

“Réanimer un mort” ou la réanimation du donneur d’organes : une réanimation particulière

Marie-Christine DESBROSSES, René ROBERT



A travers ce titre un peu provoquant voire choquant, nous avons voulu souligner les spécificités, les paradoxes et les difficultés des soignants face à cette “réanimation particulière”.

LES BUTS DE LA RÉANIMATION

En règle générale, la prise en charge de patients en réanimation a pour objectif de faire face aux défaillances souvent multi-viscérales, à mettre en œuvre des techniques de suppléance vitale et, non seulement à tenter de ramener le patient à la vie, mais aussi et surtout de lui redonner une qualité de vie la meilleure possible à l’issue de son séjour.

Les aspects psychologiques sont importants dans cette atmosphère où l’on est confronté à la mort. La relation avec le patient, qui dans la plupart des cas, ne reçoit pas de sédatifs, est rendue complexe par les difficultés de communication (sonde d’intubation, difficulté d’intégrer la situation dans laquelle il se trouve ...). Les familles très présentes, réclament également un soutien psychologique.

Ainsi la réanimation sous-entend une charge physique, émotionnelle, technique et financière importante.

LA RÉANIMATION D’UN PATIENT EN MORT ENCÉPHALIQUE

L’admission d’un patient en mort cérébrale nécessite un investissement important. La charge en soins est élevée. L’obtention d’une stabilisation hémodynamique est souvent difficile à obtenir de façon durable. Il faut également assurer une ventilation artificielle optimisée et un fonctionnement rénal normal. De plus, en un intervalle de temps court, se succèdent les examens complémentaires indispensables au diagnostic de mort encéphalique et au diagnostic de fonctionnalité des organes potentiellement prélevables. Cette réanimation est entrecoupée des visites des familles avec lesquelles les échanges sont eux aussi intenses et complexes. La réanimation du donneur d’organes est une réanimation très active, véritable course contre la montre qui

contraste avec la certitude du décès du patient. Ainsi il ne s’agit plus de “ramener le patient à la vie”, mais de réanimer ses organes. Cette réanimation prend alors une dimension psychologique particulière, déstabilisante pour les familles, mais aussi pour les soignants.

LE VÉCU DES SOIGNANTS LORS DE LA RÉANIMATION D’UN PATIENT EN ÉTAT DE MORT ENCÉPHALIQUE

Un questionnaire concernant le vécu de la prise en charge d’un patient en mort encéphalique, a été soumis aux infirmières et aides-soignantes du service de réanimation médicale. Les idées fortes soulignées dans les réponses sont rapportées ci-dessous. Cependant, la perception des aspects de cette réanimation particulière est ressentie de façon parfois très différente. Ainsi, ce sont les tendances principales qui sont résumées ici, sans que l’on puisse en faire une généralisation.

1- L’annonce de l’admission d’un patient en mort encéphalique

Les soignants ont d’emblée conscience de la charge en soins et de la charge émotionnelle qui s’annoncent.

2- Le refuge derrière les soins techniques

L’intensité des soins permet de se concentrer sur les aspects techniques de la prise en charge du patient et de repousser transitoirement les messages affectifs perturbateurs.

3- L’identification du drame

Cependant, la connaissance des causes du décès intensifie la charge émotionnelle. En effet, les patients sont souvent jeunes, les circonstances de survenue à la fois brutales et banales (céphalées, accident de la voie publique, chute...), conduisent à s’identifier au patient. “Ce pourrait être moi ou quelqu’un de ma famille”.

4- L’interface avec la famille

Les visites des familles sont également source de perturbation. Elles nous parlent, nous obligent à sortir de notre refuge “technique”. Elles nous “agressent” avec des messages émotionnels forts et déstabilisants. Elles nous prennent à témoin de ce qu’était leur proche

toujours là et déjà mort. De plus contrairement aux autres familles, on ne peut pas leur donner de message d’espoir, si ce n’est celui d’une certaine forme de transmission de la vie. Enfin, malgré les soins intensifs, il faut laisser aux familles un peu de temps pour se recueillir, pour s’isoler un peu, pour préparer leur deuil.

5-Le syndrome de la chambre vide

La dernière épreuve pour les soignants de réanimation, est celle qui nous laisse seuls dans la chambre vide une fois le patient parti pour le bloc opératoire. La charge physique s’arrête brutalement. Les soignants sont soulagés de ce départ au bloc qui sous-entend le succès de la mission : “maintenir les organes en vie pour les autres”. Mais c’est à ce moment que survient pour beaucoup l’exacerbation de la charge émotionnelle. L’histoire du patient, les phénomènes d’identification et les témoignages des familles resurgissent.

L’entraide pour la réfection de la chambre, est aussi un moyen, pour certains soignants, de communiquer et d’échanger des réflexions ou des témoignages.

L’utilité d’échanges plus formalisés avec un psychologue a été évoquée, mais la grande majorité des soignants n’en éprouve pas le besoin préférant sans doute les échanges au sein de l’équipe elle-même.

CONCLUSION

La réanimation du donneur d’organes est une réanimation très intensive mais chargée d’émotion et d’humanité. Dans cette situation la mort n’est pas inutile, à travers ces organes que l’on réanime, il y a l’espoir d’autres vies sauvées. Ainsi la phrase de J. Prévert prend une autre dimension : “Quand on est mort, c’est pour la vie”.

Marie-Christine DESBROSSES,
René ROBERT, et le Service de
Réanimation médicale
Centre hospitalier
3 rue de la Milettrie BP 577
86021 POITIERS CEDEX
Tél : 05 49 44 41 59
Fax 05 49 44 42 36