



# Approche au don d'organes et tissus

Claude Proulx

Céline Magnaux

Infirmières ressources au don d'organes et tissus

CIUSSS de l'est de Montréal



Centre intégré  
universitaire de santé  
et de services sociaux  
de l'Est-de-  
l'île-de-Montréal

Québec 



# OBJECTIFS DE LA PRESENTATION

A la fin de ce cours, l'infirmière sera en mesure de :

- Reconnaître l'importance d'une bonne approche.
- Clarifier le rôle de l'infirmière ressource aux soins intensifs.
- Appliquer les 5 étapes de la procédure type en don d'organes.
- Savoir référer tous les donneurs d'organes potentiels à l'infirmière ressource.
- Identifier et répondre aux besoins des familles en situation de don d'organes.
- Intégrer les 3 facteurs de réussite de l'approche au don dans sa pratique.



# SUITE

- Connaître les éléments à surveiller lors du maintien des fonctions vitales d'un donneur potentiel d'organes en décès neurologique.
- Repérer les principales difficultés qui peuvent se présenter lors du maintien des fonctions vitales d'un donneur potentiel d'organes en décès neurologique.
- Mettre en pratique l'algorithme du guide de maintien du donneur d'organes.
- Comprendre la procédure du don DDC (don en décès circulatoire).
- Appliquer les 4 étapes de la procédure du don de tissus.
- Différencier le don d'organes et don de tissus.



# PLAN DE LA PRÉSENTATION

## 1. Introduction

- Histoire du don et de la transplantation
- Source de donneurs
- Situation du don d'organes au Québec
- Moyens pour augmenter le don d'organes
- Avantages du don d'organes et de la transplantation

## 2. La procédure type

### a) L'identification et référence

- Algorithme du donneur potentiel
- Critères d'exclusion ???
- Différence entre donneur DDN et DDC



# PLAN DE LA PRÉSENTATION (Suite)

## b) Communication du diagnostic / pronostic

Le décès neurologique:

Historique

Procédure

Facteurs confondants

Tests auxiliaires

## c) Offre du don d'organes

Difficulté entourant l'approche au don d'organes

Approche par découplage

Les éléments clef pour une bonne approche

Besoins des familles en deuil subit

Le donneur DDC



# PLAN DE LA PRÉSENTATION (Suite)

## e) Évaluation, qualification et prélèvement

Critères d'attribution

Processus du don d'organes

Maintien hémodynamique

3. Don de tissus

4. Histoires de cas

5. Conclusion

# Un peu d'histoire ....

**1958**  
1<sup>re</sup> greffe rénale de donneur vivant

**1963**  
1<sup>re</sup> greffe rénale de donneur cadavérique

**1965**  
1<sup>re</sup> greffe pulmonaire

**1968**  
1<sup>re</sup> greffe cardiaque  
Critères DDN  
Université Harvard

**1970**  
1<sup>re</sup> greffe Hépatique  
Métro Transplant

**1983**  
Arrivée de la Cyclosporine

**1984**  
1<sup>re</sup> greffe de pancréas

**1985**  
1<sup>re</sup> greffe cœur-poumons

**1992**  
Métro Transplant devient Québec Transplant

**2007**  
Retour à la pratique de DDC - 1<sup>er</sup> prélèvement (reins)

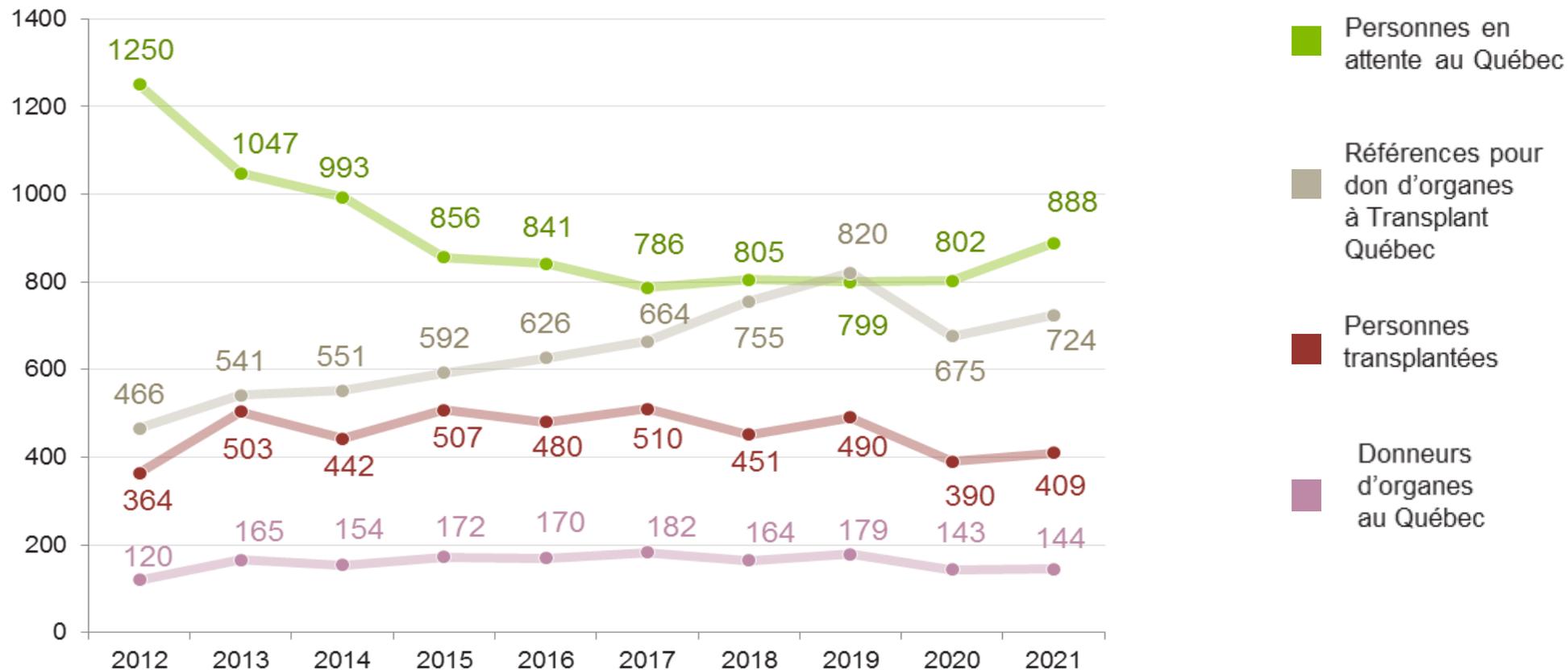
**2017**  
1<sup>er</sup> donneur avec aide médicale à mourir



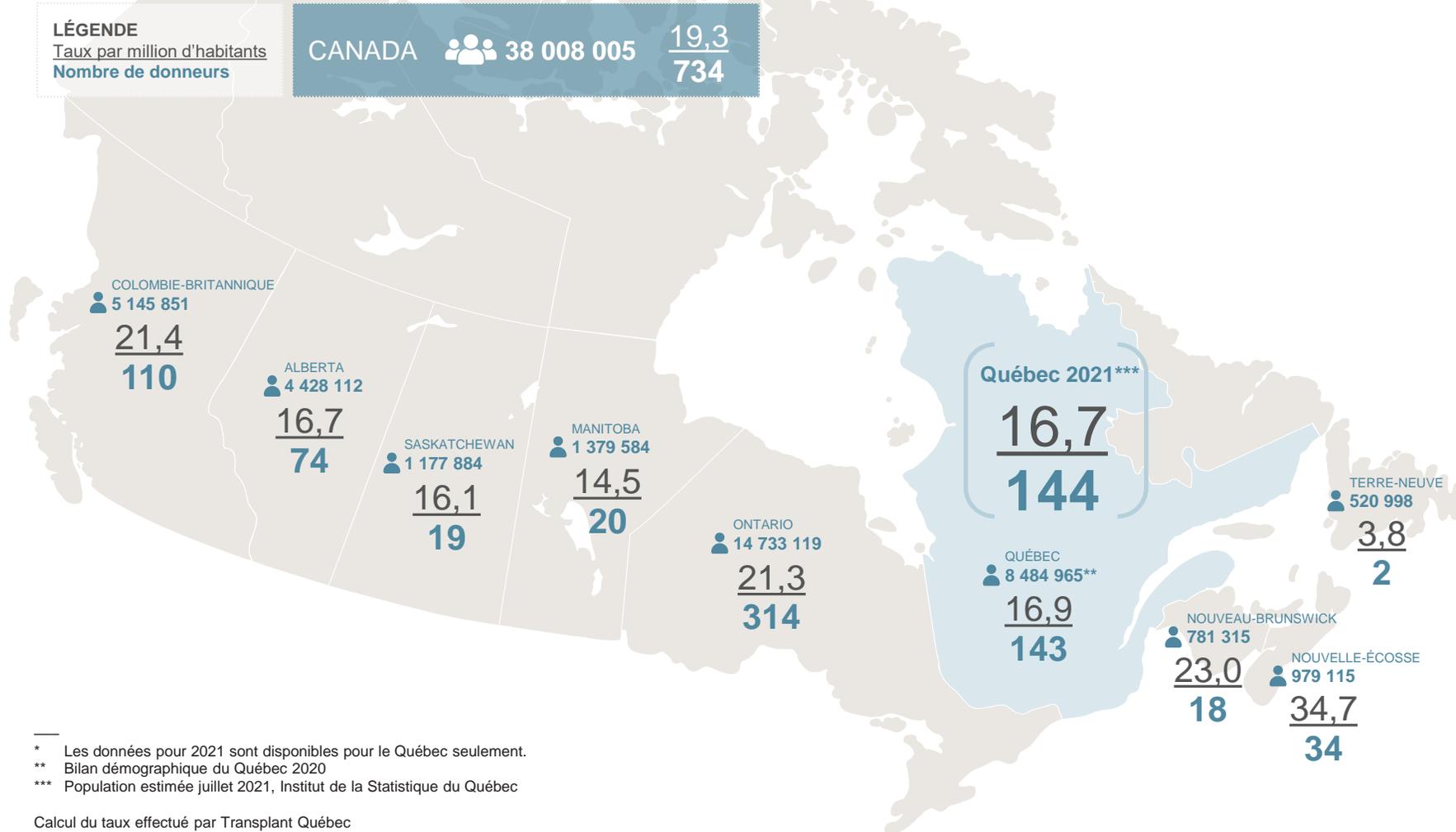
# Les sources de donneurs d'organes

- **Donneurs vivants** (rein et une partie du foie)
  - Apparenté
  - Non apparenté
- **Donneurs décédés**
  - En décès neurologique (DDN)
  - En arrêt cardiocirculatoire (DDC)

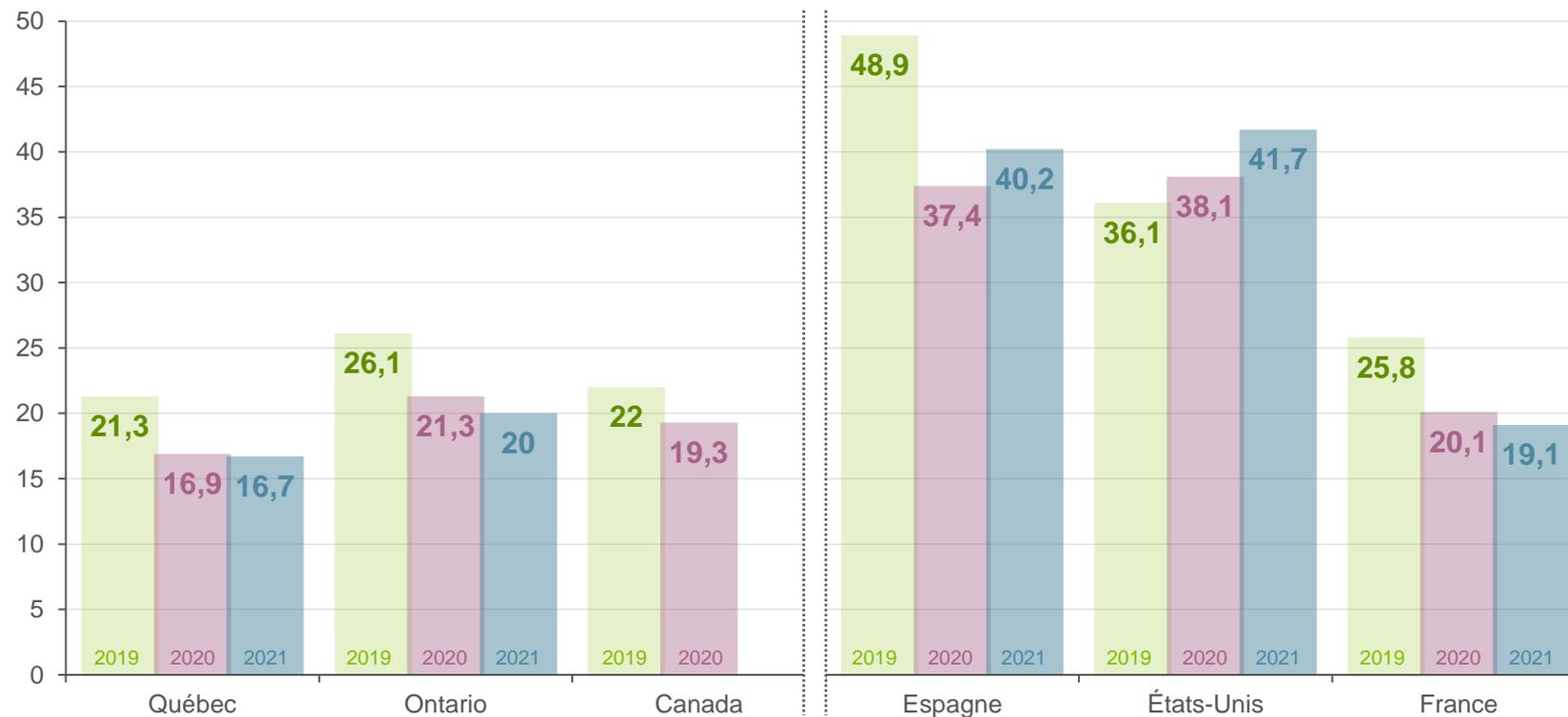
# Nombre de donneurs d'organes décédés, de personnes transplantées et de personnes en attente de 2012 à 2021 au Québec



