



HAL
open science

Étude du deuil compliqué à la suite d'un prélèvement multiple d'organes sur personne décédée, en état de mort encéphalique : évaluation des proches du défunt à 6 mois du décès

Hélène Foulgoc

► To cite this version:

Hélène Foulgoc. Étude du deuil compliqué à la suite d'un prélèvement multiple d'organes sur personne décédée, en état de mort encéphalique : évaluation des proches du défunt à 6 mois du décès. Médecine humaine et pathologie. 2016. dumas-01390776

HAL Id: dumas-01390776

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01390776>

Submitted on 2 Nov 2016

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX 2 - VICTOR SEGALEN

UFR des SCIENCES MEDICALES

Année 2016

N°3095

Thèse

Pour l'obtention du

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Le 13 octobre 2016

Par

Hélène FOULGOC

Née le 24 Mars 1988 à Rennes (35)

**Etude du deuil compliqué à la suite d'un
prélèvement multiple d'organes sur personne
décédée, en état de mort encéphalique**
Evaluation des proches du défunt à 6 mois du décès

Directeur de thèse

Monsieur le Docteur Julien ROGIER

Rapporteur

Monsieur le Professeur Matthieu BIAIS

Membres du jury :

Monsieur le Professeur Alexandre OUATTARA	Président
Monsieur le Professeur Bernard BIOULAC	Juge
Monsieur le Professeur Marc-Louis BOURGEOIS	Juge
Monsieur le Docteur Olivier GUISET	Juge
Monsieur le Docteur Julien ROGIER	Juge

A mon président du jury,

Monsieur le Professeur OUATTARA

Professeur des Universités

Praticien Hospitalier

Chef du Service d'Anesthésie-Réanimation II du CHU de Bordeaux

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter la présidence de ce jury de thèse.

Je vous remercie pour votre enseignement et votre disponibilité tout au long de cet internat. J'espère que mon travail sera à la hauteur de votre attente.

Veillez recevoir l'expression de mon profond respect et de ma reconnaissance.

A mon directeur de thèse,

Monsieur le Docteur Julien ROGIER

**Praticien Hospitalier
Responsable d'unité
Service de Coordination des prélèvements d'organes et de tissus
CHU de Bordeaux**

Je te remercie de la confiance que tu m'as accordée en me proposant ce sujet qui te tient à cœur.

J'ai beaucoup apprécié faire ce travail avec toi. Malgré ton emploi du temps très chargé, tu as pu rester disponible tout au long de l'étude et de la rédaction. Je tiens à t'exprimer toute mon amitié et ma reconnaissance.

A mon rapporteur de thèse,

Monsieur le Professeur Matthieu BIAIS

Professeur des Universités

Praticien Hospitalier

Responsable de l'unité de Neuro-Anesthésie-Réanimation

Service d'Anesthésie-Réanimation III du CHU de Bordeaux

Tu me fais l'honneur de rapporter ce travail. Ta rigueur scientifique est un atout majeur dans l'évaluation de cette étude. Je te remercie pour le temps consacré. Reçois toute ma gratitude et ma profonde estime.

A mes juges,

Monsieur le Professeur Bernard BIOULAC

**Professeur des Universités
Président de l'EREA (espace éthique régional d'Aquitaine)
Membre de l'académie de médecine**

Ce fut un honneur pour nous que vous acceptiez de lire et d'apporter votre expertise sur ce manuscrit. Je vous remercie d'y avoir consacré de votre temps et merci pour votre disponibilité. Veuillez trouver ici l'expression de mon profond respect.

Monsieur le Professeur Marc-Louis BOURGEOIS

Professeur des Universités

Ancien Chef de service

Centre Hospitalier Charles Perrens, Bordeaux

Je vous suis reconnaissante d'avoir accepté d'être membre de ce jury. Votre expertise sur la prise en charge du deuil est un réel atout pour juger ce travail. Veuillez recevoir mes sincères remerciements.

Monsieur le Docteur Olivier GUISET

**Praticien Hospitalier
Responsable de l'unité de réanimation médicale
Hôpital St-André, CHU de Bordeaux**

Je vous remercie d'avoir accepté de juger cette thèse. En tant que membre du groupe FAMIREA, votre avis est très précieux pour évaluer ce travail. Veuillez recevoir mes sincères remerciements.

À Elsa DELOBBE, pour ton énorme participation à cette étude. J'espère que tu vas pouvoir continuer et que les résultats qui en découleront seront à la hauteur de ton investissement sur ce sujet. .

Merci également au Docteur Michel GALINSKI pour ton aide statistique et tes nombreux conseils tout au long de ce travail.

À ma famille,

À mes parents, pour savoir être présents même si je vous ai quittés pour venir en région bordelaise. Merci pour tout, pour vos conseils, votre soutien et votre amour. Je sais que je pourrai toujours compter sur vous et je vous en remercie. Promis, je vais essayer de rentrer plus souvent.

À Stéphanie, et à notre complicité. Merci pour ta participation à ce travail. Mais surtout, merci pour être là tous les jours même à plusieurs centaines de kilomètres. Vivement votre retour pour que je puisse profiter de vous trois !

À Mamie, pour ta sagesse, ton écoute et les encouragements toujours apportés par Papeu et toi. C'est un plaisir de te voir enfin à Bordeaux.

À Mimice et ta joie de vivre. Je ne t'apprends rien en te disant que je viens toujours te voir avec joie. Les longues soirées en tête à tête, du Negroni au Cornetto, sont toujours formidables.

À Patrick, à la fin de cette lecture, tu pourras peut-être enfin m'appeler Docteur.

À Marie-Thé, pour avoir été notre deuxième maman.

À tous mes oncles et tantes et surtout à Anne et Pascal, pour être toujours disponibles si je suis enfermée chez moi ou en cas de placards à repeindre.

À mes cousins et cousines, parce que c'est toujours un plaisir de vous voir.

À tous ceux qui ont participé à mes cinq ans de formation,

À l'équipe de réanimation de cardio-pédiatrie. C'est toujours avec joie que je viens faire des gardes avec vous. Votre bonne humeur est toujours au rendez-vous. Merci à vous tous, et surtout à Philippe et Nadir pour votre enseignement à toute heure du jour et de la nuit. Je suis très heureuse de vous rejoindre dans quelques semaines.

À l'équipe d'anesthésie d'Agen, pour votre patience et pour m'avoir acceptée dans votre service alors que je ne connaissais rien à l'anesthésie.

À toute l'équipe de réanimation cardiaque adulte, pour votre accueil. Merci de m'avoir fait aimer cette spécialité dès mon 2ème semestre d'internat et de m'avoir donné envie de revenir.

À l'équipe de réanimation de Périgueux, pour votre formation et pour m'avoir sensibilisée un peu plus au prélèvement d'organes.

À l'équipe du 5ème, pour votre accueil. Ce stage de milieu d'internat a été très formateur pour moi et ceci dans la bonne humeur. C'était toujours un plaisir de venir travailler avec vous.

À l'équipe du BURG et à celle du SAMU, pour avoir fait de mon dernier semestre un des meilleurs.

À toutes les personnes qui m'ont formée, que ce soit au cours des stages ou en garde.

À tous mes co-internes pour ces bons moments passés avec vous.

À mes amis rennais,

A Laura, Maëlle et Manue. Pour cette amitié qui dure depuis des années. Les moments ensemble sont de plus en plus rares mais sachez que c'est toujours un plaisir d'avoir de vos nouvelles et de vous voir.

À Anouk, l'Amie fidèle. Malgré la distance, tu as toujours été présente. Nos petits week-ends ensemble sont parfaits et j'espère que nous allons avoir le temps de nous voir de plus en plus. Merci pour tout et à très vite à la Réunion.

À Morgane. Même si l'ECN nous a éloignées, je sais que nous continuerons à rester en contact. Nous avons su que nous devions prendre le même rythme de travail dès le début au point de passer notre thèse le même jour donc bon courage pour ce soir !

À Clémence, à notre amitié qui dure depuis la P1, à tout ce que nous avons vécu depuis la BU. Merci pour ta joie de vivre et ta bonne humeur.

À Camille, pour tout ce que nous avons pu partager pendant ces années, des longues journées à la BU jusqu'à la fermeture du Stanley ou au mac-do en taxi. Je te souhaite plein de bonheur pour votre vie future.

À Gus, JM, Adrien. C'est toujours un plaisir de vous revoir quand je rentre à Rennes ou dans un chalet des Alpes en plein janvier sans chauffage ! Je vous attends encore pour un petit week-end bordelais !

À Lisa, pour ta gentillesse, ta disponibilité et tes super blagues. Merci d'avoir eu le courage de ne pas me laisser seule à Bordeaux !

À toutes les belles rencontres que j'ai pu faire dès mon arrivée à Bordeaux,

À Flavie, l'éternelle étudiante et à son répertoire musical qui m'a tant fait plaisir pendant ces deux super années de coloc. Tu es une amie sur qui l'on peut toujours compter, aussi bien pour nous dépanner que pour aller boire "un" verre le soir. Encore désolée de t'avoir abandonnée mais tu sais que tu es toujours la bienvenue chez moi.

À Barbara, à tous ces moments passés en ta compagnie et à notre fin d'internat ensemble. Je te souhaite plein de bonheur pour la suite. Tu es parfaite, il faut juste que tu penses à améliorer ton temps quand tu te changes le matin.

À Antoine, pour ta bonne humeur toujours présente et pour ta capacité à avoir testé tous les restaurants de Bordeaux. Bon courage pour demain !

À Marion, pour me faire autant rire. Même si tu parles (un peu) beaucoup, tu restes présente pour nous écouter à tout moment. Désolée de ne pas être aussi rapide que toi pour répondre aux SMS. Et merci pour tes conseils dans la rédaction de cette thèse.

À Anne-So, la seule chirurgienne qui supporte de passer autant de temps avec les anesthésistes. Vivement ton retour à Bordeaux !

À Julia, à ta franchise, à ton fouet et à ton rire !

À Laura, l'insupportable. J'ai appris à mieux te connaître pendant ces 6 mois de coloc et, au final, ce que j'en retiens, c'est que tu me fais quand même bien rire ! A bientôt au Relay H.

À Marc, pour ton amitié. Merci d'avoir été le premier juge de cette thèse (et non, je ne t'en veux pas !).

À Marie et à ce super week-end à Grenade avant d'entamer la phase la plus active de la rédaction de nos thèses. On part où la prochaine fois ?

À Elsa et Fred, les premières de Manhattan. Je vous souhaite plein de bonheur pour la suite, en espérant qu'on trouve un peu plus de temps pour se voir.

À mes co-internes agenais de premier semestre. J'ai eu de la chance de tomber sur une super équipe dès le début de mon internat. Ces 6 mois ensemble dans les préfa resteront un excellent souvenir. Dès que j'ai fini, promis, je vous fais un grand repas comme il y a 5 ans (et oui déjà...)

À toute l'équipe de l'internat de Périgueux. À Claire et Rabia pour les dimanches tricots-bijoux. À tous les autres (vous êtes trop nombreux pour vous citer !) pour nos nombreuses soirées bulgares endiablées.

À Arnaud et Pierre et à notre aventure commune qui débute.

À Sara, Simon, Alex, Arnaud, PA, Claire, Stouf et à tous ceux que j'oublie.

Résumé

Objectif : En 2015, 1824 prélèvements multiples d'organes (PMO) ont été réalisés en France. Actuellement, il n'existe aucune filière de prise en charge des proches endeuillés. L'objectif de notre étude est d'étudier le deuil compliqué chez les proches de donneurs, ses pathologies associées et ses facteurs de risque.

Méthodes : Etude prospective, monocentrique, observationnelle. Lors de la première rencontre avec l'équipe de coordination du prélèvement d'organes et de tissus du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Bordeaux, il était proposé aux proches de donneurs d'organes présents de participer à l'étude. Les proches ayant accepté d'être recontactés recevaient par courrier à 1, 3 et 6 mois après le décès les questionnaires ICG, IDS-SR et PCLS. Le critère de jugement principal était la présence de deuil compliqué, défini par un score $ICG > 25$, chez les proches de donneurs d'organes, à 6 mois du PMO. Les critères de jugement secondaires étaient la présence d'épisodes dépressifs majeurs ($IDS-SR \geq 15$) et de trouble stress post-traumatique (TSPT) ($PCLS \geq 44$) à 6 mois ainsi que l'analyse des facteurs de risque de deuil compliqué à 6 mois.

Résultats : De décembre 2014 à janvier 2016, 81 proches de donneurs d'organes ont été inclus. Le nombre moyen de proches par donneur est de 3,24 proches par donneur. Parmi les 29 proches ayant répondu à 6 mois, 16 ont un score $ICG > 25$, soit une prévalence de 55,2 % [IC 95%=37-73]. Les prévalences d'épisode dépressif majeur et de TSPT sont respectivement de 72 % [IC95=55,7-88,3] et 31% [IC95=14,2-47,8]. Aucune variable analysée n'est associée à un $ICG > 25$ à 6 mois.

Conclusion : Le nombre de proches de donneurs d'organes développant un deuil compliqué est élevé. La mise en place de filières dédiées pour la prise en charge de ces personnes endeuillées semble importante. Des études ultérieures doivent être réalisées afin de mieux définir les facteurs de risque de deuil compliqué suite à un PMO.

Mots clés : deuil compliqué, épisode dépressif majeur, trouble-stress post-traumatique, prélèvement multiple d'organes, réanimation

Abstract

Objective : In 2015, 1824 organ donations were performed in France. Currently, there doesn't exist any sector to orientate donors' families. The purpose of our study is to investigate the complicated grief donors' relatives, its associated diseases and risk factors.

Method : Prospective, single-center, observational study. During the first meeting with the transplantation coordination team of the University Hospital of Bordeaux, France, it was proposed to the organ donors' relatives to participate. The relatives who had accepted received the ICG, IDS-SR and PCLS questionnaires at 1, 3 and 6 months after the death. The primary endpoint was the presence of complicated grief, defined by an ICG>25, among the relatives of organ donors after 6 months from the death. The secondary endpoints were the presence of major depressive disorders (IDS-SR \geq 15) and post-traumatic stress disorders (PTSD) (PCLS \geq 44) at 6 months and the analysis of complicated grief's risk factors.

Results : From December 2014 to January 2016, 81 donors' relatives were included. An average of 3.24 relatives per donor was included. 16 of the 29 relatives who responded at 6 months had an ICG>25. The prevalence of complicated grief is 55.2 % [CI95 = 37-73]. The prevalence of major depressive disorder and PTSD are respectively 72 % [CI95 = 55.7-88.3] and 31 % [CI95 = 14.2-47.8]. No risk factors of complicated grief after 6 months from the death were found in this population.

Conclusion : This study shows a high risk of complicated grief among donor's relatives. The establishment of dedicated channels to orientate these bereaved persons seems important. Further studies should be conducted to define better the complicated grief's risk factors following the organ donation.

Keywords: complicated grief, major depression, post-traumatic stress disorder, organ donation, intensive care.

