

Les questions éthiques posées par le Maastricht 3

René Robert
CHU Poitiers



Avant-propos



Catégories de Maastricht

I Arrêt cardiaque non médicalisé
immédiatement

II Arrêt cardiaque médicalisé d'emblée

III Arrêt cardiaque après arrêt TTT

IV Arrêt cardiaque après ME

AC
non prévu

AC
programmé

Catégories de Maastricht

I Arrêt cardiaque non médicalisé
immédiatement

II Arrêt cardiaque médicalisé d'emblée

III Arrêt cardiaque après arrêt TTT

IV Arrêt cardiaque après ME

AC
non prévu

AC
programmé

Cas clinique

Homme de 55 ans arrêt cardiaque

- Rythme non chocable; no flow 10 min/low flow 20 min
- J7 (sédation arrêtée depuis J2)
 - Coma non réactif
 - Pupilles réactives, cornéens présents
 - Myoclonies
 - EEG tracé très ralenti, N20 présents
 - NSE à 72h: 88UI/l

Décision de LAT

- Mauvais Pc
- Qualité de vie estimée après la réa
- Collégialité
- Info des proches
- Avis extérieur

Et si on envisageait un PO (MIII) ?

Contact équipe coordination

- Prélevabilité (reins, foie, poumons)
- Absence de contre-indication infectieuse
- Re-contact avec les proches
 - Non opposition
- Accompagnement des proches (fin de vie)
 - Visites, rites religieux...

Programmer la mort (arrêt ventilation)

- Arrêt de la réa
 - Soit en réa puis transfert rapide au bloc
 - Soit au bloc avec l'équipe de réa
- Pose de désilets pour faciliter la mise en place de CRN
- Sédation
- Extubation
- Arrêt cardiaque doit survenir délai < 3h
- Registre des refus
- Mise en place de la CRN
- Prélèvements

Et si la mort ne vient pas ...

- Proches informés de cette possibilité
- Renoncement au PO
- Accompagnement de fin de vie

Qu'en pensez-vous ?



Ethique de la mort programmée

deux poids, deux mesures

- Alors que la « société » refuse le suicide assisté ou l'euthanasie comme solution ultime au soulagement du patient, elle accepte une autre forme de mort programmée: le M3
- Opposition entre
Ethique de la personne et Ethique sociétale

Un alibi éthique pour l'utilitarisme

- Pénurie d'organe justifie-t-elle le blanc-seing du M3 ?
 - Des vies qu'on aurait pu sauver
 - Des qualités de vie qu'on aurait pu redonner
 - De l'argent qu'on aurait pu économiser

C'est vrai, mais le M3 s'inscrit ***parmi les*** directions à prendre face à cette pénurie

- A-t-on épuisé les stratégies pour diminuer le nombre de refus ?
- Peut-on développer plus le donneur vivant ?
- Faut-il développer plus le M1 M2 ?
- Il est logique de se tourner aussi vers le M3

Ethique sociétale: *Il n'est pas éthique de ne pas donner ses organes*

Assumer un conflit d'intérêt majeur: programmer la mort pour prélever

Pour le donneur

Bienfaisance

Non malfaisance

Justice distributive

Autonomie

?

?

