

AOR "Recherche et Greffe"

Résumés et résultats

2006 - 2026

Cliquer sur les titres pour accéder au détail des projets

Nom et institution	Titre	Année AOR
BEN SOUSSAN Patrick - Institut PAOLI CALMETTES - Marseille	Etude psychodynamique chez les donneurs apparentés de l'influence de l'âge des receveurs atteints d'hémopathies malignes : représentations et impacts psychologiques du don et de la greffe allogénique	2007
FOURNIER Véronique - Cochin - APHP	Enquête d'éthique clinique auprès de candidats-donneurs de foie à distance de le greffe du receveur	2008
LEPLEGE Alain - Université Paris Diderot	Fondements éthiques de l'élargissement du cercle des donneurs. Étude sur les conceptions du consentement et du motif altruiste à l'épreuve des théories de l'équité dans l'allocation des greffons	2008
CARIOU Alain - URC Paris Centre	Caractéristiques des donneurs potentiels dans le cadre du processus DDAC-Maastricht III au cours du coma post-anoxique	2012
PINSARD Michel - CHU de Poitiers	Comparaison de deux stratégies pour la réalisation de l'épreuve d'apnée dans le diagnostic de la mort encéphalique chez le donneur potentiel d'organes CPAPNEE STUDY	2012
FILLATRE Pierre - Maladies infectieuses - CHU de Rennes	Oxygénation par membrane extracorporelle et monitoring de drogue thérapeutique, le suivi des médicaments de l'infection - ECMOTION	2015
KANDELMAN Stanislas - Réanimation, Beaujon, APHP	Opposition au don d'organes : intérêt d'un canevas d'entretien avec les proches	2016
LE DORZE Matthieu - CHMOT - Lariboisière - APHP	Expérience des soignants et des proches d'un décès en réanimation après un arrêt des thérapeutiques associé à une procédure de prélèvement d'organes de la catégorie III de Maastricht (CARE-MIII).	2019
MARIAT Christophe - Transplantation rénale - CHU de Saint-Etienne	TELESURVEILLANCE DU DONNEUR VIVANT DE REIN Etude pilote de preuve du concept	2020
PIAZZA Sara - CHOPT - Centre Hospitalier de Saint-Denis	Refus de don d'organes : étude des facteurs psychologiques, anthropologiques et culturels	2021
BAUMANN Antoine - CLAUDOT Frédérique - EA 4360 APEMAC - Vandoeuvre-les-Nancy	Étude de la stabilité de l'opposition des proches au don d'organes et de tissus post-mortem (ESOPE)	2022
LASCARROU Jean-Baptiste - Service de médecine Intensive Réanimation - CHU Nantes	Etude de la survenue de l'arrêt cardiocirculatoire en fonction du niveau d'hypoxémie lors d'une procédure Maastricht 3. Etude HEPHAISTOS.	2022

Nom et institution	Titre	Année AOR
VERNAY Catherine - Coordination - Centre Hospitalier Annecy Genevois	Effet d'une formation à l'accompagnement psychologique spécifique des proches de donneur sur le non aboutissement	2022
KERFORNE Thomas - Anesthésie-réanimation - CHU de POITIERS	Etude prospective multicentrique du syndrome de basse T3 chez le donneur décédé après mort encéphalique	2023
LE DORZE Matthieu - R2E - CESP - INSERM U1018, Paul Brousse - APHP	ÉTATS GÉNÉRAUX DE LA MORT : Préciser, questionner et s'approprier la définition de la mort et les critères de son constat	2024
DENIAU Benjamin - UMR S-942 MASCOT - Hôpital Lariboisière - APHP	Phénotypes des patients en EME : impact sur le pronostic du greffon rénal	2025
CANET Emmanuel - Service de Médecine Intensive Réanimation du CHU de Nantes	Effet de l'hypothermie chez le donneur sur la fonction rénale du receveur à 5 ans : étude ancillaire de l'essai randomisé contrôlé HYPOREME	2026
LE DORZE Matthieu - CESP - INSERM U1018, Université Paris Saclay - Villejuif	ICOD-France : des trajectoires de fin de vie aux greffes – potentiel et mise en œuvre des démarches anticipées	2026

Etude psychodynamique chez les donneurs apparentés de l'influence de l'âge des receveurs atteints d'hémopathies malignes : représentations et impacts psychologiques du don et de la greffe allogénique

BEN SOUSSAN Patrick - Unité de Psycho-Oncologie

Institut PAOLI CALMETTES

Marseille

[Retour tableau](#)

Résumé

En matière de greffes allogéniques, les avancées relatives aux conditionnements myéloablatifs à toxicité réduite, beaucoup moins iatrogènes, ont permis à des patients âgés de 70 ans et plus de bénéficier de telles thérapeutiques. On peut donc augurer d'une augmentation notable, dans les années à venir de ce type de greffes qu'elles soient géno, phénoïdiques ou de sang de cordon. Dans le cas présent ce sont les donneurs familiaux compatibles qui feront l'objet de notre étude. En effet, cette recherche-action longitudinale, prévue sur 2 ans, monocentrique veut aboutir à promouvoir une procédure spécifique et adaptée de prise en charge des donneurs. On s'intéressera plus particulièrement dans leurs aspects qualitatifs et psychodynamiques :

- à la dynamique en jeu dans la fratrie
- aux représentations et impacts du don
- aux significations et expérience subjective avant et après le don Et dans leurs aspects quantitatifs :
- à la qualité de vie et l'anxiété des donneurs, liées au don et à l'évolution du receveur post-greffe La durée de cette recherche, s'étalant sur 2 ans, nous permettra, au travers d'un suivi au long cours des donneurs apparentés, d'aborder la question de la temporalité, qui est au cœur de la problématique des parcours thérapeutiques des patients en cancérologie. Pour les donneurs cette temporalité de l'étude nous permettra de repérer les évolutions quant au vécu et représentations des sujets

Nos hypothèses sont :

- 1) L'âge du receveur aura un impact significatif sur les représentations liées au don, à la greffe et ses suites chez les donneurs.
- 2) L'anxiété liée au don et à l'évolution de la greffe chez le sujet malade sera d'autant plus marquée dans le groupe de donneurs pour les sujets âgés.

Résultats attendus :

- 1) Meilleure connaissance des processus qualitatifs et psychodynamiques des enjeux dans les fratries. Cette amélioration dans la compréhension de ces processus aidera les médecins dans la prise en charge des donneurs apparentés, mais également et par répercussion des receveurs. 2) Meilleure prise en charge psychologique au long cours des donneurs par la formalisation d'un protocole spécifique et adapté

[Retour tableau](#)

Enquête d'éthique clinique auprès de candidats-donneurs de foie à distance de la greffe du receveur

FOURNIER Véronique - Hop Cochin Saint Vincent de Paul

[Retour tableau](#)

Résumé

Depuis 2003, le Centre d'éthique clinique (Cec) a collaboré au programme de transplantation hépatique par donneur vivant (THDV) des hôpitaux Bicêtre et Cochin à Paris. A la demande des chirurgiens préleveurs, l'équipe d'éthique clinique reçoit systématiquement en entretien au cours e leur bilan pré-don tous les candidats donneurs de foie, afin d'évaluer leur niveau d'information, leurs motivations et leur liberté de consentement. Après cinq ans, il nous est apparu important de compléter cette collaboration par un suivi des candidats donneurs précédemment rencontrés, à distance de la transplantation chez le receveur, afin de mieux évaluer les forces et les faiblesses de notre pratique Objectifs : Recueillir auprès des candidats-donneurs des éléments de suivi et de réflexion à distance de la greffe du receveur (au moins un an après) sur la procédure de THDV dans laquelle ils ont été impliqués, à partir de la proposition qui leur a été faite d'être donneur jusqu'à la date de l'interview. Méthodologie : Enquête qualitative par entretiens téléphoniques semi-directifs menés par un binôme (un médecin et une psychologue, tous membres de l'équipe d'éthique clinique). La population de l'étude est composée des candidats-donneurs ayant été reçus en entretien pré-don par le Cec, si les receveurs respectifs ont été transplantés au moins un an auparavant. Les interviews explorent successivement les principaux thèmes suivants : l'état de santé physique et psychologique du candidat donneur et du receveur, les changements et la qualité des relations intrafamiliales, les conséquences professionnelles et socioéconomiques de la procédure THDV, la position du candidat donneur par rapport au don et à la politique de santé publique THDV.

