



# Table Ronde du Rein

Lutter contre la pénurie

16 novembre 2012



# Quelques rappels sur les Etats Généraux du Rein

- Une grande méconnaissance globale des MRC...



- 1/3 des patients pris en charge en dialyse en urgence

## Le stade terminal : ce qui ne va pas...

- **Grandes disparités régionales d'accès aux différents traitements** (HD et ses différentes modalités, DP, transplantation)
- **Nécessité d'améliorer l'accès à la greffe**, meilleur traitement de l'IRCT (qualité et espérance de vie) et moins coûteux (sur 4 milliards €, 82 % pour la dialyse - 55% des patients - et 18 % pour la greffe - 45% des patients)
- **Nécessité d'améliorer les traitements par dialyse** (qualité, personnalisation, environnement, bientraitance, autonomie, insertion socio-professionnelle...

- **Comment améliorer la situation ?**
  - En réunissant toutes les parties prenantes autour d'objectifs communs
  - Pour présenter aux pouvoirs publics un état des lieux et des propositions consensuelles et réalistes d'amélioration

**Les Etats Généraux du Rein**



- **Les 2 comités :**
  - **Le Comité de pilotage** : en charge de la méthodologie, de la logistique des actions et du respect du bon déroulement du projet. Garant de la restitution des objectifs initiaux
  - **Le Comité scientifique** : présidé par le Pr Jean-Pierre Grünfeld : soutien institutionnel au projet, mobilisation de toutes les parties prenantes et caution morale et scientifique aux travaux réalisés dans le cadre des EGR
  - **Un rapporteur** : Alain Coulomb

- Etape 1 - mai à décembre 2012 : EG des patients et des proches : écouter et entendre la parole et la réalité des ressentis et des besoins des patients et de leurs proches (questionnaire ; plateforme Web)
- Etape 2 - mars à mai 2012 : cahiers de propositions ; expression de toutes les parties prenantes (32 cahiers de propositions reçus)
- Etape 3 - le 15 juin 2012 : séminaire de restitution des cahiers de proposition : synthèse des cahiers et liste de thématiques essentielles à traiter par les tables rondes (10 thématiques, 15 axes transversaux d'analyse)
- Etape 4 - septembre 2012 à avril 2013 : les 11 tables rondes du rein
- Etape 5 - juin 2013 : colloque de clôture au Ministère de la santé. Rapport officiel des EGR présenté par le rapporteur, constats et propositions

## • Méthodologie

- 11 tables rondes thématiques :
  - Organisées par des groupes de travail issus des comités
  - Réunissant des représentants de toutes les parties prenantes concernées
  - Une journée par table ronde
  - Captation vidéo

## • Objectifs

- Traiter « à fond » chaque thématique
- Entendre toutes les voix et notamment **celles des patients et de leurs proches**
- Parvenir à une **synthèse consensuelle** et à une **série de propositions concrètes**

1. 21 septembre 2012 - FHF : *Prévention, dépistage, diagnostic et prise en charge précoce*
2. 19 octobre 2012 - Espace Scipion - APHP : *Greffe : Mise en route des traitements, suivi et transferts*
3. **16 novembre 2012 - Espace Scipion – APHP : Lutter contre la pénurie d'organes (donneurs vivants et décédés)**
4. 30 novembre 2012 - FHF : *Dispositif d'annonces, d'informations et d'orientation, autonomie, parcours de vie*
5. 11 janvier 2013 - FEHAP : *Dialyses - mise en route des traitements, suivi et transferts*
6. 25 janvier 2013 - FHF: *organisation de la dialyse*
7. 8 février 2013 - FEHAP : *grandir et se construire avec*
8. 22 février 2013 - FEHAP : *bienveillance*
9. 8 mars 2013 - FHF : *vivre avec*
10. 22 mars 2013 - Conseil de l'Ordre des Pharmaciens : *vieillir avec, fin de vie*
11. **19 avril 2013 - FHF : organiser la greffe**

1. fondements et données utilisés
2. analyse des freins
3. propositions de déblocage
4. propositions d'expérimentation
5. Conflits d'intérêts
6. dimension médico économique
7. indicateurs de qualité
8. recherche et innovation
9. Inégalités sociales / territoriales
10. Rôle des industriels du médicament et du dispositif
11. Vivre avec
12. Démographie
13. Questionnements éthiques
14. Formation

# Thème 1 : Donneur décédé en état de mort encéphalique (DDME)



**Exposé introductif**  
**Dr Marie Thuong,**  
**Agence de la biomédecine**

# L'activité de prélèvement sur Donneur en Etat de Mort Encéphalique - DDME en France en 2012

M.THUONG – Agence de la biomédecine – 16 Novembre 2012

## Sources :

<http://www.agence-biomedecine.fr/annexes/bilan2011/accueil.htm>

<http://www.agencebiomedecine.fr/IMG/pdf/>

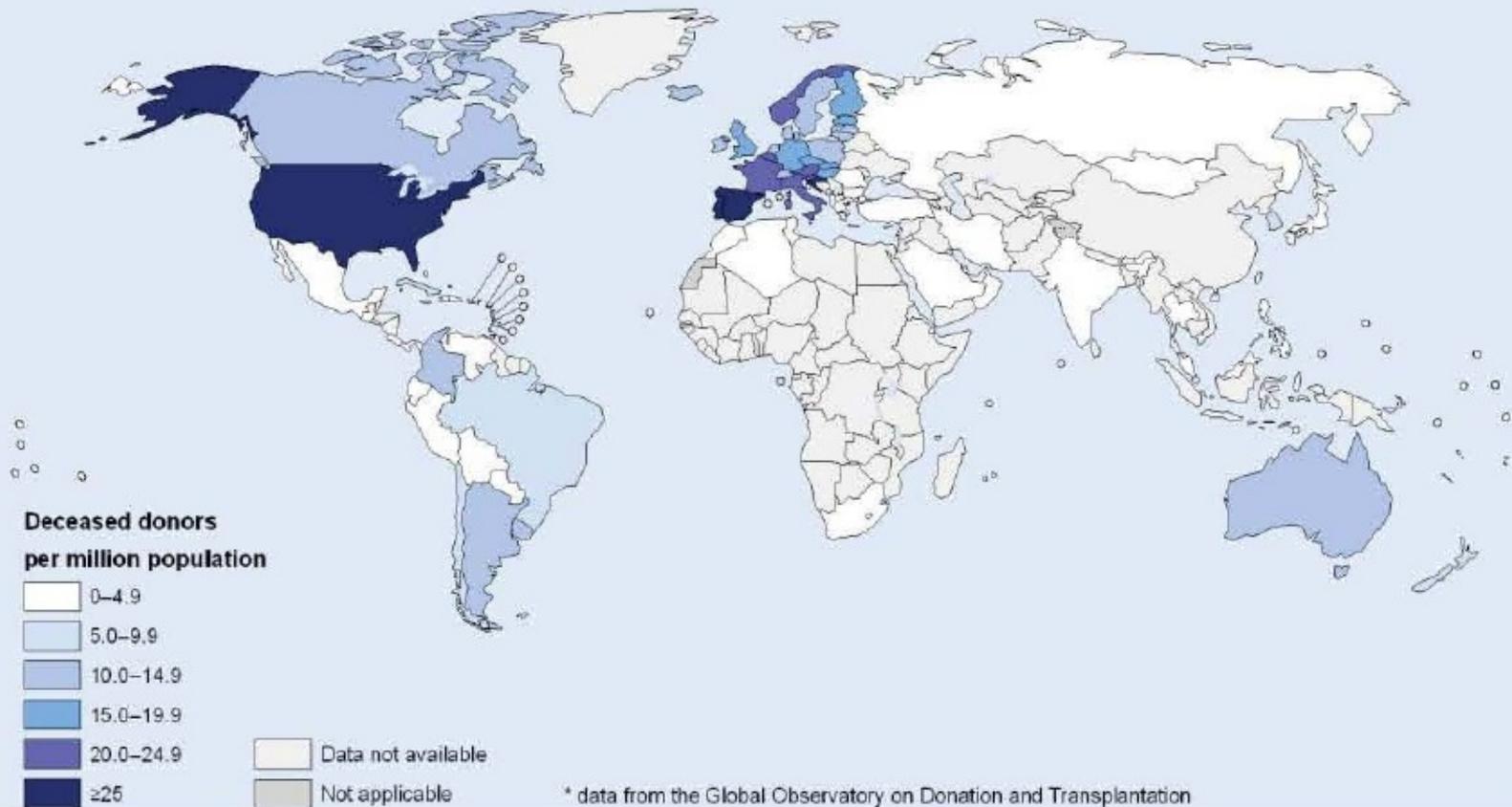
[2012\\_synthese\\_nationale\\_prelevement\\_greffe\\_2011\\_vdef\\_internet.pdf](http://www.agencebiomedecine.fr/IMG/pdf/2012_synthese_nationale_prelevement_greffe_2011_vdef_internet.pdf)

<http://www.agence-biomedecine.fr/IMG/pdf/>

[rapport\\_coordinations\\_hospitalieres\\_vdef2pdf.pdf](http://www.agence-biomedecine.fr/IMG/pdf/rapport_coordinations_hospitalieres_vdef2pdf.pdf)

Newsletter 2012 : <http://www.ont.es/publicaciones/Paginas/Publicaciones.aspx>

## Donors from deceased persons, 2010\*



The boundaries and names shown and the designations used on this map do not imply the expression of any opinion whatsoever on the part of the World Health Organization concerning the legal status of any country, territory, city or area or of its authorities, or concerning the delimitation of its frontiers or boundaries. Dotted lines on maps represent approximate border lines for which there may not yet be full agreement.

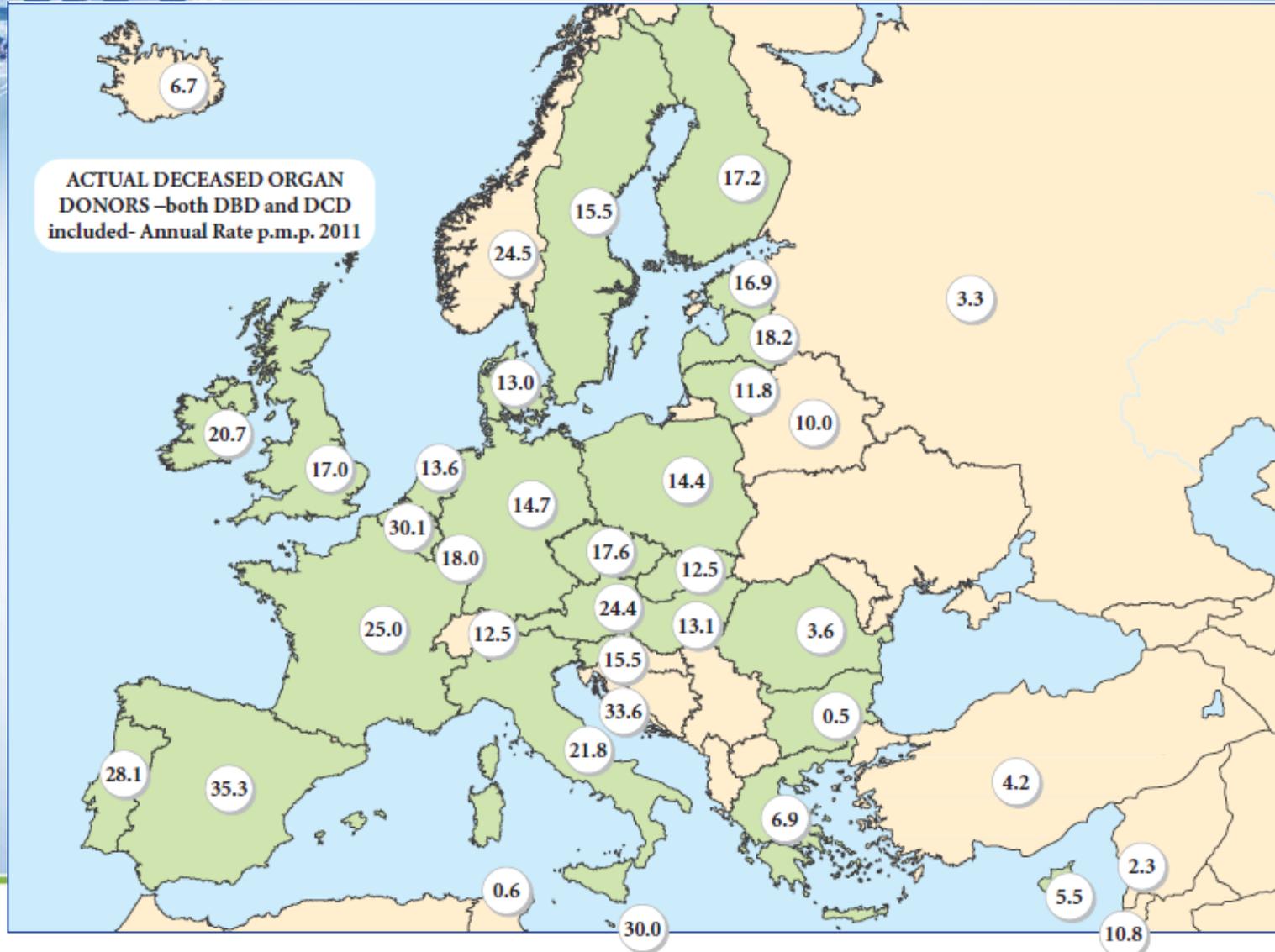
Data Source: Global Observatory on Donation & Transplantation. Map Production: Public Health Information and Geographic Information Systems (GIS), World Health Organization



**World Health Organization**

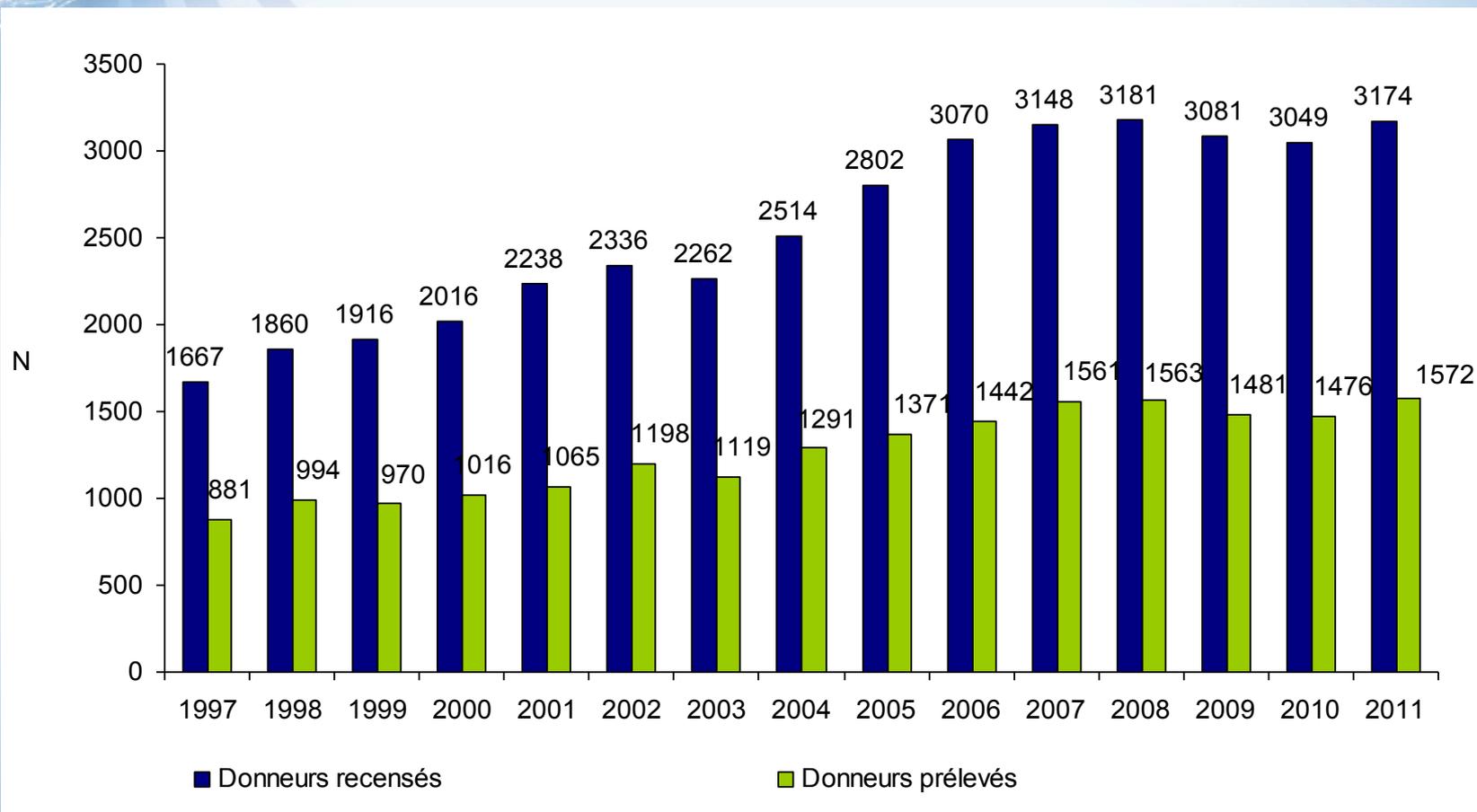
© WHO 2011. All rights reserved.

