



HOPITAL
FOCH

Pour votre santé, Foch s'engage



Démarches anticipées

- l'avis du réanimateur -

Congrès Ouest Transplant
10/11/2023

Dr Benjamin Zuber

Liens d'intérêt



Médecin coordonnateur
2012-2018

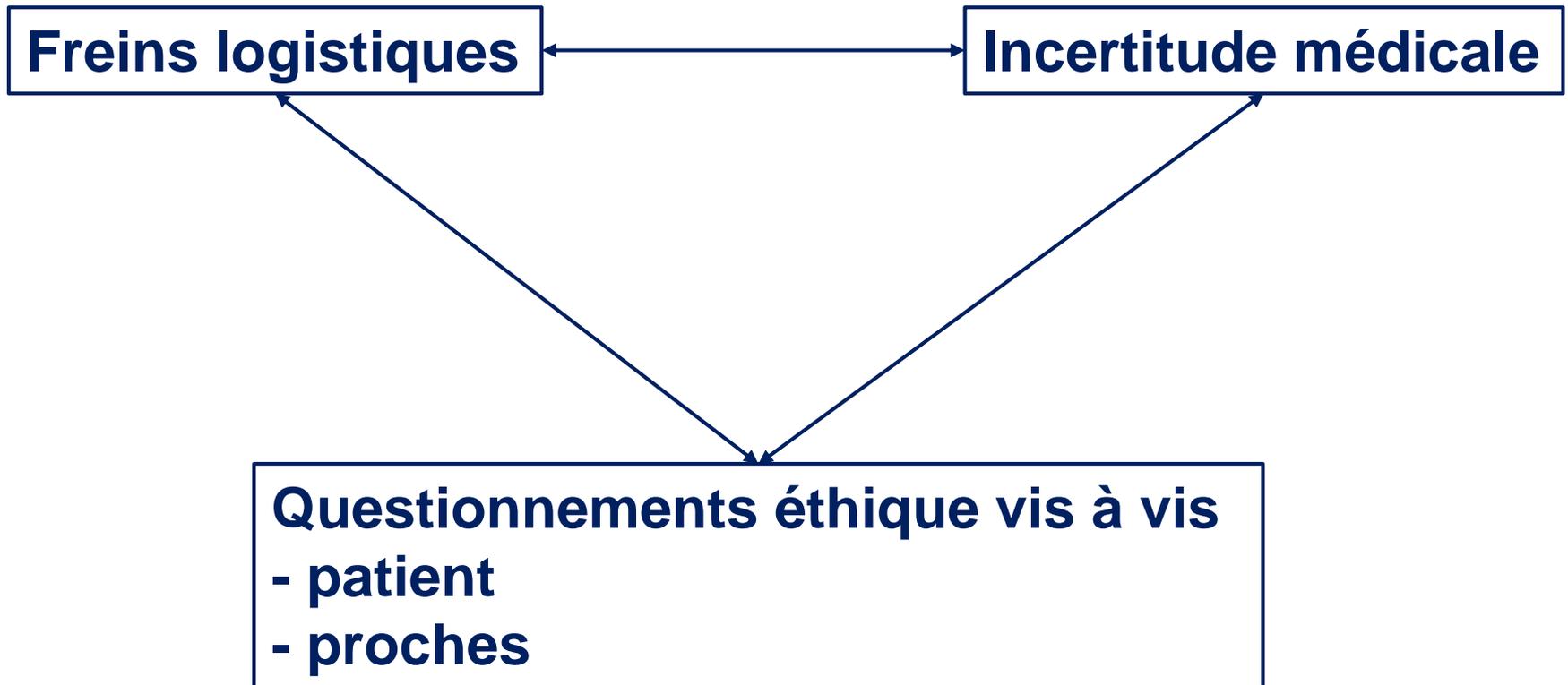
- Activité urgences neuro/neurochir
- CHPOT avec PMO et M3
- Activité transplantations organes



Commission Ethique

Membre du groupe de travail ABM
« Elaboration de recommandations de bonne
pratique relatives aux démarches anticipées en vue
de don d'organes et de tissus » :

Quelles sont les difficultés soulevées par les DA pour le réanimateur?



Cas clinique

Patient 84 ans J2 hospitalisation pour AVC hémorragique (hémiplégie et GCS 13 à l'admission).

