

Les donneurs potentiels d'organes dans les hôpitaux du Québec

Année 2000



Rapport du Comité de transplantation

Avril 2003

Les donneurs potentiels d'organes dans les hôpitaux du Québec

Année 2000



MEMBRES DU COMITÉ DE TRANSPLANTATION

D^r Jean E. Morin, président

D^r Dana Baran

D^r Raymond Dandavino

D^r Denis Marleau

D^r Alain Naud

D^r Réal Cloutier, secrétaire

SECRÉTARIAT

Isabelle Brunet

Avril 2003



COLLÈGE DES MÉDECINS
DU QUÉBEC

*Une médecine de qualité
au service du public*

Publication du
Collège des médecins du Québec
2170, boulevard René-Lévesque Ouest
Montréal (Québec) H3H 2T8
Téléphone : (514) 933-4441
ou 1 888 MÉDECIN
Télécopieur : (514) 933-3112
collegedesmedecins.qc.ca
info@cmq.org

Coordination

Direction des affaires publiques
et des communications

Révision linguistique et correction d'épreuves

Sylvie Massariol

Graphisme

Concept original

Guylaine Hardy

Infographie

Bronx Communications

Illustration

Olivier Lasser

Impression

Integria

Dépôt légal : 2^e trimestre 2003
Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada

ISBN 2-920548-11-5

© Collège des médecins du Québec, 2003

La reproduction est autorisée à condition
que la source soit mentionnée.

Dans cette publication, le masculin est utilisé
sans préjudice et seulement pour alléger la lecture.

Table des matières

SOMMAIRE	v
UNE ÉTUDE QUI S'IMPOSAIT	1
Le Comité de transplantation – mandat et objectif	2
MÉTHODOLOGIE	3
Population admissible	3
Source des données	3
Analyse des données	3
Caractéristiques des hôpitaux	4
Analyse statistique	4
Limites des données de l'étude	4
Diffusion	4
Terminologie	5
RÉSULTATS	7
1. Données générales	7
2. Donneurs potentiels d'organes	8
3. Cas de mort cérébrale chez les donneurs potentiels	8
4. Test d'apnée	9
5. Caractéristiques de certains hôpitaux	9
5.1 Donneurs potentiels	9
5.2 Mort cérébrale et donneurs potentiels	10
5.3 Mort cérébrale et test d'apnée	10
5.4 Score de Glasgow	11
5.5 Demandes à la famille et consentement	11
6. Répartition des donneurs potentiels dans les hôpitaux du Québec	11
7. Causes immédiates de décès des donneurs potentiels	12
8. Comités locaux de don d'organes et de tissus	12
CONSTATATIONS ET DISCUSSION	13
RECOMMANDATIONS	19
BIBLIOGRAPHIE	21
REMERCIEMENTS	30

Table des matières

ALGORITHMES

1 Analyse des données	3
2 Donneurs potentiels d'organes	8
3 Test d'apnée	9

TABLEAUX

1 Données statistiques générales	7
2 Causes immédiates de décès	12

GRAPHIQUES

1 Nombre de donneurs potentiels selon l'âge et le sexe	7
2 Taux de donneurs potentiels	9
3 Taux d'identification de la mort cérébrale par rapport au nombre de donneurs potentiels	10
4 Taux de test d'apnée chez les patients pour lesquels la mort cérébrale a été diagnostiquée	10
5 Taux d'utilisation du score de Glasgow dans les dossiers étudiés	11

ANNEXES

1 Hôpitaux de traumatologie tertiaire adulte et hôpitaux offrant un service de dialyse rénale adulte	23
2 Définition du test d'apnée	23
3 Grille 1 (portrait des recherches de dossiers faites par les services d'archives)	24
4 Questionnaire sur les donneurs potentiels – Étude des dossiers	25
5 Rapport aux hôpitaux	27
6 Procédure à l'intention des archivistes	28

Sommaire

- Les données ayant été traitées aux fins de la rédaction du rapport de l'année 2000 du Comité de transplantation sur les donneurs potentiels d'organes dans les hôpitaux du Québec proviennent de 83 centres hospitaliers et de la banque de données de Québec-Transplant.
- Pour l'année 2000, les 83 hôpitaux participants ont rapporté 24 702 décès. Après avoir analysé les 2 067 dossiers respectant des critères cliniques, le Comité de transplantation a pu identifier 348 donneurs potentiels d'organes, pour un taux global de 1,41 % de donneurs potentiels chez les patients décédés lors d'une hospitalisation en soins de courte durée, peu importe la cause du décès.
- Pour les hôpitaux n'ayant pas de vocation en traumatologie tertiaire adulte, ce taux de donneurs potentiels est de 0,99 % chez les patients décédés lors d'une hospitalisation en soins de courte durée. De leur côté, les hôpitaux ayant comme mission la traumatologie tertiaire adulte présentent 4,5 fois plus de donneurs potentiels que les autres hôpitaux du Québec ; les médecins qui y exercent sont plus sensibilisés à leur identification. Enfin, 8,3 % des donneurs potentiels ont été répertoriés dans les hôpitaux des régions éloignées.
- Selon les données de ce rapport, il serait possible d'approcher éventuellement le taux cible de 30 donneurs cadavériques par million d'habitants, comparativement à 18 par million en 2000 au Québec.
- Seulement 31 hôpitaux ont mentionné avoir un comité local de don d'organes et de tissus qui était actif en 2000.

Une étude qui s'imposait

Comme dans plusieurs pays, le nombre de donneurs d'organes au Canada et au Québec ne permet pas actuellement de satisfaire à la demande, les listes d'attente ne cessant de s'allonger. Pourtant, peu d'études fournissent des données sur les donneurs potentiels d'organes au Canada. Lorsque l'on sait que, grâce à son système de dépistage, l'Espagne est reconnue dans la littérature médicale comme le pays ayant le plus haut taux au monde de donneurs d'organes par million d'habitants (33,9) (Organización Nacional de Trasplantes), on prend conscience de l'importance de mettre en place un système qui permette d'identifier de façon rigoureuse le nombre de donneurs potentiels d'organes.



La seule étude publiée sur les donneurs potentiels d'organes dans les hôpitaux du Québec remonte à 1991 (Balk, 1991). Menée auprès de 24 hôpitaux, elle ne portait que sur les cas les plus susceptibles (accident vasculaire cérébral, traumatisme) de susciter un don d'organes. On y apprenait que seulement un cas sur deux était rapporté.

À l'été 2000, un comité institué à la demande de Mike Harris, alors premier ministre de l'Ontario, publie un rapport dans lequel est mise en évidence l'absence de données portant sur le taux de donneurs potentiels dans les hôpitaux ontariens (Conseil consultatif sur le don d'organes et de tissus, 2000). Ce rapport suggère d'entreprendre un important travail de sensibilisation sur les dons d'organes et de tissus auprès du personnel hospitalier (médical et infirmier), et signale le nombre insuffisant de comités locaux de don d'organes et de protocoles de soins.