<http://www.transplant-observatory.org/pages/home.aspx>

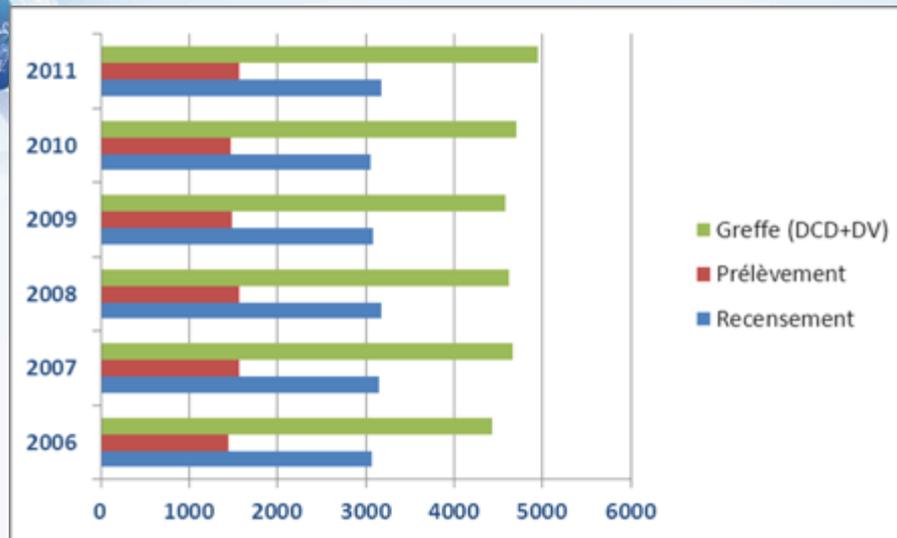




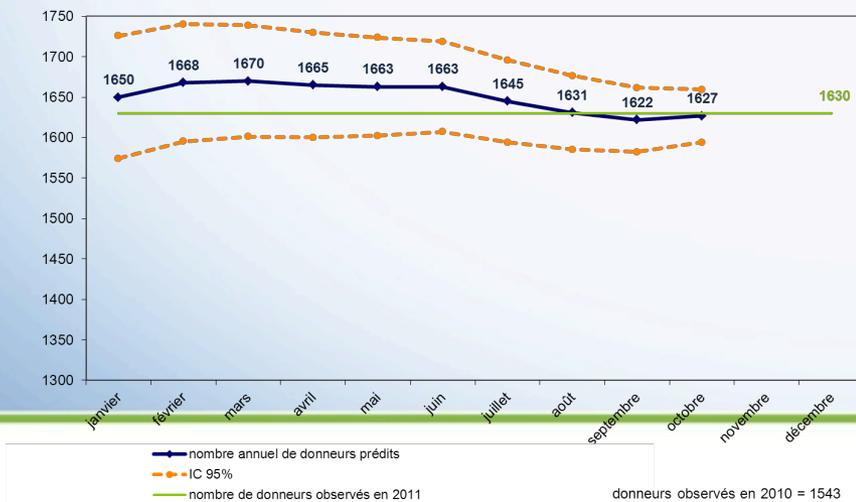
# Le recensement et le prélèvement des donneurs en état de mort encéphalique (DDME)



# L'activité de greffe se maintient grâce au DV



**Prédiction mensuelle du nombre total de donneur en France pour l'année 2012**  
(à partir de l'analyse faite au 31 octobre 2012)



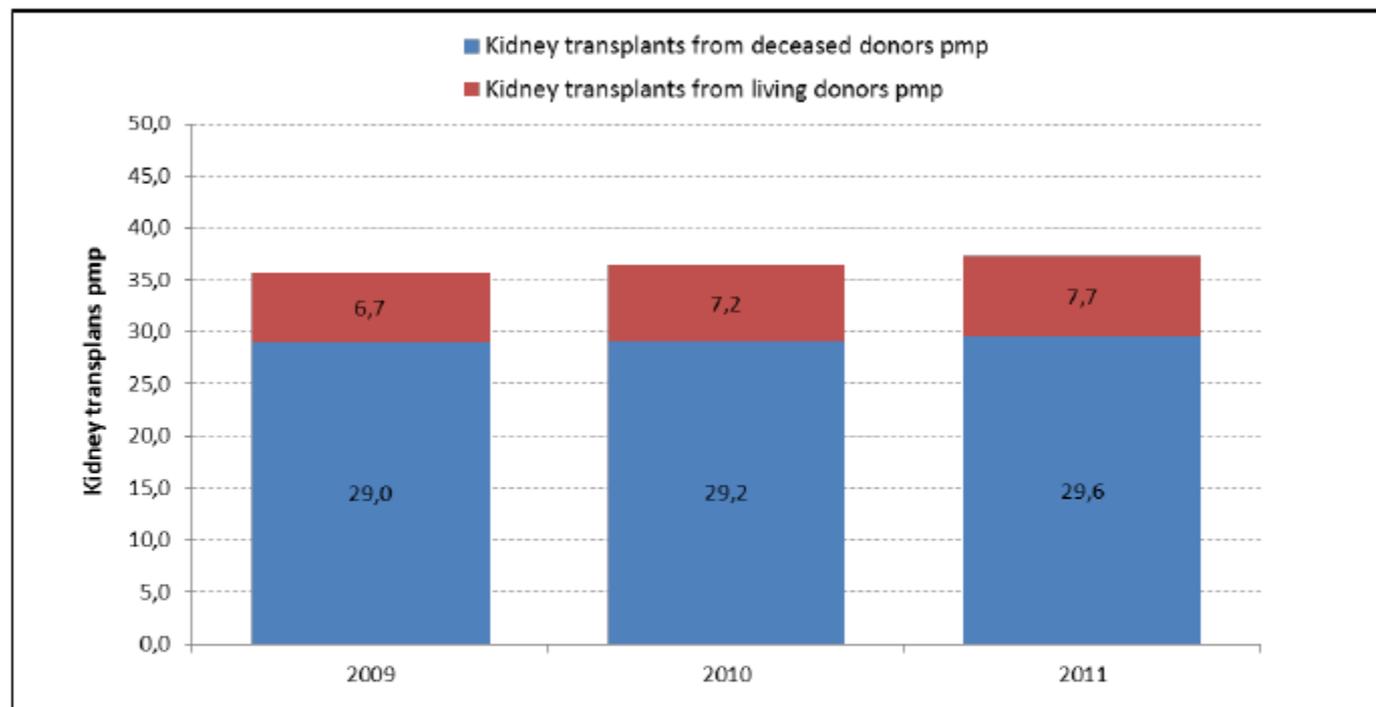
**Prédiction mensuelle du nombre total de donneurs vivants en France pour l'année 2012**  
(à partir de l'analyse faite au 31 octobre 2012)





# Kidney transplants over 3 years

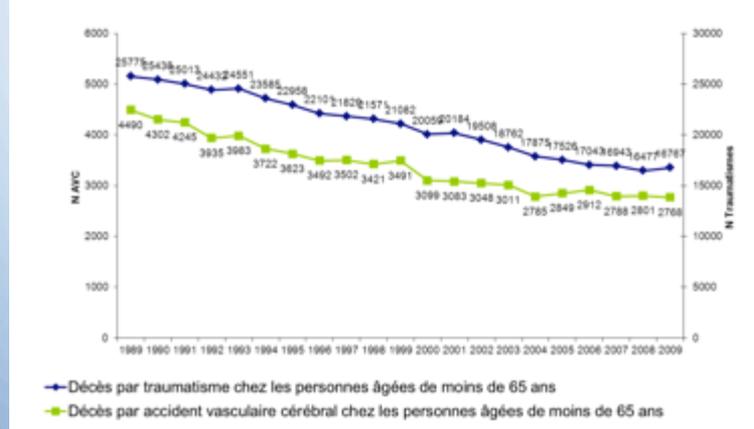
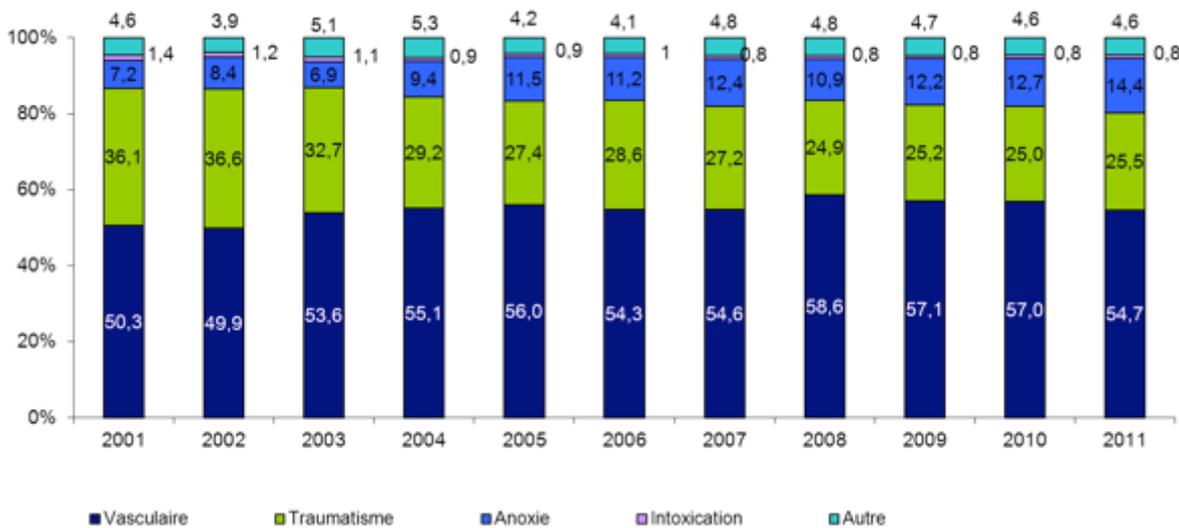
## EU27



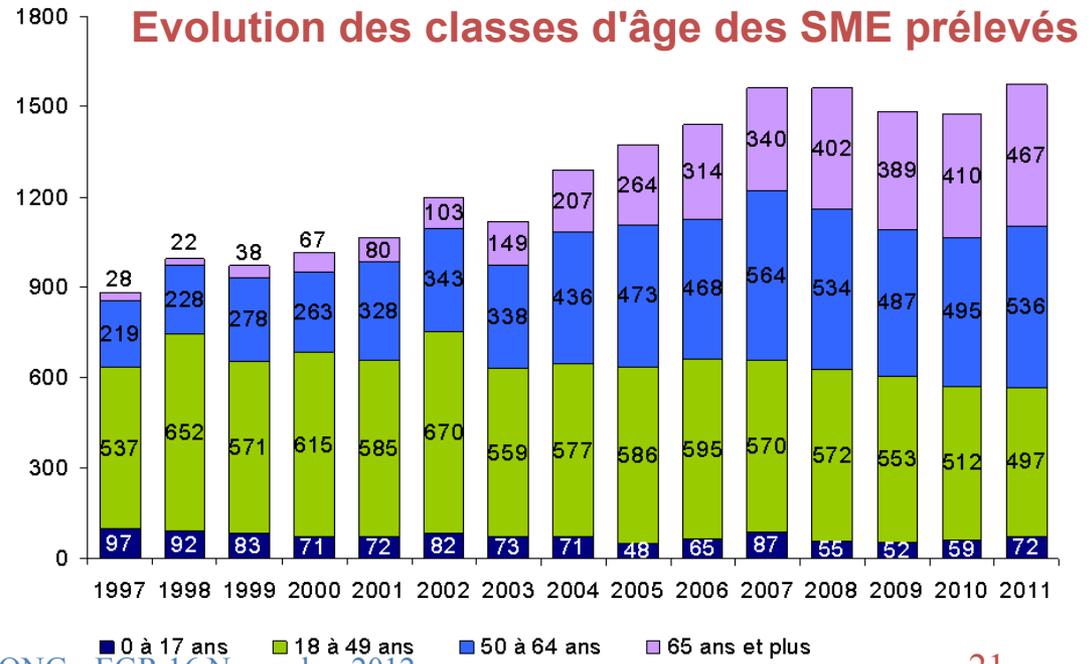
	2009	2010	2011	2011 vs 2009Δ%
Nr. Kidney transplants from deceased donors	14,532	14,630	14,850	2%
Nr. Kidney transplants from living donors	3,354	3,615	3,857	15%
Nr. Kidney transplants total	17,886	18,245	18,712	5%

17

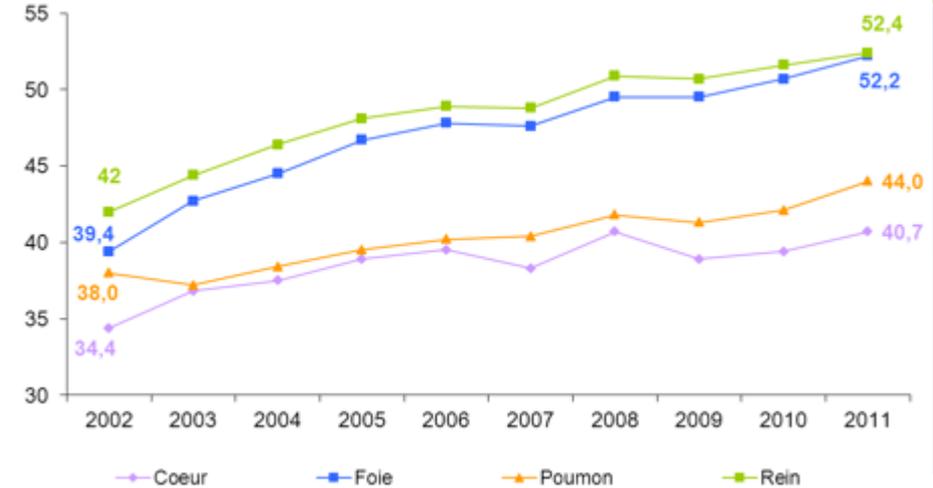
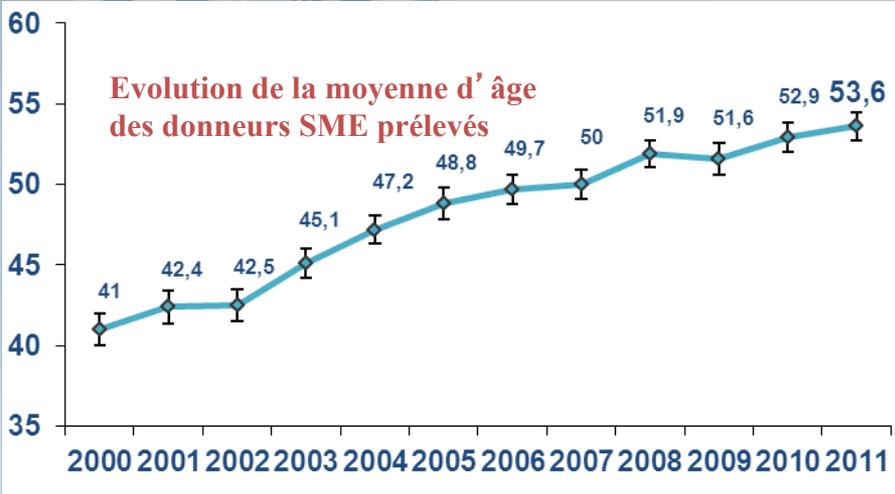
# Evolution des causes de décès des donneurs SME recensés



# Evolution des classes d'âge des SME prélevés

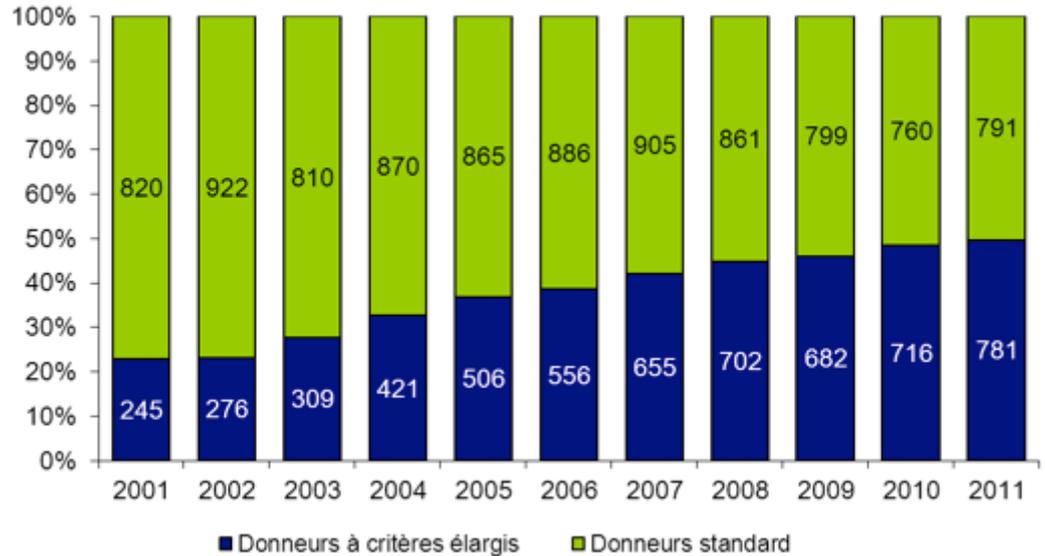


# Donneurs à critères élargis

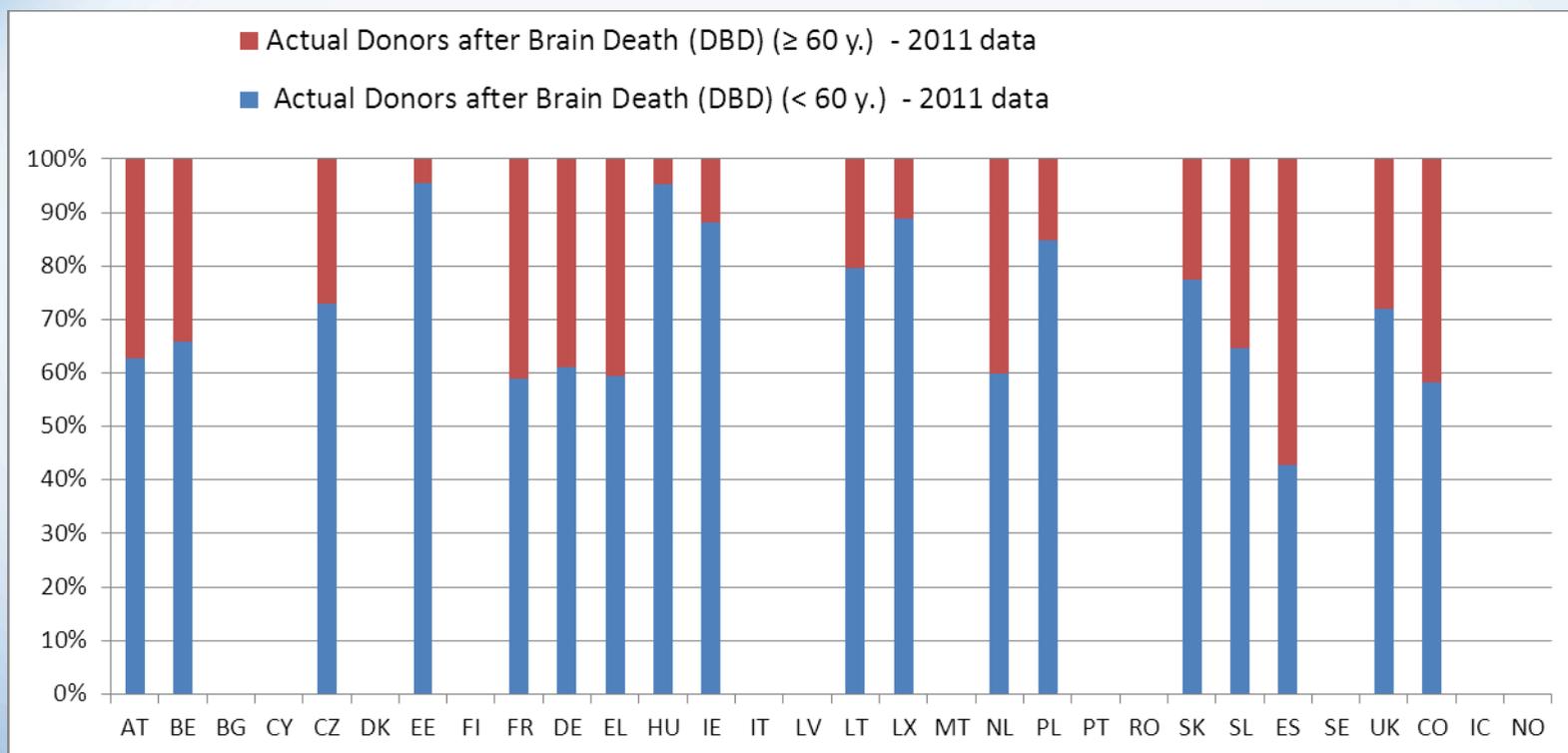


**Critères UNOS (Juil 2007: Policy 3.5.9)**  
 Donneurs âgés de **60 ans ou plus** ou **entre 50 et 59 ans** avec **> 2 FDR** parmi :

