

Compte-rendu

Journée nationale d'information et d'échanges des coordinations de prélèvement d'organes et de tissus

le lundi 10 décembre 2007 à L'ASIEM

Journée nationale d'information et d'échanges des coordinations de prélèvement d'organes

Sommaire

Introduction	3
Carine CAMBY	3
PREMIERE SESSION	5
Bilan un an après le début des prélèvements sur donneurs à cœur arrêté	5
Docteur Alain TENAILLON	5
Docteur François MOUREY	9
Christèle PORTUGUES & France ROUSSIN	12
Discussion	16
Trafic d'organes : état des lieux et enjeux en France	21
Docteur Esmeralda LUCIOLLI	21
DEUXIEME SESSION	24
« Débriefing » après un prélèvement multi organes : quand, comment ?	24
Docteur Florence VACHIERY	24
Elodie CARBONNEL	26
Marylise PARIS	29
Discussion	30
Infection des PTA : prévention et prise en charge	35
Docteur Martine CHATELUT	35
Discussion	37
Peut-on prélever un donneur potentiel ayant des antécédents de cancer ?	39
Docteur Hélène JULLIAN PAPOUIN	39
Discussion	42

TROISIEME SESSION	44
Résultats préliminaires de l'enquête SAMU et comas graves (groupe de travail Relation avec les SAMU et les urgences)	44
Docteur Renaud GRUAT	44
Docteur Fabienne PESSIONE	46
Discussion	48
Proposition d'enquête nationale sur l'entretien avec les proches (groupe de travail Abord des proches)	51
Docteur Philippe GUIOT	51
Geneviève GÉNOINO	52
Discussion	53
Etat actuel des réseaux de prélèvement en France et perspectives (groupe de travail Réseaux)	54
Léonie ROUX	54
Docteur Julien CHARPENTIER	55
Discussion	56
Bilan des protocoles de recherche en cours (groupe de travail Recherche)	58
Docteur Michel PINSARD	58
Discussion	61
Infoservice et les coordinations	64
Christian PORTAFAX	64
Discussion	65
Conclusion	66
Bernard LOTY	66

Introduction

Carine CAMBY

Directrice générale de l'Agence de la biomédecine

Je vous remercie d'être venus assister à notre réunion traditionnelle qui en décembre chaque année fait le point sur un certain nombre de sujets communs.

Le programme de cette année s'annonce diversifié et pratique. Il s'inscrit dans un contexte d'augmentation, en 2007, du prélèvement dans la plupart des régions, même si des inégalités territoriales demeurent. L'activité reste, en effet, fragile. Elle peut connaître des fluctuations dans certains établissements. Cependant, la progression du prélèvement s'est donc révélée satisfaisante en 2007, à l'image des années précédentes. Je vous en remercie. Vous demeurez effectivement les auteurs des progrès accomplis.

En observant les chiffres avec davantage d'attention, force est de constater que le recensement ne connaît pas une amélioration identique. En effet, les établissements ont réalisé plus de prélèvements mais sans augmentation nette du recensement, malgré les efforts fournis par chacun à son niveau. La situation résulte probablement du niveau dorénavant élevé du recensement dans la majorité des services, proche des limites même si celles-ci ne sont pas atteintes. Une réelle marge de progression demeure dans certains établissements ou dans certaines régions. Néanmoins, face à l'augmentation du nombre de personnes inscrites en liste d'attente, la source de greffons que constituait la progression systématique du recensement se stabilise. Il convient donc de développer de nouvelles façons de trouver des greffons afin de répondre à la demande des malades.

La grande mission de l'Agence de la biomédecine, lors des deux années passées, a consisté à développer le prélèvement sur donneur décédé après arrêt cardiaque. Le sujet sera abordé dans la première partie de nos discussions. Cette activité qui suppose une organisation imposante, a démarré, s'annonce prometteuse et devrait permettre d'augmenter notablement le nombre de prélèvements.

La deuxième voie développée concerne le donneur vivant. L'approche se révèle plus complexe que pour le donneur décédé. Le système mis en place par la loi de bioéthique, comprenant des autorisations de prélèvement sur donneur vivant délivrées par des comités réunis par les SRA, fonctionne efficacement. Néanmoins, en 2007, l'augmentation de donneurs vivants est demeurée faible. Plusieurs facteurs expliquent la moindre progression : la lourdeur du dispositif pour les services de greffes (le processus demande des moyens pour recevoir deux personnes, le donneur et le receveur), une difficulté liée aux donneurs eux-mêmes (peu de personnes inscrites en liste d'attente se présentent en compagnie d'un donneur), le système qui continue fondamentalement de mettre l'accent sur le donneur décédé, le décès d'un donneur de foie intervenu au printemps 2007 à Paris, entraînant un regain de prudence compréhensible, y compris chez les potentiels donneurs de rein.

La troisième voie de développement est la baisse des taux de refus, que nous poursuivons tous depuis plusieurs années et qui rencontre un succès mitigé. La situation française demeure difficile à comprendre. Par rapport aux pays étrangers, en effet, le taux d'opposition français reste élevé, malgré les efforts accomplis. Nous devons impérativement jouer sur la variable concernée, à l'exemple de divers autres pays qui sont parvenus à diminuer le taux de refus (inférieur à 15% en Espagne). Le taux de refus, en France, demeure lui au-dessus de 30 %.

Une enquête vous sera proposée dans la journée. Un questionnaire vous sera distribué. Un groupe a travaillé sur le document remis. Je vous demande instamment de remplir le questionnaire avec sincérité. En effet, les pratiques de coordination dans l'entretien de famille demeurent variables. Vous vous adaptez certes à la famille rencontrée. Nous demeurons cependant très éloignés des pratiques prévues par la loi, même si les raisons apparaissent parfois louables. Un certain nombre de facteurs entrent en considération : les conditions matérielles de l'entretien, la façon dont la personne s'est vue éventuellement prise en charge en réanimation et sa famille reçue dans les jours qui précèdent le décès, les conditions psychologiques, etc. Nous devons néanmoins impérativement réussir à abaisser le taux de refus, à ce jour de 32 %. Il faut multiplier nos efforts dans ce sens.

Première session

Présidents de séance :

*Carine CAMBY, directrice générale de l'Agence de la biomédecine,
Docteur Benoît AVERLAND, SRA Nord Est,
Madame France ROUSSIN, coordination de Paris.*

Intervenants :

*Docteur Alain TENAILLON, direction médicale et scientifique,
Docteur François MOUREY, coordination de l'hôpital Saint-Louis de Paris,
Madame Christelle PORTUGUES, coordination de Lyon,
Madame France ROUSSIN, coordination de Paris,
Docteur Esmeralda LUCCIOLI, direction médicale et scientifique.*

Bilan un an après le début des prélèvements sur donneurs à cœur arrêté

Docteur Alain TENAILLON
Direction médicale et scientifique

Mon exposé a pour objectif de rappeler l'historique et les raisons de la mise en place des prélèvements sur donneurs à cœur arrêté. Il tentera également de répondre aux reproches nous accusant soit d'avoir mis en œuvre le dispositif avec une rapidité exagérée, soit d'avoir agi trop lentement. Nous avons, en effet, simplement tenté de définir une dynamique nous permettant d'installer progressivement la technique de prélèvement sur donneurs à cœur arrêté sans commettre d'erreurs.

I. Contexte

On appelle donneur à cœur arrêté un sujet chez qui malgré la réanimation, le cœur ne bat pas au moment de la constatation du décès. Le donneur est donc appelé « donneur décédé à cœur non battant » en opposition au sujet décédé en état de mort encéphalique, dont le cœur bat encore et qui pourrait ainsi être appelé « donneur décédé à cœur battant ». La littérature scientifique anglo-saxonne reprend les termes précédents, en évoquant les *no heart beating donors* et *heart beating donors*.

Le décret de 1996 qui définit la mort dans le cadre des prélèvements d'organes, la définit dans le cas du cœur arrêté et dans le cas de la mort encéphalique par des critères cliniques identiques : une absence totale de conscience et d'activité motrice, une abolition des réflexes du tronc cérébral, une absence de ventilation spontanée. Dans le cas du cœur arrêté, aucun examen complémentaire n'est nécessaire. Il s'agit donc d'un diagnostic médical. En revanche, dans la mort encéphalique, un examen complémentaire demeure indispensable (EEG ou angiographie).

Au début des années 1970, le prélèvement d'organes s'effectuait sur donneur à cœur arrêté. Du fait de la difficulté de mise en œuvre, de l'apparition de la mort encéphalique et du premier

prélèvement réussi en 1963 sur donneur en état de mort encéphalique, le prélèvement a progressivement évolué. Le décret de 1997 autorisant les centres à prélever ne fait ainsi plus mention que de la mort encéphalique. Le prélèvement sur donneur à cœur arrêté a été momentanément abandonné.

La décision de revenir au prélèvement sur donneur à cœur arrêté résulte de huit raisons principales :

- La pénurie d'organes se fait jour. Pour tous les organes, le nombre de greffés chaque année reste inférieur au nombre de personnes nouvellement inscrites. La liste augmente ainsi régulièrement.
- La mort encéphalique est limitée. Les évaluations effectuées sans restriction d'âge, aboutissent à environ 3 700 patients potentiels en état de mort encéphalique en France. En limitant les évaluations aux personnes de moins de 70 ans et en appliquant un certain nombre de critères d'exclusion, le chiffre tombe à 3 300. Or, en 2006, le chiffre du recensement s'établissait déjà à 3 055. Par ailleurs, le taux des pathologies amenant à la mort encéphalique diminue chaque année, à l'exemple des accidents de la voie publique en baisse de 31 % entre 2002 et 2005.
- Le taux d'augmentation des morts encéphaliques recensées porte principalement sur les personnes âgées, entraînant un nombre d'organes à prélever moins important (seule une diminution du taux de refus permettra de dégager une marge de manoeuvre).
- Les résultats des prélèvements sur donneur à cœur arrêté se sont améliorés depuis les années 1970.
- L'évolution des techniques permet d'avoir davantage recours au prélèvement sur donneur à cœur arrêté : meilleure maîtrise du refroidissement des organes par sonde de Gillot, mise en place, notamment en Espagne, de la circulation extra-corporelle hypo ou normothermique qui a montré des résultats satisfaisants, utilisation de machines à massage cardiaque, utilisation de machines à perfusion rénale pulsatile, méthodes d'anti-coagulation.
- Le nombre des coordinations a augmenté de façon considérable depuis l'année 2000. Les équipes mettant en place les techniques concernées se révèlent ainsi plus pertinentes et mieux formées.
- L'amélioration des techniques de sécurité sanitaire apporte davantage de rapidité et de performance. Dans le court délai imparti pour un prélèvement sur donneur à cœur arrêté, les organes peuvent ainsi être évalués de façon fiable.
- Le changement de la réglementation par décret en Conseil d'Etat du 2 août 2005 autorise à nouveau le prélèvement sur donneur à cœur arrêté. Deux arrêtés définissent les organes à prélever : rein, foie, tissus. Les poumons sont exclus du dispositif. L'Agence, quant à elle, possède délégation du ministère pour encadrer la démarche, définir les protocoles avec les professionnels, autoriser l'ouverture des centres de prélèvement, assurer le suivi des résultats et prendre les mesures pour poursuivre ou interrompre les procédures.

II. Protocole de prélèvement sur donneur à cœur non battant

A travers la mise en place du protocole, l'Agence s'est fixé deux objectifs essentiels, le premier est d'augmenter de 10 à 15 % le nombre de donneurs (les Pays-Bas ont connu une augmentation de

35 % sur la classe III de Maastricht, Madrid de 60 % et Barcelone de 20 % sur classe I et II de Maastricht) ; le second est d'obtenir d'emblée des résultats de qualité, identiques à ceux des prélèvements sur donneur en état de mort encéphalique. Les donneurs ont ainsi été choisis parmi la classe I de Maastricht, c'est-à-dire les donneurs morts à l'arrivée, ou parmi la classe II, c'est-à-dire les donneurs subissant un arrêt cardiaque en présence d'une équipe de réanimation mais en échec de ressuscitation, et non, pour des raisons éthiques, parmi la classe III, c'est-à-dire les patients en réanimation pour lesquels l'arrêt des soins est préconisé, qui constituent l'essentiel des donneurs aux Pays-Bas ou aux Etats-Unis (la classe IV concerne les donneurs en état de mort encéphalique). La loi n'interdit cependant pas d'avoir recours à la classe III qui pourrait donc être envisagée ultérieurement.

La sélection des donneurs repose sur la limitation de l'âge (les résultats diffèrent entre les donneurs de moins de 60 ans et les donneurs de plus de 60 ans), sur l'absence de facteurs de risque, sur l'élimination des donneurs décédés par accidents vasculaires ischémiques, sur l'élimination des donneurs ayant subi un traumatisme abdominal majeur empêchant la préservation des organes, sur le recours limité aux suicidés (qui nécessitent fréquemment de longs massages cardiaques). Les cas se résument ainsi principalement à la mort subite du sujet jeune.

L'élément le plus important reste l'obligation de respecter certains délais. L'arrêt cardiaque doit ainsi entraîner la mise en place d'une réanimation dans les 30 minutes qui suivent (15 minutes en Espagne), une durée totale des manœuvres inférieure à 120 minutes (réanimation, arrêt de la réanimation permettant de vérifier l'absence de mouvements cardiaques ou respiratoires supplémentaires) avant mise en place des sondes de préservation des organes. Après la mise en place des sondes de perfusion, au maximum trois à quatre heures doivent s'écouler avant le prélèvement. Les délais à respecter sont donc très courts.

Le rôle des SAMU se révèle essentiel. En effet, les malades décédés à l'extérieur à l'hôpital représentent l'essentiel des donneurs à cœur arrêté. Il est ainsi apparu nécessaire de mettre en place, en partenariat avec les SAMU, une pratique précise d'abord des familles.

Les receveurs, pour leur part, doivent permettre de faire en sorte que la durée d'ischémie froide soit la plus courte possible. A ce titre, les sujets choisis sont d'un âge inférieur à 60 ans, ne doivent présenter aucune immunisation, ont peu ou pas de comorbidité. En outre, la greffe doit être pratiquée en urgence. Enfin, un traitement d'immunothérapie spécifique évitant les anti calcineurines doit être prévu.

Les règles de répartition vont dans un sens analogue de limitation de l'ischémie froide. A ce titre, les deux reins sont confiés à l'équipe qui effectue le prélèvement. Si cette dernière est dans l'incapacité, quelle qu'en soit la raison d'effectuer la ou les greffes, les organes seront redistribués à d'autres équipes impliquée dans ce type de prélèvements car notamment, le consentement des receveurs est exigé pour pouvoir greffer ces reins

III. Résultats

Le bilan actuel montre que sur 10 sites promoteurs prévus, 7 ont commencé les prélèvements et 6 ont opéré des greffes (Lyon Edouard Herriot, APHP Saint-Louis, Angers, Lille, APHP Bicêtre, Strasbourg). Sur l'ensemble du groupe pilote, 86 donneurs ont été proposés (essentiellement de classe I de Maastricht), 34 n'ont pas été canulés pour diverses raisons (contre-indications médicales, refus, délais dépassés), 52 ont été canulés dans un délai moyen correct, dont 28 cas ont abouti à un prélèvement, 24 n'ont pas été prélevés. 34 greffons ont été prélevés pour 32 receveurs. Les autres greffons n'ont pas été utilisés pour des raisons de mauvaise qualité des organes. Enfin, 30 greffons fonctionnels existent actuellement. Deux greffons ont échoué, le

premier immédiatement (non fonction primaire), le second, en raison de l'arrêt par le receveur du traitement immunosuppresseur. Les résultats apparaissent donc satisfaisants.

Les causes de non-prélèvement résident dans le dépassement des délais, dans des problèmes techniques et, pour 22 % d'entre elles, dans le refus des familles. Le taux, pour les morts encéphaliques, se montait à 40 % de refus dans le même mode de calcul.

Au total, pour l'ensemble des donneurs potentiellement prélevables, l'efficacité se monte à 44 %, avec forte présence de classes I, prédominance masculine, un âge des donneurs adapté, peu ou pas de recrutement intra hospitalier, des délais souvent insuffisants et une difficile évaluation médicale initiale.

En conclusion, un seul de non fonction primaire a eu lieu, correspondant aux prévisions de l'Agence. Les autres greffons, quant à eux, affichent une bonne fonction relative. 94 % des patients ont cependant nécessité un recours à une hémodialyse transitoire, contre 60 % attendus. Le protocole doit être strictement respecté pour éviter les échecs. Le programme, en effet, reste lourd. Il doit se montrer sans faille.

Mon exposé ne concernait que le rein. La loi permet cependant le prélèvement hépatique, à ce jour non mis en place. Un protocole sur le sujet est en cours de finalisation s'aidant de l'exemple espagnol. Durant l'année 2008, les prélèvements pourront avoir lieu, au moins dans deux équipes. Enfin, nous étudions la possibilité de procéder au prélèvement de poumons sur donneur décédé à cœur arrêté.

Carine CAMBY

Je remercie chaleureusement Alain Tenaillon. En effet, le programme de prélèvement sur donneur à cœur arrêté doit énormément à son engagement et à son énergie. Je laisse à présent la parole à François Mourey.

Docteur François MOUREY **Coordination de l'hôpital Saint-Louis, Paris**

Bonjour à tous. J'évoquerai les aspects médicaux de la prise en charge du donneur à cœur non battant. L'exposé découle d'un travail coordonné entre l'hôpital Saint-Louis et l'hôpital de Lyon.

III. Aspects médicaux de la prise en charge du donneur à cœur non battant

Le donneur à cœur non battant est un patient en arrêt cardiaque réfractaire qui a bénéficié, durant au moins trente minutes, d'une réanimation respectant les termes des recommandations en vigueur en France. Après 30 minutes, l'équipe pré hospitalière peut considérer que la réanimation est devenue inutile. Elle met alors fin au processus.

Les conditions de survenue de l'arrêt cardiaque au regard de la classification internationale de Maastricht, dont les équipes françaises ne retiennent que les classes I, II et IV (la classe III n'est pas retenue dans les procédures en cours en France), nécessitent que la réanimation ait été mise en route dans les 30 minutes qui ont suivi l'arrêt cardiaque.

La constatation du décès se fonde sur le constat d'un arrêt cardiaque réfractaire et l'observation dans les cinq minutes qui suivent la fin des manœuvres de ressuscitation d'un tracé électrocardiographique d'asystolie irréversible ou d'un tracé de rythme agonique. Le tracé doit être apposé au dossier. La constatation de la mort répondra aux critères définis dans le décret 96-1041 du 2 décembre 1996.

En France, des problèmes de diagnostic sont survenus à six reprises. Le principe du tracé agonique n'avait pas, en effet, été intégré dans la première version de la procédure. Nous ne l'avons donc intégré que dans les versions ultérieures.