# Taux de donneurs décédés par million d'habitants au Canada, 2020 et 2021\*



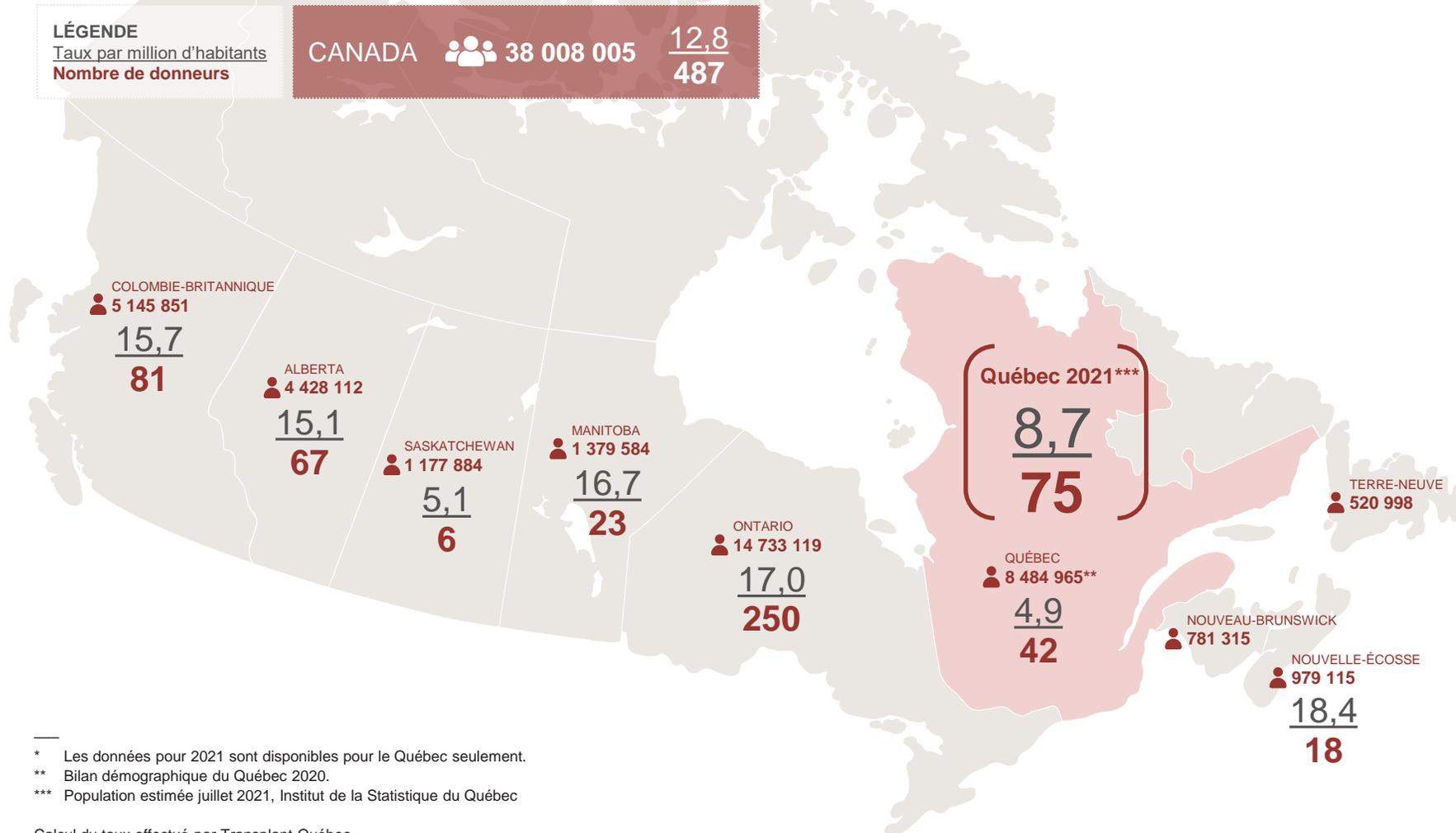
## Taux de donneurs décédés par million d'habitants\*, 2019, 2020 et 2021\*\*



\* Au Québec et au Canada, le taux est calculé sur le nombre de donneurs décédés dont au moins un organe a été transplanté. Le taux n'inclut donc pas les donneurs annulés en cours de processus de don. En Espagne, aux États-Unis et en France, le taux est calculé sur le nombre de donneurs décédés dont au moins un organe a été prélevé pour les fins de la transplantation, sans nécessairement avoir été transplanté.

\*\* Les données 2021 ne sont pas disponibles pour le Canada.

## Taux de donneurs vivants par million d'habitants, au Canada, 2020 et 2021\*



Calcul du taux effectué par Transplant Québec.

Source : <https://profedu.blood.ca/fr/organes-et-tissus/rapports/rapport-detapes-sur-le-systeme>

# Liste d'attente 31 décembre 2021

## 888 personnes en attente

53 personnes



25 personnes



169 personnes



620 personnes



1 personnes



9 personnes



8 personnes



# Situation HMR en 2019

Nombre de personnes inscrites sur la liste pour greffe rénale:

113

Nombre de greffes rénales réalisées en 2018:

43 donneurs décédés

47

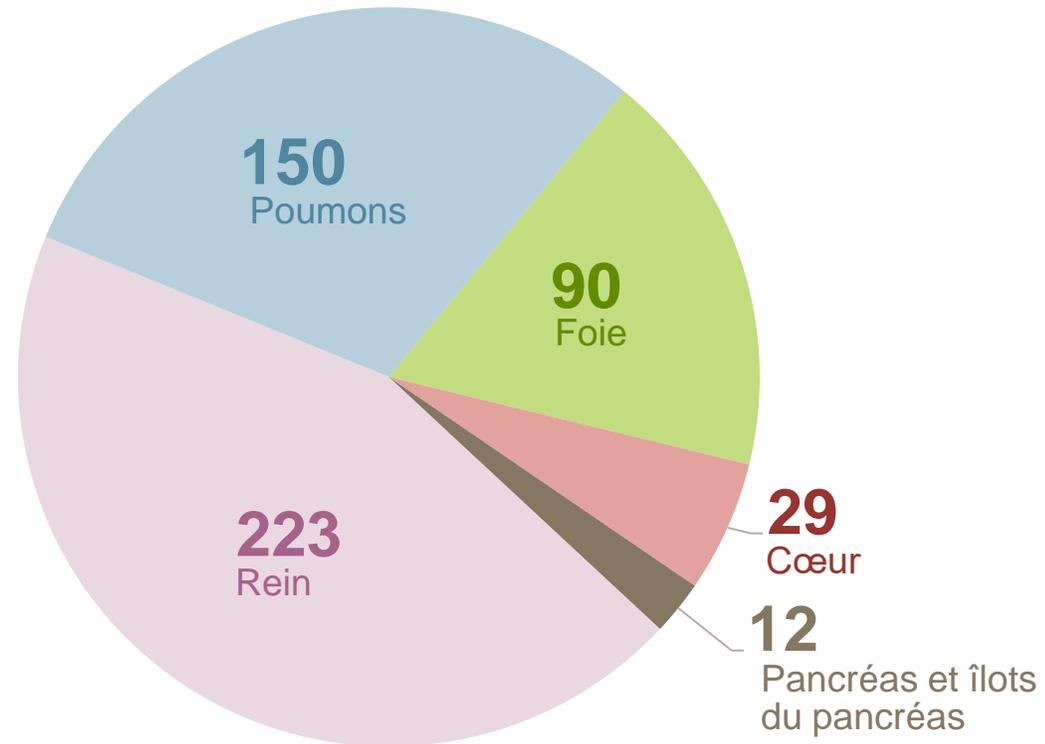
4 donneurs vivants

A photograph of a stone cross standing in a rural landscape. The cross is made of light-colored, weathered stone and is positioned in the center of the frame. It is surrounded by a low, rustic stone wall. In the background, there is a green field, a stone wall, and a house with a red roof. The sky is overcast. A black rectangular box with white text is overlaid on the bottom center of the image.

34 décès en 2021

## Organes transplantés provenant des donateurs du Québec, 2021

Rein Poumons Foie Cœur Pancréas et îlots du pancréas





# D'après vous, quel est le principal obstacle à la transplantation d'organes?

- a) La technique chirurgicale est trop compliquée.
- b) Les organes transplantés sont souvent rejetés.
- c) La population est généralement en désaccord avec le don d'organes.
- d) Les donneurs d'organes sont rares et ne sont pas toujours identifiés par les intervenants.



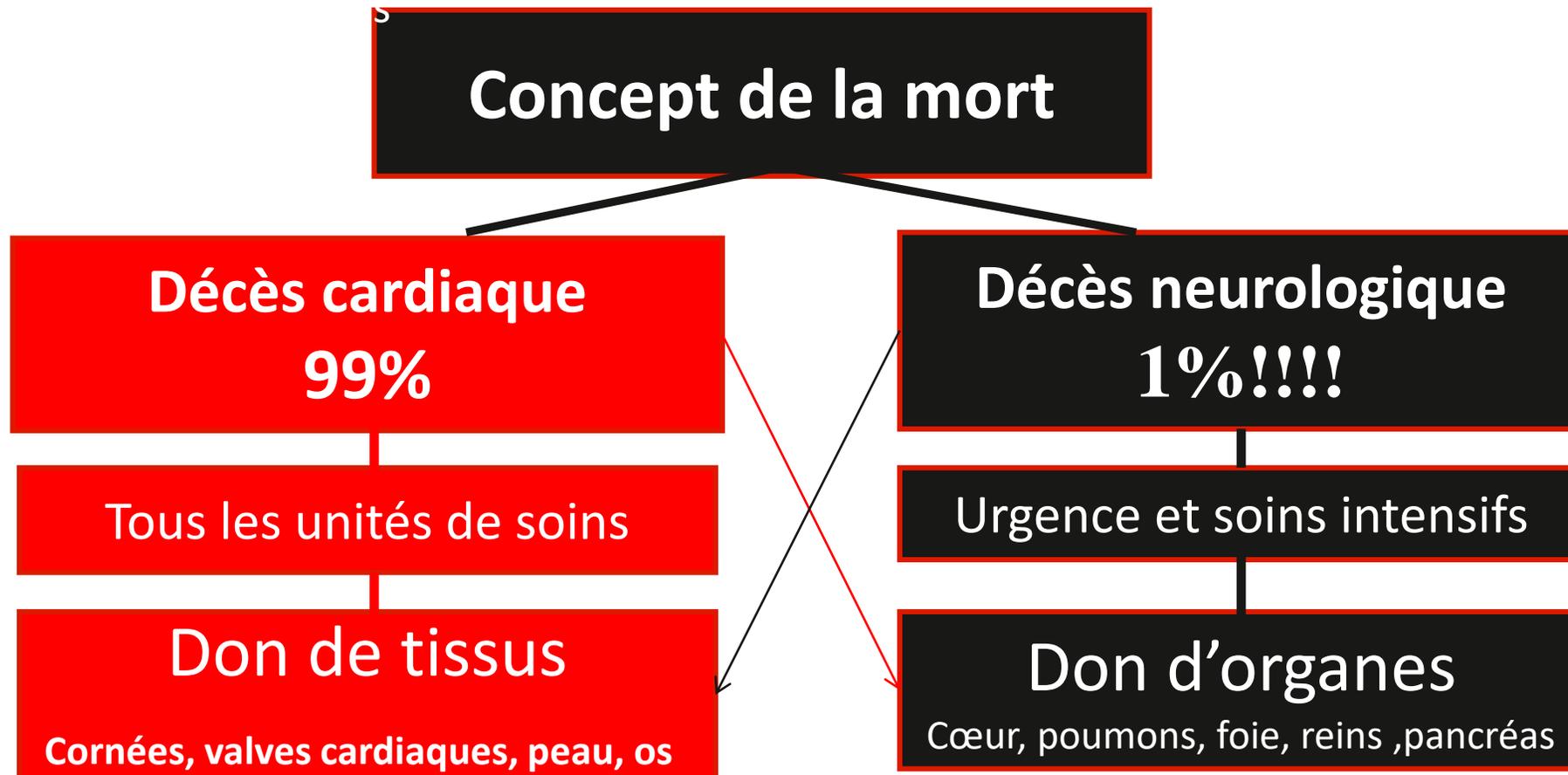
# L'importance de la sensibilisation...

**1 %** de tous les décès en centre hospitalier

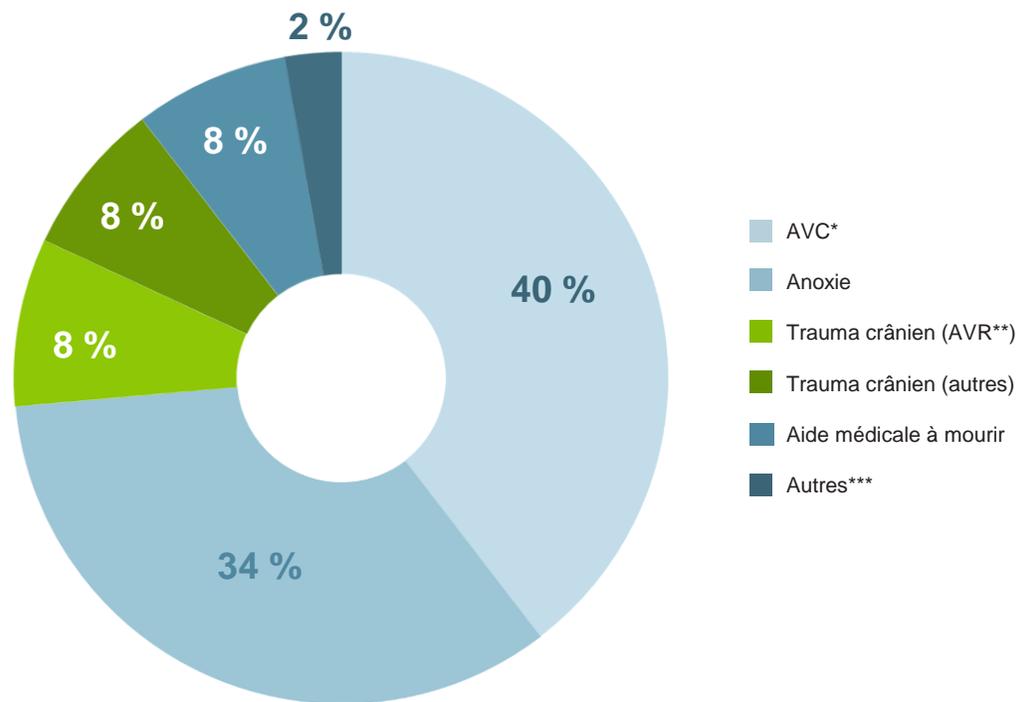
On estime qu'environ **20 %** des donneurs d'organes ne sont pas identifiés.