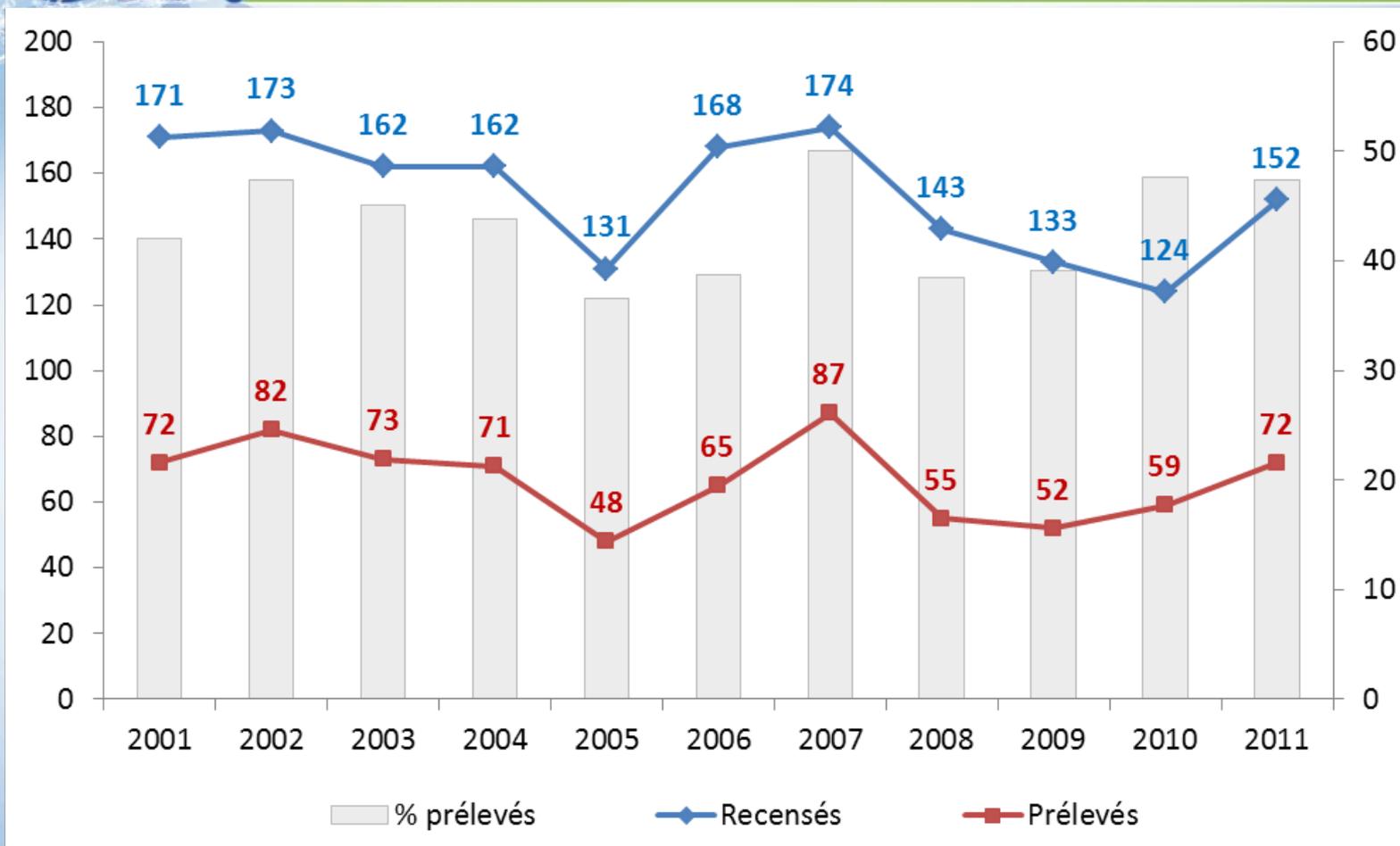
- cause de décès par AVC,
- antécédent d'HTA,
- et créatininémie supérieure à 130 µmol/L.



# Age des donneurs en Europe



# Prélèvement pédiatrique



# Recensement - prélèvement : Disparités régionales

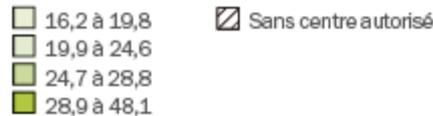
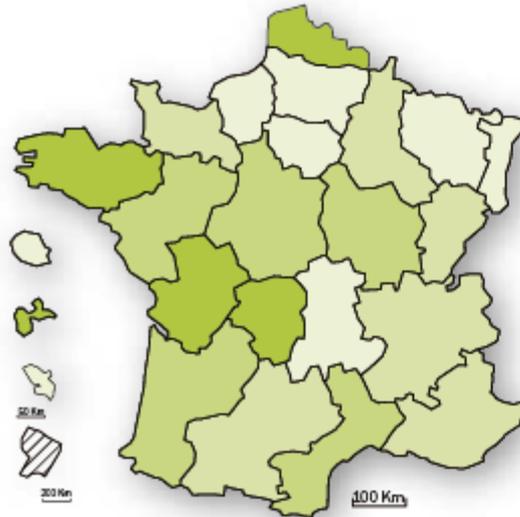
Taux de donneurs prélevés

24,1 pmh

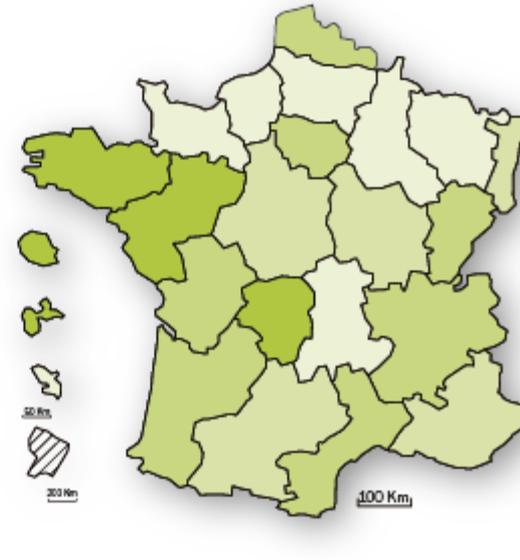
Taux de donneurs prélevés

5,7 pour 1000 décès

TAUX DE DONNEURS EN ÉTAT DE MORT ENCÉPHALIQUE PRÉLEVÉS PAR MILLION D'HABITANTS DANS LES RÉGIONS EN FRANCE EN 2011



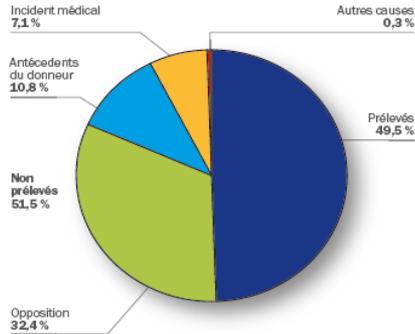
TAUX DE DONNEURS EN ÉTAT DE MORT ENCÉPHALIQUE PRÉLEVÉS PAR MILLIER DE DÉCÈS HOSPITALIERS DANS LES RÉGIONS EN FRANCE EN 2011



Si le taux de donneurs par million d'habitants est un standard international qui permet des comparaisons entre pays, le taux de donneurs par millier de décès hospitaliers est un indicateur plus pertinent pour comparer les régions françaises entre elles, sur la base du potentiel de décès hospitaliers.

# Causes de non prélèvement Taux d'opposition

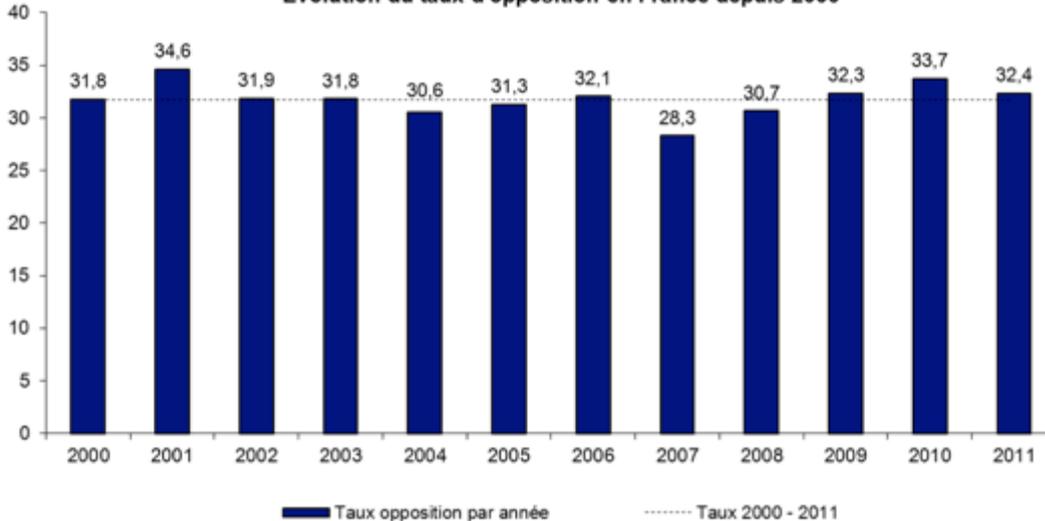
DEVENIR DES PERSONNES EN ÉTAT DE MORT ENCÉPHALIQUE RECENSÉES EN 2011



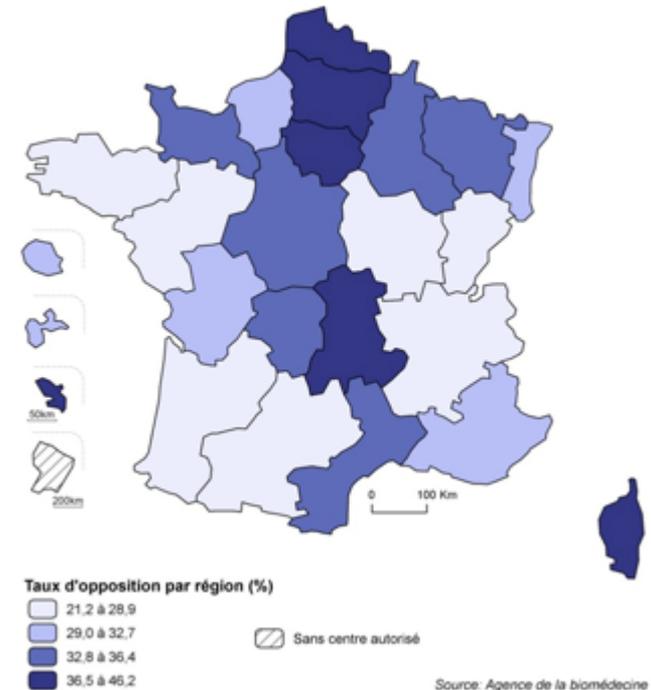
2012: 49% des > 18 ans ont fait connaître leur position personnelle sur le don d'organes (42% en 2009; 41% en 2006)

Opposition : opposition au prélèvement d'organes (du défunt ou médico-légale).  
 Incident médical : problèmes de maintien de l'homéostasie du donneur, essentiellement hémodynamiques.  
 Antécédents du donneur : âge, sérologies positives, infections, antécédents pathologiques de la personne décédée.

Evolution du taux d'opposition en France depuis 2000



Opposition au prélèvement d'organes en 2011



	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
<i>Centres autorisés au prélèvement d'organes</i>								
Nombre d'ETP infirmiers	157	179	185	193	201	207	228	248
Nombre d'ETP médicaux	44	48	48	52	54	56	60	61
Nombre d'ETP administratifs	3	6	4	7	6	7	10	9
<b>Nombre total d'ETP</b>	<b>204</b>	<b>233</b>	<b>237</b>	<b>252</b>	<b>261</b>	<b>270</b>	<b>298</b>	<b>317</b>
<b>% de centres sans ETP dédiés</b>	<b>27</b>	<b>25</b>	<b>21</b>	<b>16</b>	<b>13</b>	<b>7</b>	<b>5</b>	<b>6</b>
<i>Ensemble des centres autorisés au prélèvement d'organes et/ou de tissus</i>								
<b>Nombre total d'ETP</b>	<b>213</b>	<b>247</b>	<b>250</b>	<b>268</b>	<b>273</b>	<b>284</b>	<b>310</b>	<b>332</b>

Quid du diagnostic clinique et para-clinique de la ME si sédation?

Maintenance du donneur (objectifs HD, respi, métabolique..)

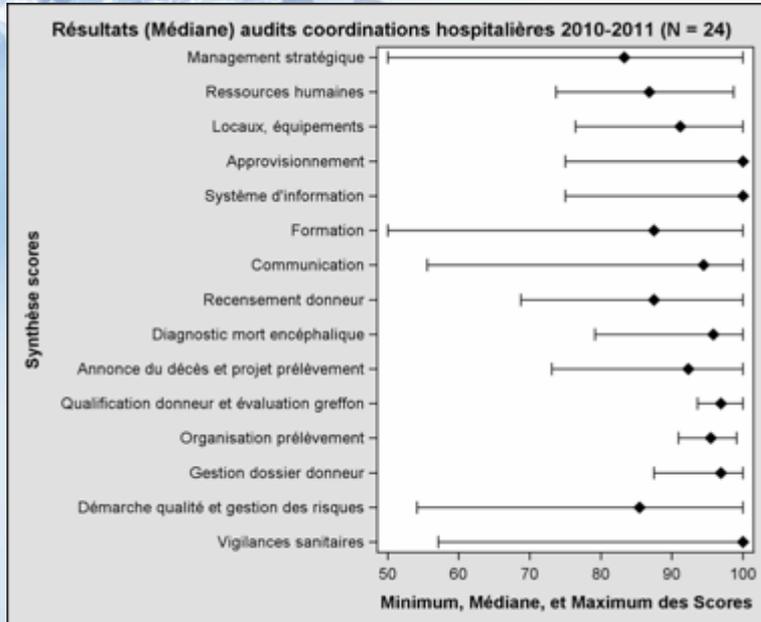
Annonce du décès – abord des proches

- Outil de pilotage pour centres de prélèvement (informatisation 2010)
- Améliorer le recensement des donneurs potentiels

- Evaluation épidémiologique**
- Evaluation des pratiques professionnelles,**
- Animation de réseau et « benchmarking »**
- Culture du prélèvement**
- Amélioration Continue de la Qualité « clé en main »**

	N	%
<b>Etablissements autorisés au prélèvement d'organe</b>	<b>159</b>	<b>100</b>
Etablissements déclarant avoir débuté Cristal Action	100	62,9
<i>Dont établissements déclarant avoir arrêté Cristal Action</i>	2	2
Etablissements déclarant une sensibilisation de la coordination au programme	140	88,1
Etablissements déclarant une formation de la coordination au programme	81	50,9

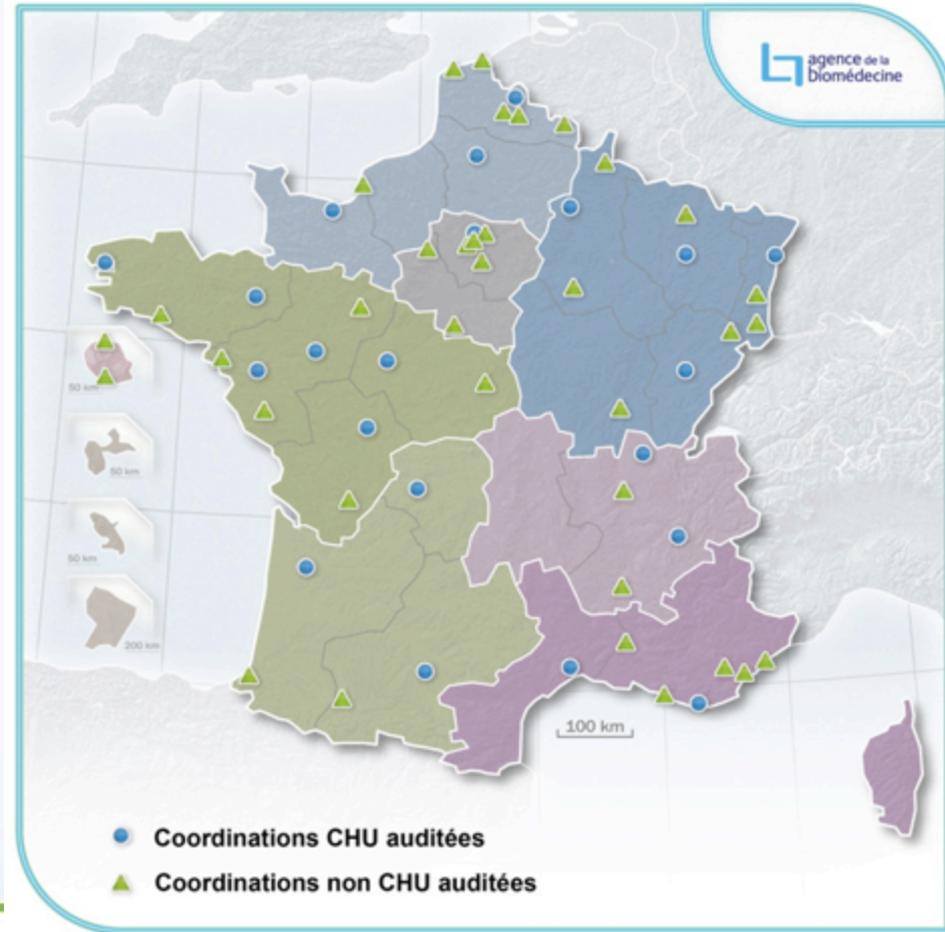
# Certification des Coordinations hospitalières



## Pistes d'amélioration:

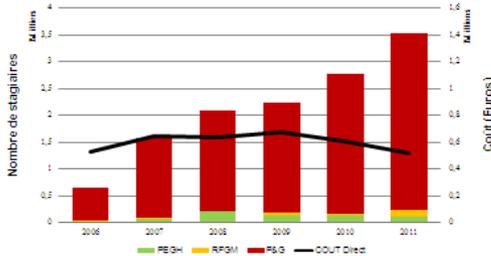
- l'inscription de l'activité de prélèvement dans les orientations stratégiques des établissements et son suivi
- les ressources humaines (effectif, missions, encadrement et coordination)
- les pratiques de recensement des donneurs, annonce du décès et projet de prélèvement
- l'intégration de la démarche qualité et des risques au sein des coordinations

## Audit des coordinations hospitalières PMOT de 2005 à 2011



## Etat des lieux

### Activité 2006 - 2011



2011 28 Modules; 179 Sessions; 237 jours de formation; 99% présentiel  
 Nombre moyen de stagiaires par session: 21  
 Durée moyenne d'un module (jour): 1,4

[4 – 60]  
 [1 – 6]

2012 36 Modules  
 2013 47 Modules ?

