

# Recommandations sur l'information et l'abord des proches des donneurs potentiels d'organes et de tissus décédés après arrêt cardiaque (DDAC), dans l'optique d'un prélèvement

Next of kin approach and information to be delivered during the process of donation after uncontrolled circulatory death



Agence de la biomédecine  
Société française d'anesthésie et de réanimation (SFAR)  
Société française de médecine d'urgence (SFMU)  
Société de réanimation de langue française (SRLF)  
Samu–Urgences de France

© SFMU et Springer-Verlag France 2011  
Reçu le 4 août 2011 ; accepté le 6 août 2011

## Membres du groupe de travail :

Renaud Gruat (Pontoise), François Mourey (Lyon), Mathieu Raux (Paris), Benoît Vivien (Paris), René Robert (Poitiers), Alexis Burnod (Clichy), Olivier Dubosc de Pesquidoux (Lyon), Fabienne Fieux (Paris), Laurence Guezenc (Rennes), Jean Paul Jacob (Angers), Patrick Jambou (Nice), Florence Gruat (Pontoise), Liliane Joseph (Le Kremlin Bicêtre), Geneviève Haettel (Strasbourg), Jocelyne Henseler (Nice), France Roussin (Paris), Charlotte Chollet (Créteil), Estelle Legear (Nantes), François Dupas (Pontoise), Sandrine Duranton (Val d'Oise), Sandrine Paquin (Paris), Thierry Schwetterle (Val d'Oise), Marie Thuong (Saint-Denis).

## Introduction

Après plusieurs années d'activité de prélèvements d'organes et de tissus chez des donneurs décédés après arrêt cardiaque (DDAC), il est apparu nécessaire de répondre à certaines interrogations des professionnels de santé impliqués dans cette activité concernant l'information et l'abord des proches. Pour répondre à cet objectif, l'Agence de la biomédecine a mis en place un groupe de travail afin de proposer des recommandations sur cette question. Afin que ces recommandations soient les plus consensuelles possibles, ce groupe a réuni des professionnels de santé impliqués (coordinations hospitalières, services départementaux d'incendie et de secours) ainsi que des représentants des sociétés savantes concernées (SFMU, SFAR, SRLF et Samu–Urgences de France).

La prise en charge d'un sujet en arrêt cardiaque a fait l'objet de recommandations nationales et internationales par les sociétés savantes ou d'experts sur les moyens de réanimation à mettre en œuvre [1–3]. La priorité de la prise en charge initiale des patients en arrêt cardiaque est, par essence, à visée thérapeutique. Ainsi, chaque fois qu'un espoir, même minime, existe, la question du don d'organe

M. Thuong (✉)  
Agence de la biomédecine, direction médicale et scientifique,  
1, avenue du Stade-de-France,  
F-93212 Saint-Denis-la-Plaine cedex, France  
e-mail : marie.thuong@biomedecine.fr

ne se pose pas et n'a donc pas de raison d'être évoquée avec les proches, s'ils sont présents. L'absence d'une reprise d'activité cardiaque spontanée au-delà d'une durée minimum de 30 minutes de réanimation spécialisée définit l'arrêt cardiaque réfractaire [4].

À l'instar de plusieurs pays, la France a décidé de reprendre le programme de prélèvement d'organes sur DDAC dans le cadre de la stratégie visant à améliorer l'accès des patients en attente de greffe [5], tenant compte des résultats obtenus dans les pays ayant développé cette activité depuis les années 1990 [6]. Pour tout prélèvement d'organes et de tissus, la loi de bioéthique [7] impose la recherche de l'absence d'opposition de la personne décédée par la consultation du registre national des refus et par un entretien avec ses proches recherchant la non-opposition au don de ses organes et de ses tissus de son vivant. Le protocole national de prélèvements d'organes sur sujets décédés après arrêt cardiaque répond aux termes de la loi [5]. La principale contrainte réside dans le conflit entre le nécessaire besoin de temps pour l'annonce du décès, l'évocation du don et les délais qu'impose la procédure. En pratique, celle-ci concerne essentiellement les arrêts cardiaques extrahospitaliers. Les recommandations de la Société française de médecine d'urgence et du Samu de France, rédigées en 2006 [8], avant le démarrage de cette activité, suggéraient de ne pas annoncer en préhospitalier le décès et le transfert du défunt pour prélèvement d'organes. Or, l'expérience acquise ces dernières années a montré que, de plus en plus souvent, les équipes médicales préhospitalières abordent spontanément et naturellement la question du don dans un souci de vérité, de loyauté et de transparence. Ces équipes ont souhaité être aidées dans cette démarche par la rédaction de nouvelles recommandations.