Résultats attendus :

- Mieux évaluer les enjeux à distance pour les candidats-donneurs du fait de leur avoir proposé le don - Confronter les éléments de suivi avec les conclusions de l'évaluation pré-don pour affiner cette dernière
- Enrichir la réflexion éthique commune sur la procédure d'ensemble THDV.

Résultats

Fournier, Véronique, Nicolas Foureur, et Eirini Rari. 2012. « The Ethics of Living Donation for Liver Transplant: Beyond Donor Autonomy ». *Medicine, Health Care and Philosophy* 16 (1): 45-54.

Poster



Que vivent les candidats-donneurs de foie lorsqu'ils se proposent comme donneurs?

Que faut-il en penser?

Une étude d'éthique clinique

Véronique Fournier⁽¹⁾, Eirini Rani⁽¹⁾, Nicolas Foureur⁽¹⁾

⁽¹⁾ Centre d'éthique clinique, Hôpital Cochin, AP-HP

(www.ethique-clinique.com)

Objectifs de l'étude:

- Mieux connaître ce que vivent les candidats-donneurs et ce qu'ils pensent au plan éthique de la procédure
- Enrichir la réflexion collective sur les enjeux éthiques de la transplantation hépatique par don vivant (THDV) [1].

Méthode:

Etude qualitative rétrospective, menée entre avril 2007 et décembre 2009, sous forme d'entretiens téléphoniques approfondis (30 à 45 mn), conduits par un binôme médecin-psychologue auprès de candidats-donneurs dont le receveur a été greffé depuis au moins un an.

Population:

N = 46

Donneurs parent/enfant (atésie des voies biliaires +++)

24 prélevés, 22 non prélevés

19 mères, 27 pères

Âge moyen: 33 ans (25 – 40)

Âge moyen de l'enfant à la greffe: 24 mois

3 receveurs décédés dont 1 après don vivant

20 candidats-donneurs faisant partie de la population d'inclusion n'ont pas pu être recontactés: 15 perdus de vue et 5 refus

Résultats:

- **85% des enfants greffés vont bien** : décrits comme dynamiques, gais, bien intégrés socialement et à l'école. Les parents disent que le suivi médical post greffe est peu pesant, mais qu'ils craignent la rechute.
- **Les parents prélevés vont bien** : les hommes gardent le souvenir d'une grosse épreuve douloureuse et restent inquiets pour leur foie. Les femmes semblent avoir « tourné la page » plus vite.
- **Grosse épreuve familiale** mais attribuée à la maladie plutôt qu'à la greffe qui est vécue comme une « bénédiction ».
- **Tous témoignent d'une forte solidarité sociale** face à l'épreuve. Aucun des donneurs ne demande d'indemnité compensatrice : c'est la moindre des choses de donner, vu tout ce que la médecine et la société font pour notre enfant.
- **Un grand « enthousiasme éthique » pour THDV** : les candidats plébiscitent la procédure sur le fond comme sur la forme, qu'ils aient été prélevés ou non et quelque soit l'état de santé du receveur. Ils sont fiers d'avoir pu participer activement au processus.
- **Un poids trop lourd donné à la recherche du consentement** : ils dénoncent la lourdeur du processus de recueil de consentement, qu'ils comprennent comme une façon pour la société et les médecins de se décharger de leur responsabilité sur eux en cas d'accident.
- **Une demande forte d'accompagnement** : ils sont nombreux à s'être sentis insuffisamment suivis et accompagnés au plan médical, psychologique et social.

Discussion:

- L'étude ne concerne que THDV : attention à ne pas élargir les conclusions à toute activité de transplantation.
- On est rassuré quant au vécu de la procédure THDV pour les candidats-donneurs.
- Mais on est frappé par l'importance (excessive?) que représente le recueil du consentement : comme si c'était la seule chose importante pour la société : vécu comme tel par les candidats-donneurs. Pourtant, la littérature internationale est unanime et dit la même chose que ce que nous avons trouvé dans une étude préalable: le consentement du donneur est un leurre [1].
- La validation éthique de la THDV par les candidats-donneurs ne suffit donc pas à rassurer au plan éthique: ils sont essentiellement préoccupés du receveur et prêts à beaucoup subir pour cela. Ils font alliance avec le chirurgien-transplantateur et leur alliance fait force: elle impose le recours à la THDV, il est difficile de la contester, il n'y a plus qu'à suivre.
- L'éthique ne consiste-t-elle pas alors à maximiser l'accompagnement sous toutes ses formes plutôt qu'à trop s'appesantir sur la seule règle du consentement?
- Le consentement du receveur est souvent négligé, comme si celui-ci ne pouvait qu'être content qu'on veuille le sauver à tout prix, y compris avec un greffon venu d'un donneur proche.

Conclusions:

La procédure gagnerait probablement au plan éthique à moins se focaliser sur la recherche d'un consentement libre et éclairé du donneur que sur une maximisation de son accompagnement au plan médical, psychologique et social.

Malgré ce qui peut être considéré comme un plébiscite de la procédure THDV par les candidats-donneurs, il convient de ne pas perdre de vue certaines limites éthiques :

- Les limites des équipes, au nom de leur intégrité professionnelle : leur tolérance à l'accident-donneur est moindre que celle des candidats au don, voire celle de la population générale [1].
- La place du receveur dans le processus décisionnel : et en particulier: peut-on et comment aborder cette question pour les receveurs-enfants? [2]

Ces études qualitatives, permettent de récupérer des éléments de terrain et sont utiles pour évaluer et/ou repenser les cadres normatifs (et législatifs) existants.

Bibliographie:

- [1] : Fournier V et al. "Consent by living donors: an ethics alert?". *Bioethics Forum*. 2008; vol 1; No2 : 115-120
- [2] : Fournier V et al. "The ethics of living donation for liver transplant: Beyond donor autonomy". *Med Health Care Philos*. 2013 Feb;16(1):45-54.

Remerciements:

Cette étude a été menée dans le cadre d'une collaboration avec le département d'hépatologie pédiatrique de l'hôpital Bichat et le service de chirurgie digestive adulte de l'hôpital Cochin (transféré depuis à Saint Antoine). Elle a été co-financée par l'AFM.

Fondements éthiques de l'élargissement du cercle des donneurs. Étude sur les conceptions du consentement et du motif altruiste à l'épreuve des théories de l'équité dans l'allocation des greffons

LEPLEGE Alain - Université Paris Diderot

[Retour tableau](#)

Résumé

A l'origine de ce projet de recherche se trouve l'intuition que face à la pénurie persistante d'organes, il est impératif d'un point de vue éthique de réfléchir à l'élargissement de la catégorie des donneurs non anonymes. De tels élargissements ont déjà été effectués par le législateur français sans dépasser le cercle familial, dans un sens large. L'hypothèse de ce projet qu'un tel élargissement qui constitue un impératif éthique, doit se fonder non seulement sur le principe de la bienfaisance mais aussi sur un principe d'équité. En effet, la limitation de la catégorie des donneurs aux seuls membres de la famille désavantage cruellement les personnes qui disposent d'un « capital famille » faible ou inexistant, au-delà d'un « capital santé » hautement menacé. Ce désavantage peut être évalué en confrontant les résultats des théories égalitaristes de l'équité face à l'infortune (luck egalitarian theories) à ceux de l'éthique de la sollicitude. Par ailleurs, une politique d'élargissement du cercle de donneurs doit être accompagnée d'une refonte des conditions de validité du consentement, afin notamment d'éviter le risque de marchandisation du corps humain. Sans garanties efficaces, ce risque désavantagerait particulièrement les membres les plus démunis de la société. Pour cette raison, notre recherche se propose d'explorer ensemble les deux aspects éthiques de la transplantation d'organes – le consentement au don et l'équité de l'allocation – en faisant l'hypothèse qu'un « facteur important du faible taux de dons d'organes peut être que le système actuel découple les deux composantes de la transplantation, en rompant le lien entre le donneur et le destinataire ». Ce projet de recherche théorique et conceptuelle à visée pratique a donc pour objectif :

- 1/ d'examiner le fondement éthique de l'élargissement des catégories des donneurs potentiels au regard des théories de l'équité,
- 2/ d'analyser les conditions du consentement et les garanties qui devraient être mises en place pour protéger les nouvelles catégories de donneurs afin d'éviter tout risque de « marchandisation » du corps humain,
- 3/ d'évaluer, du point de vue de l'éthique de la sollicitude, le rôle de la famille, du lien affectif et du motif altruiste dans le don entre personnes vivantes, ainsi que dans l'expression de la volonté du défunt, lorsqu'il s'agit d'un prélèvement sur personne décédée