Étude du Collège des médecins du Québec (2005)

# DIFFÉRENCE ENTRE LE DON D'ORGANES ET DON DE TISSUS



# Causes de décès des donneurs d'organes en 2021





# Que pouvons-nous faire pour contrer la pénurie d'organes?

1. Améliorer le taux d'identification des donneurs potentiels (objectif visé 100%)

2. Améliorer le taux de consentement (objectif visé 80%)

3. Optimiser le nombre d'organes par donneur (objectif visé 3,75)

4. Élargir le bassin de donneur (DDC, donneur vivant)



# Quelles sont les avantages du don d'organes et de la transplantation?

- Sauve et/ou améliore la qualité de vie des receveurs
- Économie \$\$\$ sur le système de santé
  - Dialyse 60 000\$ par patient-année
  - Cornées importées des USA (3 000\$)
  - Patient en attente = séjour d'hospitalisation prolongé aux USI
- Respecte les volontés du patient
- Facilite le processus de deuil des familles en donnant un sens à la perte de l'être aimé



# Histoire de Jean-François

Vous êtes l'infirmière de Jean-François. Vous mentionnez au médecin que votre patient est un donneur d'organes potentiel. Il faudrait le référer à Transplant Québec et aborder la question avec la famille. Le médecin vous répond:

« Il en n'est pas question!!! »

« Il est en foie de choc, en IRA et c'est un cas de coroner! »

« Le patient est homosexuel donc ne peut être donneur d'organes!»

« La famille est déjà assez éprouvée comme ça. Il ne faudrait surtout pas en rajouter!»

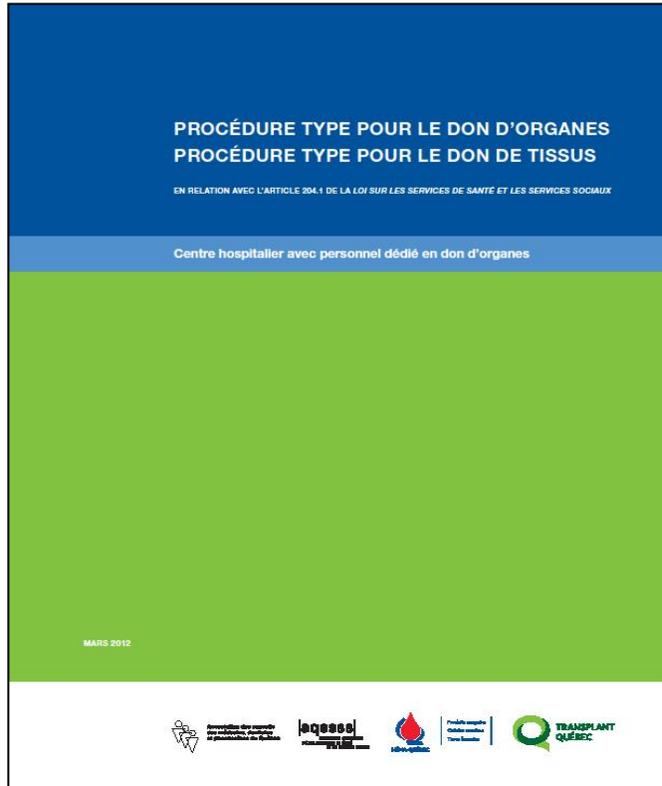
**Comme bonne infirmière, que répondre à ce médecin ou que faites-vous?**



# Obligations des professionnels de la santé face aux don d'organes et tissus

- Obligations professionnelles:
  - Procédure provinciale
  - Agrément Canada
- Obligations légales
  - Loi 125
  - Article 204.1 LSSS
  - Article 43 du Code civile du Québec
- Obligations éthiques

# Obligations professionnelles



## Nouvelle norme d'Agrément Canada

Programme Qmentum 2009

NORMES

Don d'organes et de tissus et transplantation - Ajouts aux normes relatives au service des urgences

Agriès par l'ISQua

ACCREDITATION CANADA  
AGREMENT CANADA

Soins intensifs

- 🧑‍⚕️ L'équipe identifie, achemine et gère les donneurs d'organes et de tissus potentiels de façon efficace

Urgence

- 🧑‍⚕️ L'équipe identifie, achemine et gère les donneurs d'organes et de tissus potentiels de façon efficace

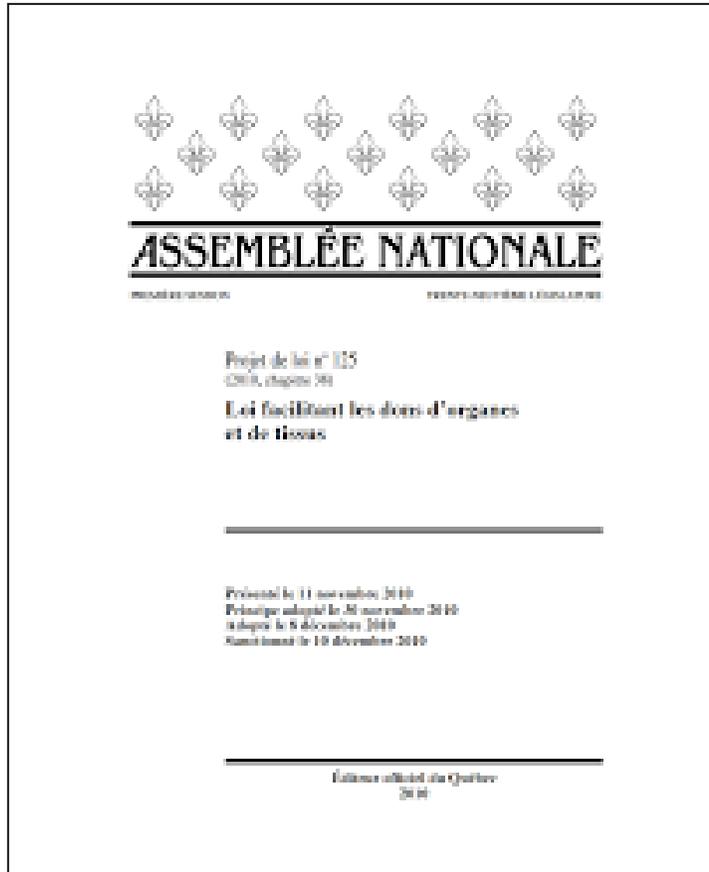
40

# Obligations légales

## Projet de loi 125:

### « *Loi facilitant le don d'organes et tissus* »

- Adopté en décembre 2010
- Création d'un Registre nationale des consentements au don d'organes et de tissus
- Nouvel article 204.1 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux





# Article 204.1 LSSSS

«Le directeur des services professionnels d'un établissement qui exploite un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés doit, avec diligence, devant la mort imminente ou récente d'un donneur potentiel d'organes ou de tissus :

1. vérifier, auprès de l'un ou l'autre des organismes qui assurent la coordination des dons d'organes ou de tissus et qui sont désignés par le ministre conformément à l'article 2.0.11 de la Loi sur la Régie de l'assurance maladie du Québec (chapitre R-5), l'existence d'un consentement au prélèvement sur son corps d'organes ou de tissus après son décès dans les registres de consentements établis par l'Ordre professionnel des notaires du Québec et par la Régie de l'assurance maladie du Québec, à moins que sa dernière volonté ne soit autrement connue;
2. transmettre à un tel organisme, lorsqu'il y a consentement, tout renseignement médical nécessaire concernant le donneur potentiel et les organes ou les tissus qui pourraient être prélevés. »



# Article 43 du Code civile du Québec

« Le majeur ou le mineur âgé de 14 ans et plus peut, dans un but médical ou scientifique, donner son corps ou autoriser sur celui-ci le prélèvement d'organes ou de tissus. Le mineur de moins de 14 ans le peut également, avec le consentement du titulaire de l'autorité parentale ou de son tuteur.

Cette volonté est exprimée soit verbalement devant deux témoins, soit par écrit, et elle peut être révoquée de la même manière. Il doit être donné effet à la volonté exprimée, sauf motif impérieux. »

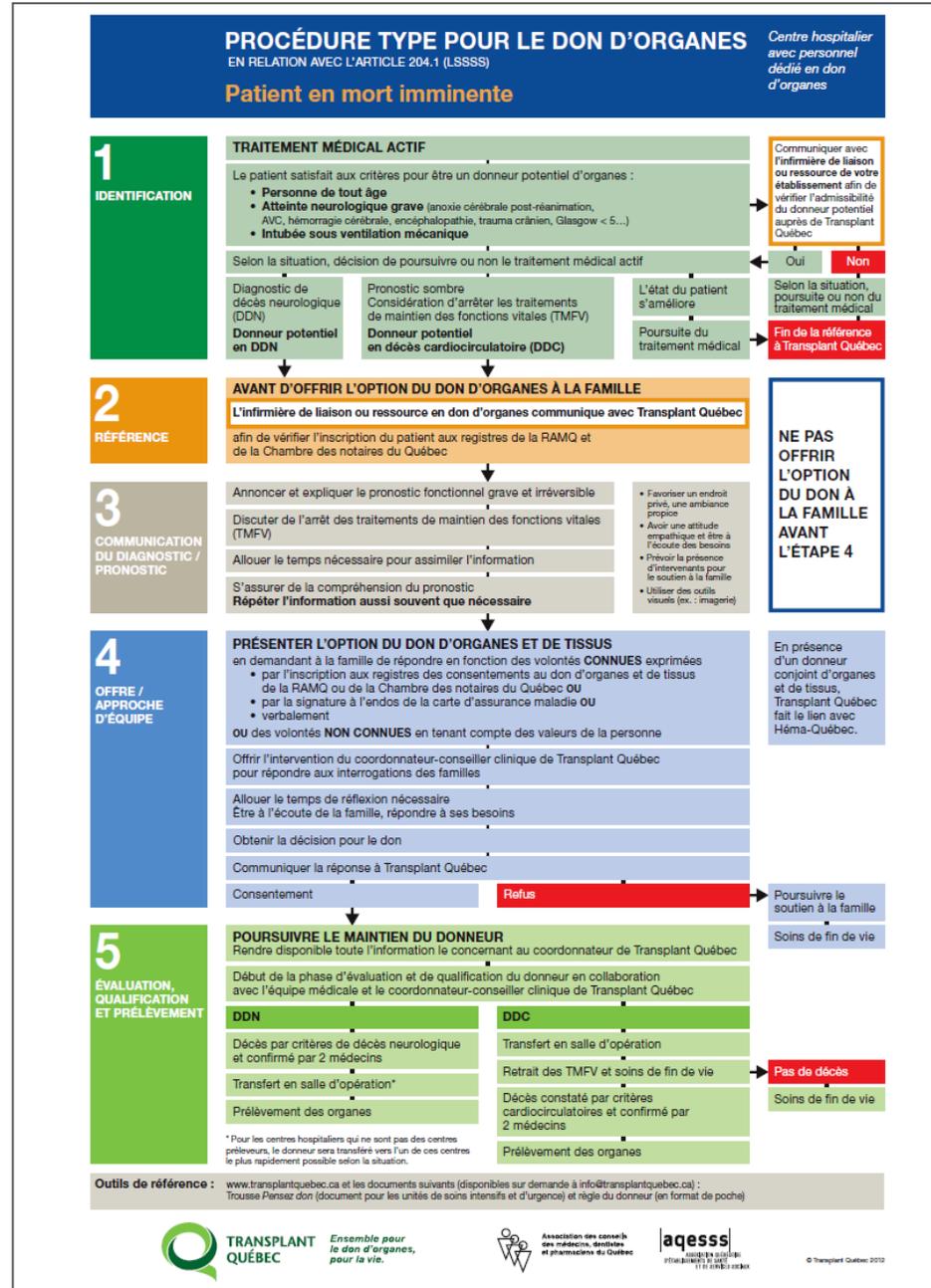
# Obligations éthiques

- Respect de l'autonomie de la personne
- Bienfaisance envers la famille
- Non malfaisance envers la famille
- Bienfait social
- Justice social





# Procédure type pour le don d'organes





# Cas clinique 1

Un homme de 83 ans est admis aux soins intensifs pour hémorragie cérébrale massive. Il est intubé avec GCS 5. Après consultation avec le NChx, pas d'option Chx car dommage trop important. L'équipe des USI estime que le pronostic neuro est +++ sombre. Il est connu comme diabétique (x 20 ans), HTA, FA anticoagulé, début d'Alzheimer et a eu un néo de la prostate qui est en rémission depuis 15ans.

Est-ce ce patient devrait être référer comme donneur potentiel d'organes?



# Cas clinique 2

Une femme de 25 ans est admise aux USI pour ACR de 45 min. sur intoxication aux opiacés. Elle est inconsciente, intubée, GCS 3, ne présente aucune réaction et réflexe. Elle est connue pour consommation de drogue (cocaïne inhalée) et aurait des comportements sexuels à risque. Elle est connue pour être porteuse du VIH.

Est-ce cette patiente répond aux critères de donneur potentiel d'organes?  
Est-ce que je dois la référer?



# Cas clinique 3

- Une femme de 60 ans est hospitalisée aux USI pour fibrose pulmonaire. Elle est fortement sédationnée pour permettre une meilleure compliance à l'assistance respiratoire. Après plusieurs semaines d'hospitalisation, la patiente demeure dépendante du respirateur sans possibilité de sevrage. L'équipe des USI discute avec la famille qui conviennent de cesser la VM et de s'orienter vers des soins de confort.
- Est-ce une candidate au don d'organes?

