

Place des services d'urgences dans le prélèvement d'organes et de tissus

The Role of Emergency Medicine in Organ and Tissue Donation

J. Charpentier · M. Solagne · R. Bronchard · F. Dumas

Reçu le 26 juillet 2017 ; accepté le 30 août 2017
© SRLF et Lavoisier SAS 2017

Résumé La greffe d'organe sauve des vies. Malgré de bons résultats en France, il y a encore beaucoup de patients en liste d'attente. Pour augmenter l'activité de greffe, la détection de donneurs potentiels est une étape importante à laquelle les services d'urgences peuvent participer activement avec un potentiel certain mais qui reste à préciser car il dépend des structures et des organisations locales. Une collaboration avec les coordinations hospitalières de prélèvements d'organes et de tissus et une évaluation de l'activité sont des éléments essentiels.

L'« abord anticipé » des proches d'un patient susceptible d'évoluer vers un état de mort encéphalique et le prélèvement d'organe(s) chez des donneurs décédés après arrêt circulatoire dans les suites d'un arrêt des thérapeutiques sont des pistes à explorer.

Des propositions d'actions à mener sont faites pour homogénéiser et améliorer encore l'implication des services d'urgences dans le prélèvement d'organe(s) et/ou de tissu(s).

Mots clés Don d'organe · SAU · Services d'urgence · Prélèvements d'organe · Abord anticipé · Donneurs décédés après arrêt cardiaque

Abstract Organ transplantation saves lives. Despite good results in France, there are still many patients on the waiting

J. Charpentier (✉)

Service de médecine intensive réanimation, hôpital Cochin,
AP-HP, 27, rue du Faubourg Saint-Jacques,
F-75014 Paris, France
e-mail : julien.charpentier@aphp.fr

J. Charpentier · M. Solagne

Coordination des prélèvements d'organes et de tissus,
hôpital Cochin, AP-HP, Paris, France

R. Bronchard

Agence de la biomédecine,
direction prélèvement greffe organes-tissus, Malakoff, France

F. Dumas

Service des urgences, hôpital Cochin, AP-HP, Paris, France

list. In order to increase transplant activity, detection of potential organ donors is an important step in which emergency department can actively participate. The potentiality of these units is unknown as it depends on local structures and organizations. Collaboration with transplant coordinators and assessment of the activity are essential.

The “anticipated approach” of the relatives of a patient likely to become brain dead and donors died after circulatory arrest after withdrawing life-sustaining therapy are some fields to be explored.

Proposals for action are being taken to improve the involvement of emergency departments for organ donation.

Keywords Tissue and organ procurement · Organ transplantation · Organ donation · Emergency medicine · Donation after cardiac death

Introduction

La greffe d'organe reste le seul traitement pour certaines défaillances terminales d'organe. En France, le nombre de prélèvements d'organes par million d'habitants (pmh) est de 27 en 2016. La France peut se féliciter de figurer parmi les cinq premiers pays du monde en nombre de pmh, l'Espagne étant le « leader mondial » avec 40 pmh. Les chiffres importants de l'Espagne sont liés à différents facteurs : une bonne organisation territoriale avec de nombreux personnels de coordination hospitalière dans les établissements de soins (majoritairement médecins), une formation importante de ces personnels (notamment dans l'abord des proches), une communication nationale et internationale de l'activité concernant le nombre de prélèvements (qui est supérieur aux greffes réalisés, ce qui n'est pas le cas en France). L'augmentation récente est liée au développement rapide des prélèvements d'organe(s) des donneurs décédés après arrêt circulatoire (DDAC) de la catégorie 3 de la classification de Maastricht (voir chapitre « Perspectives ») [1,2].

La majorité des donneurs sont des patients décédés suite à un état de mort encéphalique alors que les autres sources de donneurs sont représentées par les donneurs vivants (de rein quasi exclusivement ; environ 16 % en 2016) et les donneurs décédés après arrêt circulatoire mais en augmentation depuis le démarrage de l'activité de prélèvement d'organe après arrêt des thérapeutiques actives de la catégorie 3 de la classification de Maastricht. Le nombre de greffes a augmenté de 30 % en dix ans avec 5896 greffes réalisées en France en 2016 grâce notamment à la mise en place de personnels dédiés à cette activité, les Coordinations Hospitalières de Prélèvement d'Organe et de Tissu (CHPOT). Ces coordinations sont constituées de médecins et d'infirmiers ayant une formation spécifique pour cette activité. Cependant, 15 447 personnes étaient inscrites sur la liste nationale d'attente au 1^{er} janvier 2017 et cette pénurie est responsable notamment de 531 décès sur la liste d'attente en 2016 [1].

Pour améliorer le nombre de prélèvements effectués, différentes actions sont menées au niveau national par l'Agence de la biomédecine dont les objectifs sont les suivants : augmentation du nombre de donneurs vivants, de donneurs décédés après arrêt cardiaque, diminution du taux de refus, amélioration du recensement des donneurs potentiels en état de mort encéphalique. L'amélioration du recensement passe par la sensibilisation, l'information et l'accompagnement des équipes médicales susceptibles de prendre en charge ce type de patient : réanimation, neurologie, urgences, etc.