Liste des abréviations

AVC : Accident vasculaire cérébral
BGQ : Brief Grief Questionnaire
CBI : Core Bereavement Items
CSP : Catégorie socio-professionnelle
DSM : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
EDC : Episode dépressif caractérisé
EEG : Electro-encéphalogramme
ICG : Inventory of complicated grief
IDS-SR : Inventory for depressive symptomatology, self-report
IQR : interquartile
PCL-S : Posttraumatic Stress Disorder Checklist Scale
PG-13 : Structured interview for Prolonged Grief Disorder
PMO : Prélèvement multiple d'organes
PTSD : Posttraumatic stress disorder
SI-TG : Structured interview for traumatic grief
TC : Traumatisme crânien
TCC : Thérapie cognitive et comportementale
TRIG : Texas Revised Inventory of Grief
TSPT : Trouble-stress post-traumatique

Table des matières

Liste des abréviations.....	13
Introduction.....	18
Première partie. Le contexte de notre étude.....	19
I. Le prélèvement multiple d'organes (PMO)	19
A. Le PMO en chiffres	19
B. Diagnostic d'état de mort encéphalique et PMO.....	21
C. Le consentement présumé.....	23
D. L'entretien avec les proches	24
II. Le deuil	25
A. Définition et diagnostic du deuil compliqué	25
1. <u>Le deuil « normal »</u>	25
2. <u>Le deuil compliqué</u>	26
a) Deuils compliqués et DSM	26
b) Deuil compliqué et échelles diagnostiques.....	30
B. Prévalence du deuil compliqué	32
C. Facteurs de risque de deuil compliqué.....	33
D. Complications et prise en charge du deuil compliqué.....	35
E. Deuil compliqué, état de stress post-traumatique et épisode dépressif majeur	36
1. <u>Syndrome de stress post-traumatique et décès</u>	36
2. <u>Episode dépressif caractérisé et deuil</u>	41
F. Le deuil compliqué en réanimation.....	44
III. Le don d'organes, facteur de risque de deuil compliqué ?	46

Deuxième partie. Etude du deuil compliqué à la suite d'un PMO : Evaluation des proches à 6 mois du décès.....	48
I. Méthode.....	48
A. Objectif.....	48
B. Schéma de l'étude	48
C. Population de l'étude.....	50
1. <u>Critères d'inclusion</u>	50
2. <u>Critères d'exclusion</u>	50
D. Critères de jugement.....	51
1. <u>Critère de jugement principal</u>	51
2. <u>Critères de jugement secondaires</u>	51
E. Analyse statistique	52
II. Résultats	53
A. Description de la population.....	53
B. Deuil compliqué, EDC et PTSD à 6 mois chez les proches de donneurs...	57
C. Facteurs de risque d'ICG>25 à 6 mois chez les proches de donneurs.....	58
D. Deuil compliqué dans le groupe témoin	60
III. Discussion	61
A. Un taux de deuil compliqué élevé	61
B. Dépression et PTSD	62
C. Facteurs de risque	62
D. Limites de l'étude	63
E. Perspectives.....	65
IV. Conclusion.....	68
Annexe 1 : Echelle ICG	69
Annexe 2 : Echelle IDS-SR	70

Annexe 3 : Echelle PCLS.....	73
Références	74
Serment d’Hippocrate	80

Table des illustrations

<u>Figure 1</u> : Evolution du total mensuel de donneurs prélevés pour l'année 2015 (prédiction tenant compte des donneurs décédés en état de mort encéphalique et des donneurs décédés après arrêt cardiaque) <i>Suivi et prédiction de l'activité de prélèvement de donneurs décédés en France, décembre 2015</i>	20
<u>Figure 2</u> : Echelle BGQ (Brief Grief Questionnaire) selon Shear et al.....	31
<u>Figure 3</u> : Flow chart.....	43
<u>Figure 4</u> : Evolution des prévalences de deuil compliqué (ICG), de PTSD (PCLS) et d'épisode dépressif majeur (IDS-SR) à 1 mois, 3 mois et 6 mois chez les proches de donneurs d'organes.....	58
<u>Figure 5</u> : Comparaison des ICG médians entre les proches des donneurs et les proches des non donneurs à 1 mois, 3 mois et 6 mois (résultats non significatifs).....	60
<u>Tableau 1</u> : Prévalence de deuil compliqué en fonction du contexte selon Nakajima et al.	32
<u>Tableau 2</u> : Caractéristiques des donneurs d'organes (n=25) et des patients décédés du groupe témoin (n=10).....	54
<u>Tableau 3</u> : Caractéristiques des proches à l'inclusion dans le groupe PMO (n=81) et dans le groupe "témoins" (n=27)	55
<u>Tableau 4</u> : Caractéristiques des proches ayant répondu à 6 mois dans le groupe PMO (n=29) et dans le groupe "témoins" (n=16)	56
<u>Tableau 5</u> : Evolution des scores ICG, IDS-SR et PCL-S à 1, 3 et 6 mois	57
<u>Tableau 6</u> : Association entre un score ICG>25 à 6 mois et ses variables d'intérêt, en analyse univariée ; Régression logistique prenant en compte la variable « patient » comme facteur aléatoire. Résultats en odds ratio (OR) et intervalle de confiance à 95% (IC).....	59

Introduction

Chaque année, le nombre de greffes d'organes ne cesse d'augmenter. Bien que la greffe donneur vivant se développe de plus en plus, la source principale de greffons reste le prélèvement d'organes sur donneur décédé, en état de mort encéphalique.

L'organisation du prélèvement multiple d'organes (PMO) sur donneur décédé est réalisée par le réanimateur qui prend en charge le patient en association avec l'équipe de coordination du prélèvement d'organes et de tissus de l'établissement. Une fois l'état de mort encéphalique confirmé par l'examen clinique puis par des examens complémentaires, la position du défunt envers le don d'organe est recherchée par consultation du registre national de refus de dons d'organe et par un entretien avec ses proches.

Il faut savoir que le décès de ces patients est très souvent violent et inattendu. En quelques heures, les proches du défunt doivent appréhender la mort puis la notion de don d'organes. Cependant, actuellement, il n'existe pas de filière bien définie pour la prise en charge psychologique des familles et des proches.

L'objectif de ce travail est d'étudier le deuil compliqué chez les proches de donneurs d'organes en état de mort encéphalique, sa prévalence, son évolution dans le temps et ses facteurs de risque.

Première partie. Le contexte de notre étude

I. Le prélèvement multiple d'organes (PMO)

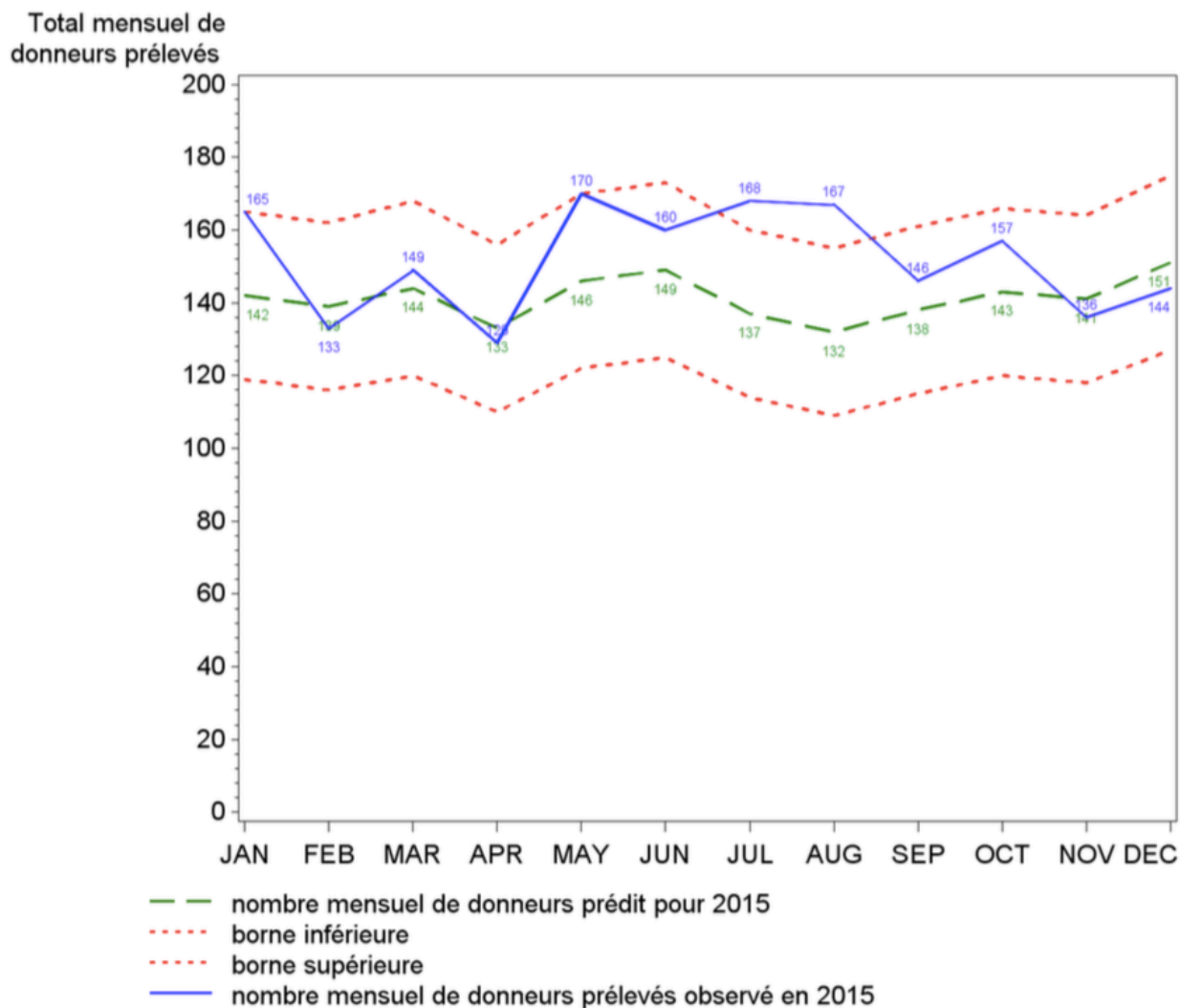
A. Le PMO en chiffres

En 2015, 5746 greffes d'organes ont été réalisées en France. En 10 ans, le nombre de greffes d'organes a augmenté de 35,2 %. Cependant, les patients en attente de greffe sont de plus en plus nombreux (21 378 en 2015 contre 18 976 en 2013). (1,2).

L'attente de greffe est à l'origine d'une morbi-mortalité accrue et d'un coût considérable pour la société. En effet, de nombreuses études retrouvent une amélioration considérable de la qualité de vie des patients greffés, en particulier chez les dialysés chroniques qui reçoivent un transplant rénal (3,4). D'un point de vue économique, la transplantation a également un intérêt majeur. En effet, prenons l'exemple du patient insuffisant rénal terminal. La première année post-greffe rénale, le coût moyen annuel pour l'assurance maladie de ces patients est sensiblement le même que celui d'un patient hémofiltré chronique. Cependant, dès la deuxième année post greffe, ce coût diminue d'un facteur 4 passant de plus de 80 000 € par an à 20 000 € par an par patient. (5)

Tout ceci explique l'importance du nombre croissant de donneurs d'organes. Toutefois, bien que la greffe donneur vivant se développe de plus en plus, le prélèvement multiple d'organes (ou PMO) sur personne décédée en état de mort encéphalique est la première source de greffons en France. Sur l'année 2015, 1824 donneurs d'organes ont été prélevés en France dont 221 dans la région sud-ouest (Figure 1) (1).

A Bordeaux, 107 donneurs ont été recensés et 66 PMO ont été réalisés dans notre établissement et donc pris en charge par l'équipe de coordination du CHU de Bordeaux.



nombre de donneurs prélevés prédit pour 2015 : 1824 IC a 95%:(1743-1905) soit 27.4 pmh
 nombre de donneurs prélevés observé pour 2014 : 1695
 20 donneurs par million d'habitants = 1329 donneurs
 25 donneurs par million d'habitants = 1662 donneurs
 chiffre INSEE de la population de 2015 (projection 2007 pour la France métropolitaine et pour les DOM)

Figure 1 : Evolution du total mensuel de donneurs prélevés pour l'année 2015 (prédiction tenant compte des donneurs décédés en état de mort encéphalique et des donneurs décédés après arrêt cardiaque) Suivi et prédiction de l'activité de prélèvement de donneurs décédés en France, décembre 2015

La population de donneurs d'organes est jeune, avec une moyenne de 60 ans en 2015 pour les prélèvements réalisée au CHU de Bordeaux, et 57,1 ans au niveau national. Dans presque 58 % des cas, l'état de mort encéphalique fait suite à un accident vasculaire cérébral. Plus de 25% des donneurs décèdent à la suite d'un traumatisme dont 15,7% en lien avec un accident de la voie publique. Les autres causes sont multiples : intoxication, pendaison ...

B. Diagnostic d'état de mort encéphalique et PMO

La mort encéphalique est définie comme la destruction irréversible de l'ensemble des fonctions cérébrales chez un sujet à cœur battant. La mort encéphalique est la conséquence d'un arrêt complet de la circulation cérébrale dont l'étiologie est multiple : traumatisme crânien, arrêt cardiaque récupéré, intoxication.... En situation de mort encéphalique, bien que la commande centrale de la respiration, ainsi que la régulation de l'homéostasie circulatoire, thermique et endocrinienne soient inefficaces, les organes restent fonctionnels à la condition que la prise en charge médicale soit intensive.

Le diagnostic d'état de mort encéphalique se fait par un examen neurologique précis et sera confirmé par des examens complémentaires.

Dans un premier temps, l'élimination de facteurs cliniques confondants est systématique (l'hypothermie, l'imprégnation médicamenteuse ou toxique susceptibles d'interférer avec l'examen clinique). En l'absence de ces facteurs confondants, l'examen neurologique permet d'observer un coma aréactif associé à l'abolition des réflexes du tronc cérébral et de la ventilation spontanée.

Pour vérifier la réalité de l'absence de ventilation spontanée, une épreuve d'hypercapnie est réalisée. Sous contrôle de la saturation en oxygène, après avoir ventilé le sujet en normocapnie, on procède à une apnée afin d'atteindre un seuil de capnie suffisant pour affirmer l'absence de mouvements respiratoires (entre 50 et 60 mmHg).

Dans un second temps, le diagnostic d'état de mort encéphalique est alors confirmé par un des examens complémentaires exigés par la loi : soit deux EEG plats, aréactifs pendant 30 minutes et réalisés à 4h d'intervalle, soit par une imagerie cérébrale avec mise en évidence de l'arrêt circulatoire au niveau cérébral, c'est à dire le plus souvent un angioscanner cérébral.

Dès que le diagnostic de mort encéphalique est suspecté, le patient est considéré comme un « donneur potentiel » et l'équipe de coordination hospitalière est alors contactée. Dès que le diagnostic est confirmé, le réanimateur en charge du patient et un infirmier de coordination vont rencontrer les proches pour l'annonce du décès, l'information sur la mort encéphalique et la possibilité de don d'organes. (6)

C. Le consentement présumé

En France, le don d'organes est encadré par la loi relative à la bioéthique du 6 août 2004, modifiée le 7 juillet 2011 (loi n° 2011-814) (7). Trois principes majeurs sont retrouvés dans cette loi :

- la gratuité du don,
- l'anonymat entre le donneur et le receveur, et
- le consentement présumé.

Selon le principe de consentement présumé, toute personne qui n'a pas manifesté d'opposition de son vivant, est considérée comme consentante au don d'organes. Il existe deux moyens de s'y opposer :

- l'inscription au registre national des refus, et
- la communication de sa position à ses proches qui en témoigneront suite au décès.

Lorsqu'un patient en état de mort encéphalique est candidat au don d'organes, il y a deux méthodes complémentaires pour s'assurer que le patient n'a pas exprimé de son vivant un refus au don d'organes.

Dans un premier temps, si le prélèvement est envisagé, la loi exige que l'équipe soignante s'assure que le potentiel donneur ne soit pas inscrit sur le registre national des refus de dons d'organes. L'inscription sur ce registre est possible pour toute personne dès l'âge de 13 ans et est révoquant à tout moment. Ce registre est géré par l'Agence de la Biomédecine. Toute inscription à ce registre empêche le prélèvement de l'ensemble des organes, tissus, cellules et produits du corps humain après le décès de la personne.

D. L'entretien avec les proches

Si le défunt n'est pas inscrit sur ce registre, la deuxième étape consiste à recueillir auprès des proches l'opposition éventuellement exprimée par le défunt de son vivant.

Suite à l'annonce du décès par le médecin en charge du patient, l'équipe de coordination hospitalière rencontre les proches. Par « proche », on entend toute autre personne vivant en grande proximité avec le défunt (mari, femme, enfants, parents, conjoint, ami proche). En effet, selon l'article L1232-1 du Code de la santé publique, dans sa version modifiée par la Loi de bioéthique : *“ Si le médecin n'a pas directement connaissance de la volonté du défunt, il doit s'efforcer de recueillir auprès de ses proches l'opposition au don d'organes éventuellement exprimée de son vivant par le défunt, par tout moyen, et il les informe de la finalité des prélèvements envisagés.”*

L'objectif de cet entretien est d'envisager le prélèvement d'organes et de recueillir la volonté exprimée par le patient de son vivant. S'il s'avère que le défunt n'avait jamais abordé le sujet avec ses proches, la décision se base alors sur une interprétation des propos, des traits de caractère et des actions du défunt, avec toute la subjectivité que cela suppose. Il faut savoir que la présence d'une carte de donneur d'organes permet d'aider à engager le dialogue avec les proches mais ne remplace par l'entretien avec les proches.

Cette deuxième étape revient donc à demander à des personnes endeuillées si le défunt, de son vivant, s'y est opposé. Actuellement, bien que la loi présume du consentement du défunt, en l'absence de signes clairs d'opposition au prélèvement d'organes, les équipes ne vont pas à l'encontre de la décision prise par ses proches.

En 2015, le taux d'opposition en région Aquitaine était de seulement 28%, contre 32,5% au niveau national.

II. Le deuil

A. Définition et diagnostic du deuil compliqué

1. Le deuil « normal »

Le mot deuil vient du latin « dolere » qui signifie souffrir. La définition encyclopédique du mot deuil est « *un état affectif douloureux provoqué par la mort d'un être aimé* ». Il représente le vécu et l'ensemble des réactions consécutives à la perte par décès d'une personne significative (8). Il inclut également les rituels associés au décès, et le processus psychologique évolutif consécutif à la perte ou « travail de deuil ».

Classiquement, son processus est décrit en 3 étapes :

- la phase initiale marquée par un état de choc,
- la phase centrale, et
- la phase de résolution.

La phase initiale est marquée par deux étapes. Premièrement, la phase de sidération au cours de laquelle la toute première réaction est le refus de la réalité. Elle est définie par un blocage de toutes les fonctions psychiques, avec une anesthésie des affects et un émoussement des perceptions. Cette phase peut se manifester par des réactions somatiques (tachycardie, hypotension, oppression thoracique, gêne respiratoire, anorexie et troubles du sommeil entre autres). Elle dure en général de quelques heures à quelques jours, rarement plusieurs semaines. Puis suit une phase de décharge émotionnelle. L'endeuillé réagit au besoin de parler du défunt et de s'entourer de tout objet qui le rapproche de la personne disparue. Cette deuxième étape peut être marquée par des illusions perceptives en rapport avec la personne disparue (auditive, visuelles, olfactives ou tactiles).