En 2001, en collaboration avec Clarica, l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS, 2001) publie un document dans lequel les bases de données relatives aux patients hospitalisés dans les hôpitaux du Canada sont traitées selon la méthodologie de Holt (Holt, 1993) pour évaluer les donneurs potentiels (diagnostics codifiés selon la classification internationale des maladies, CIM-9CM).

En avril 2001, Baxter (The Urban Futures Institute, 2001) met en doute la capacité du Canada d'atteindre un jour les résultats de certains pays, tels l'Espagne, considérée comme la mesure étalon dans ce domaine, et les États-Unis, compte tenu des différences dans les causes de décès entre ces trois pays. Il examine également les disparités en remettant en question la possibilité de comparer les données en raison du manque d'uniformité dans les définitions appliquées au calcul du ratio des donneurs par million d'habitants.

C'est dans ce contexte en évolution et en considérant ces divers éléments de la documentation que le Comité de transplantation a effectué l'étude décrite dans ce rapport. Après y avoir tracé un portrait du nombre de donneurs potentiels dans les hôpitaux du Québec, le Comité émet des recommandations à l'intention des divers intervenants concernés, afin de permettre au personnel médical d'identifier de façon adéquate les donneurs potentiels d'organes dans les hôpitaux.

Avec la publication de ce rapport, le Collège des médecins du Québec souhaite se positionner comme un chef de file au niveau canadien en matière d'analyse des données sur l'identification des donneurs potentiels d'organes dans les hôpitaux.

LE COMITÉ DE TRANSPLANTATION

Mandat et objectif

Le Comité de transplantation présente son premier rapport global sur l'identification des donneurs potentiels d'organes dans les centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés du Québec.

Il accomplit ainsi son mandat d'assurer l'évaluation des dossiers de donneurs potentiels d'organes dans l'ensemble des hôpitaux du Québec, un mandat que lui confiait, en décembre 1998, le Comité d'inspection professionnelle (CIP) du Collège des médecins du Québec dans le cadre de sa mission, soit l'amélioration de la qualité des soins et la protection du public (*Code des professions*).

Ce mandat est tributaire d'une entente avec Québec-Transplant, selon laquelle :

- le Collège des médecins est indépendant et entièrement responsable en ce qui concerne l'évaluation des dossiers utilisés dans cette étude ;
- Québec-Transplant s'engage à fournir au Collège ses données statistiques relativement aux dons d'organes ;
- Québec-Transplant se charge des frais relatifs aux activités du Comité de transplantation, y compris les dépenses liées au secrétariat.

Il est prévu qu'en cours de mandat le Comité de transplantation fait rapport périodiquement au CIP, prépare les résultats et suggère des recommandations que le CIP peut transmettre aux présidents des conseils des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) des hôpitaux afin de mieux outiller les médecins pour identifier les donneurs potentiels d'organes.

MÉTHODOLOGIE

POPULATION ADMISSIBLE

Le rapport de l'année 2000 porte sur l'identification des donneurs potentiels d'organes à partir des dossiers des patients hospitalisés et décédés lors d'un épisode de soins de courte durée dans les hôpitaux du Québec entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre 2000. Les décès survenus dans les salles d'urgence des établissements n'ont pas été considérés dans l'étude, compte tenu de l'absence de codification des diagnostics dans ces cas.

Le Comité de transplantation a amorcé l'étude, en septembre 2000, en envoyant de la documentation aux hôpitaux offrant des soins de courte durée. Après avoir constaté que la liste des hôpitaux dont il disposait était incomplète, le Comité a communiqué avec les hôpitaux concernés. Quelques-uns d'entre eux ont alors préféré attendre le 1^{er} janvier 2001 pour participer à l'étude, une demande que le Comité a respectée. C'est donc 83 hôpitaux qui ont participé pour l'année 2000 ; les autres se joindront à l'étude en 2001.

SOURCE DES DONNÉES

Les renseignements pris en considération dans ce rapport proviennent du service des archives des hôpitaux (**annexe 3**). Les données statistiques transmises comprennent le nombre total de décès chez les patients hospitalisés, le nombre de dossiers retenus après l'application des critères d'exclusion ainsi que le nombre de dossiers à étudier après l'application du critère d'inclusion (patient sous ventilation assistée dans les 24 dernières heures de vie). Ensuite, les archivistes remplissent le questionnaire pour les patients répondant aux critères d'inclusion (**annexe 4**). Les renseignements demandés comprennent la cause du décès et les autres diagnostics, le recours au test d'apnée, le constat de mort cérébrale, les démarches faites auprès de la famille, les appels à Québec-Transplant, le nom de l'hôpital où le transfert du donneur a été effectué et l'implication du coroner, le cas échéant.

Ces renseignements ont été saisis dans une base de données à l'aide d'un programme doté d'écrans de saisie intelligents qui vérifient automatiquement la validité d'une partie des données ; cette méthode de travail a réduit les risques d'erreur lors de la retranscription.

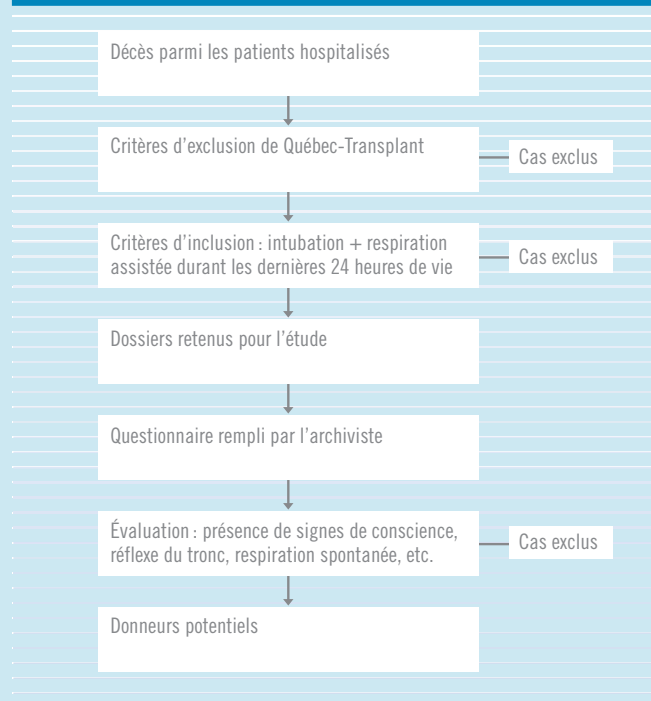
Par ailleurs, le Comité de transplantation a obtenu de Québec-Transplant la liste des appels provenant de chacun des hôpitaux. Cette liste lui a permis de déterminer de la façon la plus complète possible les donneurs potentiels d'organes. Seule contrainte à cette étape : la liste ne contenait aucune coordonnée pour les cas non retenus par Québec-Transplant ; comme les seules données disponibles pour ces cas étaient l'heure et la date de l'appel, le Comité n'a pu valider les dossiers de tous les appels en provenance des hôpitaux. Toutefois, dans un centre hospitalier regroupant cinq hôpitaux et disposant d'une infirmière coordonnatrice des dons d'organes, une banque locale de données a permis au Comité de valider les communications non retenues par Québec-Transplant.