# Procédure type pour le don d'organes

## Étape 1: Identification

### 1 IDENTIFICATION

Équipe de soins\*



Personnel dédié

### PRONOSTIC SOMBRE

Le patient satisfait aux critères pour être un donneur d'organes potentiel :

- **Personne de tout âge**
- **Atteinte neurologique grave** (par exemple : AVC hémorragique ou ischémique, anoxie cérébrale post-ACR, trauma crânien...)  
**et/ou maladie ou blessure grave** (par exemple : insuffisance cardiaque terminale, insuffisance respiratoire terminale...)
- **Arrêt des traitements de maintien des fonctions vitales (TMFV) envisagé**
- **Ventilation mécanique invasive ou non-invasive**



# Contre-indications au don d'organes????

Âge	Ethnie	Hypertension	Orientation sexuelle
Cancer	Vérifiez pour chaque donneur potentiel auprès de Transplant Québec		Tabagisme
Cholestérol			Toxicomanie
Coronaropathie			Tuberculose
Diabète	Hépatite	Obésité	VIH



**L'âge n'est pas  
un critère d'exclusion  
pour le don d'organes**



## Selon les statistiques compilées par Transplant Québec...

Le donneur de <i>cœur</i> le plus âgé avait...	<b>68 ans</b>
Le donneur de <i>foie</i> le plus âgé avait...	<b>92 ans</b>
Le donneur de <i>reins</i> le plus âgé avait...	<b>85 ans</b>
Le donneur de <i>poumons</i> le plus âgé avait ...	<b>85 ans</b>
Le donneur de <i>pancréas</i> le plus âgé avait ...	<b>72 ans</b>
Le <i>plus jeune</i> donneur....	<b>48 heures</b>

# AUDRÉE DESCHENEUX

Greffée du foie en 2004 à l'âge de 19 ans



Son donneur était âgé de 88 ans !!!!



Centre intégré  
universitaire de santé  
et de services sociaux  
de l'Est-de-  
l'Île-de-Montréal

Québec



# Greffe de rein entre patients séropositifs à Montréal

Une première greffe en Amérique du Nord entre personnes porteuses du VIH a été réalisée à Montréal



Les docteurs Danielle Rouleau (à gauche) et Michel R. Pâquet (à droite) qualifient la greffe de rein de Denis Cormier (au centre) de succès. Sa charge virale du VIH n'a pas augmenté à la suite de la transplantation d'un rein également porteur du virus.

L'urgence des receveurs peut influencer l'admissibilité au don, voilà pourquoi il est primordial d'aviser l'infirmière ressource aux DOT pour tous donneurs potentiels

La survie des gens qui nous entourent dépend de votre implication

**VOUS POUVEZ FAIRE TOUTE LA DIFFÉRENCE !**

## Donneur potentiel d'organes

### Algorithme d'identification

- **Personne de tout âge**
- **Atteinte neurologique grave**  
(par exemple : AVC hémorragique ou ischémique, anoxie cérébrale post-ACR, trauma crânien)
- **et/ou maladie ou blessure grave**  
(par exemple : insuffisance cardiaque ou respiratoire terminale)
- **Arrêt des traitements de maintien des fonctions vitales (TMFV) envisagé**
- **Ventilation mécanique invasive ou non-invasive**



**Avant d'offrir** l'option du don d'organes  
communiquez avec l'infirmière ressource

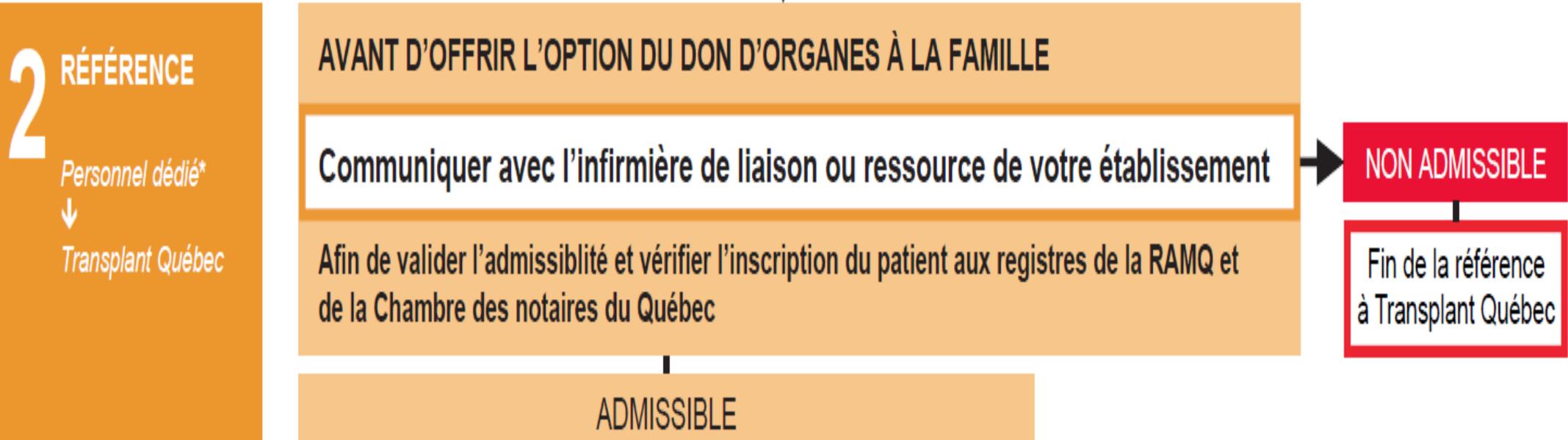
### Rôle de l'infirmière ressource en don d'organes

- Vérifier l'admissibilité du donneur potentiel
- Accompagner et soutenir la famille
- Soutenir l'équipe soignante
- Collaborer avec l'équipe à l'offre de l'option du don d'organes
- Assurer la liaison entre les différents collaborateurs participant au processus

Pour information et outils de travail  
[www.transplantquebec.ca](http://www.transplantquebec.ca)  
section « Professionnels de la santé »

# Procédure type pour le don d'organes

## Étape 2 : la référence



# Connaître les volontés de la personne décédée

## Le registre des notaires



2 220 164  
inscriptions en date du  
30 septembre 2021

## Le registre de la RAMQ

Régie de l'assurance maladie Québec

Consentement au don d'organes et de tissus

Avant de remplir le formulaire, veuillez prendre connaissance de l'information au verso.

**Sauvez des vies en consentant au don d'organes et de tissus!**  
Prenez note que ce consentement n'est pas obligatoire pour obtenir votre carte d'assurance maladie.  
Une personne de moins de 14 ans peut également donner son consentement. Sa signature et celle du titulaire de l'autorité parentale ou du tuteur sont alors nécessaires.

À mon décès, j'autorise le prélèvement d'organes et de tissus à des fins de transplantation ou de greffe.

Signez DON!

SIGNATURE DU DONNEUR  
X \_\_\_\_\_ DATE DE SIGNATURE \_\_\_\_\_

SIGNATURE DU TITULAIRE DE L'AUTORITÉ PARENTALE OU DU TUTEUR (pour un donneur de moins de 14 ans)  
X \_\_\_\_\_ DATE DE SIGNATURE \_\_\_\_\_

Une fois votre décision prise, informez-en vos proches afin que votre consentement soit respecté.

C.S.

3 473 920  
inscriptions en date du  
30 septembre 2021

## L'autocollant à l'endos de la carte d'assurance maladie

**Portez toujours votre carte sur vous.**

À défaut de présenter une carte valide, il faut payer les services reçus et en demander le remboursement à la Régie. Si la carte est expirée, adressez-vous à la Régie.

Cette carte demeure la propriété de la Régie de l'assurance maladie et doit être retournée à sa demande.

SI VOUS TROUVEZ UNE CARTE, VOUS POUVEZ LA DÉPOSER, SANS ENVELOPPE, DANS UNE BOÎTE AUX LETTRES DE POSTES CANADA, QUI LA RENVERRA À LA RÉGIE.

C. P. 6600, Québec (Québec) G1K 7T3

À mon décès, j'autorise le prélèvement d'organes et de tissus ✓  
J'ai avisé ma famille : oui  non

Moi je signe \_\_\_\_\_  
Signature du donneur ou du tuteur d'un donneur de moins de 14 ans.  
Merci de signer pour

Centre intégré  
universitaire de santé  
et de services sociaux  
de l'Est-de-  
l'Île-de-Montréal

Québec

# Procédure type pour le don d'organes

## Étape 3: Communication du diagnostic/ pronostic

3

COMMUNICATION  
DU DIAGNOSTIC /  
PRONOSTIC

Annoncer et expliquer le pronostic fonctionnel grave et irréversible

Discuter de l'arrêt des traitements de maintien des fonctions vitales (TMFV)

Allouer le temps nécessaire pour assimiler l'information

S'assurer de la compréhension du pronostic  
Répéter l'information aussi souvent que nécessaire

- Favoriser un endroit privé, une ambiance propice
- Avoir une attitude empathique et être à l'écoute des besoins
- Prévoir la présence d'intervenants pour le soutien à la famille
- Utiliser des outils visuels (ex. : imagerie)

NE PAS  
OFFRIR  
L'OPTION  
DU DON À  
LA FAMILLE  
AVANT  
L'ÉTAPE 4

# Quelles sont les difficultés entourant le contexte du don d'organes?



# Procédure type pour le don d'organes

## Étape 4: Offre du don d'organes

# 4

OFFRE /  
APPROCHE  
D'ÉQUIPE

### PRÉSENTER L'OPTION DU DON D'ORGANES ET DE TISSUS

en demandant à la famille de répondre en fonction des volontés **CONNUES** exprimées

- par l'inscription aux registres des consentements au don d'organes et de tissus de la RAMQ ou de la Chambre des notaires du Québec **OU**
- par la signature à l'endos de la carte d'assurance maladie **OU**
- verbalement

**OU** des volontés **NON CONNUES** en tenant compte des valeurs de la personne

En présence d'un donneur conjoint d'organes et de tissus, Transplant Québec fait le lien avec Héma-Québec.

Offrir l'intervention du coordonnateur-conseiller clinique de Transplant Québec pour répondre aux interrogations des familles

Allouer le temps de réflexion nécessaire  
Être à l'écoute de la famille, répondre à ses besoins

Obtenir la décision pour le don

Communiquer la réponse à Transplant Québec

Consentement

Refus

Poursuivre le soutien à la famille



« Côtayer la mort ne se fait pas toujours dans des conditions agréables...



...mais il y a toujours quelque chose à faire, même lorsque il n'y a plus rien à faire. »



« Ne pas offrir l'option du don d'organes,  
c'est choisir à la place de la famille ! »





Pour la majorité des familles, le don d'organes donne un sens à la perte de l'être cher.

*92 % des personnes interrogées seraient d'accord à ce qu'une équipe médicale leur offre la possibilité de donner les organes de leur proche.*

Rapport d'un sondage réalisé par la firme Léger pour Transplant Québec

Octobre 2018

Centre intégré  
universitaire de santé  
et de services sociaux  
de l'Est-de-  
l'Île-de-Montréal

Québec 



# Comment offrir le don d'organes?

« Le but de l'approche au don n'est pas de convaincre la famille à accepter le don d'organes  
**plutôt de le présenter comme  
*une option de fin de vie* »**

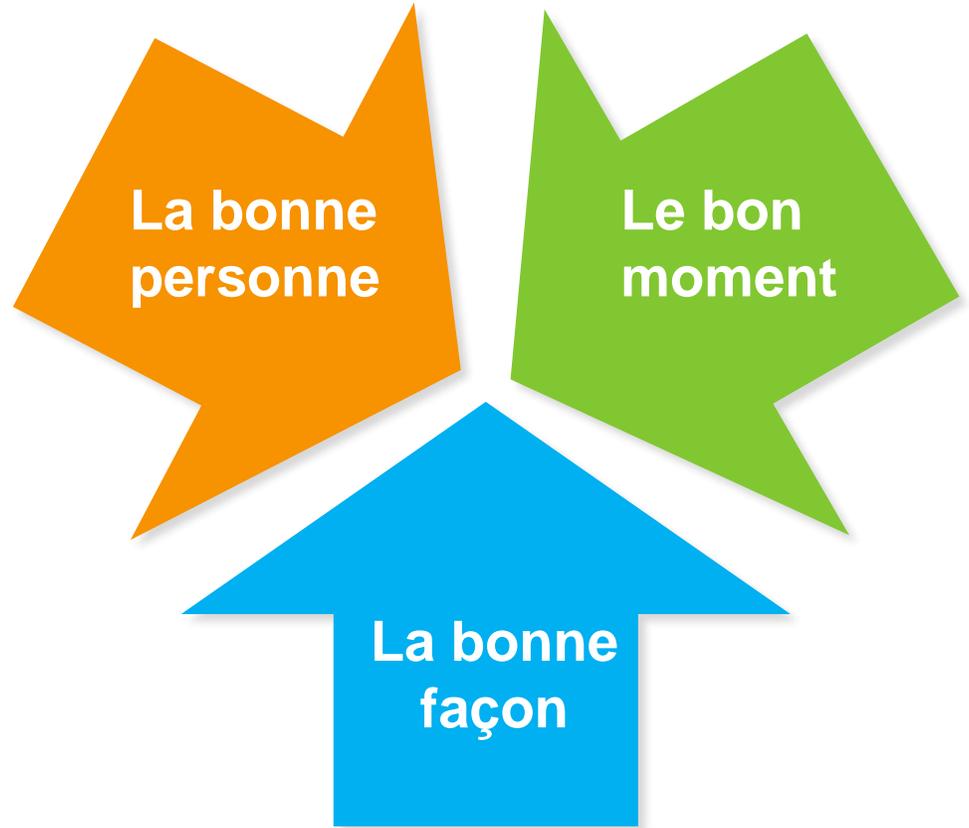


# Histoire de Jean-François

- Après avoir argumenté sur l'aspect des obligations professionnelles, légales et éthiques, vous avez convaincu votre médecin de l'importance de référer à Transplant Québec. Après consultation des registres, le coordonnateur vous annonce que Jean-François est inscrit à la RAMQ et à la Chambre des notaires.
- Le médecin vous demande: « Comment dois-je m'y prendre pour parler à la famille? »
- **Qui , Quand, Comment** aborder la question du don d'organes?
- Qui devrait participer à la décision?



# Quelles sont les éléments-clés pour une bonne approche?



La bonne  
personne

Le bon  
moment

La bonne  
façon



# La bonne personne

Cette personne a généralement établi **un lien de confiance** avec la famille ;

- Elle est à l'aise avec les familles en deuil et elle croit aux effets bénéfiques du geste ;
- La « bonne personne » peut être différente d'une situation à une autre;
- Le membre de l'équipe soignante ayant le plus d'expérience ou d'habileté à communiquer avec les familles en deuil.



# Le bon moment

- **Différent** pour chaque famille
- Quand la famille a **parfaitement compris** le diagnostic de décès neurologique et réalisé que le patient ne survivra pas
- Quand la **décision** de cesser les traitements de maintien des fonctions vitales a été prise (DDC)\*
- Quand la famille **aborde elle-même** le sujet du don d'organes
- Lorsque toutes les questions **d'intérêt pour leur proche** ont été répondues



# La bonne façon

- Technique de découplage:

Séparation entre le moment de l'annonce du pronostic fatal et l'approche au don d'organes.