Il existe des critères d'exclusion de la procédure parmi les causes de l'arrêt cardiaque : en situation d'hypothermie, la réanimation doit être poursuivie jusqu'au réchauffement de la victime ; en situation d'intoxication médicamenteuse, la réanimation doit être prolongée, avec possibilité de mise en place d'une assistance circulatoire périphérique. En dehors des deux situations précédemment citées, il n'existe pas à ce jour d'autres indications de prise en charge particulière de l'arrêt cardiaque.

Quelques publications d'équipes françaises et internationales font état des possibilités thérapeutiques par différentes techniques. Ainsi, les travaux menés à l'initiative de Frédéric Baud de l'hôpital Lariboisière étudient la place de la CEC d'assistance dans la prise en charge de l'arrêt cardiaque pré hospitalier pour les patients de la classe II de Maastricht. Il n'appartient cependant ni à l'Agence de la biomédecine, ni au comité de pilotage de mettre en place un algorithme de prise en charge pré hospitalier, qui doit être élaboré entre les SAMU et les services de réanimation. En outre, le prélèvement d'organes n'est envisagé qu'après décision d'arrêt des thérapeutiques quelles qu'elles soient. Il appartient ainsi aux équipes pré hospitalières de mener à bien la thérapeutique souhaitée.

Par exemple, quatre transferts de patients dont les causes de décès étaient mal connues ont eu lieu entre Saint-Louis et Lariboisière. Les quatre patients sont décédés le lendemain, après avoir été placés sous CEC thérapeutique. L'équipe de Lyon, quant à elle, a mis en place un algorithme de prise en charge des patients faisant un arrêt cardiaque devant témoin en fonction du délai de prise en charge et du délai de mise en route de la réanimation.

D'autres causes d'exclusion sont présentes dans la procédure, par exemple l'âge (les prélèvements se révèlent moins efficaces sur les personnes de plus de 50 ans), qui demeure cependant difficile à déterminer sur les lieux de l'arrêt cardiaque, notamment en raison de l'absence fréquente des papiers d'identité. Un dépassement d'âge a d'ailleurs eu lieu (le donneur était âgé, contrairement aux estimations, de 61 ans). Nous avons également rencontré un cas d'usurpation d'identité.

Les pathologies vasculaires constituent également des causes d'exclusion (hypertension artérielle, diabète, maladie rénale). Il s'agit de la deuxième cause de non prélèvement des donneurs acceptés (28 % des refus à l'hôpital Saint-Louis). Il convient, à ce titre, d'interroger les familles ou le médecin traitant du donneur décédé.

Les dernières causes d'exclusion sont les cancers, même guéris, et les sepsis. Les polytraumatisés posent problème : certaines équipes refusent les donneurs concernés (Lyon, les équipes espagnoles notamment) en raison du risque de désinsertion vasculaire et de l'impossibilité de mettre en place un système de perfusion d'organe.

Enfin, il est recommandé de ne pas prendre en charge les homicides. Lors d'un cas récemment pris en charge, les équipes ont eu des ennuis avec les autorités judiciaires, qui les ont interrogées pour dissimulation de preuves.

L'ischémie chaude doit être réduite. Il convient également d'en aménager la prise en charge. Je vous rappelle, à ce titre, la période maximale de 30 minutes entre l'arrêt cardiaque et la mise en place de la réanimation cardio-pulmonaire puis la période de 30 minutes entre le début de la réanimation cardio-pulmonaire et la possibilité de considérer le patient en arrêt cardiaque. L'arrivée à l'hôpital pour la mise en place d'un système de perfusion doit, dès lors, se produire dans les 120 minutes suivantes, délai porté à 150 minutes en cas d'utilisation d'un système de massage cardiaque mécanique. En Espagne, les délais sont moins importants (15 minutes entre l'arrêt cardiaque et la mise en place de la réanimation cardio-pulmonaire, 90 minutes avant l'arrivée à l'hôpital, sans aucune utilisation de machine à masser à Madrid).

Il existe deux types de machines à masser : une machine à moteur électrique (Autopulse ZOLL), une machine à air comprimé. Elles présentent toutes deux des avantages et des inconvénients. Certaines équipes pré hospitalières ont choisi l'Autopulse ZOLL afin de ne pas avoir à transporter une bonbonne d'air comprimé. Son coût reste cependant élevé (17 500 euros). Lors de l'utilisation, les deux machines ne montrent toutefois aucune différence notable. Toutes deux entraînent un risque traumatique non nul (raison pour laquelle elles ne sont pas utilisées en Espagne).

A l'hôpital, il convient de mettre en place rapidement une perfusion pour préserver les reins et arrêter l'ischémie chaude. Il existe deux techniques : la sonde de Gillot (rapide simple et efficace, d'un coût de 140 € ttc, qui permet un refroidissement par un liquide de conservation de dernière génération de type IGL1 associé à un refroidissement intra abdominal, entraînant cependant uniquement le prélèvement des reins dans une durée limitée à 180 minutes, et pour laquelle l'aspect du donneur et le ressenti des équipes sont sujets à discussions puisqu'elle vide partiellement le donneur de son sang) et la CEC (plus complexe puisque normo thermique et en sous diaphragmatique, plus coûteuse, qui donnerait cependant de meilleurs résultats en terme de reprise de fonction car permettant le prélèvement des reins et du foie et donnant davantage de temps avant le prélèvement avec une durée portée à 240 minutes ; la CEC est utilisée essentiellement en Espagne ; en France, seulement deux équipes utilisent la CEC, l'hôpital d'Angers et l'hôpital de La Pitié).

La sonde de Gillot a été utilisée dans 45 des 52 canulations de l'expérience française. Un seul laboratoire cependant commercialise la sonde, qui a connu une rupture de stock. Il existe une taille unique, qui peut entraîner des difficultés. En France, 10 problèmes techniques de canulation sont intervenus sur les 34 non canulations. La pose chirurgicale par dénudation du Scarpa est préconisée. Il convient en outre de disposer de 20 litres d'IGL1 pour un donneur avec utilisation d'un transfuseur rapide disposant d'un contrôle de la pression.

L'utilisation de thrombolytique est conseillée pour obtenir une meilleure utilisation des greffons. L'héparine doit être utilisée durant toute la perfusion. La réfrigération associée, en revanche, n'est pas utilisée par chaque équipe en raison des risques de traumatisme abdominal pouvant compromettre le prélèvement.

Le bilan sanguin se révèle nécessaire à la fois à la greffe (groupe sanguin, HLA, etc.) et à la sécurité sanitaire (sérologies virales, ECBU, etc.). Les éventuels autres bilans doivent être discutés avec les équipes.

Le prélèvement sur la sonde de Gillot demeure complexe. Il convient, à ce titre, de pratiquer le prélèvement soit sur une voie centrale à l'arrivée du donneur, soit sur une artère périphérique.

L'ischémie froide intéresse moins la coordination. Elle s'étend de la perfusion à la greffe. Elle dure 180 minutes en utilisant la sonde de Gillot. Après la néphrectomie, a lieu la mise en place sur la machine de perfusion jusqu'à la greffe. L'ischémie froide doit être au maximum de 18 heures, au mieux de 16 heures. En Espagne, elle est limitée à 12 heures. La moyenne française se monte à 15 heures.

La machine à perfuser doit obligatoirement être utilisée dans la procédure. Elle permet de laver le rein en continu et de façon pulsatile, d'évaluer la viabilité du greffon et de diminuer les conséquences de l'ischémie-reperfusion.

Les résultats sont encourageants. Les équipes pré hospitalières ont joué leur rôle. Aucune dérogation à la procédure n'est à noter. En outre, l'activité est en voie de valorisation financière.

Carine CAMBY

Merci pour votre présentation. Je laisse la parole à Christèle Portugès et France Roussin.

Christèle PORTUGUES & France ROUSSIN

Coordination de Lyon & coordination de Paris

IV. Exemples de mise en application pratique du protocole

Christèle PORTUGUES

Bonjour. Je suis infirmière à la coordination hospitalière de Lyon. Nous allons vous faire part de notre vécu dans la mise en place du prélèvement de rein sur donneur à cœur arrêté. Il nous a paru intéressant de présenter en parallèle nos deux expériences, l'une parisienne, l'autre régionale.

En 2005, notre médecin, Frédéric Brun, qui travaillait à mi-temps à la coordination de Lyon, s'est investi seul dans la procédure. Il a participé à diverses réunions avec l'Agence de la biomédecine. Il faisait partie du comité de pilotage. Il a ensuite évalué les différentes personnes susceptibles d'intervenir dans la démarche de prélèvement sur donneur à cœur arrêté (les réanimations, l'équipe de chirurgie, le SAMU, la néphrologie, l'administration de l'hôpital).

France ROUSSIN

En 2005, les équipes de Saint-Louis ont participé aux différentes réunions organisées par l'Agence de la biomédecine. Notre médecin coordinateur, François Mourey, a intégré en cours de route le comité de pilotage du projet. Nous avons immédiatement sensibilisé la direction de l'hôpital, dont la présence est fondamentale dans l'organisation et la mise en place de la procédure au sein des différents établissements. Le directeur des finances de Saint-Louis est ainsi aussitôt intervenu dans la démarche.

Christelle PORTUGUES

Au niveau de la coordination de Lyon, en-dehors du médecin référent, au début de l'année 2006 deux infirmières ont été intégrées dans le projet. Nous avons dès lors rédigé à six mains la procédure et évalué ce qu'induirait la mise en place de cette procédure financièrement mais aussi en moyens logistiques et humains, tout ceci lors d'échanges réguliers.

France ROUSSIN

En 2006, nous avons organisé une réunion au sein du département d'anesthésie et de réanimation de l'hôpital Saint-Louis. Nous avons présenté la procédure aux différents SAMU parisiens. La réunion a suscité de nombreux débats. Certains se sont plaints de ne pas avoir été sollicités dès le début de la procédure.

Par la suite, le médecin coordinateur, la coordinatrice et le chirurgien urologue référent ont organisé des formations, proposées aux réanimateurs, aux infirmières, aux IADÉ et aux IBODE. Enfin, nous avons rapidement rédigé les différentes procédures afin que chacun trouve sa place au sein de l'activité.

Christelle PORTUGUES

Au deuxième trimestre 2006, nous avons achevé la procédure. Nous nous sommes dès lors intéressés aux collaborateurs susceptibles d'entrer dans le processus, notamment l'équipe paramédicale, dont le personnel s'est cependant peu investi. Les raisons du désintérêt sont demeurées inconnues. Il était peut-être lié au manque d'informations et à la charge de travail induite. Nous avons toutefois poursuivi notre démarche en continuant à discuter avec les rares personnes présentes.

En revanche, les discussions organisées avec les SAMU de Lyon ont réuni l'ensemble des médecins des trois SMUR. Une journée entière consacrée au prélèvement sur donneur à cœur arrêté a été organisée. Nous nous sommes rendus compte, à cette occasion, que les personnels concernés adhéraient entièrement au projet.

Dans le projet, la notion d'urgence trouve toute sa définition. En effet, les personnels d'astreinte doivent se trouver sur le lieu du prélèvement dans un délai extrêmement court. Nous avons donc décidé que les personnes intégrant la coordination ne devaient pas résider à plus de trente minutes de l'hôpital. Nous avons également envisagé la possibilité d'avoir une double activité en même temps : une seconde astreinte officieuse peut exister dans la mesure de nos possibilités et disponibilités. Le cas ne s'est heureusement pas présenté à ce jour, d'autant plus qu'actuellement nous sommes en sous-effectif.

Le rôle du coordinateur se révèle, selon moi, plus authentique dans une situation de prélèvement sur donneur à cœur arrêté que dans un cas de mort encéphalique. En effet, de par notre présence initiale dans la procédure, nous constituons un repère et un soutien dans la validation des différentes étapes du processus. Nous donnons l'autorisation de continuation des étapes de l'activité, très rigoureuse en termes de *timing*. A ce titre, nous avons créé une fiche horaire afin de toujours savoir où se situer dans le processus de prélèvement, et d'enchaîner ainsi les étapes. Il s'agit d'un tableau en trois parties, auquel les chirurgiens trouvent également une utilité au moment de la greffe : l'arrivée au SAMU, les différentes étapes de la réanimation, le prélèvement proprement dit au bloc opératoire.

Par ailleurs, nous tenons informée l'Agence de la biomédecine, que nous recontacterons en fin de procédure afin de communiquer le dossier. L'urgence n'étant pas dans la création du dossier donneur au début de la procédure.

Dans notre procédure, le SAMU contacte la réanimation, qui contacte la coordination, qui contacte l'Agence. Le chirurgien urologue est également joint afin de poser les sondes nécessaires. Dans un second temps, lorsque l'urgence s'évanouit, le dossier permet de communiquer les potentiels receveurs.

France ROUSSIN

Concernant ce projet, tous les personnels paramédicaux ont montré un intérêt immédiat à la démarche entreprise, à l'exception des IADE, qui ne participent pas à l'activité. Une formation appropriée des chirurgiens, des IBODE et des infirmières de néphrologie a été organisée. Nous avons organisé parallèlement une réunion mensuelle d'un comité de pilotage local. La convention a finalement été signée le 18 décembre 2006. Nous avons ensuite créé une fiche de prélèvement pour le donneur à cœur non battant, qui est utilisée comme dossier puisqu'elle récapitule l'ensemble de la procédure. Certains SAMU parisiens se sont, par la suite, équipés de la fiche. A leur arrivée, ils se trouvent en possession de la fiche, que nous pouvons ainsi continuer de remplir sur place. Cette fiche a largement été diffusée aujourd'hui dans toute la France.

Christelle PORTUGUES

A Lyon, nous avons entamé l'activité le 6 septembre 2006. La première proposition nous est parvenue le 13 septembre. A la septième tentative, nous avons réussi un premier prélèvement. Les premières tentatives, en effet, avaient échoué pour des raisons de délai, la pose des sondes par les réanimateurs demeurant excessivement longue. Le chirurgien urologue a rejoint le processus et a ainsi permis de gagner un temps considérable dans la pose des sondes de gillot. La septième tentative a dès lors abouti, le 21 octobre 2006 : un des deux reins prélevés a ainsi été greffé.

La situation géographique de l'hôpital Saint-Louis fait que nous travaillons avec une population parfois difficile !. Ainsi, du 9 février au 3 décembre 2007, nous avons reçu 65 propositions. Nous avons accepté 38 donneurs décédés à cœur non battant, dont 35 ont été canulés et 15 prélevés. Seulement 17 patients ont bénéficié d'une greffe. Nous avons eu, en effet, des donneurs qui présentaient une sérologie positive contre-indiquant toute transplantation (HTLV, HIV, hépatite C).

Christelle PORTUGUES

Les entretiens constituent également un sujet d'intérêt. Ainsi, sur 44 propositions de cœur arrêté nous avons effectué 22 entretiens et obtenus 6 oppositions soit 27 %

France ROUSSIN

Concernant nos procédures, les proches étaient présents dans 27 des 38 cas de potentiels prélèvements. A 14 reprises, le décès a été annoncé par les équipes pré hospitalières. Le sujet du don d'organe a été abordé sur place à huit reprises. Le SAMU ne nous a rapporté aucune opposition pour un transfert du corps à l'hôpital Saint-Louis.

A l'hôpital Saint-Louis, les entretiens sont menés systématiquement en présence du réanimateur et de la coordinatrice. Parfois, le respect du délai de 180 minutes est rendu difficile par une arrivée des proches différée, en raison des difficultés parisiennes de transport.

A leur demande, les proches peuvent être reçus quand ils le souhaitent mais seront revus systématiquement le lendemain

Christelle PORTUGUES

Au début de la procédure, les infirmiers craignaient les entretiens sur un éventuel prélèvement avec des familles venant d'apprendre le décès d'un proche. Ils se sont toutefois rendus compte rapidement que les entretiens ne posaient pas davantage de difficultés que dans une situation de mort encéphalique. De plus, les familles comprennent la notion d'urgence et la nécessité de répondre rapidement.

France ROUSSIN

La coordinatrice a parfois des difficultés à arriver sur place avant la canulation afin de consulter le registre national des refus. Le contrôle d'identité, en effet, se révèle fondamental. Le SAMU et la brigade des sapeurs-pompiers de Paris essaient d'apporter une pièce d'identité valide qui, absente, rend la situation difficile lors de l'arrivée du donneur décédé à l'hôpital.

En outre, nous pouvons rencontrer un problème de disponibilité des salles d'opération. A ce titre, nous pouvons être amenés à stopper les programmes opératoires prévus pour pouvoir procéder aux prélèvements. La disponibilité des urologues constitue également une difficulté car ils se déplacent énormément sur le Réseau ainsi que dans toute la France.

Christelle PORTUGUES

Nous avons rencontré une grande motivation des équipes lyonnaises. Seule l'équipe paramédicale de réanimation a fait connaître ses réticences, choquée notamment par la machine à masser, visuellement violente. Nous avons donc organisé des discussions sur le sujet. Nous avons également discuté de la charge de travail induite, sur laquelle les équipes avaient besoin d'échanger.

France ROUSSIN

La procédure repose sur un important travail d'équipe. Il s'agit d'une activité « violente ». La mobilisation de tous les intervenants sur un délai extrêmement réduit représente, en effet, un effort considérable. Chaque protagoniste demande, par ailleurs, des informations régulières sur le sujet. Les équipes de l'hôpital Saint-Louis font ainsi preuve d'une motivation et d'une adhésion sans faille quant à la nouvelle activité.

Christelle PORTUGUES

La procédure a également eu un impact positif sur les relations qui nous lient au service de réanimation. Les personnels communiquent davantage. En outre, les personnels de réanimation et les SAMU, qui ont constaté l'efficacité des prélèvements, nous informent mieux des situations de mort encéphalique.

France ROUSSIN

L'hôpital Saint-Louis, au contraire, a connu une diminution de son activité de prélèvement sur donneurs à cœur battant. J'ajoute qu'il serait nécessaire de proposer aux proches une autopsie du donneur afin d'obtenir un diagnostic de la mort. Les familles, en effet, rencontrent des difficultés dans le processus de deuil, qui pourrait se voir facilité par l'autopsie. Nous avons soumis l'idée à cinq reprises.

Christelle PORTUGUES

Notre objectif demeure la pérennité de la procédure. La coordination, quant à elle, doit continuer à assumer son rôle de lien d'une activité prometteuse. Dans un avenir que nous espérons proche, nous avons également pour but le prélèvement de foies sur donneur à cœur arrêté.

Carine CAMBY

Merci pour votre passionnante présentation.

Discussion

Benoît AVERLAND

Disposons-nous d'une idée de la variabilité de succès entre les différentes classes de Maastricht ?

Alain TENAILLON

En France, nous ne disposons pas de suffisamment de recul pour analyser la situation. A l'étranger, la classe IV se révèle être la moins efficace. La classe III se montre à peine plus active, les délais d'ischémie chaude intermédiaire en termes de collapsus avant arrêt définitif demeurant relativement importants. *A priori*, les meilleurs résultats concernent donc la classe I puis la classe II, lorsque le massage est rapide. Il convient également de souligner que les Espagnols ont cessé les prélèvements de classe V (malade en réanimation subissant un arrêt cardiaque), dont les résultats demeureraient extrêmement décevants.