[Retour tableau](#)

Caractéristiques des donneurs potentiels dans le cadre du processus DDAC-Maastricht III au cours du coma post-anoxique

CARIOU Alain - URC Paris Centre

[Retour tableau](#)

Résumé

La France se trouve actuellement confrontée à une pénurie de greffon. Afin d'y remédier, la réflexion actuelle de l'Agence de Biomédecine porte sur l'élargissement du pool de donneur via la pratique du prélèvement chez les patients décédés après arrêt cardiaque. Cette dernière catégorie, dite donneurs décédés après arrêt cardiaque de la catégorie III de la classification de Maastricht (DDAC M III) est largement développée dans d'autres pays occidentaux et procure des greffons rénaux et hépatiques de bonne fonctionnalité à long terme. Si les patients en coma post-anoxique sont considérés comme de bons candidats au DDAC M III, certains problèmes se posent en France, d'ordre éthique, légal et logistique. Avant de s'investir dans la réalisation du prélèvement chez DDAC M III, l'évaluation quantitative et qualitative des patients éligibles pour cette procédure, et donc le nombre d'organes potentiels, est cruciale et constitue l'objectif de cette étude. En outre, l'identification des patients susceptibles de présenter une ischémie chaude de courte durée est le second but, afin de minimiser les démarches de don inutiles.

Nous proposons de mener une étude monocentrique rétrospective, consistant à compléter notre large base de plus de 1500 patients admis pour arrêt cardio-respiratoire réanimé depuis 2000. Cette étude pragmatique inclura tous les patients pris en charge dans les suites d'un arrêt cardiorespiratoire en réanimation médicale à Cochin entre janvier 2000 et décembre 2011, dont les données pré-hospitalières et hospitalières usuelles sont disponibles dans la base de données existante, d'âge supérieur ou égal à 18 ans et inférieur à 70 ans, décédant en réanimation après arrêt des soins et extubation en raison d'un coma post-anoxique. En se focalisant sur les patients dont l'évolution neurologique défavorable conduit à un arrêt des soins et à une extubation, nous récupérerons ainsi des données supplémentaires portant sur les variables épidémiologiques, cliniques et biologiques suivantes des donneurs potentiels :

- Délai entre la décision d'arrêt des soins, l'extubation et le décès
- Variables hémodynamiques, respiratoires et diurèse recueillies toutes les heures, ainsi que la présence éventuelle de médicaments inotropes ou vasopresseurs, ou un apport d'oxygène
- Fonction biologique rénale et hépatique
- Utilisation de drogues sédatives ou analgésiques au décours de l'extubation
- Proportion de donneurs potentiels sans famille ou proche identifié

Il s'agira de la première étude d'envergure en France disposant de la taille et des données nécessaires pour décrire le statut clinique et biologique des patients susceptibles de remplir les conditions du prélèvement d'organes DDAC M III. Au terme de ce travail, notre ambition est d'apporter les éléments de réflexion aux sociétés savantes en charge des recommandations de prise en charge des patients cérébro-lésés (SFAR et SRLF), à l'Agence de Biomédecine, et à la société française.

[Retour tableau](#)

Comparaison de deux stratégies pour la réalisation de l'épreuve d'apnée dans le diagnostic de la mort encéphalique chez le donneur potentiel d'organes

CPAPNEE STUDY

PINSARD Michel - Centre Hospitalier Universitaire de Poitiers

[Retour tableau](#)

Résumé

Contexte:

La législation française concernant le diagnostic clinique du décès en état de mort encéphalique (EME), exige depuis 1996, en plus de la disparition totale de la conscience et de la motricité spontanée, que la totalité des réflexes du tronc cérébral ainsi que la ventilation spontanée soient abolis. La vérification de l'absence de toute ventilation spontanée se fait à partir d'une épreuve de débranchement du ventilateur assurant jusqu'alors la ventilation du patient. La réalisation de cette épreuve fait l'objet en 1995 de recommandations établies par l'American Academy of Neurology. Justification:

En raison de plusieurs publications rapportant des complications graves lors de la réalisation de cette épreuve d'apnée, l'Académie de Neurologie Nord-Américaine dans sa révision des guidelines concernant le diagnostic de la mort encéphalique publiée en 2010 recommande "Areas of future research include examining the safety of the apnea test, seeking alternative methods of apnea testing ». Quelques équipes ont proposé de modifier l'épreuve d'apnée en ne débranchant pas le patient du ventilateur mais en le passant sur un mode de ventilation spontanée en pression positive continue (CPAP). Ces études sont monocentriques, non contrôlées, elles ont étudiées les deux stratégies successivement sur un petit nombre de patients, ceux-ci étant leur propre témoin. Néanmoins, une étude récente cherchant à montrer l'intérêt d'une stratégie de ventilation du donneur d'organes limitant le dérecrutement pulmonaire a permis de montrer une augmentation de 27% du nombre de prélèvement de greffons pulmonaires. Dans cette étude, l'épreuve d'apnée était réalisée en CPAP. Notre étude se propose donc de comparer la stratégie actuelle de l'épreuve d'apnée à la stratégie en CPAP.

Objectif principal:

Evaluation du nombre de sujets présentant les critères gazométriques de prélevabilité pulmonaire Objectifs secondaires:

Portent sur le degré d'hypoxémie induit par l'épreuve d'apnée ainsi que sur les complications ventilatoires et cardio-circulatoire de l'épreuve.

Critères de jugement principal:

Rapport $PaO_2 / FiO_2 > \text{ou} = 300 \text{ mmHg}$ sous une $FiO_2 < \text{ou} = 1$ lors de la proposition des greffons pour transplantation

Critères de jugement secondaires:

1- degré d'hypoxémie apprécié par la variation de PaO_2 durant l'E.A 2- Gazométries à H+1 et à H+6 de l'E.A ainsi que lors de la proposition des greffons pulmonaires 3- Fréquence des complications ventilatoires : Barotraumatismes, atélectasies pulmonaires appréciés :à partir des données d'auscultation, de la variation de la mesure de compliance réalisée avant et après l'E.A 4- Fréquence des interruptions de l'épreuve d'apnée pour

mauvaise tolérance, 5- Nombre de prélèvements pulmonaires réalisés chez les patients ne présentant pas de contre-indication préalable au prélèvement pulmonaire.

Méthodologie:

Etude prospective, multicentrique, randomisée, contrôlée, ouverte

Critères d'inclusion:

Tous sujets âgés de plus de 18 ans et de moins de 70 ans présentant des signes neurologiques cliniques évocateurs d'une ischémie cérébrale majeure à l'exception de l'absence de ventilation spontanée et chez qui un prélèvement d'organes peut être envisagé.

Critères de Non inclusion:

1- Sujets présentant une hypoxémie sévère ($\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 < 200$) sous FiO_2 100 % en ventilation contrôlée. 2- Hypothermie $< 36^\circ\text{C}$. 3- Obésité ($\text{BMI} > \text{ou} = 40$) avec hypoventilation alvéolaire documentée. 4- Sujets présentant une hypotension réfractaire malgré un remplissage optimal et des doses de catécholamines $> 1\text{g.Kg.min}$. 5- Patients présentant une contre-indication d'emblée au prélèvement d'organes. 6- Patients porteurs d'une insuffisance respiratoire chronique documentée. 7- Patients présentant une pneumopathie infectieuse évolutive. 8- Patients pour lesquels la famille a exprimé une opposition à la participation de leur proche à cette étude. 9- Personnes bénéficiant d'une protection renforcée à savoir les mineurs, les femmes enceintes, qui allaitent, les personnes privées de liberté par une décision judiciaire ou administrative, les personnes séjournant dans un établissement sanitaire ou social, les majeurs sous protection légale.

Stratégies:

Stratégie actuelle: après une pré-oxygénation en O_2 pur durant 15 minutes-débranchement du ventilateur et mise sous O_2 pur durant 15 minutes recherche de mouvements ventilatoires et vérification que la capnie de fin d'épreuve soit $= \text{ou} > 60\text{ mmHg}$.

Stratégie étudiée: après une pré-oxygénation en O_2 pur durant 15 minutes, passage en mode CPAP soit sur le ventilateur soit sur un appareil spécifique de CPAP sous $\text{FiO}_2=0.75$ et PEP10, durée 10 minutes, même surveillance et PCO_2 requise identique.