ANALYSE DES DONNÉES

Le secrétaire du Comité de transplantation a révisé tous les formulaires acheminés par les services d'archives afin de déterminer les donneurs potentiels d'organes (**algorithme 1**).

DÉMARCHE SUIVIE POUR L'IDENTIFICATION DES DONNEURS POTENTIELS

ALGORITHME 1 — ANALYSE DES DONNÉES



MÉTHODOLOGIE

Lorsque l'information transmise ne permettait pas de prendre une décision, des informations supplémentaires étaient demandées, soit une copie des notes d'évolution inscrites au dossier par le médecin, le personnel infirmier et les inhalothérapeutes pour les dernières 24 heures de vie. À l'aide de ces renseignements, il a été possible d'évaluer la présence ou non de signes cliniques consignés, tels les signes de conscience, les réflexes du tronc cérébral et la respiration spontanée, ce qui a permis d'inclure ou d'exclure des patients à titre de donneurs potentiels d'organes. Pour quelques hôpitaux, les dossiers médicaux ont été évalués sur place. Enfin, certains cas complexes ont fait l'objet d'une discussion avec les membres du Comité de transplantation, qui ont statué.

CARACTÉRISTIQUES DES HÔPITAUX

Aux fins de l'étude, le Comité de transplantation s'est basé sur quelques caractéristiques pour regrouper les hôpitaux participants. Il a retenu les groupements suivants :

- 4 hôpitaux offrant un service de traumatologie tertiaire adulte ;
- 28 hôpitaux offrant un service de dialyse rénale adulte ;
- 27 hôpitaux répartis dans 6 régions éloignées.

Il a comparé chacun des trois groupements aux autres hôpitaux de la province sous plusieurs aspects, notamment le taux de donneurs potentiels, l'identification de la mort cérébrale ainsi que l'utilisation du score de Glasgow et du test d'apnée. Les groupes ne sont pas exclusifs, un même hôpital pouvant figurer dans plus d'un d'entre eux.

ANALYSE STATISTIQUE

Le Comité de transplantation a analysé les différences de taux résultant de la comparaison de chaque regroupement avec les autres hôpitaux de la province à l'aide du test de Chi carré. Les résultats sont considérés comme significatifs au seuil de $p \leq 0,05$.

LIMITES DES DONNÉES DE L'ÉTUDE

L'étude présente certaines limites : il s'agit d'une étude rétrospective de dossiers réalisée avec la collaboration des archivistes médicales de chaque hôpital ; en outre, elle dépend des outils de recherche locaux (*MED-ECHO* local) et de la codification des dossiers.

DIFFUSION

RÉSULTATS PARTICULIERS Chaque hôpital a reçu un rapport particulier comportant la compilation de ses statistiques sous forme de tableaux, incluant le nombre de donneurs potentiels d'organes identifiés, les nombres et les taux de demandes aux familles et de refus ainsi que les données concernant les communications de leur hôpital avec Québec-Transplant (**annexe 5**). Ce rapport ne comprenait pas de comparaison avec d'autres hôpitaux.

Le Comité de transplantation a discuté des résultats de chacun des rapports des hôpitaux participants. Par la suite, il a remis pour chacun un rapport au Comité d'inspection professionnelle, qui l'a acheminé au président du CMDP concerné. Il a également recommandé à tous les CMDP de transmettre ces données au comité local de don d'organes.

Outre les données statistiques, les présidents des CMDP ont reçu, le cas échéant, des recommandations spécifiques dans le but d'outiller leurs médecins à mieux identifier les donneurs potentiels d'organes. Les recommandations sont fondées sur les résultats des dossiers évalués et sur les constatations.

RAPPORT GLOBAL Le rapport du Comité de transplantation portant sur l'ensemble des hôpitaux québécois fournit des données qui permettent d'identifier de façon rigoureuse les donneurs potentiels d'organes dans les hôpitaux du Québec. La diffusion de ce rapport global s'étend aux hôpitaux québécois, à Québec-Transplant, au ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, aux régies régionales du Québec ainsi qu'à divers organismes concernés, tant au Québec qu'au Canada et aux États-Unis.

MÉTHODOLOGIE

TERMINOLOGIE

Au cours de l'étude, le Comité de transplantation a utilisé la terminologie décrite ci-dessous.

DEMANDE À LA FAMILLE Demande de don d'organes faite à une famille et notée au dossier de l'hôpital ou au dossier de Québec-Transplant.

DONNEUR POTENTIEL D'ORGANES Tout individu, âgé de moins de 85 ans et intubé sous respiration assistée, chez qui l'on soupçonne, anticipe ou constate une mort cérébrale, et qui ne présente aucun des critères d'exclusion ni d'instabilité hémodynamique.

HÔPITAL Pavillon ou hôpital d'un centre hospitalier de soins généraux ou spécialisés au Québec. (Un centre hospitalier peut être composé de plusieurs hôpitaux.)

- **HÔPITAL AVEC SERVICE DE DIALYSE RÉNALE ADULTE** Hôpital offrant, en l'an 2000, un service de dialyse rénale adulte (annexe 1).
- **HÔPITAL D'ORIGINE** Hôpital d'où provient l'appel initial à Québec-Transplant pour l'évaluation d'un donneur potentiel.
- **HÔPITAL DE RÉGIONS ÉLOIGNÉES** Hôpital situé dans une des régions sociosanitaires suivantes :
 - Bas-Saint-Laurent (01)
 - Saguenay–Lac-Saint-Jean (02)
 - Abitibi-Témiscamingue (08)
 - Côte-Nord (09)
 - Nord-du-Québec (10)
 - Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine (11)
- **HÔPITAL DE TRAUMATOLOGIE TERTIAIRE ADULTE** (MSSS, 2000) Centre désigné par le Comité provincial de traumatologie du ministère de la Santé et des Services sociaux (annexe 1).

MORT CÉRÉBRALE Arrêt des fonctions cérébrales diagnostiqué par un médecin et noté au dossier à partir des critères définis par l'Association canadienne de neurologie (Canadian Neurocritical Care Group, 1993).

REFUS DE LA FAMILLE Refus noté au dossier de l'hôpital à la suite d'une demande de don d'organes faite à la famille.

SCORE DE GLASGOW Pointage obtenu sur l'échelle de coma de Glasgow (Sternbach, 2000).