Formation des  
Coordinations  
Hospitalières de  
Prélèvement

Ecole Francophone du  
Prélèvement Multi-  
Organes (chirurgien  
junior)

Modules  
complémentaires CH  
(abord des proches)

SIPG – Ecole de  
chirurgie (senior)  
Régional

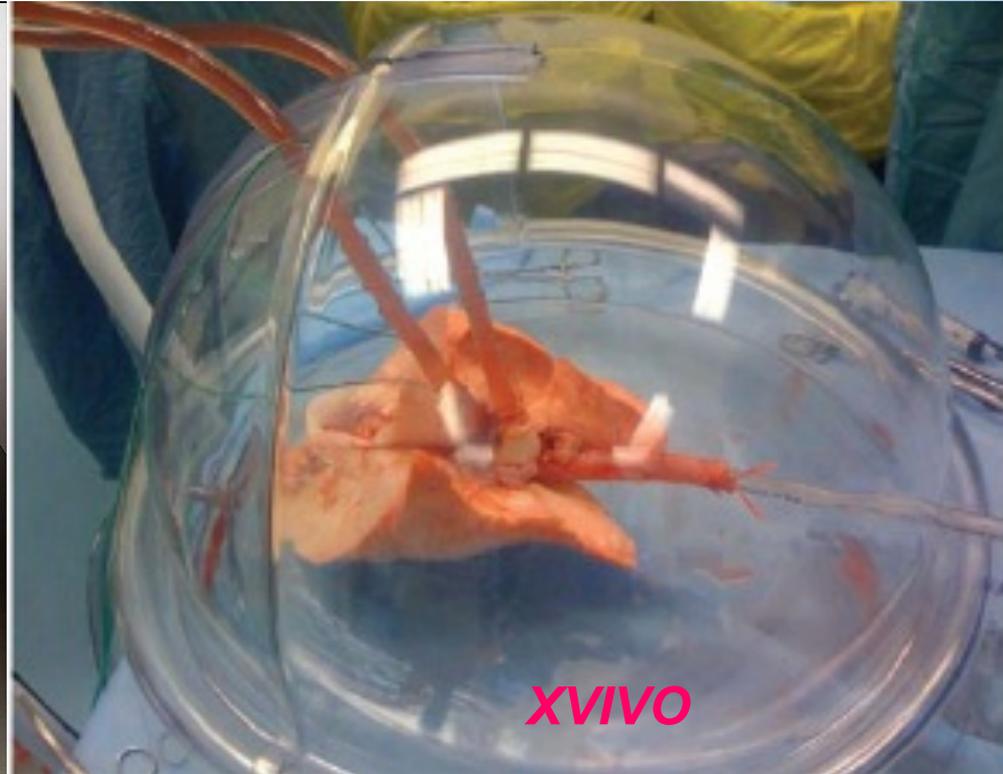
Centres de simulation  
Réanimateurs-  
Urgentistes -  
Neurovasculaires

## Donor Action® : enquête d'opinion

Octobre 2006 à Mars 2008 - 18 centres – N=1954 : méd 10%, IDE 68%, administ 8%, autres 10%

- Position vis à vis du don: favorable 92%..... 65% ( don d'organes d'un enfant)
- Définition de la mort encéphalique: doute pour 8% méd, 12% IDE, 18% admin
- Les connaissances des personnels sur le don et les greffes : pauvre, erronée
- Connaissances médicales et techniques: méconnaissance pour 14% méd, 50% IDE
- Plus de 30% mal à l'aise : hors de leurs domaines de compétence...réticence
- La demande de formation importante, toutes les catégories de personnel

**ORS Lifeport**



- **Machines à perfusion rénale +++:** 1- DDAC- 2 - Reins DCE (financement +)  
(Machine à perfusion vs préservation statique *Moers C. et al. New Engl. J. Med. 2009*)
- **Futur: Foie – Poumons – Cœur - Pancréas**

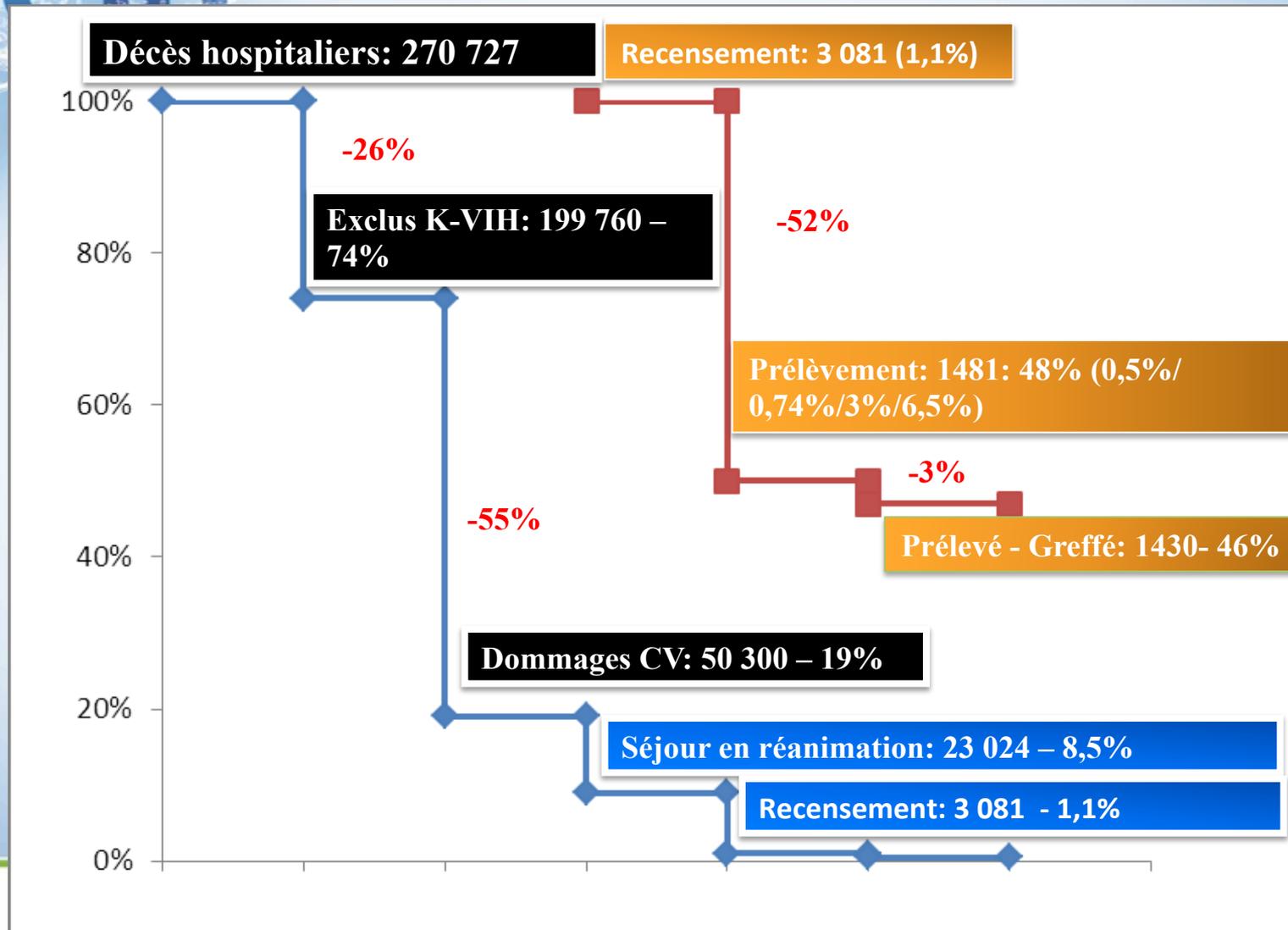
+ Logistique (délégation - mutualisation) du prélèvement  
chirurgical

# Quels leviers d'action?

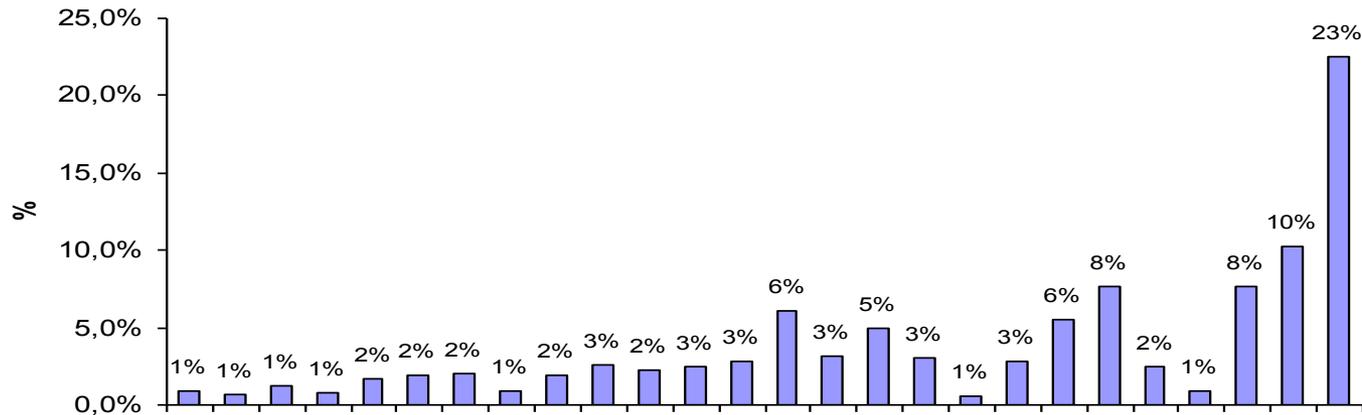
(Données 2009)

Les états  
généraux du

rein



# Augmentation attendue de l'activité de prélèvement - par région (ajustement à l'âge)

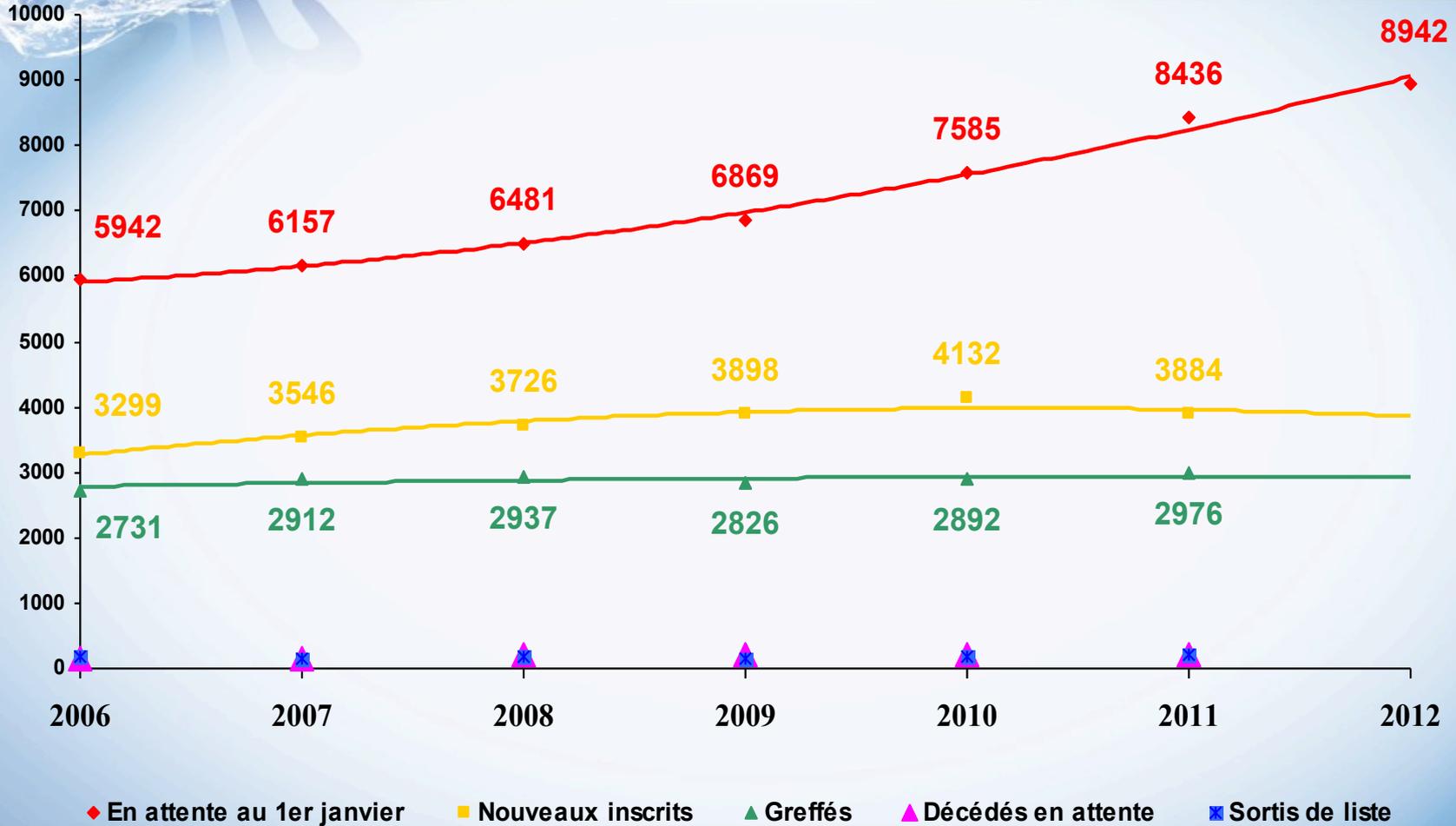


**D ≤ 60 ans : 3,79 organes prélevés/donneur**

**D > 60 ans : 2.8 organes prélevés/donneur**

**Rein (94%), Foie (75%), Cœur (28%), Poumon (19%)**

# La demande et l'offre de greffe rénale



# Médiane d'attente avant greffe rénale \* (France 18,9 mois)

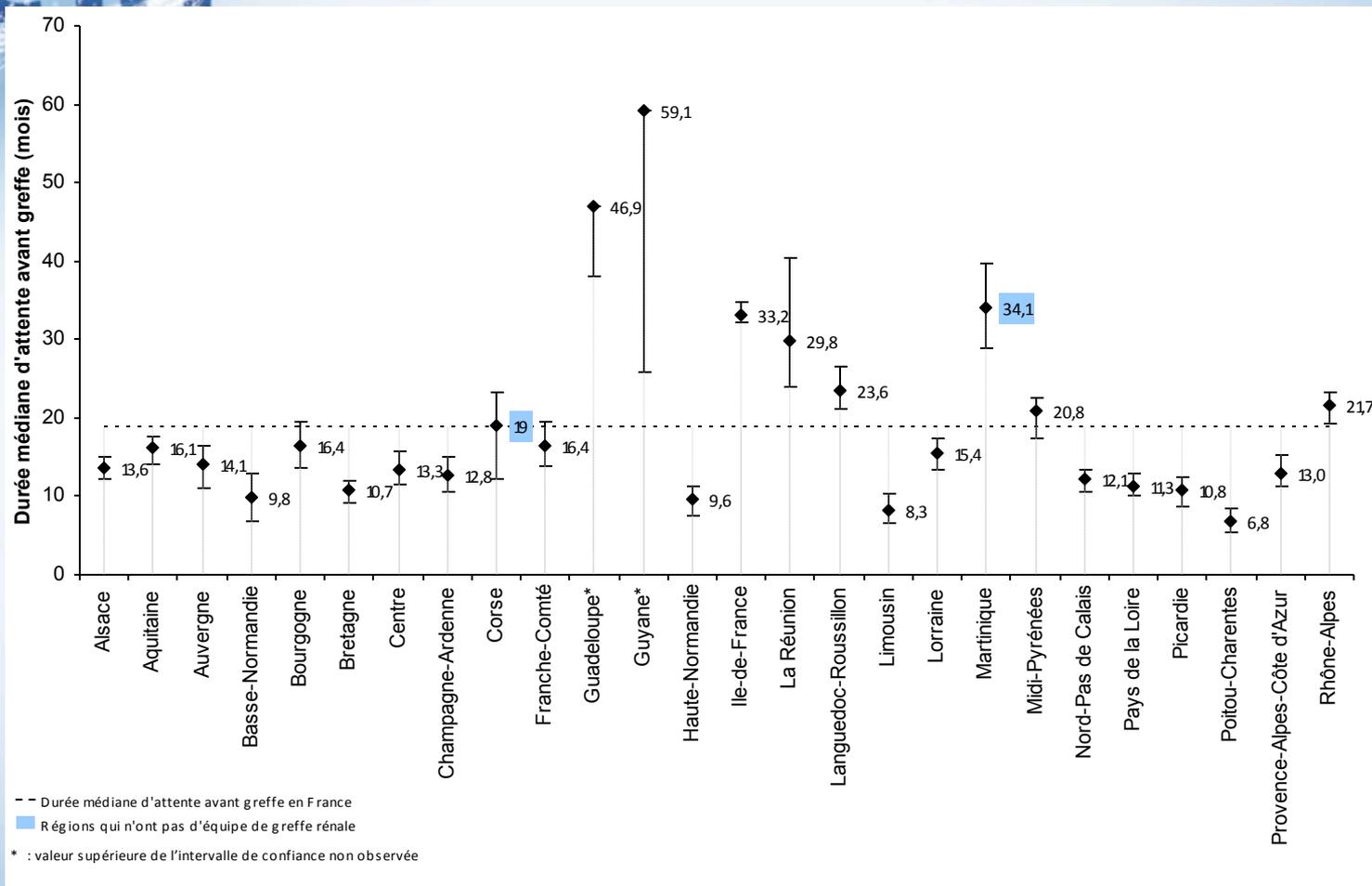
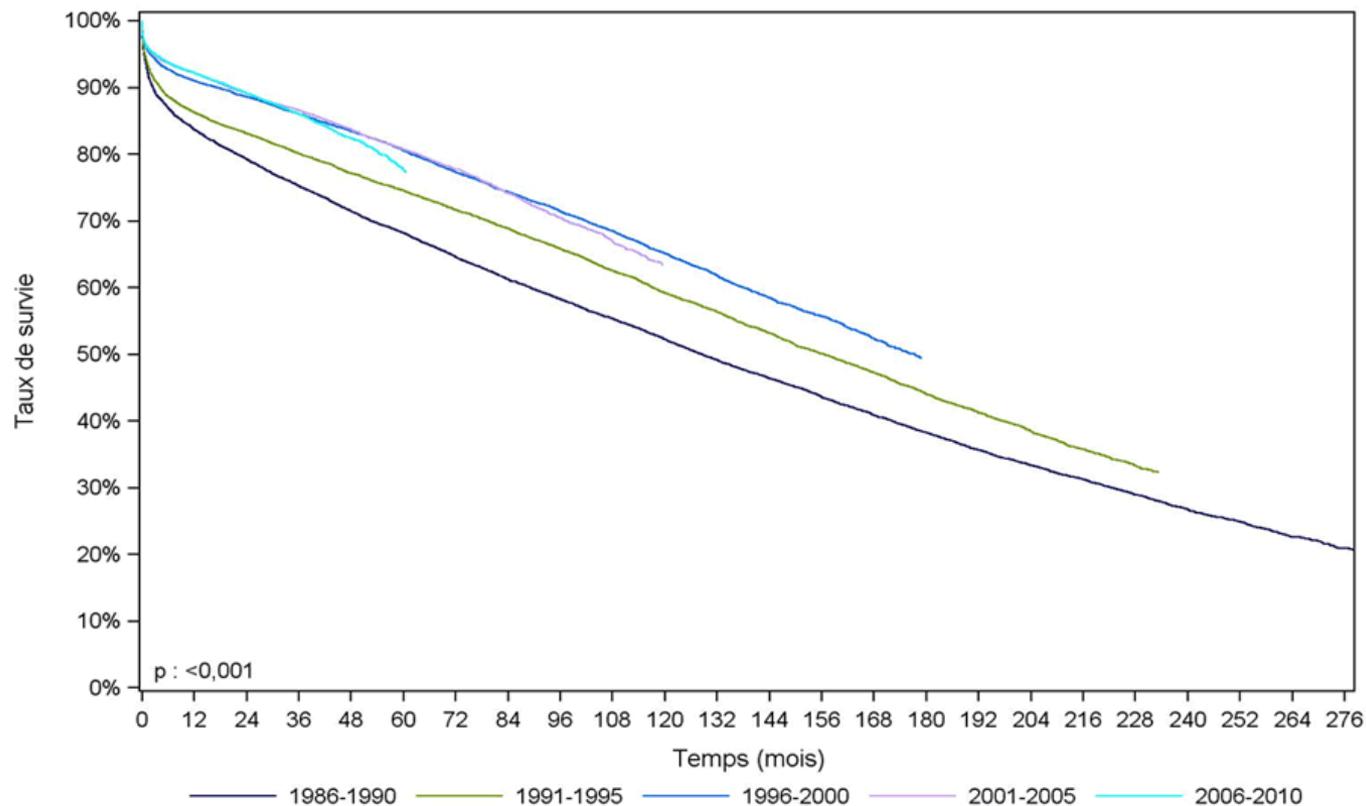