Pour la société

Bienfaisance

Non malfaisance

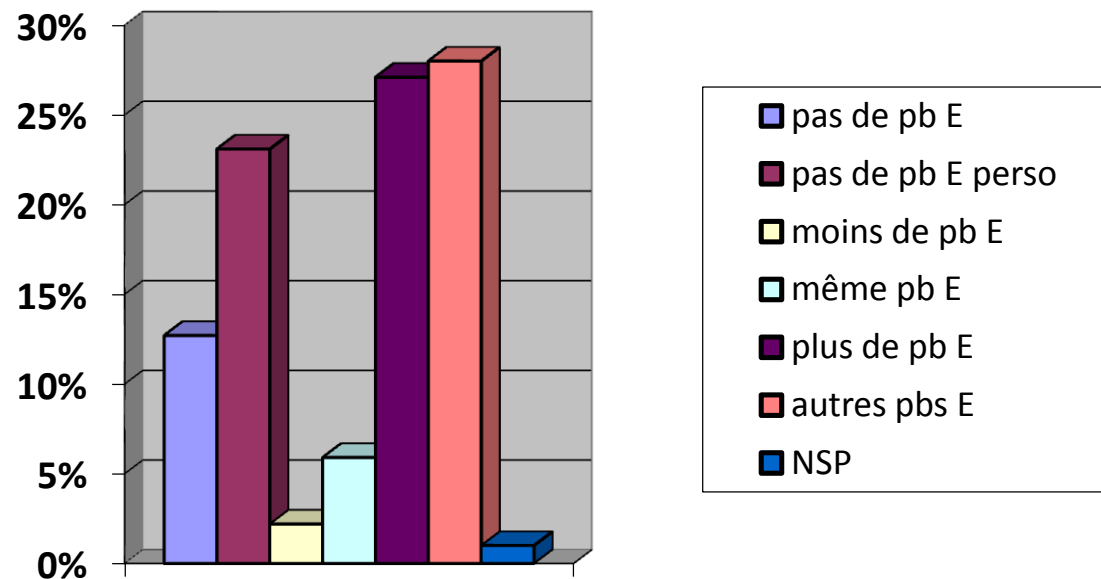
Justice distributive

Autonomie

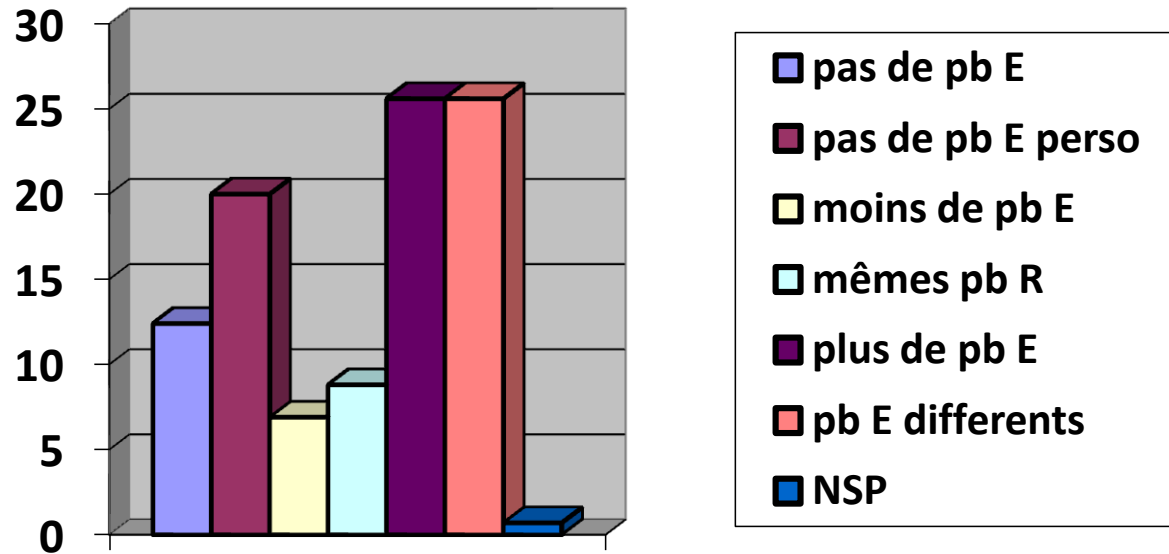
Ce qu'en pensent les professionnels

- Étude par questionnaire réa (2011).
 - 591 exploitables 72% med; 28% paramed
- 73% favorables au M3
- M3 est en conformité avec la Loi Leonetti: **41%**
- M3: pas de pb éthique: **44%**