TAUX DE DONNEURS POTENTIELS D'ORGANES Proportion équivalant au nombre de donneurs potentiels identifiés par l'étude, divisé par le nombre total des décès rapportés et multiplié par 100.

TEST D'APNÉE Examen utilisé pour confirmer la mort cérébrale, qui consiste à observer, selon une technique précise (annexe 2), les mouvements respiratoires afin d'en conclure à l'absence ou à la présence du réflexe respiratoire. L'absence de ce réflexe est un élément essentiel à la confirmation du diagnostic de mort cérébrale (Québec-Transplant, 1993).

Résultats

1. DONNÉES GÉNÉRALES

Pour l'année 2000, 83 hôpitaux sur 93 (89 %) ont participé à l'étude : 80 d'entre eux ont fourni des données complètes (soit du 1^{er} janvier au 31 décembre), et 3 ont transmis des données partielles (année incomplète).

Les services des archives des hôpitaux ayant participé à l'étude ont rapporté 24 702 décès de patients hospitalisés durant l'année 2000, alors que les données de *MED-ECHO* montrent, pour la même période (MSSS. *MED-ECHO*, 2000), 26 360 décès chez les patients hospitalisés dans tous les hôpitaux du Québec offrant des soins de courte durée. L'échantillon de l'étude représente donc 93 % de tous les décès de l'année 2000.

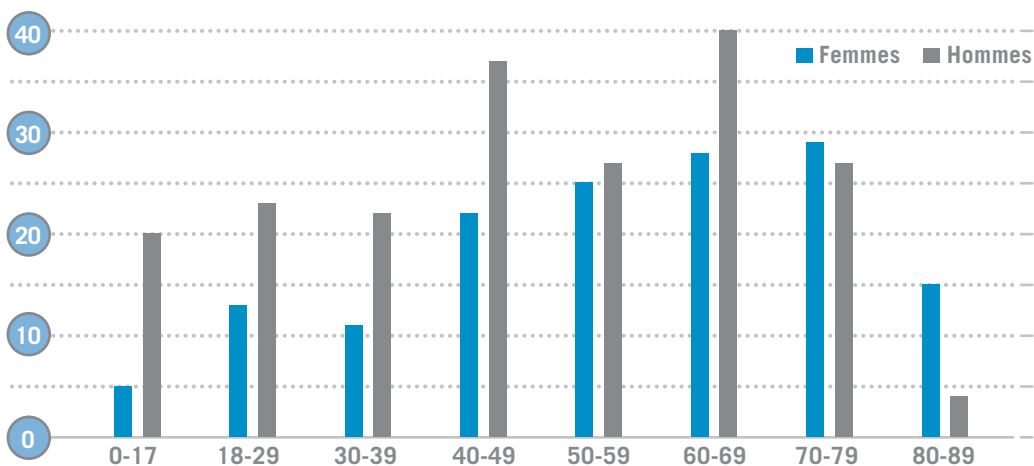
Les dossiers ont été soumis aux critères d'exclusion (annexe 6), ce qui a permis de retenir 8 973 d'entre eux (**tableau 1**). L'application du critère d'inclusion a permis de retenir 2 067 dossiers (8,3 % des décès), que le Comité de transplantation a revus et analysés. L'analyse détaillée de ces derniers dossiers lui a permis d'identifier 348 donneurs potentiels (voir la section « Méthodologie »).



Dossiers	Nombre	%
Patients hospitalisés (nombre de décès)	24 702	100,00
Dossiers restants après l'application des critères d'exclusion	8 973	36,34
Dossiers étudiés (patients intubés sous respiration assistée dans les dernières 24 heures de vie)	2 067	8,39
Donneurs potentiels	348	1,41

Le score de Glasgow figure dans 831 des 2 067 dossiers analysés (40 %). L'âge moyen des 348 donneurs potentiels identifiés est de 53 ans, alors que celui des donneurs utilisés par Québec-Transplant en 2000 est de 43 ans (**graphique 1**).

GRAPHIQUE 1 – NOMBRE DE DONNEURS POTENTIELS SELON L'ÂGE ET LE SEXE



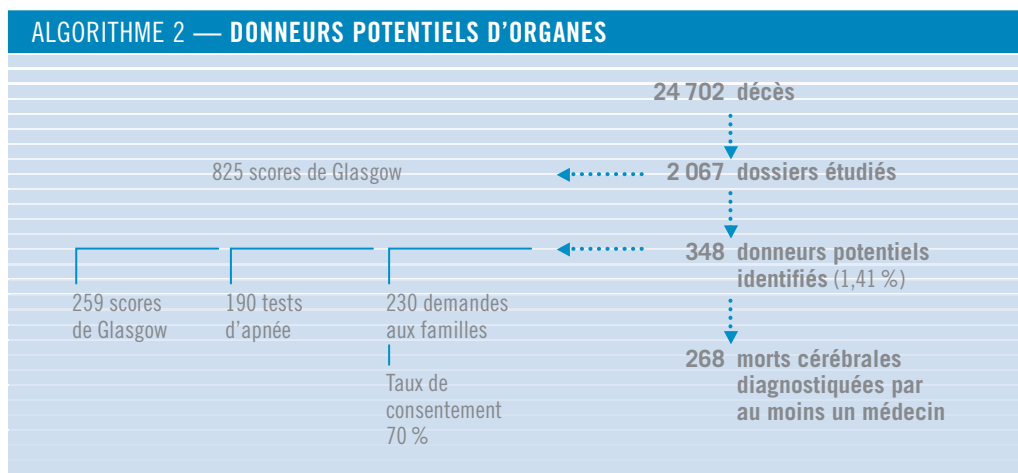
Résultats

Durant l'année 2000, Québec-Transplant a reçu 316 appels, pour ne retenir que 158 donneurs ; 135 d'entre eux ont finalement donné lieu à un prélèvement d'organes. Le Comité de transplantation a validé les 158 cas retenus, mais il n'a pu valider les dossiers non retenus, par manque d'information (seules la date et l'heure y avaient été consignées par Québec-Transplant au moment de l'appel).

2. DONNEURS POTENTIELS D'ORGANES

Les 348 donneurs potentiels d'organes identifiés par le Comité de transplantation comprennent 148 des 158 cas retenus par Québec-Transplant : les 10 autres cas ayant été identifiés dans une salle d'urgence, le Comité les a exclus de son analyse puisqu'ils n'ont pas été hospitalisés dans l'hôpital d'origine des patients.

Chez les 348 donneurs potentiels d'organes identifiés (**algorithme 2**), on relève 268 cas de mort cérébrale (77 %), diagnostiquée et notée aux dossiers par au moins un médecin. Dans 230 cas (66 %), une demande à un membre de la famille figure au dossier ; 70 refus (30 %) ont suivi ces demandes, pour un taux de consentement de 70 %. Toujours chez les 348 donneurs potentiels, on trouve également 259 scores de Glasgow (74 %) et 190 tests d'apnée effectués dans l'hôpital d'origine où le donneur potentiel a été identifié.