La phase centrale se rapproche du syndrome dépressif avec apparition d'une humeur dépressive, d'un ralentissement psychomoteur et de symptômes somatiques.

La phase de résolution est marquée par une diminution progressive des symptômes du trépied dépressif et une dissipation de la douleur.

Habituellement, le deuil est spontanément résolutif. La durée de ce deuil est variable d'un individu à un autre. Un deuil normal peut durer plusieurs mois, voire même des années.

Cependant l'évolution du deuil peut être anormale avec l'apparition de deuils compliqués, prolongés ou même persistants.

2. Le deuil compliqué

a) Deuils compliqués et DSM

Ce qui ressort de la littérature est que la définition de deuil compliqué n'est pas consensuelle. Il est en partie défini comme un deuil atypique entravant le fonctionnement de l'individu et semble différer du deuil normal sur des critères d'intensité, de durée, ou sur les deux associés. Le symptôme de base du deuil compliqué est un désir ardent pour la personne décédée qui est répétitif, intrusif et excessif.

Il est très difficile de faire la part des choses entre l'évolution physiologique du deuil et l'apparition de deuil compliqué. C'est pourquoi pendant longtemps, il n'a pas fait partie de la classification des troubles mentaux.

L'American Psychiatric Association publie régulièrement un manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux ou DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders). Dans le DSM IV, publié en 2004, le deuil est placé dans la catégorie des autres situations qui peuvent amener à réaliser un examen clinique. La notion de deuil compliqué n'existe pas et, si les symptômes persistent au delà de deux mois, le deuil est considéré comme épisode dépressif.

Cependant, pour de nombreux auteurs spécialisés dans le deuil, il existe plusieurs évolutions pathologiques du deuil avec notamment :

- les deuils compliqués : le deuil absent ou retardé, le deuil inhibé, le deuil prolongé chronique, le deuil intensifié et le deuil masqué ;
- les deuils psychiatriques avec l'apparition d'un trouble psychiatrique typique suite au stress de la perte d'un proche.

Comme le décrit notamment Prigerson dans ses travaux, on retrouve trois groupes de symptômes chez les personnes endeuillées. Les symptômes d'irritabilité, de nervosité, de tension et l'agitation s'apparentent à des symptômes d'anxiété, tandis que ceux de l'humeur triste, l'apathie et la culpabilité sont des symptômes de dépression. Il existe donc un troisième groupe de symptômes, tels que la préoccupation avec des pensées de la personne décédée, la recherche et la nostalgie de la personne décédée, l'incrédulité à propos de la mort, les pleurs, la sensation d'avoir été assommé par la mort, et de ne pas accepter la mort. Cet ensemble de symptômes correspond au deuil (9,10).

En 2013, le deuil apparaît dans le DSM-5 sous le notion de « deuil complexe et persistant » (11,12). Selon les critères du DSM-5, on parle de deuil complexe et persistant lorsqu'un sujet a fait l'expérience du décès d'une personne proche et qu'il présente des symptômes cliniquement significatifs et disproportionnés pour sa culture, responsables d'une incapacité fonctionnelle importante, ceci pratiquement tous les jours. Le deuil complexe persistant peut survenir à n'importe quel âge, dès l'âge de un an. Les symptômes commencent habituellement dans les premiers mois après le décès, bien qu'ils puissent être différés de plusieurs mois, voire plusieurs

années. Le deuil complexe persistant est diagnostiqué si les symptômes persistent au-delà de douze mois (six mois chez l'enfant). Les symptômes caractéristiques sont ceux d'une nostalgie et de ruminations envahissantes associés à une réaction de détresse intense et à des perturbations marquées dans les relations sociales et dans sa propre existence.

A. La personne a perdu par décès un de ses proches.

B. Depuis le décès, au moins un des symptômes suivants est ressenti, la plupart des jours, à un degré cliniquement significatif et persiste depuis au moins 12 mois après la mort chez l'adulte et 6 mois chez l'enfant :

1. Fort désir/besoin persistant concernant le défunt. Pour les enfants en bas âge, ce désir peut être exprimé dans le jeu et le comportement, y compris les comportements qui représentent la séparation mais également les retrouvailles, avec un aidant ou une figure d'attachement.

2. Peine intense et douleur émotionnelle en réponse à la mort.

3. Préoccupation à propos du défunt.

4. Préoccupation à propos des circonstances du décès. Chez les enfants, cette préoccupation par le défunt peut être exprimée dans la thématique des jeux et dans les comportements et peut se poursuivre par des préoccupations à propos de la mort d'autres proches.

C. Depuis le décès, au moins six des symptômes suivants sont ressentis, la plupart des jours, et à un degré cliniquement significatif, et persistent depuis au moins 12 mois chez l'adulte et 6 mois chez l'enfant.

Détresse réactionnelle à la mort

1. Difficulté marquée à accepter le décès. Chez l'enfant, cela est dépendant de la capacité de l'enfant de comprendre la signification et la permanence de la mort.

2. Incrédulité ou torpeur émotionnelle à propos de la perte.

3. Difficultés causées par le rappel de souvenirs positifs concernant le défunt.

4. Amertume ou colère en lien avec la perte.
 5. Évaluation inadaptée de soi-même par rapport au défunt ou à son décès (p. ex. auto-accusation).
 6. Évitement excessif de ce qui rappelle la perte (p. ex. évitement des individus, des endroits ou des situations associés au défunt ; chez l'enfant, cela peut inclure l'évitement des pensées et des sentiments concernant le défunt).
- Rupture sociale/identitaire*
7. Désir de mourir afin d'être avec le défunt.
 8. Difficulté à faire confiance à d'autres individus depuis le décès.
 9. Sentiment de solitude ou d'être détaché des autres personnes depuis le décès.
 10. Sentiment que la vie n'a plus de sens ou est vide sans le défunt, ou croyance que l'on ne peut pas fonctionner sans le défunt.
 11. Confusion au sujet de son rôle dans la vie, ou sentiment de perte d'une partie de son identité (p. ex. penser qu'une partie de soi est morte avec le défunt).
 12. Difficulté ou réticence à maintenir des intérêts depuis la perte ou à se projeter dans le futur (p. ex. amitiés, activités).

D. La perturbation cause une détresse cliniquement significative ou un retentissement significatif dans les domaines sociaux, professionnels ou dans d'autres domaines importants.

E. La réaction de deuil est hors de proportion ou en contradiction avec les normes adaptées à la culture, la religion ou l'âge.

Critères diagnostiques de deuil complexe et persistant selon le DSM V (7)

b) Deuil compliqué et échelles diagnostiques

Comme on a pu le voir, la notion de deuil compliqué est assez récente. Depuis le XXème siècle, de nombreux auteurs se sont penchés sur les moyens de diagnostiquer un deuil et notamment sur les méthodes quantitatives d'étude du deuil avec la création d'échelle diagnostiques.

La première échelle majoritairement utilisée est l'échelle TRIG (Texas Revised Inventory of Grief). Cette échelle a été validée dans de nombreuses langues et notamment en français en 1995 par Paulhan et Bourgeois. Cependant, elle comporte quelques redondances et surtout des items en lien avec la dépression, ce qui rend cette échelle peu discriminante. (13)

En 1995, Prigerson publie l'échelle Inventory of Complicated Grief (ICG) (9). En effet, son équipe cherchait un moyen de diagnostiquer uniquement les composants du deuil et de mesurer ses symptômes en lien avec détresse émotionnelle qui peut clairement être distinguée des symptômes de dépression et d'anxiété. Contrairement à de nombreuses autres échelles, l'échelle ICG exclut donc les symptômes relatifs à la dépression et à l'anxiété. Elle inclut des composantes émotionnelles, cognitives et comportementales en rapport avec le deuil.

Elle comporte dix-neuf questions auxquelles le patient devra répondre de 0 à 4 selon l'intensité du symptôme (0 : jamais, 1 : rarement, 2 : quelquefois, 3 : souvent, 4 : toujours). Sont recherchés :

- la persistance du sentiment de colère vis-à-vis de la mort et le refus d'accepter la réalité de cette perte (items 3, 6, 7) ;
- des signes de mélancolie avec la présence d'une apathie (item 1) ;
- des sentiments de solitude et de vide (items 11,14) ;
- une difficulté à faire de nouveaux attachements (items 9, 10) ;
- la persistance d'une obsession empêchant la personne d'avancer dans son travail de deuil (Items 2, 4, 5, 8, 13) ;

- la persistance d'hallucinations visuelles ou auditives (items 15, 16) qui sont normalement présentes au début d'un deuil ;
- l'existence d'un phénomène d'identification au défunt (item 12) se traduisant par une somatisation des symptômes qu'il présente ;
- la quantification du sentiment de colère qui dure malgré le temps qui passe (items 17, 18,19).

En 1995, Prigerson a testé cette échelle sur 97 personnes âgées en deuil conjugal. Un score ICG supérieur à 25 est corrélé à des moins bons scores de santé générale, de santé mentale, de santé physique, de fonctionnement social et une douleur physique plus intense (10). Le deuil est donc considéré comme compliqué si le score ICG est supérieur à 25. La version française a été décrite en 2002 (14).

L'autre échelle majoritairement utilisée est l'échelle BGQ (Brief Grief Questionnaire (BGQ)). Cette échelle de cinq items a été développée par une équipe américaine suite aux attentats du 11 septembre (15,16).

Brief Grief Questionnaire^a

Each question is rated as: 0 = Not at all, 1 = Somewhat, or 2 = A lot

1. How much are you having trouble accepting the death of _____?
2. How much does your grief still interfere with your life?
3. How much are you having images or thoughts of _____ when she/he died or other thoughts about the death that really bother you?
4. Are there things you used to do when _____ was alive that you do not feel comfortable doing anymore, that you avoid? Like going somewhere you went with him/her, or doing things you used to enjoy together? Or avoiding looking at pictures or talking about _____? How much are you avoiding these things?
5. How much are you feeling cut off or distant from other people since _____ died, even people you used to be close to like family or friends?

^aIncluded with permission from M. Katherine Shear, MD, and Susan Essock, PhD, who developed the scale. A score of 5 or more suggests complicated grief may be present and additional evaluation is indicated.⁴²

Figure 1 : échelle BGQ (Brief Grief Questionnaire) selon Shear et al.

B. Prévalence du deuil compliqué

Dans les différentes études retrouvées sur le sujet, la prévalence du deuil compliqué est fonction de la population étudiée et des critères diagnostiques utilisés. Dans la population générale, la prévalence de deuil compliqué varie de 2,4 % à 3,7% (17,18). Par exemple, dans une étude réalisée en Allemagne en 2009, la prévalence dans la population générale (échantillon de 2520 personnes), selon l'échelle ICG, était de 3,7 % (18).

Dans une revue de la littérature publiée en 2012, la prévalence de deuil compliqué dans différents contextes de mort violente est nettement plus importante et varie de 12,5 à 78 % (19–23) (Tableau 1). Comme on le verra plus loin, les morts violentes regroupent plusieurs facteurs de risque de deuil compliqué ce qui explique cette différence de prévalence par rapport à la population générale.

Contexte du décès	Auteur (année)	N	Prévalence (%)	Délai depuis le décès (années)	Echelle utilisée
Guerre en Bosnie	Monartin et al. (2004)	126	31	5	CBI
Génocide au Rwanda	Schaal et al. (2009)	40	12,5	10	PG-13
11 Septembre	Neria et al. (2007)	704	43,2	2,5-3,5	ICG
Homicide et accident de la voir publique	Nakajima et al (2009)	74	21,9	7,8	SI-TG
Suicide	Dyregrov et al (2003)	128	78	1,3	ICG
Accident	Dyregrov et al (2003)	68	78	1,2	ICG

Tableau 1 : Prévalence de deuil compliqué en fonction du contexte selon Nakajima et al.

C. Facteurs de risque de deuil compliqué

Les facteurs de risque de deuil compliqué retrouvés dans la littérature concernent le défunt, le proche, leur relation ou les circonstances du décès. Cependant, les études sur ce sujet, dans la population générale sont rares.

Concernant le défunt, les proches sont d'autant plus à risque de deuil compliqué que le défunt est jeune. Le lien de parenté entre ces deux individus a également une influence. En effet, il a été démontré que la perte d'un époux ou d'un enfant est lié à un score d'ICG plus élevé (17,18).

Les facteurs de risque intrinsèques liés à l'endeuillé sont multiples :

- le sexe féminin (18) ;
- l'âge. En 2011, Kersting a démontré que les femmes de plus de 61 ans sont plus à risque de deuil compliqué (évalué selon l'échelle ICG) (18). Cependant, l'association entre l'âge de l'endeuillé et la prévalence de deuil compliqué est controversée. En effet, même si l'âge avancé apparaît comme facteur de risque dans de nombreuses études, dans une revue de la littérature publiée en 2007, Stroebe a démontré que le jeune âge de l'endeuillé est un facteur de risque de deuil compliqué (24). Ceci peut être expliqué par le fait que les personnes âgées sont déjà passées à plusieurs reprises par ce processus ;
 - les traits de caractère, la personnalité de l'endeuillé et les pathologies psychiatriques antérieures au décès telles que le syndrome dépressif sont liés à la survenue de deuil compliqué (25) ;
 - son état de santé ;
 - la classe socio-économique avec une association statistiquement significative retrouvée entre la survenue de deuil compliqué et un revenu inférieur à 1250 €/mois (18) ;

- l'isolement social suite au décès et le fait que l'endeuillé n'ait plus d'enfant en vie apparaissent également comme des facteurs de risque de deuil compliqué (21) ;
- Avoir connu plusieurs pertes majeures avant (familles, proches).

Enfin, le contexte de survenue du décès est important. En effet, la mort soudaine et inattendue, telle qu'une mort traumatique, est un facteur de risque de morbidité psychiatrique chez les proches (26). La cause du décès est variable en fonction des études et est régulièrement associée à la survenue de deuil compliqué. On retrouve notamment la pathologie cancéreuse, l'accident vasculaire cérébral et l'arrêt cardio-respiratoire d'origine cardiaque (17,18). En 2010, une équipe japonaise a retrouvé différents facteurs de risque de deuil compliqué selon l'échelle ICG tels que le fait que le décès ait lieu à l'hôpital ainsi que le fait d'avoir passé du temps avec la personne décédée la dernière semaine avant sa mort (17).

L'annonce du décès est difficilement évaluable mais joue un rôle très certain dans la survenue du deuil compliqué.

D. Complications et prise en charge du deuil compliqué

Dans de nombreuses études, le deuil compliqué apparaît comme facteur de risque de morbidité et de mortalité. En effet, il est associé à la survenue de complications physiques (consommation accrue d'alcool, changement dans les habitudes alimentaires, hypertension artérielle) et semblerait même être un facteur de risque de pathologies cancéreuses. Il est également lié à une souffrance mentale et est à l'origine de syndrome dépressif, d'une désinsertion sociale et d'idées suicidaires avec un taux de suicide plus élevé dans les populations d'endeuillés (27,28). Il est donc important de le diagnostiquer et de le prendre en charge.

La thérapie cognitive et comportementale (TCC) semble la mieux adaptée dans la prise en charge du deuil compliqué. En 2010, une méta-analyse réalisée sur quatorze études randomisées démontre que contrairement à une prise en charge à la suite du diagnostic de deuil compliqué, une thérapie préventive ne diminue pas l'apparition des symptômes. (29,30)

Les traitements pharmacologiques quant à eux, semblent avoir un effet plus limité. Contrairement aux benzodiazépines, les antidépresseurs augmentent l'adhérence des patients aux psychothérapie et par conséquent leur réponse mais aucune étude randomisée sur le sujet n'a été réalisée. (31)

E. Deuil compliqué, état de stress post-traumatique et épisode dépressif majeur

Le deuil compliqué est souvent associé à un état de stress post-traumatique ou à une dépression. Ces 3 entités (deuil compliqué, stress post-traumatique et syndrome dépressif) sont importantes à diagnostiquer car leur prise en charge est différente.

1. Syndrome de stress post-traumatique et décès

Le syndrome de stress post-traumatique a été décrit pour la première fois dans les années 1980 chez les vétérans de la guerre du Vietnam. Dans le DSM-V, publié en 2013, apparaît un nouveau chapitre pour les troubles consécutifs au stress et aux traumatismes. Il est donc dissocié des troubles anxieux. On parle alors de « Trauma and Stress-Related Disorders » ou « trouble-stress post-traumatique » (TSPT). (12) Ce syndrome est communément appelé PTSD (posttraumatic stress disorder). Les critères diagnostiques de PTSD sont séparés en 5 chapitres :

A. Exposition à la mort effective ou à une menace de mort, à une blessure grave ou à des violences sexuelles d'une (ou de plusieurs) des façons suivantes :

1. En étant directement exposé à un ou à plusieurs événements traumatiques.
2. En étant témoin direct d'un ou de plusieurs événements traumatiques survenus à d'autres personnes.
3. En apprenant qu'un ou plusieurs événements traumatiques sont arrivés à un membre de la famille proche ou à un ami proche. Dans les cas de mort effective ou de menace de mort d'un membre de la famille ou d'un ami, le ou les événements doivent avoir été violents ou accidentels.
4. En étant exposé de manière répétée ou extrême aux caractéristiques aversives du ou des événements traumatiques (par ex. intervenants de première ligne rassemblant des restes humains, policiers exposés à plusieurs reprises à des faits explicites d'abus sexuels d'enfants).