Nombres de patients: 208 patients dont 104 dans le bras stratégie « standard » et 104 dans le bras stratégie « CPAP »

Durée de la recherche:

Durée d'inclusion: 24 mois, Durée de participation pour le patient: 1 jour, Durée totale de l'étude:

30 mois

Retombées attendues:

Amélioration du nombre de greffons pulmonaires prélevables, diminution du nombre de complications ventilatoires et cardio-vasculaires lors de l'E.A et du nombre d'E.A non réalisable ou interrompues, enfin modifications des recommandations officielles pour la réalisation de l'E.A.

Oxygénation par membrane extracorporelle et monitoring de drogue thérapeutique, le suivi des médicaments de l'infection - ECMOTION

FILLATRE Pierre - Sce maladies infectieuses et réa médicale

CHU Rennes

[Retour tableau](#)

Résumé

Objectif :

L'assistance par ExtraCorporeal Membrane Oxygenation (ECMO) est une circulation extracorporelle avec oxygénateur, utilisée pour la prise en charge des patients atteints d'insuffisance respiratoire et/ou circulatoire réfractaire. Un grand nombre de ces patients sont des patients en attente de transplantation ou en phase aiguë post-transplantation.

L'utilisation de l'ECMO modifie la pharmacocinétique (PK) des médicaments. Ainsi, l'ECMO entraîne des variations de concentrations des médicaments par modification du volume de distribution et de la clairance des médicaments et/ou séquestration des molécules dans le circuit d'ECMO.

La PK des médicaments chez le patient traité par ECMO est largement méconnue. La connaissance de cette PK est pourtant cruciale pour les médicaments anti-infectieux dont la concentration est liée à leur effet. Une sous-exposition en anti-infectieux constitue une perte de chance importante pour le patient, une surexposition entraînera une augmentation des effets indésirables ; la population de patients traités par ECMO étant une population déjà fragilisée.

En période pré-opératoire, le sepsis constitue une contre-indication à la transplantation alors même que les patients traités par ECMO doivent être transplantés de manière urgente. L'infection doit alors être contrôlée au plus vite en utilisant des posologies d'antibactérien adaptées. A la période postopératoire,

l'ECMO est indiquée en cas de dysfonction d'organe. Chez ces patients immunodéprimés, le traitement antibactérien se doit d'être le plus efficace possible afin de préserver le fonctionnement du greffon.

L'objectif du projet est d'étudier la PK des médicaments anti-infectieux au cours de l'ECMO en : i) caractérisant les interactions existantes entre ces médicaments et les différents composants du circuit d'ECMO, en ii) étudiant ex-vivo dans les conditions de fonctionnement usuelles du circuit (37°C, en présence d'oxygène) l'évolution des concentrations sanguines des médicaments anti-infectieux, en iii) déterminant, chez le patient bénéficiant d'ECMO, l'impact du dispositif sur la PK des médicaments anti-infectieux et finalement en iv) modélisant la PK de deux anti-infectieux (la piperacilline et l'amikacine) lors de l'ECMO et en comparant les données obtenues chez les patients traités par ECMO à celle d'un groupe contrôle (patients de réanimation non traité par ECMO).

Résultats attendus :

Une meilleure connaissance de la PK des anti-infectieux chez les patients transplantés traités par ECMO est attendue, permettant ainsi de mieux évaluer les anti-infectieux à risque de sous-exposition et de surexposition et ainsi de proposer des adaptations de posologies de ces médicaments afin d'éviter le risque d'inefficacité ou de toxicité du traitement.

Méthodologie :

Pour les parties in-vitro et ex-vivo, il s'agit d'une étude observationnelle de PK ne faisant donc pas intervenir le patient qui vise à déterminer l'impact des constituants sur les concentrations en médicaments.

Pour la dernière partie, il s'agit d'une étude de PK observationnelle comparative, sans aucune modification de prise en charge thérapeutique des patients, entre patients de réanimation traités par ECMO et patients de réanimation sans ECMO (groupe contrôle) visant à déterminer l'impact de l'ECMO sur la PK des médicaments anti-infectieux.

[Retour tableau](#)

Opposition au don d'organes : intérêt d'un canevas d'entretien avec les proches

KANDELMAN Stanislas - Dpt anesthésie réa, Hôpital Beaujon, Clichy

[Retour tableau](#)

Résumé

Contexte : En France, le principal motif de non de prélèvement chez un sujet en état de mort encéphalique susceptible de faire don de ses organes est l'opposition exprimée par les proches. Lorsque cette opposition est le simple relais de la position du défunt, l'arrêt de toute procédure respecte les lois de bioéthique encadrant cette situation. En revanche, bien souvent, la position du défunt n'est pas connue des proches et le refus exprimé est alors le fait d'une opposition de leur part.

Dans cette situation, de nombreux facteurs peuvent être associés à un refus exprimé par les proches. Parmi ceux-ci, des facteurs liés à l'entretien avec les proches ont été mis en évidence. Cependant, il existe peu de données françaises.

Objectif et résultats attendus : Nous avons émis l'hypothèse que pour les situations de sujets en état de mort encéphalique, un outil d'aide à l'entretien destiné aux médecins et infirmiers de coordination, sous forme d'un canevas d'entretien, permettrait une réduction du taux d'opposition au don d'organes de 45% (taux d'opposition du Réseau nord francilien en 2014) à 30% (en deçà des données nationales).

Méthodologie : étude d'évaluation des pratiques, observationnelle, multicentrique, à trois phases d'intérêt, portant sur les entretiens réalisés chez les proches de sujets en état de mort encéphalique. Une première période de deux ans de juillet 2012 à juin 2014 (phase « avant »), constituera la période de référence. Une deuxième période, correspondant à la mise en place de l'étude, comportera une phase de présentation du canevas à l'ensemble des professionnels de groupe d'étude (Réseau nord francilien) susceptibles de réaliser des entretiens avec les proches de sujets en état de mort encéphalique ainsi qu'une phase d'appropriation de l'outil d'une durée de 3 à 6 mois. A son issue débutera la troisième période (phase « après »), d'une durée de 24 mois. Critère principal de jugement : taux d'opposition au don ; Critère secondaire de jugement : taux d'adhésion au canevas par les professionnels. La différence « avant-après » du taux d'opposition sera comparée entre le réseau Nord Francilien et reste du territoire national (groupe contrôle). Le nombre d'entretiens à réaliser pour démontrer avec une puissance de 80% une diminution du taux d'opposition sur le Réseau nord francilien de 45% à 30% est de 180. Un recueil de critères visant à évaluer l'adhésion au canevas par les médecins réanimateurs et les infirmier(e)s de coordination sera réalisé à l'issue de chaque entretien pendant la phase « après ».

Poster

Opposition au don d'organes: Intérêt d'un canevas d'entretien avec les proches

Stanislas Kandelman^{1,2}, Daniel Maroudy³, Axelle Dupont⁴, Christian Vanjak⁵, Nathalie Gault⁴, Isabelle Pipien⁶, France Roussin⁷, Stéphane Wellschbillig⁸, Réseau nord francilien pour le prélèvement d'organes et de tissus

*Co-premier auteurs, ont contribué de manière égale au travail

1 Département d'Anesthésie, Royal Victoria Hospital, McGill University Health Center, Montréal, Canada

2 Coordination Hospitalière PMOT, Hôpital Beaujon, AP-HP Nord-Université de Paris, France

3 Cadre infirmier, ex-coordonnateur hospitalier des prélèvements d'organes, AP-HP, France

4 Département d'Epidémiologie, Biostatistique et Recherche Clinique, Hôpital Bichat, AP-HP Nord-Université de Paris, France

5 Service d'anesthésie-réanimation, Hôpital Simone Veil, Eaubonne, France

6 Médecin DPGT, Agence de la biomédecine, France

7 Département d'anesthésie-réanimation, Hôpitaux St Louis-Lariboisière, AP-HP Nord-Université de Paris, France

8 Service de Réanimation, Fondation ophtalmologique Rothschild, Paris, France

Ce travail a bénéficié d'un contrat de recherche de la Société française d'anesthésie-réanimation (SFAR)

OBJECTIFS

Contexte:

- L'activité de prélèvement d'organes en France reste contrainte par l'opposition exprimée par les proches en l'absence de position connue du défunt.
- De nombreux facteurs modifiables (liés aux soignants) et non modifiables (démographiques) sont associés à ce refus¹.

Hypothèse:

Un outil d'aide à l'entretien (canevas d'entretien), destiné aux médecins réanimateurs et aux infirmier.e.s de coordination permettrait une réduction du taux d'opposition au don d'organes.