Je rappelle que la classe I concerne les arrêts cardiaques subis sans réanimateur sur place mais avec une intervention dans les 15 minutes.

De la salle

Je me félicite que les familles adhèrent rapidement au projet. Avez-vous cependant prévu une évaluation à distance du vécu des familles ?

Christelle PORTUGUES

A notre niveau, nous n'avons pas prévu une telle évaluation. Les situations de mort encéphalique n'entraînant jamais de retour auprès des proches, il ne nous a pas paru évident de procéder différemment.

Alain TENAILLON

Nous mettrons cependant en place un groupe de travail ayant pour objectif d'étudier l'abord des proches d'un donneur potentiel à cœur arrêté, en faisant intervenir des personnels des SAMU, des pompiers, etc. qui apporteront des recommandations plus précises.

Carine CAMBY

Les délais impartis à la procédure constituent la différence essentielle avec un processus de prélèvement sur donneur en état de mort encéphalique. Avez-vous ressenti le risque de « bousculer » davantage la famille du donneur potentiel ?

France ROUSSIN

Le facteur temps n'est effectivement pas négligeable. En 180 minutes, nous devons savoir si le donneur potentiel était ou non opposé au prélèvement.

Pour revenir sur la prise en charge des familles, nous avons prévu de recevoir les proches le jour suivant le prélèvement afin d'effectuer un débriefing et de répondre aux questions pouvant se poser. A terme, il reste fréquent d'adresser les familles à un psychologue ou un psychiatre, essentiellement dans les situations de prélèvement sur un jeune enfant.

Carine CAMBY

L'intention est donc davantage liée aux conditions du décès qu'au prélèvement.

De la salle

Les personnels du SAMU rapportent que les familles qui assistent à la mise en place des secours et aux efforts désespérés accomplis par les équipes pré hospitalières opèrent, par la suite, avec davantage de facilité le processus de deuil. Les équipes espagnoles estiment qu'il s'agit d'un élément déterminant dans la diminution du taux de refus.

De la salle

Comment expliquer qu'un arrêt cardiaque survenu en réanimation engendre des résultats moins satisfaisants qu'un arrêt cardiaque survenu au bord d'une route ?

Alain TENAILLON

Les résultats moins satisfaisants tiennent à des pathologies préexistantes. Habituellement, les patients qui connaissent un arrêt cardiaque en réanimation ont préalablement subi un collapsus. La plupart des patients rencontrent également une défaillance mono ou poly viscérale entraînant une mauvaise qualité des reins. Une ischémie chaude ajoutée aux éléments précités a ainsi pour conséquence des résultats moins satisfaisants.

Julien CHARPENTIER, hôpital Cochin

J'ai un commentaire à apporter et une question à poser. Mon commentaire concerne l'astreinte officielle évoquée par les intervenantes. Je suis inquiet. En termes de rapidité et d'organisation au sein des coordinations et des réseaux, en effet, l'astreinte officielle me paraît d'autant plus dangereuse qu'elle dénote une pénurie de personnels. Ma question est simple : un certain nombre de personnels, notamment des chirurgiens, souhaitant adopter les procédures après l'évaluation réalisée et le protocole publié par l'Agence de la biomédecine, comment le déploiement sur d'autres sites se déroulera-t-il ?

Christelle PORTUGUES

L'astreinte officieuse a nécessité des discussions entre infirmiers. Nous savons qu'elle ne représente pas une solution parfaite. Elle a simplement pour objectifs de ne pas abandonner le collègue en astreinte officielle dans la difficulté et de ne pas laisser perdre les organes à prélever. L'infirmier en astreinte officieuse ne pourra cependant pas nécessairement répondre présent lors d'un éventuel appel.

Benoît AVERLAND

La facilitation de la vie des collègues constitue une motivation essentielle pour les gestionnaires des établissements publics de santé. Ils ont recours, à cette fin, à du bénévolat. Pour autant, nous ne devons pas perdre de vue que pour professionnaliser l'activité de prélèvement, nous devons nous battre sans cesse afin d'obtenir les moyens nécessaires et raisonnables pour travailler.

Christelle PORTUGUES

A ce titre, je tiens à souligner que lorsque la double activité est justifiée, notre administration la reconnaît.

Carine CAMBY

Nous nous situons en phase expérimentale. Vous pouvez compter cependant sur l'appui de l'Agence pour faire reconnaître les moyens nécessaires à l'organisation de votre activité.

De la salle

Deux lignes d'astreinte officielle ne peuvent définitivement pas peser sur une équipe de six personnes. Les astreintes officieuses apparaissent donc nécessaires. Elles ne doivent cependant pas être source d'inquiétude. En effet, elles ne donnent pas obligation de déplacement (le déplacement s'effectue uniquement s'il est possible, dans le cas contraire il ne s'opère pas). L'éventuel déplacement, en outre, est couvert par l'administration.

Alain TENAILLON

J'ajoute, pour répondre à la seconde question de Julien Charpentier, que le déploiement est éventuellement prévu après l'obtention d'un ensemble d'évaluations, soumises par la suite au conseil médical et scientifique, qui les analysera et décidera soit de poursuivre la phase de faisabilité expérimentale, soit d'ouvrir la procédure à certains centres. Certains pays étrangers ayant obtenu des résultats satisfaisants, nous pouvons nous montrer optimistes.

Un intervenant de l'hôpital d'Angers

A propos de l'astreinte, nous avons effectué un prélèvement sur donneur à cœur arrêté hier. Un hôpital comme le nôtre ne peut mettre en place deux astreintes officielles dans la période actuelle. En revanche, il demeure important de mettre en œuvre une pré alerte quand un SAMU part en mission pour déterminer, localement, s'il est possible de libérer le bloc opératoire et d'effectuer techniquement l'intervention. En six mois, nous avons, en effet, à un reprise, été empêchés de réaliser un prélèvement sur un donneur à cœur arrêté en raison de l'organisation préalable d'un prélèvement en salle d'opération. La notion de pré alerte apparaît donc essentielle à tous les niveaux. Lorsque la pré alerte est opérée de manière efficace, nous disposons du temps nécessaire à l'abord des proches.

De la salle

Les deux stratégies de prélèvement sur donneur à cœur arrêté et de prélèvement sur donneur en état de mort encéphalique peuvent-elles être assumées par une structure hospitalière de manière concomitante ou doivent-elles être réalisées successivement ?

Alain TENAILLON

J'aurais tendance à dire que les deux stratégies doivent être menées en deux temps pour des raisons pratiques d'organisation. En effet, si l'une des deux stratégies est mal organisée, l'ensemble de la procédure est annihilé. Il convient donc de mettre au point la technique la plus simple en termes de temps et d'organisation, c'est-à-dire la procédure sur donneur en état de mort encéphalique (qui permet de coordonner les équipes et de discuter avec les familles), avant d'implanter le prélèvement sur donneur à cœur arrêté. Mener les deux procédures simultanément serait dangereux et risquerait d'aboutir à un double échec.

Je tiens à souligner le rôle des SAMU et des équipes de sapeurs-pompiers médicalisées dans les prélèvements. L'activité essentielle, en effet, se déroule avant l'arrivée à l'hôpital. Le délai le plus important reste le délai maximum de 30 minutes durant lequel les secours doivent arriver auprès du patient (la moyenne est de douze minutes) et durant lequel les équipes décident de l'arrêt des soins. L'application des équipes concernées apparaît essentielle. Le travail des hôpitaux, notamment en termes de coordination auprès des familles, est certes considérable. Néanmoins, l'élément primordial reste la qualité de l'intervention initiale.

François MOUREY

Je tiens à modérer les propos d'Alain Tenaillon. En effet, la disponibilité des salles et des équipes me paraît tout aussi fondamentale pour permettre au programme d'aller à son terme. Un cas de donneur accepté pour lequel les délais de procédure sont respectés et dont la famille n'émet pas d'opposition mais pour lequel aucune salle de prélèvement n'est disponible ne peut qu'entraîner une catastrophe pour les équipes et pour les proches. Les équipes pré hospitalières ont certes montré une grande motivation et une grande mobilisation. Néanmoins, des procédures n'allant pas à leur terme démotiveraient rapidement les mêmes équipes. A ce titre, je considère que les nouvelles techniques ne peuvent se développer que dans des centres habitués au prélèvement, efficaces et reconnaissant la notion d'urgence.

France ROUSSIN

Pour revenir sur le système de pré alerte, nous avons demandé au SAMU 93 de mettre en place un tel dispositif à chaque départ vers un cas d'arrêt cardiaque. Le dispositif s'est révélé inefficace : nous subissions trois alertes quotidiennes pour finalement n'effectuer aucun prélèvement.

François MOUREY

La pré alerte ne peut avoir lieu que lorsque le SAMU juge être allé au terme de sa thérapeutique.

Un intervenant de l'hôpital de Nantes

Les SAMU ne souhaitent pas effectivement effectuer de pré alerte avant d'avoir entièrement achevé les procédures de réanimation initiales. Les délais dont disposent les équipes hospitalières s'en trouvent considérablement raccourcis. En outre, les SAMU et les réanimateurs nous reprochent régulièrement l'absence de communication de la part de l'Agence de la biomédecine sur le prélèvement sur donneur à cœur arrêté. Ils considèrent que le manque d'information envers le grand public les met en difficulté au moment de pratiquer un prélèvement.

Carine CAMBY

Merci de rappeler l'aspect essentiel de la communication.

Dominique DAUTRICOURT, Agence de la biomédecine

Une conférence de résultats est prévue en février 2008. Les résultats d'activité de prélèvement et de greffe seront communiqués aux professionnels de santé, aux tutelles et aux journalistes dans le cadre d'une réunion d'information organisée précisément le 19 février 2008.

Carine CAMBY

Le 19 février 2008, nous communiquerons donc officiellement sur le sujet. Nous attendions simplement de disposer des premiers résultats concrets.

Dominique DAUTRICOURT

Je tiens à ajouter que les termes de « cœur battant » et de « cœur non battant » me semblent anxiogènes. Je m'interroge sur l'existence d'une raison médicale aux termes utilisés ou, au contraire, sur la possibilité d'utiliser d'autres termes dans le cadre d'une campagne d'information. Je crois savoir cependant qu'une réflexion sur le sujet est en cours.

Carine CAMBY

Absolument. Je laisse à présent la parole à Esmeralda Luccioli.

Trafic d'organes : état des lieux et enjeux en France

Docteur Esmeralda LUCIOLLI
Direction médicale et scientifique

I. Réalité du trafic d'organes

Il existe effectivement dans l'opinion une grande confusion sur le sujet. Quelques affaires, ces vingt dernières années, ont ainsi fait le bonheur des journalistes : l'affaire des yeux volés en Colombie, qui s'est révélé être un fantasme, les organes volés sur des cadavres de femmes découverts au Mexique, ou, plus récemment, l'affaire de l'Arche de Zoé, au début de laquelle des kidnappings d'enfants en vue de trafic d'organes ont été évoqués. Des articles sur des affaires d'assassinats pour vol d'organes paraissent en outre régulièrement dans la presse. En fait, il conviendrait d'utiliser le terme de commercialisation, mieux adapté à la notion réelle de vente et d'achat d'organes.

La vente d'organes entraîne également un certain nombre de fantasmes. Il s'agit en réalité essentiellement de vente de reins, pratique qui implique nécessairement une chaîne de complicités dans le milieu médical, associant de nombreux intervenants (néphrologues, chirurgiens, anesthésistes, personnels paramédicaux, laboratoires) et ne pouvant s'effectuer qu'au sein d'une structure médicochirurgicale. Nous sommes donc très éloignés des vols d'organes sur des cadavres évoqués en vue de greffes « sauvages ».

La pratique de la vente s'effectue essentiellement dans les pays en développement. Les populations victimes demeurent principalement celles en situation de précarité. Les bénéficiaires sont soit des personnes aisées de ces mêmes pays, qui peuvent se permettre financièrement de recourir à ce type de greffe faute d'autres possibilités, soit des ressortissants de pays développés, appartenant fréquemment à des communautés issues de l'immigration. Dans ce dernier cas on parle souvent de « tourisme de la transplantation », en réalité une facette du « tourisme médical »,. Certains pays admettent et encadrent la pratique de la vente, comme dans ce qu'on appelle le « modèle iranien », au sein duquel les donneurs sont rémunérés par l'Etat.

Le tourisme de la transplantation recouvre la circulation à travers les frontières nationales d'un ou plusieurs des acteurs de la transplantation, receveur et/ou chirurgien et/ou donneur vivant, dans le seul but d'obtenir un organe de personnes en général vulnérables, qu'elles soient décédées ou vivantes, contre de l'argent comptant ou des marchandises. Les principaux pays concernés sont le plus souvent les pays ne disposant pas d'un cadre législatif ou n'appliquant pas le cadre existant et les pays disposant de structures et de professionnels de santé capables de mettre en place des activités médicochirurgicales sophistiquées : on cite le plus souvent la Chine (entre 8 000 et 12 000 transplantations rénales sont pratiquées annuellement en Chine), la Colombie et d'autres pays d'Amérique latine, le Pakistan, l'Inde, les Philippines, la Thaïlande, pays dans lesquels les élites médicales sont formées aux Etats-Unis et en Grande-Bretagne et qui disposent d'infrastructures de grande qualité, l'Egypte, la Turquie et certaines républiques de l'ex-URSS.

II. Sources d'information et situation mondiale

Bien qu'il demeure difficile de disposer de données fiables, un certain nombre d'institutions et de structures sont en mesure de recueillir des informations sur le sujet : des organisations internationales (OMS, Conseil de l'Europe), des organisations nationales (le comité national d'éthique aux Philippines a effectué un travail remarquable pour combattre la pratique de la vente d'organes dans ses frontières en recueillant des informations appropriées), des sociétés savantes (la société internationale de transplantation), des associations militantes (Organs Watch, Amnesty International), les médias (dont des journalistes d'investigation). En outre, nous commençons à disposer d'études d'épidémiologie sur le devenir des receveurs et des donneurs en lien avec ces greffes. L'étude la plus récente est canadienne (« *Outcomes of a commercial renal transplantation : a Canadian experience* », Transplantation, volume 82, n° 9, novembre 2006). D'autres sont en cours, notamment en Grande-Bretagne et aux Pays Bas. En France, une thèse de médecine rédigée par le Docteur Moglie Lequintrec en 2006 aboutira probablement à une publication prochaine. Organs Watch publie également un rapport annuel. Plusieurs études s'accordent en définitive pour montrer que les résultats au niveau des receveurs se révèlent de mauvaise qualité notamment en Inde et au Pakistan. La Chine fait exception avec des résultats comparables aux greffes réalisées dans des conditions non commerciales. Dans les autres pays, les risques sont considérables sur le plan de la sécurité sanitaire. Par exemple, entre 1995 et 2005, sur dix enfants bulgares greffés au Pakistan, un est décédé, un a été contaminé par le VIH, les autres ont été contaminés par les virus de l'hépatite B ou de l'hépatite C. Au niveau des donneurs, les études pratiquées *a posteriori* montrent des conséquences négatives de manière constante en termes d'état de santé. L'amélioration de la situation économique, quant à elle, demeure éphémère.

Une étude de l'OMS effectuée en 2007 rappelle que les phénomènes existent parce qu'un grand nombre de besoins ne sont pas satisfaits. 70 % des greffes pratiquées dans le monde le sont ainsi dans les pays développés. Les pays en développement font face, quant à eux, à un certain nombre de contraintes médico-économiques : le savoir-faire n'est pas toujours présent ; l'insuffisance rénale ne constitue pas une priorité de santé ; les aspects économiques sont rédhibitoires (par exemple, le traitement des insuffisances rénales par dialyse en Inde absorberait 25 % des crédits de santé pour 0,01 % des patients).

Aujourd'hui, cependant, un consensus se dégage au niveau de la communauté internationale pour affirmer, en accord avec les préconisations de l'OMS, que les cellules, tissus et organes humains doivent faire l'objet de dons librement consentis sans paiement en argent ou autres récompenses à valeur monétaire.

III. Situation de la France

Une question se pose : la France est-elle à l'abri de la commercialisation ? Des craintes sont effectivement apparues au moment de la révision de la loi de bioéthique et de l'élargissement des possibilités de dons à partir du vivant. En outre, nous ne pouvons ignorer les questions se posant autour du tourisme de la transplantation à partir de la France.

Historiquement, en 2000, le comité d'éthique de l'EfG avait été saisi après des sollicitations provenant de plusieurs équipes de greffe rénale s'interrogeant sur la conduite à tenir envers des patients partis à l'étranger pour bénéficier d'une intervention. La saisine avait abouti à une enquête auprès des équipes de greffe rénale. Le taux de réponse de 50 % s'était révélé peu satisfaisant. Huit cas avaient cependant été recensés. Le comité d'éthique avait dès lors établi un certain nombre de recommandations rappelant l'obligation de soins vis-à-vis des patients concernés, le respect absolu du secret médical, la nécessité d'une information des patients sur les

pratiques et les risques encourus, l'indispensable saisie des autorités judiciaires en cas de mise à jour de filières et la nécessaire contribution de chacun au niveau international. A ce titre, l'Agence a participé au groupe de travail de l'OMS consacré au sujet et aux travaux du Conseil de l'Europe.

Aujourd'hui, il existe une obligation légale pour l'Agence, à la suite de la loi de bioéthique de 2004, de rendre compte annuellement au Parlement du sujet. Nous avons donc transformé l'enquête initiée en 2002 en une enquête annuelle auprès des équipes de greffe rénale dans le respect du secret médical. Le questionnaire, très simple, est adressé aux équipes de greffe auxquelles il est demandé de rapporter les cas connus de patients partis à l'étranger subir une intervention.

En 2007, nous avons prévu d'étendre l'enquête aux centres de dialyse en émettant l'hypothèse qu'un certain nombre de patients n'avaient pas recours aux équipes de greffes.

Nous proposerons cette année aux équipes rapportant des cas de malades partis à l'étranger d'effectuer auprès des patients volontaires une enquête qualitative, dans le respect du secret médical, afin de disposer d'informations plus détaillées.

En définitive, la meilleure réponse à apporter aux pratiques précédemment décrites réside dans la promotion d'une offre suffisante de greffons tant dans les pays occidentaux que dans les pays en voie de développement. Les actions concrètes consistent à proposer des programmes de coopération ayant pour objectif d'aider les pays en voie de développement à mettre en œuvre leurs propres activités de transplantation rénale.

Merci de votre attention.

Carine CAMBY

Merci pour votre présentation intéressante et extrêmement bien documentée.

Deuxième session

Présidents de séance :

*Docteur Jacques BORSARELLI, SRA Sud Est,
Madame Brigitte THOMAS, coordination de Tours,
Docteur Patrick JAMBOU, coordination de Nice.*

Intervenants :

*Docteur Florence VACHIERY, coordination de Montpellier,
Madame Elodie CARBONNEL, coordination de Montpellier,
Madame Marylise PARIS, coordination de Dreux,
Docteur Martine CHATELUT, SRA Grand Ouest,
Docteur Hélène JULLIAN PAPOUIN, SRA Sud Est.*

« Débriefing » après un prélèvement multi organes : quand, comment ?