B. Présence d'un (ou de plusieurs) des symptômes envahissants suivants associés à un ou plusieurs événements traumatiques et ayant débuté après la survenue du ou des événements traumatiques en cause :

1. Souvenirs répétitifs, involontaires et envahissants du ou des événements traumatiques provoquant un sentiment de détresse.
2. Rêves répétitifs provoquant un sentiment de détresse dans lesquels le contenu et/ ou l'affect du rêve sont liés à l'événement/aux événements traumatiques.
3. Réactions dissociatives au cours desquelles le sujet se sent ou agit comme si le ou les événements traumatiques allaient se reproduire.
4. Sentiment intense ou prolongé de détresse psychique lors de l'exposition à des indices internes ou externes évoquant ou ressemblant à un aspect du ou des événements traumatiques en cause.
5. Réactions physiologiques marquées lors de l'exposition à des indices internes ou externes pouvant évoquer ou ressembler à un aspect du ou des événements traumatiques.

C. Évitement persistant des stimuli associés à un ou plusieurs événements traumatiques, débutant après la survenue du ou des événements traumatiques, comme en témoigne la présence de l'une ou des deux manifestations suivantes :

1. Évitement ou efforts pour éviter les souvenirs, pensées ou sentiments concernant ou étroitement associés à un ou plusieurs événements traumatiques et provoquant un sentiment de détresse.

2. Évitement ou efforts pour éviter les rappels externes (personnes, endroits, conversations, activités, objets, situations) qui réveillent des souvenirs des pensées ou des sentiments associés à un ou plusieurs événements traumatiques et provoquant un sentiment de détresse.

D. Altérations négatives des cognitions et de l'humeur associées à un ou plusieurs événements traumatiques, débutant ou s'aggravant après la survenue du ou des événements traumatiques, comme en témoignent deux (ou plus) des éléments suivants :

1. Incapacité de se rappeler un aspect important du ou des événements traumatiques (typiquement en raison de l'amnésie dissociative et non pas à cause d'autres facteurs comme un traumatisme crânien, de l'alcool ou des drogues).

2. Croyances ou attentes négatives persistantes et exagérées concernant soi-même, d'autres personnes ou le monde (par ex. : « je suis mauvais », « on ne peut faire confiance à personne », « le monde entier est dangereux », « mon système nerveux est complètement détruit pour toujours »).

3. Distorsions cognitives persistantes à propos de la cause ou des conséquences d'un ou de plusieurs événements traumatiques qui poussent le sujet à se blâmer ou à blâmer d'autres personnes.

4. État émotionnel négatif persistant (par ex. crainte, horreur, colère, culpabilité ou honte).

5. Réduction nette de l'intérêt pour des activités importantes ou bien réduction de la participation à ces mêmes activités.

6. Sentiment de détachement d'autrui ou bien de devenir étranger par rapport aux autres.

7. Incapacité persistante d'éprouver des émotions positives (par ex. incapacité d'éprouver bonheur, satisfaction ou sentiments affectueux).

E. Altérations marquées de l'éveil et de la réactivité associées à un ou plusieurs événements traumatiques, débutant ou s'aggravant après la survenue du ou des événements traumatiques, comme en témoignent deux (ou plus) des éléments suivants :

1. Comportement irritable ou accès de colère (avec peu ou pas de provocation) qui s'exprime typiquement par une agressivité verbale ou physique envers des personnes ou des objets.

2. Comportement irréfléchi ou autodestructeur.

3. Hypervigilance.

4. Réaction de sursaut exagérée.

5. Problèmes de concentration.

6. Perturbation du sommeil (par ex. difficulté d'endormissement ou sommeil interrompu ou agité).

F. La perturbation (symptômes des critères B, C, D et E) dure plus d'un mois.

G. La perturbation entraîne une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

H. La perturbation n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance (par ex. médicament, alcool) ou à une autre affection médicale

Critères diagnostiques de Trouble stress post-traumatique selon le DSM 5

Le deuil complexe persistant et le PTSD comportent tous deux un évitement de tout ce qui rappelle les événements déclenchants. Le PTSD est essentiellement basé sur l'expérience traumatique. Dans le deuil complexe persistant, il y a également une préoccupation à propos de la perte du défunt, qui est absent dans le PTSD. Ces deux entités sont très fréquemment comorbides en particulier si la mort est survenue dans un contexte violent et traumatique.

Comme pour le deuil compliqué, il existe plusieurs échelles diagnostiques. La Posttraumatic Stress Disorder Checklist Scale (PCLS) ou échelle de l'état de stress post-traumatique a été validée en anglais en 1993 par une étude de Weathers et al. (32). La version française a elle été validée en 2003. La PCLS est l'un des rares instruments auto-administrés mesurant les symptômes de PTSD. Cette échelle est une échelle d'auto-évaluation qui doit être remplie par le patient lui-même. Trois domaines de syndromes sont mesurés par cet instrument :

- ré-expérience ;
- évitement ;
- hypervigilance.

On retrouve 17 items, gradués de 1 (pas du tout) à 5 (extrêmement). Les participants notent leurs symptômes en se basant sur les quelques mois précédant la passation du questionnaire. La limite de 44 permet de porter le diagnostic de PTSD avec une haute valeur diagnostique. (33,34) *Annexe 2*

Dans les différentes études publiées, deuil compliqué et PTSD n'évoluent pas dans le temps de la même manière. Ceci démontre que ce sont bien deux entités distinctes. En fonction du contexte du décès, la prévalence d'état de stress post-traumatique chez les personnes endeuillées varie de 9 à 27%. Le PTSD peut être prédictif de deuil compliqué ou vice-versa. Par exemple, sur une population de veufs âgés de 65 à 80 ans, les variations de deuil compliqué précèdent celles du PTSD et semblent impacter sur l'évolution de ce dernier (35).

2. Episode dépressif caractérisé et deuil

Il arrive que certaines personnes ne parviennent pas à dépasser les réactions traumatiques ou l'attitude dissociée. Le travail de deuil s'en trouve alors entravé, ce deuil figé devient pathologique et risque de conduire à la dépression. Si tous les deuils s'accompagnent d'une réaction dépressive, certaines personnes présentent un état dépressif caractérisé à l'issue de cette perte. Il est important de faire la différence car les traitements de la dépression (pharmacothérapie ou psychothérapie) ont moins d'effets sur les symptômes du deuil.

Pour distinguer deuil et épisode dépressif caractérisé (EDC), il peut être utile de considérer que dans le deuil, les sentiments prédominants sont le vide et la perte, alors que dans un EDC, c'est plutôt une humeur dépressive persistante et une incapacité à éprouver la joie ou le plaisir. Dans le deuil, la dysphorie est susceptible de diminuer d'intensité au fil des jours et des semaines. Elle survient par vagues qui ont tendance à être associées à des pensées ou à des souvenirs de la personne décédée. Au contraire, dans l'EDC, la dysphorie est plus persistante. La douleur du deuil peut être accompagnée par des émotions positives et par de l'humour, ce qui est différent de la tristesse et de la souffrance caractéristiques de l'EDC. Le contenu des pensées associées au deuil est généralement caractérisé par des préoccupations et des souvenirs concernant la personne décédée plutôt que par les ruminations autocritiques ou pessimistes observées dans un EDC. Dans le deuil, l'estime de soi est généralement préservée, tandis que dans les EDC les sentiments de dévalorisation et de dégoût de soi sont communs. Si les idées autocritiques sont présentes dans le deuil, elles impliquent typiquement des sentiments de manque vis-à-vis du défunt. Si une personne endeuillée pense à la fin de vie et la mort, ses pensées se concentrent généralement sur le défunt et, éventuellement, sur le fait de le rejoindre. Dans un EDC, de telles pensées sont centrées sur le fait de mettre fin à sa propre vie à cause de sentiments de dévalorisation ou d'incapacité de faire face à la douleur liée à la dépression.

A. Au moins cinq des symptômes suivants sont présents pendant une même période d'une durée de 2 semaines et représentent un changement par rapport au fonctionnement antérieur ; au moins un des symptômes est soit (1) une humeur dépressive, soit (2) une perte d'intérêt ou de plaisir.

1. Humeur dépressive présente quasiment toute la journée, presque tous les jours, signalée par la personne (par ex. se sent triste, vide, sans espoir) ou observée par les autres (par ex. pleure). (N.B. : Éventuellement irritabilité chez l'enfant et l'adolescent.)

2. Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités quasiment toute la journée, presque tous les jours (signalée par la personne ou observée par les autres).

3. Perte ou gain de poids significatif en l'absence de régime (par ex. modification du poids corporel excédant 5 % en un mois) ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours.

4. Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours.

5. Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours (constaté par les autres, non limité à un sentiment subjectif de fébrilité ou de ralentissement).

6. Fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours.

7. Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée (qui peut être délirante) presque tous les jours (pas seulement se reprocher ou se sentir coupable d'être malade).

8. Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision, presque tous les jours (signalée par la personne ou observée par les autres).

9. Pensées de mort récurrentes (pas seulement une peur de mourir), idées suicidaires récurrentes sans plan précis, tentative de suicide ou plan précis pour se suicider.

B. Les symptômes induisent une détresse cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

C. L'épisode n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance ou à une autre affection médicale.

D. La survenue de l'épisode dépressif caractérisé n'est pas mieux expliquée par un trouble schizoaffectif, une schizophrénie, un trouble schizophréniforme, un trouble délirant ou d'autres troubles spécifiés ou non spécifiés du spectre de la schizophrénie, ou d'autres troubles psychotiques.

E. Il n'y a jamais eu auparavant d'épisode maniaque ou hypomaniaque.

Critères diagnostiques d'épisode dépressif caractérisé selon le DSM 5

Il existe de nombreuses échelles d'aide au diagnostic d'épisode dépressif caractérisé. L'inventory for depressive symptomatology, self-report (IDS-SR) a été décrite en 1986 par Rush et coll (36). Bien qu'il existait déjà à l'époque de nombreuses échelles d'évaluation de la dépression, Rush et son équipe ont établi cette échelle afin d'englober tous les critères d'EDC du DSM IV. L'échelle IDS-SR a été validée pour le diagnostic d'EDC mais également dans le diagnostic des modifications de sévérité de la dépression. La version française a été établie par G. Charles, M. Anseau and M. Panzer, et approuvée par A.J. Rush. Elle contient 30 items notés de 0 à 3, mais le patient ne doit répondre qu'à 28 d'entre eux. Le patient doit donc coter la sévérité et la fréquence de chaque symptôme sur les 7 derniers jours. Le diagnostic d'EDC est fait pour un score supérieur à 14 avec une intensité variable en fonction du score : faible (15-25), modérée (26-38), sévère (39-48) et très sévère (>49). *Annexe 3.* Une prise en charge spécialisée est nécessaire dès que l'EDC est d'intensité modérée.

F. Le deuil compliqué en réanimation

La grande majorité des études réalisées sur le deuil compliqué est faite sur la population générale ou sur des populations issues de catastrophes telles que le 11 septembre. Les études réalisées sur la prise en charge des familles de patients hospitalisés, et particulièrement dans un service de réanimation, sont rares.

Cependant, depuis plusieurs années, on s'intéresse de plus en plus à la prise en charge des familles dans un contexte de réanimation. Une des études les plus connues est l'étude PRESENCE. En 2013, cette étude française multicentrique, randomisée, a démontré une amélioration à court terme de différents paramètres psychologiques lorsqu'il était proposé aux proches de rester lors de la réanimation cardio-pulmonaire pré-hospitalière d'un membre de leur famille en arrêt cardiaque. Après un an, les 570 proches inclus ont été recontactés. On observe alors que leur présence lors de la réanimation est bénéfique, avec une diminution significative du nombre de PTSD, de syndromes dépressifs et de deuil compliqué mesuré selon l'échelle ICG. (37,38)

Dans le même mouvement que cette étude, on remarque un intérêt croissant pour ce sujet notamment en France avec le groupe de travail FAMIREA et leurs recherches sur la prise en charge et l'accompagnement des familles en réanimation. Depuis plusieurs années, il est démontré que les proches parents de patients hospitalisés dans un service de réanimation sont à haut risque de dépression, d'anxiété, de deuil compliqué ou de PTSD. L'ensemble de ces symptômes a été défini comme le « post-intensive care syndrome-family » (PICS-F). On retrouve deux publications sur le deuil compliqué en réanimation mais ces études sont réalisées sur de petites populations. En 2006, une équipe américaine a étudié l'anxiété, la dépression et la présence de PTSD chez 50 proches de patients hospitalisés dans un service de réanimation. Sur les 34 personnes contactées à 6 mois, 13 avaient vécu le décès de leur proche lors de l'hospitalisation en réanimation. Sur cet échantillon de 13 personnes, la prévalence de deuil compliqué à 6 mois était de 46% (39). Dans une deuxième publication, seulement 5 % des 41 participants avait un

score ICG>25 dans une période de 3 à 12 mois après le décès (40). En ce qui concerne le PTSD, la prévalence peut s'élever jusqu'à plus de 50 % à 6 mois et près de 40% des proches présentent des symptômes de dépression à 3 mois (41–43).

Il a fallu attendre 2015, pour qu'une équipe française étudie le deuil compliqué en réanimation sur une cohorte de 147 proches. Sa prévalence et ses facteurs de risque chez des proches de personnes décédées dans une des 41 réanimations médicales participantes ont été analysés. Dans cette population, la prévalence de deuil compliqué selon l'échelle ICG est de 52 %. Le sexe féminin et l'isolement social ressortent comme facteurs de risque liés à l'endeuillé. De plus, le refus du traitement par le patient, l'intubation ou la présence des proches au moment du décès ainsi que le fait de ne pas avoir eu le temps de dire au revoir au patient sont impliqués dans la survenue de deuil compliqué à 6 mois. Le manque de communication entre l'équipe médicale et la famille et la prise en charge par un réanimateur ayant eu son diplôme avant 2009 sont également des facteurs de risque de score ICG supérieur à 25 (44). A partir de cette cohorte, Nancy Kentish-Barnes a pu établir et valider le score CAESAR. Ce score de 15 items est mesuré à 21 jours du décès et évalue le ressenti du proche lors de l'hospitalisation du patient dans une des 41 unités de réanimation. Un score CAESAR bas est prédictif d'anxiété, de dépression et de PTSD à 3 mois mais surtout de deuil compliqué à 6 mois et 1 an (45). Cependant, dans ces études, la population étudiée est une population de réanimation médicale donc très certainement plus âgée et avec une durée de séjour plus longue qu'une population de donneurs d'organes.

On note donc que bien qu'il y ait un intérêt croissant pour ce sujet, que le deuil est très peu étudié dans nos services de réanimation aussi bien en réanimation médicale, qu'en réanimation traumatologique et chirurgicale.

III. Le don d'organes, facteur de risque de deuil compliqué ?

Le prélèvement d'organes regroupe donc de nombreux facteurs de risque de deuil compliqué, comme la mort soudaine et inattendue ainsi que le jeune âge du défunt. En effet, comme il est décrit précédemment, en 2015, la moyenne d'âge française des donneurs d'organes était de 57,1 ans. Cependant, la question de l'influence du don d'organes sur le deuil compliqué est à étudier.

En 2002, une équipe hollandaise s'est intéressée à l'apparition de PTSD ou d'épisode dépressif caractérisé chez des proches de personnes décédées dans un service de réanimation. Quatre-vingt-seize personnes ont été contactées 6 mois après le décès. Chez 36 de ces proches, un PMO a été réalisé. Dans cette étude, on ne retrouve pas d'influence du don d'organes dans la survenue de PTSD ou de signes dépressifs chez les familles donneuses et non donneuses. De même, il n'y a pas de différence dans les critères de bien-être, que la famille ait été approchée ou non, que le patient ait été prélevé ou non (46).

Une étude préliminaire a été réalisée dans notre centre. En juin 2013, à l'occasion de la journée annuelle de remerciement des familles et des proches de donneurs d'organes, organisée au Centre Hospitalier Universitaire de Bordeaux, le questionnaire ICG a été distribué. Sur 60 participants, 18 ont complété le questionnaire, 5 hommes et 13 femmes dont la moyenne d'âge était de 50 ans. Les sujets ont répondu au questionnaire en moyenne 28 mois après le décès. Le score moyen à l'ICG était de 38,3 et 15 sujets sur 18 présentaient un score pathologique à l'ICG, soit 83%. Cependant, à l'heure actuelle, il n'existe pas de recommandations pour la prise en charge des proches à la suite d'un don d'organe.

Si on prend les résultats de cette première étude, et en supposant que chaque personne décédée a au minimum trois parents proches, le don d'organe a été à l'origine de plus de 4000 deuils compliqués en France en 2015 (pour rappel, il

y a eu 1824 prélèvement d'organes sur personne décédée en état de mort encéphalique en 2015).