L'objectif de la révision de ces recommandations est de préciser l'information, dans la phase préhospitalière, délivrée aux proches d'un patient décédé d'un arrêt cardiaque sur l'éventualité d'un prélèvement d'organes et d'en préciser ses modalités. À la révision de ces recommandations s'appliquant lors de la phase préhospitalière viennent s'ajouter des recommandations applicables en intrahospitalier. Cette révision n'impose pas au médecin préhospitalier de rechercher la position du défunt vis-à-vis de la question du prélèvement. Cet entretien sera conduit en milieu hospitalier par le praticien en charge du patient et par la coordination hospitalière responsable du prélèvement d'organes et de tissus.

### **Abord et information des proches en préhospitalier**

L'abord et l'information des proches dans le cadre des prélèvements d'organes sur des DDAC constituent une phase essentielle de la procédure pour l'équipe médicale et

paramédicale du Smur intervenant en préhospitalier. Une conduite à tenir simple et standardisée ne peut être définie tant chaque situation clinique rencontrée en pratique est différente.

L'objectif premier de l'équipe médicale est avant tout thérapeutique. La réanimation cardiorespiratoire doit être mise en œuvre sans délai et répondre strictement aux recommandations nationales et internationales en vigueur concernant la prise en charge de l'arrêt cardiorespiratoire [1–3].

En l'absence de recours à une assistance circulatoire thérapeutique, décision prise par le médecin du Smur en accord avec le médecin régulateur du Samu [9] et en cas d'échec de la réanimation préhospitalière, la procédure de prélèvements d'organes sur DDAC doit être immédiatement envisagée, en l'absence de contre-indication connue.

L'annonce du décès d'un patient jeune et considéré en bonne santé, dans le contexte des urgences préhospitalières, est toujours extrêmement délicate, dans un climat chargé d'émotion. Le cadre spécifique de la procédure de prélèvement ajoute des contraintes supplémentaires liées au temps et au caractère hautement technique de la prise en charge. Aujourd'hui, la pratique des équipes de Smur montre que l'annonce du décès, rapidement suivie de l'abord de la question du don d'organes et de la nécessité du transport vers un hôpital parfois éloigné, tout en continuant le massage cardiaque externe, peuvent être évoqués en préhospitalier. En pratique, deux situations sont possibles :

- des proches sont présents sur les lieux de l'intervention ;
- il n'y a pas de proches sur place.

### **Situation 1 : Des proches sont présents sur les lieux de l'intervention**

#### *Informations données aux proches pendant la phase de réanimation*

Une information explicite et adaptée respecte la dignité de la personne soignée et de ses proches. Les mots utilisés doivent être compréhensibles et les explications données simples et sans ambiguïté [10]. Selon les circonstances, des proches peuvent souhaiter être présents pendant les manœuvres de réanimation. Dans tous les cas, il est essentiel de ne pas les laisser sans information. Dès les premiers gestes de réanimation réalisés, un court entretien avec les proches est nécessaire afin d'annoncer la gravité de la situation. Le médecin informe les proches de l'arrêt cardiaque en explicitant les manœuvres de réanimation entreprises. Tout au long de la prise en charge, chaque fois que possible, de courts entretiens sont réalisés afin d'informer les proches sur l'évolution et le pronostic. En cas d'échec de la réanimation préhospitalière, le médecin annonce la mort du patient en réunissant les proches, si possible dans un endroit calme et isolé.

### *Informations données aux proches après la phase de réanimation*

La pratique des équipes préhospitalières montre que, dans ce contexte, la question du don d'organes peut être abordée sur place. Il est donc recommandé, après avoir annoncé le décès, d'informer les proches sur la possibilité d'un don d'organes. Une explication est donnée sur le transfert vers un hôpital habilité<sup>1</sup>, la poursuite du massage cardiaque et les contraintes de temps. On peut envisager, à titre d'exemple, après une annonce du décès, la formulation suivante :

« Dans cette situation, votre proche pourrait faire don de ses organes pour des malades en attente de greffe. Nous vous proposons de le conduire vers un hôpital habilité à vérifier cette possibilité. C'est la raison pour laquelle nous n'arrêtons pas le massage cardiaque. Je vous propose de vous rendre dans les plus brefs délais à l'hôpital pour rencontrer les équipes de coordination de don d'organes et prendre le temps d'en discuter avec elles ».