Même si les missions habituelles des services d'accueil des urgences (SAU) sont plutôt centrées sur les soins à court terme, en regardant la répartition des causes de mort encéphalique en France, il apparaît que les SAU sont au centre de la prise en charge de nombreux donneurs potentiels (Fig. 1).

Pour aboutir à un prélèvement d'organe(s) ou de tissu(s), différentes étapes sont nécessaires : identification des donneurs potentiels, diagnostic de la mort encéphalique, abord

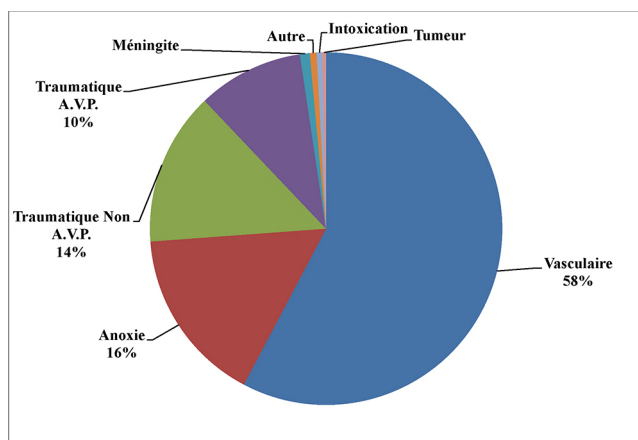


Fig. 1 Répartition des causes de décès des donneurs en France en 2016

des proches, prise en charge du donneur (évaluation et optimisation), organisation du prélèvement, etc.

Nous ne détaillerons pas ici la prise en charge d'un donneur potentiel (diagnostic, gestion, bilan, etc.) car il n'y a pas de spécificité aux urgences et qu'il existe des recommandations nationales [3,4].

L'objectif de cet article est de mettre en avant le rôle des équipes soignantes des SAU dans la détection des donneurs potentiels et l'abord des proches mais aussi de proposer des perspectives d'amélioration pour de cette activité.

Détection des donneurs potentiels au SAU

Le point de départ d'une démarche en vue d'un don d'organe (s) et /ou de tissu(s) débute par la détection des donneurs potentiels qui sont pris en charge dans les services d'urgence.

Les patients présentant un accident vasculaire cérébral ou un traumatisme crânien sont fréquemment pris en charge dans les SAU, même si leur nombre est fonction du recrutement du service d'urgence et de l'organisation locale.

Bien évidemment, avant d'évoquer le don d'organe(s) et/ou de tissu(s), les soins réalisés ont pour objectif le diagnostic, la prise en charge thérapeutique et l'orientation adaptée du patient. Cependant, il est important, devant un patient qui présente une dégradation neurologique, de pouvoir évoquer une évolution vers un état de mort encéphalique et donc la possibilité d'un don d'organe(s) et/ou de tissu(s).

Cette attitude peut poser des problèmes éthiques, notamment dans des structures où les personnels sont peu habitués à ce type d'activité. Les établissements de santé doivent, depuis la loi de bioéthique du 6 août 2004, appartenir à un réseau de prélèvements qui va permettre la mise en relation entre le médecin des urgences et une CHPOT [5]. Le simple appel de la CHPOT ne signifie pas que la prise en charge du patient va changer mais permet de ne pas méconnaître la possibilité d'évolution vers un état de mort encéphalique et donc de réalisation d'un don d'organe(s) et/ou de tissu(s) dans la discussion autour du projet de soin.

L'organisation des services d'urgence en France est variable en fonction des hôpitaux. Dans certains établissements, la prise en charge des patients présentant une détresse vitale est rapidement réalisée par le service de réanimation, avec éventuellement un transfert vers une autre structure alors que dans d'autres, cette prise en charge est effectuée au SAU.

En fonction de l'organisation locale, la détection d'un donneur potentiel peut se faire à différents moments : appel de la coordination dès la prise en charge d'un coma grave ou au contraire uniquement devant un patient intubé/ventilé pour lequel les soins sont considérés comme futiles et la famille informée. Ces différences de critères rendent la

comparaison des publications difficile, la définition d'un donneur potentiel étant alors « variable ». Il existe néanmoins des définitions anglosaxonnes utilisables [6]. Un *Possible deceased organ donor*, que l'on pourrait traduire par un « Possible donneur d'organe après le décès » est défini comme « un patient atteint d'une lésion cérébrale dévastatrice ou d'une défaillance circulatoire, semblant médicalement éligible pour le don d'organes ». Détecter ce type de patient est le meilleur moyen d'être certain de ne pas manquer de donneur potentiel mais oblige à en suivre beaucoup qui ne le seront finalement pas. D'autre part, le concept d'*Elective ventilation* consiste à mettre en place une ventilation mécanique chez un patient en attendant l'évolution vers un état de mort encéphalique, dans le but exclusif du don. Cette pratique s'intègre dans une démarche anticipée (Voir chapitre « Perspectives »).