C'est dans ce contexte que nous nous sommes intéressés au deuil compliqué chez les proches de donneurs d'organes, à ses facteurs de risque et à son évolution dans le temps.

Deuxième partie. Etude du deuil compliqué à la suite d'un PMO : Evaluation des proches à 6 mois du décès

I. Méthode

A. Objectif

L'objectif de cette étude est d'étudier la prévalence et les facteurs de risque de deuil compliqué chez les parents proches de patients décédés en état de mort encéphalique chez qui un prélèvement multiple d'organes à été réalisé.

B. Schéma de l'étude

Il s'agit d'une étude :

- Epidémiologique
- Descriptive
- Observationnelle
- Prospective
- Non randomisée
- Monocentrique

De décembre 2014 à janvier 2016, il était systématiquement proposé aux proches présents lors de la première rencontre avec l'équipe de Coordination de prélèvements d'organes et de tissus du CHU de Bordeaux de participer à l'étude.

Un consentement oral était recueilli lors de cette consultation.

Tous les proches ayant accepté d'être recontactés pour participer à l'étude, recevait après 1 mois, 3 mois et 6 mois les questionnaires ICG (deuil compliqué), IDS-SR (épisode dépressif majeur) et PCLS (trouble stress post-traumatique). Ces questionnaires étaient envoyés par courrier avec une enveloppe timbrée au nom du service de coordination du CHU de Bordeaux.

Les données concernant le proche (âge, sexe, lien de parenté avec la personne décédée, catégorie socio-professionnelle) étaient recueillies à l'inclusion et par questionnaire envoyé par courrier 3 mois après le PMO. Les données sur le défunt (âge, sexe, contexte du décès, le délai entre l'arrivée à l'hôpital et le décès, lieu du décès) étaient recueillies en rétrospectif.

Chaque personne incluse pouvait décider de sortir de l'étude et donc de ne plus recevoir les questionnaires ultérieurement, et ce, à n'importe quel moment de l'étude.

Dans une deuxième partie de notre travail, nous avons comparé cette population de proches de donneurs d'organes à une population de proches de patients décédés dans un contexte soudain et inattendu. Pour former ce « groupe témoin », nous avons inclus des proches de patients décédés dans le service de réanimation des urgences du CHU de Bordeaux chez qui un PMO n'était pas envisageable. Leur consentement oral était recueilli lors de la consultation d'annonce du décès du patient. Selon le même schéma que le premier groupe, ils recevaient à 1 mois, 3 mois et 6 mois les questionnaires ICG, IDS-SR et PCLS. Les données sur le proche et sur la personne décédée étaient recueillies de la même manière que dans le premier groupe.

Dans les deux groupes, si les scores étaient pathologiques, un courrier était envoyé au médecin traitant afin de l'informer et de l'alerter sur les résultats de ces tests.

C. Population de l'étude

1. Critères d'inclusion

Pour le groupe « décès avec PMO », il était proposé à tous les proches de plus de 15 ans présents lors de la rencontre avec l'équipe de coordination de participer à l'étude.

Pour le groupe témoin, « décès sans PMO », de façon arbitraire, il a été proposé aux proches de dix patients décédés dans un contexte violent et inattendu de participer à l'étude.

2. Critères d'exclusion

Il n'existe pas de de critères d'exclusion.

D. Critères de jugement

1. Critère de jugement principal

Le critère de jugement principal est la prévalence de deuil compliqué à 6 mois dans le groupe de proches de donneurs d'organes. Le deuil compliqué est défini par un score ICG supérieur à 25.

2. Critères de jugement secondaires

Les critères de jugement secondaires sont :

- la présence d'un état dépressif à 1 mois, 3 mois et 6 mois défini par un IDS-SR (échelle Inventory for Depressive Symptomatology Self Report) supérieur ou égal à 15.

- la présence d'un syndrome de stress post-traumatique à 1 mois, 3 mois et 6 mois évalué défini par un score PCLS (échelle PTSD Checklist Scale) supérieur ou égal à 44.

- l'analyse de facteurs associés à un ICG supérieur à 25 à 6 mois :

- âge du proche,
- sexe du proche,
- lien de parenté avec le donneur,
- âge du donneur,
- contexte du décès,
- durée d'hospitalisation,
- catégorie socio-professionnelle du proche,
- présence d'un syndrome dépressif majeur (IDS-SR \geq 15) ou d'un

PTSD (PCLS \geq 44) à 6 mois

- la comparaison par rapport à un groupe témoin de proches de personnes décédées de façon inattendue, chez qui un PMO n'a pu être proposé.

E. Analyse statistique

Les variables quantitatives de distribution normale étaient représentées par leur moyenne et déviation standard (DS) et étaient comparées par l'utilisation un test t de Student. Les variables quantitatives dont la distribution n'était pas normale étaient représentées par leur médiane et les percentiles 25 et 75 (Interquartile). Elles étaient comparées par l'utilisation d'un test non paramétrique de Mann-Whitney.

Les variables qualitatives étaient représentées par leur pourcentage et leur intervalle de confiance à 95% (IC95) et étaient comparées avec un test de Chi2 de Pearson ou exact de Fisher.

L'association entre la variable d'intérêt (ICG>25 à 6 mois dans le groupe PMO) et les variables explorées a été mesurée avec l'aide d'un modèle de régression logistique en tenant compte de la répétition liée au fait que plusieurs proches pouvaient être associés à un patient. Pour cela la variable patient a été systématiquement intégrée au modèle comme variable aléatoire. Une première analyse univariée a été réalisée et les variables pour lesquelles une signification définie par $p \leq 0,2$ était atteinte, étaient intégrées au modèle multivarié. Les associations ont été exprimées en Odds Ratio (OR) et IC95%.

Nous avons utilisé le logiciel de statistique SPSS 17.0 (SPSS® Inc, Chicago, Illinois, USA).

II. Résultats

A. Description de la population

81 proches de donneurs d'organes ont été inclus de décembre 2014 à janvier 2016, ce qui représente 25 donneurs. Le nombre de proches inclus par donneur varie de 1 à 23 soit une moyenne de 3,24 proches par donneur. Dans le groupe témoin, 27 proches ont été inclus pour les 10 patients. Les caractéristiques des donneurs et des témoins sont représentées dans le **tableau 2**.

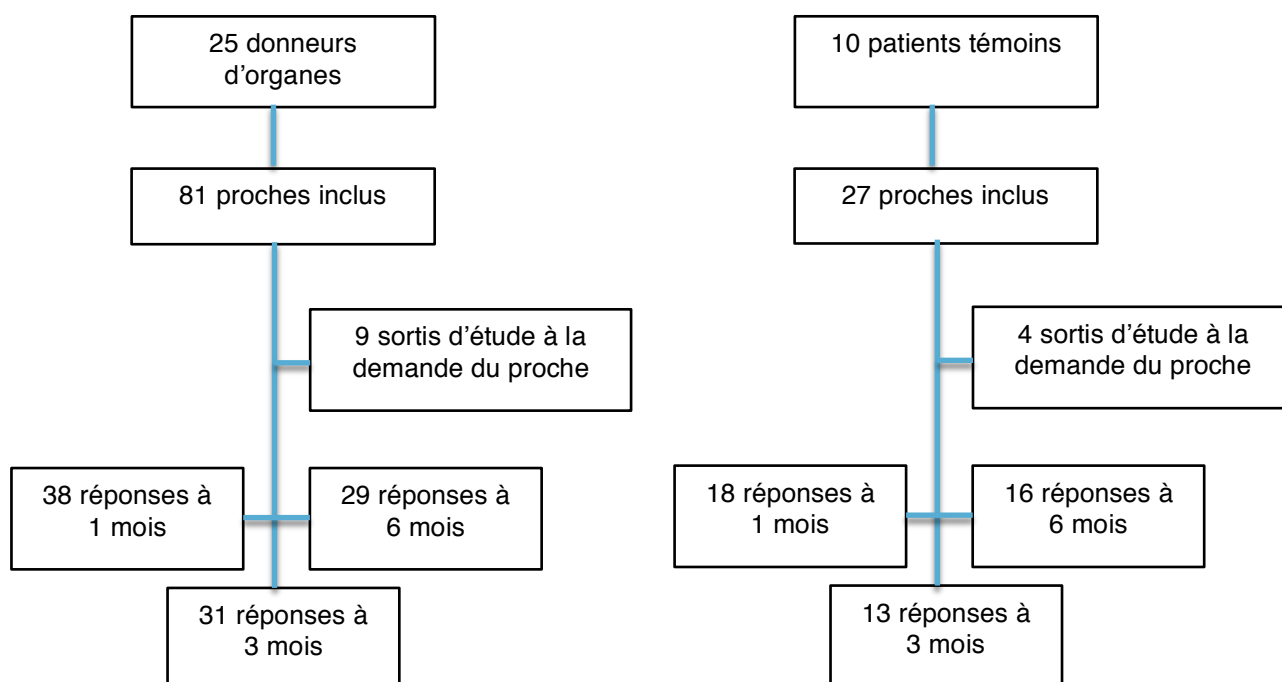


Figure 2 : Flow chart

	Donneurs (n=25)	Témoins (n=10)	p
Age (Années)			0,8
Médiane [IQR]	54 [40-67]	62 [21-77]	
Extrêmes	8-85	10-81	
Sexe, n (%)			0,5
Hommes	13 (52)	7 (70)	
Femmes	12 (48)	3 (30)	
Etiologie, n (%)			0,7
Médicale	11 (44)	3 (30)	
Traumatique	14 (56)	7 (70)	
Lieu du décès, n (%)			0,007
Urgences-déchocage	13 (52)	10 (100)	
Réanimation *	12 (48)	0	
Délai entre l'admission et le décès (Heures)			0,03
Médiane [IQR]	38 [25-74]	15 [3-45]	
Extrêmes	6-217	0,2-71	
Position par rapport au don d'organes, n (%)			
Oui	14 (56)	..	
Non	4 (16)	..	
Données manquantes	7 (28)	..	

*médicale, neurochirurgicale ou traumatologique

Tableau 2 : Caractéristiques des donneurs d'organes (n=25) et des patients décédés du groupe témoin (n=10)

13 proches ont demandé à ne plus être contactés au cours de l'étude, 9 dans le groupe PMO et 4 dans le groupe témoin. 29 proches de donneurs d'organes et 16 proches de patients témoins ont renvoyé leurs questionnaires à 6 mois, soit respectivement 35,8 % et 59,3 %. Les caractéristiques des proches à l'inclusion sont représentées dans le **tableau 3**. Les taux de réponses à 1 mois et 3 mois étaient de 46,9 % et 38,3 % dans le groupe PMO et de 66,7 % et 48,1 % dans le groupe témoin. Les caractéristiques des proches ayant répondu à 6 mois dans chaque groupe sont représentées dans le **tableau 4**. Seul un faible effectif de proches a répondu à tous les questionnaires aux 3 échéances (1, 3 et 6 mois) c'est à dire 20 proches du groupe PMO et 12 proches du groupe témoin.

	Groupe PMO (n=81)	Groupe témoins (n=27)	p
Âge (années), médiane [IQR]	50 [37-60,5]	50 [48-57]	0,5
Sexe n (%)			1
<i>Femmes</i>	51 (63)	17 (63)	
<i>Hommes</i>	30 (37)	10 (37)	
CSP n (%)			0,7
<i>1 Agriculteurs exploitants</i>	0 (0)	0 (0)	
<i>2 Artisans, commerçants et chef d'entreprise</i>	3 (3,7)	2 (7,4)	
<i>3 Cadre et professions intellectuelles supérieurs</i>	4 (4,9)	2 (7,4)	
<i>4 Professions intermédiaires</i>	4 (4,9)	2 (7,4)	
<i>5 Employés</i>	17 (21)	5 (18,5)	
<i>6 Ouvriers</i>	1 (1,2)	1 (3,7)	
<i>7 Retraités</i>	13 (16)	3 (11,1)	
<i>8 Autres personnes sans activité professionnelle</i>	2 (2,5)	3 (11,1)	
<i>Données manquantes</i>	37 (45,7)	9 (33,3)	
Lien de parenté n (%)			0,8
<i>Père-mère</i>	18 (22)	7 (26)	
<i>Enfants</i>	21 (26)	7 (26)	
<i>Frère, sœur</i>	13 (16)	2 (7)	
<i>Epoux, compagne</i>	14 (17)	6 (22)	
<i>Autres</i>	15 (19)	5 (19)	
Délai entrée-décès (h), médiane [IQR]	72,9 [26,2-121,0]	25,7 [3,2-28,7]	<0,005
Contexte du décès n (%)			<0,005
<i>AVC</i>	49 (60,5)	8 (29,6)	
<i>TC</i>	22 (27,2)	7 (25,9)	
<i>Autres</i>	10 (12,3)	12 (44,4)	
Lieu du décès n (%)			<0,005
<i>Urgences-déchocage</i>	40 (49,4)	27 (100)	
<i>Réanimation</i>	41 (50,6)	0	

Tableau 3 : Caractéristiques des proches à l'inclusion dans le groupe PMO (n=81) et dans le groupe témoin (n=27)

	Groupe PMO (n=29)	Groupe témoins (n=16)	<i>p</i>
Âge (années), médiane [IQR]	49 [39-59]	49 [46-59]	0,3
Sexe n (%)			0,7
<i>Femmes</i>	23 (79)	12 (75)	
<i>Hommes</i>	6 (21)	4 (25)	
CSP n (%)			0,7
<i>1 Agriculteurs exploitants</i>	0 (0)	0 (0)	
<i>2 Artisans, commerçants et chef d'entreprise</i>	2 (6,9)	1 (6,3)	
<i>3 Cadre et professions intellectuelles supérieurs</i>	3 (10,3)	1 (6,3)	
<i>4 Professions intermédiaires</i>	2 (6,9)	2 (12,5)	
<i>5 Employés</i>	11 (37,9)	4 (25)	
<i>6 Ouvriers</i>	1 (3,5)	1 (6,3)	
<i>7 Retraités</i>	8 (27,6)	3 (18,8)	
<i>8 Autres personnes sans activité professionnelle</i>	1 (3,5)	1 (6,3)	
<i>Données manquantes</i>	1 (3,5)	3 (18,8)	
Lien de parenté n (%)			0,5
<i>Père, mère</i>	3 (10,3)	4 (25)	
<i>Enfants</i>	13 (44,8)	4 (25)	
<i>Frère, sœur</i>	3 (10,3)	2 (12,5)	
<i>Epoux, compagne</i>	7 (24,1)	3 (18,8)	
<i>Autres</i>	3 (10,3)	3 (18,8)	
Traitement par psychotropes en cours n (%)	6 (20,7)	5 (31,3)	0,4
Suivi spécialisé (psychologue ou psychiatre) n (%)	4 (13,8)	10 (62,5)	<0,005
Délai entrée-décès (h), médiane [IQR]	71,7 [27,3-121]	25,7 [3,2-26,5]	<0,005
Contexte du décès n (%)			0,02
<i>AVC</i>	20 (69,0)	7 (43,8)	
<i>TC</i>	8 (27,6)	3 (18,8)	
<i>Autres</i>	1 (3,4)	6 (37,5)	
Lieu du décès n (%)			<0,005
<i>Urgences-déchocage</i>	15 (51,7)	16 (100)	
<i>Réanimation</i>	14 (48,3)	0 (0)	

Tableau 4 : Caractéristiques des proches ayant répondu à 6 mois dans le groupe PMO (n=29) et dans le groupe "témoins" (n=16)

B. Deuil compliqué, EDC et PTSD à 6 mois chez les proches de donneurs

La prévalence de deuil compliqué à 6 mois chez les proches de donneurs d'organes est de 55,2% [IC 95%=37-73], soit 16 des 29 proches ayant répondu à 6 mois présentent un score ICG supérieur à 25. Le **tableau 5** décrit l'évolution des scores de deuil compliqué, d'épisode dépressif majeur et de PTSD à 1, 3 et 6 mois dans les différents groupes.

	1 mois		3 mois		6 mois	
ICG	PMO	Témoins	PMO	Témoins	PMO	Témoins
Médiane	39 (N=38)	39 (N=18)	37 (N=31)	34 (N=13)	31 (N=29)	37 (N=16)
IQR 25 - 75	32 – 44	30-44	30- 47	29 – 43	22 – 49	19 – 49
Extrêmes	5 – 59	18 - 62	2 – 57	12 - 54	1 - 62	11 - 49
ICG > 25, N (%)	35 (92)	16 (89)	25 (81)	10 (77)	16 (55)	10 (63)
Manquants	43	9	50	14	52	11
IDS						
Médiane	27 (N=36)	31 (N=16)	23 (N=30)	18 (N=13)	22 (N=29)	21 (N=16)
IQR 25 - 75	16 – 34	16 – 42	16 - 31	14– 32	12 - 28	11 – 26
Extrêmes	1 – 44	6 - 57	4 - 42	7 - 51	2 - 48	2 - 40
IDS-SR ≥ 15, N (%)	31 (86)	12 (75)	23 (77)	9 (69)	21 (72)	9 (56)
IDS-SR >25, N (%)	20 (56)	10 (63)	12 (40)	4 (31)	12 (41)	4 (25)
Manquants	45	11	51	14	52	11
PCLS						
Médiane	42 (N=38)	43 (N=17)	35 (N=31)	36 (N=13)	33 (N=29)	38 (N=16)
IQR	32 – 51	33 – 52	30 – 48	27 – 52	27 - 52	25 – 49
Extrêmes	20 – 69	20 – 63	20 – 67	21 – 71	21 - 67	19 – 57
PCLS ≥ 44, N (%)	18 (47)	8 (47)	13 (42)	6 (46)	9 (31)	6 (38)
Manquants	43	10	50	14	52	11

Tableau 5 : Evolution des scores ICG, IDS-SR et PCL-S à 1, 3 et 6 mois.

