

Abord anticipé : le contre

CONGRÈS OUEST TRANSPLANT DU 10 NOVEMBRE 2022

DR LAURENT MARTIN-LEFEVRE

Liens d'intérêt

Médecin de la coordination des prélèvements d'organes et de tissus

Expert du champ 5 « Place du don d'organes chez les patients en coma grave à la suite d'un accident vasculaire cérébral » (Bollaert P-E, et al. Prise en charge de l'accident vasculaire cérébral chez l'adulte et l'enfant par la réanimateur (nouveau exclu, hémorragie méningée exclue). RFE sous l'égide de la SRLF. 2010)

L'abord anticipé est hors la loi (1)

Article L1232-1 du code de la santé publique (modifié par LOI n°2016-41 du 26 janvier 2016 - art. 192)

- Le prélèvement d'organes sur une personne dont la mort a été dûment constatée ne peut être effectué qu'à des fins thérapeutiques ou scientifiques.
- Le médecin informe les proches du défunt, préalablement au prélèvement envisagé, de sa nature et de sa finalité, conformément aux bonnes pratiques arrêtées par le ministre chargé de la santé sur proposition de l'Agence de la biomédecine.
- **Ce prélèvement peut être pratiqué sur une personne majeure dès lors qu'elle n'a pas fait connaître, de son vivant, son refus d'un tel prélèvement, principalement par l'inscription sur un registre national automatisé prévu à cet effet.** Ce refus est révocable à tout moment.
 - Impossibilité de consulter le registre national des refus avant le décès du patient (testamentaire)

L'abord anticipé est hors la loi (2)



RECOMMANDATIONS D'EXPERTS

Prise en charge de l'accident vasculaire cérébral chez l'adulte et l'enfant par le réanimateur (nouveau-né exclu), (hémorragie méningée exclue). Recommandations formalisées d'experts sous l'égide de la Société de réanimation de langue française, Avec la participation du groupe francophone de réanimation et urgences pédiatriques (GFRUP), de la société française neurovasculaire (SFNV), de l'association de neuro-anesthésie et réanimation de langue française (ANARLF), de l'agence de la biomédecine (ABM)

Stroke management by intensivists in adult and children (subarachnoid hemorrhage excluded), (new-born excluded). Société de réanimation de langue française experts recommandations

P.-E. Bollaert^{a,1,*}, I. Vinatier^{b,2}, D. Orlikowski^{c,2}, P. Meyer^{d,2},
Groupe d'experts³

Qu'est-il demandé aux proches ?

- *En l'absence d'opposition du patient au don, l'accord des proches est indispensable à l'instauration ou à la poursuite des thérapeutiques de réanimation dans l'optique exclusive d'un prélèvement d'organes « accord fort ».*
- ≠ du régime du consentement présumé et de la simple information des proches au don d'organes

L'abord anticipé est hors la loi (3)

Non-therapeutic intensive care for organ donation: A healthcare professionals' opinion survey

Stéphanie Camut
University Hospital, France

Antoine Baumann
University Hospital, France; Ethos EA 7299, Université de Lorraine, France; Comité de Réflexion Ethique Nancéien Hospitalo-Universitaire, France

Véronique Dubois
University Hospital, France; Comité de Réflexion Ethique Nancéien Hospitalo-Universitaire, France

Xavier Ducrocq
University Hospital, France; Ethos, EA 7299, Université de Lorraine, France; Comité de Réflexion Ethique Nancéien Hospitalo-Universitaire, France

Gérard Audibert
University Hospital, France; Comité de Réflexion Ethique Nancéien Hospitalo-Universitaire, France

Nursing Ethics
1-12
© The Author(s) 2014
Reprints and permission:
sagepub.co.uk/journalsPermissions.nav
10.1177/0969733014558969
nej.sagepub.com


- 174 questionnaires complétés (taux de réponse de 51%)

Table 1. Characteristics of the population of respondents.