Objectif principal:

Comparer l'évolution du taux d'opposition entre les centres du Réseau Nord Francilien ayant accès au canevas d'entretien et le reste des centres d'Ile de France.

Objectifs secondaires:

- Evaluer la modification des pratiques, avant et après la présentation du canevas aux équipes soignantes.
- Evaluer les facteurs modifiables associés à une opposition des proches.

MÉTHODOLOGIE

Canevas d'entretien:

- 56 items regroupés en 6 catégories (Préparation de l'entretien, Accueil des proches, Annonce de la mort, Dialogue pour le don, Rencontre post-don, Débriefing).
- Complété par une grille de débriefing reprenant ses items.
- proposé et présenté à l'ensemble des médecins et infirmier.e.s de coordination des 22 centres participants du Réseau Nord Francilien (« centres canevas »).

Critères d'inclusion

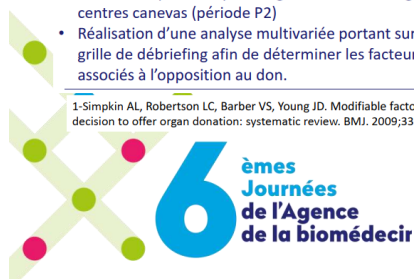
Situation de mort encéphalique chez un sujet âgé de plus de 18 ans, dans un centre hospitalier d'Ile de France, recensé dans la base Cristal de l'Agence de la biomédecine durant une période pré canevas (P1, janvier 2012-décembre 2014) et une période post canevas (P2, janvier 2017-décembre 2018)

Objectif principal: Réalisation d'une analyse multivariée portant sur les critères démographiques, étiologiques, sur la période, sur le type de centre (canevas/non canevas), ainsi que sur l'interaction entre périodes et types de centre afin d'évaluer l'impact du canevas d'entretien. La base de données utilisée est la base Cristal.

Objectifs secondaires:

- Détermination de la modification des pratiques après la diffusion du canevas par l'analyse des grilles de débriefing d'entretiens des centres canevas (période P2)
- Réalisation d'une analyse multivariée portant sur les items de la grille de débriefing afin de déterminer les facteurs modifiables associés à l'opposition au don.

1-Simpkin AL, Robertson LC, Barber VS, Young JD. Modifiable factors influencing relatives' decision to offer organ donation: systematic review. BMJ. 2009;338:b991



7 & 8 octobre 2021
#JournéesABM2021

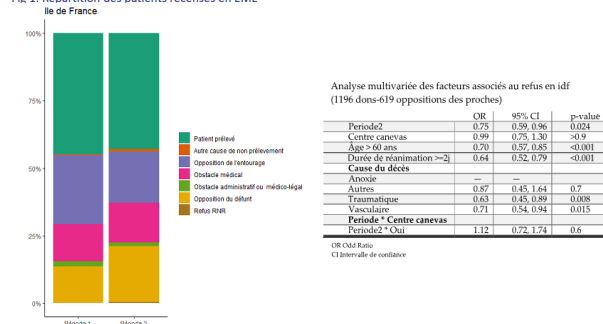
[Retour tableau](#)

RESULTATS

2730 situations de patients en état de mort encéphalique recensées en Ile de France sur les périodes 1 et 2 ont été incluses pour l'analyse principale.

Après exclusion des situations d'obstacle médical, administratif, médico-légal, d'opposition du défunt, de refus inscrit au Registre national des refus, 1815 situations étaient incluses pour l'analyse principale (Figure 1 et Tableau 1)

Fig 1: Répartition des patients recensés en EME



L'analyse de l'adhésion au canevas a été réalisée sur l'ensemble des 318 entretiens réalisés dans un centre canevas suivi d'un débriefing (Période 2).

Une modification des pratiques après formation du médecin réanimateur au canevas n'était constatée que pour la catégorie « préparation de l'entretien » (p=0,02).

L'analyse des facteurs modifiables associés à l'opposition au don était réalisée sur 188 entretiens (exclusions des situations d'opposition du défunt, d'obstacle médical, médico légal, administratif) (Tableau 2)

Tableau 2 : Facteurs modifiables d'opposition au don

Facteur Modifiable	**OR**	**95% CI**	**p-value**
Salle jugée Propice	0.43	0.07, 2.39	0.34
Tour de table réalisé	0.30	0.04, 1.72	0.20
Infirmier.e de coordination présent	8.57	1.04, 198	0.083
Réalité de la mort acceptée avant le dialogue pour le don	0.61	0.01, 23.4	0.79
Relais de parole entre médecin et Infirmier.e de coordination	0.46	0.13, 1.55	0.22
Etat émotionnel des proches propice au dialogue pour le don	0.25	0.04, 1.28	0.11
La loi est évoquée pour aborder la question du don	1.83	0.67, 5.23	0.25
Les proches connaissent la loi sur le don	0.12	0.03, 0.35	<0.001
Les bénéfices du don sont expliqués	0.24	0.03, 1.65	0.16
Le médecin réanimateur était formé au canevas	1.29	0.41, 4.23	0.67

OR Odds ratio

Analyse multivariée ajustée sur la formation du médecin au canevas et sur les facteurs modifiables avec p<0.10 en univarié

DISCUSSION / CONCLUSION

Le canevas d'entretien n'a pas montré d'efficacité à réduire l'opposition au don d'organes exprimée par les proches, dans les situations où la position du défunt n'est pas connue.

Ce résultat négatif peut s'expliquer en partie par la faible modification des pratiques induites par la simple présentation du canevas et par la bonne adhésion aux mesures préconisées avant même cette présentation.

Entre la période 1 (2012-2014) et la période 2 (2017-2018), on constate une diminution significative de l'opposition des proches sur l'ensemble des centres franciliens, ainsi qu'une augmentation significative du refus des patients. Cet effet probable de la loi sur les modalités de recueil devra être approfondi.

Aucun des items du canevas n'est associé à une diminution de l'opposition au don par les proches.

Par contre la connaissance de la loi par les proches était associée à une diminution significative de l'opposition exprimée par les proches.

Une étude approfondie des facteurs liés aux proches (socio-économiques, culturels) devrait être menée pour analyser les résultats franciliens en terme d'opposition au don.

Année: 2019

Expérience des soignants et des proches d'un décès en réanimation après un arrêt des thérapeutiques associé à une procédure de prélèvement d'organes de la catégorie III de Maastricht (CARE-MIII).

LE DORZE Matthieu - Unité fonctionnelle de

**Coordination Hospitalière de Prélèvement Multi Organes et de Tissus (CHMOT) – Département d'Anesthésie
Réanimation**

Hôpital Lariboisière - Assistance Publique - Hôpitaux de Paris

Paris

[Retour tableau](#)

Résumé

La procédure Maastricht III, qui permet le prélèvement d'organes sur des donneurs décédés en réanimation au décours d'une décision d'arrêt des thérapeutiques (AT), est récente en France. En créant une nouvelle figure de la fin de vie, elle complexifie les décisions de fin de vie et leur application. Depuis sa mise en place, elle soulève de nombreuses problématiques éthiques et pratiques telles que l'influence de la procédure sur le processus décisionnel d'AT et sur les pratiques de la fin de vie, l'impact des échecs de procédure sur les acteurs concernées ou encore l'expérience des proches impliqués. Aujourd'hui encore, elle génère des débats, et parfois même des réticences, au sein des équipes de réanimation. Cependant, l'expérience vécue par les personnes impliquées dans cette procédure, c'est-à-dire les soignants et les proches, n'a pas été évaluée.

Nous proposons une étude prospective d'évaluation d'une pratique, la procédure Maastricht III, par le prisme des personnes impliquées. L'originalité de ce projet, qui associe une méthodologie quantitative et une méthodologie qualitative, est l'observation croisée du vécu des soignants dans leur diversité (médecin, infirmier et aide-soignant) et des proches. Dans le cadre de cet appel à projet, nous nous focaliserons sur les soignants.

