



Dire ou ne pas tout dire ?

L'urgentiste face au donneur d'organes potentiel
enjeux psychologiques et pratiques de l'entretien

Catherine Vernay
Psychologue clinicienne

Les aspects réglementaires

- **Le texte SFMU-SAMU de France** (2006) « *pas raisonnable* » d'annoncer en préhospitalier le décès et le transfert pour prélèvement.
- **L'arrêté du 16 aout 2016** (applicable au M2 par une clause) dit que les principes doivent être respectés : l'annonce du décès doit précéder l'abord du don.
- **Les RBP démarches anticipées** (2024) avec un représentant SFMU aucun abord du don ne doit être réalisé en préhospitalier

Service qui rend pas service



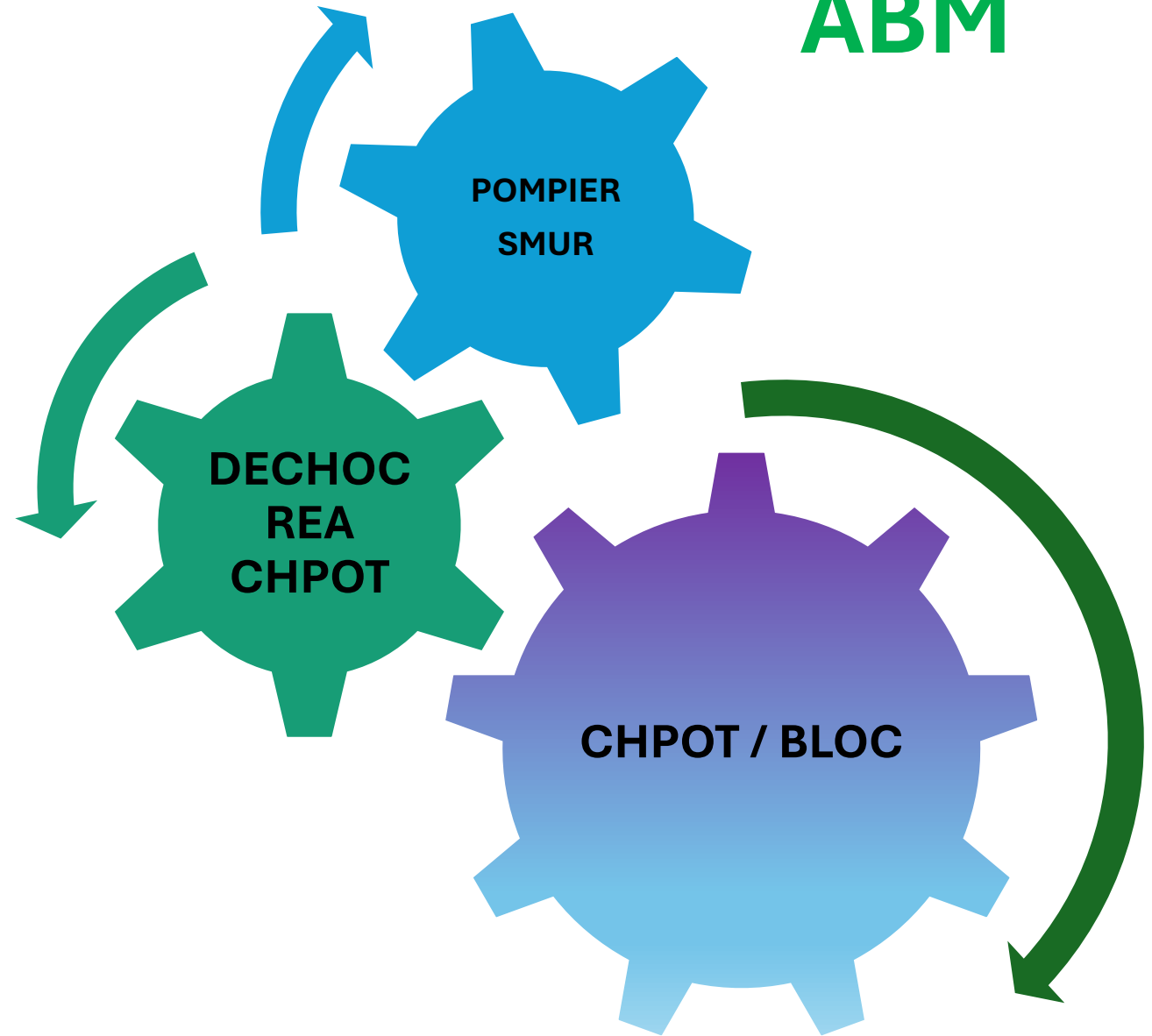
Plan de présentation

- Réfléchir **que faire** et **pourquoi**
- Les objectifs recos 2024 **hiérarchisés**
 1. Harmoniser une conduite d'entretien
 2. L'objectif secondaire : baisse du taux d'opposition
- Vous montrer pourquoi du **point de vue des proches** aussi il faut rester motivés pour ces procédures délicates (M2 et Abord anticipé)

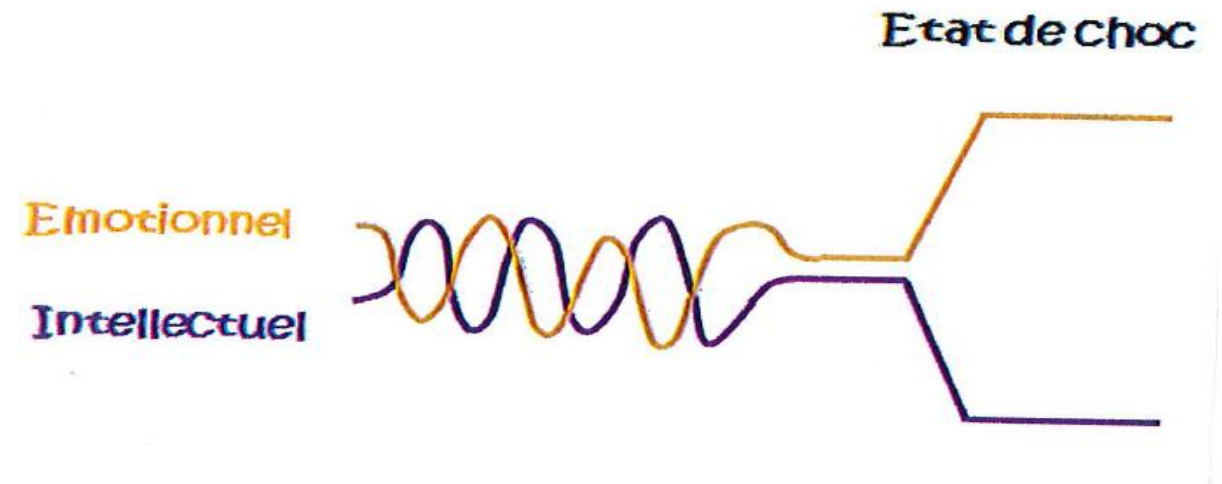
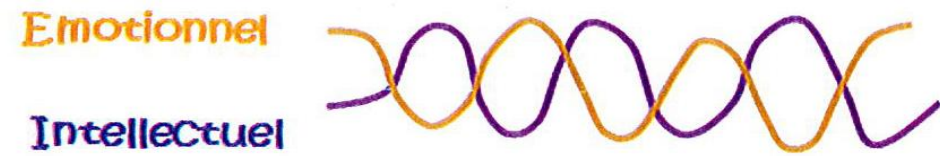
DDAC M2 : Procédure

