

LES SOIGNANTS A CŒUR OUVERT FACE AU PRELEVEMENT MULTI-ORGANES ET DE TISSUS



Samedi 25 novembre 2017

**Mme FRANCOIS Sarah, Mme GREINER Morgane, IBODES
Mme CARPINO Carole, IDE coordinatrice des dons d'organes**

« La transplantation d'organes a toujours soulevé **enthousiasme et inquiétude**, elle touche un tabou fondamental : la mort, questionne l'éthique, le sacré, fait craindre les dérives, repousse les limites du vivant, prolonge ou améliore la vie de certaines personnes. »



*Séminaire interrégional de sensibilisation au prélèvement et à la greffe
Approche psychologique
C. Boni, S. Dusautois, P. Tourmann,
2010*

« La présence d'un défunt au bloc opératoire **n'est pas habituelle**, la persistance des battements de son cœur, l'assimile toujours à une personne « vivante », enfin, le morcellement corporel imposé par le prélèvement reste un acte souvent **ressenti** comme transgressif par ceux qui y sont confrontés. »

*Dans le Dédale du don d'organes
C. Boileau
2002*

LES SOIGNANTS A CŒUR OUVERT FACE AU PRELEVEMENT MULTI-ORGANES ET DE TISSUS

1. Présentation du PMOT
 - Rappel de la loi
 - Situation type
2. Le PMOT face aux soignants
 - Ressentis
3. Pistes d'amélioration
 - Nécessité du PMOT
 - Conclusion



Les lois de bioéthique

- 1994 1ères lois de bioéthique :

Définition de la **mort encéphalique**

- ✓ Reprise du consentement présumé
 - ✓ Modalité d'expression du refus : RNR
 - ✓ Introduction du témoignage de la famille
-
- 2004 révision des lois de bioéthique :
- La famille est remplacée par les proches
-
- 2016 loi de modernisation de notre système de santé :
- Renforcement du principe du consentement présumé donc du RNR

LE CONSENTEMENT PRÉSUMÉ AU DON D'ORGANES ET DE TISSUS

Un principe fondateur depuis 40 ans

Trois principes fondamentaux régissent le don d'organes et de tissus en France, garantissant le respect de la dignité humaine :

- la gratuité du don, qui est un acte de générosité et de solidarité
- l'anonymat du don qui :
 - permet d'éviter toute pression psychologique, affective et financière entre la famille du donneur et le receveur
 - concourt à l'appropriation du greffon par le receveur
 - contribue au travail de deuil de la famille du donneur
- le consentement présumé pour le don d'organes et de tissus après la mort

Le principe de consentement présumé est ancien : il a été institué en 1976 par la loi dite Caillavet.

Dès cette époque, le législateur a fait le choix de la solidarité.

Ainsi, toute personne est considérée comme consentante au don d'organes et de tissus après sa mort dès lors qu'elle n'a pas fait connaître de son vivant son refus d'un tel prélèvement.

L'article 192 de la loi de modernisation de notre système de santé (Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016) ne change pas le principe du consentement présumé.

IL EST AU CONTRAIRE RENFORCÉ.

1976

LOI N°76-1181
DITE
CAILLAVET

Pose le principe du
CONSENTEMENT PRÉSUMÉ au don pour les majeurs capables

DÉCRET
N°78-501

Modalités d'expression du refus ou de l'autorisation de procéder aux prélèvements après décès

1978

1994

LOI DE
BIOÉTHIQUE
N°94-654

Reprise du principe du consentement présumé

- Ajout du registre national automatisé des refus comme un des supports d'expression du refus du prélèvement
- INTRODUCTION DU TÉMOIGNAGE DE LA FAMILLE pour connaître la volonté du défunt quand le médecin l'ignore

2004

LOI DE
BIOÉTHIQUE
LOI
N°2004-800

La "famille" est remplacée par les "PROCHES"
Le rôle des proches est précisé

Art L.1232-1 Art L.1232-2 Art L.1232-3

2011

LOI DE
BIOÉTHIQUE
LOI
N°2011-814

Aucune modification relative au principe du consentement présumé ou à l'abord des proches du défunt