Wards	Physicians	Residents	Nurses	Nurses' aides	Total
Neurosurgical ICU	3/6 (50%)	1/3 (33%)	27/40 (67%)	13/24 (54%)	26.4%
Surgical ICU	5/8 (62%)	3/6 (50%)	20/28 (71%)	8/16 (50%)	22.4%
Medical ICU	5/10 (50%)	3/7 (40%)	27/37 (73%)	7/19 (37%)	24.7%
Stroke Unit	1/4 (25%)	0/2	6/21 (29%)	4/13 (31%)	6.3%
Emergency Department	18/30 (60%)	5/15 (33%)	13/64 (20%)	5/24 (21%)	20.1%
Total	17.2%	5.8%	53.4%	23.6%	

ICU: intensive care unit.

- A la question, pour permettre le transfert du patient en réanimation dans le cadre d'une démarche anticipée, vous pensez qu'il est nécessaire de vérifier:
 - Le consentement du patient au don d'organes (30,6%)
 - Le consentement de la famille (44,8%)
 - La recherche d'opposition au don d'organes (24,6%)

L'abord anticipé n'est pas éthique (1)

Article original

en ligne sur / on line on
www.em-consulte.com/presse/lpm
www.ac.le-mardi.net

Press Med. 2012; 41: e533-538
© 2012 Elsevier Masson SAS.
Tous droits réservés.

Réanimation non thérapeutique en fin de vie pour préservation des organes en vue d'un don : problèmes éthiques et légaux

Antoine Baumann^{1,2}, Xavier Ducrocq^{2,3}, Gérard Audibert^{1,2}, Henry Coudane^{4,5}, Paul-Michel Mertes⁶, Frédérique Claudot^{2,4,7}

- Instrumentalisation, réification :
 - L'abord anticipé nie le principe kantien: « Agis de telle sorte que tu traites l'humanité, aussi bien dans ta personne que dans la personne de tout autre, toujours en même temps comme une fin jamais simplement comme un moyen »
 - Dépossession de la fin de vie naturelle au profit d'une technicisation avec pour conséquence l'éloignement des proches et la diminution des aspects humain et métaphysique
- Obstination déraisonnable :
 - Les soins de préservation des organes avant la mort ne sont pas autorisés en France. Ils nécessiteraient au minimum le recueil du consentement du patient (en contradiction avec la loi)

L'abord anticipé n'est pas éthique (2)

Conflit d'intérêt :

- Entre la décision médicale d'arrêt des traitements et le prélèvement d'organes

Malfaisance :

- Mettre en place ou poursuivre des traitements douloureux pour le patient (soins de réanimation)
- Le risque est la non évolution vers la ME avec prolongement de la fin de vie, l'évolution vers un état végétatif chronique.
 - Pour minimiser ce risque, établissement de score pronostiquant le passage en mort encéphalique

L'abord anticipé n'est pas éthique (3)