Docteur Florence VACHIERY
Coordination de Montpellier

Bonjour à tous. Mon intervention concernera le vaste débat de la place du débriefing et de la nécessité induite d'un travail commun entre les établissements intégrant le dispositif.

I. Le contexte

Le réseau de prélèvement de la région Languedoc-Roussillon (RE-PRE-LAR) concerne un bassin de population d'environ 2,5 millions d'habitants. Dix établissements font partie du dispositif. Le fonctionnement du réseau est décrit dans une charte constitutive qui, officiellement, a vu le jour en 2002, tandis que les premiers prélèvements ont eu lieu en 2000. Parmi les dix établissements, le centre hospitalier régional universitaire de Montpellier constitue la « tête de pont » du réseau régional. Il dispose de l'autorisation de prélèvement et de greffe. Quatre autres établissements sont autorisés à prélever (le CHU de Nîmes et les CH de Béziers, Carcassonne et Perpignan). Les cinq derniers établissements assument un rôle d'identification du donneur potentiel et de prise en charge des proches. Les sites autorisés à prélever sont autonomes sur le plan chirurgical (avec présence de chirurgiens urologues sur chacun des sites) et Coordination.

L'objectif principal du réseau régional est d'augmenter l'accessibilité à la greffe pour les patients inscrits en liste d'attente. Le réseau régional a montré une dynamique certaine malgré un système quelque peu fragile initialement. Il convient cependant de continuer à renforcer la dynamique en cours par un travail quotidien sur le terrain, tant sur le plan pédagogique que sur le plan opérationnel.

En 1999, seul le CHRU de Montpellier était autorisé à prélever. Nous avons ainsi pratiqué 24 prélèvements sur l'année entière. En 2007, nous avons prouvé que l'essor et la croissance initiés

dès le début de la création du réseau sont pérennes puisque nous avons effectué 65 prélèvements. L'objectif initial était d'atteindre les 20 prélèvements par million d'habitants. L'objectif s'est vu dépassé dès l'année 2004 malgré une part d'opposition au niveau régional relativement importante. A ce sujet, je tiens à rappeler que de nombreuses études ont démontré que l'attitude des soignants peut influencer favorablement le comportement des familles. Il convient donc de travailler dans ce sens.

La définition anglo-saxonne d'un débriefing consiste à « rendre des comptes ». Par exemple, sur les activités militaires ou aéronautiques, une évaluation post événementielle immédiate permet aux anglo-saxons d'apporter des modifications rapides. Ainsi, le déroulé des missions avec l'ensemble des participants doit permettre de mettre en place des actions correctrices. L'évolution de la médecine de catastrophe, d'urgence ou de guerre obéit à la logique précédente en mettant davantage l'accent sur l'expression des conflits psychologiques après un événement traumatisant, sachant que le personnel soignant peut se trouver confronté à ces situations particulières (notamment le personnel d'un bloc opératoire). Pour notre part, nous avons connu deux périodes différentes. La première période a consisté en la mise en place de l'activité de prélèvement dans les établissements régionaux. Par la suite, après la mise en branle de la dynamique, pour pérenniser l'activité au sein de la région et mettre en place une évaluation des pratiques professionnelles, nous avons initié des débriefings sur l'ensemble de la région et sur certains secteurs de la réanimation.

Je laisse la parole à Elodie Carbonnel, récemment arrivée à Montpellier depuis Carcassonne, qui va vous présenter les résultats de l'évaluation de la première période.

Elodie CARBONNEL Coordination de Montpellier

II. Les résultats de l'évaluation

L'analyse montre le vécu difficile de l'équipe du bloc opératoire d'un site du CHU de Montpellier sur lequel l'activité repose presque entièrement (de par la participation de plusieurs établissements à la procédure, en effet, le service de réanimation avec lequel nous travaillons sur la détection des donneurs potentiels se trouvait fréquemment sur un site différent du site où aurait pu se dérouler un prélèvement, entraînant une perte non négligeable d'organes ; nous avons donc décidé de faire reposer l'activité presque entièrement sur le bloc du CHU de Montpellier). Les équipes du bloc déploraient ainsi le manque de concertation les concernant et la difficulté d'évoluer de la prise en charge d'un patient pour un acte neurochirurgical thérapeutique à un prélèvement sur le même patient décédé.

Autour du débriefing, se retrouvaient la coordination hospitalière de prélèvement et l'équipe de bloc ayant participé à la procédure. Le débriefing se tenait au plus tard 48 heures après l'intervention. La participation s'effectuait sur la base du volontariat. Des discussions, ressortaient l'expression du vécu et les interrogations de chacun (des aspects émotionnels davantage que des aspects factuels).

Le bilan à six mois montre que sur quatorze prélèvements, nous avons pu organiser dix réunions, ayant connu une forte participation (en tout une vingtaine de participants, soit deux ou trois participants par débriefing). Les termes évoqués touchaient particulièrement aux difficultés face à la réalité de la mort, qui venait se heurter au vécu du bloc opératoire. Les équipes concernées, en effet, vivaient sur l'acquis qu'aucun patient ne mourait jamais au bloc opératoire. Concrètement, les aspects liés à la toilette mortuaire entraînaient une crainte chez les personnels. En outre, les équipes ressentaient une sensation de déprofessionnalisation, les interventions étant effectuées plus particulièrement la nuit par des équipes extérieures ne respectant pas nécessairement les règles de fonctionnement prescrites. Les équipes craignaient, notamment, une perte en termes d'hygiène. Enfin, le dispositif restait vécu également comme une surcharge de travail sur un programme opératoire déjà vécu comme particulièrement rempli.

La difficulté restait ainsi de mobiliser les équipes de nuit, fréquemment en sous-effectifs, qui vivaient mal les interventions. Nous avons dès lors assisté à un essoufflement progressif des rencontres, notamment par une perte au niveau médical (il devenait impossible de réunir les différents interlocuteurs autour des débriefings).

Florence VACHIERY

Les enquêtes montrent que les problématiques des équipes des blocs opératoires autorisées à prélever sans assister finalement à la greffe restent extrêmement répandues au niveau national.

Je tiens à souligner, par ailleurs, que les débriefings ont été maintenus malgré la fréquentation pauvre, principalement constituée d'infirmières et non plus de médecins, avec pour objectif d'améliorer le taux de participation. En 2006 et 2007, la coordination hospitalière du CHRU de Montpellier s'est, en effet, considérablement modifiée : la moitié des effectifs a été remplacée, notamment parmi l'encadrement paramédical et le personnel infirmier. Par ailleurs, nous avons mis en place des référents médicaux au niveau des trois des six secteurs de réanimation qui participent à l'activité de prélèvement. Le temps de coordination, en effet, demeure un temps plein qui entraîne des difficultés dans l'interface entre réanimation et coordination. Par notre action,

nous avons souhaité redéfinir un nouvel espace impliquant chaque acteur du processus, notamment pour l'évaluation du déroulé de chaque procédure aboutie. Le problème de disponibilité des équipes demeurant le facteur le plus contraignant pour participer aux réunions, nous avons mis en œuvre deux formules. La première, au sein de la coordination, permet aux équipes de participer à un débriefing organisé entre 24 à 48 heures après les procédures, abouties ou non, les réunions au sein des services de réanimations portaient sur une revue de dossiers. D'autre part nous avons pu créer un outil qui nous permet de reprendre étape par étape le déroulé des procédures en vue d'évaluer l'écart à l'idéal en fonction de la chronologie des différentes phases et de déterminer les dysfonctionnements intervenus. L'outil garde pour objectif final de permettre la mise en œuvre rapide d'actions correctrices, sans empêcher cependant l'expression des difficultés ressenties par le personnel. Ainsi, au sein de la coordination, sur les 61 recensements, 54 débriefings ont été organisés, associant systématiquement l'encadrement médical et paramédical. Un temps de parole propre s'ajoutant à ce temps de travail s'est également vu proposé aux équipes puisque nous disposons, au sein de la CHP, d'une psychologue.

Pour le secteur de la réanimation, trois sites se sont donc portés volontaires : un site de réanimation chirurgicale, un site de réanimation pédiatrique (nous avons dénombré dix recensements d'enfants sur la période étudiée), un site de réanimation médicale, qui effectue 15 % des recensements des donneurs. Etaient présents les référents médicaux, les référents paramédicaux et les acteurs ayant participé à la procédure.

Nous avons rapidement pu recentrer les missions attribuées à chacun des acteurs en termes de détection et d'accompagnement des proches. Nous avons, par la suite, proposé des formations actions ayant pour but de répondre aux interrogations suscitées par les missions. Les nouveaux arrivants au sein de la coordination ont ainsi pu être encadrés de manière efficace. Nous avons également pu améliorer certaines pratiques, notamment la procédure d'habillement du donneur.

Elodie CARBONNEL

Des débriefings sur le réseau ont également eu lieu (c'est-à-dire au sein des CH de Béziers, Perpignan, Carcassonne et du CHU de Nîmes) qui ont permis de former les équipes et de les aider à gagner en autonomie. Participaient aux réunions, les cellules opérationnelles, la cellule d'animation du réseau et les équipes ayant participé au processus (de bloc opératoire, de réanimation). Il est ressorti des débriefings, des difficultés similaires aux difficultés rencontrées par le CHU de Montpellier.

La première année, le débriefing était systématique (la moyenne s'élevant à un prélèvement par an, l'organisation systématique était facilitée ; par la suite, a été organisé un comité de prélèvement annuel pour permettre une montée en charge des moyens : les établissements sont ainsi passés de un à dix prélèvements par an). Les sujets récurrents exprimés consistaient principalement en la difficulté de faire face à la mort, finalement rarement présente dans le bloc opératoire, en la toilette mortuaire. Les réunions permettaient également de revenir sur le rôle de chacun, l'articulation entre les équipes, les problèmes de transport et le conditionnement des greffons.

Florence VACHIERY

Le réseau a permis à la part de prélèvements des hôpitaux régionaux d'augmenter. Nous cherchons, à ce jour, à pérenniser les actions entreprises en soutenant l'activité des établissements régionaux.

Face à la montée en charge de l'activité, nous avons essayé de mettre en place dans les établissements préleveurs des revues de dossiers et une évaluation des pratiques professionnelles en utilisant l'outil créé au sein de la coordination du CHU de Montpellier. Nous avons également varié nos modes de rencontres en fonction de l'activité : pour les établissements fortement recenseurs et préleveurs (par exemple, Perpignan ou Nîmes), nous avons opté préférentiellement pour des revues de dossiers autres que la coordination ; pour les établissements à l'activité moindre mais apportant leur participation au processus, nous avons choisi une évaluation post événementielle rapide. De manière systématique, les personnes impliquées dans la prise en charge étaient présentes (la cellule d'animation du réseau et les référents régionaux de l'Agence de la biomédecine, notamment pour la valorisation du travail effectué au sein des établissements préleveurs mais non greffeurs). Un compte-rendu factuel de la prise en charge du donneur était énoncé. Nous avons dès lors travaillé sur les interfaces, en essayant de mettre en œuvre des actions correctrices.

Le CH de Perpignan a organisé la première rencontre au deuxième semestre 2007. Le débriefing s'est révélé extrêmement bénéfique. Nous avons par exemple invité les urologues, qui ont pu répondre aux interrogations sur le donneur marginal et l'éligibilité des greffons. En parallèle, nous avons par la suite effectué des débriefings sur divers autres établissements.

Les sujets abordés concernaient principalement le donneur marginal et la mise en place de critères régionaux en vue d'éviter les pertes de greffons, ainsi que l'approche des familles. Les débriefings sont complétés par les comités de prélèvement, par le comité de pilotage et par des réunions trimestrielles de l'ensemble du réseau de prélèvement.

En définitive, deux objectifs se dégagent de la prise en compte des revues de dossiers : la création d'un référentiel de prise en charge au niveau régional et une organisation régionale de la biovivance. Je vous remercie de votre attention.

Marylise PARIS **Coordination de Dreux**

I. Les débriefings organisés sur le réseau Centre-Ouest

Bonjour à tous.

Le réseau Centre-Ouest se compose de quatre hôpitaux situés dans l'Eure-et-Loir, précisément à Dreux, Chartres (centres préleveurs), Nogent et Châteaudun, d'une clinique cardiologique, et de deux hôpitaux situés dans les Yvelines, l'Hôpital privé de l'Ouest parisien et le centre hospitalier de Rambouillet.

Le point de départ de la mise en place des groupes de parole a consisté en une réunion avec les personnels de bloc opératoire organisée en janvier 2003. Plusieurs remarques ont alors été exprimées : le personnel avait la sensation de subir le prélèvement multi organes ; il a marqué sa désapprobation de voir la mort entrer au bloc opératoire ; les aspects les plus mal vécus étaient le clampage, la décharge, la toilette mortuaire, le climat d'effervescence au cours du prélèvement et, après le départ des équipes, une sensation de froid liée à un bloc rempli uniquement d'un corps mort. Il nous est dès lors apparu intéressant de proposer la mise en place de groupes de parole après les prélèvements multi organes.

A ce titre, nous avons réalisé une enquête au niveau du SRA7 auprès des IADE et des IBODE à l'exception des blocs pédiatriques, présentée dans le cadre de l'ETCO de Genève en 2005.

A la question « Un groupe de parole est-il organisé après chaque prélèvement multi organes ? », 5,5 % des personnes interrogées ont répondu par l'affirmative. A la question « La mise en place d'un groupe de parole après un prélèvement multi organes vous semble ? », 15,5 % des personnes interrogées ont répondu « Très importante », 44 % « Importante ».

En pratique, nous organisons un groupe de parole après chaque prélèvement sur la base du volontariat. Nous adressons un courrier nominatif à toutes les personnes ayant participé de près ou de loin au prélèvement multi organes. La réunion s'effectue en présence de l'équipe de coordination, d'une infirmière, d'un médecin et d'une psychologue. Les principaux points abordés concernent l'organisation, le vécu et le ressenti.

Depuis juin 2003, nous avons organisé 18 groupes de parole, auxquels 156 personnes ont participé (notamment le personnel de bloc opératoire : IADE, IBODE, anesthésistes, brancardiers ; le personnel de réanimation : IDE, médecins AS, les personnels de radiologie et de laboratoire, les médecins urgentistes qui prennent en charge les comas et le chauffeur de l'hôpital).

Discussion

Jacques BORSARELLI

Je vous invite à débattre des précédentes présentations.

Brigitte THOMAS

Je souhaite confirmer qu'il est important d'adresser systématiquement des courriers à chaque personne ayant participé à la procédure. Les équipes de réanimation ou de bloc opératoire, en effet, apprécient fortement la démarche.

Elodie CARBONNEL

Nous adressons également des courriers. Quels que soient les intervenants, nous nous sommes, en effet, rendus compte qu'une démarche de participation est valorisante.

Jacques BORSARELLI

Je vois que vous rencontrez des difficultés pour réunir les personnes concernées.

Marylise PARIS

Les difficultés principales pour se rendre aux groupes de parole demeurent liées à des problèmes horaires. La participation nécessite une adaptation. Nous proposons, pour notre part, des réunions entre 14 et 16 heures.

Brigitte THOMAS

Organisez-vous des journées de formation ?

Marylise PARIS

Depuis 2004, nous avons mis en place des journées de sensibilisation sur site en partenariat avec l'Agence de la biomédecine, ouvertes aux personnels médicaux, paramédicaux et techniques de l'établissement.

Florence VACHIERI

Dans le cadre du réseau ou au sein du CHRU, plusieurs formations sont proposées répondant aux problématiques des grosses structures, qui demandent un travail de terrain permanent, notamment sur les interfaces entre secteurs de réanimation et blocs opératoires. Parmi les formations, citons les journées biannuelles de sensibilisation de l'ensemble des soignants, les formations actions sur les secteurs de soins critiques et les blocs opératoires, les revues de dossiers des statistiques de mortalité et de morbidité auxquelles nous participons, sur l'ensemble

du réseau des groupes de travail afin d'améliorer le fonctionnement (travail accompli principalement par la cellule d'animation du réseau qui va au devant des équipes référentes) et trois journées de formation très fréquentées au niveau de la région. S'ajoutent aux formations précédemment citées, des actions entreprises en partenariat avec l'Agence de la biomédecine.

Jacques BORSARELLI

L'Agence de la biomédecine participe effectivement à différentes journées de formation.

Une intervenante de la coordination de Troyes

J'ai cru comprendre qu'en Languedoc-Roussillon, un bloc de neurochirurgie s'était transformé en bloc de prélèvement multi organes. Quelles actions avez-vous effectuées préalablement afin que l'équipe neurochirurgicale adhère à la démarche ?

Florence VACHIERI

Des groupes de travail ont été mis en place afin de faire en sorte que l'activité, qui constitue un enjeu de santé publique et fait partie des missions auxquelles il convient de faire face, soit assumée. L'activité était vécue, en effet, comme une contrainte. Finalement, aucune salle n'a été dédiée au prélèvement. L'activité s'est, au contraire, vue intégrée à l'activité du bloc neurochirurgical.

Nous pouvons conclure de l'épisode précédemment décrit que la façon d'appréhender le prélèvement évolue au cours des ans. En cela, la pédagogie et « l'enseignement au biberon » apparaissent essentiels. Dans le profil de poste des nouveaux recrutés au sein du bloc concerné, figure ainsi l'activité de prélèvement multi organes.

A ce titre, la véritable interrogation, en définitive, concerne le manque de participation médicale aux débriefings. Seules les infirmières participaient aux réunions. Les anesthésistes réanimateurs du bloc eux-mêmes faisaient part de leurs restrictions envers l'activité de prélèvement. Nous pouvons déduire de la situation que de mauvaises représentations peuvent effectivement être véhiculées au sein d'un établissement et venir miner l'activité, d'où l'importance, encore une fois, de la pédagogie.

Un médecin coordinateur de l'hôpital de Colmar

A l'issue des précédentes présentations, je tiens à souligner qu'en cajolant les équipes de prélèvement multi organes, nous ne parviendrons qu'à marginaliser l'activité. Il s'agit d'une activité normale et quotidienne pour un bloc opératoire.

Elodie CARBONNEL

Je tiens à signaler, pour ma part, que lors des débriefings, personne ne cajole personne. Nous demeurons des professionnels de santé. Nous nous devons de nous réunir, au contraire, pour devenir davantage efficaces et pérenniser l'activité. Les débriefings ne constituent pas uniquement un espace d'expression émotionnelle. Nous travaillons également sur la pérennisation de l'activité et sur des aspects factuels.