ABM

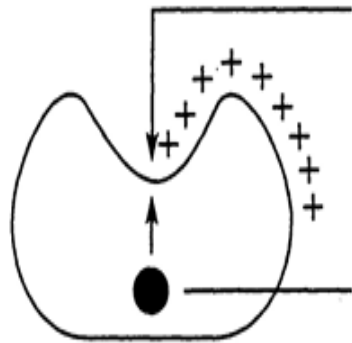
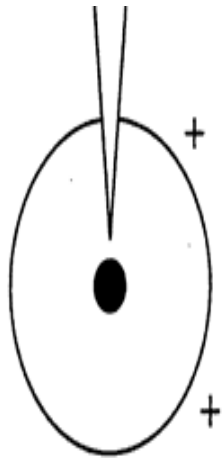
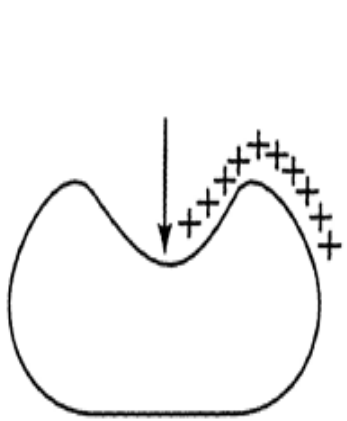
PEC COMPLEXE



DDAC M2 : Proches



DDAC M2 : Proches



Stress

Trauma



DDAC M2 : l'urgentiste

Ne pas être captif du rôle projeté

Se resituer comme appartenant plus largement à **une institution** à une équipe pour se dégager de la lourdeur de la situation et de la responsabilité