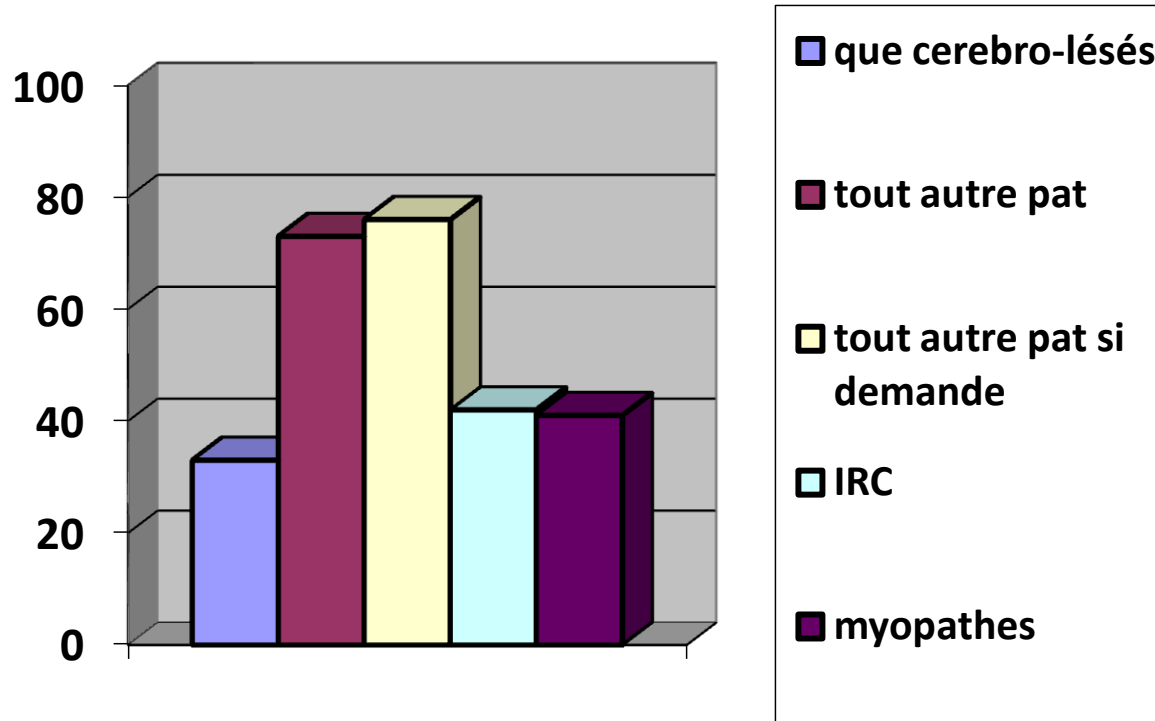
Problème éthique par rapport à PMO si ME



Et par rapport au MI MII ?



Le M3 pour qui ?



Prélèvement d'organe et M3: Quels obstacles éthiques à assumer sur le terrain ?

- Garantir l'indépendance entre décision de LAT et la possibilité / volonté de prélever
- Consentement implicite ou explicite
- Instrumentalisation du corps

Assumer ce que représente une L-A-T

- **LT** : des thérapeutiques « actives » restent mises en œuvre (ex VNI) et l'intentionnalité est plutôt l'espoir qu'un cap sera franchi à moyens (relativement) réduits
« **Tant pis si le malade meurt** »
- **AT**: en arrêtant des TTT « actifs » dont le patient a encore besoin l'intentionnalité est le laisser mourir
« **Tant mieux si le malade meurt** »

Bien comprendre et assumer le lien entre Arrêt
thérapeutique en réa et **mort attendue**
M3 précédé par décision de LAT avec AT

- **LT** : des thérapeutiques « actives » restent mises en œuvre (ex VNI) et l'intentionnalité est plutôt l'espoir qu'un cap sera franchi à moyens (relativement) réduits « **Tant pis si le malade meurt** »
- **AT**: en arrêtant des TTT « actifs » dont le patient a encore besoin l'intentionnalité est le laisser mourir
« **Tant mieux si le malade meurt** »

Oui mais attention

- « Tant mieux si il meurt » car la poursuite des traitements de suppléance est devenue un acharnement insupportable
- **Mais pas** « tant mieux si il meurt (et s'il meurt vite) car on pourra prélever ses organes »

L'indépendance entre décision de LAT et la volonté de prélever : est-ce possible ?

- **Des gardes-fous mis en place**
 - Dissocier décision LAT et possibilité de prélever
 - Bien séparer les équipes réanimation et coordination
- **Oui mais**
 - Peut-on réellement assumer ce dilemme éthique ?
 - Implication de l'équipe de réanimation dans la procédure ?
 - Avis extérieur est-il indépendant ?

Plus que jamais une procédure éthique **formalisée** pour la décision de LAT

- ✓ Avis du patient
- ✓ Témoignage des proches ou de la personne de confiance
- ✓ Pronostic de la maladie aigue
- ✓ Pronostic de la ou des pathologies associées (co-morbidités)
- ✓ Qualité de vie estimée avant le séjour en réa
- ✓ Qualité de vie estimée à l'issue du séjour en réa
- ✓ Discussion collégiale
- ✓ Avis extérieur