Florence VACHIERI

La grande difficulté demeure d'allier la dimension opérationnelle avec les interrogations et le ressenti résultant de l'activité. Les discussions avec le psychologue, en effet, ont montré que chaque intervenant se posait un certain nombre de questions, le prélèvement demeurant une activité touchant au corps mort, et la violence et les représentations restant présentes. Les interrogations sont justifiées, en particulier sur les prélèvements réalisés sur les enfants vécus fréquemment comme une tempête intérieure. A ce titre, nous devons travailler, notamment, sur la communication et sur la formation initiale des personnels concernés.

Olivier LEROUGE, coordination du Havre

Nous effectuons des débriefings de nos prélèvements depuis environ cinq ans. Je crois qu'il demeure important de distinguer groupes de parole et débriefings proprement dits. En effet, le débriefing du prélèvement se situe clairement dans une logique d'amélioration des pratiques par une analyse des dysfonctionnements ou des choix réalisés à un moment précis de la procédure. Dans notre activité, les débriefings ont permis de travailler sur des procédures dégradées (ouverture d'un aéroport, recherche d'un chirurgien, d'un anesthésiste, etc.). Le débriefing, à ce titre, se révèle important et utile s'il apparaît multi professionnel. Il doit, en effet, concerner l'ensemble de la chaîne du prélèvement d'organes.

Patrick JAMBOU

En définitive, nous présentons aujourd'hui un certain nombre d'outils. Nous distinguons, dans l'ensemble, des différence entre groupes de parole (qui servent d'exutoires) et débriefings (évaluation des pratiques professionnelles par rapport à un processus extrêmement décrit et cadré). Or, la Haute Autorité de santé nous demande des preuves concernant nos démarches. Elle préconise, à ce titre, d'adopter la méthodologie qu'elle a clairement définie. Les outils, au niveau de certains maillons de la chaîne, peuvent participer à l'expression des éléments de preuve, à condition de se poser des questions communes : quels sont le référentiel et l'objectifs du débriefing ? S'agit-il d'une restitution immédiate ? S'agit-il de respecter des pratiques préalablement définies ? Devons-nous produire des procédures dégradées par l'adoption de mesures correctives ? Les exposés se sont révélés passionnants. Il convient cependant, à présent, d'inscrire les démarches dans un cadre académique et reconnu par la Haute Autorité de santé.

Jacques BORSARELLI

En cela, les différentes phases d'élaboration se montrent intéressantes.

Florence VACHIERI

Nous avons élaboré un véritable chemin clinique de la prise en charge du sujet en état de mort cérébrale, dans lequel figure l'ensemble des acteurs, notamment les plateaux techniques. Le chemin clinique, cependant, perdrait sa signification s'il ne pouvait s'adapter à la région. Nous avons donc créé un outil simple, en cours d'évaluation sur les établissements régionaux. Nous avons, en particulier, travaillé sur une fiche de synthèse afin de pouvoir dérouler chaque protocole et chaque procédure mis en place, adaptés ensuite à chaque site préleveur de la région. L'objectif n'est pas de complexifier le chemin clinique. Au contraire, nous utilisons d'excellents exemples relatés dans la littérature, notamment dans la littérature canadienne, comme des supports à une

synthèse de la prise en charge, avec explication des écarts à l'idéal et lutte contre les dysfonctionnements apportant une simplification. En cela, le travail actuel sur le donneur marginal effectué avec le médecin référent de la région montre son importance. En effet, il permet d'adapter les pratiques de chacun et d'améliorer la relation entre les différents acteurs.

Un intervenant de la coordination d'Evry

Mes questions concernent, non pas le débriefing organisationnel, mais le débriefing psychologique. Disposez-vous de formations aux débriefings psychologiques ? Pour ma part, je considère qu'il demeure difficile d'effectuer un débriefing efficace en présence de seulement deux ou trois personnes. J'estime que les débriefings, en outre, nécessitent un recul d'au moins 48 heures. Les besoins, cependant, restent différents pour les équipes médicales et anesthésistes qui vivent les interventions de manière distincte de la façon dont peuvent les vivre les IADE ou les IBODE. Vous précisiez avoir effectué une dizaine de débriefings en six mois. Avez-vous des retours sur l'utilité des réunions ? Avez-vous analysé l'essoufflement que vous évoquiez ? En définitive, les entretiens individuels ne sont-ils pas davantage opportuns que les groupes de parole ? Quels éléments de réponse aux questions que continuent de se poser les personnels peuvent donc apporter des personnes éventuellement formées ?

Marylise PARIS

Le terme d'essoufflement ne convient pas. La participation dépend, en effet, du déroulement du prélèvement. Les personnels continuent cependant, en général, de venir relativement nombreux aux réunions. Je tiens à souligner que, pour notre part, nous bénéficions de la présence d'un psychologue, formé par l'Agence de la biomédecine. Il apporte des éléments de réponse aux questions que se posent les personnels. Il permet de lever les non-dits et de ne pas laisser les effectifs concernés subir l'activité.

En 1999, quand je contactais les équipes au sujet d'un prélèvement multi organes pour les mettre en alerte, je sentais des réticences chez mes interlocuteurs. Aujourd'hui, la sensation de subir semble avoir disparu. Les personnels affichent, au contraire, une certaine satisfaction à pouvoir échanger sur les difficultés rencontrées.

L'intervenant de la coordination d'Evry

Je comprends l'intérêt du groupe de parole. Ma question toutefois portait davantage sur l'utilité et l'efficacité d'un débriefing psychologique effectué sur deux ou trois personnes ayant vécu un événement traumatisant (la confrontation du personnel du bloc opératoire à la mort, notamment lors de la toilette mortuaire).

Florence VACHIERY

Je rappelle que le débriefing s'effectue sur la base du volontariat. Nous savons néanmoins que l'encadrement joue un rôle essentiel dans le maintien d'une certaine dynamique et d'un travail de fond autour de la présentation. A ce titre, nous réfléchissons actuellement, en partenariat avec la psychologue, à la mise en œuvre d'un mode de travail sur les expressions et les difficultés récurrentes rencontrées permettant la fréquentation pluridisciplinaire. Notre objectif reste de continuer à décroiser l'activité afin que chacun des acteurs trouve sa place dans la chaîne du prélèvement.

Une intervenante du CHU de Reims

Vous évoquez principalement le personnel du bloc opératoire. Je souhaite savoir si le personnel de réanimation participe aux débriefings, dans la mesure où il fait partie intégrante de la procédure de prélèvement.

Marylise PARIS

Tous les personnels ayant participé à la chaîne aboutissant au prélèvement reçoivent un courrier nominatif les invitant aux groupes de paroles.

Infection des PTA : prévention et prise en charge

Docteur Martine CHATELUT
SRA Grand Ouest

Bonjour. Les PTA sont les produits thérapeutiques annexes définis par la loi. Je ne m'intéresserai, pour demeurer dans le cadre de notre journée d'échange, qu'aux liquides de conservation d'organes.

I. Contexte

En 2005, l'Agence de la biomédecine a été alertée de la survenue d'une série d'infections graves chez des receveurs de rein. Un travail, opéré en partenariat avec le Centre National de Référence Mycologie et Antifongiques (CNRMA), a abouti à la diffusion de recommandations sur la prévention des infections. Un volet se rapportait aux examens à réaliser chez les donneurs avant le prélèvement (ECBU, hémocultures, prélèvement en cas de brèche digestive). Il était également rappelé l'importance de laisser les PTA en culture durant un délai d'au moins cinq jours. Enfin, il était demandé aux équipes de réaliser un prélèvement systématique de PTA sur le site de greffe, à l'ouverture du container, pour un examen bactériologique et mycologique ; et, en cas d'analyse positive de demander une identification et un antibiogramme ou un antifongogramme. L'importance du signalement était également soulignée, de manière à pouvoir diffuser l'information en temps réel aux différentes équipes intéressées.

En France, en 2006, 650 PTA positifs ont été déclarés au service de régulation et d'appui, pour 4 325 greffes réalisées. Huit cas d'évènement grave en lien avec une infection chez le receveur ont été signalés, dont cinq cas chez des receveurs de rein. Plusieurs enquêtes régionales ont été réalisées. L'une d'elles, réalisée par le SRA d'Ile-de-France sur les donneurs de reins en état de mort encéphalique, a montré un taux de PTA de reins mis en culture s'élevant à 89 %, avec 22,5 % de cultures positives (144 germes), et un évènement grave en lien avec une infection chez le receveur. Cependant, parmi les cas d'infection chez un donneur avec un PTA positif en culture, le typage des souches en cause n'a pu être réalisé que 2 fois.

II. Différentes cas de contamination et recommandations

La contamination du liquide de conservation peut être due à une infection chez le donneur, à une erreur survenue lors de la préparation ou à une erreur lors de l'utilisation du PTA. Dans tous les cas, la question à se poser reste: quels sont les risques encourus par le receveur ? Pour trouver une réponse, il convient de définir précisément, en premier lieu, le terme de « contamination des produits thérapeutiques annexes ». La recherche d'une contamination, en effet, est très hétérogène selon les centres : tous les PTA ne sont pas cultivés ; les procédures de mise en culture et les seuils de diagnostic diffèrent ; les circuits de signalement des examens positifs sont différents.

Un groupe de travail a été chargé d'émettre des recommandations sur ce sujet. Il a en charge plus précisément la prévention de la transmission d'agents bactériens et fongiques aux receveurs d'organes. Il a travaillé en collaboration avec les sociétés savantes (Société Française de Transplantation, certaines sociétés d'hygiène, etc.). L'objectif est une diffusion très large de ces recommandations qui s'adressent à la fois aux coordinations, aux laboratoires, aux équipes de greffe et aux circuits de signalement des établissements. Ces recommandations, ont été établies

selon les pratiques existantes et des opinions d'experts. Il n'existe pas de données spécifiques exhaustives dans la littérature.

Le premier versant des recommandations concerne la recherche d'une infection chez le donneur. Il reprend les éléments émis en 2005 (analyses systématiques de sang et d'urine, recherche d'agents bactériens et fongiques, etc.). En cas de prélèvement pulmonaire, il est recommandé un prélèvement pulmonaire profond avec recherche d'agents bactériens et fongiques.

Concernant le temps opératoire, en cas de liquide d'épanchement présent à l'incision, un prélèvement pour recherche d'agents bactériens et fongiques est recommandé ; en cas de brèche digestive, les recommandations insistent sur la nécessité du signalement de cette brèche à toutes les équipes présentes, sur le bordereau du rein, sur le compte-rendu opératoire, au SRA.

Concernant la contamination du PTA durant la préparation, un fabricant recommande l'ajout dans son produit de corticoïdes et de pénicilline. Pour notre part, nous conseillons de ne pas ajouter d'adjuvant.

Les prélèvements pour la mise en culture des PTA doivent être effectués à l'ouverture du container, au moment de la greffe. Le prélèvement est pratiqué en utilisant une seringue stérile qui permet de répartir au minimum 25 millilitres de PTA pour une analyse bactériologique et 25 millilitres pour une analyse mycologique. Il convient par ailleurs, d'identifier correctement l'échantillon et le bon qui l'accompagne (mention PTA, nom du receveur, N° cristal) pour permettre les recoupements. Enfin, l'acheminement vers les laboratoires doit s'effectuer sans délai.

Pour ce qui concerne les laboratoires, en cas de résultats positifs, il convient de pratiquer une identification de toutes les espèces, et de rechercher la sensibilité aux antibiotiques et /ou aux antifongiques. Il est demandé également de conserver les souches durant 12 mois afin de pouvoir les transmettre au CNR pour réaliser un typage.

En cas de greffe de rein, il est recommandé également, d'effectuer une recherche mycologique sur le liquide de drainage. Une attention particulière doit être, là aussi, apportée à l'identification des échantillons (mention « receveur d'organes »).

En cas de PTA positif dans le cadre d'une greffe de rein, il est conseillé de mettre en place une surveillance clinicobiologique et, éventuellement, un traitement de la bactérie. S'il s'agit d'un agent fongique, un traitement préemptif et une surveillance clinicobiologique et radiologique apparaissent indispensables. Si une brèche digestive est signalée, on peut mettre en place un traitement probabiliste par fluconazole, en absence de traitement antérieur par les azolés chez le donneur, allié à une surveillance clinicobiologique et radiologique.

Dans le cas où s'ajouteraient aux éléments précédents, un liquide de drainage positif à levure, des signes d'infection inexplicquée ou des anomalies radiologiques, un avis chirurgical et vasculaire sera demandé.

Enfin, il est recommandé, en cas de détransplantation dans les 3 mois suivant la greffe, de réaliser, de façon systématique, une recherche bactériologique et mycologique sur le greffon.

Pour conclure, je tiens à insister de nouveau sur l'importance du signalement : signalement en temps réel au SRA de l'Agence de la biomédecine qui diffuse l'information aux équipes de greffe concernées ; et, dans le cadre de la biovigilance, signalement au CLB de l'établissement et à l'AFSSAPS.

Discussion

Patrick JAMBOU

Je souhaite apporter un commentaire sur le titre de la présentation.

Je crois qu'il s'agit d'un exposé exemplaire dans sa façon d'aborder deux aspects importants : connaître le sujet évoqué ; connaître le risque réel. Sur la connaissance du sujet, évoquer une infection des PTA constitue cependant un lapsus. Le problème, malgré tout, reste de savoir si un receveur développera ou non une infection. Au-delà des termes utilisés, se profile la recherche de la virulence du pouvoir pathogène d'un certain nombre de microorganismes. Votre exposé est donc important en cela qu'il attire notre attention sur un risque potentiel compte tenu des premiers constats et sur un travail nécessaire de biovigilance et de suivi à mettre en place pour définir précisément le risque. Pour ma part, en effet, j'ai le sentiment que le risque demeure mal connu. Un commentaire sur le titre me paraît ainsi essentiel : nous disposons d'indicateurs sans connaître le risque réel.

Je souhaite à présent poser deux questions. Sur le plan pratique, quelle est l'exhaustivité par rapport aux recommandations ? Sur le terrain, quelles sont les difficultés rencontrées ? Au niveau de la greffe, il me semble nécessaire, en effet, de sensibiliser à nouveau un certain nombre d'équipes sur la mise en culture des PTA. Un travail d'harmonisation reste à opérer.

Claire LE GOFF, coordination de Grenoble

Dans vos propos, je distingue deux éléments : la biovigilance, et le suivi des prélèvements du donneur que la coordination veille à récupérer dans les plus brefs délais avant de les transmettre au SRA . La biovigilance concernant le suivi du liquide de conservation, suivi dont les acteurs restent parfois mal définis. Le greffon parvenu dans le centre de prélèvement de greffe, il reste à déterminer les personnes qui doivent récupérer les résultats des PTA et les transmettre dans les plus brefs délais.

Martine CHATELUT

Il apparaît indispensable de trouver une organisation par établissement, selon les situations. Une conduite générale peut être préconisée, mais elle nécessitera des adaptations selon les sites, qui ne fonctionnent pas tous de manière identique..

Jacques BORSARELLI

Une harmonisation apparaît effectivement indispensable. Elle peut représenter une des missions de la coordination des greffes.

De la salle

Dans certains établissements, travaillent des médecins biovigilants dont l'une des missions est l'homogénéisation des pratiques. J'ajoute qu'il me semble nécessaire de réaliser des enquêtes d'hygiène sur le mode de travail des équipes, du prélèvement à la greffe, pour tirer des conclusions sur les contaminations.

Bernard LOTY, Agence de la biomédecine

Malgré la somme de travail effectuée, des incertitudes demeurent, notamment sur la nature du risque. Je pense, pour ma part, que nous devons rappeler sans cesse que le sujet est dramatique. Il trouvera ses éventuelles solutions dans une harmonisation effective des pratiques. Certains établissements, en effet, continuent de ne pas pratiquer d'analyse des PTA. D'autres sites ne disposent pas de services de mycologie. Les différences de traitement demeurent trop importantes. A ce titre, l'Agence de la biomédecine reste ouverte à toutes les remarques. Nous devons peut être, par exemple, réfléchir à une centralisation des examens mycologiques. Nous devons en tout état de cause progresser, notamment sur l'harmonisation des pratiques.

Peut-on prélever un donneur potentiel ayant des antécédents de cancer ?

Docteur Hélène JULLIAN PAPOUIN
SRA Sud Est

Bonjour. Une question se pose en introduction : dans notre pratique, sommes-nous fréquemment confrontés à des cas d'antécédents de cancer ? Les chiffres de l'épidémiologie des cancers en France indiquent 278 000 nouveaux cas en 2000, 115 000 décès annuels, 800 000 personnes vivant avec un cancer, 2 millions de personnes ayant été atteints par la maladie dans le passé. La question n'est donc pas rare en présence d'un donneur potentiel.

I. Historique

Chez les receveurs, les cancers post-transplantations connaissent une forte augmentation, liée à la hausse des taux de survie et à l'âge de plus en plus élevé des personnes greffées. Fort heureusement, la transmission de cancers par le greffon demeure rare. Dans le contexte d'immunosuppression au long cours, cependant (suppression chez le receveur d'un mécanisme de défense face aux cellules cancéreuses), il convient de demeurer vigilant face à la prise de risque.

Lors des premières transplantations, les donneurs présentant des antécédents de cancers étaient acceptés par les équipes de greffe sans restriction. Après une dizaine d'années, les taux de transmission de cancer se sont révélés effroyablement élevés (42 % de transmission).

Les pratiques se sont inversées, s'orientant vers une contre-indication de prélèvement chez un donneur à antécédent de cancer, à l'exception des tumeurs cutanées et des tumeurs cérébrales primitives.

Certaines équipes, depuis, ont publié des articles sur la prise en compte des risques encourus par un receveur restant en liste d'attente par rapport au risque de transmission de cancer.

En termes de sélection des donneurs, des pratiques extrêmement hétérogènes ont ainsi vu le jour. Une demande forte de la part des équipes de régulation et des équipes de coordination hospitalière sur la création d'un outil commun d'aide à la décision concernant la sélection des donneurs et les organes à prélever s'est alors manifestée.

II. Prélèvements autorisés et prélèvements proscrits

Pour répondre à cette demande, l'Agence de la biomédecine a créé un groupe de travail, qui a étudié notamment les recommandations de l'Etablissement français des greffes. La Société française de cancérologie, la Société française d'hématologie et le conseil médical et scientifique de l'Agence ont validé le nouvel outil ainsi créé, sur lequel chacun peut s'appuyer pour connaître le niveau de prise de risque selon les situations.

Sont exclus de la sélection comme donneur potentiel et ce quel que soit le greffon :

les cancers initialement métastatique (st. IV), les cancers de l'œsophage, les cancers du pancréas, les cancers du foie, les mélanomes malins, les lymphomes de bas grade, c'est-à-dire les cancers exposant au risque de métastase tardive ou les cancers entraînant une faible espérance de survie à cinq ans (de 10 à 20 %).

A l'autre bout de la chaîne, certains donneurs sont acceptés sans restriction d'organes et sans délai de rémission : les cancers *in situ* (col utérin, larynx, sein, etc.), les carcinomes cutanés (baso et spino cellulaires), les mélanoses *in situ* (mélanoses de Dubreuilh) et les tumeurs « bénignes » du système nerveux central. Dans un souci de vigilance, il reste indispensable de s'appuyer sur un document objectif précisant le stade et le type histologique du cancer.