Une analyse rétrospective menée aux États-Unis et publiée en 2009 met en évidence que les donneurs potentiels identifiés à partir des services d'urgences, permettent d'aboutir plus souvent à un don que les donneurs de réanimation [7]. Pendant 45 mois, depuis janvier 2005, tous les donneurs potentiels identifiés par le centre régional de prélèvement regroupant 78 hôpitaux de différentes régions proches de la Virginie aux États-Unis ont été analysés. Un donneur était identifiable lorsqu'il présentait un des critères suivants : score de Glasgow ≤ 4 , décision d'arrêt de la ventilation mécanique ou abord des proches en vue d'un don d'organe(s). Alors que 717 patients ont été identifiés au SAU, 6014 l'ont été en réanimation. Leurs caractéristiques n'étaient pas identiques. Au SAU, les patients étaient plus jeunes (52 ans vs 59 ans), et le motif d'admission était plus fréquemment lié à une atteinte cérébrale ou traumatique (35 et 15 % respectivement) alors que pour les patients de réanimation, la cause était le plus souvent cardiopulmonaire (33 %).

La démarche aboutissait chez 15,5 % des donneurs identifiés depuis les SAU vs 5,9 % en réanimation. Cette différence est liée à plusieurs facteurs présents au SAU : patients plus jeunes avec moins de comorbidités, plus fréquemment « médicalement » prélevables, avec des pathologies plus fréquemment à l'origine d'état de mort encéphalique. De plus, la plupart des patients de réanimation meurent sous ventilation mécanique sans avoir évolué vers un état de mort encéphalique. Il n'y avait aucun effet sur le taux d'opposition. La différence n'est plus significative si l'analyse est réalisée sur le sous-groupe des patients considérés comme « médicalement » prélevables.

Un autre travail du même type, également réalisé aux États-Unis, montre que les donneurs potentiels identifiés via le service d'urgence aboutissent plus souvent à un prélèvement et que plus d'organes sont prélevés [8]. Dans cette étude rétrospective, les auteurs ont analysé les dossiers de 7437 donneurs potentiels (patients traités par ventilation mécanique avec une agression cérébrale grave pour laquelle

un arrêt de la ventilation est envisagé) provenant de 81 hôpitaux, signalés à l'office régional entre 2007 et 2012. Ils ont comparé les donneurs potentiels provenant des services d'urgence (n=243) aux donneurs provenant des réanimations (n=7194). Il apparaît que les donneurs potentiels identifiés dans le service d'urgence aboutissent plus souvent à un prélèvement d'organe (19,3 % vs 5,2 %) et permettent de prélever plus d'organes (en moyenne 3,79 vs 3,16 organes par donneur). Ce travail présente globalement les mêmes limites que l'article précédent : il s'agit d'une étude rétrospective, les patients des urgences sont plus jeunes et plus fréquemment admis pour un traumatisme.

Parmi les moyens d'améliorer la détection des donneurs potentiels, une étude rétrospective réalisée dans un hôpital en Angleterre a testé l'effet d'un infirmier de coordination dédié pour l'hôpital [9]. Ses missions étaient de faire le lien entre les équipes des réanimations et des urgences pour permettre une identification et une prise en charge précoce des donneurs potentiels. Il avait aussi pour rôle la sensibilisation et la formation des personnels de l'hôpital.

Sur deux périodes de 12 mois consécutives à partir de mars 2008, les dossiers des patients pris en charge dans le service des urgences ont été analysés. Sur la période de l'étude, 156 401 patients ont consulté aux urgences avec 311 décès (0,2 %). Après la mise en place de l'infirmier de coordination, le nombre de donneurs potentiels signalés (patient intubé-ventilé pour lequel une extubation est envisagée) est passé de 3 à 26 et le nombre de donneurs prélevés de 0 à 2. Même si ces résultats sont encourageants, les auteurs montrent qu'il y a encore environ 130 patients non signalés au cours de la deuxième période.

En 2012, Le Conte et al. ont publié le résultat d'une étude observationnelle sur deux mois dans 174 services d'urgence en France et en Belgique [10]. Sur les 2420 décès survenant dans les SAU durant la période d'analyse, 17 % des patients meurent d'une cause neurologique et 7 % de tous les décès ne présentaient pas de contre-indication, a priori, au don d'organe (âge inférieur à 85 ans, pas d'histoire de cancer, d'insuffisance rénale ou créatininémie inférieure à 110 $\mu\text{mol/L}$). Les auteurs mettent en évidence un âge moyen de 75 ans et que 93 % de ces patients décèdent dans la suite d'une limitation ou d'un arrêt des thérapeutiques actives. La possibilité du don n'avait pas été évoquée. Les auteurs concluent sur l'importance d'une collaboration entre les services d'urgence, les équipes de coordination et de réanimation pour augmenter le nombre de donneurs potentiels identifiés.

En France, les données nationales provenant des donneurs identifiés sont colligées dans le logiciel Cristal géré par l'Agence de la Biomédecine. Cependant, les informations concernant le service d'identification initial n'est pas exploitable directement. Une analyse manuelle des dossiers des donneurs identifiés en janvier 2017 (n=158) sur toute la

France montre que 15,8 % ont été identifiés dans un service d'urgence. (Tableau 1) (données non publiées).