Figure R2. Survie du greffon rénal selon la période de greffe



Période de greffe	N	Survie à 1 mois	Survie à 1 an	Survie à 5 ans	Survie à 10 ans	Survie à 15 ans	Médiane de survie (mois)
<b>1986-1990</b>	8673	93,3% [92,7% - 93,8%]	83,6% [82,8% - 84,4%]	68,2% [67,2% - 69,2%]	52,2% [51,2% - 53,3%]	38,2% [37,2% - 39,3%]	128,5 [124,4 - 132,8]
nombre de sujets à risque*		7852	7017	5667	4267	2852	
<b>1991-1995</b>	8821	94,2% [93,7% - 94,7%]	86,3% [85,5% - 87,0%]	74,5% [73,6% - 75,4%]	59,2% [58,1% - 60,2%]	44,0% [42,9% - 45,1%]	156,6 [151,0 - 160,9]
nombre de sujets à risque*		8252	7533	6449	4817	3155	
<b>1996-2000</b>	8970	95,9% [95,5% - 96,3%]	91,0% [90,4% - 91,6%]	80,5% [79,7% - 81,3%]	65,1% [64,1% - 66,1%]	NO	177,3 [171,1 - 182,0]
nombre de sujets à risque*		8601	8155	7133	5329	285	
<b>2001-2005</b>	11396	96,2% [95,8% - 96,5%]	92,2% [91,7% - 92,7%]	80,7% [80,0% - 81,4%]	NO	NO	NO
nombre de sujets à risque*		10950	10464	8692	484	0	
<b>2006-2010</b>	14298	96,3% [95,9% - 96,6%]	92,1% [91,7% - 92,6%]	77,6% [76,5% - 78,8%]	NO	NO	NO
nombre de sujets à risque*		13440	11606	935	0	0	

[ ] : Intervalle de confiance

NO : non observable

\* : Nombre de malades restant à observer pour chaque temps et pour lesquels aucun événement n'est survenu

# Lutter contre le tourisme de transplantation d'organes

*Travaux préparatoires*

*Assemblée nationale 1<sup>ère</sup> lecture*

Proposition de loi de Mme Valérie BOYER et plusieurs de ses collègues visant à lutter contre le tourisme de transplantation d'organes, n° 367, déposée le 13 novembre 2012 et renvoyée à la commission des affaires sociales

The courtyard of the Mykolaiv morgue where an official is being charged with illegally recovering human tissue from corpses intended for the international market.

© Kostyantyn Chernichkin



*Ukraine morgue official charged*



"Je vends un des mes reins car je suis menacée d'expulsion".

«Prélever un organe conduit souvent à la mort du donneur»



Robert Spaemann, philosophe allemand, refuse radicalement la notion de «mort encéphalique».

BMJ

BMJ/2012;345:e5039 doi: 10.1136/bmj.e5039 (Published 24 July 2012)

Page 1 of 1

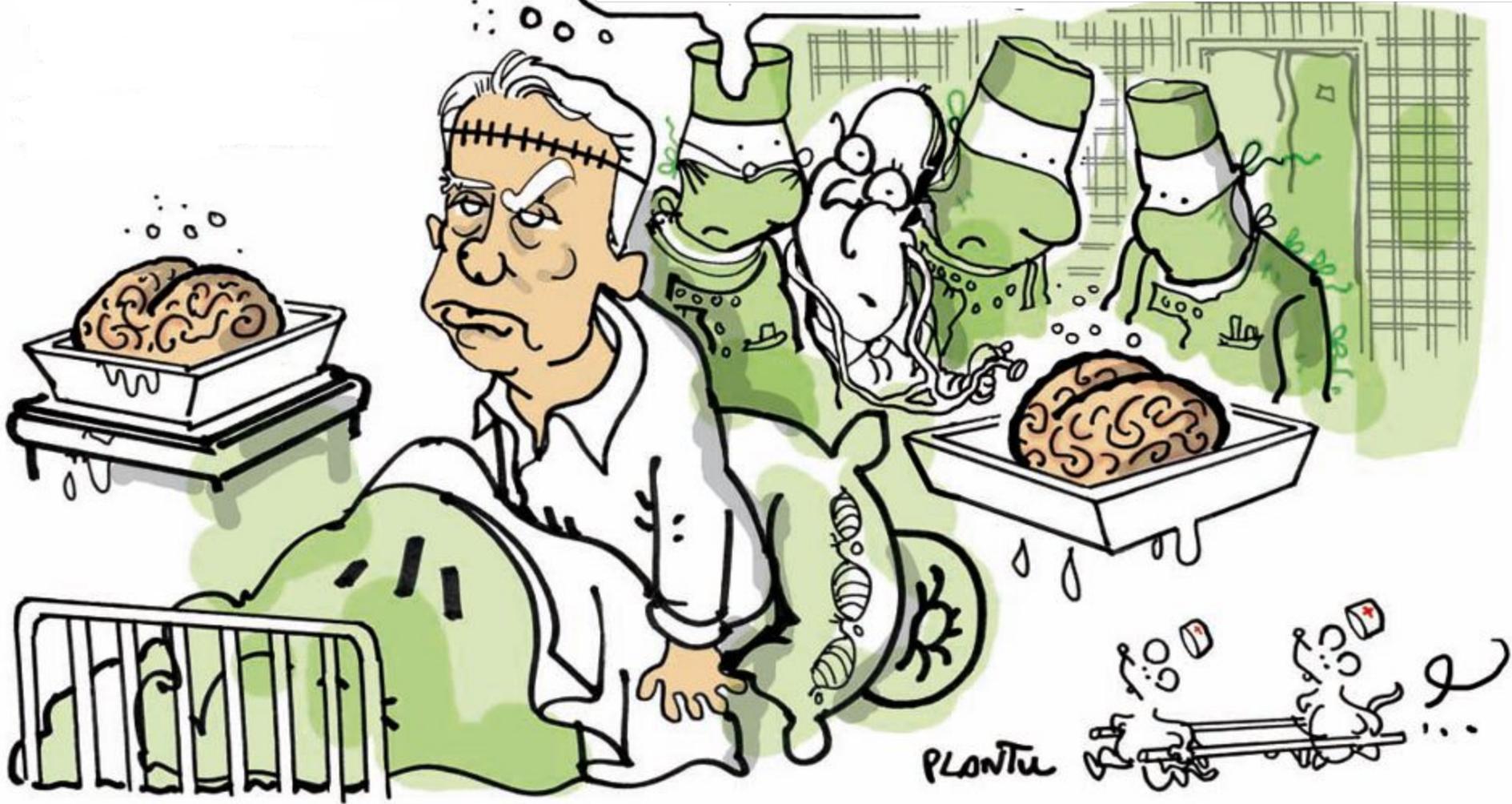
NEWS

**Surgeon is accused of manipulating data to move his patients up organ waiting list**

Ned Stafford

Hamburg

*A vous de jouer! Tout est prévu au cas où.....*



**Venez nombreux!**

- **7 - 9 Février 2013**
- **Jeudi AM - Samedi**
- **De Londres vers...Paris**
- **Session “OPECST & sociétés savantes” le jeudi matin**



6<sup>th</sup> INTERNATIONAL MEETING ON TRANSPLANTATION  
FROM DONORS AFTER CIRCULATORY DEATH  
Practices, expert recommendations and future  
of DCD donation and transplantation in Europe

Paris, 7-9 February 2013



# Discussion

- Améliorer le recensement (causes, disparités régionales et entre équipes, réseaux, formation) ?
- Existe-t-il des sujets échappant de façon systématique au recensement ?
- Va-t-on vers une diminution systématique de ce type de donneurs ?
- Jusqu'où augmenter la notion de donneur à critères élargis ?

- Diminuer le taux de refus (causes, information, campagne, éducation) ?
- Application stricte du consentement présumé ?
- Jusqu'où augmenter la notion de donneurs à critères élargis ?
  
- La mort encéphalique pose-t-elle encore des problèmes éthiques dans la société ?

## **Thème 2 : Donneurs décédés après arrêt cardiaque (DDAC)**



# **Exposé introductif**

## **Dr Alain Tenailon**

**PRELEVEMENTS SUR DONNEUR  
POTENTIEL DECEDE APRES ARRET  
CARDIAQUE  
DDAC**

**MAASTRICHT I ET II  
MAASTRICHT III**



## UNE SEULE MORT: DESTRUCTION ENCEPHALE ( Règle du donneur décédé )

### **DONNEUR DCD PAR MORT ENCEPHALIQUE PREMIERE**

Un sujet **décédé** par destruction isolée de l'encéphale et dont **le cœur bat encore spontanément au moment du constat du décès** et ce du fait de la réanimation (**état de mort encéphalique**) (DDME)

### **DONNEUR DCD PAR MORT ENCEPHALIQUE SECONDAIRE A UN ARRET CIRCULATOIRE:**

un sujet **décédé** dont **le cœur ne bat plus efficacement au moment du constat du décès,** qu'il y ait eu ou non tentative de réanimation (DDAC)



Décret N° 96-1041 du 02/12/1996,  
relatif au constat de la mort préalable  
aux prélèvements d'organes de tissus et de cellules

**LA MORT PAR ARRET CARDIAQUE ET RESPIRATOIRE PERSISTANT  
REPOSE SUR :**

- **UNE ABSENCE TOTALE DE CONSCIENCE ET D'ACTIVITE MOTRICE**
- **UNE ABOLITION DES REFLEXES DU TRONC CEREBRAL**
- **UNE ABSENCE DE VENTILATION SPONTANEE**
- **AUCUN CRITERE PARACLINIQUE EXIGIBLE,**

**LA MORT ENCEPHALIQUE REPOSE ELLE SUR LES MÊMES CRITERES  
CLINIQUES MAIS ILS DOIVENT ÊTRE ASSOCIES A UN EXAMEN  
PARACLINIQUE OBLIGATOIRE**

## CATEGORIES DE MAASTRICHT:

I MORT A L'ARRIVEE

II ECHEC DE LA RESSUSCITATION

} Non contrôlés

III ARRET DE SOINS

contrôlés

IV ARRET CARDIAQUE SUR MORT ENCEPHALIQUE



# A-T-ON BESOIN DES DDAC ?

## QUATRE CHIFFRES :

**NOMBRE DE CANDIDATS A LA GREFFE EN 2011 : 16371**

**NOMBRE DE PATIENTS GREFFES EN 2011 : 4945**

**NOMBRE DE CANDIDATS A LA GREFFE RENALE : 12320**

**NOMBRE DE PATIENTS GREFFES : 2976**



## LE PRELEVEMENT SUR DDAC EST IL REGLEMENTAIRE ?

**OUI:**

- Lois de 1994, 2004, 2011
- Décret de 1996; Décret de 2005;
- Actuellement l'Agence de la biomédecine autorise les DDAC I et II mais pas encore le III conformément aux responsabilités que lui octroie le décret de 2005,
- Loi 2005 : Droits des malades et fin de vie, qui rend possible l'arrêt des thérapeutiques actives en fin de vie, de fait rend possible le DDAC III, en France, même si ce n'est en rien son but

- **DONNEURS VIVANTS** (rein 301; 10,1% des reins et 15% des donneurs)
- **DONNEURS DECEDES** (89,9% des reins et 85% des donneurs)

## **Mort encéphalique première (DDME)**

**3174 recensés ; 1572 prélevés ; 81,4% des donneurs  
avec 32% Refus**

**potentiel 4000 recensés, en baisse Nb et qualité**

## **Mort encéphalique seconde (DDAC)**

**dits non contrôlés (Maastricht I et II), 58 prélevés 3% des donneurs  
dits contrôlés (Maastricht III), 0 prélevé**

# BILAN DDAC I ET II

**POTENTIEL IMPORTANT**  
**RESULTATS MEDIOGRES**



# Un long chemin !!

- **1<sup>ère</sup> présentation du sujet au Conseil Médical et Scientifique de l'EfG: décembre 2003**
- **Recommandations du comité d'éthique de l'EfG en 2004**
- **1<sup>ère</sup> réunion du comité de pilotage pour la rédaction du protocole médical début 2004**
- **Décret du 2 août 2005 en conseil d'Etat (J.O. du 6 août**
- **Agence de la biomédecine désignée maitre d'oeuvre**
- **Avis favorable de l'Académie de Médecine le 06 mars 2006**
- **étude faisabilité: 1<sup>ère</sup> convention signée sites pilotes: 05/06/06**
- **1er receveur greffé : 20/10/2006**
- **Fin étude de faisabilité: Conférence de presse février 2008**
- **Ouverture à tous les centres volontaires mai 2008**

# ACTIVITÉ DE PRÉLÈVEMENT SUR DDAC MI ET MII

Les états  
généraux du

<b>Années</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>
<b>Nombre de donneurs recensés</b>	<b>121</b>	<b>122</b>
<b>Nombre de donneurs prélevés</b>	<b>62</b>	<b>58</b>
<b>Nombre de reins prélevés</b>	<b>119</b>	<b>114</b>
<b>Nombre de reins greffés</b>	<b>79</b>	<b>66</b>
<b>Nombre de donneurs dont un rein a été greffé</b>	<b>47</b>	<b>40</b>
<b>Nombre de donneurs prélevés pmh</b>	<b>1,0</b>	<b>0,9</b>
<b>Moyenne d'âge des donneurs recensés (IC95%)</b>	<b>43,5 (41,9 - 45,2)</b>	<b>41,6 (39,9 - 43,4)</b>

## DEVENIR DES SUJETS RECENSES COMME DDAC POTENTIEL

	2010	2011
• PRELEVES	62/51%	58/47%
• OPPOSITION	32/26%	30/24%
• ANTECEDENTS	25/21%	32/26%
• INCIDENT MED	0	2/2%
• AUTRE	2/2%	0
<b>TOTAL</b>	<b>121</b>	<b>122</b>

## CAUSES

### ARRET CARDIAQUE

INCONNUES

AUTRES

CARDIOPATHIES +

TR DU RYTHME

EMBOLIE

ANOXIE

TOTAL

## DDAC PRELEVES

2010

14 /26%

18/29%

21/33,7%

3/ 4,8%

4/6,5%

62

2011

19/32,8%

19/32,8%

18/31%

0

2/3,4%

58

# PRELEVEMENT SELON LES CENTRES



	2010	2011
• <b>ANGERS</b>	3	1
• <b>ANNECY</b>	0	3
• <b>BICETRE</b>	11	6
• <b>LILLE</b>	10	8
• <b>LYON</b>	6	1
• <b>NANTES</b>	9	12
• <b>St LOUIS</b>	9	16
• <b>PITIE</b>	12	6
• <b>ROUEN</b>	2	4
• <b>STRASBOURG</b>	0	1

- **Augmente la charge de travail**
- **Majore le stress**
- **Dégage une certaine violence ( machines à masser)**
- **Abord des proches difficile**
- **Frustration de l'échec fréquent de la démarche**
- **Renouveau du métier**
- **Augmentation du coût**
- **Impose une cohésions majeure et une disponibilité constante des équipes impliquées**

