

Prise en charge du donneur et de sa famille

C. LENORMAND - Coordinatrice hospitalière - C.H.U. NANTES

PRISE EN CHARGE DU DONNEUR

La prise en charge d'un sujet en état de mort encéphalique se fait obligatoirement dans une unité de soins intensifs ou de réanimation qui possède le matériel et les compétences humaines nécessaires pour maintenir quelques heures le donneur potentiel en état de stabilité circulatoire et ventilatoire.

De nombreux professionnels de santé sont directement ou indirectement impliqués dans la chaîne qui conduit au prélèvement. Si l'un d'eux interrompt cette chaîne, c'est tout le processus qui s'arrête et c'est une perte irremplaçable de greffon.

Le rôle de la coordination hospitalière est de relier entre eux tous les maillons de cette chaîne, sans oublier d'y rallier la famille du donneur. Mais aussi de veiller à ce que tout soit réalisé en conformité avec les textes de lois.

Le décret du 02/12/96 précise les conditions de diagnostic de mort encéphalique : celui-ci repose sur un examen clinique rigoureux, notamment neurologique. Une mydriase bilatérale aréactive et l'absence de mouvements oculaires sont des signes de destruction du tronc cérébral.

L'absence de ventilation spontanée traduit l'interruption du contrôle cérébral de la ventilation due à la destruction du tronc cérébral. Observable à "l'œil nu", il est cependant important de réaliser une épreuve d'apnée ; dans cette épreuve, l'hypercapnie observée lorsque l'on arrête la ventilation artificielle n'entraîne pas de reprise de la ventilation spontanée.

Le diagnostic de mort encéphalique doit être confirmé par des examens paracliniques :

- Soit deux EEG réalisés à 4 heures d'intervalle avec un enregistrement de 30 minutes au minimum,
- Soit une angiographie des 4 axes cérébraux objectivant l'absence de flux sanguin.

Le constat de mort encéphalique doit être signé par **deux** médecins n'appartenant pas à une équipe de transplantation.

Avant tout prélèvement d'organes et de tissus, des examens sont réalisés pour connaître la qualité des greffons et répondre aux exigences de la sécurité sanitaire (décret du 25/02/92 modifié).

Un bilan de prélevabilité est réalisé. Toutes les données sont recopiées sur un dossier de coordination dont une copie accompagnera chaque greffon prélevé, après anonymisation du dossier par un N° Cristal donné par l'EFG.

Ce bilan de prélevabilité comportera le recueil des antécédents médicaux, le bilan hémodynamique complet, de nombreux paramètres biologiques permettant d'apprécier la qualité des organes, des groupages ABO et HLA et enfin toutes les sérologies obligatoires sans lesquelles aucun prélèvement d'organe ou de tissu ne peut être réalisé : HIV 1+2, Ag P24, HTLV 1 et 2, bilan hépatites B et C, CMV, Toxoplasmose.

Des examens paracliniques sont indispensables : échographie cardiaque, écho abdominale ainsi qu'une radio pulmonaire.

Des autorisations écrites doivent être requises avant le prélèvement, dans certains cas particuliers :

- S'il s'agit d'une mort violente : autorisation du procureur de la république
- S'il s'agit d'un mineur : autorisation des deux parents (en cas de divorce, de celui ou de ceux qui détiennent l'autorité parentale)
- S'il s'agit d'un incapable majeur : autorisation du tuteur.

L'interrogation du Registre National des Refus est faite après confirmation de la mort, par télécopie, par le Directeur de l'établissement ou par une personne nommée par celui-ci. La réponse parvient par télécopie, dans les trente minutes.

L'organisation du prélèvement impose une logistique lourde organisée conjointement avec la coordination hospitalière inter régionale de l'EFG (disponibilité d'un bloc opératoire, d'un anesthésiste, de chirurgiens, de panseuses, accueil et rapatriement des équipes préleveuses externes...)

Durant le prélèvement, le coordonnateur veille et est garant des souhaits de la famille ; il assure que la restauration tégumentaire soit parfaite.

Après le prélèvement, le coordonnateur adresse ses remerciements au personnel du service de réanimation et au personnel du bloc opératoire.

PRISE EN CHARGE DE LA FAMILLE

Quant à la famille, la prise en charge se fait dès l'hospitalisation de leur proche en réanimation par le personnel médical et paramédical.

C'est généralement après confirmation et après l'annonce de la mort encéphalique que le coordonnateur rencontre la famille.

De plus en plus d'enquêtes révèlent que la qualité de l'entretien joue un rôle important dans le témoignage de la famille quant à la volonté du défunt. Il est souhaitable de le mener en binôme, généralement avec le médecin réanimateur dans un local agréable sur le site même du service de réanimation.

Avant de formuler la demande, le coordonnateur doit s'assurer que la famille a bien compris le décès de leur proche.

Si la famille n'a pas connaissance directe de la volonté du défunt, le rôle de la coordination consiste aussi à l'aider dans la recherche du témoignage.

Si le prélèvement est synonyme de décès, la notion même de décès n'est pas évidente pour les familles, quand le défunt est toujours en réanimation intensive et quand la nouvelle est de toute façon trop brutale et reste encore sous le coup du déni.

Le délai de réflexion, toujours trop court, est souvent mal vécu lorsque la famille n'a pas connaissance directe de la volonté du défunt. La famille est toujours informée de ce qui peut être prélevé. Elle a besoin d'être rassurée quant à l'aspect du corps après le prélèvement.

Le coordinateur revoit la famille après le prélèvement pour les aider dans les démarches administratives qui leur semblent lourdes, et lui propose toujours de leur donner des nouvelles des receveurs, sous couvert de l'anonymat, quand elle le souhaitera : la famille ne doit pas se sentir abandonnée après une telle épreuve.

CONCLUSION

L'opposition, liée à la méconnaissance de la volonté du défunt est la première cause de non-prélèvement.

Il faut donc en parler avant !