Il apparaît évident que les services d'urgences ont un rôle important dans l'identification précoce des donneurs potentiels. Ces données doivent être analysées avec prudence car certains éléments sont à prendre en considération. Le nombre réel de donneurs potentiels pris en charge dans les services d'urgences et la potentialité ne sont pas connus et sont probablement très variables d'un service à l'autre (voir chapitre « Perspectives »). Certains patients âgés pourraient être identifiés comme des donneurs potentiels, mais en l'absence de projet thérapeutique aux urgences, ces patients sont transférés dans des secteurs de court ou de moyen séjours et ne sont jamais considérés comme des donneurs potentiels. Enfin, l'implication des équipes (urgences, coordination, réanimations) est assez hétérogène d'un établissement à l'autre.

Par ailleurs, au-delà de l'activité de prélèvement d'organe (s), les patients décédés dans les services d'urgences (comme dans le reste de l'hôpital) sont des donneurs potentiels de tissus et notamment de cornée. Même s'ils sont identifiés a posteriori en chambre mortuaire par la coordination hospitalière, la collaboration avec le personnel des urgences est nécessaire pour la validation du donneur et le contact avec les proches.

Accompagnement des proches

Une des difficultés importantes en France pour aboutir à un prélèvement d'organe est représentée par le taux d'opposition. Depuis de nombreuses années, le taux d'opposition reste stable malgré les campagnes nationales. La modification récente de la loi a simplement renforcé le principe du consentement présumé (qui existe depuis 1976) [11].

Dans la situation où un état de mort encéphalique (au moins clinique) est posé, les proches doivent être rencontrés pour rechercher si le défunt s'était opposé de son vivant au don d'organe(s) et/ou de tissu(s).

L'entretien avec les proches, pour évoquer le don aux urgences, doit suivre les recommandations de bonnes pratiques éditées par l'Agence de la biomédecine [12].

Service d'identification	%
Réanimations	63,3
SAU	15,8
Neurovasculaire	12,7
Neurochirurgie	6,3
Médecine ou autre	1,9

Cet entretien a deux objectifs : annoncer la mort et rechercher la non-opposition du défunt. Il doit se faire en présence de la coordination hospitalière ou au minimum en présence d'une personne formée à cet entretien.

Cet entretien est rendu difficile par différents facteurs :

- le contexte de l'urgence. La rapidité de survenue des événements peut poser un problème de temporalité aux proches. La mort de leur proche doit être « acceptée » avant de pouvoir évoquer le don d'organe. Le processus de deuil doit avoir démarré ;
- l'inexpérience et/ou le manque de formation (réel ou ressenti) de certains professionnels des urgences sur cette thématique (sûrement hétérogène en fonction des personnes et des services) ;
- la multiplicité des intervenants potentiels tout au long de la prise en charge dans le service des urgences.

La présence de la coordination permet de pallier le manque d'expérience et d'assurer l'accompagnement tout au long de la démarche.

Pour faciliter cette démarche, certaines étapes sont importantes :

- accompagnement des proches depuis l'admission au SAU avec informations régulières sur la gravité de la situation, les examens, les traitements réalisés et le risque de décès. Cet accompagnement est identique à celui réalisé habituellement, mais un défaut dans la communication risque de compliquer l'adhésion des proches au projet de don ;
- discussion du projet de soins en amont par l'équipe des urgences ;
- *briefing* entre le médecin des urgences et la coordination hospitalière. Cela permet à la coordination d'avoir une bonne connaissance du dossier et du contexte familial. Cela permet aussi de préparer l'entretien, notamment en répartissant les rôles. Ceci nécessite un appel précoce de la CHPOT ;
- respecter les deux temps de l'entretien : annonce du décès par le médecin puis recherche de la non-opposition au don.

Il est toutefois possible de devoir rencontrer les proches d'un patient ayant une agression cérébrale grave qui pourrait évoluer vers un état de mort encéphalique sans que ce diagnostic ne soit encore posé. Dans ce cas, il est envisageable sous certaines conditions de réaliser un « abord anticipé ». Cette démarche est détaillée dans le chapitre « Perspectives ».

Perspectives

Les services d'urgences ont donc une place importante dans le don d'organe(s) et/ou de tissu(s) en France, mais il reste une marge de progression.

Amélioration de la détection des donneurs potentiels

Pour améliorer la détection des donneurs, une collaboration étroite entre le service d'urgence et la coordination hospitalière est capitale.

Un rapport publié en 2010 et réactualisé en 2014 par l'agence nationale anglaise recommande que [13] :

- chaque service d'urgences doit identifier un médecin référent pour l'activité du don d'organe ;
- le service d'urgence doit être représenté dans la commission locale de prélèvement d'organe ;
- un audit des décès doit être réalisé tous les six mois ;
- la prise en charge des donneurs doit pouvoir être faite dans les services d'urgence.