# CONTRAINTE DE TEMPS MAJEURE



Arrêt  
cardiaque

RCP

Décès

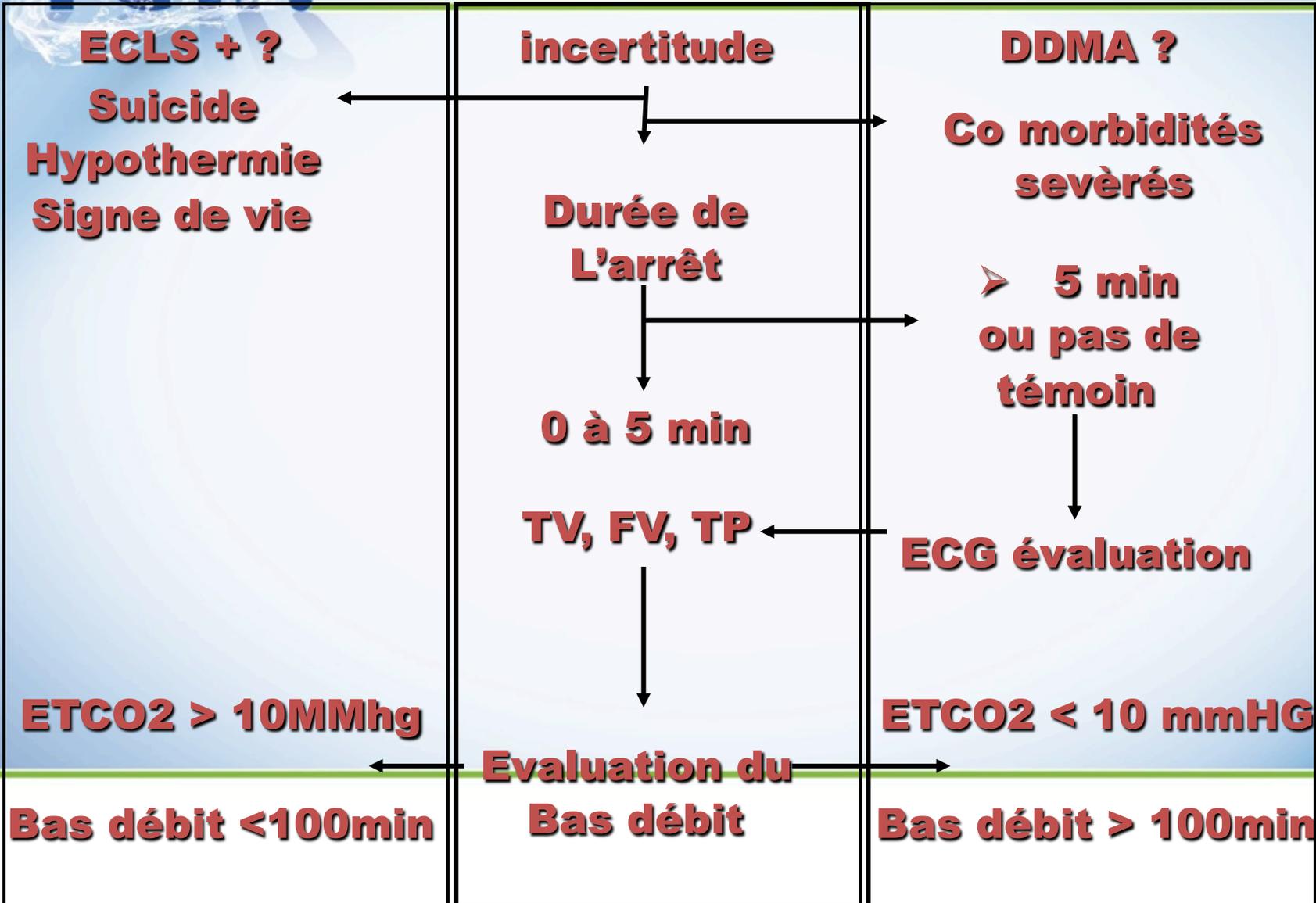
Perfusion

Néphrectomie



- Début de l'arrêt cardiaque, son traitement, la « période d'observation», le transfert avec reprise des manœuvres et la mise en place des moyens de préservation des organes < 120 min (+/- 30 mn si machine à masser).
- Début des manœuvres de préservation des organes et le prélèvement < 180 min.

# Arrêt cardiaque réfractaire et ECLS





# DDAC MAASTRICHT III

# EST-ETHIQUEMENT POSSIBLE ?

- POSSIBLE : Comité d'éthique de l'EfG 2005, sous réserve de la loi sur la fin de vie, en discussion
- NON : le Conseil d'Etat avant la loi 2011
- OUVERTURE : commission parlementaire loi 2011
- PAS D'INTERDICTION : Loi de 2011
- POSSIBLE : mais prudence CCNE avis 115 2011
- POSSIBLE : sous conditions SFAR et SRLF
- AVIS technique demandé au CMS de l'ABM

- « La loi du 22 avril 2005 fournit actuellement un cadre pour avancer dans le débat éthique sur l'ouverture possible de la catégorie MIII au prélèvement d'organe. Elle ne la légitime pas.
- La prudence veut que la connaissance de la loi précède les possibilités qu'elle est susceptible d'ouvrir dans le cadre de ces prélèvements »



- **DISCUSSION AVEC LES SOCIETES SAVANTES IMPLIQUEES**
- **DEFINITION CLAIRE DES PATIENTS IMPLIQUES**
- **SEPARATION TRANSPARENTE DES EQUIPES EN CHARGE DES SOINS ET DE CELLES EN CHARGE DE LA PROCEDURE DE PRELEVEMENT**
- **MISE EN PLACE D'UN PROTOCOLE STRICTE CONTROLE PAR L'AGENCE DE LA BIOMEDECINE**
- **MISE EN PLACE D'UNE PROCEDURE D'EVALUATION PLURIDISCIPLINAIRE PAR EXPERTS INDEPENDANTS**
- **INFORMATION DES ASSOCIATIONS ET DU GRAND PUBLIC**

- **En France difficile à évaluer, dépendra des choix éventuellement fait, 300 à 600 DDAC ?**
- **ETRANGER 2009**

**USA : environ 10% des DCD**

**UK : 34% des DCD**

**PAYS BAS : 42% des DCD**

**Belgique : 21% des DCD**

# Discussion

- Comment améliorer et développer le recensement ?
- Rôle des services de réanimation pour les MII ?
- Rôle des SAMU pour les MI ?

## DDAC I et II : discussion

- Quelles sont les autres causes de l'échec partiel des prélèvements sur DDAC I et II en France ?
- Motivation des équipes ?
- Amélioration des techniques et financement ?
- Reste t-il des problèmes éthiques ?

- Doit-on ouvrir le champ du MIII (quels patients, quels services, quel potentiel...) ?
- Existe-t-il un problème éthique ?
- Quelles implications du MIII éventuel sur les décisions d'arrêt de soins ?
- Quelles implications du MIII potentiel sur les prélèvements sur DDME ?

## Thème 3 : Problèmes transversaux

## Problème transversaux : discussion

- Existe-t-il un conflit d'intérêt pour le médecin entre prélèvement et soins ?
- Quel statut et quel suivi pour les familles de donneur ?
- Quels sont les coûts comparatifs des divers dons et quelles conséquences pour leur organisation ?
- Comment améliorer la qualité des organes (recherche, machines à perfusion...) ?
- Comment évaluer la qualité des organes et quelle information pour les receveurs ?

## **Thème 4 : Prélèvement sur Donneurs vivants (DV)**



**Exposé introductif**  
**Pr Christophe Legendre,**  
**Hôpital Necker, Paris**

# Transplantation rénale avec un donneur vivant.

Christophe Legendre  
Hôpital Necker & Université Paris Descartes, Paris.





# 60 ANS

## DE TRANSPLANTATION RENALE DE DONNEURS VIVANTS

Hôpital Necker Enfants Malades



Tableau V. — Etat fonctionnel rénal du donneur et du receveur le 1<sup>er</sup> Octobre 1959.

	RECEVEUR	DONNEUR
Urée sanguine (g/l) .....	0,33	0,32
Clearance de l'urée (ml/min).	41,5	52
PSP { en 15 min .....	21 %	27 %
en 70 min .....	53 %	55 %
Clearance du mannitol (ml/min) .....	78	102
Clearance du PAH (ml/min).	367	508

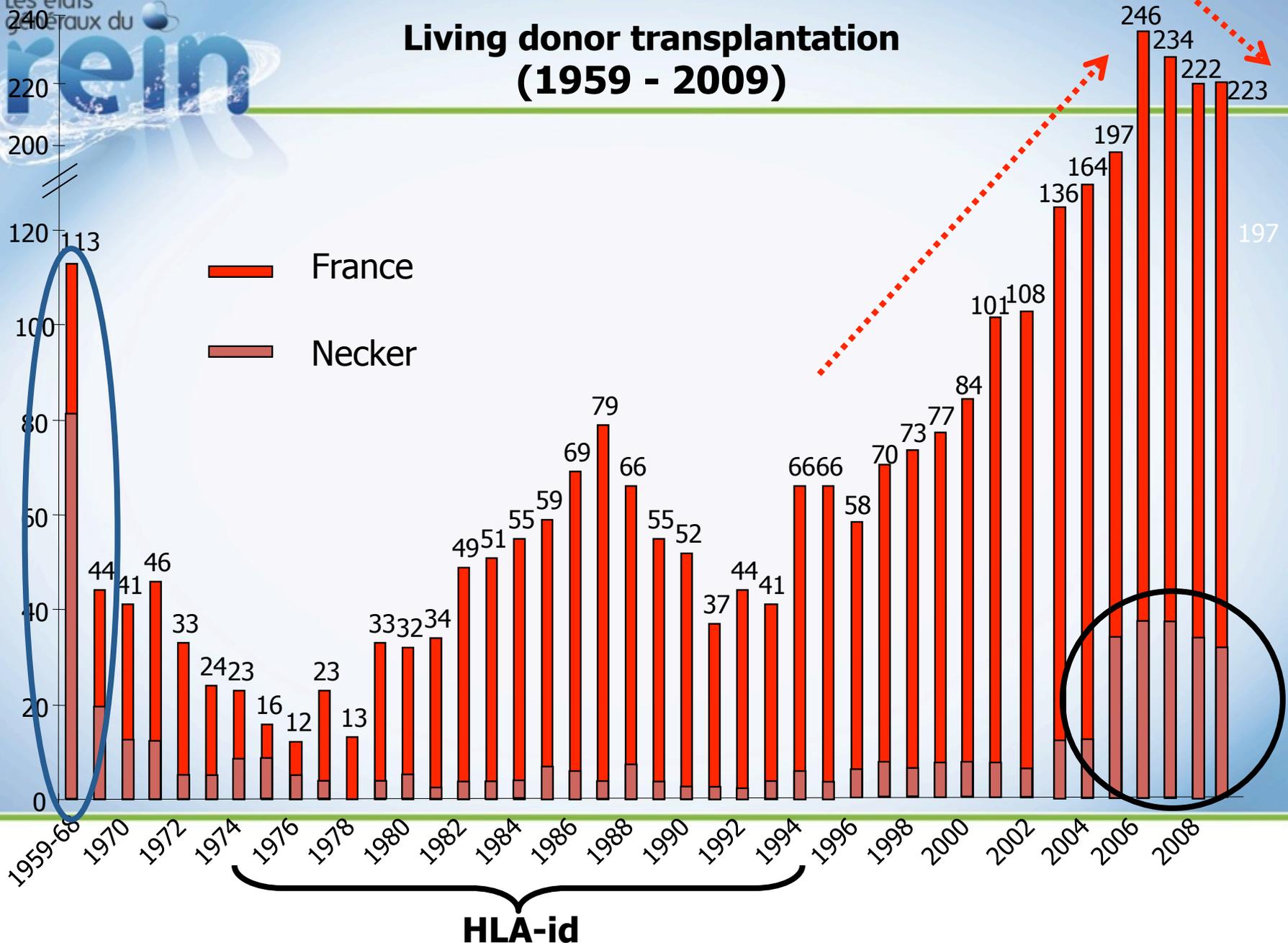
+

Recipient  
1985 (63 years)

+

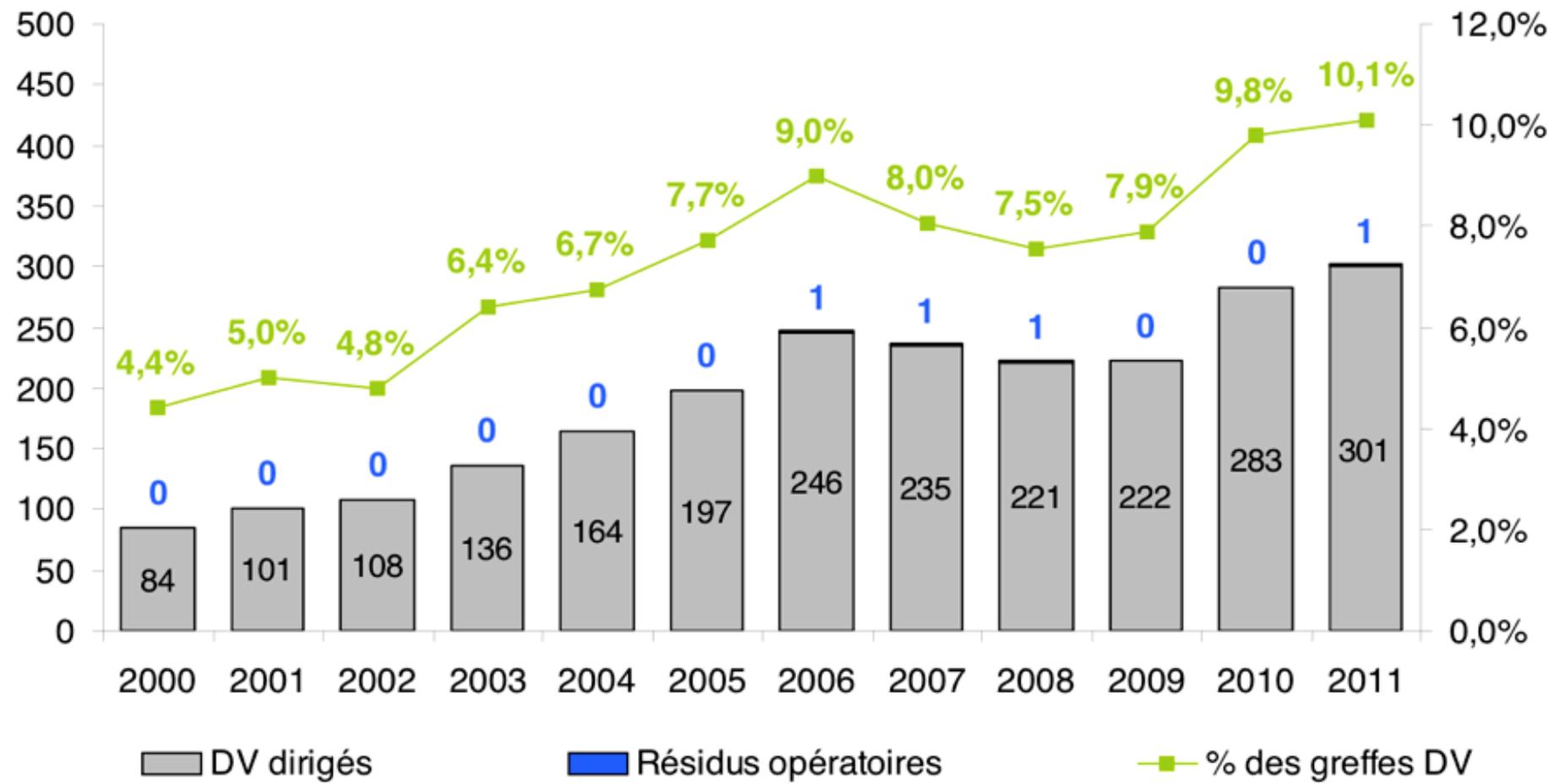
Donor  
1987 (65 years)

## Living donor transplantation (1959 - 2009)



# France

## Evolution du nombre de greffes rénales Donneurs vivants



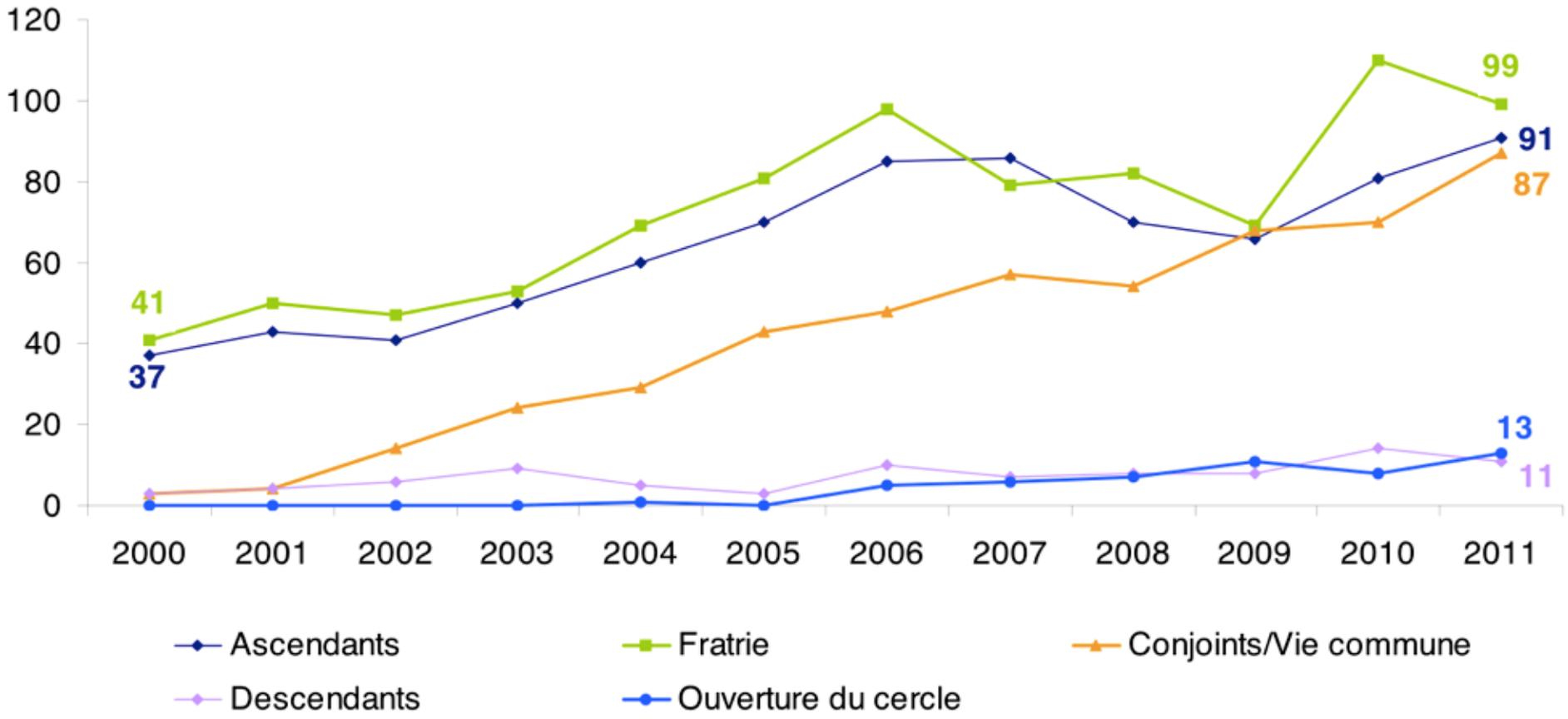
## Liens donneurs – receveurs des donneurs vivants dirigés 2000 - 2011