La troisième catégorie, la plus complexe, concerne les donneurs sous condition : rémission de 5 ans minimum, connaissance précise du type histologique et du stade initial du cancer, connaissance des traitements et du suivi oncologique, obtention et persistance d'une rémission complète, prise en compte de l'impact des traitements sur les organes.

A côté des conditions générales de sélection précédentes, les recommandations établissent des conditions appareil par appareil qui précisent les greffons pouvant être prélevés selon les cancers.

Par exemple, le cancer de l'estomac ou du colon exclut définitivement le prélèvement de greffons de foie, de poumon et de pancréas. En termes de reins et de cœur, en revanche, la prise de risque apparaît légitime.

Pour l'hématologie, les affections les plus graves (les leucémies aiguës) n'entraînent pas de contre-indication de prélèvement au-delà des cinq années de rémission, ayant bénéficié d'un traitement agressif.

Le cancer de l'enfant guéri, quant à lui, bénéficie d'un excellent pronostic à long terme. Chaque organe est donc sélectionnable en évaluant les effets secondaires des traitements.

III. Les tumeurs cérébrales primitives

Je souhaite aborder de manière plus précise le cas des tumeurs cérébrales primitives, qui sort du cadre strict des antécédents de cancer.

Classiquement, les tumeurs cérébrales primitives, non métastasiées, n'empêchaient pas le prélèvement. Par la suite, des métastases et des cas de transmission néoplasiques sont apparus chez certains receveurs. Le Comité européen de la santé a édité, en 1997, un certain nombre de recommandations, l'Etablissement français des greffes a fait de même en 2000, indiquant la conduite à tenir face à un donneur porteur d'une tumeur cérébrale : éliminer une métastase cérébrale, établir un diagnostic documenté de la tumeur cérébrale primitive, classifier le cas en tumeur acceptable, contre-indiquée ou à risque, détecter des facteurs de risque de dissémination secondaire.

Les tumeurs cérébrales primitives se classent ainsi en trois catégories.

Parmi les tumeurs acceptables sans conditions, figurent les hémangioblastomes isolés, les astrocytomes pilocytiques de grade 1, les épendymomes bénins, les oligodendrogliomes bénins, les méningiomes bénins, les craniopharyngiomes, les adénomes hypophysaires, les pinéalomes, les chorio-épithéliomes, les tératomes bénins, les kystes colloïdes, les papillomes des plexus choroïdes, les kystes dermoïdes et épidermoïdes.

Parmi les tumeurs contre-indiquées figurent les glioblastomes, les médulloblastomes, les lymphomes cérébraux primitifs, les méningiomes malins angioblastiques, les sarcomes méningés et cérébraux, les carcinomes hypophysaires, les pinéaloblastomes, les choriocarcinomes, les tératomes malins, les germinomes, les carcinomes des plexus choroïdes, les neuroblastomes, les chordomes.

Parmi les tumeurs à risque figurent les astrocytomes acutisés et anaplasiques de grades 2, 3 et 4, les épendymomes malins, les oligodendrogliomes malins, les méningiomes malins à l'exception des angioblastiques.

Face à une tumeur à risque, un arbre décisionnel a été établi. Concernant les organes, le prélèvement des poumons est toujours contre-indiqué. Il convient, en outre, de s'assurer de l'absence de facteurs de risque de dissémination secondaire (craniotomies répétées, shunts, récurrences), auquel cas le prélèvement du cœur, du foie, et des reins devient licite. En présence de risque de dissémination, les greffons précédemment cités seront contre-indiqués, en-dehors des super-urgences (d'une manière identique, dans d'autres cas de contre-indications, les équipes doivent déterminer en fonction de l'état de santé du receveur la prise de risque autorisée).

Pour conclure, je tiens à souligner qu'il s'agit d'un outil basé sur des connaissances solides en termes de risque de transmission mais soumis à évaluation (nécessitant donc des discussions avec les oncologues référents en situation d'échec comme de réussite des greffes réalisées). En tout état de cause, le niveau de vigilance impératif résultant du suivi des receveurs dans Cristal doit être respecté.

En outre, un groupe de travail européen existant depuis janvier 2007, dénommé DOPKI a pour objectif de mettre en place une base de données prospective évaluant le suivi des greffes à partir de donneurs à critères élargis dont les donneurs ayant un antécédent de cancer font partie.

Jacques BORSARELLI

Je vous félicite et vous remercie pour votre travail considérable et de longue haleine qui nous permet de disposer d'un outil extrêmement précieux.

Discussion

Julien CHARPENTIER

Je m'étonne que le site Internet sécurisé de l'Agence de la biomédecine ne diffuse pas ce type d'informations.

Hélène JULLIAN PAPOUIN

Le document est sur le point d'être diffusé à l'ensemble des coordinations hospitalières. Nous attendions simplement de disposer des validations nécessaires. Les SRA ont cependant d'ores et déjà le document à disposition. Ils l'ont distribué à un certain nombre d'équipes de coordinations hospitalières et d'équipes de greffe. L'outil n'est donc pas secret. Il doit servir à chacun.

Alain TENAILLON

Nous estimions que l'outil nécessitait des explications. Il a donc effectivement transité par les SRA qui distribueront et discuteront le document lors des réunions des coordinations. En outre, il convient de préciser la nature de l'outil : il s'agit d'une liste de propositions de greffons laissant la décision finale de l'opération aux équipes de greffe en fonction des risques encourus. Croire que nous imposons une grille de lecture aux chirurgiens constitue donc une mauvaise interprétation.

Bernard LOTY

Je tiens à préciser pour ma part que la publication du document a été retardée car nous avons oublié de consulter l'Association française d'urologie (AFU). En outre, figureront sur le site Internet de l'Agence les bonnes pratiques de prélèvement chirurgical, le document sur les PTA, le guide sur le conditionnement des reins et l'outil sur les antécédents de cancer.

De la salle

Quelles sont les recommandations sur les tissus, notamment sur les prélèvements de cornées ?

Hélène JULLIAN PAPOUIN

Les pratiques sont différentes dans tous les contextes. Dans une situation d'antécédents de cancer sur organe solide, le prélèvement des cornées n'est pas contre-indiqué. Au niveau cérébral, seuls les cancers intraoculaires constituent des contre-indications. Pour les autres tissus, le prélèvement reste contre-indiqué, la balance bénéfique / risque encouru n'étant pas en faveur du risque.

Mohamed JARRAYA, hôpital Saint-Louis

Je pense que, devant l'insuffisance de prélèvements, le bénéfice du risque encouru n'est pas si faible en cas de greffe d'une artère ou d'une tige fémorale. Pour certains tissus, il est vrai que nous disposons de temps pour pratiquer une greffe. En revanche, pour les artères, le temps apparaît limité.

Hélène JULLIAN PAPOUIN

Je suis d'accord avec vous sur l'insuffisance des prélèvements de certains tissus. Cependant, je ne pense pas que les prélèvements sur donneurs à antécédents de cancer résoudront les difficultés.

Bernard LOTY

Je soutiens pour ma part les propos de Mohamed Jarraya. La cornée, en effet, n'est pas un greffon revascularisé. Il n'existe donc pas, en théorie, de risque de transmission de cancer (à l'exception des cancers intraoculaires). Les prélèvements peuvent s'effectuer dans tous les cas. La situation est différente cependant pour les autres cas de cancer. Ainsi, pour les tissus revascularisés, les règles de sélection concernant les antécédents de cancer doivent s'appliquer, notamment pour les artères.

Troisième session

Présidents de séance :

*Docteur Didier NOURY, SRA Grand Ouest,
Madame Carine BOURDIN, coordination Meaux,
Docteur Henri FLICOTEAUX, coordination Strasbourg*

Intervenants :

*Docteur Renaud GRUAT, coordination Pontoise,
Docteur Fabienne PESSIONE, direction médicale et scientifique,
Docteur Philippe GUIOT, réanimation Mulhouse,
Madame Geneviève GENOINO, coordination de Pau,
Melle Léonie ROUX, stagiaire à la direction médicale et scientifique,
Docteur Julien CHARPENTIER, coordination CHU Cochin,
Docteur Michel PINSARD, coordination de Poitiers,
Monsieur Christian PORTAFAX, direction des systèmes d'information.*

Résultats préliminaires de l'enquête SAMU et comas graves (groupe de travail Relation avec les SAMU et les urgences)

Docteur Renaud GRUAT
Coordination de Pontoise

I. Travaux préliminaires du groupe Relation avec les SAMU et les urgences

La création d'un groupe de travail répondait à la nécessité de prendre en compte de manière effective la participation des SAMU et des urgences aux procédures de prélèvement d'organes. Leur contribution, par le passé, à des enquêtes sur les comas graves et leur intérêt pour les procédures de prélèvement sur des donneurs à cœur arrêté n'ont fait que renforcer l'utilité du groupe. Une première enquête réalisée en 2006, enfin, montrait l'existence d'initiatives locales de coopération entre les coordinations et les SAMU afin d'augmenter le nombre de recensements.

Lors de la création du groupe de travail, nous nous étions fixé trois objectifs : travailler avec les SAMU sur la question du prélèvement sur donneur à cœur arrêté ; réfléchir à la formation des acteurs de l'aide médicale urgentiste ; travailler sur le recensement. Dans la réalité, des groupes de travail particuliers consacrés aux deux premiers objectifs ont vu le jour. Le groupe de travail que j'ai coordonné s'est donc intéressé essentiellement à l'aide que peuvent apporter les SAMU, en France, au recensement des donneurs potentiels d'organes. Nous avons ainsi travaillé avec des médecins de SAMU pour évaluer la faisabilité de la mise en place d'une méthode permettant d'optimiser le recensement.

La mise en œuvre du groupe de travail s'est révélée longue et complexe. En effet, les objectifs ont préalablement bénéficié d'une présentation officielle auprès du Docteur Giroud, président du SAMU de France, puis du Docteur Goldstein, de la SFMU. Par la suite, le président du comité scientifique de la SFMU a désigné des médecins pour participer au groupe de travail, qui a dès lors tenu des réunions régulières dans les locaux de l'Agence de la biomédecine.

Nous avons pu ainsi travailler à la mise au point et à la validation d'une fiche d'alerte, d'une fiche de suivi et de protocoles d'utilisation des documents. La fiche d'alerte est remplie, en temps réel, par le médecin régulateur du SAMU sur les données transmises par le médecin du SMUR. Elle est faxée, si possible en temps réel, au SRA correspondant. La fiche de suivi est adressée par le SRA à la coordination hospitalière compétente le plus rapidement possible, renseignée par la coordination qui assure un suivi du patient signalé dix jours après l'intervention, adressée à nouveau au SRA puis à l'Agence de la biomédecine. Les fiches présentent ainsi en théorie plusieurs intérêts : alerter les coordinations de l'arrivée dans leur hôpital d'un éventuel donneur ; permettre de mieux assurer le suivi en réanimation du patient ; connaître le devenir des patients arrivant dans un hôpital avec un score de Glasgow inférieur à 8 ; optimiser le recensement grâce à l'alerte SAMU. Toutes les fiches ont été ensuite adressées à l'Agence de la biomédecine pour en assurer le traitement informatique.

Sur les huit SAMU initialement volontaires, cinq ont effectivement participé à l'étude.

Docteur Fabienne PESSIONE
Direction médicale et scientifique

I. Résultats chiffrés préliminaires du groupe de travail Relation avec les SAMU et les urgences

Cinq SAMU ont participé à l'étude : les SAMU des départements de l'Indre, de la Moselle, du Nord, du Haut-Rhin, du Val d'Oise. Nous nous sommes mis d'accord pour que le recensement s'étende sur six mois de manière exhaustive (de mars à août 2007). L'exhaustivité n'a finalement pu être possible du fait des difficultés de mise en place de l'enquête, qui ne présente donc pas de caractère épidémiologique.

L'objectif principal de l'étude épidémiologique était de décrire le devenir des malades en coma grave (avec un Glasgow inférieur à 8) transportés par les SAMU. A partir de la fiche remplie par les coordinations, nous avons étudié la fréquence des morts encéphaliques cliniques, des recensements et prélèvements parmi les personnes en coma grave finalement décédées. Les obstacles rencontrés pour passer d'une étape à l'autre de la procédure ont été décrits par les coordinations. Nous n'avons malheureusement pas, à ce jour, dépouillé les réponses sur le dernier point.

Nous avons reçu 393 fiches SAMU, présentant une exhaustivité variable. Deux départements se sont particulièrement manifestés, l'Indre et la Moselle. La fiche remplie par les coordinations, quant à elle, était renvoyée par la coordination au SRA de l'Agence. Nous avons reçu 75 % des suivis. La fréquence des retours dépend notamment des SAMU (l'exhaustivité des retours d'informations sur les comas effectués par les SAMU est inversement proportionnelle aux retours réalisés par les coordinations).

La fréquence des décès s'est élevée à 35 %, sachant que le devenir de 20 % des personnes dans le coma demeure inconnu (dans certains cas, le service de réanimation refuse de transmettre les informations concernées aux coordinations). La fréquence des décès, en outre, apparaît constante selon les SAMU. Nous pouvons donc considérer que l'estimation est fiable. La fréquence des décès, enfin, dépend de l'étiologie, mais rarement du Glasgow mesuré par le SAMU lors de l'alerte.

Parmi les 103 décès, nous avons comptabilisé 39 morts encéphaliques cliniques. Douze prélèvements ont été réalisés. Parmi les morts non prélevés, nous comptons cinq morts encéphaliques non recensées. Dans sept cas, les examens para cliniques ont été réalisés sans confirmer la mort encéphalique. Enfin, quinze donneurs recensés n'ont pas été prélevés.

La fréquence de la mort encéphalique parmi les décès dépend de la cause du décès. Elle varie selon les SAMU. La fréquence des morts encéphaliques ne dépend pas, en revanche, du Glasgow déclaré par le SAMU au moment de l'alerte.

Renaud GRUAT

Je dois vous faire part des difficultés rencontrées. Ainsi, parmi les huit SAMU volontaires, cinq seulement ont finalement participé à l'étude. Dans un site volontaire, l'intérêt suscité par l'activité de prélèvement sur donneur à cœur arrêté a amoindri l'intérêt pour l'enquête. Deux sites ont rencontré des difficultés sur la question du prélèvement sur donneur à cœur arrêté en lien avec la Société de réanimation de langue française (SRLF). Un des deux sites a persévéré, l'autre pas. Un site, enfin, a renoncé pour des problèmes relationnels locaux.

L'envoi des fiches, par ailleurs, n'a pas été effectué de façon exhaustive pour certains centres. Un certain nombre de fiches d'alerte, en outre, ont été adressées aux coordinations avec un retard important. Elles n'ont pu ainsi jouer leur rôle d'alerte.

Enfin, les acteurs sont multiples et la méthode mise en place lourde. En outre, les SAMU se sont montrés, de fait, volontaires pour une enquête ponctuelle et non pas pour une pérennisation du recensement des donneurs.

En conclusion, parmi les aspects négatifs, force est de constater la lourdeur de la méthode utilisée, la multiplicité des acteurs nécessaires à l'exécution du processus, les nombreuses difficultés rencontrées. Parmi les aspects positifs, figurent la possibilité de mener des enquêtes ponctuelles de ce type, le fait que certains centres se déclarent prêts à continuer, la proposition d'une modification de la méthode, qui utiliserait des requêtes informatiques. En définitive, le groupe de travail dans sa majorité estime que, si des enquêtes ponctuelles de ce type sont possibles et à encourager auprès des SAMU, l'élargissement permanent dès aujourd'hui à tout le territoire national est difficilement réalisable.

Discussion

Michel PINSARD, coordination de Poitiers

Les résultats de l'enquête soulignent, selon moi, les difficultés résultant d'une volonté centralisatrice. J'estime, pour ma part, que la coordination hospitalière doit réaliser le recensement des comas graves. Il apparaît, en effet, plus simple pour une coordination, exerçant son activité à l'intérieur d'un établissement, que pour les SAMU de consulter le logiciel informatique du service d'urgence ou la régulation de SMUR locale afin de prendre connaissance de la liste des comas graves avant de se rendre dans les services de soins où reposent les patients. Avec un système de ce type, nous obtiendrons une meilleure exhaustivité que par l'utilisation d'un système plus complexe finalement stérile.

Renaud GRUAT

Le groupe de travail n'a jamais eu pour objectif de substituer les SAMU aux coordinations en matière de recensement. Dans notre esprit, les SAMU peuvent simplement constituer une aide aux coordinations. En outre, nous avons le mérite d'avoir montré que le recensement est difficile. Vous vous contentez de préconiser une autre méthode. Je vous réponds donc de réaliser une enquête prouvant que, par la méthode que vous préconisez, vous obtiendrez une meilleure exhaustivité.

Henri FLICOTEAUX

A Strasbourg, nous avons demandé à la régulation du SAMU de nous prévenir sur un poste téléphonique réservé à cet usage. A ce jour, notre système a abouti à un échec. Je ne désespère pas, cependant, de réussir à impliquer davantage les SAMU dans le recensement des comas graves.

En outre, les responsables du SAMU nous ont indiqué que les prélèvements ne constituaient pas la priorité de leurs équipes. Libre à elles, ainsi, d'effectuer ou pas des prélèvements. Nous rencontrons, de par une telle prise de position, un certain nombre de difficultés. Nous ne pouvons ainsi que recueillir des données de base (le parcours des coordinations hospitalières, par exemple).

Enfin, je maintiens que je ne suis pas favorable au protocole, qui constitue selon moi une manière pour l'Agence de la biomédecine de surveiller l'activité des hôpitaux. Les médecins référents doivent simplement assumer la mission qui leur est allouée.

De la salle

Le passage en mort encéphalique semble indépendant du niveau du score de Glasgow. En retirant les comas toxiques profonds mais anodins, ne serait-il pas possible de dégager plus clairement la valeur du Glasgow ? En outre, il convient de se demander si la barrière de 8 est appropriée.

Henri FLICOTEAUX

La manière de réaliser l'enquête apporte, en effet, une certaine variabilité.

Fabienne PESSIONE

En outre, la fréquence des morts encéphaliques dans les cas de comas entraînant un décès ne dépend pas des comas toxiques.

Renaud GRUAT

J'ajoute que nous avons demandé aux médecins régulateurs d'estimer le Glasgow par rapport aux données du médecin du SMUR. Il est donc clair que le Glasgow n'est pas nécessairement le chiffre noté dans les indices de traumatologie ou de neurochirurgie. Je pense qu'un certain nombre de Glasgow sont pas notés de façon assez rigoureuse par certains SMUR.

Une intervenante de la coordination de Châteauroux

Je travaille à la fois pour le SAMU et la coordination. Il me semble que l'enquête a permis, au sein d'une petite équipe exerçant son activité dans un département rural peu peuplé, de mettre l'accent sur la prise en charge des comas graves et de sensibiliser les médecins urgentistes en amont.