Pas d'indication chirurgicale

Risque décès expliqué à épouse à J0

Cas clinique

Patient 84 ans J2 hospitalisation pour AVC hémorragique (hémiplégie et GCS 13 à l'admission).

Pas d'indication chirurgicale

Risque décès expliqué à épouse à J0

Appel Réa et CHPOT devant aggravation neurologique et respiratoire

GCS 6 (Y1 V1 M4) pupilles isocores réactives

Détresse respiratoire sur inhalation SpO2 92% sous O2 MHC 15L/mn

Scanner crane contrôle: atrophie cortico sous cortical, majoration hématome et engagement sous falcoriel

Cas clinique

Patient 84 ans J2 hospitalisation pour AVC hémorragique (hémiplégie et GCS 13 à l'admission).

Pas d'indication chirurgicale

Risque décès expliqué à épouse à J0

Appel Réa et CHPOT devant aggravation neurologique et respiratoire

GCS 6 (Y1 V1 M4) pupilles isocores réactives

Détresse respiratoire sur inhalation SpO2 92% sous O2 MHC 15L/mn

Scanner crane contrôle: atrophie cortico sous cortical, majoration hématome et engagement sous falcoriel

1 place de libre en réanimation

Epouse non présente

Cas clinique

Patient 84 ans J2 hospitalisation pour AVC hémorragique (hémiplégié et GCS 13 à l'admission).

Pas d'indication chirurgicale

Risque décès expliqué à épouse à J0

Appel Réa et CHPOT devant aggravation neurologique et respiratoire

GCS 6 (Y1 V1)
Détresse resp
sous O2 MHC

Scanner crane contrôle: atrophie cortico sous cortical, majoration hématome et engagement sous falcoriel

Que décidez vous?

1 place de libre en réanimation

Epouse non présente

Que décidez vous?

Pas d'indication chirurgicale
Risque décès expliqué à épouse à J0

1. J'intube le patient et le transfère en réanimation. Le consentement présumé prévaut. J'appellerai son épouse après.
2. Je sédate le patient. Pas d'accord de proche = pas de DA.
3. J'appelle en urgence l'épouse au téléphone et lui explique l'aggravation, l'évolution attendue vers un décès rapide et de la possibilité d'admission en réanimation pour éventuel PMO.
4. Je n'ai qu'un seul lit libre en réa pour la nuit. Je ne vais pas admettre un patient de 84 ans mourant dont je ne suis pas certain qu'il soit donneur d'organes.

Quelles sont les difficultés soulevées par les DA pour le réanimateur?



Démarches anticipées et lits disponibles

- **La gestion des ressources capacitaires est un enjeu majeur des soins critiques**
- **L'objectif est de pouvoir offrir un accès aux soins aux patients le nécessitant**
- **Dans le cadre des démarches anticipées ce n'est pas le patient mourant qui peut bénéficier directement de soins critiques mais de potentiels receveurs dans le cas où un PMO peut être réalisé**



Démarches anticipées et lits disponibles

-transfert des patients dans un autre hôpital?-

- Peut être délicat lorsqu'une prise en charge palliative a été initiée
 - absence de continuité de suivi des proches
 - éloignement géographique potentiel des proches

Transferring an ICU Patient at the End of His Life for the Purpose of Organ Donation: Could It Be Considered?

Matthieu Le Dorze^{1,2,3}, Bénédicte Gaillard Le Roux^{4,5}, Gérard Audibert^{1,6}, Régis Quéré^{4,7}, Laurent Muller^{1,8}, Sylvain Lavoué^{4,9}, Jean-Christophe Venhard¹⁰, Pierre-François Perrigault^{1,11} and Olivier Lesieur^{4,12}*



Transplant
International 2022

Quelles sont les difficultés soulevées par les DA pour le réanimateur?



Predictive factors of brain death in severe stroke patients identified by organ procurement and transplant coordination in Lorrain, France

Lisa Humbertjean,¹ Gioia Mione,¹ Renaud Fay,¹ Laurent Durin,² Sophie Planel,³ Jean-Christophe Lacour,¹ Ana-Maria Enea¹ and Sébastien Richard¹

TRANSPLANT
INTERNATIONAL

2016

- Etude multicentrique 2012 / 2013
 - Critères d'inclusion :
 - AVC récent (hémorragique, ischémique ou HSA)
 - Décision de limitation ou d'arrêt thérapeutique
 - Dossier évalué par la coordination
- => Inclusion de 400 patients (98 % AVC < 24h)