Liens donneurs - receveurs	N	%
Fratrie	878	38,2
Ascendants	780	33,9
Conjoints/Vie commune	501	21,8
Descendants	88	3,8
Oncles/Tantes	26	1,1
Cousin(e)s	18	0,8
Grands-parents	3	0,1
Conjoints du père ou de la mère	2	0,1
Liens affectifs étroit et stables	2	0,1
<b>Total</b>	<b>2298</b>	<b>100</b>

Ouverture  
du cercle

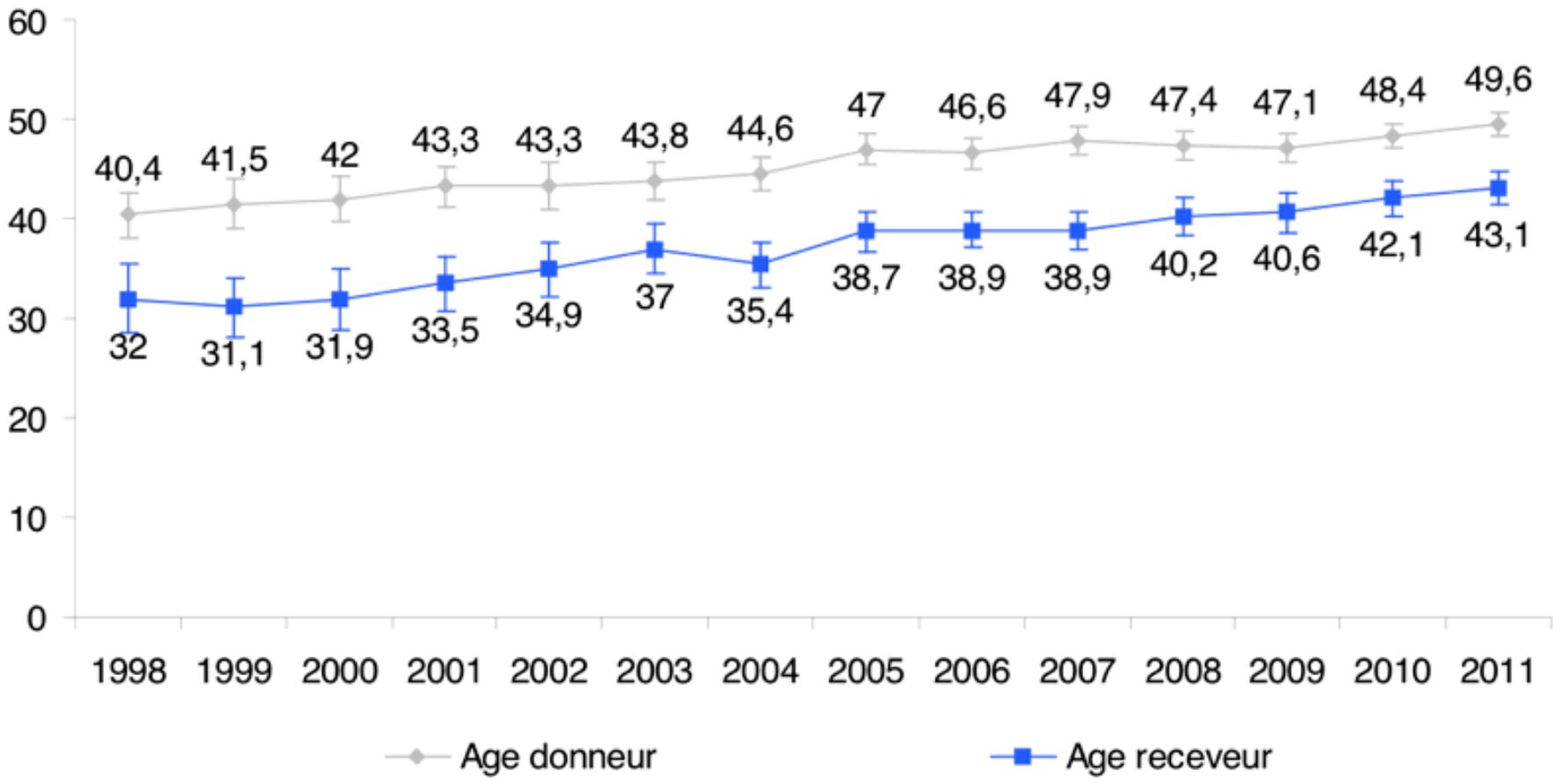
# France

Evolution des liens donneurs – receveurs des DV dirigés



# France

## Evolution des moyennes d'âge donneurs et receveurs



**Exhaustivité du bilan postopératoire : 1528 donneurs = 94%.**

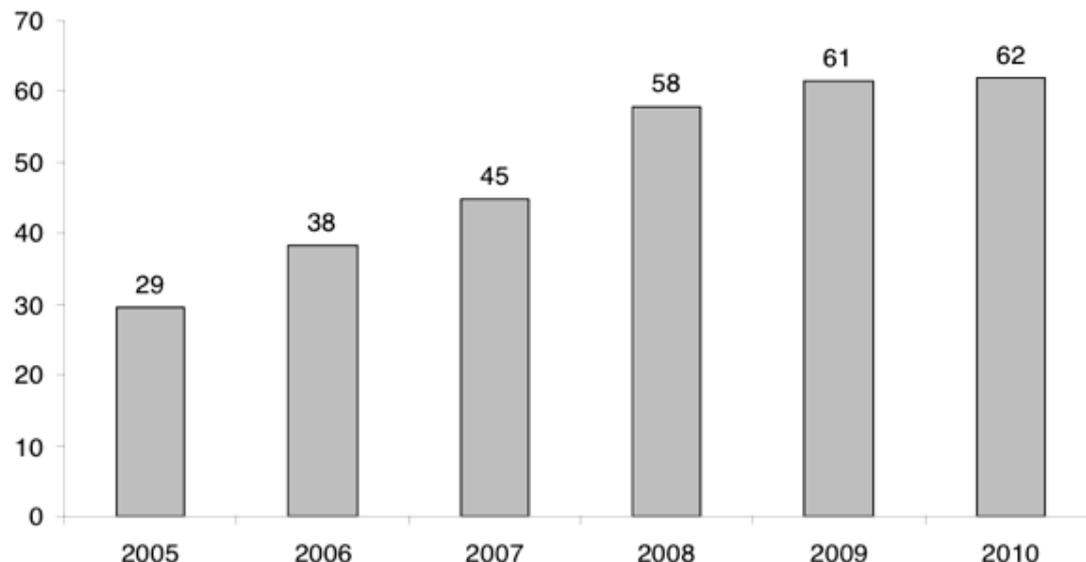
### Technique chirurgicale :

- **Cœlioscopie : 776 (48%)**
- **Lombotomie : 474 (29%)**
- **Sous-costale : 44 (3%)**
- **Autre : 115 (7%)**
- **Non renseignée : 214 (13%)**

### Durée moyenne de séjour :

- **Cœlioscopie : 5,6 jours**
- **Lombotomie : 6,4 jours**
- **Sous-costale : 7 jours**

**Evolution de la part de la cœlioscopie**

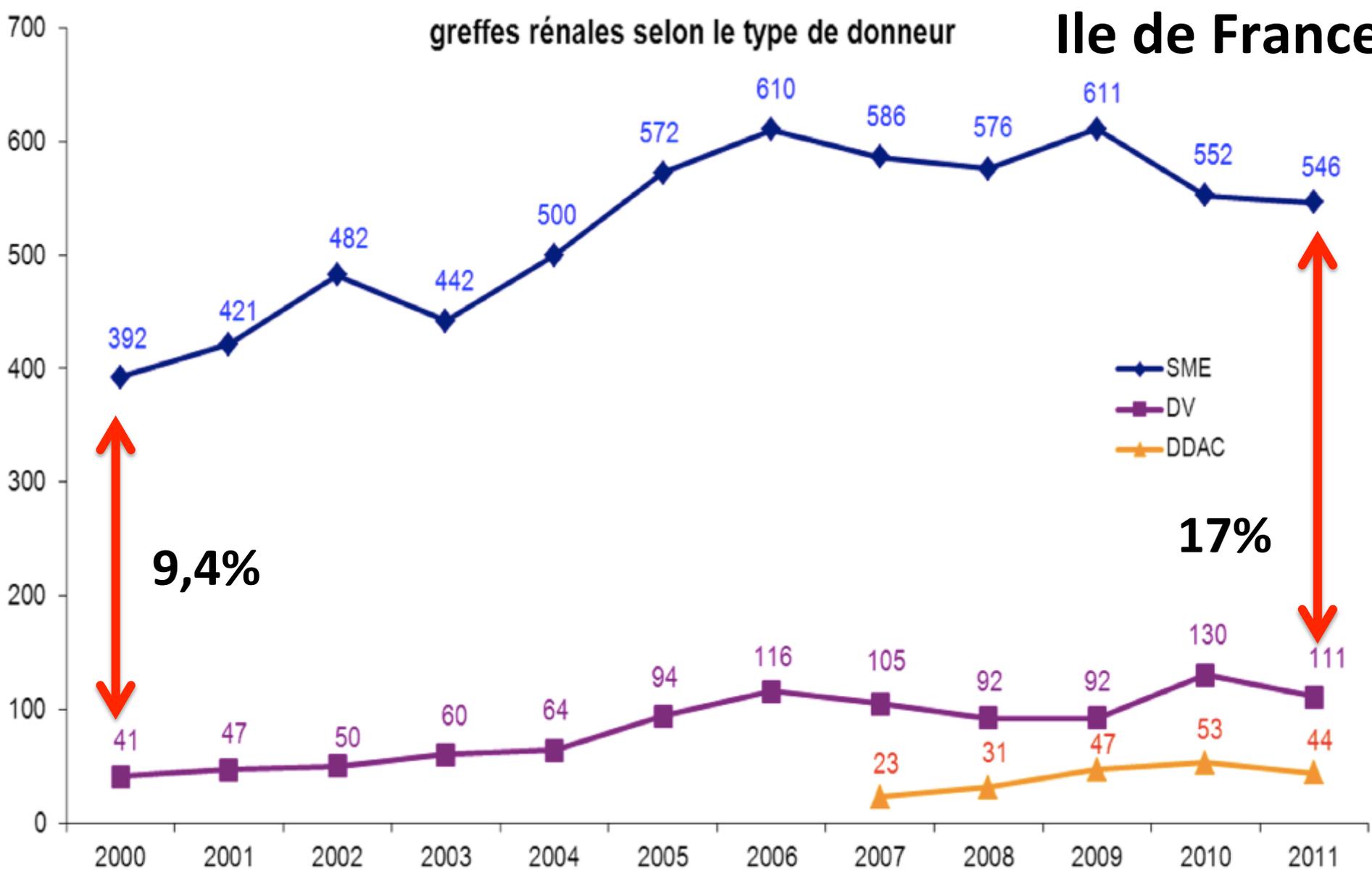


# Evolution du nombre de greffes : donneurs vivants

	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Necker	38	38	35	28	36	33
Bicêtre	16	10	9	17	21	19
Foch	12	10	11	10	30	19
H Mondor	16	8	11	4	4	9
Pitié	7	7	4	10	6	8
Saint Louis	16	15	13	10	18	13
Tenon	7	7	4	6	11	7
<b>Adultes</b>	<b>112</b>	<b>95</b>	<b>87</b>	<b>85</b>	<b>126</b>	<b>108</b>
<b>Pédiatrie</b>	<b>4</b>	<b>10</b>	<b>5</b>	<b>7</b>	<b>4</b>	<b>3</b>
<b>Total</b>	<b>116</b>	<b>105</b>	<b>92</b>	<b>92</b>	<b>130</b>	<b>111</b>