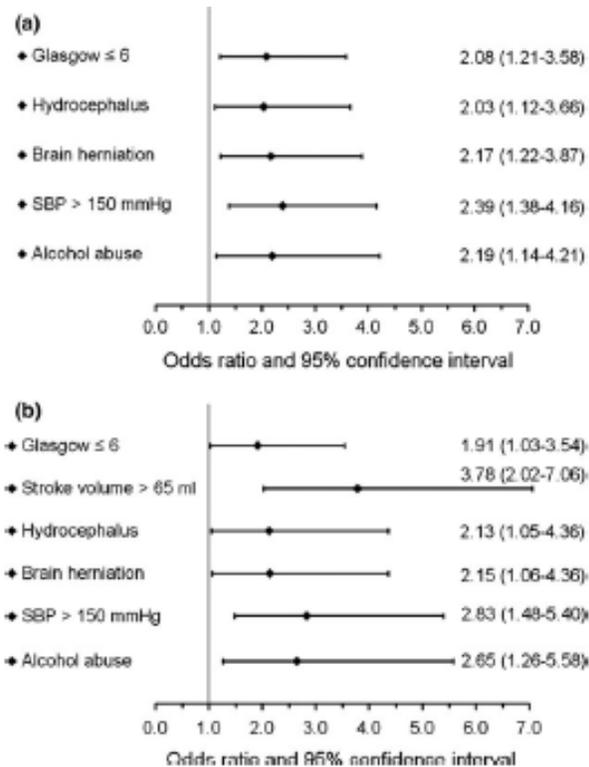


Figure 1 Factors significantly associated in multivariate analysis with progression to brain death for model 1(a) and 2(b), odds ratio and 95% confidence interval. Model 1: stroke-type independent, model 2: stroke-type dependent, SBP: systolic blood pressure.

Table 3. Risk progression to brain death according to the number of predictive factors.

	Grade	Risk factors number	Interpretation	Events/patients	OR (95% CI)	P-value	Corrected c-index
Score 1	1	0-1 factor	–	11/129	Reference		72% (67–78%)
	2	2 factors	vs. 0–1 factor	17/109	1.98 (0.89–4.44)	0.096	
	3	3–5 factors	vs. 0–1 factor	59/139	7.91 (3.92–16.0)	<0.0001	
		Total	–	87/377	–	–	
Score 2	1	0-1 factor	–	3/85	Reference		77% (72–82%)
	2	2–3 factors	vs. 0–1 factor	24/140	5.66 (1.65–19.4)	0.006	
	3	4–6 factors	vs. 0–1 factor	48/95	27.9 (8.24–94.6)	<0.0001	
		Total	–	75/320	–	–	

Score 1: stroke-type independent (without stroke volume), score 2: stroke-type dependent (with stroke volume). OR (95% CI): odds ratio (95% confidence interval) and corrected c-index: bootstrap bias-corrected c-index (95% confidence interval).

Humbertjean L et col. Predictive factors of brain death in severe stroke patients identified by organ procurement and transplant coordination in Lorraine, France. 2015 Transplant International.

L'abord anticipé augmente le taux de refus (1)

Evolution du devenir des sujets en état de mort encéphalique recensés

	2016		2017		2018		2019		2020	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Non prélevé pour opposition au prélèvement	1213	33.0	1081	30.5	1046	30.0	1059	30.5	972	33.0

Evolution du devenir des sujets décédés après arrêt circulatoire suite à limitation ou arrêt des thérapeutiques (catégorie 3 de Maastricht) recensés

	2016	2017	2018	2019	2020
Nombre de donneurs avec opposition	24	65	74	141	160
Taux d'opposition (%)	27.3	32.7	29.7	35.9	37.6