Une série d'actions peuvent être menées (Tableau 2) :

- formation de l'ensemble du personnel travaillant aux urgences en partenariat avec l'Agence de la biomédecine ;
- établir une procédure d'appel de la coordination. Pour cela les critères doivent être définis. Est-ce que la simple admission au SAU d'un patient avec un score de Glasgow <4 dans les suites d'une agression cérébrale suffit ou alors faut-il une décision de limitation des soins ? Par exemple, en Australie, des affiches portant le sigle « *GIVE* » incite les médecins à contacter la coordination si les critères suivants sont présents : « Glasgow <4 + intubé + ventilé + fin de vie » ;
- établir une procédure d'identification d'un donneur potentiel ;
- établir une procédure de gestion d'un donneur potentiel ;
- mettre en place le programme qualité de l'agence de la biomédecine. Il s'agit du programme CRISTAL ACTION qui comporte une analyse des connaissances des personnels autour du don d'organe mais aussi une analyse prospective des décès survenant dans le service. Cette analyse des décès permet d'évaluer les donneurs potentiels qui n'auraient pas été identifiés.

Tableau 2 Proposition d'actions à mener
Propositions d'actions à mener
Identifier un médecin référent dans le service des urgences Collaborer étroitement avec la CHPOT Mettre en place des procédures : appel de la CHPOT, etc. Former tous le personnel du service des urgences Analyser les décès : programme Cristal Action Étudier la faisabilité des démarches anticipées et du DDAC M3
CHPOT : coordination hospitalière de prélèvement d'organes et de tissus ; DDAC M3 : donneurs décédés après arrêt circulatoire après arrêt des thérapeutiques actives

Abord anticipé

Comme nous l'avons évoqué plus haut, il est possible que lors de la prise en charge d'un patient avec une agression cérébrale grave au-delà de toute ressource thérapeutique, l'opportunité d'un don d'organe(s) et ou de tissu(s) soit évoquée. Le diagnostic de mort encéphalique n'est pas encore porté. Un entretien avec les proches est possible pour évoquer le don d'organe. Cette démarche appelée « abord anticipé » ou « démarche anticipée » a été envisagée dans les recommandations formalisées d'expert de 2010 sur la prise en charge de l'AVC [14]. Cette approche permet d'envisager l'admission en réanimation (ou une prise en charge invasive au SAU) de patient dans le seul but de réaliser un prélèvement d'organe(s) [15].

Pour réaliser cette démarche, il est indispensable que des procédures écrites en collaboration entre le service d'urgence, la réanimation et la coordination hospitalière l'encadrent.

L'analyse du dossier permet de rechercher les contre-indications au don et de recueillir l'ensemble des éléments qui permettront de s'assurer que le patient concerné puisse être considéré comme un potentiel donneur en cas d'évolution vers la mort encéphalique. Conjointement à cette analyse de dossier, les probabilités d'évolution vers la mort encéphalique seront évaluées par l'équipe médicale (Fig. 2). Seulement si ces deux critères sont réunis, une démarche anticipée pourra être entreprise et les proches abordés. L'entretien avec les proches doit absolument être effectué par le binôme : médecin ayant le patient en charge et coordination des prélèvements d'organes et de tissus. La présence de l'infirmier(e) qui a en charge le patient est recommandée. Cet entretien doit être réalisé dans le calme, avec sérénité, respect, écoute et accompagnement. L'entretien sera réalisé dès que possible, sans précipitation et en trois temps (Fig. 3).

