



Des risques liés aux prélèvements à cœur arrêté (2)

Prolongeons notre exposé des douloureuses questions que peut soulever la pratique des prélèvements d'organes dits «à cœur arrêté». Et continuons à le faire au travers d'un dossier hors du commun qui a récemment vu, en France, une victime d'un infarctus du myocarde passer du statut de donneur potentiel à celui de patient après reprise d'une activité cardiaque spontanée, réactivité pupillaire et début de réaction à la stimulation douloureuse (*Revue médicale suisse* du 23 avril). Ces questions ont été parfaitement résumées lors d'une récente rencontre de spécialistes organisée dans le cadre de l'«Espace éthique» de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP).

Ainsi donc, dans le dossier que nous avons évoqué, une personne a été d'abord considérée comme un patient à réanimer, puis comme un donneur potentiel, puis à nouveau comme un patient à réanimer. Troublante séquence qui impose bien évidemment d'être analysée. «La "preuve" de la mort, notamment par l'arrêt de cinq minutes des manœuvres de réanimation n'a pas été cherchée dans cette situation» font certes valoir les acteurs de ce dossier. Mais d'autres témoignages de réanimateurs (notamment du SAMU) font état de situations où une personne dont chacun était convaincu du décès survivait après des manœuvres de réanimation prolongées et ce bien au-delà des durées habituelles, voire considérées comme raisonnables. Chacun concède qu'il s'agit «d'histoires tout à fait exceptionnelles, mais que l'on rencontre au cours de sa carrière».

Dans le dossier initial, deux observations peuvent être faites. La première est que tout est ici affaire de contingence, l'évolution des décisions étant étroitement liée au contexte, à la proximité géographique et à la disponibilité ou l'indisponibilité d'équipes très spécialisées. La deuxième est que si les recommandations concernant l'arrêt de la réanimation cardiaque prolongée et celles du constat de décès par observation d'un «silence électrique» cardiaque de cinq minutes sans manœuvres avaient été suivies à la lettre, la personne aurait probablement été considérée comme décédée. «Cette situation constitue une illustration frappante des questions qui persistent dans le champ des pratiques de la réanimation, des modalités d'interventions, et des

critères permettant de conclure à l'échec d'une réanimation. Elle renvoie notamment aux interrogations sur les indications de l'oxygénateur extracorporel à membrane qui font l'objet de recherche actuellement mais également à la question de l'évaluation de l'apport vraisemblablement significatif que constitue l'usage des planches à masser – pour lequel nous n'avons encore qu'un recul assez modéré» peut-on lire dans le compte rendu de la réunion.

«Quand devient-on donneur potentiel?» renvoie inévitablement les réanimateurs à une autre et redoutable question : «Quand dois-je (ou quand puis-je) légitimement arrêter de poursuivre un espoir thérapeutique vis-à-vis de la personne sur qui je suis en train d'intervenir?». On imagine sans mal que de multiples facteurs entrent ici en ligne de compte, à com-

mencer par ce que l'on sait – ou que l'on ne sait pas – des antécédents ou des comorbidités de la personne, et, sans doute dans une certaine mesure, de son âge. Et on peut bien évi-

demment dire que les décisions prises se fondent sur le principe dit de «motivation raisonnée».

«L'arbitraire n'a pas sa place dans de telles circonstances, peut-on encore lire dans le compte rendu. La notion de motivation raisonnée n'est pas strictement superposable au principe de pure rationalité : nous sommes à la fois dans une compétence éclairée ou informée par des connaissances scientifiques qui contiennent leur part d'incertitude, et en même temps dans une pratique et dans une expérience singulière, qui met en jeu nos responsabilités. Les lieux, les moments et les temps de la décision prennent ici des formes intéressantes. Plusieurs témoignages illustrent cette question. Par exemple, le fait d'apprendre pendant la réanimation au domicile que la personne souffre d'une maladie évolutive par le médecin traitant, joint sur son portable par le conjoint de la personne. Un participant évoque des moments d'intimité où se noue, dans le secret confiné du camion du SAMU, un dialogue entre les professionnels sur place, créant pour le médecin les conditions utiles pour décider d'éventuellement arrêter les manœuvres de réanimation à ce moment – encore proche du domicile, mais après le déplacement de la personne dans un environnement "sanctuarisé" destiné à la médecine, l'intérieur du véhicule

constituant à ce titre un micro-hôpital.»

En toute hypothèse, un consensus se dégage selon lequel un réanimateur ne saurait moralement cesser les manœuvres de réanimation pendant cinq minutes que chez une personne dont il ne serait pas déjà certain soit :

a) que cette personne est décédée ;
b) qu'il convient de laisser advenir le décès de cette personne sans s'obstiner plus avant, du fait de la gravité de son état et que poursuivre une réanimation à visée thérapeutique serait une action disproportionnée et donc non médicalement justifiée. Or dans cette situation rien n'est simple. Les participants à la réunion de l'«Espace éthique» de l'AP-HP expliquent notamment qu'il faut admettre que dans certaines situations cliniques d'échec de réanimation, l'observation de l'ECG en arrêtant les manœuvres «peut être à la fois l'action par laquelle on laisse advenir le décès et en même temps l'action par laquelle on le constate fait en première analyse envisager un aspect paradoxal ou ambigu de cette pratique. Paradoxal si l'on pense qu'une seule action ne peut à la fois avoir pour but de constater ce qui existe déjà et de créer ce qui est constaté ; ambigu si l'on pense que l'action entreprise peut avoir deux effets qui coexistent sur deux plans différents (sur un versant, le décès tel qu'on veut le constater advient par l'arrêt des manœuvres ; sur l'autre, l'arrêt des manœuvres est défini comme un élément nécessaire à l'observation du décès).»

Toute cette complexité ne signifie nullement qu'il serait moralement inadéquat de cesser les manœuvres de réanimation. Elle ne signifie pas plus que constater le décès en le définissant par des critères puisés dans le champ d'action et d'observation médicale serait dépourvu de sens. En revanche, les observations du groupe de travail réuni sous l'égide de l'AP-HP conduisent à mettre en lumière cette complexité. Aucune simplification ne saurait être ici revendiquée. Entre la mort subie en dépit de la réanimation et la promesse de gestes salvateurs grâce aux prélèvements d'organes qu'elle autorise, on entrevoit les affres de ceux qui doivent décider dans l'urgence et en conscience.

(Fin)

Jean-Yves Nau