Anaesthesia 2021

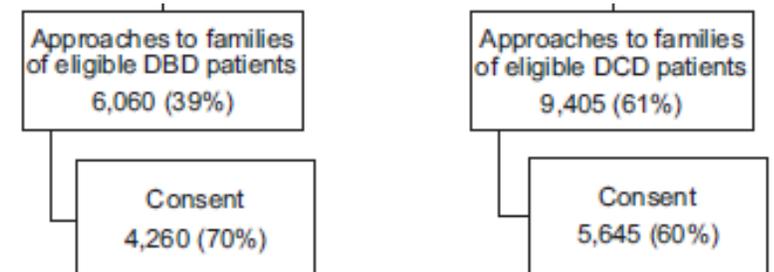
doi:10.1111/anae.15485

Original Article

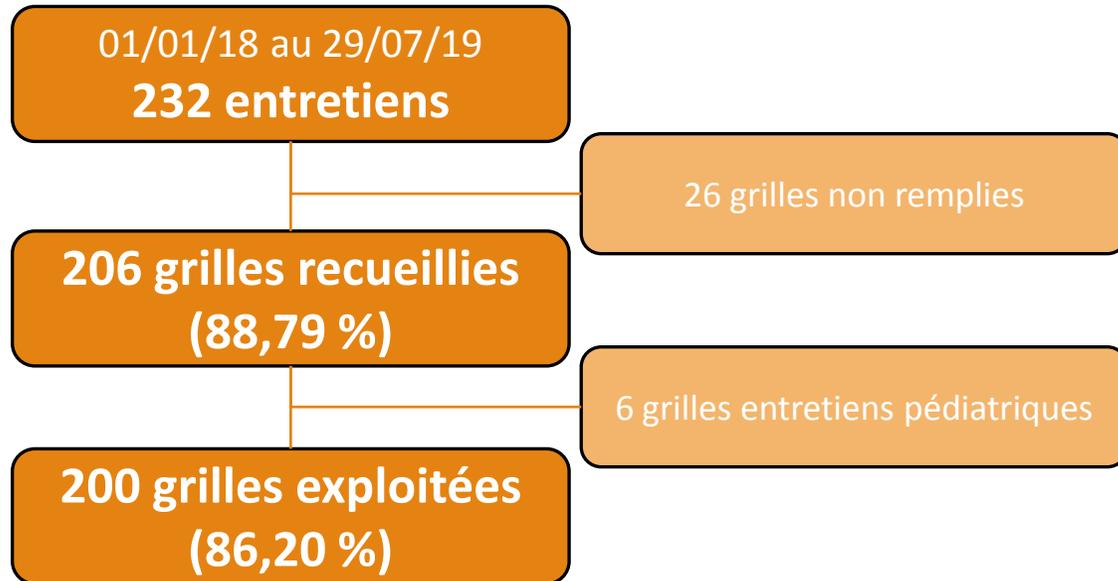
Validation of the factors influencing family consent for organ donation in the UK