Michel PINSARD

Je n'ai pas affirmé que les SAMU ne doivent pas être impliqués dans la démarche. J'estime simplement que le fait que les coordinations se déplacent jusqu'au local de régulation pour connaître la situation des comas graves se révèle davantage rentable qu'un circuit complexe qui expose au manque d'exhaustivité. Les SAMU doivent évidemment être impliqués. Cependant, le recensement ne constitue pas la mission première des SAMU.

Alain TENAILLON

L'objectif était de définir la manière dont les SAMU peuvent être impliqués. Quelle est la position des responsables de SAMU de France ?

Renaud GRUAT

Les responsables de SAMU de France ont joué le jeu. Ils étaient heureux de travailler avec l'Agence de la biomédecine. A ce titre, la position du Docteur Giroud (président de SAMU de France) sur les prélèvements d'organes s'est totalement inversée en dix ans. Auparavant, le Docteur Giroud estimait que l'image du SAMU ne devait pas être associée aux prélèvements d'organes. Aujourd'hui, il accompagne les enquêtes et la question du prélèvement sur donneur à cœur arrêté. La situation a donc favorablement évolué.

L'erreur que nous avons commise réside peut-être dans le fait d'avoir cru que le système du SAMU était fortement hiérarchisé. Il ne suffit pas, ainsi, que le président ou la comité scientifique du SAMU de France décide d'une orientation pour que chacun s'exécute. Les personnels du SAMU obéissent uniquement selon les moyens dont ils disposent. Nous ne devons cependant pas désespérer. Le SAMU de France, en effet, s'est montré capable de tenir des registres durant plusieurs années, notamment sur les syndromes coronariens aigus. A terme, globalement, à force de travaux communs notamment d'enquête, SAMU et SMUR deviendront de vrais partenaires.

Didier NOURY

En ma qualité de membre du groupe de travail et demeurant partisan de la continuité de ce type d'enquête, j'estime, pour ma part, que si nous montrons davantage ce type de résultats aux SAMU (reposant sur une centralisation des données), les coordinations hospitalières pourront davantage consulter quotidiennement leurs dossiers. Afin que les 95 SAMU de France agissent de manière routinière jusqu'à aboutir à l'exhaustivité des donneurs, nous devons donc poursuivre les enquêtes, peut-être par un partenariat avec de nouveaux SAMU qui permettrait une étude sur six mois qu'il serait possible de confronter à la première étude. En définitive, il convient de vaincre les réticences de certains SAMU par un effet de boule de neige dans chaque SAMU de France.

Un intervenant de la coordination de Vichy

Je souhaite modérer vos propos sur les SAMU. En effet, dans l'Allier, j'étais, par le passé, en contact avec trois SAMU, unifiés depuis une semaine. Malheureusement, du fait de l'unification, nous nous trouvons confrontés à une foultitude de médecins régulateurs sans formation et totalement désintéressés du sujet.

Nous sommes parvenus cependant, lorsque le SAMU était éclaté, à mettre en place un certain nombre de réalisations. Ainsi, le médecin du SMUR régule et oriente les patients sans avoir recours au régulateur officiel du SAMU (il détermine, par exemple, le Glasgow). En définitive, lorsque les personnes sont formées en amont, les difficultés sont moindres. Les médecins présents sur le terrain doivent donc recevoir une formation adaptée.

Proposition d'enquête nationale sur l'entretien avec les proches (groupe de travail Abord des proches)

Docteur Philippe GUIOT
Réanimation de Mulhouse

L'enquête concerne une étude des pratiques réalisées par les coordinations en situation d'abord des proches d'un donneur potentiel en état de mort encéphalique. Je rappelle qu'il s'agit d'un travail effectué par l'ensemble des membres du groupe de travail « abord des proches ». Je tiens également à remercier plus particulièrement Fabienne Pessione et Sabrina Dicostanzo, du pôle d'évaluation, pour l'aide et le soutien qu'elles nous ont apportés.

Je tiens à souligner également que le groupe de travail Abord des proches est appelé à s'ouvrir à la problématique du prélèvement sur donneur à cœur arrêté, sous la conduite de François Mourey, qui sollicitera les bonnes volontés.

I. Objectifs et conditions de l'enquête

Le premier objectif du travail consiste à évaluer les conditions pratiques actuelles dans lesquelles se déroulent les entretiens des proches des donneurs potentiels en état de mort encéphalique, de manière à réaliser une cartographie des pratiques. Il s'agit à terme, d'identifier les éléments corrélés au fort taux de refus en France (30 %).

L'enquête se déroule sur six mois. La méthodologie repose sur l'élaboration d'un questionnaire fondé sur le texte des recommandations et sur un formulaire destiné à dessiner le profil des coordinations (l'enquête rétrospective du ressenti des coordinations sur l'année 2007 initialement prévue ne nous paraissant pas pertinente après réflexion). Le questionnaire sera adressé probablement par voie informatique. Les réponses seront centralisées et analysées par le pôle d'évaluation de l'Agence.

La finalisation des éléments du questionnaire interviendra en janvier 2008. A la fin du mois de février 2008, une validation du questionnaire par l'Agence de la biomédecine serait appréciable. Le problème de la validation indispensable du questionnaire par la CNIL entraînera cependant peut-être du retard dans notre calendrier. Dans le cas contraire, du 1er mars au 31 août 2008, vous serez sollicités pour répondre à l'enquête. Nous espérons un contrôle des données à la fin du mois de septembre 2008. Du début du mois d'octobre à la fin du mois de novembre 2008, le pôle d'évaluation pourra ainsi traiter les données. En décembre 2008, nous souhaitons pouvoir vous présenter les résultats dans le cadre des journées nationales d'information. Geneviève Genoino va vous apporter à présent quelques éléments d'information sur le contenu des questionnaires.

Geneviève GENOINO **Coordination de Pau**

II. Contenu du questionnaire de l'enquête

Sont concernés par l'enquête tous les donneurs potentiels en état de mort encéphalique recensés entre le 1er mars et le 31 août 2008 pour lesquels un entretien avec les proches sur le don d'organes a été organisé. Le questionnaire est conçu pour chaque procédure de prélèvement, le donneur potentiel étant clairement identifié par son numéro Cristal. Les coordinateurs qui mènent les entretiens remplissent le questionnaire, qu'ils adressent au pôle d'évaluation.

Les questions concernant les modalités de la réalisation des entretiens portent sur le local dédié (défini dans l'arrêté de 1997 comme devant être un lieu d'accueil proche du lieu d'hospitalisation, disposant d'eau et d'un téléphone, pouvant accueillir au moins trois proches), sur l'existence éventuelle de procédures (il s'agit de la formalisation du vécu de chaque coordination et de l'application des règles de bonne pratique), sur l'appel de la coordination (quelle personne est référente du dossier du patient ? Quand intervient l'appel ?), sur le temps de préparation du dossier (notamment la stratégie pour aborder les proches) et sur l'accès au dossier du patient. Il convient, en outre, de définir précisément la notion de *proche* (conjoint, fratrie, personne de confiance, ascendant ; convient-il d'établir une hiérarchie dans la famille ? Combien de personnes devons-nous recevoir ? Les éléments précités présentent-ils une importance dans la procédure de don d'organe ?).

Par ailleurs, lors de l'abord des proches, la coordination doit-elle se présenter comme une équipe dédiée aux dons d'organes ou simplement comme une équipe soignante ? Enfin, l'annonce du décès lors d'un prélèvement multi organes doit en théorie être effectuée par le médecin. Si le médecin, pour diverses raisons, ne peut assumer la tâche, la question se pose de l'identité de la personne qui procède à l'annonce.

Philippe GUIOT

Une enquête publiée en 1995 comportait certains des items cités. Nous essayons aujourd'hui d'aller plus loin dans nos recherches, bien qu'un certain nombre d'éléments aient été mis en évidence alors. Il nous paraissait ainsi important de disposer d'un profil des coordinations prenant en charge l'abord des proches. Parallèlement à la fiche prospective, une fiche sera ainsi jointe concernant votre cursus dans la coordination, votre âge, votre ancienneté et votre formation. Le taux de refus pourrait en effet être en relation avec des défauts de formation ?

Nos attentes restent d'identifier des éléments en relation avec le refus du don en France et de réaliser une cartographie des pratiques des entretiens. A ce titre, l'implication des coordinations apparaît indispensable.

Discussion

Didier NOURY

Pour ma part, je considère que chaque coordination doit participer à l'enquête.

Philippe GUIOT

Merci. Il s'agit de la suite logique du travail réalisé sur l'abord des proches.

Un intervenant, médecin à La Roche-sur-Yon

Je crois avoir compris que seuls sont concernés les patients disposant d'un numéro Cristal.

Philippe GUIOT

Oui. L'élément que vous évoquez répond à un problème d'identification. Les entretiens doivent donner lieu à des discussions sur des sujets connus.

Un intervenant médecin à La Roche-sur-Yon

La problématique du don d'organes pour les patients en état de mort encéphalique, cependant, peut se poser depuis trois jours. Seront-ils concernés même si, au moment de l'interrogation, les patients ne se trouvaient pas en état de mort encéphalique ?

Philippe GUIOT

Absolument. Avec un numéro Cristal, la procédure commence.

Etat actuel des réseaux de prélèvement en France et perspectives (groupe de travail Réseaux)

Léonie ROUX
Stagiaire, direction médicale et scientifique

Bonjour. L'enquête sur les réseaux de prélèvement a été menée entre mars et août 2007. Elle concerne le découpage, la composition, l'environnement, le lien juridique, le travail en commun des réseaux et les relations entre les membres.

I. Découpage

Le réseau repose sur la volonté de mettre en relation des professionnels possédant un lien avec l'activité de prélèvement et des objectifs communs (augmenter la qualité et la quantité des recensements sur un territoire précis, par exemple).

Nous comptons actuellement 38 réseaux de prélèvement, de tailles différentes. Le SRA Grand Ouest compte treize réseaux, le SRA Ile-de-France Centre sept réseaux, le SRA Nord-Est dix réseaux, le SRA Sud-Est huit réseaux.

II. Composition

En moyenne, un réseau compte douze centres. Parfois, aucun centre n'est autorisé à prélever. Nous pouvons donc d'ores et déjà effectuer le premier constat de l'absence d'homogénéité des situations.

III. Environnement géographique

L'environnement géographique concerne les distances, le réseau routier et les conditions météorologiques. Dans 68,3 % des cas, les réseaux présentent un environnement géographique peu favorable (circulation, montagnes, climat). Le trajet dure en moyenne 1 heure 30 entre les différents centres. Les échanges, qui permettent la dynamique de réseau, s'en trouvent affectés.

IV. Lien juridique

Le lien juridique correspond à la mise en place de conventions, de règlements intérieurs ou de chartes de type réseau. 30 % des établissements sont à ce jour concernés. Les textes juridiques sont mis en place soit par les équipes de coordination, soit par un médecin. Les situations restent cependant différentes d'un réseau à l'autre. La formalisation de la loi de bioéthique qui impose de s'inscrire dans un réseau a, en effet, pris du retard en raison des difficultés rencontrées à élaborer des textes juridiques.

V. Travail en commun

Le travail en commun correspond à une mutualisation (déplacements fréquents des équipes de coordination sur les différents sites autorisés ou non) et à des échanges (réunions). Seuls 14 réseaux travaillent en commun. 85 % des équipes concernées, cependant, se déclarent satisfaites de la mutualisation. Les échanges sont plus nombreux : ils concernent 76 % des équipes. Les réunions ont lieu en moyenne deux à trois fois par an. Participent les équipes de coordination, les représentants des services de réanimation et, plus rarement, des représentants des SAMU ou des centres non autorisés à prélever.

VI. Relations entre les membres

Les relations entre les membres sont généralement bonnes. Cependant, les centres autorisés à prélever et les centres non autorisés n'entretiennent aucune relation dans 7,4 % des cas. Nous pouvons opérer un nouveau constat : la communication conditionne le dynamisme d'un réseau.

Le réseau offre de nombreux avantages : plus de 80 % des équipes déclarent trouver un réel bénéfice à l'organisation, notamment en termes de qualité et de quantité des recensements ou de convivialité.

Docteur Julien CHARPENTIER
Coordination du CHU Cochin

VII. Compléments d'information

Le travail de Léonie Roux s'est révélé titanesque. Les cartes qui vous sont présentées sont cependant faussement rassurantes : l'ensemble du territoire n'est pas maillé et tous les hôpitaux d'une région n'appartiennent pas à un réseau.

En outre, Léonie Roux a rencontré des difficultés à recueillir les informations, en raison des réticences des acteurs des réseaux à communiquer des données les concernant. L'étude étant déclarative, l'enquête n'a pas bénéficié d'une exhaustivité complète. Nous pouvons cependant noter un point positif : un tiers des réseaux est en cours de formalisation ; il viendra s'ajouter au tiers bénéficiant déjà d'une convention.

Parmi les résultats particulièrement intéressants, figure l'intérêt pour la convivialité, aspect qu'il convient de privilégier. Un travail efficace, en effet, s'opère avec des personnes connues.

Je tiens à rappeler également que le fonctionnement en réseau reste une obligation légale et fonctionnelle (amélioration du recensement, de la qualité et de la quantité des prélèvements, mutualisation de moyens humains et matériels, meilleure information des personnels de santé intervenant auprès du grand public).

Le groupe de travail Réseau au sein de l'Agence de la biomédecine a réalisé un guide d'aide à la mise en place d'un réseau, qui attend d'être validé par l'Agence de la biomédecine. Après validation, il sera distribué par voie informatique.

Discussion

De la salle

Sur le plan fonctionnel et juridique, existe-t-il un lien entre un réseau de prélèvement et un réseau de santé ?

Julien CHARPENTIER

La première question que nous nous sommes posés se résumait en ces termes : les réseaux de prélèvements doivent-ils être calqués sur les réseaux de santé ? Nous nous sommes rapidement rendus compte que de nombreux réseaux fonctionnent sans la formalisation complexe d'un "Réseau de santé". . Nous avons donc opéré le choix de ne pas demander aux réseaux de prélèvement de se calquer sur les réseaux de soins.

De la salle

L'organisation actuelle implique cependant un manque de financement. Certaines infirmières, par exemple, paient leur essence.

Bernard LOTY

Je tiens à vous remercier pour le travail effectué depuis plusieurs années. L'Agence de la biomédecine, grâce aux travaux opérés, discerne mieux les enjeux à venir. La notion de réseaux toutefois demeure complexe. Chaque acteur possède une définition propre. Le réseau de prélèvement apparaît, malgré tout, dans la plupart des cas, comme un réseau de coordination des prélèvements. Dans certains cas, il est également un réseau de prélèvement chirurgical. Notre difficulté résidait dans le fait que l'argent du prélèvement chirurgical se scindait en deux parties : le forfait consacré à la coordination des prélèvements ; le forfait consacré à la greffe. Aujourd'hui, nous sommes sur le point de centraliser les sommes. Ainsi, les équipes qui prélèvent recevront effectivement l'argent (au sein de l'hôpital préleveur ou de l'hôpital greffeur). Nous espérons à terme que les réseaux acquerront une vraie force fondée sur un système cohérent.

Florence VACHIERY

Nous devons pérenniser la dynamique régionale, en impliquant les tutelles dans le soutien des réseaux de prélèvement. A ce titre, un des rôles de la cellule d'animation du réseau de prélèvement reste de soutenir les établissements notamment dans la traçabilité des budgets afin de faire renforcer les équipes sans avoir éternellement recours au bénévolat.

De la salle

La prochaine étape consiste effectivement à définir des budgets cohérents. Les réseaux de prélèvement n'échapperont pas à la recomposition hospitalière. A ce titre, l'étude se révèle extrêmement intéressante.

Brigitte THOMAS

Nous animons notre réseau depuis presque deux ans. Nous souhaiterions le faire vivre davantage. Nous avons des projets de formation, de déplacements dans les centres non préleveurs. Malheureusement, nous manquons d'une main d'œuvre capable de dégager du temps pour se consacrer au travail de réseau.

Didier NOURY

En 2008, la TAA sera, paraît-il, à 100 %. Les forfaits de structures des coordinations hospitalières devront donc logiquement se voir distribués à 100 % dès 2008 dans les hôpitaux habilités à prélever. Avec une partie des sommes, nous améliorerons éventuellement la situation.

Bilan des protocoles de recherche en cours **(groupe de travail Recherche)**

Docteur Michel PINSARD
Coordination de Poitiers

Je suis chargé du bilan d'une année de travail du groupe consacré à la recherche. En 2006, un état des lieux fondé sur la bibliographie et sur une enquête consacrée aux coordinations hospitalières en France avait été opéré. L'enquête, cependant, n'avait apporté que peu de résultats n'entraînant que peu de retours. L'activité de recherche, en effet, ne constituait pas la préoccupation majeure des coordinations hospitalières.

I. Bilan des activités du groupe de travail Recherche

En 2007, nous avons décidé de reprendre un certain nombre d'éléments, notamment au travers de réunions organisées à l'Agence, même si nous avons prioritairement travaillé par mails. Nous nous sommes penchés, ainsi, sur la possibilité de mener des activités de recherche chez le sujet donneur potentiel décédé. Certaines personnes, en effet, continuaient d'affirmer qu'il demeurerait légalement impossible de procéder à des recherches sur un donneur potentiel décédé.

L'activité de recherche sur le sujet décédé est cependant prévue dans le Code de la santé publique, qui précise dans son article L. 1121-14 : « Aucune recherche biomédicale ne peut être effectuée sur une personne décédée, en état de mort cérébrale, sans son consentement exprimé de son vivant ou par le témoignage de sa famille ». Certains articles complémentaires précisent, par exemple : « Lorsque la personne décédée est un mineur, ce consentement est exprimé par chacun des titulaires de l'autorité parentale. En cas d'impossibilité de consulter l'un des titulaires de l'autorité parentale, la recherche peut être effectuée à condition que l'autre titulaire y consente ». L'article du Code pénal 225-17 (« Toute atteinte à l'intégrité du cadavre, par quelque moyen que ce soit, est punie d'un an d'emprisonnement et de 100 000 F d'amende ») ne s'applique donc pas à l'activité de recherche.

En revanche, les contraintes imposées rejoignent les contraintes des recherches biomédicales. Par exemple, une étude interventionnelle concernant des traitements ou des actes réalisés sur le sujet en état de mort encéphalique requiert le passage devant un comité de protection des personnes et, éventuellement, devant le Comité d'éthique. Un traitement médicamenteux, quant à lui, nécessite l'autorisation de l'AFSSAPS.

Le texte sur ce type de recherche biomédicale vient cependant d'être revu. Apparaît ainsi la notion de soins courants : une étude sur la réalisation de soins courants ne nécessite pas dans certaines conditions le passage devant un comité de protection des personnes.