3. CAS DE MORT CÉRÉBRALE CHEZ LES DONNEURS POTENTIELS

L'analyse des 268 cas de mort cérébrale, diagnostiquée et notée aux dossiers de l'hôpital d'origine, révèle les éléments suivants :

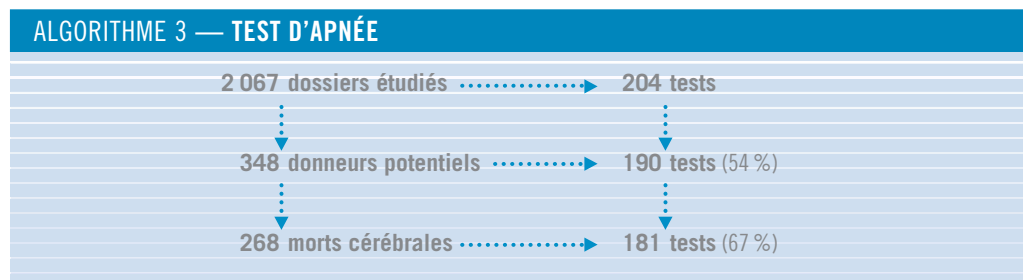
- 205 scores de Glasgow (76 % des cas) ;
- 181 tests d'apnée (67 % des cas) ;
- 205 demandes à la famille (76 % des cas) pour un taux de consentement de 73 % (150/205).

La différence du taux de consentement par rapport à l'ensemble des demandes (70 %) n'est pas statistiquement significative.

Résultats

4. TEST D'APNÉE

Les données concernant le test d'apnée ont été extraites des dossiers des hôpitaux d'origine. Les 2 067 dossiers étudiés contiennent les résultats de 204 tests d'apnée, dont 190 chez les 348 donneurs potentiels identifiés et 181 chez les patients dont la mort cérébrale avait été constatée (algorithme 3).

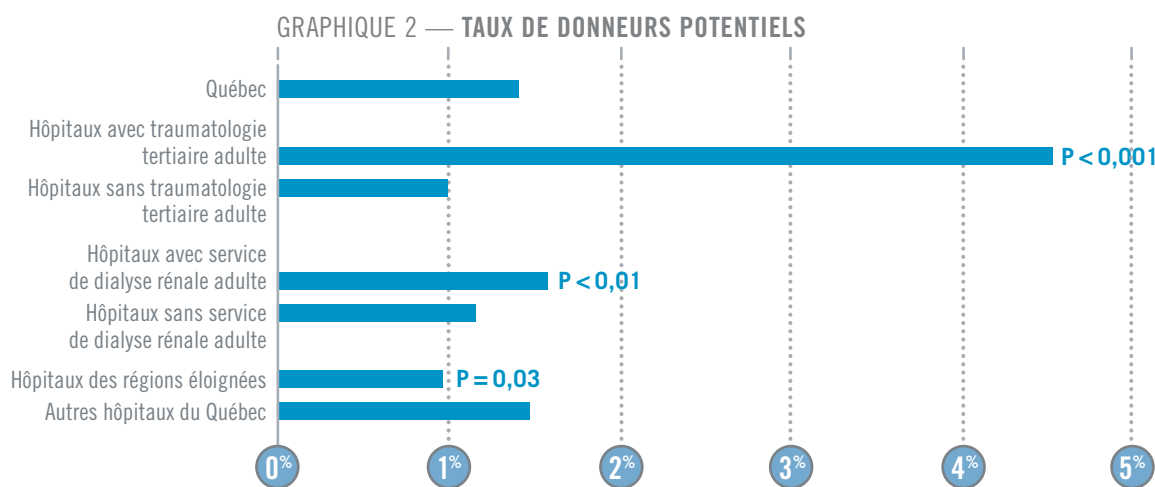


5. CARACTÉRISTIQUES DE CERTAINS HÔPITAUX

Au début de l'analyse des données, le Comité de transplantation a émis l'hypothèse que les hôpitaux de traumatologie tertiaire adulte et ceux offrant un service de dialyse rénale adulte manifesteraient, de par leur mission, une plus grande sensibilité aux dons d'organes. En parallèle, il a évalué les résultats des hôpitaux de régions éloignées. Cette évaluation a permis de faire la lumière sur les paramètres suivants.

5.1 Donneurs potentiels

Le taux de donneurs potentiels est 4,5 fois plus élevé dans les 4 hôpitaux de traumatologie tertiaire adulte que dans les autres hôpitaux du Québec (graphique 2). Il est également plus élevé que la moyenne dans les 28 hôpitaux offrant un service de dialyse rénale adulte. Dans les deux cas, la différence entre les taux de ces types d'hôpitaux et ceux des autres hôpitaux québécois est significative. À l'opposé, le taux de donneurs potentiels dans les 27 hôpitaux des régions éloignées est moins élevé que celui de l'ensemble des hôpitaux québécois, mais la différence n'est pas significative.

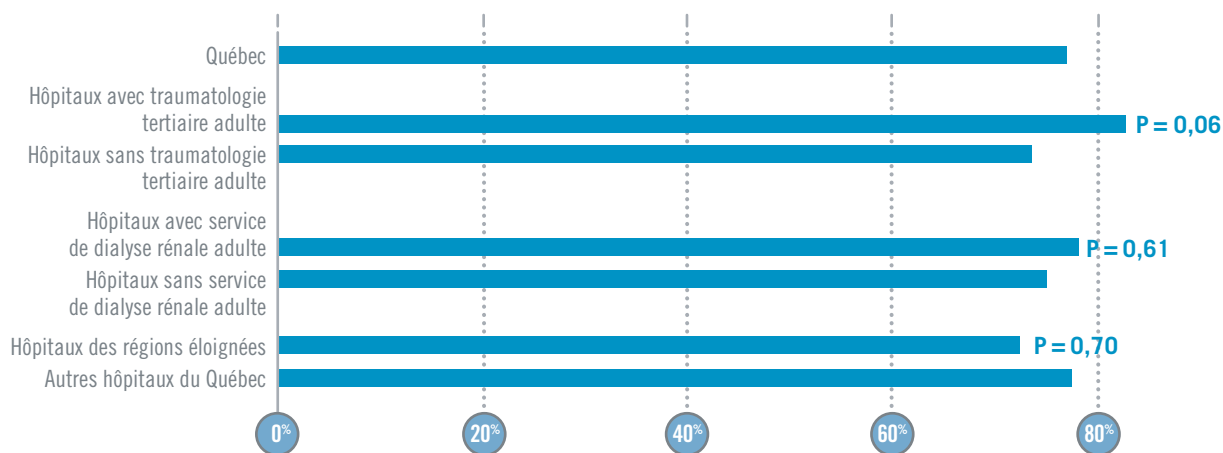


Résultats

5.2 Mort cérébrale et donneurs potentiels

On inscrit plus souvent au dossier le diagnostic de mort cérébrale dans les hôpitaux de traumatologie tertiaire adulte ; cette différence par rapport aux autres hôpitaux québécois est presque significative ($p = 0,06$) (graphique 3). Les variations notées entre ces derniers et les hôpitaux offrant un service de dialyse rénale adulte et les hôpitaux des régions éloignées ne sont, quant à elles, pas significatives.