Toutefois, dans certaines circonstances, le médecin préhospitalier peut juger qu'une information satisfaisante ne peut être reçue ou délivrée ou que les interlocuteurs idoines ne sont pas présents. Dans ces circonstances, le transfert vers l'hôpital référent où l'information appropriée pourra être délivrée et reçue peut être acceptable.

Afin d'optimiser le temps de procédure, le médecin doit, chaque fois que cela est possible, avant de quitter les lieux d'intervention, être en possession d'un document attestant de l'identité du défunt ainsi que des noms et coordonnées des proches présents sur place, et inviter ces derniers à se rendre rapidement à l'hôpital habilité. Toutes les informations utiles sont ensuite transmises à l'équipe hospitalière.

En cas d'opposition des proches au transfert, le défunt est laissé sur place, et les mesures d'accompagnement habituelles des proches sont poursuivies. Dans certains cas, si les proches semblent ne pas comprendre ou ne peuvent se prononcer, il leur est proposé de transporter le défunt vers un hôpital habilité.

### **Situation 2 : Absence des proches sur les lieux de l'intervention**

En cas d'absence des proches, la personne décédée, considérée comme un donneur d'organes potentiel, est transportée vers un hôpital habilité. Afin d'optimiser le temps de procédure, le médecin doit, chaque fois que cela est possible, avant de quitter les lieux de l'intervention, être en possession d'un document attestant de l'identité du défunt,

1. En effet, seuls les hôpitaux ayant signé une convention avec l'Agence de la biomédecine sont habilités à recevoir ces donneurs potentiels. Les proches peuvent ne pas comprendre que le transport soit effectué dans un centre hospitalier éloigné du domicile ou du lieu du décès.

des noms des personnes à contacter ainsi que du numéro de téléphone du commissariat (ou de la gendarmerie) habilité à s'occuper de la recherche des proches. Toutes les informations utiles sont ensuite transmises à l'équipe hospitalière qui se chargera alors, secondairement, de l'information des proches. Si les coordonnées des proches ne sont pas disponibles et si les forces de l'ordre sont présentes, il leur est demandé de lancer une recherche et d'en transmettre les résultats à la coordination hospitalière de l'hôpital concerné dans les plus brefs délais. Dans le cas où les proches pourraient être finalement joints par téléphone, le médecin préhospitalier délivre, au cas par cas, l'information adaptée qui peut être entendue.

### **Abord, prise en charge et accompagnement des proches à l'hôpital**

L'accompagnement des proches, dans un certain nombre de cas initiés en préhospitalier, est fondamental tout au long du processus de prise en charge. Dès leur arrivée, les proches doivent être accueillis dans des locaux adaptés (salle d'accueil des familles). Dès que possible, ils seront reçus par un membre de l'équipe de coordination hospitalière et par le médecin en charge de la personne potentiellement donneuse d'organes. Les proches doivent toujours se sentir entourés. Trois situations peuvent se présenter.

#### **Les proches ont été informés en préhospitalier (sur place ou par téléphone)**

La transmission des informations échangées sur place entre les proches et l'équipe préhospitalière est essentielle. Elle concerne notamment : l'identité du défunt, les coordonnées des proches et leurs liens avec la victime, leur éventuel délai d'arrivée à l'hôpital, les modalités d'annonce du décès et de sa cause probable, l'évocation du don d'organe, les réactions des proches vis-à-vis du don. Le plus rapidement possible, l'équipe hospitalière accueille les proches, écoute ce qu'ils ont compris de la situation puis complète l'information délivrée en préhospitalier. L'annonce du décès est, ensuite, systématiquement reformulée aux proches. Après un délai laissé à l'appréciation de l'équipe, l'interrogation du registre national des refus est réalisée, et la non-opposition du défunt de son vivant au don d'organes et de tissus est recherchée auprès des proches. Quelle que soit la réponse donnée, ces derniers doivent être informés de la mise en place des techniques nécessaires à la préservation des organes dès lors qu'elles ont été initiées. Tout au long de la procédure, l'équipe hospitalière accompagne les proches. Elle leur propose de voir le défunt.