La prévalence d'épisode dépressif caractérisé à 6 mois chez les proches de donneurs d'organes est de 72 % [IC95=55,7-88,3], mais seulement 12 proches ont un score ISD-SR>25 (41 %, [IC95=23.1-58.9]). Le nombre de proches présentant un syndrome de stress post-traumatique à 6 mois est faible (31 %, [IC95=14,2-47,8]).

Figure 3

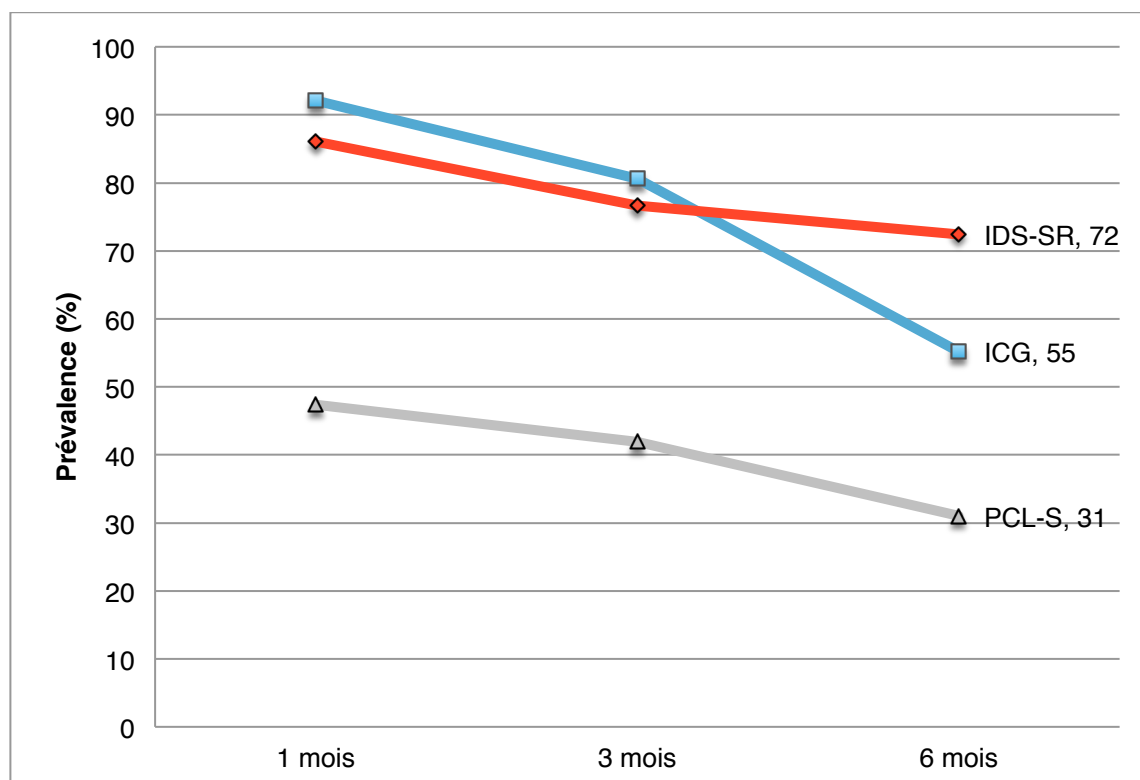


Figure 3 : Evolution des prévalences de deuil compliqué (ICG), de PTSD (PCL-S) et d'épisode dépressif majeur (IDS-SR) à 1 mois, 3 mois et 6 mois chez les proches de donneurs d'organes.

C. Facteurs de risque d'ICG>25 à 6 mois chez les proches de donneurs

En analyse univariée, aucune variable concernant le donneur ou le proche n'est significativement associée à un score ICG \geq 25 à 6 mois dans le groupe PMO. De même, en analyse multivariée. **Tableau 6**

	ICG		p	OR	IC 95%
	≤ 25	> 25			
Age donneur (ans)			0.1		
< 54	1 (8)	5 (29)		9.7	0.6 – 143.0
≥ 54	11 (92)	12 (71)		1	
Sexe donneur			1		
F	7 (58)	9 (53)		1.0	0.2 – 4.9
M	5 (42)	8 (47)		1	
Etiologie			0.2		
Médicale	10 (83)	10 (59)		3.2	0.5 – 19.6
Traumatologique	2 (17)	7 (41)		1	
Lieu de décès			0.3		
Déchocage-Urgences	5 (42)	10 (59)		2.4	0.5 – 11.8
Réanimation	7 (58)	7 (41)		1	
Sexe proches			0.6		
F	9 (75)	14 (82)		1.5	0.2 – 9.8
M	3 (25)	3 (18)		1	
Age des proches (ans)			0.5		
< 50	7 (58)	8 (47)		1	
≥ 50	5 (42)	9 (53)		1.7	0.4 – 8.1
Lien de parenté*			0.4		
1	9 (75)	15 (88)		2.5	0.3 – 18.5
0	3 (25)	2 (12)		1	
Catégories socioprofessionnelles*					
Catégorie 1	2 (20)	3 (18)	0.9	0.9	0.1 – 9.7
Catégorie 2	4 (40)	9 (53)	0.6	1.6	0.2 – 9.8
Catégorie 3	4 (40)	5 (29)		1	
Délai entrée-décès					
≤38 heures	4 (33)	8 (47)	0.3	1	
>38 heures	8 (77)	9 (53)		0,4	0,1 – 2,1
IDS SR à 6 mois					
>14	7 (58)	14 (82)	0,2	3,0	0,5 – 16,8
≤14	5 (42)	3 (18)		1	
PCLS à 6 mois			0,002		
>44	0	9 (53)			
≤44	12 (100)	8 (47)			

Tableau 6 : Association entre un score ICG>25 à 6 mois et ses variables d'intérêt, en analyse univariée ; Régression logistique prenant en compte la variable « patient » comme facteur aléatoire. Résultats en odds ratio (OR) et intervalle de confiance à 95% (IC)

*Cat 1 : Artisan, commerçant, chef d'entreprise, Cadre et profs intellectuelles supérieures

Cat 2 : Profession intermédiaire, employés, Ouvriers

Cat 3 : Retraité, Autres, sans activité

Lien de parenté 1 : mère, père, enfant, épouse 2 : conjoint, autres

D. Deuil compliqué dans le groupe témoin

Sur les 16 proches du groupe témoin ayant répondu à 6 mois, 10 présentaient un score ICG supérieur à 25 soit 62,5 % [IC 95% 38 - 86]. Les taux d'ICG supérieur à 25 n'étaient pas significativement différents dans les 2 groupes (groupe PMO et groupe « témoins »). **Figure 5**. De même, les taux d'IDS-SR \geq 15 et les taux de PCLS \geq 44 ne sont pas significativement différents dans les deux groupes.

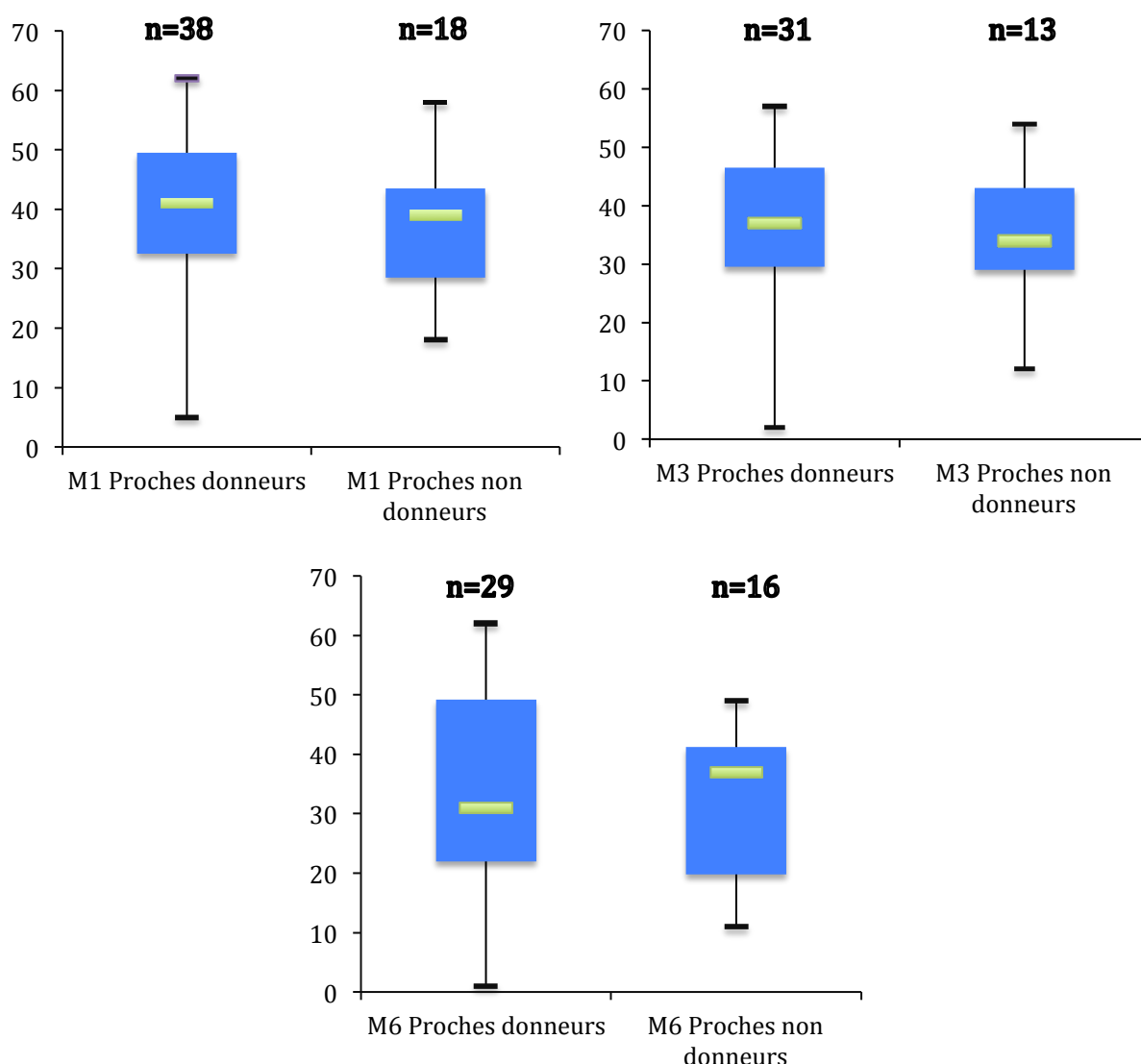


Figure 4 : Comparaison des ICG médians entre les proches des donneurs et les proches des non donneurs à 1 mois, 3 mois et 6 mois (résultats non significatifs).

III. Discussion

A. Un taux de deuil compliqué élevé

Dans notre population de proches de donneurs d'organes, 55,2 % des proches présentent un deuil compliqué à 6 mois. Ces résultats confirment les résultats de l'étude préliminaire réalisée en juin 2013 dans notre centre. Cependant, le taux retrouvé est nettement moins important que celui de l'étude préliminaire (55,2% vs 83 %).

Nos résultats se rapprochent de ceux de l'équipe d'Azoulay publiés récemment où le taux de deuil compliqué à 6 mois, défini par les mêmes critères, était de 52 % (44). Notre étude, réalisée pour la première fois en prospectif, confirme qu'un décès dans un service de réanimation est à l'origine d'une augmentation de deuil compliqué par rapport à la population générale. En effet, pour rappel, dans la population générale, le taux de deuil compliqué est inférieur à 5 %. (17,18)

Le don d'organes en lui même, ne semble pas être à l'origine d'une augmentation du nombre de deuils pathologiques. Au contraire en comparant à notre groupe témoin, le fait d'accepter le don d'organe semblerait prévenir l'apparition de deuil compliqué, avec un taux qui passe de 55,2% à 62,5%. Il peut apparaître comme un facteur protecteur de deuil compliqué. Les proches trouvent un sens à cette mort soudaine et inattendue. Il est souvent rapporté une impression que la vie du donneur se poursuit à travers quelqu'un d'autre. La notion de la mort n'est peut-être pas complète jusqu'au décès de tous les receveurs.

B. Dépression et PTSD

De nombreux proches de donneurs d'organes développent un syndrome de stress post-traumatique. Sa prévalence diminue au fur et à mesure des mois, mais reste plus élevée que celle retrouvée dans les études sur l'impact d'un décès dans un service de réanimation. Dans notre étude, ces taux sont respectivement à 1 mois, 3 mois et 6 mois de 47 %, 42 % et 31 %. En revanche, dans la littérature ils varient de 14 à 35 % (39,47–49). Cette fréquence plus importante peut être expliquée par le contexte soudain du décès et la présence de facteurs de risques de PTSD dans notre population (jeune âge du défunt, sexe féminin des proches). Néanmoins, il est difficile de conclure car l'intervalle de confiance est très large.

De même, la présence d'EDC est très fréquente avec un taux qui diminue peu entre 1 mois et 6 mois (86 % vs 72 %). Une étude antérieure réalisée chez 226 proches de patients décédés en réanimation ou 30 heures après leur sortie retrouve un taux d'EDC à seulement 18,4 % (48). Dans notre étude, 41 % des proches de donneurs d'organes présentent un EDC qui nécessiterait une prise en charge spécialisée, soit un score IDS-SR > 25. Néanmoins, on remarque que seulement 13,8 % des proches ayant répondu à 6 mois ont un suivi spécialisé par un psychologue ou un psychiatre.

C. Facteurs de risque

En analyses univariée et multivariée, aucun facteur n'est associé à l'apparition de deuil compliqué à 6 mois. Le faible effectif de réponses à 6 mois, nous empêche de rendre des conclusions sur les facteurs de risque de deuil compliqué chez les proches de donneurs d'organes. Le nombre trop faible de proches ayant répondu aux trois échéances ne nous permet pas d'analyser l'association entre la présence d'un PTSD à 1 ou 3 mois et la survenue de deuil compliqué à 6 mois, ce qui pourrait être intéressant pour une prise en charge précoce de ces patients.

D. Limites de l'étude

Notre étude présente plusieurs biais.

On note un faible effectif de réponses à 6 mois. Par conséquent, la prévalence possède un intervalle de confiance très large et l'analyse des facteurs de risque de deuil compliqué dans cette population est difficile. Neuf proches de donneurs ont demandé d'être exclus de l'étude et seulement 35 % des questionnaires ont été renvoyés à 6 mois. La question qui se pose est de savoir si l'absence de réponse est liée à un deuil trop intense du proche ou au contraire à un deuil résolu. Ce faible taux de réponses est également lié à la méthode utilisée, car il est connu que la méthode par courrier est une des plus pourvoyeuses de perdus de vue. Le délai d'évaluation du deuil compliqué étant variable en fonction des définitions, nous avons décidé d'évaluer sa présence à 6 mois, et non à un an comme il est défini dans le DSM 5, ceci afin de limiter le nombre de perdus de vue.

L'utilisation d'auto-questionnaire peut être discutée. Les sujets peuvent se sous-coter ou se surcoter. Ils peuvent choisir le jour et le moment où ils décident de remplir le questionnaire. Cette méthode ne vaut pas l'évaluation par un clinicien.

La population ayant répondu à 6 mois n'est pas représentative de la population à l'inclusion. En effet, on a une majorité d'enfants, ce qui est expliqué par une population de donneurs d'organes de plus en plus âgée. Il faut également noter que la population ayant répondu à 6 mois est essentiellement féminine, or, on sait que le sexe féminin est un facteur de risque de deuil compliqué.

Il existe un biais de sélection dans la constitution du groupe témoin. Cette population a été sélectionnée de façon arbitraire au moment de la consultation d'annonce du décès du patient. Il est certain que la participation à l'étude a été proposée essentiellement aux proches avec qui la communication était plus facile et très certainement chez qui une relation de confiance entre le réanimateur et le proche était déjà installée. Ceci peut expliquer le taux de réponse à 6 mois élevé

dans ce groupe à 59 %. En effet, on note que beaucoup plus de témoins ont répondu de façon assidue à 1 mois, à 3 mois et à 6 mois. Dans cette population, la prévalence de deuil compliqué est plus importante avec plus de 60 % de deuil compliqué à 6 mois. Plusieurs réponses peuvent expliquer cette prévalence élevée. En reprenant les dossiers des 10 patients décédés et comme en témoigne le délai entre l'entrée à l'hôpital et le décès qui est très court, on remarque que le contexte est en générale une mort très violente avec moins de causes médicales. Le délai médian entre l'arrivée à l'hôpital et le décès est de 26 heures contre 73 heures dans le groupe PMO. De plus, les proches ayant répondu à 6 mois sont majoritairement des femmes. Tout ceci constitue des facteurs de risque de deuil compliqué retrouvés dans la population générale.