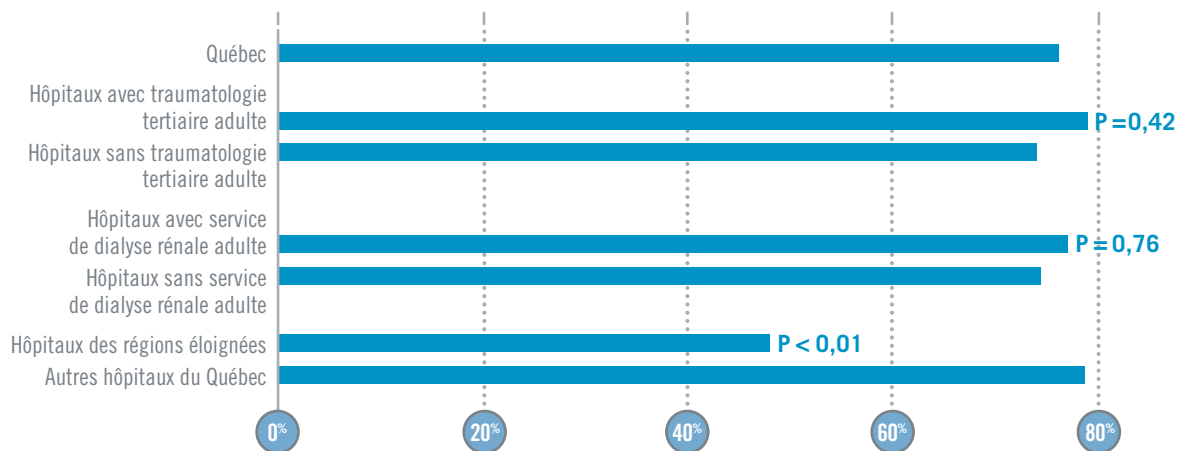
GRAPHIQUE 3 — TAUX D'IDENTIFICATION DE LA MORT CÉRÉBRALE PAR RAPPORT AU NOMBRE DE DONNEURS POTENTIELS



5.3 Mort cérébrale et test d'apnée

Le nombre de tests d'apnée effectués chez les patients pour lesquels la mort cérébrale a été diagnostiquée ne représente pas de différence significative entre les divers types d'hôpitaux, sauf pour les hôpitaux des régions éloignées, dans lesquels le test d'apnée est effectué beaucoup moins souvent (graphique 4).

GRAPHIQUE 4 — TAUX DE TEST D'APNÉE CHEZ LES PATIENTS POUR LESQUELS LA MORT CÉRÉBRALE A ÉTÉ DIAGNOSTIQUÉE

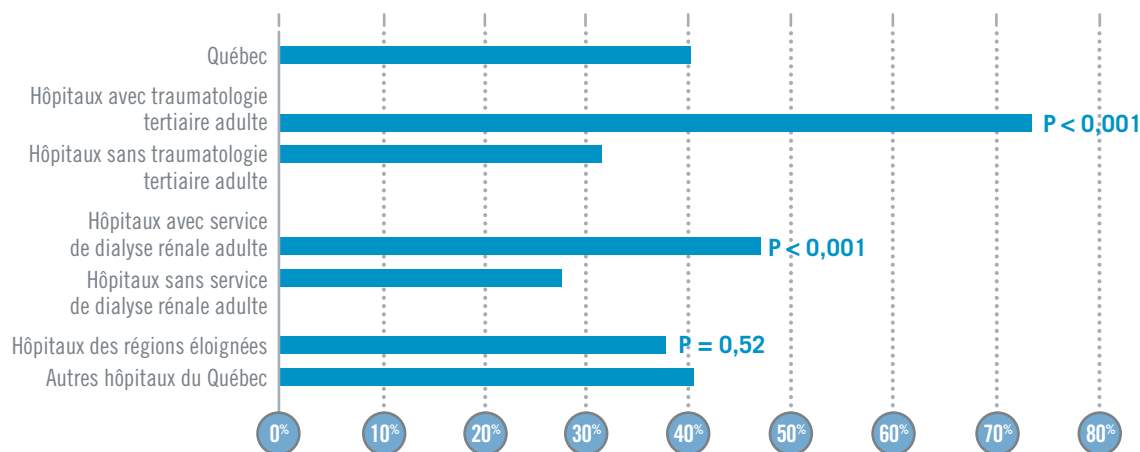


Résultats

5.4 Score de Glasgow

Les hôpitaux de traumatologie tertiaire adulte et ceux qui offrent un service de dialyse rénale adulte utilisent plus souvent le score de Glasgow que les autres hôpitaux, et ce, de façon significative (**graphique 5**). La différence n'est pas significative dans le cas des hôpitaux des régions éloignées.

GRAPHIQUE 5 — TAUX D'UTILISATION DU SCORE DE GLASGOW DANS LES DOSSIERS ÉTUDIÉS



5.5 Demandes à la famille et consentement

Lorsque la mort cérébrale est constatée, le taux des demandes à la famille est plus élevé dans les hôpitaux de traumatologie tertiaire adulte (76 %) que dans les autres hôpitaux, bien que le taux de consentement y soit semblable (~ 70 %) à l'ensemble du Québec.

6. RÉPARTITION DES DONNEURS POTENTIELS DANS LES HÔPITAUX DU QUÉBEC

À eux seuls, les 4 hôpitaux de traumatologie tertiaire adulte reçoivent 38 % des donneurs potentiels ; 59 % des donneurs potentiels se retrouvent dans 10 hôpitaux où l'on compte 10 donneurs potentiels et plus ; 76 % des donneurs potentiels sont issus des 19 hôpitaux ayant 5 donneurs potentiels et plus.

Résultats

7. CAUSES IMMÉDIATES DE DÉCÈS DES DONNEURS POTENTIELS

La cause du décès était d'origine neurologique chez 54,3 % des 348 donneurs potentiels identifiés, alors que 72 personnes (20,7 %) sont décédées des suites d'un traumatisme crânien. Plusieurs autres causes ont également mené au décès des donneurs potentiels (tableau 2).