## Les proches n'ont pas été informés en préhospitalier (ni sur place ni par téléphone)

Le plus rapidement possible, l'équipe hospitalière accueille les proches, s'enquiert des informations déjà reçues et de leur compréhension de la gravité de la situation. Elle leur annonce la survenue d'un arrêt cardiaque, leur explique ses circonstances et l'échec des manœuvres de réanimation. Le décès est ensuite annoncé aux proches. Après un délai laissé à l'appréciation de l'équipe, l'interrogation du registre national des refus est réalisée, et la non-opposition du défunt de son vivant au don d'organes et de tissus est recherchée auprès des proches. Quelle que soit la réponse

donnée, ces derniers doivent être informés de la mise en place des techniques nécessaires à la préservation des organes dès lors qu'elles ont été initiées. Tout au long de la procédure, l'équipe hospitalière accompagne les proches. Elle leur propose de voir le défunt.

## Les proches ne peuvent se rendre à l'hôpital dans les délais impartis, mais sont joignables par téléphone

En s'entourant des précautions habituelles, permettant de s'assurer de la légitimité de l'interlocuteur, l'information peut être délivrée et l'entretien conduit par téléphone, au cas par cas. Quelle que soit la réponse donnée par les proches, il leur est proposé de venir rencontrer l'équipe de coordination hospitalière quand ils le souhaitent.

**Tableau 1.** Résumé des recommandations

- La phase initiale de la prise en charge d'un arrêt cardiorespiratoire a toujours un objectif thérapeutique
- L'absence de reprise d'une activité cardiaque spontanée au-delà d'une durée minimum de 30 minutes d'une réanimation bien menée définit l'arrêt cardiaque réfractaire
- Les recommandations en vigueur concernant les indications de l'assistance circulatoire thérapeutique doivent être connues de tous les médecins de Samu et de Smur
- Les critères d'inclusion et d'exclusion permettant la mise en œuvre du protocole national de don d'organes chez des donneurs potentiels décédés après arrêt cardiaque (DDAC) doivent être connus de tous les médecins de Samu et de Smur
- En préhospitalier, en l'absence de recours à une assistance circulatoire thérapeutique et en cas d'échec de la réanimation cardiopulmonaire, la procédure de prélèvement d'organes sur DDAC doit être immédiatement envisagée, en l'absence de contre-indication connue
- Si des proches sont présents, une information explicite et adaptée respectant la dignité de la personne soignée doit être donnée. Les mots utilisés doivent être compréhensibles et les explications données simples et sans ambiguïté
- Si des proches sont présents, l'annonce du décès, suivie de l'abord de la question du don d'organe et la nécessité du transport vers un hôpital parfois éloigné peuvent être évoqués en préhospitalier
- En l'absence des proches, la personne décédée, considérée comme un donneur potentiel doit être conduite rapidement vers un hôpital habilité à pratiquer de tels prélèvements

## Références

1. Société française d'anesthésie et de réanimation–Société de réanimation de langue française (2006) Recommandations formalisées d'experts. Prise en charge de l'arrêt cardiaque. <http://www.sfar.org/article/91/prise-en-charge-de-l-rsquo-arret-cardiaque-rfe-2006>
2. Nolana JP, Soarb J, Zidemanc DA, et al (2010) European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2010, Section 1. Executive summary. *Resuscitation* 81:1219–76
3. Field JM, Hazinski MF, Sayre MR, et al (2010) Part 1: Executive Summary 2010, American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. *Circulation* 122:S640–S56
4. Société de réanimation de langue française (2007) Position de la Société de réanimation de langue française (SRLF) concernant les prélèvements d'organes chez les donneurs à cœur arrêté. *Réanimation* 16:428–35
5. Antoine C, Brun F, Tenaillon A, et al (2008) Organ procurement and transplantation from non-heart-beating donors. *Nephrol Ther* 4:5–14
6. Domínguez-Gil B, Haase-Kromwijk B, Van Leiden H, et al (2011) Current situation of donation after circulatory death in European countries. *Transpl Int* 24:676–86
7. Loi n° 2004-800 du 6 août 2004 relative à la bioéthique. *Journal officiel* du 7 août 2004
8. Société française de médecine d'urgences (2006) Le transfert des patients à « cœur arrêté ». [http://www.sfm.org/fr/formation/mise\\_au\\_point/voir/?id=10](http://www.sfm.org/fr/formation/mise_au_point/voir/?id=10)
9. Riou B, Adnet F, Baud F, et al (2009) Recommandations sur les indications de l'assistance circulatoire dans le traitement des arrêts cardiorespiratoires. *Ann Fr Anesth Reanim* 28:182–90
10. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. *Journal officiel* du 5 mars 2002