Objectif :
Identifier les facteurs prédictifs d'évolution vers l'EME
Création d'un score prédictif

Predictive factors of brain death in severe stroke patients identified by organ procurement and transplant coordination in Lorrain, France

Lisa Humbertjean,¹ Gioia Mione,¹ Renaud Fay,¹ Laurent Durin,² Sophie Planel,³ Jean-Christophe Lacour,¹ Ana-Maria Enea¹ and Sébastien Richard¹

TRANSPLANT
INTERNATIONAL

2016

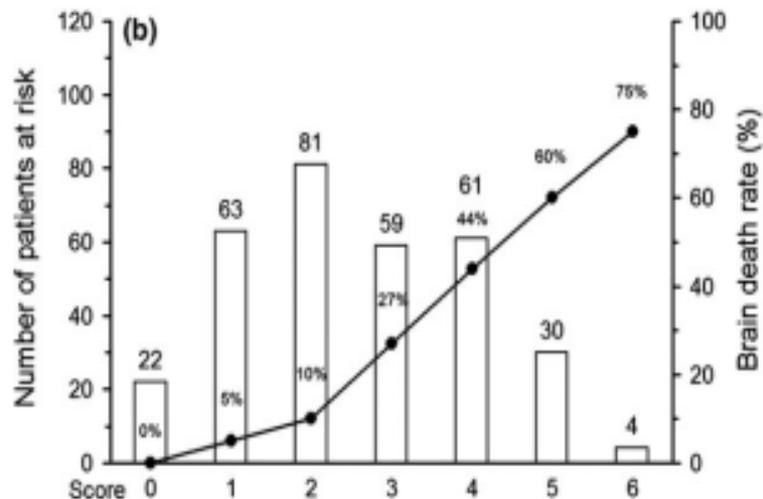
400 patients

91 EME (23%)

52 PMO (12%)

(b)

- ◆ Glasgow ≤ 6
- ◆ Stroke volume > 65 ml
- ◆ Hydrocephalus
- ◆ Brain herniation
- ◆ SBP > 150 mmHg
- ◆ Alcohol abuse