R. M. K. Curtis,¹ A. R. Manara,² S. Madden,¹ C. Brown,³ S. Dunliff,⁴ D. Harvey,⁵ A. Tridente⁶ and D. Gardiner⁵

Du 1^{er} avril 2014
au 31 mars 2019

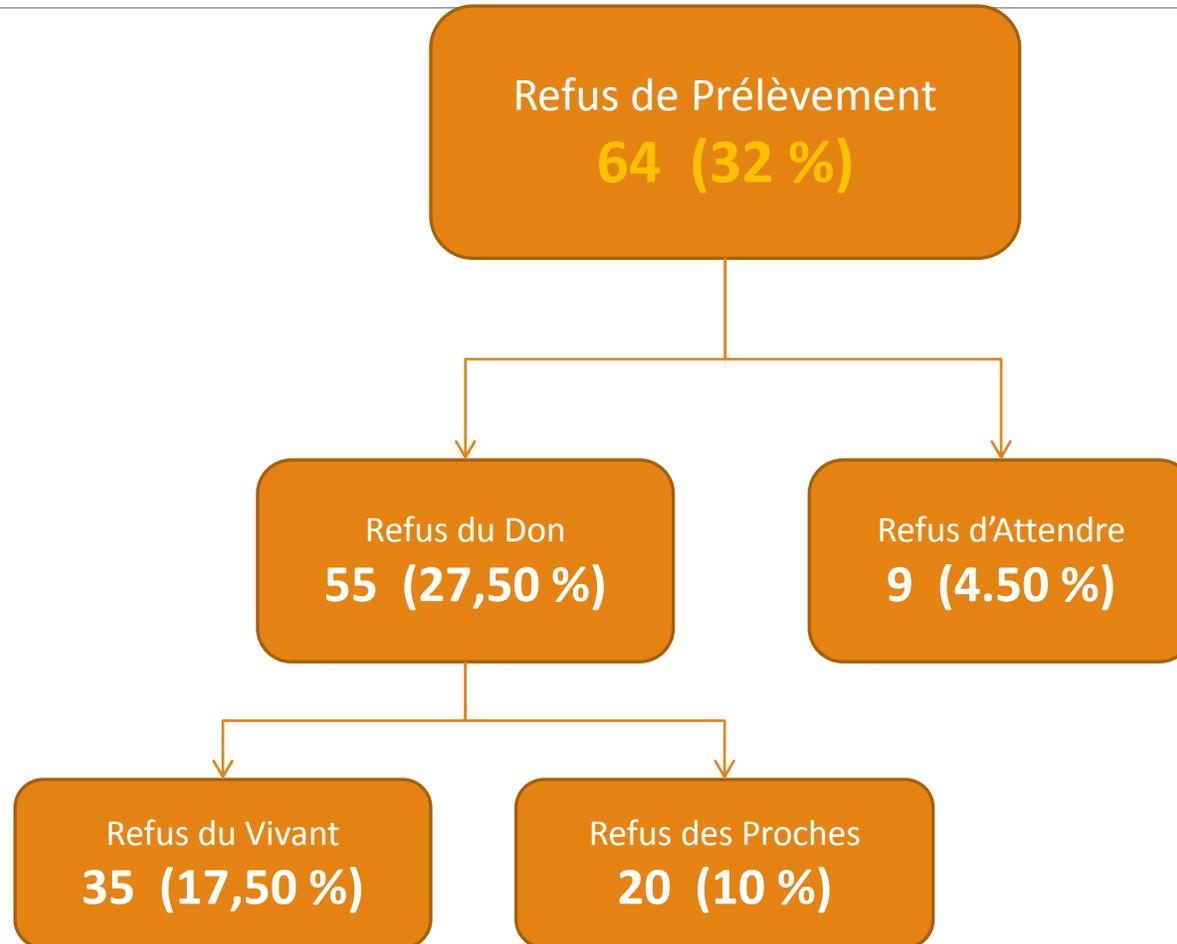


L'abord anticipé augmente le taux de refus (2)



Types de donneur	Refus de prélèvement N = 64 (32 %)	P
EME (n = 66)	13 (19,69 %)	0,014
Abord Anticipé (n = 90)	31 (34,44 %)	
DDACM3 (n= 44)	20 (45,45 %)	

L'abord anticipé augmente le taux de refus (3)



L'abord anticipé diminue les ressources financières de l'établissement

L'abord anticipé aux urgences se traduit par :

- La diminution des séjours en réanimation
- La diminution des recensements des donneurs en mort encéphalique et donc du budget structure de la coordination



Direction générale médicale et scientifique
Direction Prélèvement Greffe organes – tissus

Modalités de recensement des donneurs potentiels et application de la T2A

DESCRIPTION DU PROCESSUS

■ Cas des donneurs en état de mort encéphalique :

Tout sujet identifié en état de mort encéphalique clinique, ne présentant pas de contre-indication d'emblée :

- ↳ « contre-indication médicale d'emblée » (ex : HIV connu, cancer ex mélanome, défaillance multiviscérale).

et pour lequel le régulateur a été appelé, doit être recensé dans Cristal et le numéro Cristal sera alors communiqué à la coordination hospitalière.