- Décorum:

- Endroit privé
- En présence des personnes significatives
- S'assurer que les besoins immédiats soient répondus

- Approche basée sur les volontés ou valeurs du défunt

- Accorder un temps de réflexion

- Libre choix, **sans pression.**



# Exemples de formulation

- Si inscription d'un consentement:
  - « *Saviez-vous que Monsieur Généreux avait manifesté son consentement en signant sa carte et/ou en s'inscrivant au registre de la RAMQ et/ou Chambre des notaires? »*
- Absence d'inscription:
  - « *Avez-vous déjà discuté de don d'organes avec Monsieur Généreux? »*
  - **Si oui:** « *Quelle était sa position? »*
  - **Si non:** « *Étant donné que vous connaissez bien Monsieur Généreux, pensez-vous qu'il aurait considéré le don d'organes? »*



# Exemples de formulation

- **Si indécision:**

- Questionner les valeurs de la personne:

- « *Parlez-moi de Monsieur Généreux. »*
- « *Comment était-il dans la vie en générale? (personnalité, métier, loisir ...)* »
- « *Si je posais la question à Monsieur Généreux, que me répondrait-il?* »

- Offrir l'assistance d'un coordonnateur clinique de Transplant Québec:

- « *Si vous avez besoin d'information pour prendre une décision éclairée, un coordonnateur de Transplant Québec peut vous rencontrer (ou contacter par téléphone).* »



# Autres informations

- Mentionner que le décès neurologique ou le décès circulatoire contrôlé offre la possibilité de sauver des vies par le don d'organes.
- Le don d'organes est une intervention chirurgicale qui respecte la dignité humaine (minute de silence).
- Rareté des donneurs (1% des décès)
- Rassurer la famille que peu importe sa décision, la qualité des soins va demeurer.
- Accorder le droit à la famille d'établir des limites sur le processus du don d'organes:
  - N'est pas obligé de consentir à tous les organes et tissus proposés
  - Consentement à caractère révocable
- Possibilité de voir le corps après le prélèvement des organes.



# Craintes et objections des familles

(Miller & Breakwell, 2018)

- Peur que l'être cher souffre: « Laissez-le tranquille! Il a assez souffert! »
- La personne est trop malade ou trop vieille pour être donneur.
- La personne était fumeuse, alcoolique, toxicomane .... Donc ne peut être donneuse.
- Doute concernant le décès neurologique.
- La personne ne voulait pas d'acharnement thérapeutique!!!!
- L'équipe traitante était davantage intéressée au prélèvement des organes au lieu de sauver l'être cher.
- Prélèvement = Mutilation???
- Ma religion ou ma culture s'oppose au don d'organes.



# À retenir sur les cultures et religions et le DOT

- La majorité des religions appuient le DOT: « favorable ou décision personnel »;
- Les religions existent depuis plus de 2 000 ans alors que la transplantation depuis 60 ans;
- Faire attention aux interprétations erronés: inviter les proches à consulter les représentants religieux;
- Les principaux obstacles au consentement au DOT des familles issues de communauté culturelle;
  - Adhésion aux DDN (Japon, juifs hassidique)
  - Concept de la mort qui va au-delà de l'arrêt des fonctions vitales (bouddhistes, shintoïstes)
  - **CONFIANCE** envers le système de santé
- Si possible, impliquer les personnes de l'équipe de soins qui partagent la même religion ou même culture;
- Favoriser le respect de la pratique des rituels religieux à travers le processus du DOT (prières, rituels d'adieu, toilette mortuaire, ne pas retarder les rites funéraires ...).

# Témoignages



- [..\..\vidéo\Transplant\\_Quebec\\_2012\\_1min\\_Version\\_francaise - Cellulaire.m4v](..\..\vidéo\Transplant_Quebec_2012_1min_Version_francaise - Cellulaire.m4v)

# Processus du don d'organes

## 5 ÉVALUATION, QUALIFICATION ET PRÉLÈVEMENT

*Équipe de soins  
et  
Transplant Québec*

### DDN : donneur avec un diagnostic de décès neurologique

Décès par critères de décès neurologique et confirmé par deux médecins

Début de la phase d'évaluation, de qualification et du maintien du donneur en collaboration avec l'équipe médicale et le coordonnateur-conseiller clinique de Transplant Québec

Transfert du donneur vers un centre préleveur, s'il y a lieu

Planifier le prélèvement des organes en fonction des équipes impliquées

Transfert en salle d'opération

Prélèvement des organes

### DDC : donneur après un décès circulatoire\*\*

Début de la phase d'évaluation et de qualification du donneur en collaboration avec l'équipe médicale et le coordonnateur conseiller clinique de Transplant Québec

Planifier le prélèvement des organes en fonction du moment prévu du retrait des TMFV

Transfert en salle d'opération

Retrait des TMFV et soins de fin de vie

Décès constaté par critères circulatoires et confirmé par deux médecins

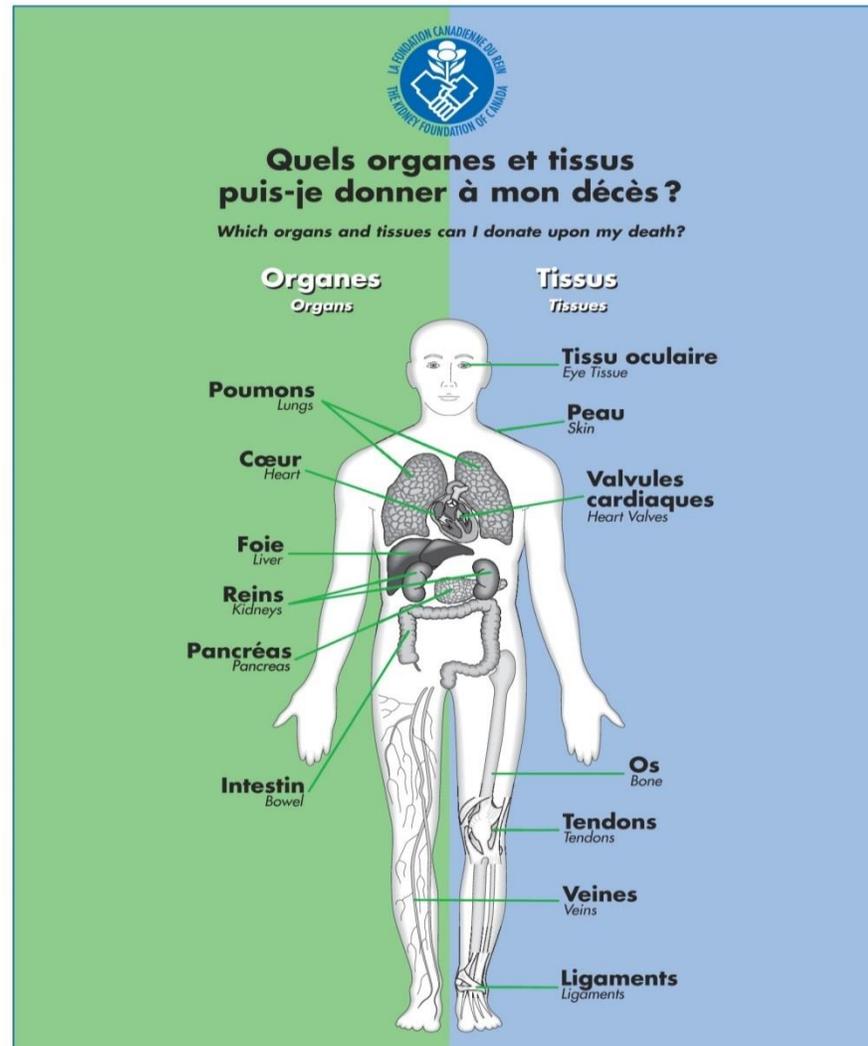
Prélèvement des organes



# Rencontre avec le coordonnateur conseiller clinique et la famille

- Information sur le don d'organes et tissus
  - Processus d'une durée de 36 à 48 h
  - Explication des examens de laboratoire et radiologique pour l'évaluation du donneur (ex: sérologie, typage...)
- Signature du formulaire de consentement (AH-224 et ou DDC)
- Questionnaire médico-social:
  - Antécédents médicaux
  - Habitudes de vie
- Organisation du transfert vers un CH de prélèvement

# À quoi peut-on consentir?





# Les organes du donneur seront évalués:

- Analyse sanguine
  - @ (biochimie et BAB)
- Examens radiologiques
  - @ (Rx pulm, Bronchoscopie, écho card et abdo, coronaro)
- Des tests sérologiques
  - @ (HIV, Hépatite, CMV, Syphilis, tuberculose, VNO, HTLV)



# Critères d'attribution des organes

- Compatibilité sanguine et immunologique
- Degré d'urgence
- Critères morphologiques (poids et taille)
- Critères sérologiques (hépatite B et C)
- Temps d'attente sur la liste de greffe



# Centres préleveurs du Québec

## Montréal

- CUSM:
  - HRV
  - HGM
- CHUM
- HMR
- HSCM

## Québec

- HDQ

## Sherbrooke

- CHUS

## Saguenay/Lac St-Jean

- CH Chicoutimi

## Abitibi

- Hôpital d'Amos

# Temps d'ischémie froide



<i>Cœur</i>	4 à 6 h
<i>Poumon</i>	4 à 6 h
<i>Pancréas</i>	6 à 12 h
<i>Foie</i>	12 à 16 h
<i>Rein</i>	24 à 48 h

# LE DONNEUR EN ARRÊT CIRCULATOIRE (DDC)



# Cas clinique 4

Une femme de 68 ans est admise aux USI pour ACR sur NSTEMI. Elle a été réanimée pendant 30 min.

5 jours après l'évènement, la patiente ne se réveille pas. Vous allez en scan qui démontre un oedème cérébral diffus avec effacement des sillons. Le pronostic neurologique est +++ réservé. Par contre, elle n'est pas en DDN. Elle présente des myoclonies qui sont contrôlés sous Propofol.

Signes neuro:

GCS 5,

Pupilles mydriases fixes

Cornéen -

Oculo-céphalique -

Toux et respiration +

La famille et l'équipe médicale veulent arrêter les TMFV.

**Est-ce une candidate au don d'organes ?**



# Cas clinique 5

Une femme de 55 ans est connue pour MPOC est admise aux USI pour détresse respiratoire. Elle est intubée, sous forte dose de corticostéroïde, d'antibiotique et de sédation. La patiente est dans un coma Rx pour favoriser la VM. Après 14 jours d'hospitalisation, l'équipe médicale observe une détérioration remarquable et irréversible de la condition pulmonaire. Pour que la patiente survive, elle devra passer sa vie sous VM. L'équipe médicale et la famille conviennent que la patiente n'aurait pas voulu vivre dans ces conditions (branchée sur une machine). On propose les soins de confort.

**Devrait-on proposer le don d'organes à cette famille?**



# Cas clinique 6

Un homme de 45 ans souffre de la maladie de Lou Ghering (SLA). Sa maladie évolue très rapidement. Il fait une demande d'AMM qui lui est accordé par 2 médecins. Le patient demande s'il pourrait donner ses organes à son décès.

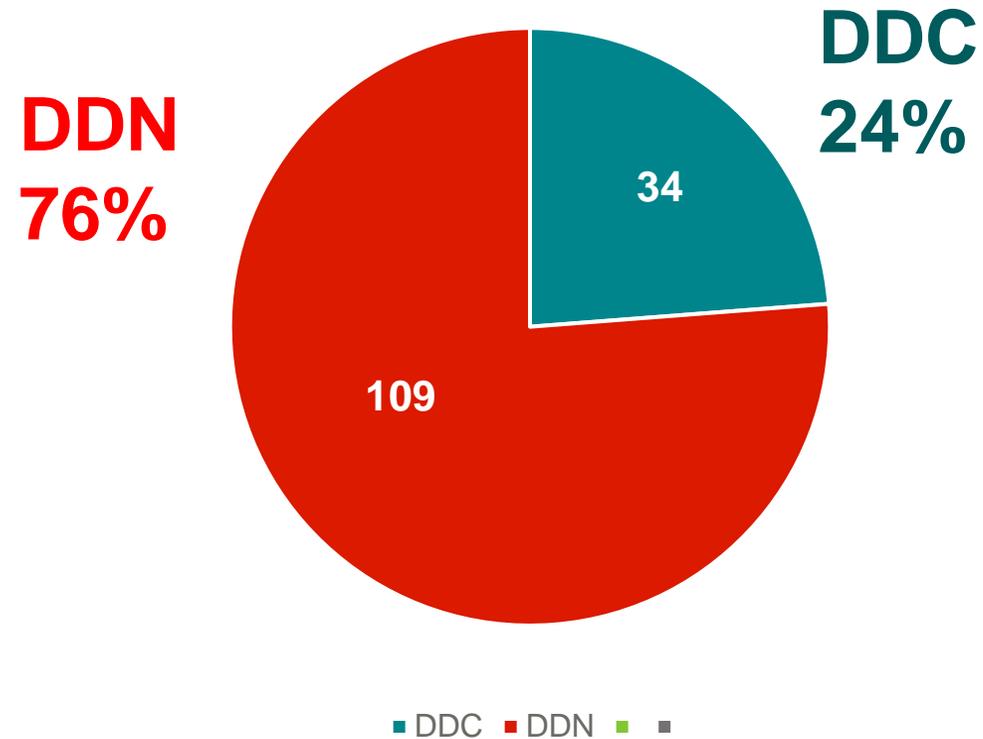
**Que répondez-vous?**



# Un peu d'histoire ...

- 1950: Début de la transplantation d'organes.
- 1958: Greffe rénale vivante avec jumeau identique
- 1960: Premières greffes cadavériques à partir de DDC.
- 1968: Déclaration par le comité d'Harvard du concept de la mort cérébrale. Pratique du DDC abandonnée dans la plupart des pays.
- 1980: Découverte de la cyclosporine.  
Recrudescence de la transplantation : PÉNURIE D'ORGANES
- 1990: Plusieurs pays reprennent la pratique du DDC dont les USA, Pays Bas, l'Espagne.
- 2007: 1<sup>ier</sup> DDC au Québec (CUSM)

# Proportion de 143 donneurs d'organes en 2020



# Différence entre le don d'organes par DDN et DDC

DDN (Décès neurologique)	DDC (Décès en ACR)
Décès confirmé par critères neurologiques	Décès par critères cardiocirculatoires anticipé suite à l'arrêt des TMFV
Le décès survient à l'urgence ou aux USI	Le décès est constaté au bloc opératoire 5 minutes après l'arrêt circulatoire.
Processus du don d'organes enclenché APRÈS le décès (évaluation, attribution)	Processus du don d'organes enclenché AVANT le décès (évaluation, attribution)
Présence de la famille aux USI. Quitte souvent après le DDN. Possibilité de rester jusqu'au départ vers le bloc opératoire	Présence de la famille au bloc opératoire qui veut assister au retrait des TMFV et accompagner le proche jusqu'à l'arrêt cardiocirculatoire.
Maintien hémodynamique aux USI.	Soins de confort au bloc opératoire.
Prélèvement d'organes dans les CH désignés.	Prélèvement dans les CH identificateurs.