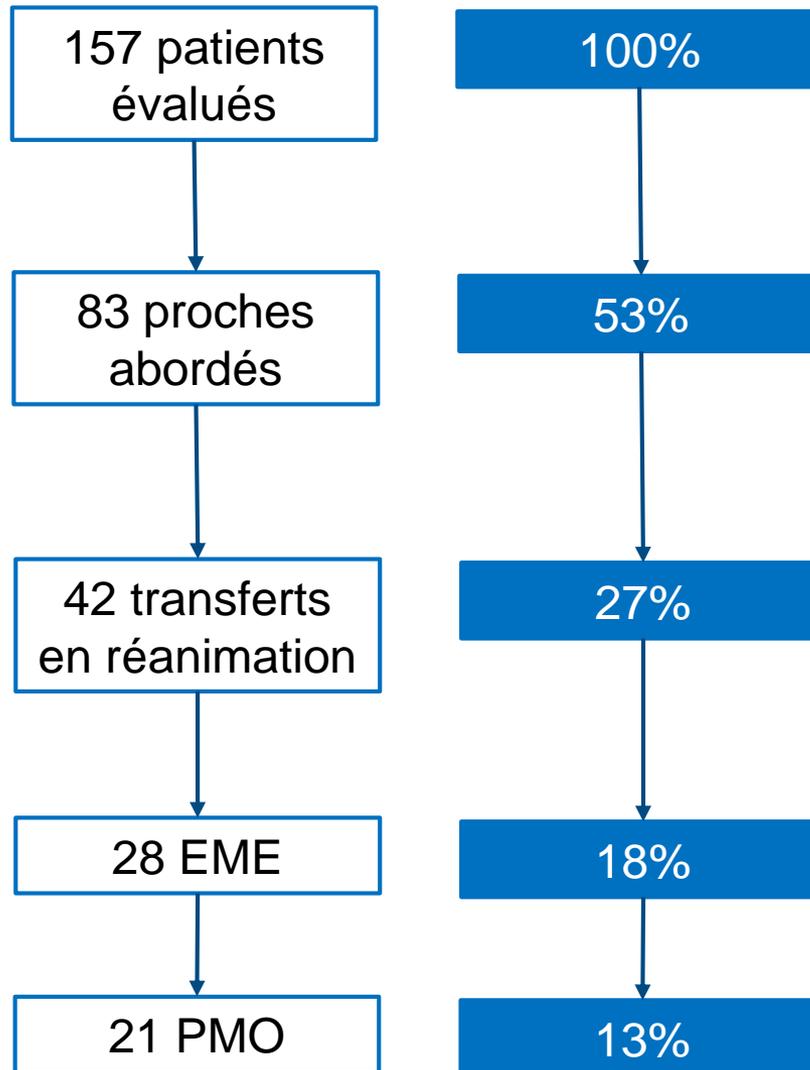


Au moins 4 facteurs : 95 patients / 48 EME (50.5%)

3 facteurs ou moins : 225 patients / 27 EME (12%)

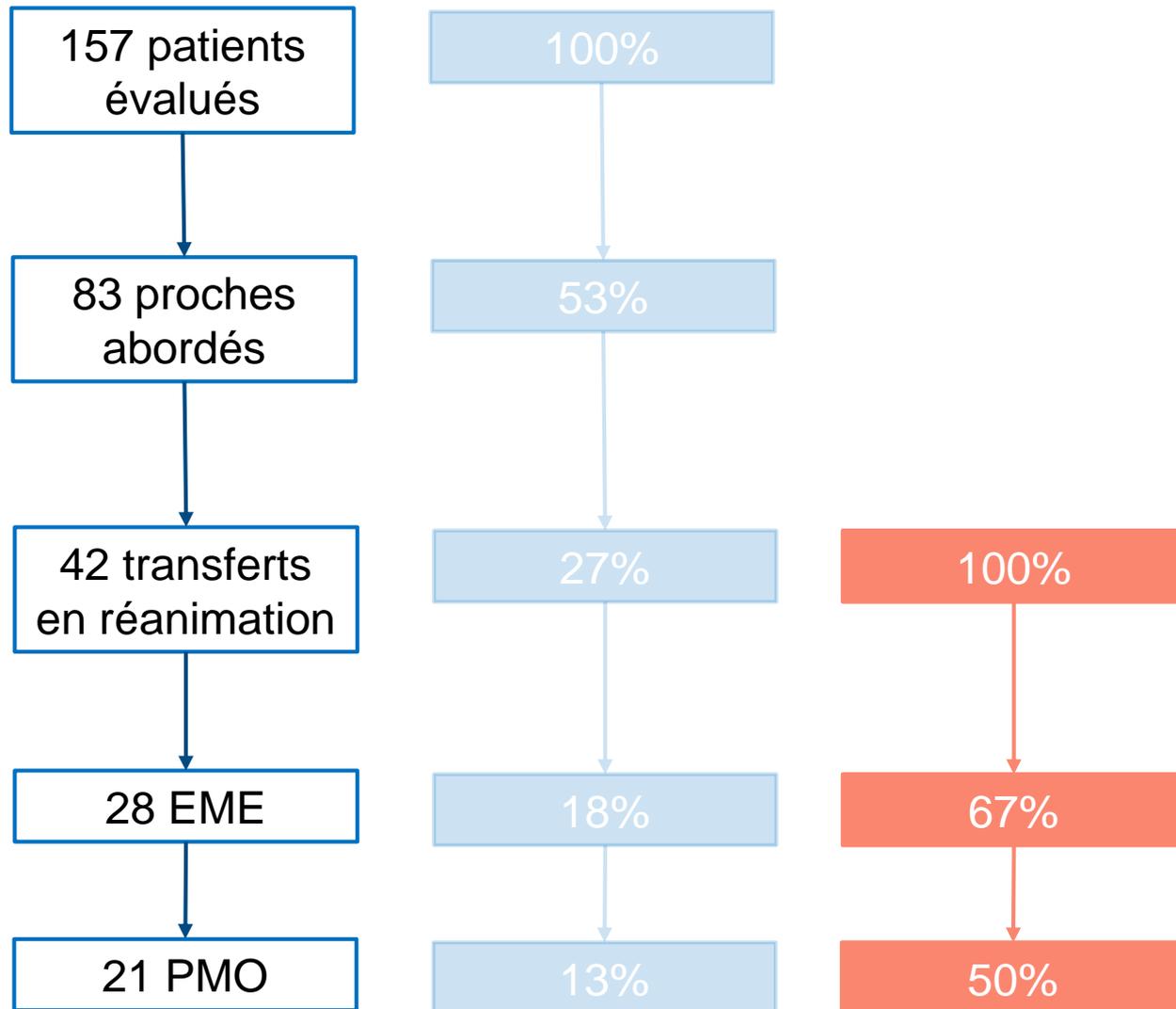
Expérience de l'hôpital Foch (2013-2022) des démarches anticipées:

Thèse médecine Danae Reguine (soutenance le 10/10/2023)



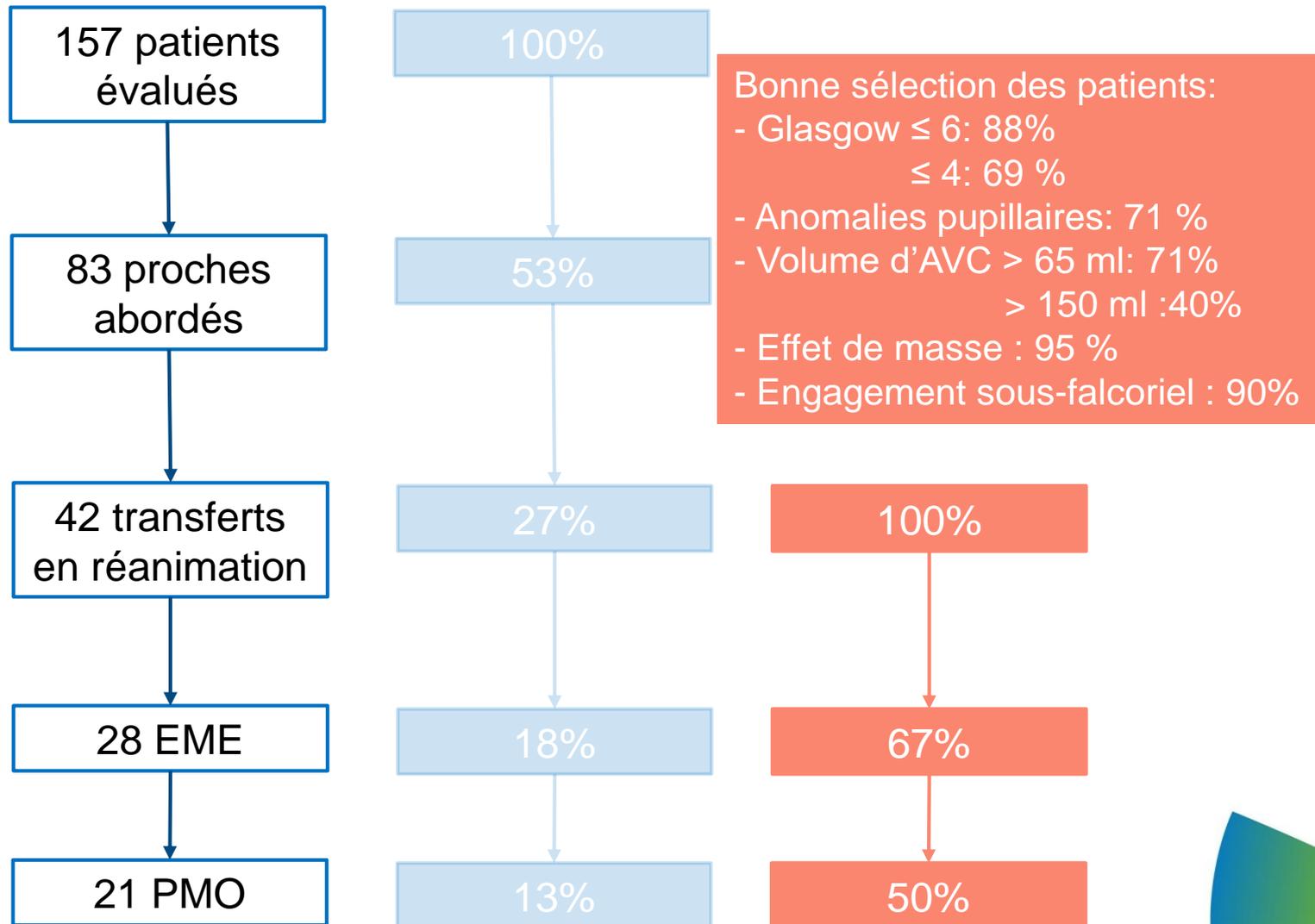
Expérience de l'hôpital Foch (2013-2022) des démarches anticipées:

Thèse médecine Danae Reguine (soutenance le 10/10/2023)



Expérience de l'hôpital Foch (2013-2022) des démarches anticipées:

Thèse médecine Danae Reguine (soutenance le 10/10/2023)



Incertitude médicale

- **Absence de score très robuste permettant de prédire le passage en EME**
- **Le « succès » des démarches anticipées dépend:**
 1. **De la recherche de non opposition et de l'adhésion des proches**
 2. **Du passage en EME**
 3. **De l'absence de découverte de CI notamment chez le patient âgé.**
→ Timing de la réalisation d'un body scanner chez ces patients?
- **Intérêt pour l'ABM de recenser l'intégralité des DA en France**
 1. **Dégager des facteurs prédictifs de succès de démarches (=PMO)**
 2. **Evaluer les pratiques**

Quelles sont les difficultés soulevées par les DA pour le réanimateur?



Une littérature riche...

Original article

Intensive care for A four-stage process

Dale Gardiner,
Anne L. Dallen

CRITICAL CARE

Review

Ethical

Elective non-therapeutic intensive care and the four principles of medical ethics

Antoine Baumann,¹ Gérard Audibert,¹ Caroline Guibet Lafaye,² Louis Puybasset,³
Paul-Michel Mertes,¹ Frédérique Claudot⁴

J Med Ethics 2013; *i*
...ation reviews 2022

VIEWPOINT

Intimacy or utility, between palliation and ... and

Arïc Bendorf*, Ian H Kerridge² and Cameron Ste...

Jiics

Journal of the Intensive Care Society
2019, Vol. 20(4) 335-340
© The Intensive Care Society 2019
Article reuse guidelines:
sagepub.com/journals-permissions
DOI: 10.1177/1751143719840254
journals.sagepub.com/home/jics



4 principes de l'éthique médicale

- **Le respect de l'autonomie du sujet**
- **Bienfaisance**
- **Non-malfaisance**
- **Equité**

Principles of Biomedical Ethics de Tom Beauchamp et James Childress 1979



Respect de l'autonomie

- **Définition: le respect de la personne, de son autonomie et sa capacité à être acteur et à décider de sa propre santé.**
- **Dans le cadre d'une DA, la non opposition au don d'organes équivaut elle à l'accord du patient ?**
- **Limite du consentement présumé et de l'absence d'information claire et exhaustive sur les différentes modalités pouvant conduire au don d'organes post mortem**

Bienfaisance

- **Définition: faciliter et faire le bien, contribuer au bien-être du patient**
- **Dans le cadre d'une DA, est il possible de parler de bienfaisance?**
 - **Pour la société et receveurs d'organes: bénéfice évidents**
 - **pour le patient: respect du souhait d'être donneur**
 - **pour les proches: donner un sens au décès**



Non malfeasance

- **Pour le patient:**
 - s'assurer d'une prise en charge exemplaire du confort
 - la crainte majeure: amélioration relative et évolution vers un handicap que le patient n'aurait pas souhaité
 - Critères cliniques et radiologiques d'évolution vers EME
 - Sédation en réanimation dès l'admission et SPCMD si pas de passage en ME?
- **Pour les proches:**
 - s'assurer d'un accompagnement quotidien en réanimation
 - faciliter au maximum les visites si les proches le souhaitent
 - établir un « contrat » de durée de réanimation
 - être prêt à arrêter la démarche si les proches le demandent

Équité / Justice

- **Solidarité entre individus = un des piliers de notre société et de notre système de santé**
 - **Dans le cas des démarches anticipées: distinction peut être tenue entre éthique humaniste et éthique utilitariste**
 - **Problématique de l'offre de soins critiques**
- 

Conclusions

- **Démarches anticipées sont des procédures rares et complexes pour les coordinations hospitalières et les équipes de réanimation**
 - **Nécessite une meilleure formation des réanimateurs**
 - **Absence aujourd'hui de score prédictif clinico-radiologique robuste d'évolution vers une mort encéphalique des patients cérébrolésés graves**
 - **Nécessité d'évaluer les DA en France pour analyser les pratiques et évaluer les résultats et ... de valoriser cette activité**
 - **Ces démarches soulèvent des questions éthiques qui peuvent mettre à jour les limites du consentement présumé et de la mauvaise connaissance des modalités de dons d'organes post mortem par la population française**
- 