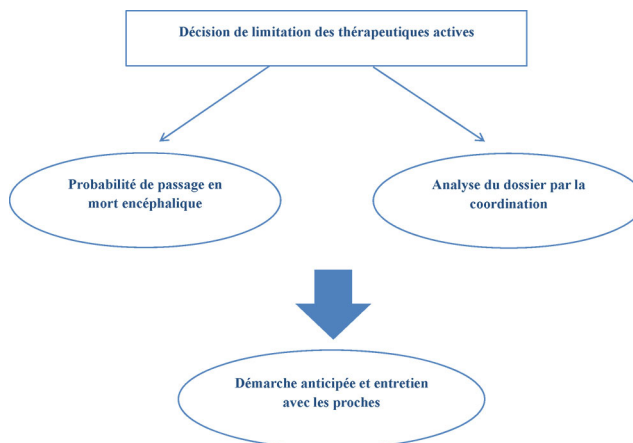


Fig. 2 Démarche à suivre en cas de démarche anticipée

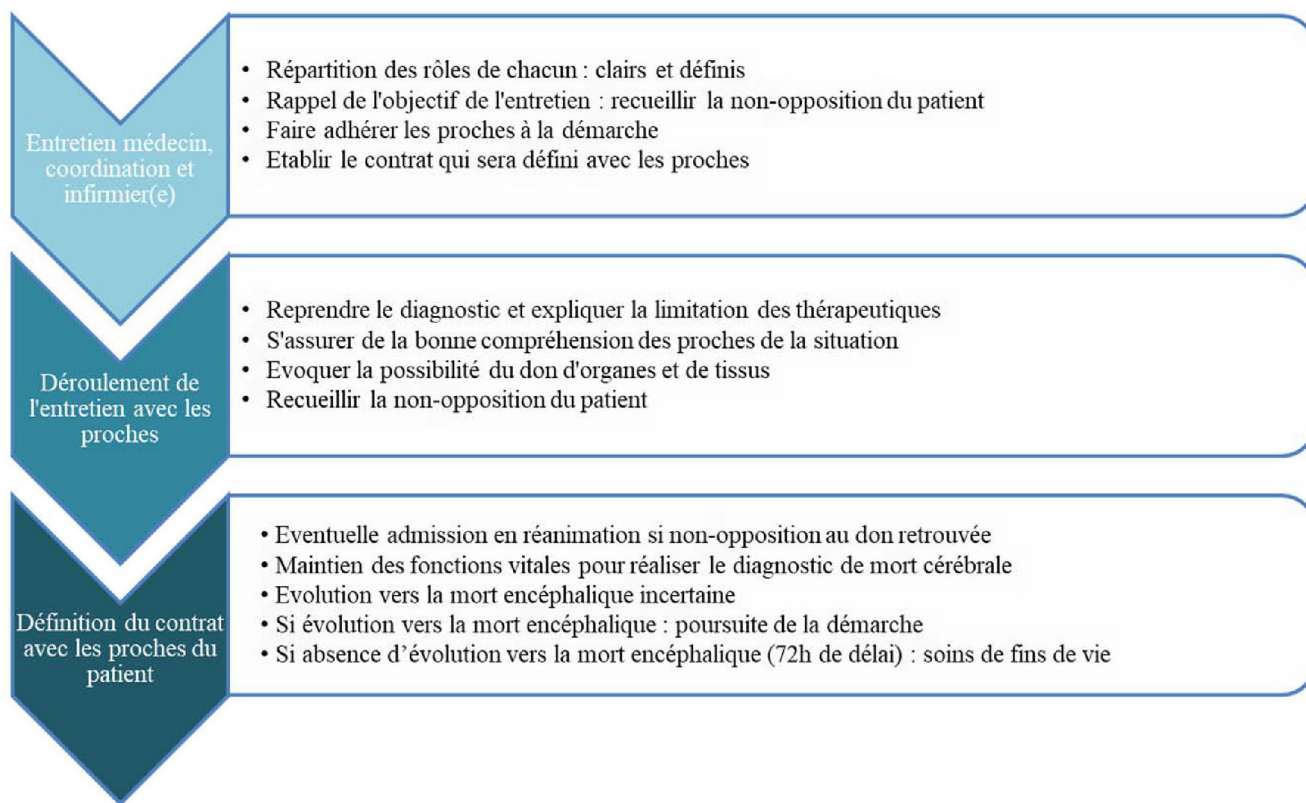


Fig. 3 Démarche d'abord anticipé

L'annonce de la situation et des limitations thérapeutiques actives est faite par le médecin ayant pris le patient en charge, en présence du coordonnateur hospitalier. Le médecin doit insister sur la gravité des lésions et surtout sur le caractère irréversible et définitif de cet état qui aboutira au décès.

Après cette annonce, il est préférable, si le contexte le permet, de laisser du temps aux proches afin qu'ils prennent conscience de la situation. À l'occasion d'un second entretien, la coordination en présence du médecin recherchera la non-opposition du patient à un éventuel don d'organes si son état de santé évoluait vers un état de mort encéphalique.

Il est essentiel que le « contrat » défini avec les proches lors de l'entretien soit bien compris. Il faut y appréhender les évolutions possibles de cette prise en charge :

- le patient évolue vers un état de mort encéphalique et la démarche de don d'organe(s) est réalisée ;
- le patient décède d'un arrêt cardiaque avant une évolution vers un état de mort encéphalique et un prélèvement de tissu(s) peut être réalisé ;
- le patient évolue vers un état de mort encéphalique mais une contre-indication au don d'organe(s) en cours de démarche est découverte ou la découverte d'une opposition stoppera la démarche (registre national des refus ou un magistrat) ;

- le patient n'évolue pas vers la mort encéphalique, les thérapeutiques sont arrêtées après un délai « convenu » avec les proches de 48h habituellement.

Comme lors d'un entretien avec les proches d'un donneur potentiel en état de mort encéphalique, la coordination précise aux proches que l'ensemble des prélèvements qui pourront être effectués, organes et tissus, seront réalisés comme une intervention chirurgicale au bloc opératoire ou dans une salle de prélèvement spécifique à cette activité. Il faut également les informer de leur droit à connaître les prélèvements effectués via l'équipe de coordination.

La démarche d'annonce anticipée de don d'organes ne génère pas de difficultés avec les proches d'un patient. Au contraire, cette démarche permet souvent aux proches de débiter leur deuil et d'accepter plus sereinement la situation à laquelle ils sont confrontés. La coordination hospitalière doit intervenir précocement dans la démarche.

Donneur décédé après arrêt circulatoire de la catégorie II de Maastricht

Certains services d'urgence, en collaboration avec le SAMU de la région, ont mis en place le prélèvement d'organe sur des donneurs décédés après arrêt circulatoire de la catégorie II de Maastricht depuis 2005. Il s'agit de patients

présentant un « arrêt cardiaque en présence de secours aptes à pratiquer une réanimation de qualité, sans récupération hémodynamique ».