# Contextes du don d'organes par DDC

DDC après des TMFV		DDC dans un contexte d'AMM
« Atteinte neurologique grave et irréversible qui ne répond pas aux critères de DDN »	« Maladie terminale irréversible sans pronostic de survie »	Répond aux critères d'admissibilité d'AMM: 1. Assuré par RAMQ 2. Majeure et apte à consentir aux soins 3. Atteinte d'une maladie grave et incurable 4. Éprouve des souffrances physiques ou psychologiques constantes, insupportables et insoulagées
<b>DÉPENDANCE AUX TMFV</b> (thérapies de maintien des fonction vitales)		
Décision du retrait des TMFV par l'équipe médicale et la famille		Demande d'AMM acceptée par 2 médecins
Approche auprès de la famille		Approche auprès du patient
Décès prévu peu après l'arrêt des TMFV (1 à 2 heures)		Décès après administration des Rx pour l'AMM



# ÉTAPES DU DDC

- Rencontre avec le ccc de Transplant Qc
- Évaluation des organes
- Envoie de la sérologie et de l'histocompatibilité
- Attribution des organes
- Planification du moment de l'arrêt des TMFV (ou soins AMM) avec le bloc opératoire



# AVANT L'ARRÊT DES TMFV

Rencontre préparatoire avec équipe des USI et S.O. (30 minutes)

Préparation du matériel

Entrée du patient dans la salle

Rasage, badigeonnage et drapage

Création d'un ambiance propice pour les soins de fin de vie (musique, lumière tamisée)

Sortie de l'équipe chirurgicale



# AU MOMENT DE L'ARRÊT DES TMFV

Entrée de l'équipe des USI et de la famille

Un 2<sup>ième</sup> médecin doit être disponible pour constater le décès

Administration de l'héparine

Extubation et arrêt des amines

Administration des Rx de soins de confort



# AU MOMENT DE L'ARRÊT CIRCULATOIRE

Début du « no touch » de 5 min.

L'intensiviste annonce le décès à la famille.

La famille quitte la salle d'opération

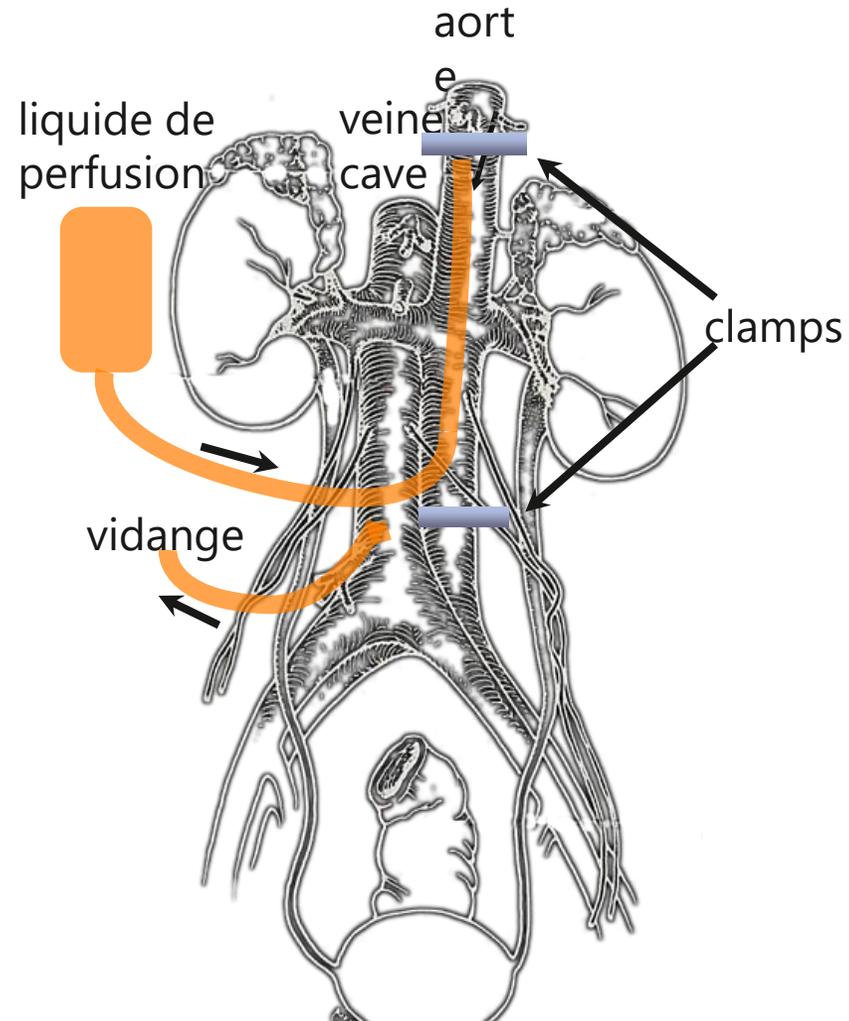
Après 5 minutes, les 2 médecins constatent le décès

Entrée de l'équipe chirurgicale

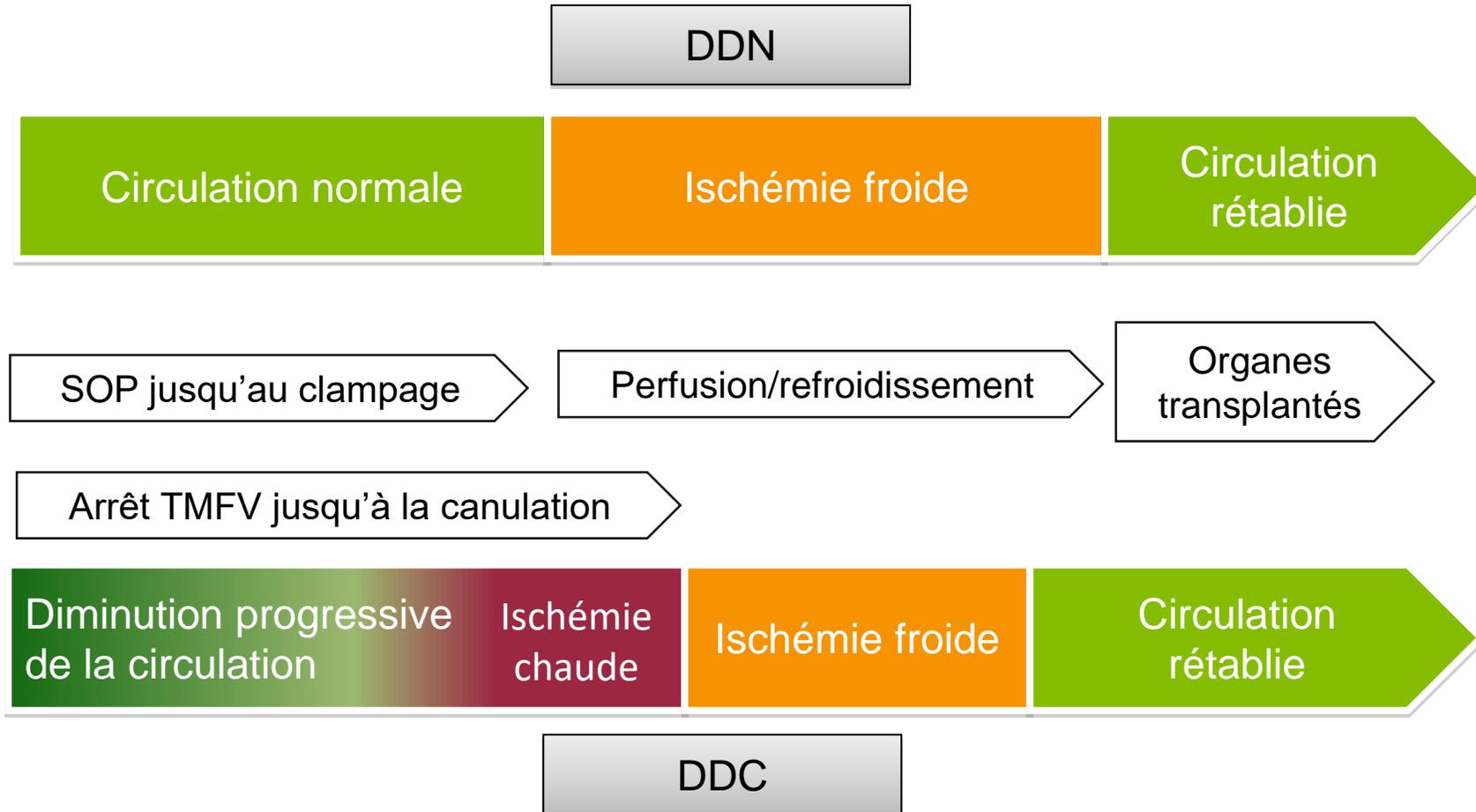
Canulation et prélèvement des organes

# Comment perfuse-t-on?

- Approche aortique



# Effet de l'ischémie sur les organes





# L'APRÈS DDC: *Le* « DEBRIEFING »

(LE PLUS TÔT POSSIBLE)

Retour sur chaque expérience de DDC avec les personnes impliquées.

## Buts

- Évaluation et amélioration du processus
- Vérifier le degré de satisfaction de chaque intervenant.
- Identifier les points forts et les points faibles.
- Diminuer des irritants

**« La communication est primordiale »**



**« Si le décès ne survient pas dans les 120 minutes ou période d'ischémie chaude prolongée »**

- Annulation du processus de don d'organes.
- Continuité des soins de confort
- Soutien de la famille par l'infirmière ressource et celle des soins intensifs



# Le maintien du donneur





# RÈGLE D'OR

**« Prendre soin du donneur comme  
s'il s'agissait du receveur »**

**« Assurer une perfusion et une  
oxygénation adéquate des  
organes »**



# LE GUIDE DU MAINTIEN

## GUIDE RELATIF À L'ÉVALUATION ET AU MAINTIEN DU DONNEUR ADULTE

TRANSPLANT QUÉBEC

### Les ordonnances de base

Ces suggestions servent de guide mais ne remplacent aucunement l'approche intégrée au jugement clinique.

#### Positionnement du patient

A1 • Tête de lit à 30°      A2 • Mobiliser q. 2 h

#### Diète

B1 • Gavage standard à 1 kcal/kg/h      B2 • Ne pas initier l'alimentation parentérale. Cependant, continuer si déjà en cours.

#### Hydratation

C1 • Soluté\* DS % Salin 0,45 % KCl 20 mEq/L à 100 cc/h (Utiliser solin isotonique en cas d'hyponatrémie)

\* Le choix et le débit du soluté peuvent varier selon les résultats de la natrémie, de la kaliémie et de la tolérance à l'alimentation entérale, viser l'hémostase.

#### Monitoring minimal requis et objectifs visés

D1 • Moniteur cardiaque      D2 • Tension veineuse centrale (TVC): noter la TVC q. 1 h, viser 5-10 mmHg  
 D3 • Canule artérielle: noter la tension artérielle (TA) q. 1 h, viser 65-90 mmHg  
 D4 • Sonde urinaire: contrôle strict des ingesta et excréta, noter la diurèse horaire, viser 0,5-3 cc/kg/h  
 D5 • Sonde nasogastrique en drainage libre (si non alimenté)  
 D6 • Glycémies capillaires\* q. 1 h, viser 4-8 mmol/L  
 D7 • Glycémies capillaires\* q. 1 h, viser 4-8 mmol/L  
 D8 • Température corporelle q. 4 h, viser 36,0-38,0 °C

\* Les glycémies capillaires peuvent être espacées aux 2 h puis aux 4 h, si l'équilibre euglycémique est atteint et stable.

#### Ventilation

E1 • Mode assisté contrôlé      E2 • Fréquence ventilatoire pour obtenir une PaCO<sub>2</sub> artérielle entre 35-45 mmHg, si possible  
 E3 • Volume courant (VC): 6 à 8 cc/kg de poids idéal      E4 • Fraction inspirée en O<sub>2</sub> (FiO<sub>2</sub>) minimale pour une saturation > 95 %  
 E5 • Pression positive téléexpiratoire (PEEP): minimum de 5 à 10 cm H<sub>2</sub>O

#### Soin des yeux

F1 • Maintenir les paupières fermées      F2 • Nettoyer les paupières avec NaCl q. 4 h et PRN      F3 • Éviter les corps gras

#### Prophylaxie

G1 • Héparine 5000 unités s/c aux 12 heures (ou héparine à bas poids moléculaire selon le protocole de l'établissement) et/ou port de bas à compression séquentielle intermittente

#### Évaluation du donneur

H1 CH identificateur  
 • Groupe sanguin + anticorps  
 • Poids / Taille  
 • Analyse et culture d'urine + hémoculture X2  
 • Rx pulmonaire + ECG  
 • Gram et culture des sécrétions bronchiques

H2 CH de prélèvement\*  
 • Groupe sanguin + anticorps + cross match  
 • 4 culots globulaires en réserve  
 • Poids / Taille  
 • Analyse et culture d'urine + ECG  
 • Rx pulmonaire + ECG

H3 • Gram et culture des sécrétions bronchiques  
 • Hémoculture X2  
 • Echo abdominale pour donneur > 50 ans

Initialement	q. 4 h	q. 8 h	q. 12 h	q. 24 h et PRN
	FSC, Ptt, INR, Na, K, Cl, Urée, créatinine, lactate, saturation veineuse en oxygène (SVO <sub>2</sub> ) si cathéter de l'artère pulmonaire en place (voir section G), gazométrie artérielle q. 2-4 h (voir section K)	Cl, Mg, Ca, PO <sub>4</sub> , AST, ALT, Ph Alc, bilirubine totale et directe, GGT, LDH, CK, CKMB, troponine I ou T, amylase et lipase	Analyse d'urine	Rx pulmonaire, ECG, protéine, albumine

\* Sérologies, virologies et biocompatibilité avec l'approbation du coordinateur-soin-clinique de Transplant Québec

Date d'établissement en vigueur: 2012-05-31      RECTO-VERSO      EN 601.001.F version 2 Page 1 de 4

## GUIDE RELATIF À L'ÉVALUATION ET AU MAINTIEN DU DONNEUR ADULTE

TRANSPLANT QUÉBEC

### Critères et objectifs de maintien

Ces suggestions servent de guide mais ne remplacent aucunement l'approche intégrée au jugement clinique.