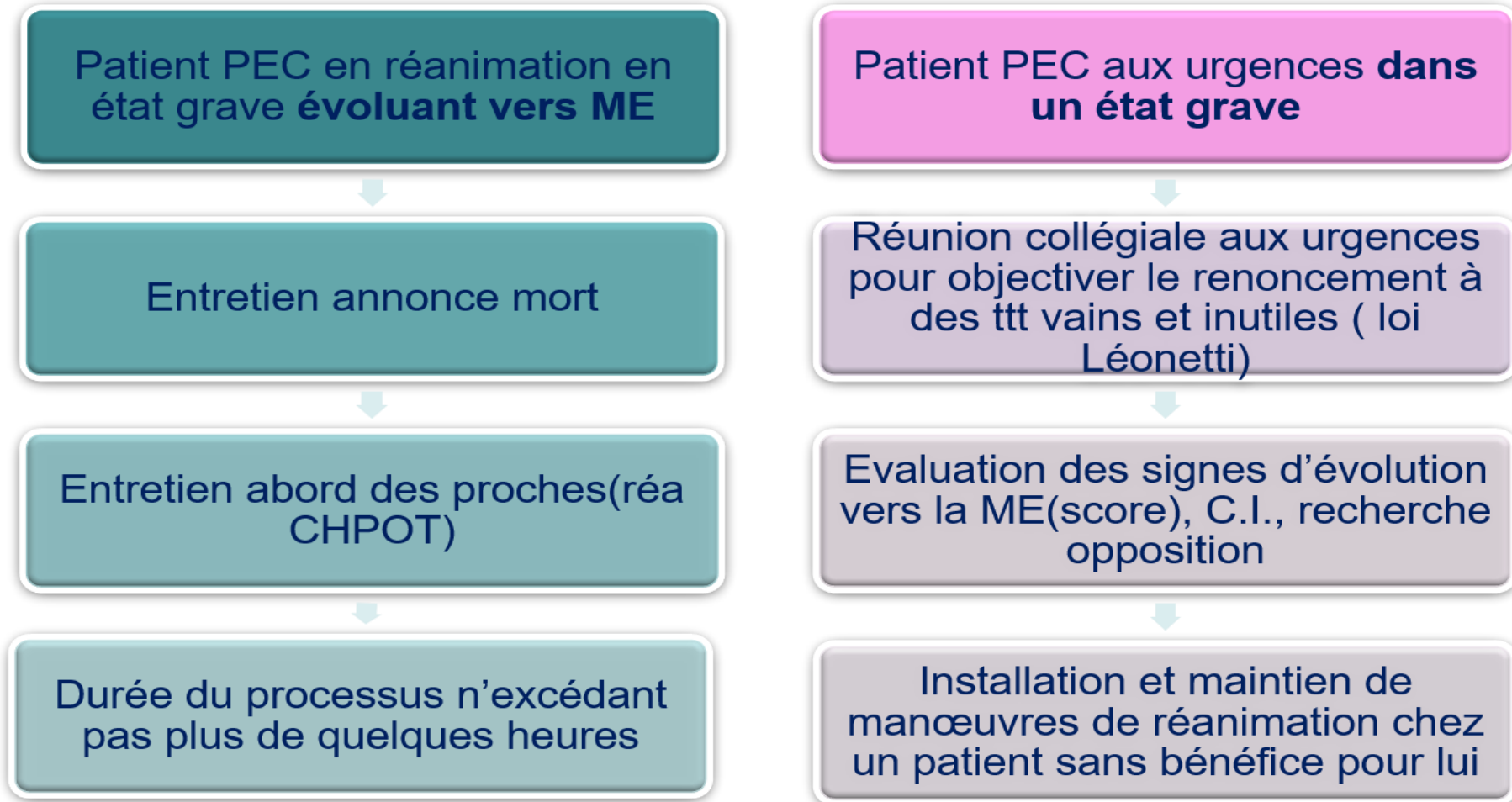


DDAC M2: la femme / l'homme médecin

Loyauté
Honnêteté
Transparence



Projet classique dons / Abord anticipé



Objectif de l'entretien A A

Entretien semi directif avec **trois objectifs distincts**:

- Annonce de l'absence de ressource thérapeutique **par l'urgentiste + réa + (neurochirurgien consultant)**
- Envisager l'évolution vers la ME +Recueil de la non-opposition du défunt au don de ses organes **par la CHPOT**
- Etablissement d'un « contrat moral » avec les proches (durée, possibilité d'interrompre, PEC émotionnelle)

Etape 1: préparation

- Lieu approprié, nombre de soignants adapté aux nombres de proches
- Bonne connaissance du dossier (fonctionnement familial, personnes ressources).
- Préparation (urgentiste / réa/ IDE CHPOT.), fonctionnement familial, personnes ressources)
- Définir un plan et un contenu de communication : les étapes, les informations et explications, les éléments de langage : qui, quand, comment, pourquoi, etc.

Début d'entretien

- Se présenter, se resituer dans l'équipe (historisation de la PEC) CHPOT (ide)
- Permettre à chaque personne de se situer par rapport au patient.
- Partir de ce que la famille sait et de leur vocabulaire
(avoir conscience de l'impact des mots = favorise l'ajustement)
- L'annonce de l'absence de ressources thérapeutiques et de l'imminence de la mort
- S'assurer de la compréhension de chacun

Etape 2 : Une visite au patient

- Restauration d'une temporalité mise à mal
- Une visite au patient permet aux proches de prendre conscience du caractère critique de la situation et de poser des questions.

Posture passeur

Poursuite de l'entretien

- Envisager l'évolution vers la ME et la possibilité d'un don d'organe.
- S'assurer que la famille a bien compris et admis la situation
- Le passage en ME, son explication, sa probabilité, le délai à envisager (48-72 heures). À défaut ou au-delà de celui-ci, la décision initiale (arrêt de la médicalisation) sera mise en œuvre ;
- La possibilité pour les proches d'interrompre la procédure à tout moment.

Acter la décision

Conclure l'entretien

- Acter la décision au regard des échanges avec les proches.
- Redonner de la lisibilité sur les éléments « du contrat moral » passé avec eux en remettant en perspective le déroulement de la procédure en prenant soin de mettre les volontés du patient au centre du projet.
- Donner la possibilité à chacun de poser des questions

Les écueils à éviter

Éviter la valse des si

Pourquoi rester motivés?

- Dans le DDAC
- Dans l'AA

Merci pour votre attention

catherinevernay73@gmail.com