L'évaluation porte principalement sur l'expérience d'un évènement, c'est-à-dire un décès chez un patient recensé Maastricht III, prélevé ou non : pour les soignants, auto-évaluation dans les 72h (échelle STAI d'anxiété trait-état et questionnaire ouvert) ; pour les proches, hétéro-évaluation à 3 mois (entretien téléphonique par un psychologue, échelles d'anxiété-dépression HADS, échelle IESR reflétant le risque de développer un état de stress post-traumatique, questionnaire ouvert). L'objectif principal se concentre sur les soignants (médicaux et paramédicaux) et se propose d'évaluer leur anxiété liée à un décès dans le cadre d'une procédure Maastricht III. L'évaluation porte également, pour les soignants, sur l'expérience plus globale de la procédure et de son impact sur les processus décisionnels de fin de vie et la motivation des équipes à promouvoir le prélèvement d'organes. Une quarantaine d'entretiens sociologiques de soignants et de proches permettra d'affiner l'analyse. Deux études préliminaires en cours menées par notre équipe permettront d'apporter des éléments essentiels à cette recherche.

Si la procédure Maastricht III, lors de sa construction et de sa réalisation, pourrait engendrer un stress psychologique individuel, elle pourrait surtout améliorer l'expérience collective vécue de la fin de vie en réanimation en favorisant les temps d'échanges et de réflexions, la formalisation et la protocolisation des procédures de fin de vie. Cette évaluation est aujourd'hui indispensable pour améliorer l'expérience des personnes

impliquées, et permettre ainsi le développement du programme en levant les réticences et en proposant des pistes de réponses aux éventuelles difficultés repérées.

Résultats

Le Dorze, Matthieu, Anne Renet, Romain Barthélémy, Virginie Souppart, et Nancy Kentish-Barnes. 2025. « Relatives' experiences of end-of-life care and organ donation after controlled circulatory death: a national prospective multicenter study ». Critical Care 30 (décembre): 42. <https://doi.org/10.1186/s13054-025-05807-8>.

[Retour tableau](#)

Année: 2020

TELESURVEILLANCE DU DONNEUR VIVANT DE REIN Etude pilote de preuve du concept

MARIAT Christophe - Service de Transplantation Rénale

CHU de Saint-Etienne

[Retour tableau](#)

Résumé

Le suivi au long cours des donneurs vivants de rein est obligatoire et inscrit dans la loi de bioéthique de 2004. En pratique, il est très problématique :

- les donneurs ne résident pas toujours dans la région du centre dans lequel ils ont été évalués ;
- les donneurs peuvent vivre le suivi systématique comme contraignant ;
- les acteurs de santé responsables du suivi à vie du donneur ne sont pas clairement désignés (médecin transplantateur ? médecin traitant ?).

Dans les faits, ceci se traduit par un suivi à moyen et long termes défectueux avec plus de 60% de données manquantes dans le registre national de suivi des donneurs 5 ans après le don. L'amélioration du suivi est, du reste, un objectif important du plan greffe 2017-2021.

Dans ce contexte, nous pensons qu'une approche de type télémédecine pourrait être une solution efficiente au problème du suivi des donneurs de rein et avons développé une application Ap'Telecare pour laquelle nous souhaitons démontrer la faisabilité et l'intérêt de l'utilisation auprès d'une fraction des donneurs vivants de rein de la région Auvergne-Rhône-Alpes (CHU de Clermont-Ferrand, CHU de Grenoble, CHU de Lyon et CHU de Saint-Etienne).

Notre objectif est de démontrer qu'un suivi basé sur Ap'Telecare peut améliorer l'exhaustivité du recueil des données de suivi des donneurs vivants pris en charge dans les 4 CHU de la région Auvergne-Rhône-Alpes.

[Retour tableau](#)

Année: 2021

Refus de don d'organes : étude des facteurs psychologiques, anthropologiques et culturels

PIAZZA Sara - Hopital Delafontaine

Service réanimation-coordination de prélèvements d'organes et de tissus

, Centre Hospitalier de Saint-Denis

[Retour tableau](#)

Résumé

Le Centre Hospitalier de Saint Denis (CHSD) est engagé depuis plusieurs années dans la dynamique du don d'organes. Malgré les évolutions des pratiques de la coordination de prélèvements, le taux de refus de don d'organes augmente dans notre hôpital, contrairement au reste de la France.

A partir d'hypothèses issues de perspectives psychologiques et anthropologiques, cette enquête permettra de produire des informations de première main sur les enjeux personnels, familiaux et culturels liés au don d'organes. Il s'agira d'identifier et repérer les représentations individuelles et collectives concernant la mort physiologique, sa définition, les symboles et rites associés. A partir du recueil de ces représentations, seront proposées des hypothèses d'ordre psychique, social et anthropologique sur les résistances face au don d'organes.

Résultats attendus

En l'absence de connaissances précises expliquant les différentes causes de refus de don d'organe, notre enquête permettra :

De documenter les connaissances des usagers de notre service hospitalier sur les organes concernés par le don, de recueillir les représentations liées au cadavre et à son devenir au sein de l'institution hospitalière.

De générer des hypothèses sur les représentations psychiques et normatives liées aux croyances individuelles témoignant d'un type de rapport au corps, à la médecine et à la mort.

De comparer et faire dialoguer les différents niveaux de représentations (étatique, hospitalier, biomédical, religieux) entre eux et également avec ceux du grand public, ici auprès d'un échantillon d'usagers issus de classes sociales multiculturelles et économiquement défavorisées.

Méthodologie :

Etude mixte quantitative et qualitative

1) Questionnaire : Le recueil sera réalisé de manière prospective sur le site de l'hôpital pendant une durée de 12 mois. Nous estimons pouvoir inclure pendant cette période 100 sujets. Le recueil portera sur les caractéristiques de l'enquête (sexe, âge etc...) et sera constitué de 4 champs d'interrogation avec questions ouvertes et fermées (Fonctionnement biologique et symbolique associée aux organes susceptibles d'être prélevés, représentation de la mort, devenir du cadavre, et positions philosophiques et religieuses concernant la mort et le cadavre. Interrogations

également sur les représentations du rapport entre l'institution hospitalière et le corps mort : autopsie, mort encéphalique, prélèvement d'organe, etc.)

2) Observation participante : par chercheuse en sciences sociales. Participation ciblée aux moments clés du processus (staffs médicaux en réanimation, entretien d'annonce, recueil de la non opposition) permettant de réaliser une ethnographie. Durée : 3mois

3) Entretiens semi-dirigés : à l'issue de l'observation, avec divers acteurs hospitaliers (médecins, infirmier.e.s, aides-soignant.e.s) du processus du don d'organe (réanimation et coordination du prélèvement d'organe). Nombre d'entretiens : 20

[Retour tableau](#)

Année: 2022

Étude de la stabilité de l'opposition des proches au don d'organes et de tissus post-mortem (ESOPE)

BAUMANN Antoine - CLAUDOT Frédérique - EA 4360 APEMAC – Université de Lorraine

Faculté de Médecine, Ecole de Santé Publique, 9 avenue de la Forêt de Haye, BP 20199

54505 Vandoeuvre-les-Nancy

[Retour tableau](#)

Résumé

Objectifs :

Objectif principal :

Étudier les facteurs associés à l'opposition et à l'instabilité de l'opposition des familles ayant refusé le prélèvement d'organe et de tissus d'un proche en situation de mort encéphalique.

Objectifs secondaires :

Étudier le lien entre l'instabilité de l'opposition, le regret ou le remords, et la satisfaction des proches de la prise en charge avant le décès, et le lien de parenté.

Caractériser les besoins des proches en termes d'accompagnement dans la réflexion et la décision.

Déterminer la place et la nature d'une aide dans leur réflexion sur le don.

Résultats attendus :

L'analyse du ressenti des proches s'étant opposés au don d'organes et de tissus permettra d'améliorer la compréhension de ces situations d'opposition et de tenter de dégager des pistes d'amélioration des pratiques professionnelles d'accompagnement. En termes de santé publique, cette amélioration dans la qualité de la prise en charge et de l'aide proposée aux proches dans leur réflexion sur le don devrait permettre de prévenir certaines oppositions et d'augmenter le nombre de greffons disponibles.

En pratique, les résultats de l'étude pourraient conduire à l'élaboration d'outils permettant aux professionnels impliqués dans la prise en charge des proches des donneurs potentiels d'aider ces derniers dans leur réflexion sur le don, et à des propositions concernant les accompagnants professionnels.

Méthodologie :

Nous réaliserons une enquête par un entretien semi-directif téléphonique 6 mois après le décès.

Population d'étude : Les proches référents ayant refusé le prélèvement d'organes ("Contexte n'ayant pas permis d'aboutir au prélèvement" dans la nomenclature de l'ABM), recensés par les coordinateurs(trices) hospitaliers(ères) dans les CHU français, sur une période de 12 mois.