#### Hémodynamie

1.1 Monitoring de base  
 Canule artérielle  
 Voie centrale (TVC)

1.2 DS % NaCl 0,45 %\*  
 + KCl 20 mEq/L à 100 cc/h

1.3 SV et TVC q. 1 h  
 ECG die

1.4 Objectifs  
 • TAM > 65 mmHg  
 • TA systolique > 100 mmHg  
 • FC 60-120 bpm  
 • TVC 5-10 mmHg  
 • Viser normovolémie

1.5 Hypotension  
 TA systolique < 100 mmHg  
 ou TAM < 65 mmHg

1.6 Bolus NaCl 0,9 % 500 cc  
 (ou colloïdes\*\*\*) PRN

1.7 TVC < 5 mmHg

1.8 TVC > 5 mmHg

1.9 Hypotension persistante  
 Considérer cathéter de l'artère pulmonaire (Swan-Ganz)

1<sup>er</sup> choix Vasopressine ≤ 2,4 U/h ou 0,04 U/min  
 2<sup>e</sup> choix Norepinephrine < 0,2 µg/kg/min  
 Autres choix Epinephrine < 0,2 µg/kg/min  
 Phényléphrine < 0,2 µg/kg/min  
 Dopamine < 10 µg/kg/min

1.10 Hypertension  
 TA systolique ≥ 160 mmHg ou TAM > 90 mmHg  
 Severer vasopresseurs/sinotropes

1.11 Fréquence cardiaque > 80 bpm  
 Esmolol 100-500 µg/kg IV bolus suivi de 100-500 µg/kg/min  
 Médicaments alternatifs  
 Labetalol 5-20 mg IV q. 5-10 min  
 Metoprolol 1 à 5 mg/h perfusion IV

1.12 Fréquence cardiaque < 80 bpm  
 Nitroglycérine 0,5-5,0 µg/kg/min IV  
 Médicaments alternatifs  
 Nitroglycérine (IV en perfusion)

\* Le choix et le débit du soluté peuvent varier selon les résultats de la natrémie, de la kaliémie et de la tolérance à l'alimentation entérale, viser l'hémostase.  
 \*\* Il est recommandé d'éviter l'administration des agents colloïdes de type hydroxyéthylamidon en insuffisance rénale.

#### Ventilation mécanique

2.1 Objectifs  
 • FiO<sub>2</sub> minimale pour SaO<sub>2</sub> > 95 % (PaO<sub>2</sub> > 80 mmHg)  
 • pH 7,35 à 7,45  
 • PaCO<sub>2</sub> 35 à 45 mmHg  
 • Volume courant (VC) 6 à 8 cc/kg de poids idéal  
 • PEEP 5 à 10 cm H<sub>2</sub>O  
 • Pression inspiratoire de pointe (PIP) ≤ 30 cm H<sub>2</sub>O

2.2 • Saturomètre en permanence  
 • Tête de lit à 30°  
 • Auscultation pulmonaire  
 • Aspiration endotrachéale q. 1 h et PRN  
 • Physiothérapie respiratoire PRN  
 • Mobiliser q. 2 h

#### Diurèse

3.1 Objectif  
 0,5-3,0 cc/kg/h

3.2 Oligurie  
 Si diurèse < 0,5 cc/kg/h

3.3 TVC > 5 mmHg

3.4 Éliminer bas débit cardiaque et/ou volémie insuffisante (malgré TVC > 5 mmHg)  
 Considérer cathéter de l'artère pulmonaire (Swan-Ganz)  
 Éliminer causes secondaires (obstruction post-rénale)

3.5 Bolus NaCl 0,9 % (500cc)

3.6 TVC < 5 mmHg

3.7 Polyurie  
 Si diurèse > 250 cc/h x 2 h ou 500 cc/h x 1 h  
 Éliminer diabète insipide\*

3.8 DDAVP 1-4 µg IV, suivi de 1-2 µg IV q. 6 h  
 ou  
 Si besoin de support hémodynamique, utiliser la vasopressine comme premier choix (perfusion de vasopressine 1 à 2,4 U/h)

\* Diabète insipide : Diurèse > 4 cc/kg/h, Na > 145 mmol/L, osmolarité sérique > 300 mOsm, osmolarité urinaire < 200 mOsm, densité urinaire < 1,005

Date d'établissement en vigueur: 2012-05-31      RECTO-VERSO      EN 601.001.F version 2 Page 2 de 4

**ORDONNANCE INDIVIDUELLE PREFORMATEE**

**No** : 382  
**Titre** : Surveillance d'un donneur d'organes  
**Service** : Urgence et soins intensifs

Heure	Poids : _____ Taille : _____ Allergie : _____	Initiales Inf.
	<p><b>BILAN À L'ADMISSION :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Groupe sanguin avec 4 culots CMV négatif en réserve</li> <li>✓ FSC et coagulogramme de dépistage</li> <li>✓ Gaz artériel</li> <li>✓ Troponine, Na, Cl, K, Urée, Créat, Glyc, Ca, P, Mg, Bilirubine, AST, ALT, LDH, Ph Alc, GGT, CK, CK-MB, amylase, lipase, albumine, lactate</li> <li>✓ Bilan septique : hémocultures x 2, Gram et culture d'expecto, Analyse et culture d'urine</li> <li>✓ Radiographie pulmonaire et ECG</li> </ul> <p><b>SUR DEMANDE DE QUEBEC-TRANSPLANT</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Histocompatibilité (à envoyer à Institut Armand-Frappier ou HRV)</li> <li><input type="checkbox"/> Sérologie ( 2 tubes rouges de 10cc à envoyer à Hôtel-Dieu de Montréal)</li> </ul> <p><b>PAR LA SUITE :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> q 2 h ou _____ : Glycémie capillaire (viser entre 4 et 8 mmol/L)</li> <li><input type="checkbox"/> q 4 h ou _____ : FSC, PTT, INR, Na, K, Glycémie, Urée, Créatinine, Gaz artériel, lactate</li> <li><input type="checkbox"/> q 8 h ou _____ : Troponine, Cl, Mg, Ca, PO4, bilirubine, AST, ALT, GGT, Ph Alc, LDH, CK, CK-MB, protéine, amylase, lipase, albumine</li> <li><input type="checkbox"/> q 12h ou _____ : Analyse d'urine</li> <li><input type="checkbox"/> q 24h ou _____ : ECG et Rx pulmonaire</li> </ul> <p><b>SURVEILLANCE LORS DU MAINTIEN</b></p> <p><b>Monitoring en permanence :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; TAM entre 65 et 90 mmHg</li> <li>&gt; TA syst. entre 100 et 160 mmHg</li> <li>&gt; FC entre 60 et 120 bpm</li> <li>&gt; TVC q h entre 5 et 10mmHg</li> <li>&gt; Saturation &gt; 95%</li> <li>&gt; Température corporelle entre 36°C et 38°C (couverture chauffante ou matelas réfrigérant PRN)</li> <li>&gt; Diurèse : Entre 50 à 200 ml/h (0.5 m à 3 ml/ Kg/ h)</li> </ul> <p>***Si les paramètres ci-dessus ne sont pas respectés, aviser le médecin STAT.***</p> <p><b>Soins infirmiers:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Position tête de lit 30'</li> <li>&gt; Alterner position q 2h</li> <li>&gt; Bas à compression intermittente séquentielle</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> q 4 h : Appliquer une goutte ophtalmique « Optimyxin Phas » dans chaque œil. Tenir les paupières fermées. Éviter les corps gras.</li> </ul>	
Date :	Signature du médecin :	

Approuvé par OIP : \_\_\_\_\_



# Ce qui faut retenir:

## Le «**COD**» du maintien et surveillance du donneur

« C »: BONNE CIRCULATION	« O » BONNE OXYGÉNATION	« D » BONNE DIURÈSE
<ul style="list-style-type: none"><li>• TAM entre 65 et 90 mmHg</li><li>• TA syst. 100-160 mmHg</li><li>• FC entre 60 et 120</li><li>• Rx (amines, B-bloqueur...) pour atteindre cible.</li><li>• Mobilisation au 2 heures</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• O2 minimum pour saturation de 95% ou plus</li><li>• PaO2 plus de 80mmHg</li><li>• Hb plus de 70g/L</li><li>• Aspiration des sécrétions</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Diurèse horaire entre 0.5 à 3 cc/h/kg</li><li>• Viser équilibre Ingesta/Excréta</li><li>• Surveillance des électrolytes. Réplétion PRN</li><li>• Bolus NS ou DDAVP PRN</li></ul>



# Histoire de cas 7

Monsieur Beauregard a été mis en soins de confort par l'équipe de jour. L'homme de 80 ans souffrait d'un néo pulmonaire sans possibilité de rémission. Il décède sur votre quart de travail. Que faites-vous?

- a) Il faut oublier le don puisque les organes et tissus ont souffert d'anoxie.
- b) Il faut considérer le don de tissus en vérifiant les critères d'admissibilité.
- c) Il faut contacter Héma-Québec pour vérifier l'inscription du défunt aux registres de consentement.
- d) Les réponses B et C sont bonnes.

# LE DON DE TISSUS





# Différence entre le don d'organes et le don de tissus

ORGANES	TISSUS
<ul style="list-style-type: none"><li>• Géré par Transplant Québec</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Géré par Héma-Québec</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Vascularisés</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Non vascularisés</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Très fragiles à l'anoxie</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Moins fragiles à l'anoxie</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Prélevés rapidement après l'arrêt circulatoire</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Peut être prélevé jusqu'à 24 heures après l'arrêt circulatoire</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Transplantés rapidement</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Utilisables après congélation</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Susceptibles au rejet</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Non susceptibles au rejet</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Contexte « Life saving »</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Contexte « Life Enhancing »</li></ul>



# Don de tissus

HÉMA-QUÉBEC

Tissus	Indications
Cornée, sclères	Maladies dégénérative, infectieuse et traumatique
Os	Chirurgie orthopédique, révision prothèse du genou ou de la hanche, produits biopharmaceutiques
Valves cardiaques et conduits	Pédiatrie, reconstruction complexe, contre-indication à l'anticoagulation, valve native infectée
Peau	Grand brûlé
Tendons et ligaments	Blessure traumatique, chirurgie orthopédique



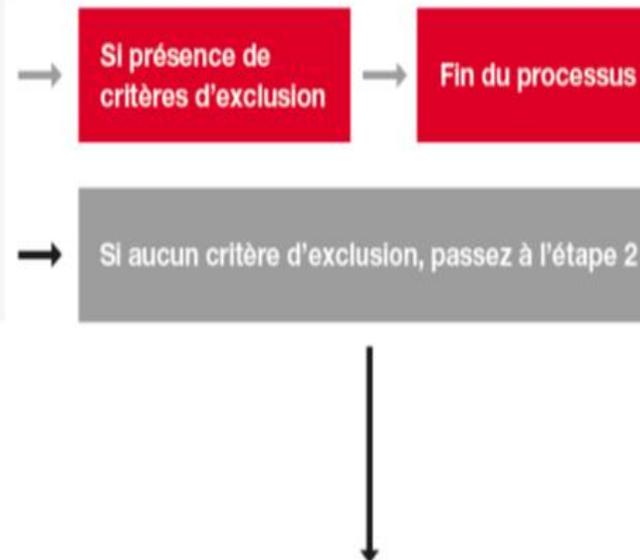
# PATIENT EN MORT RÉCENTE (décédé depuis moins de 24 heures)

1

## Identifier le donneur potentiel

Vérifier si le défunt présente un des critères d'exclusion suivants :

- Âgé de plus de 85 ans
- VIH-VHB-VHC
- Infection systémique active et non traitée
- Cancer sanguin (lymphome, leucémie, maladie de Hodgkin)
- Alzheimer, Parkinson, démence d'étiologie inconnue



**NE PAS PROPOSER À LA FAMILLE L'OPTION DU DON AVANT L'ÉTAPE 3**



## 2 Recommander le donneur potentiel

**Communiquer avec Héma-Québec: 1 888 366-7338, option 2 (24 heures sur 24, 7 jours sur 7)  
et transmettre les informations suivantes:**

- Nom du défunt
- Date de naissance
- Numéro d'assurance maladie
- Indiquer si le donneur potentiel a signé l'autocollant de consentement au dos de sa carte d'assurance maladie

Héma-Québec fera les vérifications d'usage aux registres des consentements de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) et de la Chambre des notaires du Québec (CNQ). Suivant la vérification des deux registres, le personnel du centre hospitalier sera informé par téléphone de la présence ou non d'un consentement ou d'un refus.

### 3

## Communiquer l'information à la famille

Présence d'un consentement  
aux registres ou carte d'assurance  
maladie signée

Absence d'un consentement  
aux registres

Refus inscrit au registre de la CNQ



Présenter à la famille l'option du don et offrir  
le soutien d'un coordonnateur d'Héma-Québec  
qui pourra répondre à ses questions.



Consentement  
de la famille

Refus de la famille



Fin du processus



Informez la famille qu'un coordonnateur d'Héma-Québec communiquera avec elle dans les prochaines heures et obtenez le nom et les numéros de téléphone du membre de la famille à contacter.



# Quel est le meilleur moment?

- Est-ce au moment de l'annonce du décès???
- Lorsque la famille vous questionne sur la suite des choses?
- Lorsque la famille est prête à quitter?