# greffes rénales selon le type de donneur

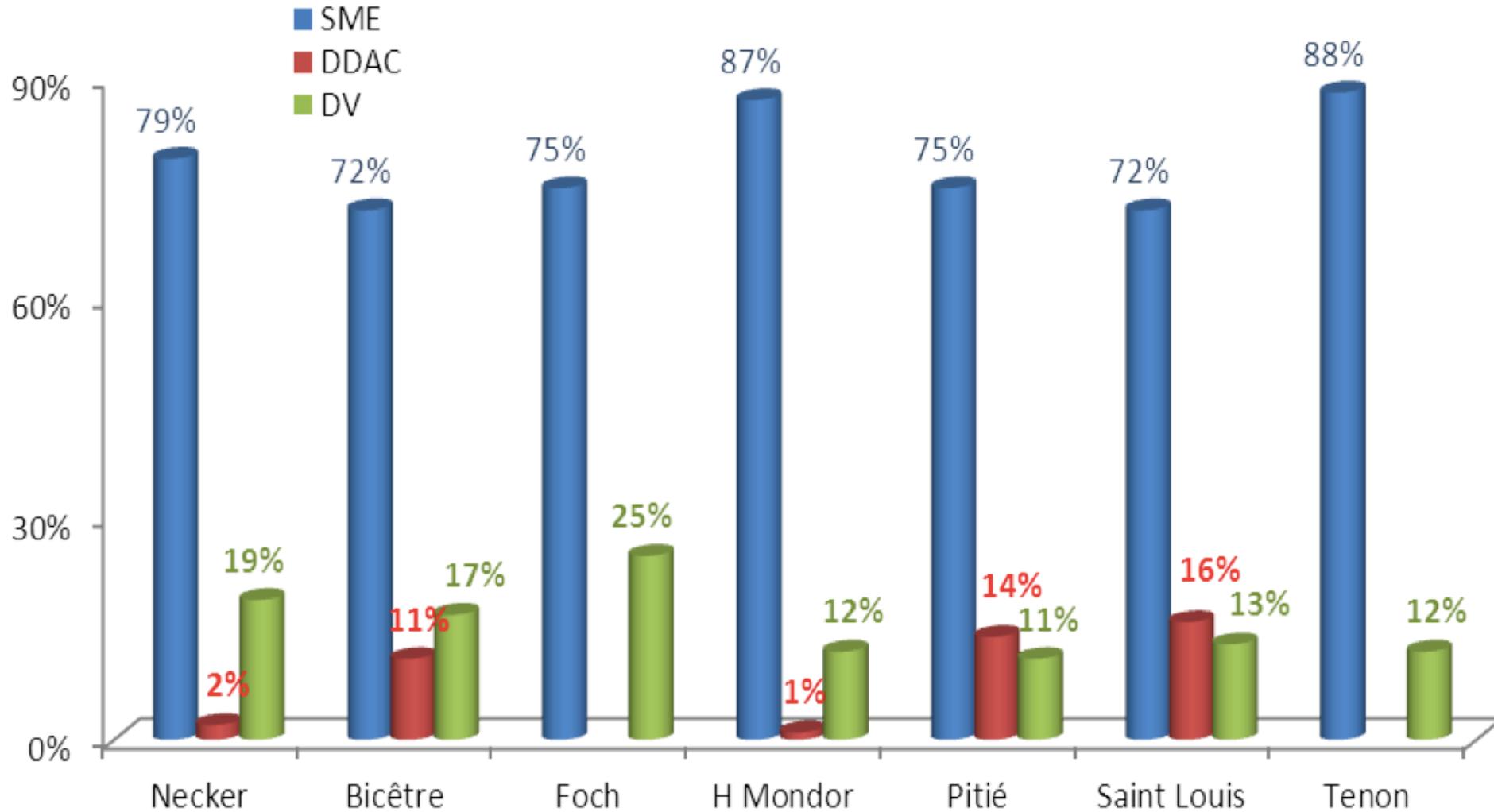
# Ile de France



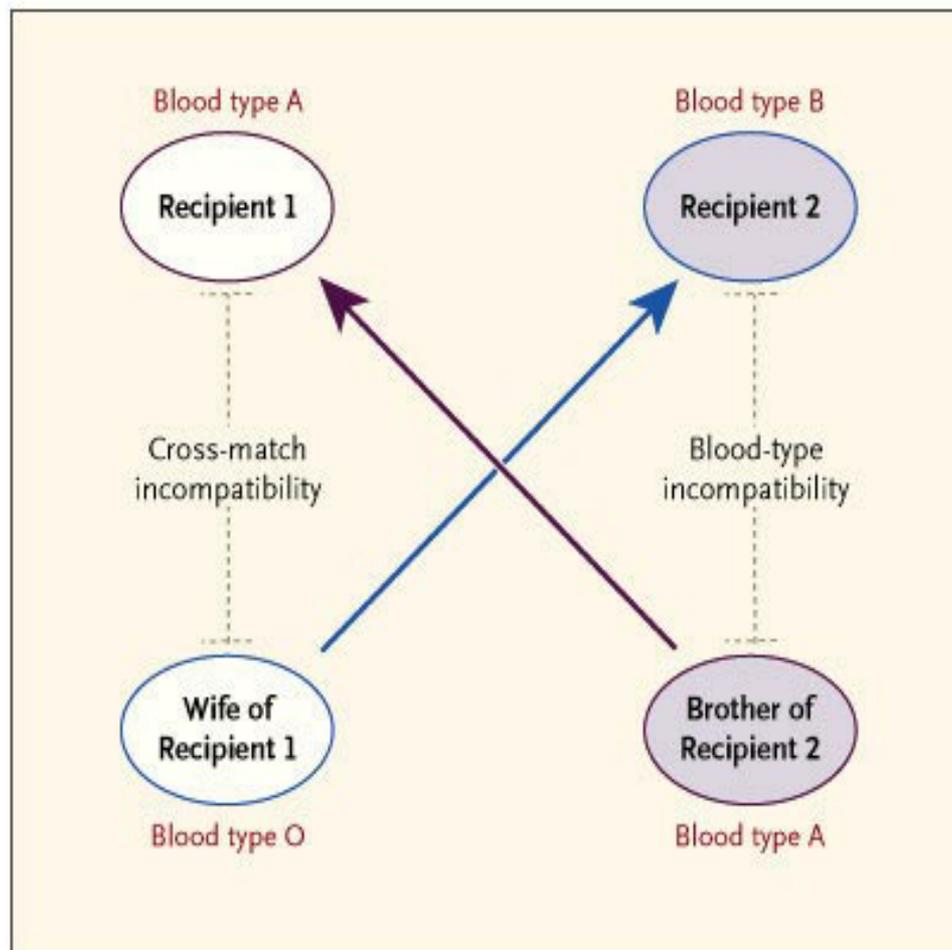
9,4%

17%

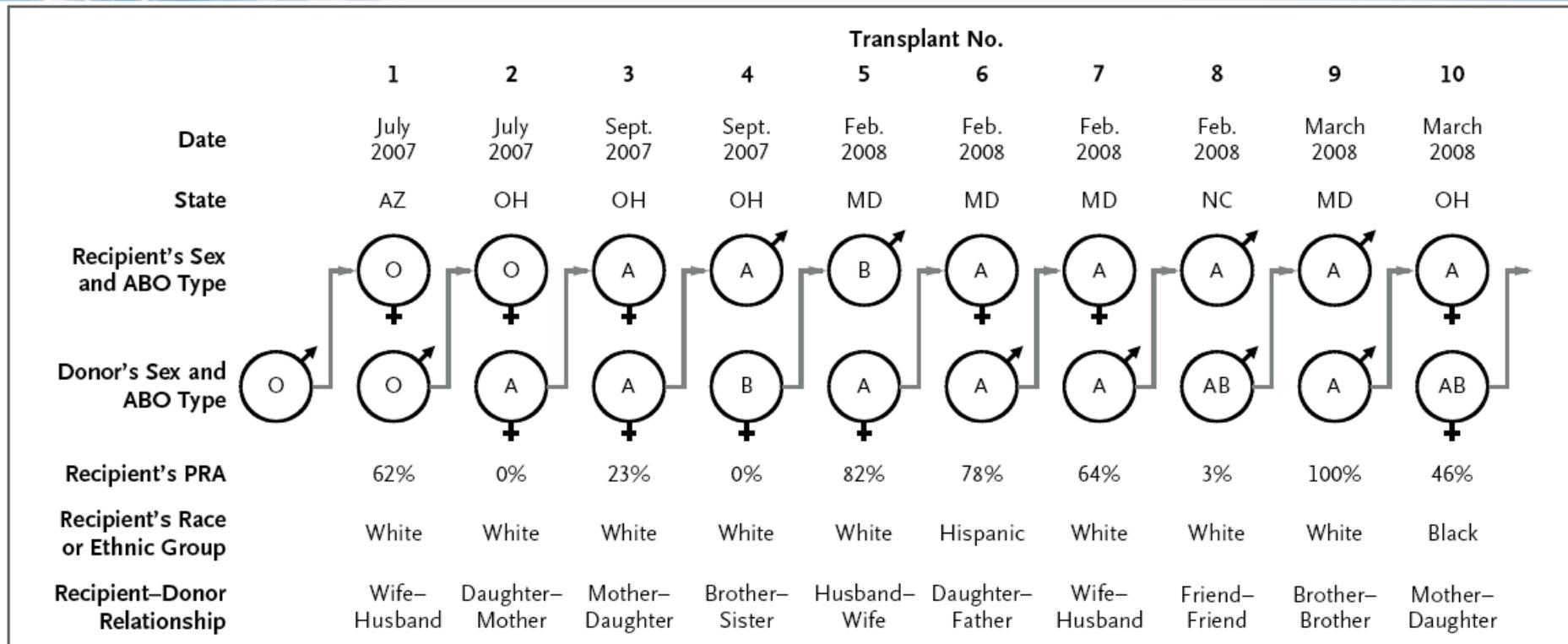
# Répartition selon type de donneurs par équipe en 2011



## Donneur vivant: le don croisé

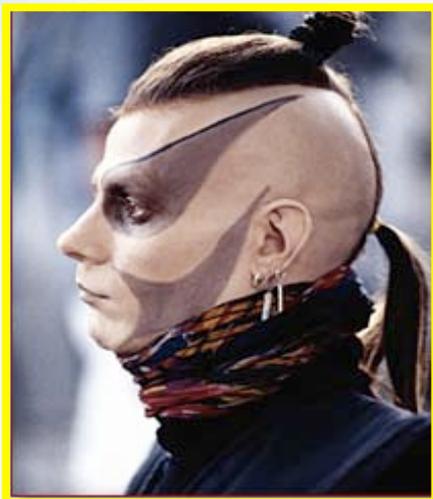


# Donneur vivant: les chaines de don

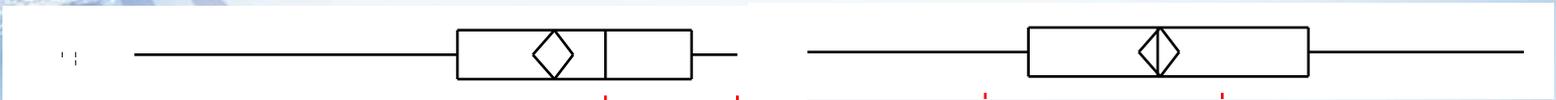


**Figure 1. A Nonsimultaneous, Extended, Altruistic-Donor Chain.**

In less than 1 year, 10 patients (5 with panel-reactive antibodies [PRAs] >60%) were given a transplant; an 11th transplantation is possible. The initiating donor was an unpaired altruistic donor from Michigan. To date, none of the bridge donors have reneged. The recipient of transplant 6 required desensitization of HLA donor-specific antibodies by T-cell and B-cell flow cytometry. The recipient of transplant 9 had an anti-B antibody titer of 1:8 (as assessed with the use of an antihuman globulin reagent) and required desensitization to blood group.

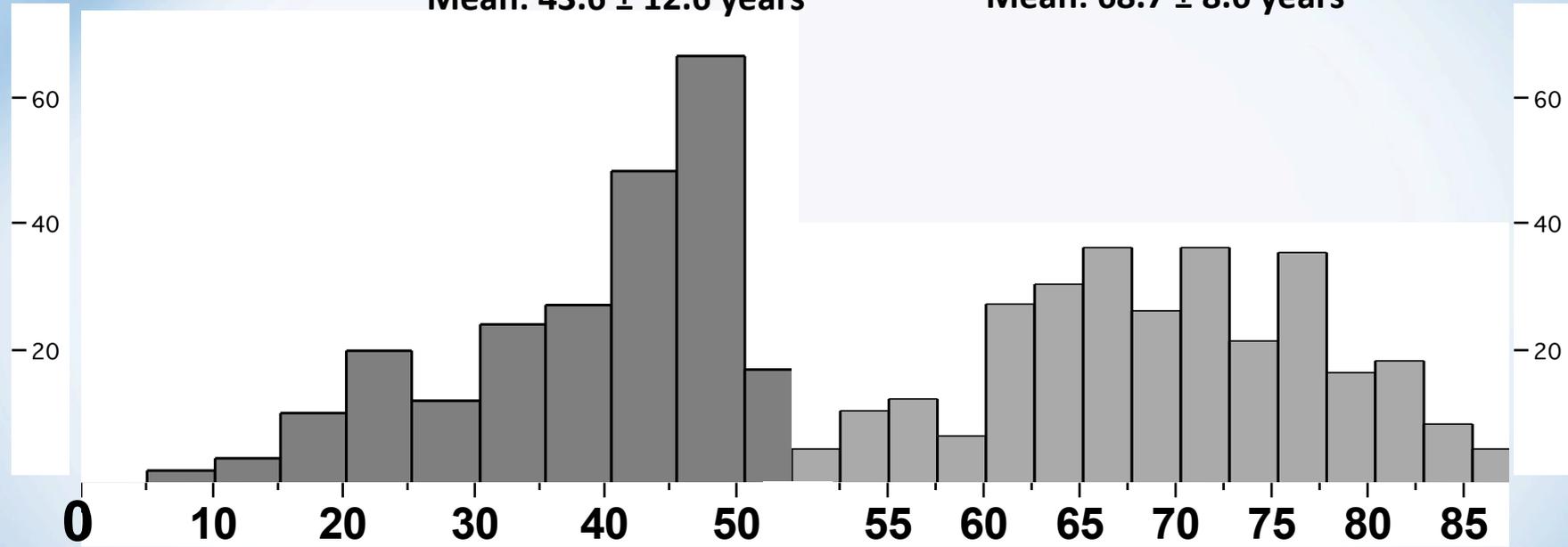


**Des donneurs de plus en plus “marginaux”**



Mean: 43.6 ± 12.6 years

Mean: 68.7 ± 8.6 years



SCD (n=377)

**ECD (n=329)**

- Donor > 60 years
- Donor : 50-59 years +
  - creat > 133µmol/l
  - CV death
  - HTA

# Necker

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	TOTAL
<b>Nb de donneurs</b>	<b>78</b>	<b>111</b>	<b>80</b>	<b>98</b>	<b>82</b>	<b>78</b>	<b>21</b>	<b>548</b>
<b><u>Donneur récusé</u></b>	<b>12</b>	<b>30</b>	<b>24</b>	<b>30</b>	<b>26</b>	<b>24</b>	<b>1</b>	<b>147</b>
Présence d' un DSA	3	5	3	17	13	12		
DFG insuffisant	3	14	9	1	3	4		
ATCD	1	7	3	4	2	3		
Découverte CI	3	2	6	7	4	2	1	
Incompat groupe ABO		1	3		3	3		
Risque récidive	1							
Témoin de Jéhovah	1	1			1			
Anomalie coagulation				1				
<b><u>Transplantation annulée</u></b>	<b>21</b>	<b>33</b>	<b>29</b>	<b>35</b>	<b>22</b>	<b>7</b>		<b>147</b>
Rétractation	8	16	15	10	10			
Autre donneur	8	10	3	16	4	7		
TR RC	2	3	5	5	5			
Receveur DCD	2	2						
Refus receveur	1		2	1				
IDM donneur			1					
Incompliance receveur			2					
Etat de santé receveur		1			3			
Sans papiers			1	2				
Changement de centre		1		1				

**209 transplantations  
= 38%**

n = 33

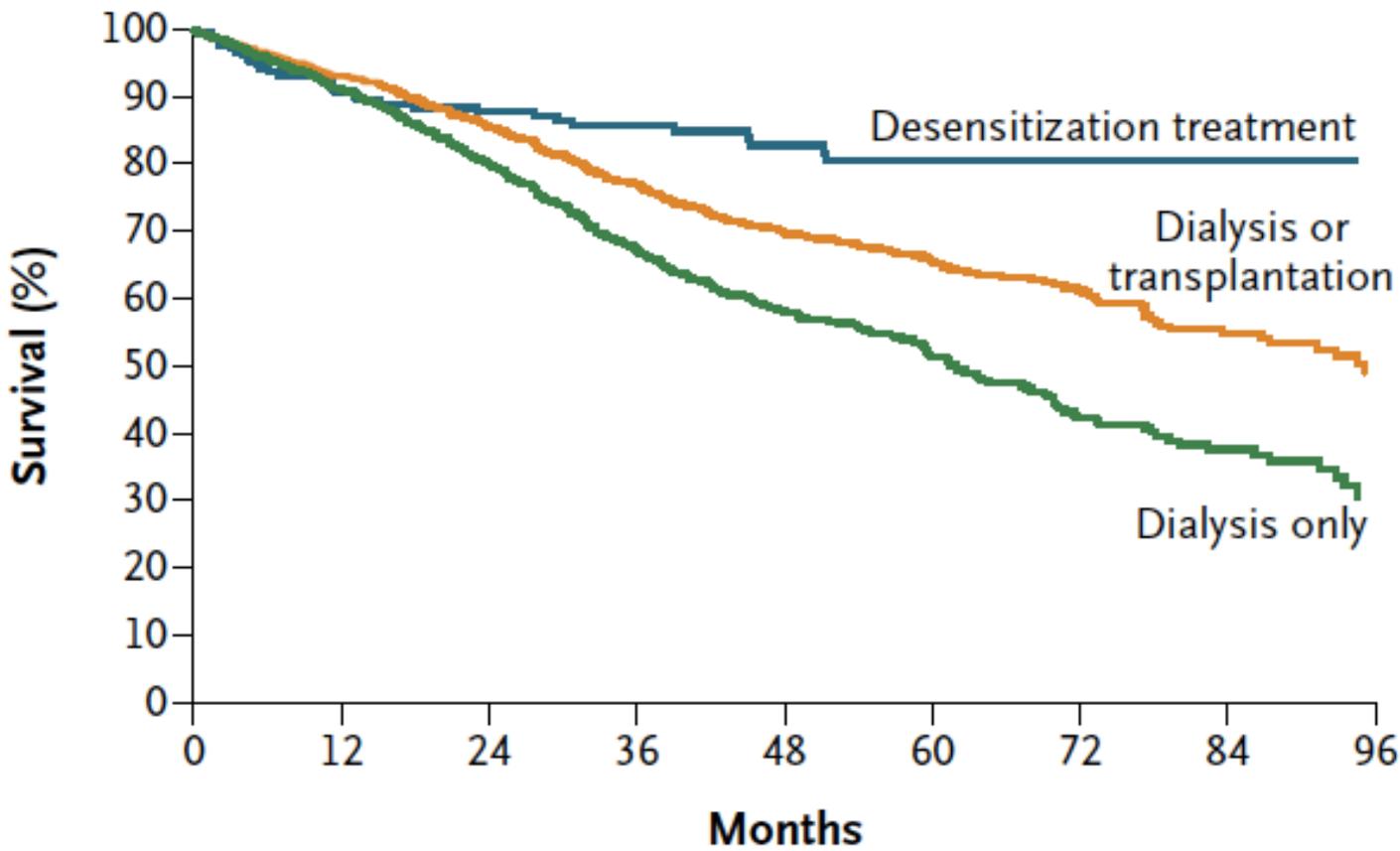


n = 44



+



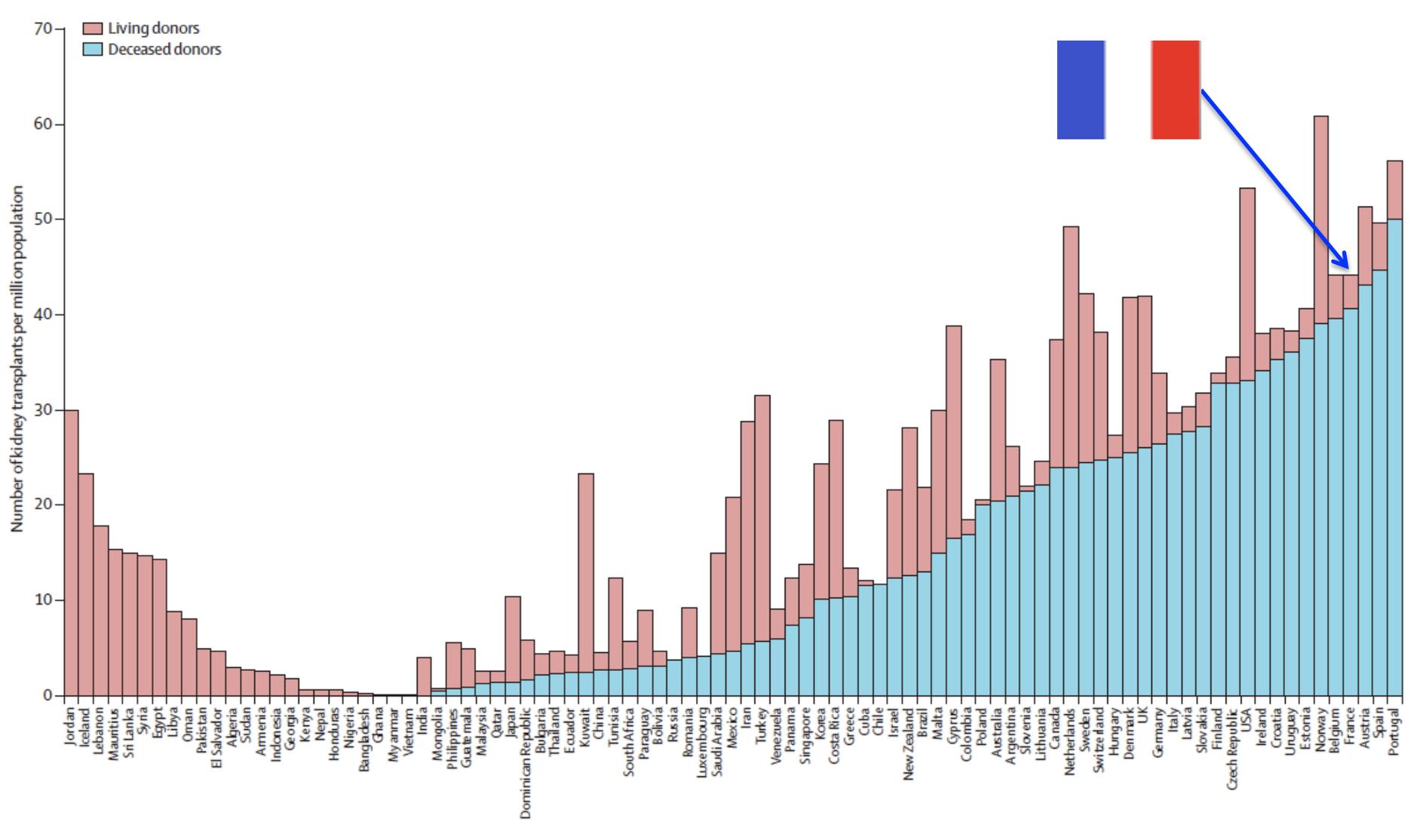


**No. at Risk**

Desensitization treatment	210	170	143	110	75	58	42	28	14
Dual therapy	1027	854	688	497	321	230	157	96	41
Dialysis only	1012	822	626	419	250	159	93	54	17

# Monde

Les états généraux du



**Merci de votre attention**



# Discussion

- Parcours et statut du donneur, place du donneur à l'hôpital, accompagnement, valorisation, motivation, conséquences du don, etc.
- Neutralité financière
- Quels sont les freins en France (équipes de greffe, société, politique nationale ou européenne, familles et malades, problèmes éthiques...) ?

- Qualité et date de l'information au cours de la maladie rénale chronique et formation des professionnels
- Campagnes consacrées aux dons de rein du vivant
- Aides aux équipes
- Champs des donneurs potentiels, application de la loi et extension possibles, dons croisés
- Faut-il simplifier la procédure, place des comités donneurs vivants ? Justification du lien



**Merci !**

[www.etatsgenerauxdurein.fr](http://www.etatsgenerauxdurein.fr)