2016

LOI DE
MODERNISATION
DE NOTRE
SYSTÈME DE
SANTÉ
LOI N°2016-41

Renforcement du principe du consentement présumé tout en maintenant l'accompagnement et le dialogue avec les proches

Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016

- Entrée en vigueur des nouvelles dispositions le 1^{er} janvier 2017
- Réaffirme les grands principes du dispositif actuel :
 - ✓ Consentement présumé/solidarité nationale
 - ✓ RNR = dispositif principal d'expression du refus
 - ✓ Inscription possible par internet, de tout ou partie des organes et tissus
- Les autres modalités d'expression du refus

✓ **Par écrit** dans un document **confié à un proche** :

- **Document daté, signé**, qui comporte le nom, prénom, date et lieu de naissance
- Si la personne est dans **l'impossibilité d'écrire** et de **signer mais en état d'exprimer son opinion**, **2 témoins** peuvent **rédiger** ce document et **attester** qu'il est **l'expression de sa volonté libre et éclairée**. Ils indiquent leur nom et qualité

Dans les 2 cas, le document est remis à la coordination

✓ Par oral

Un proche peut faire valoir le refus de prélèvement que la personne a manifesté **oralement de son vivant**. Il **retranscrit par écrit** ce refus en mentionnant précisément le **contexte** et les **circonstances** de son expression. Il date et signe le document, ainsi que la coordination.

Les grands principes des lois de bioéthique

- **Gratuité** du don : acte de générosité et de solidarité
- **Anonymat** : numéro CRISTAL
 - ✓ Eviter toute pression psychologique, affective et financière entre la famille du donneur et le receveur
 - ✓ Appropriation du greffon par le receveur
 - ✓ Travail de deuil de la famille du donneur
- **Consentement présumé**
- **Sécurité sanitaire** des prélèvements d'éléments du corps humain

Ne pas transmettre de maladie aux receveurs.

S'il y a une infection chez le donneur, il faut traiter le plus rapidement possible l'ensemble des receveurs.

Arrêté des bonnes pratiques sur PMO paru au Journal Officiel du 25/11/2015 : **Obligation d'un IBODE dans l'équipe chirurgicale de prélèvement d'organes et de tissus.**



Extrait : *II-1.3. Equipe de prélèvement*

La greffe est le résultat d'un processus qui débute par l'acte chirurgical de prélèvement du greffon. Ce prélèvement est réalisé par les chirurgiens au sein d'une équipe en nombre adapté au type de prélèvement, en présence :

- d'un médecin anesthésiste réanimateur (ou répondant aux conditions de l'article R. 1233-7 du CSP) ;*
- d'un(e) infirmier(e) anesthésiste diplômé(e) d'Etat (IADE) ;*
- **au moins d'un(e) infirmier(ère) de bloc opératoire diplômé(e) d'Etat (IBODE) ;***
- d'un ou plusieurs membres de l'équipe de coordination hospitalière.*



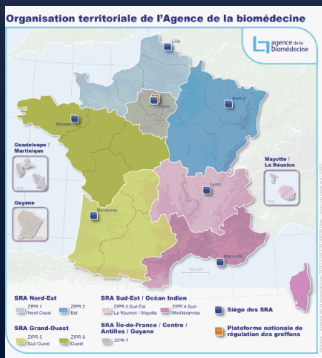
➤ Point de vue de l'IDE coordinatrice des dons d'organes et de tissus



J-2

J-1

J
PMOT



- J-2 : 25/12/2016

- ✓ Signalement d'un coma grave par l'urgentiste, TDMc puis avis neurochir
- ✓ Rencontre des proches dans la cadre d'un abord anticipé
- ✓ Transfert en réa : conditionnement du patient et réanimation d'attente

- J-1 : 26/12/2016

- ✓ Réalisation des examens en vue de qualifier les organes (bilans sanguins, bactériologiques, urinaires)
- ✓ Groupe, RAÏ, sérologies, HLA (délai de réponse de 5 heures)

✓ Recherche des signes cliniques de ME après vérification de l'absence de facteurs confondant :

absence de conscience, abolition des réflexes du tronc cérébral, **mais persistance** d'un réflexe de toux donc d'une ventilation spontanée

✓ Entretien avec la famille : relation d'aide, toujours favorable au don, mais trouve le temps long, aimerait entamer les démarches funéraires...