Pré-Inclusion dans l'étude : les proches recevront une information écrite sur l'étude après leur opposition au don.

Inclusion : les proches référents seront contactés par téléphone 6 mois après le décès, une information orale sera redonnée sur l'étude. Leur non-opposition à la participation à l'étude et leur consentement à l'enregistrement (droit à la voix) seront recueillis, et un rendez-vous sera pris pour la réalisation de l'entretien.

Potentiel de recrutement : En 2020 465 donneurs potentiels n'ont pas été prélevés en raison de l'opposition des proches (rubrique "Contexte n'ayant permis d'aboutir au prélèvement" du rapport de l'ABM). L'effectif attendu des consentants à l'étude est de 20 à 25 % de cette population soit 93 à 116 proches sur une période de 1 an. Un nombre minimal de 40 entretiens est fixé et sera poursuivi jusqu'à saturation des données.

Analyse des résultats : Restitution des entretiens en verbatim. Analyse qualitative : analyse de contenu / analyse thématique à l'aide logiciel NVivo®. Codage et analyse pluridisciplinaires.

[Retour tableau](#)

Année: 2022

Etude de la survenue de l'arrêt cardiocirculatoire en fonction du niveau d'hypoxémie lors d'une procédure Maastricht 3. Etude HEPHAISTOS.

LASCARROU Jean-Baptiste - Service de médecine Intensive Réanimation

CHU Nantes - 30 Boulevard Jean Monnet

44093 Nantes Cedex 01

[Retour tableau](#)

Résumé

Objectif de l'étude :

L'objectif de cette étude est d'évaluer le niveau d'hypoxémie lors de la survenue d'un arrêt cardiocirculatoire lors d'une procédure don d'organe de type Maastricht 3

Objectif principal et critère principal de jugement :

Définir le niveau de PaO₂ et son intervalle de confiance à 95% lors de la survenue d'un arrêt cardiaque circulatoire lors d'une procédure Maastricht 3.

Les objectifs et critères de jugement secondaires sont :

Définir le niveau de Spo₂ et son intervalle de confiance à 95% lors de la survenue d'un arrêt cardiocirculatoire lors d'une procédure Maastricht 3.

Définir le délai (et son intervalle de confiance à 95%) entre la survenue d'une saturation pulsée en oxygène inférieure à 95% et la survenue d'un arrêt cardiocirculatoire définit par une absence d'activité électrique.

Etudier l'association entre le taux de retard de reprise de fonction rénale et la présence ou non d'une hypoxémie lors de la survenue de l'arrêt cardiocirculatoire (défini par une PaO₂ supérieure ou égale à la médiane des valeurs, ou inférieure à la médiane des valeurs).

Méthodologie :

Etude prospective observationnelle multicentrique.

Il est prévu un suivi maximum des patients sur une période de 24 heures après la réalisation de la procédure.

Inclusion :

Les critères d'inclusion sont :

Patient majeur ((18 ans)

Procédure de don d'organe engagée selon la législation et les procédures en vigueur en France pour la catégorie Maastricht 3

Les critères de non inclusion sont :

Echec de canulation permettant la réalisation des prélèvements sanguins

Information des patients :

Une information et le recueil de la non opposition des proches des patients inclus sera réalisée par les équipes des réanimations participants à l'aide d'une note d'information.

Données et codage :

Données donneurs :

Les données seront colligées dans le cadre d'un cahier de recueil électronique des données.

Données receveurs :

Les données concernant le devenir des organes ainsi que la survenue d'une reprise retardée de fonction rénale seront colligées de manière anonyme grâce aux centres participants dans le cadre du réseau Maca3DO.

Analyse des données :

Une analyse descriptive sera effectuée pour l'ensemble des variables. Les variables quantitatives seront exprimées en moyenne $\pm$ écarts-type ou médiane. L'étude des relations entre les variables quantitatives sera effectuée à partir des tests de Student et de Wilcoxon. L'étude des relations entre variables qualitatives sera réalisée à partir du test du Chi-2 et de Fisher. Dans tous les cas, les patients perdus de vue ne seront pas remplacés. Le risque de première espèce est fixé à 5%. L'ensemble des analyses sera effectué sous le logiciel SAS v.9.1.3. Les données manquantes seront notifiées.

Calcul d'effectif :

Dans le cadre d'une étude exploratoire, nous considérons que l'inclusion de 100 patients permettra d'obtenir une estimation ponctuelle ainsi qu'un intervalle de confiance adapté.

[Retour tableau](#)

Année: 2022

Effet d'une formation à l'accompagnement psychologique spécifique des proches de donneur sur le non aboutissement

VERNAY Catherine - Centre Hospitalier Annecy Genevois

Coordination hospitalière des dons d'organes et tissus

1 **avenue** **de** **l'hôpital**
74370 Epagny Metz-Tessy

[Retour tableau](#)

Résumé

La coordination hospitalière du Centre Hospitalier Annecy Genevois est engagée et active depuis de nombreuses années dans l'activité de prélèvement d'organes et de tissus.

Elle est autorisée pour les donneurs décédés issus des trois catégories (DDME, DDACM2, DDACM3).

Elle a été centre pilote dans le démarrage de l'activité de Maastricht 3 en 2014 et, est actuellement un des centres de formation référents de cette activité en partenariat avec l'agence de la biomédecine.

C'est également l'unique coordination française dotée d'un temps dédié de 0.8 ETP de psychologue clinicien.

Les travaux conjoints de l'équipe de coordination et de la psychologue ont permis d'identifier un risque psychopathologique spécifiquement lié à chaque catégorie de donneur. Ses spécificités sont, à priori, corrélées à la durée de prise en charge et à certains critères personnels du donneur (âge, troubles identitaire connu et traité).

Le projet est donc celui d'une formation du personnel de réanimation à l'accompagnement psychologique spécifique des proches de donneurs afin de modifier leur vécu dès la phase de prise en charge initiale en réanimation pour limiter les refus des proches « réactionnels au contexte » de la mort d'un proche plus ou moins brutale et traumatique.

Formation hybride: session de simulation en santé réalisée in situ + supports pédagogiques vidéo diffusés en post formation présentielle.

Objectif principal : Mesurer l'effet d'une formation du personnel de réanimation à l'accompagnement psychologiques spécifique des proches de donneurs d'organes potentiels, sur le non aboutissement du prélèvement.

Critère de jugement principal :

Taux d'opposition des proches

Critère de jugement secondaire

Evaluer la satisfaction des équipes de réanimation dans l'accompagnement des proches de donneurs potentiels ainsi que la satisfaction par rapport à la formation dispensée.

Résultats attendus

Baisse du taux de refus des proches dans les centres formés.

Amélioration de la satisfaction des équipes dans la prise en charge des proches de donneurs potentiels en réanimation. Satisfaction vis-à-vis de la formation dispensée.

Méthode

Etude prospective observationnelle, multicentrique, contrôlée, d'évaluation, mixte quantitative et qualitative

La formation sera dispensée de manière prospective sur 1 période d'un mois par centre inclus.

Nous estimons pouvoir inclure 192 apprenants maximum par centre.

Evaluation :

Analyse de l'évolution du taux de refus mensuel par centre au travers de l'analyse d'une série temporelle constituée à partir des données du registre CRISTAL sur une période de 24 mois avant et 12 mois après.

Modélisation de l'effet de l'intervention dans un modèle dit de « interrupted time series ». Les centres CRISTAL recevant l'intervention seront de taille « identique » pour limiter le risque d'effet centre. Le reste des centres présents dans CRISTAL constituera le groupe contrôle. Nous pourrons ainsi mesurer l'effet immédiat et à distance de la formation.

Auto-questionnaire évaluant le confort des apprenants dans l'accompagnements des proches de donneurs potentiels, ainsi que leur satisfaction par rapport à la formation. Il sera administré avant la formation (baseline), puis à 6 mois de la formation pour évaluer et détecter les points d'amélioration possible de l'offre de formation.

[Retour tableau](#)

Etude prospective multicentrique du syndrome de basse T3 chez le donneur décédé après mort encéphalique

KERFORNE Thomas - Service d'anesthésie-réanimation et médecine périopératoire - CHU de POITIERS

[Retour tableau](#)

Résumé

Objectifs

L'intérêt de l'administration d'hormones thyroïdiennes chez le donneur décédé après mort encéphalique est controversé. Elle fait partie des recommandations nord-américaines et est évoquée à la discrétion de l'équipe en charge du donneur dans les recommandations françaises. Le substrat scientifique de l'usage de cette thérapeutique est faible. L'objectif de ce travail est de réaliser une étude de cohorte prospective multicentrique avec un dosage systématique d'hormone TSH (thyroid stimulating hormon) ou thyroestimuline-T3-T4 chez le donneur décédé pour démontrer que la prélevabilité du donneur pourrait partiellement être expliquée par ces niveaux d'hormones.