Causes	Nombre	%
Hématome, hémorragie, œdème cérébral, accident vasculaire cérébral, anévrisme	189	54,3
Traumatisme crânien, polytraumatisme	72	20,7
Encéphalopathie/anoxie cérébrale	39	11,2
Infarctus du myocarde	12	3,5
Pendaison	10	2,9
Tumeur cérébrale	5	1,4
Autres causes	21	6,0

8. COMITÉS LOCAUX DE DON D'ORGANES ET DE TISSUS

Durant l'enquête, 31 hôpitaux ont mentionné que leur comité local de don d'organes et de tissus était actif et qu'il avait tenu au moins une réunion au cours de l'année 2000.

Constatations et discussion

Divers éléments d'information se dégagent de la première année d'enquête effectuée par le Comité de transplantation sur l'identification des donneurs potentiels.

1 LE TAUX DE DONNEURS POTENTIELS SELON LE TYPE DE CENTRE
Le taux de donneurs potentiels chez les patients qui sont décédés au cours d'une hospitalisation en soins aigus est de 1,41 %, peu importe la cause du décès (toutes pathologies confondues). Le taux de donneurs potentiels dans les hôpitaux n'offrant pas de service de traumatologie tertiaire adulte (79 des 83 hôpitaux participants) est de 0,99 %.



La littérature médicale ne comporte pas de données sur le taux de donneurs potentiels dans les hôpitaux du Québec. L'étude réalisée par le Comité de transplantation sur l'année 2000 montre un taux de 1,41 % pour l'ensemble des hôpitaux. Cependant, le taux de donneurs potentiels observé dans la majorité des hôpitaux se situe aux environs de 1 %. Cette dernière donnée servira donc de référence pour les résultats des prochaines années.

Les données de l'année 2001 (actuellement en cours d'analyse) pourraient produire un résultat légèrement différent, en raison de l'ajout possible d'une dizaine d'hôpitaux n'ayant pas participé à l'enquête au cours de l'année 2000.

Dans une étude québécoise réalisée en 1991 (Balk), un taux de 4,8 % avait été observé chez les patients décédés étant les plus susceptibles d'être des donneurs potentiels, soit ceux ayant été victimes d'un accident vasculaire cérébral ou d'un traumatisme, étant donné que l'échantillonnage était ciblé à des maladies spécifiques dans un nombre restreint d'hôpitaux.

2 LES DONNEURS POTENTIELS DANS LES CENTRES DE TRAUMATOLOGIE TERTIAIRE

Les centres de traumatologie tertiaire adulte présentent 4,5 fois plus de donneurs potentiels (4,54 %) que les autres hôpitaux du Québec. Les médecins de ces hôpitaux sont généralement bien sensibilisés au don d'organes, même si l'identification des donneurs potentiels peut encore y être améliorée.

Ces résultats concordent avec les données d'une étude américaine (Christiansen, Gortmaker et autres, 1998) : la traumatologie est l'une des cinq caractéristiques prédictives pour le nombre de donneurs potentiels. L'évaluation clinique détaillée faite par les médecins des centres de traumatologie tertiaire adulte afin de dépister les donneurs potentiels montre qu'ils sont mieux sensibilisés.

Constatactions et discussion

3 LA DEMANDE À LA FAMILLE ET LE CONSENTEMENT

Une demande a été adressée à la famille pour seulement 66 % des donneurs potentiels identifiés. Lors d'une demande, le taux de consentement des familles est de 70 %. Seulement 76 % des familles ont reçu une demande de don d'organes lorsque la mort cérébrale a été diagnostiquée.

Il y a encore beaucoup à faire à ce chapitre, surtout lorsqu'il y a un diagnostic de mort cérébrale. Fait intéressant, le taux de consentement observé concorde avec les intentions de citoyens évalués au cours d'un sondage (Léger & Léger, 1999) : environ les deux tiers consentiraient à un don d'organes. Le Comité de transplantation espère que l'ajout d'infirmières affectées aux dons d'organes dans une vingtaine d'hôpitaux contribuera à améliorer l'approche aux familles. Ces postes ont été ajoutés grâce à un budget spécial accordé à Québec-Transplant par le ministre de la Santé et des Services sociaux du Québec.

4 OBJECTIF : 30 DONNEURS PAR MILLION D'HABITANTS

Il est théoriquement possible d'atteindre un taux d'utilisation d'environ 28 donneurs par million d'habitants, ce qui constituerait une augmentation de 52 % par rapport au taux actuel.

Le taux de 1,41 % de donneurs potentiels établi parmi les décès de patients hospitalisés équivalait à 348 donneurs potentiels. En maintenant le taux de consentement observé (70 %), on pourrait obtenir 243 consentements. Avec un taux d'utilisation de 85 %* (135 cas utilisés sur 158 cas acceptés par Québec-Transplant en 2000), il aurait été possible d'obtenir 207 donneurs. Pour avoir un taux comparable à celui de l'Espagne** ou de la Pennsylvanie (États-Unis), soit environ 30 donneurs par million d'habitants (au Québec), il faudrait 222 donneurs. Il semble donc possible de se rapprocher de cette cible, mais le nombre de donneurs « utilisés » en 2000 — soit 135 selon les données de Québec-Transplant — indique qu'il faudrait effectuer un travail considérable pour y parvenir.

* 15 % non utilisés pour des raisons d'ordre médical.

** L'Espagne a 33,9 donneurs par million d'habitants.

30 DONNEURS PAR MILLION X 7 400 000 HABITANTS AU QUÉBEC = 222 DONNEURS

348 DONNEURS POTENTIELS X 70 % DE CONSENTEMENT = 243 CONSENTEMENTS

243 CONSENTEMENTS X 85 % D'UTILISATION = 207 DONNEURS

207 DONNEURS POUR 7 400 000 HABITANTS = 27,9 DONNEURS PAR MILLION

Note : Il s'agit des donneurs potentiels chez les patients hospitalisés seulement.

Dix cas en provenance d'une salle d'urgence en l'an 2000 ne sont pas comptabilisés dans ce calcul.



Constatactions et discussion

5 LA TENUE DES DOSSIERS ET L'UTILISATION DU SCORE DE GLASGOW **La tenue des dossiers doit être améliorée, et le score de Glasgow davantage utilisé comme « alarme » pour optimiser l'identification de donneurs potentiels d'organes.**

La description des signes cliniques varie selon les médecins ou les hôpitaux. Certains hôpitaux se sont dotés d'un formulaire standardisé permettant à leurs médecins de prendre en note tous les signes cliniques nécessaires à l'identification de la mort cérébrale. Ce type d'outil devrait être rendu disponible à l'ensemble des médecins du Québec.

Le taux d'utilisation du score de Glasgow dans les dernières 24 heures de vie s'élève à 40 %, un taux nettement sous-optimal puisque la majorité des patients ont séjourné dans une unité de soins critiques (soins intensifs, coronariens ou autres) : un score de Glasgow de 3/15 devrait amener les médecins à surveiller les signes de mort cérébrale ou de mort cérébrale anticipée.