Le protocole de recherche en cours d'analyse par le Comité de protection des personnes concerne l'intérêt d'un traitement substitutif précoce par l'hydrocortisone dans la réanimation du sujet donneur d'organes en état de mort encéphalique. L'état de mort encéphalique, en effet, s'accompagne d'une instabilité hémodynamique à l'origine de l'utilisation de fortes doses de vaso-presseurs dont le retentissement sur les greffons est mal connu, notamment en termes de dysfonctions précoces ou de survie des greffons. Un article récent publié par une équipe nantaise semble montrer que l'utilisation d'adrénaline est un facteur indépendant de la mauvaise évolution des greffons.

L'insuffisance surrénalienne a été mise en évidence chez les traumatisés crâniens graves et dans l'état de mort encéphalique. Nous savons, par ailleurs, qu'un certain nombre d'études utilisant des substitutions hormonales multiples sembleraient améliorer la stabilité hémodynamique, augmenter le nombre d'organes prélevés et améliorer la qualité des greffons, notamment cardiaques. Les études sont anciennes. La plupart du temps, les substitutions ont comporté trois ou quatre hormones. Aucune des études, surtout, n'a associé un contrôle des modalités de réanimation des donneurs.

L'objectif principal de l'étude est de rechercher l'impact d'une substitution surrénalienne sur l'état hémodynamique du sujet en état de mort encéphalique apprécié sur la quantité de catécholamines administrée. L'objectif secondaire est d'étudier l'impact de la substitution sur le nombre d'organes prélevés chez les donneurs et la fonction des organes transplantés.

L'étude est prospective et multicentrique. Elle inclut 210 sujets et propose que son dessin soit réalisé par une procédure de randomisation en double aveugle si cela est possible. Les inclusions concernent les sujets adultes en état de mort cérébrale chez lesquels un prélèvement peut être envisagé. Les sujets exclus sont les sujets mineurs, les sujets présentant une contre-indication ou un obstacle au prélèvement, les sujets pour lesquels un refus de la famille à l'activité de recherche a été essuyé et les patients ayant reçu un traitement corticoïde préalable à la mort cérébrale.

La procédure de réanimation est standardisée à la fois dans ses indications de remplissage et dans ses solutés utilisés, et dans ses indications et posologies des catécholamines, définies selon les indicateurs hémodynamiques utilisés par chaque centre. Le traitement du diabète insipide est également contrôlé, ainsi que les apports insuliniques sur les objectifs glycémiques définis.

Nous avons demandé, pour l'étude, l'avis du CPP Ouest, en cours. Nous avons d'ores et déjà obtenu l'autorisation de l'AFSSAPS. Le témoignage de l'acceptation du défunt par l'interrogatoire de la famille s'effectue à partir d'une feuille d'information remise aux familles. La randomisation serait centralisée par une liste par centre. Parmi les deux groupes de patients, un groupe recevra 50 milligrammes d'hémisuccinate d'hydrocortisone injectés toutes les six heures dans les six heures qui suivent le diagnostic clinique de mort encéphalique, un groupe recevra 20 millilitres de placebo sous la forme de sérum physiologique.

Les variables recueillies sont caractéristiques du sujet en état de mort encéphalique. La biologie à l'inclusion comportera les examens usuels auxquels s'ajoutent une cortisolémie et un test au synacthène. La réanimation suit les constantes habituellement relevées dans chaque centre de manière horaire. Les doses totales et doses maximales de catécholamines administrées seront relevées toutes les 3 heures. Concernant les caractéristiques du prélèvement, figureront les organes non prélevés avec justification et les caractéristiques des organes prélevés, notamment les durées d'ischémie froide. Il sera également demandé à chaque centre, pendant la durée de l'étude, d'établir un registre des sujets en état de mort encéphalique éligibles et non inclus ou inclus et sortis du protocole.

Le critère de jugement principal réside dans la quantité de catécholamines administrées, les objectifs secondaires dans le rapport entre nombre d'organes prélevés et nombre d'organes prélevables et dans la recherche des dysfonctions précoces des organes prélevés.

Les résultats attendus consistent en une réduction de 30 à 40 % des doses de catécholamines, dans une amélioration du ratio entre nombre d'organes prélevés et nombre d'organes prélevables, dans une amélioration des taux de dysfonction précoce et dans une amélioration de la survie des greffons à un mois.

Les remarques et critiques sur le travail sont de plusieurs ordres : l'étude nécessite un effectif important (210 sujets en état de mort encéphalique, soit environ 600 suivis de greffons), la protocolisation de la réanimation, le placebo réalisé sur place (qui requiert une ligne

méthodologique importante) et, en définitive, une logistique lourde avec des visites d'ouvertures de chaque centre et des interrogations sur le suivi des greffons. En outre, la protocolisation peut apporter à elle seule une amélioration des greffons.

24 centres ont été répertoriés pour participer à l'étude. 17 ont accepté. Concernant le soutien au projet, nous n'avons malheureusement pas obtenu de financements de la part de l'Agence de la biomédecine. Le soutien méthodologique est assuré par la direction de recherche clinique du CHU de Poitiers. Nous avons obtenu la bourse Ouest Transplant offerte chaque année par la société Novartis. Enfin, le projet est candidat au PHRC National 2008.

II. Réflexions sur le devenir du groupe de travail Recherche

Les coordinations hospitalières manquent de temps pour envisager l'activité de recherche. En outre, elles ne sont pas forcément impliquées dans les soins directs aux malades. Le groupe Recherche, en définitive, ne peut pas apporter d'éléments positifs importants aux médecins motivés. Par ailleurs, notre positionnement au niveau de l'Agence et nos missions ne sont pas définis, entraînant une absence de soutien logistique et méthodologique.

Pour avancer, il convient de se souvenir que le groupe Recherche est constitué de six médecins et de trois infirmières coordinatrices motivés, représentant sept coordinations hospitalières de prélèvement d'organe qui gèrent 180 lits de réanimation et environ 130 prélèvements d'organes par an. Le potentiel de travail multicentrique n'est donc pas négligeable. Des idées d'études peuvent voir le jour. En ajoutant un éventuel soutien méthodologique et/ou logistique et d'éventuels financements, nous pourrions proposer notre potentiel humain et logistique à des membres du groupe qui désirent mettre en place une étude ou à des médecins ou coordinations hospitalières qui désirent élargir une étude mais dont les moyens sont limités. A cette fin, les membres du groupe Recherche ont pris l'initiative de faire reposer le mode de fonctionnement sur une charte établie entre eux-mêmes et les médecins ou les coordinations qui voudraient rejoindre le groupe pour mettre en place une étude. La charte comprend un principe de réciprocité (chaque membre s'oblige à contribuer à l'enrichissement de l'expertise commune en partageant au sein du groupe des outils des savoirs faire), un principe de qualité (la démarche de mutualisation s'inscrit dans une optique de recherche de qualité et de rigueur dans l'exécution des études), un principe de faisabilité (la recherche clinique constitue un des axes de travail importants des services auxquels appartiennent les membres du groupes), un principe d'exclusivité (les membres s'engageraient à ne pas participer à des actions de recherches cliniques que le groupe aurait refusé collectivement), un principe d'unicité (les actions engagées par le groupe apparaîtraient sous le label du groupe Recherche). L'organisation du groupe Recherche reposerait dès lors sur des membres adhérant à la présente charte sans personnalité juridique du groupe. Le fonctionnement serait fondé sur la contribution volontaire des membres à des travaux de recherche clinique dans les domaines de l'évaluation ou de la recherche dans les activités habituelles des coordinations hospitalières et de la recherche sur le sujet donneur potentiel. Il imposerait une contribution de l'Agence de la biomédecine dans la définition des missions et objectifs du groupe et par une aide logistique et méthodologique (qui prendrait la forme d'une diffusion d'informations sur les objectifs et activités du groupe, de la mise à disposition d'attachés de recherche clinique, de statisticiens et de méthodologistes, et de conseils juridiques).

Discussion

Didier NOURY

Bernard Loty, la parole est dans notre camp. Une aide aux études intéressantes apparaîtrait fort appréciable.

Bernard LOTY

Nous sommes prêts à vous aider, notamment pour pérenniser le groupe Recherche. L'Agence déplore, en effet, l'absence des équipes françaises au niveau international. A ce titre, vous pouvez reprocher à l'Agence de n'avoir pas financé le projet dès sa naissance. Vous devez savoir cependant que nous ne finançons pas les programmes par bonne volonté. Nous soumettons un certain nombre de dossiers à un collège d'experts auquel nous précisons la nécessité de favoriser le prélèvement d'organes. Si vous n'avez pas bénéficié de financements, vous pouvez demander à consulter la fiche d'analyse qui renferme les raisons pour lesquelles le comité a pris la décision de rejeter votre projet. Notre souhait est que vous redéposiez une candidature et que vous soyez cette fois sélectionnés. Nous disposons de quelques éléments susceptibles de vous aider. Cependant, par exemple, nous ne pourrions jamais vous proposer de technicien de recherche clinique. Nous ne disposons pas des moyens financiers adaptés. En revanche, nous sommes prêts à assumer les frais de transport du groupe d'experts ou la méthodologie à condition que vous disposiez d'une « puissance de feu » appropriée (une coopération entre les coordinations et les équipes de réanimation par exemple). J'ai le sentiment toutefois que ça n'est pas le cas.

Michel PINSARD

Vingt centres hospitaliers ont accepté de participer à notre protocole. Il s'agit uniquement d'équipes de réanimation. Le protocole a été revu par deux *reviewers* du Conseil scientifique de l'Agence, qui n'ont émis que des critiques favorables. Deux autres *reviewers* indépendants ont émis des critiques identiques. Le protocole était considéré comme recevable. Malheureusement, les *reviewers* étaient des réanimateurs. Je pense que le Conseil scientifique ne se compose pas uniquement de réanimateurs. En 2007, les projets acceptés concernent ainsi des sujets particulièrement éloignés de la réanimation.

Bernard LOTY

Nous sommes prêts à vous soutenir. Vous devez cependant franchir les étapes de la procédure de sélection de l'Agence. A ce jour, la fenêtre est ouverte pour l'appel d'offres Recherche. Vous pouvez à nouveau déposer votre dossier en prenant en compte un certain nombre de remarques. Votre objectif doit être de recevoir des notes suffisantes à votre sélection.

Michel PINSARD

Je connais la règle du jeu. Le Conseil scientifique a rejeté une première fois le projet. Nous n'allons pas le présenter à nouveau pour essayer un second refus.

Bernard LOTY

Si vous présentez un projet identique, vous essuieriez un refus. Si vous améliorez le projet, il sera étudié de manière favorable par le Conseil scientifique qui a conscience de la nécessité de favoriser le don d'organes.

Michel PINSARD

Plus largement, le problème posé concerne les attentes de l'Agence de la biomédecine vis-à-vis du groupe Recherche.

Alain TENAILLON

Mon objectif était d'impliquer les coordinations dans un certain nombre de recherches. En effet, une discipline ne se crée pas sans un enseignement et une recherche. Le but de l'Agence était d'isoler la notion de recherche dans le domaine concerné. Libre à vous de nous proposer des pistes que l'Agence étudiera afin de les mettre en application en termes de pratiques de recherche. La recherche, cependant, ne concerne pas que la réanimation. Il s'agit parfois de recherche épidémiologique, de recherche sociologique, de recherche sur le don, de recherche de coordination, etc. L'objectif premier reste un objectif d'affichage : présenter des travaux à Philadelphie ou au Congrès européen. Au-delà, le financement de l'Agence vous permettra de disposer des éléments nécessaires à votre projet.

De la salle

La question reste de savoir si le groupe Recherche ne concerne que les coordinations ou s'il permet une ouverture sur la réanimation. Le problème fondamental, en effet, reste qu'il est plus simple d'effectuer de la recherche uniquement sur la coordination. L'implication de réanimateurs complexifie le processus. L'objectif du groupe Recherche était de mettre en avant des lits de réanimation, avec les équipes de réanimation prêtes à s'impliquer totalement dans le recherche sur les donneurs en état de mort encéphalique.

De la salle

Je souhaite apporter une précision que personne n'a évoquée. Il existe une distinction entre la loi du 6 août 2004 et la loi du 9 août 2004 sur la recherche biomédicale. La loi du 9 août 2004 sur la recherche biomédicale, en effet, fait référence au régime de consentement explicite du défunt et non au consentement présumé. Il ne s'agit donc pas de rechercher l'absence d'opposition mais de vérifier que la personne de son vivant s'est exprimée explicitement pour la recherche.

Michel PINSARD

Cependant, si une famille rapporte le fait que le donneur ne s'est pas exprimé de son vivant tout en donnant elle-même son accord au prélèvement, nous n'avons aucune raison de refuser.

De la salle

La personne, de son vivant, doit avoir donné son accord explicite à la recherche.

Michel PINSARD

Certains comités d'éthique et certains CPP ont une opinion différente.

Arnaud DE GUERRA, Agence de la biomédecine

Concernant le sujet précédemment évoqué, je souhaite préciser que l'appel d'offres Recherche est en cours. Les délais ont été avancés de deux mois. La date limite pour la réception des dossiers est le 10 janvier 2008.

Infoservice et les coordinations

Christian PORTAFAX
Direction des systèmes d'information

Bonjour à tous. Mon exposé a pour objectif de vous présenter le logiciel Infoservice que l'Agence souhaite mettre à votre disposition au cours de l'année 2008. Dans un premier temps, j'effectuerai une présentation générale. Ensuite, j'opérerai une démonstration du logiciel.

I. Présentation générale de l'Infoservice

L'Infoservice est l'application de retour d'information de l'Agence de la biomédecine utilisée par l'ensemble des personnels depuis avril 2002. Son ouverture aux utilisateurs de l'application Cristal (les coordinations hospitalières de prélèvement et l'ensemble des équipes de greffe) est programmée pour le deuxième trimestre 2008.

L'Infoservice est un logiciel qui met à disposition des utilisateurs autorisés l'ensemble des informations enregistrées dans les systèmes sources opérationnels. Le système opérationnel est le logiciel Cristal. L'Infoservice met à disposition ces informations sous la forme d'indicateurs dans des tableaux de bord prédéfinis et paramétrés. Le contenu et la mise en forme permettent le suivi et le pilotage de l'activité, la production standardisée de rapports d'activité, et d'obtenir de manière simple par l'intermédiaire de fichiers d'extraction la liste des dossiers saisis. Hormis le contenu, l'intérêt d'un système de retour d'informations est de pouvoir accéder aux informations de manière simple et de les réutiliser. L'utilisateur peut ainsi consulter en ligne les documents, mettre à jour le contenu et les télécharger sur leur poste de travail.

Les informations saisies dans la base de données Cristal, sont extraites chaque nuit pour être recodée, compilée, regroupée et stockée dans la base de données Infoservice. Dès lors ces informations pourront être consulté à loisir par tout utilisateur autorisé par l'intermédiaire de tableaux de bord.

L'accès aux informations est facilité et des règles de gestion et de sécurité doivent être mise en place. Dans un système d'information, ces règles sont définis par le profil des utilisateurs (coordinations hospitalières de prélèvement, équipes de greffe, Agence de la biomédecine) et par le niveau de confidentialité des informations. Ces règles existent déjà dans l'application Cristal et seront également mise en place dans l'Infoservice. Par exemple, tous les utilisateurs n'auront pas accès aux mêmes documents publics (les équipes de greffe ne voient pas les documents des coordinations hospitalières de prélèvement et réciproquement) et tous les utilisateurs n'ont pas accès aux mêmes données de détails (la coordination de Brest, notamment, ne voit pas les dossiers de la coordination de Marseille). En revanche, les données agrégées seront accessibles à chaque utilisateur.

L'accès au logiciel s'effectuera par l'intermédiaire du portail de l'Agence dans un environnement sécurisé. L'adresse de connexion est <https://www.sipg.sante.fr>

II. Démonstration

Christian PORTAFAX opère une démonstration visuelle du logiciel. Il remercie le public pour son attention.

Discussion

Didier NOURY

L'outil vous sera utile. Il sera étendu à partir du deuxième trimestre 2008.

De la salle

Aurons-nous accès à des informations statistiques concernant les greffes ?

Christian PORTAFAX

Le contenu des documents partagés par tous n'est pas, à ce jour, clairement défini. Vous trouverez cependant très certainement les rapports d'activité des SRA qui contiennent des dénombrements, davantage que des statistiques.

De la salle

Pour des raisons pédagogiques, il serait intéressant de communiquer en permanence le nombre de personnes en attente de greffe.

Christian PORTAFAX

Vous trouverez le chiffre que vous évoquez dans Infoservice.

Alain ATINAULT, SRA Ile-de-France

Le groupe de travail a défini quelques documents accessibles. J'espère que vous effectuerez des retours sur les documents qui vous intéressent afin de les mettre en ligne si rien ne s'oppose à leur diffusion.

De la salle

Pouvez-vous apporter des précisions sur les tissus ?

Alain ATINAULT, SRA Ile-de-France

Actuellement, Cristal ne gère pas efficacement les tissus prélevés. Nous ne saisissons pas, par exemple, les données concernant les cornées prélevées sur donneur à cœur arrêté. Le logiciel permettra, dès janvier 2008, de saisir chaque dossier de prélèvement de cornées. Dans un an, nous disposerons ainsi de documents appropriés sur les tissus. Les mots de passe pour accéder aux documents seront les mots de passe du portail. Ils sont, à ce jour, nominatifs et individuels. Afin d'éviter les complications techniques, vous devez donc ne pas perdre vos mots de passe.

Conclusion

Bernard LOTY
Agence de la biomédecine

Vous avez été aujourd'hui plus de 300 participants. Vous n'aviez jamais été aussi nombreux. Le succès de la journée nationale d'information et d'échanges grandit. Nous avons à présent besoin de recevoir vos feuilles d'évaluation pour prendre en compte vos remarques. L'année prochaine, nous rendrons ainsi la journée plus pertinente encore.

Toutefois, personne aujourd'hui n'a utilisé le mot « succès », et je m'en félicite. Nous sommes pourtant devenus un pays leader en termes de prélèvement d'organes. Lors des dix dernières années, l'activité a explosé. Je considère cependant, qu'il reste indispensable de continuer de s'améliorer. Les exposés de ce jour n'ont ainsi eu pour objectif que de définir les conditions d'une amélioration. Nous avons retenu et retiendrons le message exprimé.

Concernant les tissus, nous avons été confrontés en 2007 à plusieurs alertes aboutissant à la mort de patients en raison de l'absence de gros vaisseaux. Je ne comprends pas comment ce type de décès peut survenir. Le prélèvement d'organes, en effet, doit comprendre les gros vaisseaux. Le prélèvement d'un foie ou d'un pancréas doit s'accompagner d'un prélèvement des gros vaisseaux pour une banque de tissus. La semaine passée, nous n'avons pu greffer un pancréas prélevé avec des vaisseaux trop courts et pour lequel une allogreffe de vaisseaux aurait sauvé la situation. Je vous encourage donc à consulter le guide des bonnes pratiques de prélèvement chirurgical accessible sur le site Internet de l'Agence de la biomédecine.

Je vous remercie pour votre participation active. Je vous donne rendez-vous à l'année prochaine.