E. Perspectives

Malgré la présence de nombreux biais, il faut noter que cette étude est la première réalisée dans le cadre du don d'organes sur un effectif aussi important. De plus, aucune étude prospective sur ce sujet n'est retrouvée dans la littérature. Bien que la présence de plusieurs biais nous empêche d'affirmer que l'acceptation du PMO permet de prévenir l'apparition de deuil compliqué à 6 mois chez les proches, il semblerait y avoir une tendance vers une prévalence de deuil compliqué moins importante.

Le médecin réanimateur est le premier à rencontrer la famille. C'est également lui qui va faire l'annonce du décès. Nous savons que tous les termes employés lors des rencontres des proches sont importants. Ils vont influencer le vécu de cette période par la famille à court terme et à long terme. Suite à une annonce grave, les proches deviennent également des patients. Comme on peut le voir dans cette étude, c'est également le cas dans le cadre du don d'organes. Il est donc important de pouvoir définir les facteurs de risque de deuil compliqué dans cette population de proches de donneurs d'organes afin de pouvoir repérer les personnes à risque dès l'annonce du décès. Cette étude nécessite d'être poursuivie afin d'améliorer la puissance des résultats et de mieux définir ces facteurs de risque.

Après identification des proches à risque de deuil compliqué, la question qui se pose est de savoir quelle doit être leur prise en charge. Le taux élevé signe l'intérêt du développement d'une filière dédiée pluridisciplinaire pour la prise en charge des familles de donneurs d'organes. Il semble important de sensibiliser le personnel médical et notamment les médecins traitants à cette pathologie. Actuellement, à distance du décès, il n'est pas prévu de consultation systématique avec un psychologue, un psychiatre ou le médecin réanimateur ayant pris en charge le patient initialement. En revanche, les proches peuvent demander des nouvelles des receveurs. De plus, après mise en place de ce genre de structure, il serait intéressant de comparer l'évolution du deuil compliqué dans cette population de type avant/après en utilisant notre recueil de données comme population initiale.

Dans la littérature, on retrouve de nombreuses études sur la relation entre la prise en charge des familles au moment du décès et le processus de deuil. Mais, ce sont plus la présence d'intrusions et le ressentiment des proches que la présence d'un deuil compliqué vrai qui sont analysés. La prise en charge des familles au moment du décès, la relation avec le personnel médical et paramédical et surtout l'explication de toutes les étapes menant au PMO sont des facteurs majeurs influençant le processus de deuil chez les proches (46). L'approche des familles et la communication tout au long du processus qui mène au PMO sont donc très importantes.

Le fait que cette étude soit monocentrique est une volonté de notre part. Les donneurs ont été pris en charge dans 4 services différents du CHU de Bordeaux : 13 dans le service de réanimation des urgences, 10 en réanimation médicale, 1 en réanimation traumatologique et 1 en réanimation neurochirurgicale. Parmi les 28 proches ayant répondu à 6 mois, 14 ont été pris en charge dans le service de réanimation des urgences et 14 en réanimation médicale. Un membre de l'équipe de coordination du CHU de Bordeaux était systématiquement présent dès que le PMO était évoqué. La prise en charge de ces proches était réalisée par une équipe médicale et paramédicale restreinte et semble donc être standardisée et comparable. Ce type d'étude peut donc devenir un outil pour évaluer cette prise en charge et comparer les différents centres préleveurs.

La deuxième partie de notre étude compare les proches de donneurs d'organes aux proches de personnes décédées dans le même contexte pour qui un PMO n'a pu être envisagé. Ce qui ressort de ces analyses est que la prévalence de deuil compliqué semble plus importante dans le deuxième groupe. Cependant, on ne peut conclure à partir de cette étude pour de nombreuses raisons. Premièrement, cette question n'était pas notre objectif principal. Deuxièmement, on peut discuter la façon dont ont été sélectionnés les proches du groupe témoin. Enfin, pour définir si le prélèvement d'organes est en lui-même un facteur de risque de deuil compliqué, il faudrait réaliser une étude comparative avec 3 groupes : un groupe PMO, un groupe de proches de personnes décédées dans les mêmes conditions chez qui un PMO

n'a pu être proposé et un 3^{ème} groupe de proches ayant refusé le prélèvement d'organes. En 2002, une équipe hollandaise a contacté à 6 mois du décès d'un patient, ses proches de 1^{er} degré (époux (se), enfants, parents, frères et sœurs). 95 proches ont pu être interviewés : dans 36 cas, un PMO a été réalisé, dans 26 cas, le PMO a été refusé et dans 36 cas, il n'a pas été proposé. Cette étude ne retrouve pas de différence significative dans les 3 groupes en ce qui concerne l'apparition de syndrome dépressif ou de PTSD (46). La présence de deuil compliqué n'était pas étudiée. Actuellement, le nombre de refus de prélèvements au CHU de Bordeaux est de 28 %, soit 30 refus en 2015. Les refus sont d'ordres médico légal, personnels ou familiaux. La constitution d'un groupe de proches ayant refusé le PMO semble très compliquée à réaliser. Pour savoir si le PMO est un facteur de risque ou un facteur protecteur de deuil compliqué, il serait donc nécessaire de réaliser cette étude de façon multicentrique et sur de nombreuses années afin d'avoir un nombre suffisant de participants dans ce dernier groupe.

IV. Conclusion

55,2 % des proches de donneurs d'organes présentent un deuil compliqué à 6 mois. Donc, sur les 107 donneurs recensés à Bordeaux en 2015, on peut estimer à presque 200 le nombre de personnes présentant un deuil compliqué à distance du don. Il semble donc, important de sensibiliser le personnel soignant aussi bien médical que paramédical à cette pathologie car la prise en charge de ces proches débute dès l'arrivée du patient dans un service de réanimation. La place du réanimateur est centrale dès la première rencontre avec la famille mais également tout au long du processus menant au PMO et après le PMO afin d'accompagner les proches et de savoir les orienter vers des psychologues ou psychiatres si nécessaire. Des filières de soins dédiées doivent être mises en place pour optimiser la prise en charge de ces personnes à la suite du décès de leur proche.

Cette étude nécessite d'être poursuivie afin d'en améliorer la puissance et de mieux définir les facteurs de risque de deuil compliqué dans cette population. Dans l'avenir, une étude prospective comparant les proches ayant accepté le PMO aux proches l'ayant refusé ou pour qui le PMO n'a pu être proposé est à réaliser pour définir si le PMO est un facteur protecteur de deuil compliqué.

Annexe 1 : Echelle ICG

- 1 Je pense tellement à cette personne qu'il est difficile pour moi de faire les choses que je fais d'habitude.
- 2 Les souvenirs de cette personne morte me perturbent...
- 3 Je sens que je ne peux accepter la mort de cette personne...
- 4 Je sens un désir intense (de la présence) de cette personne morte, qui me manque beaucoup...
- 5 Je me sens attiré vers les endroits et les objets ayant un rapport avec cette personne morte...
- 6 Je ne peux m'empêcher d'être en colère à propos de sa mort...
- 7 Je n'arrive pas à croire à ce qui est arrivé...
- 8 Je suis stupéfait et abasourdi par ce qui est arrivé...
- 9 Depuis qu'elle est morte, il est difficile pour moi de faire confiance aux gens...
- 10 Depuis qu'elle est morte, c'est comme si j'avais perdu la possibilité de me soucier des autres personnes...
- 11 Je me sens très seul la plupart du temps depuis sa mort...
- 12 J'éprouve des douleurs dans les mêmes parties du corps ou les mêmes symptômes que la personne qui est morte...
- 13 Je fais des détours pour éviter ce qui rappelle cette personne morte...
- 14 Je trouve que la vie est vide sans cette personne morte...
- 15 J'entends la voix de cette personne morte qui me parle...
- 16 Je vois cette personne morte se tenir devant moi...
- 17 Je sens qu'il est injuste que je doive vivre quand cette personne est morte...
- 18 J'éprouve une amertume à propos de la mort de cette personne...
- 19 Je me sens envieux envers les autres qui n'ont pas perdu quelqu'un de proche...

Les réponses sont cotées de 0 à 4 : jamais : 0 ; rarement : 1 ; quelquefois : 2 ; souvent : 3 ; toujours : 4. Score maximum : 76 ; Seuil pathologique ICG > 25.

Annexe 2 : Echelle IDS-SR

<p>1. <u>Endormissement.</u> 0) Je mets moins de 30 minutes à m'endormir. 1) Moins d'une fois sur deux, je mets au-moins 30 minutes à m'endormir. 2) Plus d'une fois sur deux, je mets au-moins 30 minutes à m'endormir. 3) Plus d'une fois sur deux, je mets au-moins 60 minutes à m'endormir.</p>	<p>2. <u>Sommeil nocturne.</u> 0) Je ne m'éveille pas la nuit. 1) J'ai le sommeil léger, agité et entrecoupd d'éveils brefs. 2) Je m'éveille au-moins une fois par nuit et me rendors facilement. 3) Au-moins une nuit sur deux, je m'éveille plus d'une fois par nuit et reste éveillé pendant au-moins 20 minutes.</p>
<p>3. <u>Eveil trop tôt.</u> 0) La plupart du temps, je ne m'éveille pas plus d'1/2 heure avant l'heure à laquelle je dois me lever. 1) Plus d'une fois sur deux, je m'éveille 1/2 heure avant 1'heure a laquelle je dois me lever. 2) Je m'éveille pratiquement toujours au-moins une heure avant de devoir me lever, mais je me rendors la plupart du temps. 3) Je m'éveille au-moins une heure avant de devoir me lever, mais ne peux me rendormir.</p>	<p>4. <u>Sommeil trop long.</u> 0) Je ne dors pas plus de 7-8 heures par nuit et ne fais pas de sieste. 1) Je ne dors pas plus de 10 heures par jour, sieste incluse. 2) Je ne dors pas plus de 12 heures par jour, sieste incluse. 3) Je dors plus de 12 heures par jour, sieste incluse.</p>
<p>5. <u>Sentiment de tristesse.</u> 0) Je ne me sens pas triste. 1) Je me sens triste moins de la moitié du temps. 2) Je me sens triste plus de la moitié du temps. 3) Je me sens presque tout le temps triste.</p>	<p>6. <u>Sentiment d'irritabilité.</u> 0) Je ne me sens pas irritable. 1) Je me sens irritable moins de la moitié du temps. 2) Je me sens irritable plus de la moitié du temps. 3) Je me sens très irritable pratiquement tout le temps.</p>
<p>7.-<u>Sentiment d'anxiété et de tension.</u> 0) Je ne me sens ni anxieux, ni tendu. 1) Je me sens anxieux ou tendu moins de la moitié du temps. 2) Je me sens anxieux ou tendu plus de la moitié du temps. 3) Je me sens très anxieux ou très tendu pratiquement tout le temps.</p>	<p>8. <u>Réponse de l'humeur aux événements heureux ou désirés.</u> 0) Quand une bonne chose arrive, je retrouve ma bonne humeur habituelle pendant quelques heures. 1) Quand une bonne chose arrive, cela me réjouit, mais pas comme d'habitude. 2) Seul un événement très agréable me réjouit, mais de manière très modérée cependant. 3) Je ne me réjouis de rien, même quand de très bonnes choses m'arrivent.</p>
<p>9. <u>Variation de l'humeur au cours de la journée.</u> 0) Il n'y a habituellement pas de changement dans mon humeur au cours de la journée. 1) Mon humeur varie souvent au cours de la journée, en fonction d'événements extérieurs (exemple être seul, être au travail, etc...). 2) En général, mon humeur est plus liée aux moments de la journée qu'aux événements extérieurs. 3) C'est toujours aux mêmes moments que mon humeur est la meilleure ou la pire et je peux prévoir ces moments. Mon humeur est plus particulièrement triste: a) le matin? b) l'après-midi? c) le soir?</p>	<p>10. <u>Qualité de l'humeur.</u> 0) Je suis de bonne humeur. 1) Je suis triste, mais cette tristesse est comme celle que je ressentirais si un de mes proches mourait ou me quittait. 2) Je suis triste, mais cette tristesse est un peu différente de celle que je ressentirais si un de mes proches mourait ou me quittait. 3) Je suis triste, mais cette tristesse est tout-à-fait différente de celle que je ressentirais si un de mes proches mourait ou me quittait.</p>

Compléter le 11 OU le 12 (pas les deux).	
<p>11. <u>Diminution de l'appétit.</u> 0) Mon appétit n'a pas changé. 1) Je mange plutôt moins et moins souvent que d'habitude. 2) Je mange beaucoup moins que d'habitude, et seulement quand je me force. 3) Au cours d'une journée, je mange rarement et seulement quand je me force ou quand d'autres m'y obligent.</p>	<p>12. <u>Augmentation de l'appétit.</u> 0) Mon appétit n'a pas changé. 1) J'ai envie de manger plus fréquemment que d'habitude. 2) Je mange régulièrement plus souvent et/ou de plus grandes quantités de nourriture que d'habitude. 3) J'ai tendance à manger exagérément à l'heure des repas et entre les repas.</p>
Compléter le 13 OU le 14 (pas les deux)	
<p>13. <u>Au cours des deux semaines qui viennent de s'écouler.</u> 0) Mon poids n'a pas changé. 1) J'ai l'impression d'avoir perdu un peu de poids. 2) J'ai perdu 1 kgs. ou plus. 3) J'ai perdu 2,5 kgs. ou plus.</p>	<p>14. <u>Au cours des deux semaines qui viennent de s'écouler.</u> 0) Mon poids n'a pas changé. 1) J'ai l'impression d'avoir un peu grossi. 2) J'ai grossi de 1 kgs. ou plus. 3) J'ai grossi de 2,5 kgs. ou plus.</p>
<p>15. <u>Concentration et capacité de prise de décision.</u> 0) Il n'y a pas de changement dans mes capacités de concentration ou de prise de décision. 1) Je me sens parfois indécis ou je trouve que mon attention flotte. 2) La plupart du temps, je lutte pour fixer mon attention sur quelque chose ou pour prendre une décision. 3) Je suis incapable de me concentrer suffisamment pour lire ou je suis incapable de prendre une décision même pour des petites choses.</p>	<p>16. <u>Opinion de moi-même.</u> 0) Je considère que j'ai autant de valeur et de mérite que les autres. 1) Je me fais plus de reproches que d'habitude. 2) Je crois très souvent que je cause des problèmes aux autres. 3) Je pense presque constamment à mes gros et petits défauts.</p>
<p>17. <u>Opinion sur mon avenir.</u> 0) J'ai une vision optimiste de mon avenir. 1) Je suis parfois pessimiste quant à mon avenir, mais la plupart du temps, je pense que les choses iront mieux. 2) Je suis certain que mon avenir proche (un ou deux mois) ne me réserve rien d'agréable. 3) Plus rien d'agréable ne m'arrivera à l'avenir.</p>	<p>18. <u>Idées de mort ou de suicide.</u> 0) Je ne pense pas au suicide ou à la mort. 1) La vie me paraît vide de sens ou je me demande si cela vaut la peine de vivre. 2) Je pense au suicide ou à la mort plusieurs fois par semaine pendant plusieurs minutes. 3) Je pense au suicide ou à la mort plusieurs fois par jour et en détail ou j'ai préparé mon suicide ou ai essayé de mettre fin à mes jours.</p>
<p>19. <u>Capacité de s'intéresser à quelque chose.</u> 0) Les autres personnes et les activités m'intéressent autant qu'auparavant. 1) Les autres personnes et les activités m'intéressent moins qu'auparavant. 2) Parmi mes activités antérieures, il n'y en a plus qu'une ou deux qui m'intéresse. 3) Plus rien ne m'intéresse.</p>	<p>20. <u>Niveau d'énergie.</u> 0) J'ai autant d'énergie qu'auparavant. 1) Je suis plus vite fatigué que d'habitude. 2) Je dois faire un gros effort pour entamer ou achever une activité quotidienne (exemple: ménage, cuisine, travail, etc...) 3) Je ne peux pratiquement plus rien faire de mes activités quotidiennes par manque d'énergie.</p>
<p>21. <u>Capacité de plaisir (à l'exception de la sexualité).</u> 0) J'apprécie les choses agréables autant qu'auparavant. 1) Les choses agréables ne me font plus autant plaisir qu'auparavant. 2) Une activité me procure rarement du plaisir. 3) Je ne retire aucun plaisir d'aucune activité.</p>	<p>22. <u>Intérêt pour la sexualité.</u> (évaluer l'intérêt et non l'activité elle-même). 0) La sexualité m'intéresse autant qu'auparavant. 1) Mon intérêt pour la sexualité est moindre qu'auparavant et je n'en tire plus autant de plaisir. 2) J'ai peu de désir ou de plaisir sexuel. 3) Le sexe ne m'intéresse plus du tout et ne m'apporte plus aucun plaisir.</p>
<p>23. <u>Impression de ralentissement.</u> 0) Je pense, parle ou bouge avec la même facilité et la même vitesse qu'auparavant. 1) Ma pensée me paraît ralentie ou ma voix semble sourde ou monotone. 2) Il me faut plusieurs secondes pour répondre à une question, et je suis sûre que ma pensée est ralentie. 3) Je suis souvent incapable de répondre aux questions, si je ne fais pas un gros effort.</p>	<p>24. <u>Agitation.</u> 0) Je ne me sens pas agité. 1) Je suis souvent agité, je me tords les mains ou je change constamment de position quand je suis assis. 2) J'éprouve parfois le besoin irrésistible de bouger et suis tout-à-fait agité. 3) Parfois, je suis incapable de rester assis et dois marcher.</p>