Assumer ces dilemmes éthiques

**Conviction
clinique**

Personnalité

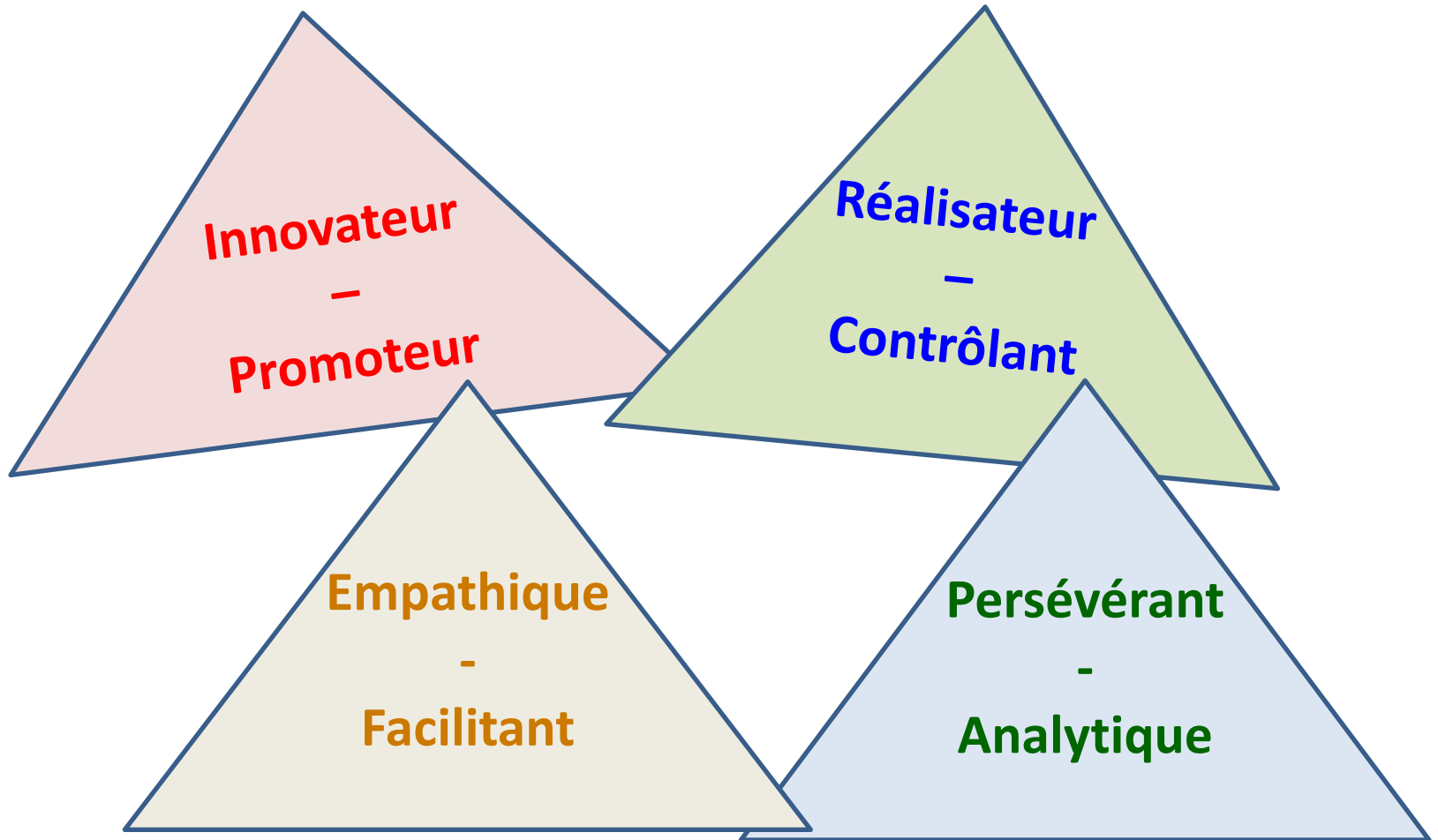
sauver vs renoncer

Renoncer puis prélever

**Politique de
service**

**Aptitude
à dissociation
des rôles**

Perception fonction du type de personnalité



Consentement implicite ou explicite ?

- La procédure ABM (et la loi) dit « implicite »
 - Permet de ne pas changer la loi
 - Elargit le champ des donneurs potentiels (comme avec le PMO classique)
- Avantages de « explicite »
 - Certitude du respect de la volonté du patient (autonomie)
 - Évite (atténue) les incertitudes qui peuvent persister dans les équipes et le public

Instrumentalisation du corps

- Mise en place des désilets artériels pour la CRN avant le décès constaté du patient
 - Éventuellement de façon inutile si l'ACR ne survient pas
 - Information des proches

Conclusions

- Formaliser la réflexion éthique
- Assumer
 - Les incontournables dilemmes éthiques
 - La subjectivité
- Intensifier
 - L'information
 - La communication

Merci de votre attention