En résumé, suite à l'échec des mesures de réanimation et dans certaines conditions précises (sélection du patient, délais stricts permettant de limiter l'ischémie chaude...), le décès est déclaré après une période d'observation dite de *no touch* de cinq minutes. Des mesures de préservation des organes sont mises en place permettant la suite de la démarche (circulation régionale normothermique, etc.), sérologies, interrogation du registre national des refus, abord des proches, etc. [16].

Cette activité s'est initialement développée, notamment dans certains centres experts mais les difficultés liées au timing et à la sélection des donneurs font que l'activité reste stable depuis quelques années avec une centaine de donneurs recensés et la moitié de donneurs prélevés par an sur le territoire national.

Donneur décédé après arrêt circulatoire de la catégorie III de Maastricht

Une nouvelle source de donneur se développe en France depuis trois ans, il s'agit des donneurs décédés après arrêt circulatoire dans le cadre d'un arrêt des thérapeutiques actives. Ce type de démarche est déjà réalisé dans différents pays : Angleterre, Belgique, Pays Bas, etc. Suite à la création d'une mission parlementaire sur les prélèvements d'organe et de réflexions éthiques (Comité national d'éthique, Société française d'anesthésie et de réanimation, Société de réanimation de langue française), l'Agence de la biomédecine a créé en 2013 un comité de pilotage pour la rédaction d'un protocole pour la mise en place de cette activité en France. Le protocole est disponible sur le site de l'Agence de la biomédecine [17].

Sans rentrer dans les détails, les principes fondamentaux sont les suivants :

- les soins de fin de vie incluent l'opportunité de donner ses organes ;
- la décision de limitation ou d'arrêt des thérapeutiques (LAT) et indépendante de la possibilité d'évoluer vers un don d'organe, en respectant l'étanchéité des filières ;
- le processus de prélèvement ne doit en rien causer ou accélérer le décès ;
- les patients susceptibles d'évoluer vers un état de mort encéphalique ne doivent pas être inclus.

En pratique, la décision de LAT est prise par l'équipe de réanimation qui en informe les proches. Dans un second temps, la possibilité d'un don est évaluée par la CHPOT qui, si cela est possible rencontre les proches pour rechercher la non-opposition du patient au don. En l'absence d'opposition, l'ensemble de la démarche est expliqué aux proches.

L'arrêt des thérapeutiques est mis en œuvre (extubation, etc.) et les soins de fin de vie sont assurés. Au moment de l'arrêt circulatoire, une période de *no touch* est respecté puis le décès est déclaré. Une circulation régionale normothermique est mise en place avant le transfert du défunt au bloc opératoire en respectant un timing précis.

Ce type de démarche a débuté en décembre 2014. Neuf centres sont habilités à pratiquer ce type de prélèvement en France et d'autres établissements s'y préparent. Des premiers résultats ont déjà été publiés [18].

Dans le contexte de la fin de vie, il faudrait évaluer la faisabilité de cette démarche, notamment dans les services d'urgences où l'accompagnement des proches est compatible avec la réalisation de soins invasifs [19]. Il est bien évident que ce type de démarche ne doit pas être mise en place dans tous les services d'urgences car les difficultés (temporalité, réunion collégiale de limitation des thérapeutiques, accompagnement des proches) sont nombreuses et pas forcément compatibles avec leurs impératifs. Néanmoins, certains centres « experts » pourraient, en collaboration avec la CHPOT et la réanimation, participer à cette démarche (identification des patients, etc.).

Information sur le don d'organe(s)

Enfin, il est évident que cette activité nécessite de la sensibilisation et de la formation des personnels des SAU en raison du potentiel de ces services.

De manière intéressante, Cheng et al. ont demandé aux patients qui consultaient au SAU d'un hôpital du New Jersey (États-Unis) si une information sur le don d'organe(s) leur paraîtrait adaptée au SAU. Quarante-deux pourcents des personnes interrogées (164 personnes) étaient intéressées et 87 % des patients approuvaient la distribution de carte de donneur par le service d'urgences [20].

Conclusion

L'implication grandissante des services d'urgence dans la prise en charge des donneurs potentiels est un progrès important pour améliorer le nombre de donneurs prélevés chaque année en France. Une collaboration étroite entre les SAU, les équipes de coordination hospitalière de prélèvement d'organe(s) et/ou de tissu(s) et les services de réanimation doit permettre d'améliorer la sensibilisation, la formation, la détection des donneurs et la prise en charge des familles.

Liens d'intérêts : les auteurs déclarent n'avoir aucun lien d'intérêt.