Méthodologie

Nous souhaitons inclure 600 donneurs décédés après mort encéphalique ne présentant pas de contre-indication à un prélèvement multi-organes, âgé de moins de 70 ans et sans thérapie hormonale. Les niveaux de TSH, T3 et T4 seront dosés au moment du diagnostic clinique de mort encéphalique et une heure avant de partir au bloc opératoire. Les données cliniques des donneurs seront extraites de CRISTAL. Le nombre d'organes prélevés sera le critère de jugement principal, et modèle de Poisson multivarié sera construit, en forçant les dosages hormonaux et en sélectionnant les autres déterminants du nombre d'organes prélevés par une pénalisation de Lasso.

Résultats attendus et perspectives

En cas d'une diminution significative de la prélevabilité avec celle des dosages d'hormones thyroïdiennes, notre étude pourrait permettre de justifier une étude randomisée prospective visant à démontrer l'intérêt de l'administration d'hormones thyroïdiennes chez le donneur décédé après mort encéphalique.

[Retour tableau](#)

ÉTATS GÉNÉRAUX DE LA MORT : Préciser, questionner et s'approprier la définition de la mort et les critères de son constat

LE DORZE Matthieu - Laboratoire de Recherche en Éthique et Épistémologie R2E -CESP - INSERM U1018, Paul Brousse

[Retour tableau](#)

Résumé

Contexte et justification de la recherche.

Définir la mort a toujours été complexe. À partir de la moitié du 20ème siècle, les progrès concomitants de la réanimation et de la transplantation d'organes ont poussé la médecine et le droit à s'allier pour imposer le critère neurologique de la mort pour constater la cessation de la vie humaine. Pourtant, aujourd'hui encore, la mort cérébrale continue d'alimenter la controverse scientifique, de susciter des interrogations chez certains professionnels de santé et des réticences voire des objections chez une partie du grand public. Les enjeux autour de la mort cérébrale, nécessairement intriqués à la possibilité du don d'organes, méritent d'être compris. Au-delà, les développements récents du prélèvement d'organes après arrêt circulatoire et du recours aux assistances circulatoires extracorporelles sont venus questionner encore davantage la définition de la mort et les critères de son constat pour plusieurs raisons remettant possiblement en cause les piliers de la norme éthique du donneur décédé.

Aujourd'hui, les situations cliniques amenant le médecin à constater la mort sont de plus en plus complexe. Quelle que soit la situation, il s'agit bien de décider du moment où la personne passe d'«être vivant » à « être mort ». Préciser, questionner et s'approprier la définition de la mort et les critères de son constat est aujourd'hui une nécessité.

Objectifs

L'objectif principal est d'explicitier les controverses autour de la définition de la mort et des critères de son constat dans les différentes situations rencontrées en pratique clinique.

Les objectifs secondaires sont :

- 1- l'identification des consensus et des dissensus sur chacune des controverses ;
- 2- l'identification des stratégies de valorisation de la recherche à destination de deux publics cibles : les professionnels de santé et le grand public ;
- 3- la constitution d'une dynamique réflexive et réactive (« think tank ») à même d'être mobilisée si de nouveaux questionnements émergent en lien avec des innovations médicotéchniques ou des transformations sociales.

Méthodologie

La démarche scientifique passe nécessairement par une approche biomédicale prenant en compte les avancées médicotéchniques qui repoussent chaque jour davantage les limites de la réanimation et les possibilités du prélèvement d'organes. Cette démarche exige également une approche bien plus large des controverses, c'est-à-

dire une approche pluridisciplinaire associant les sciences biomédicales, les sciences humaines et sociales et la démocratie participative.

La recherche s'appuie sur :

- 1- un comité de gouvernance ;
- 2- un comité de valorisation ;
- 3- des parties prenantes organisées en trois collèges participant à des focus groupes (« Biomédical », « Humanités », « Société »)
- 4- un groupe d'experts participant à une méthode Delphi.

La recherche se déroule en trois étapes successives :

- 1- une étape de définition de l'objet de recherche « diagnostic de la mort en 2024 » ;
- 2- une étape de cartographie des controverses par des regards parallèles puis des regards croisés ;
- 3- une étape de valorisation et d'implémentation des résultats de la recherche auprès de deux publics cibles : les professionnels de santé et le grand public.

[Retour tableau](#)

Phénotypes des patients en EME : impact sur le pronostic du greffon rénal

DENIAU Benjamin - UMR S-942 MASCOT

Hôpital Lariboisière

[Retour tableau](#)

Résumé

Objectifs

Les donneurs décédés en état de mort encéphalique (DDEME) représentent la principale source de greffons rénaux. Les critères d'attribution des greffons n'intègrent que certaines caractéristiques du DDEME par manque de données. Peu d'études se sont intéressées à l'association entre le phénotypage des DDEME et la reprise retardée de fonction du greffon rénal.

Ce travail vise à :

- Identifier les facteurs chez le DDEME associés à la RRF (nécessité de dialyse dans les 7 jours suivants la greffe)
- Identifier des phénotypes de DDEME afin de comprendre leur association avec la RRF
- Emettre des hypothèses quant aux liens entre les caractéristiques du DDEME et la RRF, pour proposer des pistes de réflexion en vue d'optimiser la qualité des greffons
- Identifier des associations DDEME-receveurs associés à la RRF

Résultats attendus

En exploitant la base de données CRISTAL, ce travail identifiera des phénotypes de DDEME associés à un risque accru de RRF. Le phénotypage identifiera des mécanismes et voies physiopathologiques de la RRF et proposera des pistes pour des études cliniques futures, dans le but d'optimiser la qualité des greffons et le pronostic des receveurs.

Méthodologie

Analyse des données des DDEME hospitalisés en France entre 2013 et 2023 chez qui au moins un rein a été prélevé et enregistré dans la base CRISTAL. Ces données seront couplées avec celles (par chaînage anonyme) des receveurs. Le critère de jugement principal sera la RRF. Le critère de jugement secondaire sera le débit de filtration glomérulaire à 1 an (DFG).

Nous réaliserons une analyse biostatistique univariée préliminaire pour identifier les facteurs associés au risque de RRF. Nous définirons des phénotypes distincts via des techniques de clustering non supervisé. La robustesse des clusters sera évaluée à l'aide de métriques standards. Les risques de RRF seront ensuite caractérisés pour chaque phénotype en utilisant des approches statistiques standards (régressions logistiques, modèles de survie). Afin d'explorer les interactions complexes et les relations non linéaires entre les variables et la RRF, nous appliquerons des algorithmes de machine learning supervisé. La robustesse et la performance des modèles seront validées par validation croisée (par ex. repeated stratified k-fold) et évaluées à l'aide de métriques reconnues (AUC-ROC, sensibilité, spécificité, précision, rappel). Cette approche vise à regrouper les patients selon leurs caractéristiques

dans la base CRISTAL, et à identifier les couples DDEME-receveur à risque de RRF, et développer un modèle prédictif robuste pour améliorer le pronostic du receveur.

Les résultats des modèles et clusters seront interprétés pour valider leur pertinence dans la prise de décision médicale. A distance, une validation externe pourra être effectuée sur une cohorte indépendante pour vérifier la reproductibilité des phénotypes et la généralisation des prédictions.

[Retour tableau](#)

Année: 2026

Effet de l'hypothermie chez le donneur sur la fonction rénale du receveur à 5 ans : étude ancillaire de l'essai randomisé contrôlé HYPOREME

CANET Emmanuel - Service de Médecine Intensive Réanimation du CHU de Nantes

30 Boulevard Jean Monnet – 44093 Nantes

[Retour tableau](#)

Résumé

[Retour tableau](#)

Année: 2026

ICOD-France : des trajectoires de fin de vie aux greffes – potentiel et mise en œuvre des démarches anticipées

LE DORZE Matthieu - Centre de recherche en Épidémiologie et Santé des Populations CESP

INSERM U1018, Université Paris Saclay.

Hôpital Paul Brousse, 6 avenue Paul Vaillant Couturier, 94 800 Villejuif.

[Retour tableau](#)

Résumé

[Retour tableau](#)