# Comment aborderiez-vous la famille?





4

## Transmettre les informations pour la qualification du donneur

**Communiquer avec Héma-Québec: 1 888 366-7338, option 2 (24 heures sur 24, 7 jours sur 7) et transmettre les coordonnées du membre de la famille à contacter ainsi que les informations médicales demandées.**

À la demande du coordonnateur d'Héma-Québec, transmettre par **télécopieur** les informations suivantes :

- Formulaire SP3 (bulletin de décès)
- Formulaires AS-810 et AS-803P (transport ambulancier)
- Notes au dossier du médecin et de l'infirmière (48 heures précédant le décès) incluant la FADM (feuille d'administration des médicaments)
- Résultats de laboratoire (culture, hémoculture)



**Réfrigérer le corps le plus rapidement possible et indiquer au dossier la date et l'heure de la réfrigération.**



**Prise en charge du processus par Héma-Québec, incluant l'enregistrement d'un consentement téléphonique avec la famille et la qualification du donneur.**



# Renseignements demandés par Héma-Qc

- Heure du décès
- Cause du décès
- Antécédents médicaux
- Circonstances (cas de coroner)
- Autopsie
- Solutés de la dernière heure
- Transfusion des derniers 48 heures
- Coordonnées du répondant



Projet

N° Dossier : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_ Sexe : \_\_\_\_\_  
 Nom, Prénom : \_\_\_\_\_  
 Nom de la mère : \_\_\_\_\_  
 Adresse : \_\_\_\_\_  
 Téléphone : \_\_\_\_\_  
 NAM : \_\_\_\_\_ Expiration : \_\_\_\_\_

Hôpital Maisonneuve-Rosemont

**AVIS DE DÉCÈS**

**SECTION 1**

Date du décès : \_\_\_\_\_ Heure : \_\_\_\_\_  
 Pavillon :  Maisonneuve  Rosemont  CSA  
 Coroner avisé :  Oui  Non N° d'avis : \_\_\_\_\_  
**Autopsie**  Demandée et autorisée par la famille **\*\* (Compléter le formulaire AH-276 « Autorisation d'autopsie » accompagné d'une requête de consultation en pathologie pour justifier la demande)\*\***  
 Refusée par la famille  
 Non pertinente  
 Décès constaté par : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Nom du médecin Signature No de permis

**SECTION 2**

**Don de tissus et cornées**  
 Éligibilité au don de tissus et cornées : **Critères d'exclusion** :  Âge > 85 ans  
 Leucémie, lymphome  
 Infection sévère (VIH, VHB, VHC, septicémie)  
 Démence d'étiologie inconnue  
 Alzheimer  
 Parkinson  
 Oui  Non  
  
**\*\*\* Référence à Héma-Québec (disponible 24 heures/jour) au 1-888-366-7338, option 2\*\*\***  
 Signature de la carte d'assurance maladie :  Oui  Non  
 Inscription au registre de consentement :  Oui  Non  
 Approche à la famille pour don de tissus ou cornée  
 Accepté (Un coordonateur contactera la famille dans les 2 prochaines heures)  
 Refusé Raison : \_\_\_\_\_  
 Non demandé Raison : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Nom du répondant Signature Lien Téléphone  
 \_\_\_\_\_  
 Nom de l'infirmière Signature Titre professionnel

NE RIEN ÉCRIRE DANS LES MARGES

NE RIEN ÉCRIRE DANS LES MARGES



# L'important pour les familles...



- Sentir que les professionnels ont tout fait pour sauver la vie de leur proche.
- L'attitude que nous aurons lors du premier contact influencera la confiance de la famille.
- Le souvenir des soins donnés et de l'attention reçue.

*C'est un jour dans notre vie...  
mais pour les familles, ce sont  
des souvenirs pour la vie.*

Selon l'étude sur les familles de donneurs potentiels  
(1990-1992 / Midwest Transplant Network)

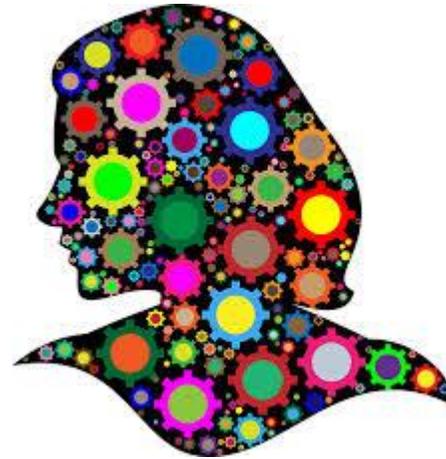
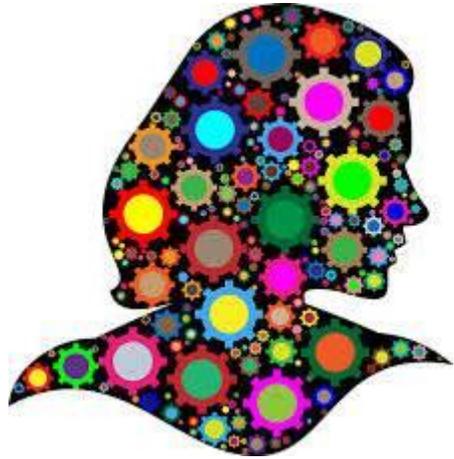
# Histoire de Bibiane et Eugène



- [..\..\..\vidéo\HemaQc\\_Tri Temoignage\\_V4.2\\_HiRes\\_FINAL\\_Corrigé.mp4](#)



# Démystifier les mythes et réalités entourant le don...





**Est-ce que le donneur pourra être exposé au salon funéraire ?**

**Oui**

L'intervention chirurgicale prévue pour retirer les organes se fait avec le même soin que toute autre intervention chirurgicale.



**Est-ce que l'identité du donneur et celle du receveur seront dévoilées ?**

**Non**

**Le don d'organes est un geste anonyme.**

Si un receveur désire communiquer avec la famille du donneur, ou vice-versa, il pourra s'adresser à Transplant Québec qui pourra faire parvenir son message au destinataire.



# Les personnalités riches ou célèbre ont priorité sur la liste d'attente?

## Non

Au Québec, l'attribution des organes se fait à partir de la liste unique gérée par Transplant Québec. La compatibilité, le degré d'urgence et le temps d'attente constituent les critères d'attribution. La race, le sexe, la région et la popularité n'entrent pas en ligne de compte pour l'attribution.



# Les cas de coroner sont des exclusions pour le don d'organes?

**Non**

Lorsqu'un décès fait l'objet de l'avis de coroner (ex: mort accidentelle, suspecte ou provoquée), le coroner doit donner son accord pour procéder au don d'organes. Dans la grande majorité des cas, le coroner accepte avec ou sans condition.

# En tant que professionnels...



Le don d'organes et tissus est une chaîne humanitaire qui permet à la vie de se poursuivre...

Vous êtes un maillon important de cette chaîne...

Aucune transplantation n'est possible si les donneurs ne sont pas identifiés et les familles non approchées pour l'option du don.

# N'oubliez jamais que vous êtes un lien vital !

- Vous êtes un maillon important dans cette chaîne qui permet à la vie de se poursuivre...



- Vous êtes « un phare » pour toutes ces familles en deuil subit...





*“Le but de la greffe  
n’est pas d’ajouter des  
années à ma vie...  
mais de la vie à mes  
années!”*

Véronique Ferland  
Greffée pulmonaire





*« Toi qui aimait tant la vie, ta mort aura  
au moins servi à d'autres personnes, qui  
sans toi, seraient mortes aussi »*

*Une famille d'un donneur*

# Sur le site de Transplant Québec, section « Professionnels de la santé »

**GUIDE** relatif à l'évaluation et au maintien du donneur adulte  
**Les ordonnances de base**

Ces suggestions servent de guide mais ne remplacent aucunement l'approche intégrée au jugement clinique.

**Positionnement du patient** **A**

- Tête de lit à 30°
- Mobiliser q. 2 h

**Diète** **B**

- Gavage standard à 1 kcal/kg/h
- Ne pas initier l'alimentation parentérale. Cependant, continuer si déjà en cours.

**Hydratation** **C**

- Soluté\* DS % Salin 0,45 % KCl 20 mEq/L, à 100 cc/h (Utiliser salin isotonique en cas d'hyponatrémie)

\* Le choix et le débit du soluté peuvent varier selon les résultats de la natrémie, de la kaliémie et de la tolérance à l'alimentation entérale; viser l'eurodosage.

**Monitoring minimal requis et objectifs visés** **D**

- Moniteur cardiaque
- Canule artérielle; noter la tension artérielle (TA) q. 1 h, viser :
  - tension artérielle moyenne (TAM) 65-90 mmHg
  - TA systolique 100-160 mmHg
  - fréquence cardiaque (FC) 60-120 bpm
- Saturométrie en continu; noter la saturation q. 1 h, viser ≥ 95 %
- Tension veineuse centrale (TVC); noter la TVC q. 1 h, viser 5-10 mmHg
- Sonde urinaire; noter la diurèse horaire, viser 0,5 à 3 cc/kg/h
- Glycémies capillaires\* q. 1 h, viser 4-8 mmol/L
- Température corporelle q. 4 h, viser 36,0-38,0 °C

\* Les glycémies capillaires peuvent être espacées aux 2 h puis aux 4 h, si l'équilibre métabolique est atteint et stable.

**Ventilation** **E**

- Mode assisté contrôlé
- Volume courant (VC); 10 cc/kg de poids idéal
- Pression positive téléexpiratoire (PEEP); minimum de 5 cm H<sub>2</sub>O
- Fréquence ventilatoire pour obtenir une PaCO<sub>2</sub> artérielle entre 35-45 mmHg, si possible
- Fraction inspirée en O<sub>2</sub> (FIO<sub>2</sub>) minimale pour une saturation de 95 %

**Soins des yeux** **F**

- Maintenir les paupières fermées
- Nettoyer les paupières avec NaCl q. 4 h et PRN
- Éviter les corps gras

**Prophylaxie** **G**

- Héparine 5000 unités s/c aux 12 heures (ou héparine à bas poids moléculaire selon le protocole de l'établissement) et/ou port de bas à compression séquentielle intermittente

**Évaluation du donneur** **H**

	CH identificateur	CH de prélèvement*
Initialement	<ul style="list-style-type: none"> <li>Groupe sanguin + anticorps</li> <li>Poids / Taille</li> <li>Analyse et culture d'urine + hémoculture 1,2</li> <li>Rx pulmonaire + ECG</li> <li>Gram et culture des sécrétions bronchiques</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Groupe sanguin + anticorps + cross-match</li> <li>4 culots globulaires en réserve</li> <li>Poids / Taille</li> <li>Analyse et culture d'urine</li> <li>Rx pulmonaire + ECG</li> </ul>
01 q. 4 h	FSC, Pst, INR, Na, K, Gl Urée, créatinine, lactate, saturation veineuse en oxygène (SVO <sub>2</sub> ) si cathéter de l'artère pulmonaire en place (voir section 6), gazométrie artérielle q. 2-4 h (voir section X)	
02 q. 8 h	Cl, Mg, Ca, PO <sub>4</sub> , AST, ALT, Ph Alc, bilirubine totale et directe, GGT, LDH, CK, CKMB, troponine I ou T, amylase et lipase	
03 q. 12 h	Analyse d'urine	
04 q. 24 h et PRN	Rx pulmonaire, ECG, protéine, albumine	

\* Serologie et biocompatibilité avec l'agencement du coordinateur de Québec-Transplant

Date d'entrée en vigueur: 2009-12-17      RECTO-VERSO      134-G10-001.1 version 1      Page 1 de 4

**Module de formation en ligne**  
**La procédure type pour le don d'organes**

**TRANSPLANT QUÉBEC**      Ensemble pour le don d'organes, pour la vie.

**FÉDÉRATION DES MÉDECINS SPÉCIALISTES DU QUÉBEC**

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Est-de-l'Île-de-Montréal

# LE DON DE TISSUS HUMAINS

## Trousse de formation en ligne pour le personnel soignant

<https://www.hema-quebec.qc.ca/tissus-humains/professionnels-sante/index.fr.html>

### PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ

Nos activités

Commande de tissus humains

Comment recommander un donneur potentiel ?

#### TROUSSE DE FORMATION

Procédure type

Questions fréquemment posées

Communication avec la famille

Tissus prélevés

Témoignages vidéo :

- Personnel d'Héma-Québec
- Coroner
- Personnel soignant
- Familles de donneur
- Familles de receveur

Évaluation en ligne

Durée : 60 minutes

Formation accréditée sans frais - 1 crédit

Un seul donneur  
de tissus peut aider  
jusqu'à 20 receveurs !





**Merci de votre attention  
et  
de votre implication**

**Questions?**





# Références

- Buckman, R. (1994). S'asseoir pour parler. L'art de communiquer de mauvaises nouvelles aux malades. ERPI.
- Cerney, M. (1993). Solving the Organ donor shortage by Meeting the Bereaved Family's Needs. *Critical Care Nurse*, 32-36
- Code civil du Québec, version avril 2010 article 43-44-45.
- Conseil canadien pour le don d'organes et la transplantation, "De l'atteinte cérébrale grave au diagnostic de décès neurologique", Rapport du forum canadien en 2003 à Vancouver.
- Furukawa, M. (1996). Meeting the Needs of the Dying Patient's Family. *Critical Care Nurse*, 51-57



# Références

- Gortmaker, S.L. et al. (1998). Improving the request process to increase family consent for organ donation. *TJ Transplant coord*, 8 (4): 201-217.
- Groot, J. Vernooij, D.M. (2012). Decision making by relatives about brain death organ donation: an integrative review. *Transplantation*, 93 (12): 1196-1211.
- Miller, C., Breakwell, R. (2012). What factors influence a family's decision to agree to organ donation? A critical literature review. *London Journal of primary care*, 10 (4): 103-107.
- Maloney, R. Wolfelt, A. (2001) *Caring for donor families, during, and after. How to communicate with and support families before, during and after the décision to donate organs, tissues and eyes* , Fort Collins Companion Press.



# Références

- Plante, A. (2008). Le rôle de l'infirmière en soins intensifs auprès des familles suite à un décès déjà prévu ou inattendu. Séminaire en janvier 2008 à la RIISQ.
- Rocheleau, C.A. (2001). Increase family consent for organ donation: findings and challenges? *Prog transplant trauma*, 1 (3): 194-200.
- Siminoff, L.A., Lawrence, R.H. (2002). Knowing patient's preference about organ donation: does it a difference? *J. trauma*, 53: 754-760.
- Siminoff, L.A., Lawrence, R.H. (2002). Decoupling: What is it and does it really help increase to organ donation?. *Prog Transplant*, 12(1): 52-60.
- Simpkin, A.L., Robertson, L.C., ET AL. (2009). Modifiable factors relatives' decision to offer organ donation: systematic review. doi:10.1136/bmj.b991.