Références

1. Communiqué de presse 20 mars 2017, Agence de la Biomédecine, consultable sur : https://www.agence-biomedecine.fr/IMG/pdf/cp_activite-greffes-organes-2016_agence-biomedecine.pdf
2. Antoine C, Mourey F, Prada-Bordenave E, (2013) How France launched its donation after cardiac death program. *Annales françaises d'anesthésie et de réanimation* 33: 138–143.
3. SFAR, SRLF (Société de Réanimation de Langue Française), Agence de biomédecine (2005) Recommandations d'experts. Prise en charge des sujets en état de mort encéphalique en vue de prélèvements d'organes et de tissus. Éditeur Elsevier.
4. Agence de la Biomédecine, (2010) Livret d'aide à la prise en charge d'un donneur potentiel. https://www.agence-biomedecine.fr/IMG/pdf/livret_aidebd.pdf
5. Loi n° 2004-800 du 6 août 2004 relative à la bioéthique, consultable sur <http://www.juridique-biomedecine.fr/uploads/documents/loi-n-2004-800-du-6-aot-2004-relative-la-bioethique.pdf>
6. Domínguez-Gil B, Delmonico FL, Shaheen FA, Matesanz R, O'Connor K, Minina M, Muller E, Young K, Manyalich M, Chapman J, Kirste G, Al-Mousawi M, Coene L, García VD, Gautier S, Hasegawa T, Jha V, Kwek TK, Chen ZK, Loty B, Costa AN, Nathan HM, Ploeg R, Reznik O, Rosendale JD, Tibell A, Tsoulfas G, Vathsala A, Noël L, (2011) The critical pathway for deceased donation: reportable uniformity in the approach to deceased donation. *Transpl Int* 24: 373–378.
7. Michael GE, O'Connor RE, (2009) The importance of emergency medicine in organ donation: successful donation is more likely when potential donors are referred from the emergency department. *Acad Emerg Med* 16: 850–858.
8. Miller LD, Gardiner SK, Gubler KD, (2014) Emergency department referral for organ donation: more organ donors and more organs per donor. *Am J Surg* 20: 728–733
9. Garside J, Garside M, Fletcher S, Finlayson B, (2011) Utilisation of an embedded specialist nurse and collaborative care pathway increases potential organ donor referrals in the emergency department. *Emerg Med J* 29: 228–232.
10. Le Conte P, Riochet D, Labastire L, Auneau JC, Legeard E, Van Tricht M, Batard, E, Montassier E, Martinage A, Potel G, (2010) Identification of potential organ donors of advanced age in EDs. *Am J Emerg Med* 30: 170–173.
11. Arrêté du 16 août 2016 portant homologation des règles de bonnes pratiques relatives à l'entretien avec les proches en matière de prélèvement d'organes et de tissus consultable sur : https://www.agence-biomedecine.fr/IMG/pdf/20160825_rbp_entretien_prelevement_organes.pdf
12. Recommandations sur l'abord des proches des sujets en état de mort encéphalique en vue d'un prélèvement d'organes et de tissus, (2007) Agence de la Biomédecine, consultable sur : <https://www.agence-biomedecine.fr/IMG/pdf/recommandations-sur-l-abord-des-proches-de-sujets-en-etat-de-mort-encephalique-en-vue-d-un-prelevement-d-organes-et-de-tissus.pdf>
13. College of Emergency Medicine and the British Transplantation Society, (2014) The Role of Emergency Medicine in Organ Donation. Workshop. <https://bts.org.uk/wp-content/uploads/2016/09/Role-of-emergency-Medicine-in-Organ-Donation.pdf>
14. Bollaert PE, Vinatier I, Orlikowski D, Meyer P, groupe d'Experts, (2010) Prise en charge de l'accident vasculaire cérébral chez l'adulte et l'enfant par le réanimateur (nouveau-né exclu), (hémorragie méningée exclue). Recommandations formalisées d'experts sous l'égide de la Société de Réanimation de Langue Française, avec la participation du groupe francophone de réanimation et urgences pédiatriques (GFRUP), de la société française neurovasculaire (SFNV), de l'association de neuro-anesthésie et réanimation de langue française (ANARLF), de l'agence de la Biomédecine (ABM). *Réanimation* 19: 471.
15. Arsonneau V, (2016) Démarche d'annonce anticipée de don d'organes aux urgences, rôle de l'infirmière coordinatrice. *Soins* 61: 47.
16. Fieux F, Jacob L, (2013) Donneurs décédés après arrêt cardiaque : mise au point. *Réanimation* 22: S446–S455.
17. Agence de la Biomédecine, (2014) Conditions à respecter pour réaliser des prélèvements d'organes sur des donneurs décédés après arrêt circulatoire de la catégorie III de Maastricht dans un établissement de santé. https://www.agence-biomedecine.fr/IMG/pdf/v6_guide_procedures_ddac_miii_052016.pdf
18. Lallemand F, Dorez D, Videcoq M, (2016) Prélèvements d'organes sur donneurs décédés après arrêt circulatoire de la catégorie III de Maastricht en France en 2015. *Réanimation* 25: 382–390
19. Dailey M, Geary SP, Merrill S, Eijkholt M, (2017) Enabling Donation after Cardiac Death in the Emergency Department: Overcoming Clinical, Legal, and Ethical Concerns. *J Emerg Med* 52: 588–592.
20. Cheng D, Ku P, (2009) Emergency department organ-donation card pilot study. *Transplant Proc* 41: 1463–1465.