Enfin d'accord pour attendre 24h supplémentaires

- JOUR J : 27/12/2016

- ✓ Test d'hypercapnie réalisé dans la nuit
- ✓ Présentation du dossier à l'ABM
- ✓ Validation de principe et début de saisie dans CRISTAL
- ✓ Angioscanner + TAP à 15h30
- ✓ 16h45 : CR scanner => arrêt circulatoire
- ✓ Signature par 2 médecins d'UF différentes du PV de constat de mort
- ✓ Interrogation du RNR : 20 min pour réponse

- ✓ Appel du directeur de garde pour autorisation de pvt et appel du bloc pour pré-alerte
- ✓ Validation du dossier par l'ABM et début de la répartition à **18h**
- ✓ Foie accepté à **20h00** (situation exceptionnellement rapide !)
- ✓ Entrée bloc **22h30**

➤ Point de vue de l'IBODE Jour J

18h00 : connaissance du PMOT

22h30 : arrivée du donneur au bloc opératoire

23h30 : incision

00h30 : arrivée des différentes équipes

Prélèvements des différents organes

Départ des équipes

2h30 : préparation des reins

Fermeture

Toilette mortuaire



RESSENTIS ET REPRESENTATION DES PMOT

Redondances dans le vécu des soignants face au PMOT :
AVANT, PENDANT et APRES l'acte opératoire



« Oh non pas un PMO ! »

STRESS

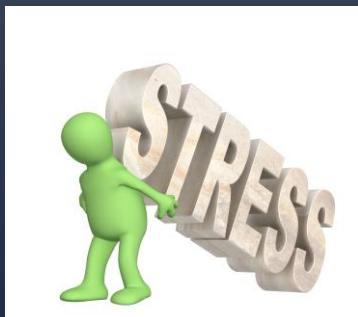
AGACEMENT

EPUISEMENT

AGITATION

ABANDON

TOILETTE MORTUAIRE



GENE PSYCHOLOGIQUE +++

TRANSFERT /
IDENTIFICATION

NOTION DE LA
MORT

PREPARATION / PERSONNES RESSOURCES



« Ça m'a fait un choc, je n'avais pas réalisé qu'il était mort »

REUNIONS / TABLE RONDE

- Exprimer
- Partager
- Etre écouté, rassuré
- Discuter
- Echanger



→ reconnaissance du travail de chacun

FORMATION

- Dédramatiser
- Connaître
- Comprendre
- Réponses
- Précisions
- Echanger
- Partager
- Rassurer



ASPECTS POSITIFS

Notion du **DON** d'organes, acte de **VOLONTARIAT**, respect du **CHOIX** du donneur avant son décès

Chance

Recevoir

Donner

Sauver

Amour

Générosité



Merveilleux

Extraordinaire

Survie

Utile

CONCLUSION

En France, pour l'année 2016 :

- **5 891** transplantations réalisées
- **22 617** personnes inscrites sur liste d'attente d'organes

Dans le cas du CHR de Metz-Thionville (2016) :

- 19 PMOT soit 58 organes prélevés
- 13 prélèvements d'épiderme
- 7 cœurs pour valves
- 3 prélèvements vaisseaux
- 65 prélèvements de cornées (130)



UNAIBODE : Livret sur les bonnes pratiques des PMOT

**LES SOIGNANTS A CŒUR OUVERT
FACE AU PRELEVEMENT MULTI-ORGANES ET
DE TISSUS**



Merci de votre attention