En conclusion

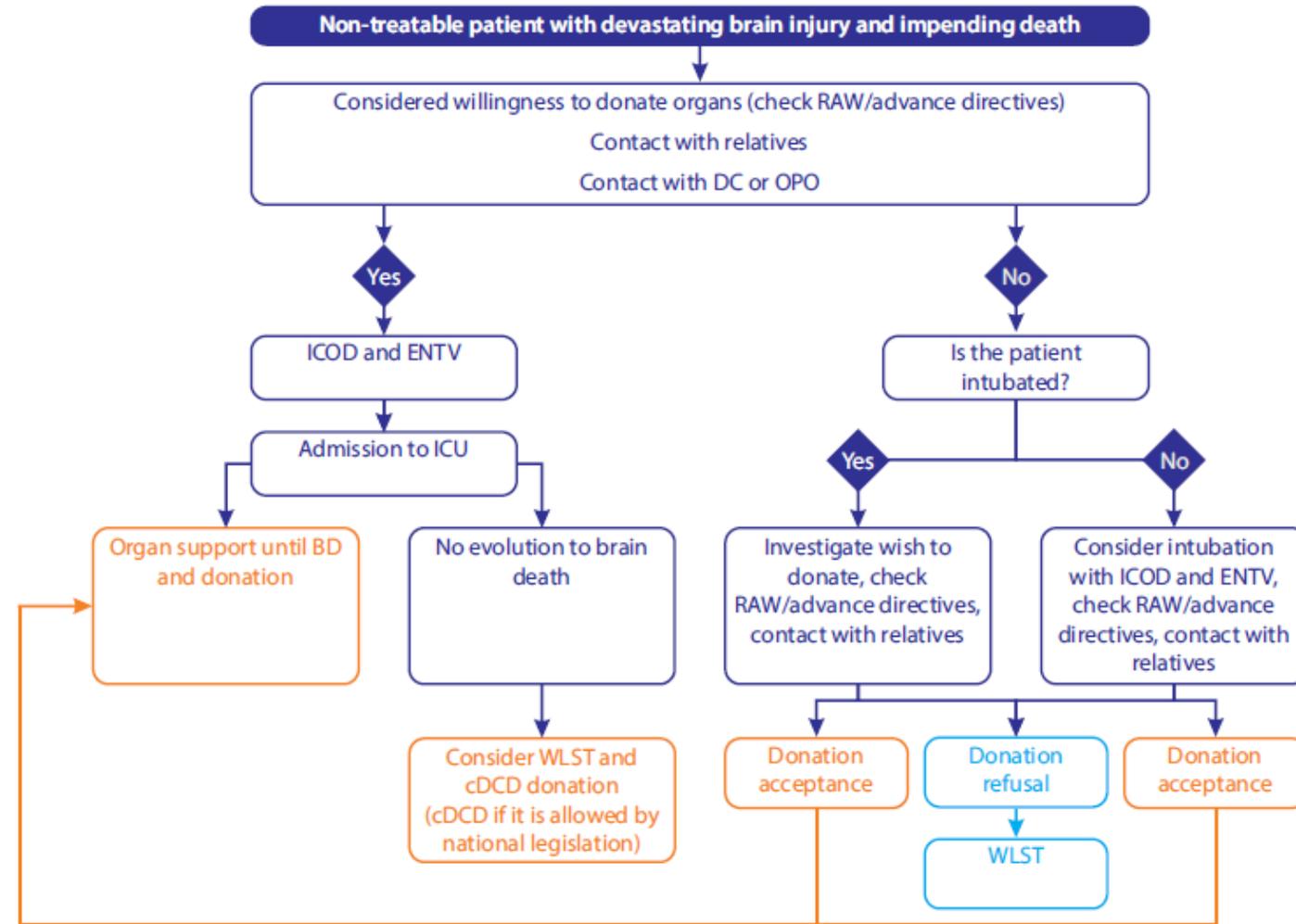
Il faut admettre systématiquement, en réanimation, les patients susceptibles de passer en mort encéphalique et sans contre indication absolue d'emblé pour le prélèvement d'organes.

Merci de votre attention

A VOS QUESTIONS.



Figure 2.2. Proposed pathway for clinical decisions on initiation of intensive care to facilitate organ donation and elective non-therapeutic ventilation



* cDCD: controlled donation after circulatory death, only if it is allowed by national legislation.

BD: brain death; DC: donor co-ordinator; DCD: donation after circulatory death; ENTV: elective non-therapeutic ventilation; ICOD: intensive care to facilitate organ donation; ICU: intensive care unit; OPO: organ procurement organisation; RAW: registry of anticipated willingness; WLST: withdrawal of life-sustaining treatments.