » n'entre pas en conflit avec la pratiques des PCA ni sur le plan éthique, ni médical, car l'intention qui préside à l'usage de ce moyen n'est pas problématique a priori (on passe à l'étape d'un possible PCA uniquement lorsque l'intention de réanimer n'existe pas ou plus pour des raisons bien pesées).

L'extension des PCA au foie s'accompagne nécessairement de la dotation de moyens de CEC. Le groupe indique donc la nécessité de réfléchir aux conditions d'usage de cet outil, la question de fond pouvant se formuler comme suit : est-il acceptable moralement qu'un matériel de CEC à un endroit donné ne serve qu'à des fins de prélèvement ? Prendre une telle position ne serait pas compatible avec l'impératif déontologique de réanimation maximale proportionnée : si un patient présente un tableau clinique compatible avec une tentative ultime de réanimation non conventionnelle par ECMO, la simple proximité géographique d'un tel outil imposerait son usage (même si initialement le dispositif matériel a été acquis dans le contexte de mise en œuvre des pratiques de transplantations).

L'évolution des pratiques en réanimation peut légitimement conduire à des questions analogues s'agissant du matériel utilisé en anesthésie pour les interventions nécessitant CEC.

5) Le groupe insiste sur l'intérêt de procédures transparentes et harmonisées s'agissant de l'orientation des personnes en situation d'arrêt cardiaque réfractaire

Le paysage est très fortement évolutif aujourd'hui concernant à la fois la réflexion scientifique et la mise en œuvre des pratiques de réanimation non conventionnelles dans les circonstances où ces dernières sont indiquées, mais également dans le développement parallèle des pratiques de PCA.

Le groupe souhaite affirmer l'importance d'une gestion harmonisée des protocoles de prise en charge des personnes en situation d'arrêt cardiaque réfractaire. En effet, il ne serait pas pertinent, ni du point de vue médical, ni du point de vue éthique, que les paramètres d'orientation de personnes à situation médicale équivalente soient sensiblement différents à moyens médicaux égaux.

La notion de collégialité semble importante dans la prise de décision à cet égard, et une réflexion sur les conditions de la prise de décision s'agissant de la décision de proposer ou non une CEC thérapeutique à une personne serait également intéressante – en contrepoint de celles conduites sur les prélèvements à cœur arrêté.