<p>25. Douleurs.</p> <p>0) Je n'ai aucune impression de lourdeur dans les bras ou les jambes et n'ai aucune douleur.</p> <p>1) J'ai parfois des maux de tête, d'estomac ou aux articulations, mais ces douleurs ne sont qu'occasionnelles et ne m'empêchent pas de maintenir mes activités.</p> <p>2) J'ai ce genre de douleurs la plupart du temps.</p> <p>3) Ces douleurs sont tellement fortes qu'elles m'obligent à arrêter mes activités.</p>	<p>26. Autres symptômes physiques.</p> <p>0) Je n'ai aucun des symptômes suivants palpitations, vue troublée, transpiration excessive, frissons ou bouffées de chaleur, douleurs dans le thorax, nausées, bourdonnements des oreilles ou tremblements.</p> <p>1) J'ai certains de ces symptômes, mais ils sont légers et occasionnels.</p> <p>2) J'ai plusieurs de ces symptômes et ils me gênent.</p> <p>3) J'ai plusieurs de ces symptômes, et quand ils apparaissent, je dois arrêter mes activités.</p>
<p>27. Symptômes phobiques ou de panique.</p> <p>0) Je n'ai pas d'accès de panique ou de peur spécifique (phobies) (exemple peur de certains animaux, vertiges, etc...).</p> <p>1) J'ai de légers épisodes de panique ou de peur, qui ne perturbent pas mon comportement, n'interrompent pas mes activités.</p> <p>2) J'ai d'importants épisodes de panique ou de peur, qui m'obligent à modifier mon comportement, mais n'interrompent pas mes activités.</p> <p>3) J'ai des épisodes de panique au-moins une fois par semaine, ou des peurs intenses qui m'interrompent dans mes activités quotidiennes.</p>	<p>28. Constipation ou diarrhée.</p> <p>0) Je n'ai pas de problèmes intestinaux.</p> <p>1) Je suis parfois légèrement constipé ou ai une légère diarrhée.</p> <p>2) La plupart du temps, je suis constipé ou j'ai la diarrhée, mais cela ne perturbe pas mes activités au jour le jour.</p> <p>3) Je suis constipé ou ai la diarrhée à tel point que cela m'oblige à prendre des médicaments ou que cela me perturbe dans mes activités au jour le jour.</p>
<p>29. Sensibilité dans les relations interpersonnelles.</p> <p>0) Je ne me sens pas facilement rejeté, froissé, critiqué ou blessé par les autres.</p> <p>1) Je me sens occasionnellement rejeté, froissé, critiqué ou blessé par les autres.</p> <p>2) Je me sens souvent rejeté, froissé, critiqué ou blessé par les autres, mais avec des conséquences peu importantes sur le fonctionnement social et professionnel.</p> <p>3) Je me sens souvent rejeté, froissé, critiqué ou blessé par les autres, au point que le fonctionnement social et professionnel en est perturbé.</p>	<p>30. Inertie/énergie physique.</p> <p>0) Je n'ai pas la sensation physique d'être lesté de plomb et d'être sans énergie physique.</p> <p>1) J'ai occasionnellement des périodes où je me sens lesté de plomb et dépourvu d'énergie physique, mais sans conséquences négatives sur le travail, l'école ou le niveau d'activité.</p> <p>2) J'ai la sensation physique d'être lesté de plomb et d'être sans énergie physique plus de la moitié du temps.</p> <p>3) J'ai la sensation physique d'être lesté de plomb et d'être sans énergie physique la plupart du temps, plusieurs heures par jour, plusieurs jours par semaine.</p>

Annexe 3 : Echelle PCLS

	Pas du tout	Un peu	Parfois	Souvent	Très souvent
1. Être perturbé(e) par des souvenirs, des pensées ou des images en relation avec cet épisode stressant.	1	2	3	4	5
2. Être perturbé(e) par des rêves répétés en relation avec cet événement.	1	2	3	4	5
3. Brusquement agir ou sentir comme si l'épisode stressant se reproduisait (comme si vous étiez en train de le revivre).	1	2	3	4	5
4. Se sentir très bouleversé(e) lorsque quelque chose vous rappelle l'épisode stressant.	1	2	3	4	5
5. Avoir des réactions physiques, par exemple battements de cœur, difficultés à respirer, sueurs lorsque quelque chose vous a rappelé l'épisode stressant.	1	2	3	4	5
6. Éviter de penser ou de parler de votre épisode stressant ou éviter des sentiments qui sont en relation avec lui.	1	2	3	4	5
7. Éviter des activités ou des situations parce qu'elles vous rappellent votre épisode stressant.	1	2	3	4	5
8. Avoir des difficultés à se souvenir de parties importantes de l'expérience stressante.	1	2	3	4	5
9. Perte d'intérêt dans des activités qui habituellement vous faisaient plaisir.	1	2	3	4	5
10. Se sentir distant ou coupé(e) des autres personnes.	1	2	3	4	5
11. Se sentir émotionnellement anesthésié(e) ou être incapable d'avoir des sentiments d'amour pour ceux qui sont proches de vous.	1	2	3	4	5
12. Se sentir comme si votre avenir était en quelque sorte raccourci.	1	2	3	4	5
13. Avoir des difficultés pour vous endormir ou rester endormi(e).	1	2	3	4	5
14. Se sentir irritable ou avoir des bouffées de colère.	1	2	3	4	5
15. Avoir des difficultés à vous concentrer.	1	2	3	4	5
16. Être en état de super-alarme, sur la défensive, ou sur vos gardes.	1	2	3	4	5
17. Se sentir énervé(e) ou sursauter facilement.	1	2	3	4	5

Références

1. Agence de Biomédecine. Suivis et prédictions de l'activité de prélèvement de donneurs, décembre 2015 [Internet]. Available from: http://www.agence-biomedecine.fr/IMG/pdf/internet_decembre-2.pdf
2. Agence de biomédecine [Internet]. Available from: <http://www.agence-biomedecine.fr>
3. Purnell TS, Auguste P, Crews DC et al. Comparison of life participation activities among adults treated by hemodialysis, peritoneal dialysis, and kidney transplantation: a systematic review. *Am J Kidney Dis Off J Natl Kidney Found.* 2013 Nov;62(5):953–73.
4. Czyżewski L, Sańko-Resmer J, Wyzgał J et al. Assessment of health-related quality of life of patients after kidney transplantation in comparison with hemodialysis and peritoneal dialysis. *Ann Transplant.* 2014;19:576–85.
5. HAS. Évaluation médico-économique des stratégies de prise en charge de l'insuffisance rénale en France. [Internet]. 2010. Available from: http://has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-10/note_cadrage_irct_vf.pdf
6. SRLF, SFAR, Agence de Biomédecine. Prise en charge des sujets en état de mort encéphalique en vue de prélèvements d'organes et de tissus, TEXTE DES RECOMMANDATIONS, Actualisation Conférence d'experts [Internet]. 2005.
7. LOI n° 2011-814 du 7 juillet 2011 relative à la bioéthique [Internet]. [Legifrance.gouv.fr](http://legifrance.gouv.fr).
8. Bourgeois M-L. *Vivre et faire son deuil.* Vigot. 2016. 91 p.
9. Prigerson HG, Frank E, Kasl SV, et al. Complicated grief and bereavement-

related depression as distinct disorders: preliminary empirical validation in elderly bereaved spouses. *Am J Psychiatry*. 1995 Jan;152(1):22–30.

10. Prigerson HG, Maciejewski PK, Reynolds CF, et al. Inventory of Complicated Grief: a scale to measure maladaptive symptoms of loss. *Psychiatry Res*. 1995 Nov 29;59(1-2):65–79.

11. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders [Internet]. Fifth Edition. American Psychiatric Association; 2013 [cited 2016 May 22].

12. Publishing AP. DSM-5 - Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux [Internet]. Elsevier Health Sciences France; 2015 [cited 2016 Feb 17]. Available from: <http://public.eblib.com/choice/PublicFullRecord.aspx?p=4337396>

13. Bourgeois M-L. Etudes sur le deuil. Méthodes qualitatives et méthodes quantitatives. *Ann Méd-Psychol*. 2005 Décembre;164:278–91.

14. Bourgeois ML. Les deuils pathologiques, traduction et validation de l'inventaire de deuil compliqué (ICG de Prigerson et al.). Thèse de doctorat de psychologie n° 947.

15. Ito M, Nakajima S, Fujisawa D, et al. Brief measure for screening complicated grief: reliability and discriminant validity. *PloS One*. 2012;7(2):e31209.

16. Shear KM, Jackson CT, Essock SM, et al. Screening for complicated grief among Project Liberty service recipients 18 months after September 11, 2001. *Psychiatr Serv Wash DC*. 2006 Sep;57(9):1291–7.

17. Fujisawa D, Miyashita M, Nakajima S, et al. Prevalence and determinants of complicated grief in general population. *J Affect Disord*. 2010 Dec;127(1-3):352–8.

18. Kersting A, Brähler E, Glaesmer H, et al. Prevalence of complicated grief in a

representative population-based sample. *J Affect Disord.* 2011 Jun;131(1-3):339–43.

19. Nakajima S, Ito M, Shirai A, et al. Complicated grief in those bereaved by violent death: the effects of post-traumatic stress disorder on complicated grief. *Dialogues Clin Neurosci.* 2012 Jun;14(2):210–4.

20. Momartin S, Silove D, Manicavasagar V, et al. Complicated grief in Bosnian refugees: associations with posttraumatic stress disorder and depression. *Compr Psychiatry.* 2004 Dec;45(6):475–82.

21. Dyregrov K, Nordanger D, Dyregrov A. Predictors of psychosocial distress after suicide, SIDS and accidents. *Death Stud.* 2003 Mar;27(2):143–65.

22. Schaal S, Jacob N, Dusingizemungu J-P, et al. Rates and risks for prolonged grief disorder in a sample of orphaned and widowed genocide survivors. *BMC Psychiatry.* 2010;10:55.

23. Neria Y, Gross R, Litz B, et al. Prevalence and psychological correlates of complicated grief among bereaved adults 2.5-3.5 years after September 11th attacks. *J Trauma Stress.* 2007 Jun;20(3):251–62.

24. Stroebe M, Schut H, Stroebe W. Health outcomes of bereavement. *Lancet.* 2007 Dec 8;370(9603):1960–73.

25. Bruinsma SM, Tiemeier HW, Verkroost-van Heemst J, et al. Risk factors for complicated grief in older adults. *J Palliat Med.* 2015 May;18(5):438–46.

26. Lundin T. Morbidity following sudden and unexpected bereavement. *Br J Psychiatry J Ment Sci.* 1984 Jan;144:84–8.

27. Boelen PA, Prigerson HG. The influence of symptoms of prolonged grief disorder, depression, and anxiety on quality of life among bereaved adults: a

prospective study. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2007 Dec;257(8):444–52.

28. Prigerson HG, Bierhals AJ, Kasl SV, et al. Traumatic grief as a risk factor for mental and physical morbidity. *Am J Psychiatry*. 1997 May;154(5):616–23.

29. Wittouck C, Van Autreve S, De Jaegere E, et al. The prevention and treatment of complicated grief: a meta-analysis. *Clin Psychol Rev*. 2011 Feb;31(1):69–78.

30. Shear MK, Wang Y, Skritskaya N, et al. Treatment of complicated grief in elderly persons: a randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*. 2014 Nov;71(11):1287–95.

31. Simon NM, Shear MK, Fagiolini A, et al. Impact of concurrent naturalistic pharmacotherapy on psychotherapy of complicated grief. *Psychiatry Res*. 2008 May 30;159(1-2):31–6.

32. Weathers FW, Litz BT, Herman DS et al. The PTSD checklist: Reliability, validity and diagnostic utility. Paper presented at the Annual Meeting of the International Society for Traumatic Stress Studies, San Antonio,. 1993 Oct.

33. Ventureyra VAG, Yao S-N, Cottraux J, et al. The validation of the Posttraumatic Stress Disorder Checklist Scale in posttraumatic stress disorder and nonclinical subjects. *Psychother Psychosom*. 2002 Feb;71(1):47–53.

34. Yao S-N, Cottraux J, Note I, et al. [Evaluation of Post-traumatic Stress Disorder: validation of a measure, the PCLS]. *L'Encéphale*. 2003 Jun;29(3 Pt 1):232–8.

35. O'Connor M, Nickerson A, Aderka IM, et al. The temporal relationship between change in symptoms of prolonged grief and posttraumatic stress following old age spousal bereavement. *Depress Anxiety*. 2015 May;32(5):335–40.

36. Rush AJ, Giles DE, Schlessler MA, et al. The Inventory for Depressive

Symptomatology (IDS): preliminary findings. *Psychiatry Res.* 1986 May;18(1):65–87.

37. Jabre P, Tazarourte K, Azoulay E, et al. Offering the opportunity for family to be present during cardiopulmonary resuscitation: 1-year assessment. *Intensive Care Med.* 2014 Jul;40(7):981–7.

38. Jabre P, Belpomme V, Azoulay E, et al. Family presence during cardiopulmonary resuscitation. *N Engl J Med.* 2013 Mar 14;368(11):1008–18.

39. Anderson WG, Arnold RM, Angus DC, et al. Posttraumatic stress and complicated grief in family members of patients in the intensive care unit. *J Gen Intern Med.* 2008 Nov;23(11):1871–6.

40. Siegel MD, Hayes E, Vanderwerker LC, Loseth DB, et al. Psychiatric illness in the next of kin of patients who die in the intensive care unit. *Crit Care Med.* 2008 Jun;36(6):1722–8.

41. Warren AM, Rainey EE, Weddle RJ, et al. The intensive care unit experience: Psychological impact on family members of patients with and without traumatic brain injury. *Rehabil Psychol.* 2016 May;61(2):179–85.

42. Dithole K, Thupayagale-Tshweneagae G, Mgutshini T. Posttraumatic stress disorder among spouses of patients discharged from the intensive care unit after six months. *Issues Ment Health Nurs.* 2013 Jan;34(1):30–5.

43. Sundararajan K, Martin M, Rajagopala S, et al. Posttraumatic stress disorder in close Relatives of Intensive Care unit patients' Evaluation (PRICE) study. *Aust Crit Care Off J Confed Aust Crit Care Nurses.* 2014 Nov;27(4):183–7.

44. Kentish-Barnes N, Chaize M, Seegers V, et al. Complicated grief after death of a relative in the intensive care unit. *Eur Respir J.* 2015 Jan 22;

45. Kentish-Barnes N, Seegers V, Legriel S, et al. CAESAR: a new tool to assess relatives' experience of dying and death in the ICU. *Intensive Care Med.* 2016 Jun;42(6):995–1002.
46. Cleiren MPhD, Van Zoelen AAJ. Post-mortem organ donation and grief: a study of consent, refusal and well-being in bereavement. *Death Stud.* 2002 Dec;26(10):837–49.
47. Kross EK, Engelberg RA, Gries CJ, et al. ICU Care Associated With Symptoms of Depression and Posttraumatic Stress Disorder Among Family Members of Patients Who Die in the ICU. *Chest.* 2011 Apr;139(4):795–801.
48. Gries CJ, Engelberg RA, Kross EK, et al. Predictors of symptoms of posttraumatic stress and depression in family members after patient death in the ICU. *Chest.* 2010 Feb;137(2):280–7.
49. Azoulay E, Pochard F, Kentish-Barnes N, et al. Risk of Post-traumatic Stress Symptoms in Family Members of Intensive Care Unit Patients. *Am J Respir Crit Care Med.* 2005 May;171(9):987–94.

Serment d'Hippocrate

« Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité.

Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire. Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément. Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission.

Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque. »

DON D'ORGANES DITES-LE À VOS PROCHES.

CAR C'EST VERS EUX QUE LES MÉDECINS SE
TOURNERONT EN CAS DE DÉCÈS, POUR SAVOIR SI
VOUS ÉTIEZ OPPOSÉS, OU NON, AU DON D'ORGANES.

www.dondorganes.fr

0 800 20 22 24 Service & appel
gratuits

**LE 22
JUIN**

JOURNÉE NATIONALE DE
RÉFLEXION SUR LE DON
D'ORGANES ET LA GREFFE
ET DE RECONNAISSANCE
AUX DONNEURS

 **agence de la
biomédecine**
Agence relevant du ministère de la santé

En collaboration avec les hôpitaux et
les associations en faveur de la greffe