6 LES CRITÈRES D'IDENTIFICATION DES DONNEURS POTENTIELS ET LA DÉCLARATION DE MORT CÉRÉBRALE

Un certain nombre de médecins méconnaissent encore les critères liés à l'identification des donneurs potentiels et la déclaration de mort cérébrale. Il y a une différence de 80 personnes entre le nombre de donneurs potentiels identifiés et le nombre de morts cérébrales diagnostiquées et notées au dossier.

La description, par les médecins, des signes neurologiques permettant de conclure à une mort cérébrale est généralement adéquate dans les dossiers. Cependant, certains centres où l'évaluation du niveau de conscience et des signes neurologiques pertinents est escamotée doivent s'améliorer. Les médecins exerçant dans les unités de soins intensifs médicaux ou coronariens sont habituellement moins sensibilisés à l'identification des donneurs potentiels que ceux exerçant dans des unités de soins intensifs de traumatologie.

Le nombre restreint de test d'apnée observé dans les régions éloignées peut, quant à lui, être attribuable à la méconnaissance du test par les médecins concernés ou au fait qu'il est effectué dans l'hôpital où le patient est transféré avant les prélèvements d'organes.

Le diagnostic de mort cérébrale semble par ailleurs encore peu connu de certains médecins, probablement parce qu'il est observé peu fréquemment au cours d'une année dans les hôpitaux du Québec. Il semble également y avoir une réticence chez certains médecins à officialiser au dossier médical le diagnostic de mort cérébrale, ce qui pourrait expliquer en partie la différence entre le nombre de donneurs potentiels identifiés et le nombre de cas où la mort cérébrale a été notée au dossier.

Constatactions et discussion

7 LE NOMBRE DE DONNEURS POTENTIELS DANS LES HÔPITAUX

Soixante-quinze pour cent des donneurs potentiels se trouvent dans 19 hôpitaux ayant au moins 5 donneurs potentiels. Près de 8,3 % des donneurs potentiels proviennent des hôpitaux des régions éloignées.



Une étude américaine soulignait récemment que la majorité des donneurs potentiels se trouvent dans un nombre restreint d'hôpitaux (Advisory Committee on Organ Transplantation et Conrad, 2002). C'est dans ces hôpitaux qu'il faut concentrer les efforts. Il ne faut toutefois pas négliger les hôpitaux des régions éloignées et les médecins y exerçant même si le nombre de donneurs potentiels y est nettement inférieur. Chacun des cas signalés peut permettre à quelques patients de plus de bénéficier d'une transplantation, qu'ils attendent parfois depuis plusieurs mois, voire depuis quelques années.

8 L'ÂGE MOYEN DES DONNEURS POTENTIELS

Il y a une différence importante entre l'âge moyen des donneurs potentiels inclus dans l'étude et celui des donneurs « utilisés » au cours de l'année 2000 par Québec-Transplant.

Pour plusieurs médecins, l'âge du patient est d'emblée une contrainte aux dons d'organes même si sa condition générale de santé est adéquate ; certains ont en effet le réflexe spontané d'exclure des donneurs potentiels sur la seule base de l'âge. Aux fins de l'étude, le Comité de transplantation a limité l'âge à 85 ans ; au Québec, le patient le plus âgé ayant été donneur d'organes avant 2001 avait 82 ans. Le Comité encourage donc les médecins à ne pas considérer l'âge comme un critère limitatif, afin de ne pas perdre un donneur dont la condition générale est adéquate même si le nombre d'organes pouvant être utilisés lors du prélèvement est moindre.

9 L'EFFECTIF MÉDICAL NÉCESSAIRE

Si le nombre de donneurs augmente de plus de 50 % — s'il passe de 135 à environ 200 par exemple —, il faudra prévoir des répercussions sur l'effectif médical du domaine de la transplantation.

Les ressources médicales directement impliquées dans le domaine de la transplantation sont peu nombreuses ; elles regroupent principalement un nombre restreint de néphrologues, d'hépatologues, de chirurgiens généraux et d'urologues. Une augmentation importante de leurs activités, comprenant l'intervention et le suivi des patients transplantés pendant plusieurs années, aura un impact certain sur leur niveau d'activité et leur disponibilité.

Constatactions et discussion

10 LES COMITÉS LOCAUX DE DONNS D'ORGANES

Le nombre de comités locaux de don d'organes actifs dans les hôpitaux du Québec est très restreint.

Il est étonnant de constater le petit nombre (31) de comités locaux de don d'organes et de tissus qui sont actifs dans les hôpitaux en l'an 2000, même si le Comité sur les dons et les greffes d'organes et de tissus recommandait déjà en 1997 l'instauration de tels comités dans les hôpitaux (Comité sur les dons et les greffes d'organes et de tissus, 1997). Le Comité de transplantation a incité les hôpitaux de plus de 100 lits à créer un tel comité ou à réactiver un comité qui aurait cessé ses activités.

11 LE CRITÈRE D'INCLUSION DE L'ÉTUDE

Le critère d'inclusion, soit la ventilation assistée durant les dernières 24 heures de vie, n'est pas optimal et devrait être limité aux dernières 3 heures de vie.

Au cours de l'étude, le Comité de transplantation a constaté que le délai de 24 heures du critère d'inclusion était trop long. En effet, plusieurs dossiers ont été exclus des donneurs potentiels étant donné que de nombreux patients présentaient une respiration spontanée.

Les membres du comité ont donc considéré qu'un délai de 3 heures était suffisant.

La réduction de 24 à 3 heures sous ventilation assistée aura fort probablement pour conséquence la diminution du nombre de dossiers devant être remplis par les archivistes des hôpitaux. Pour l'étude de l'année 2001, le critère de 3 heures a déjà été mis en application.



Recommandations

À la lumière des constatations qu'il a faites au cours de cette étude, le Comité de transplantation présente aux divers organismes concernés certaines recommandations.

Au Collège des médecins du Québec,

le Comité recommande de :

1. Diffuser ce rapport à divers organismes et établissements, notamment à tous les hôpitaux de soins de courte durée du Québec, au ministre de la Santé et des Services sociaux du Québec, aux régies régionales de la Santé et des Services sociaux du Québec, à l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), au Conseil canadien du don d'organes et de tissus (CCDT) et à tout autre organisme canadien ou étranger qui en fait la demande ;
2. Poursuivre l'étude sur l'identification des donneurs potentiels d'organes dans les hôpitaux du Québec ; et faire connaître périodiquement les constatations qui en découlent ;
3. Modifier le critère d'inclusion de l'étude comme suit : « patient intubé sous respiration assistée dans les 3 heures précédant le décès » (au lieu de 24 heures, comme dans l'étude de l'année 2000) ;
4. Entreprendre un projet-pilote auprès de quelques services d'urgence, afin d'évaluer le potentiel de donneurs d'organes cadavériques dans cet important secteur d'activité clinique. Le Comité de transplantation pourrait réaliser ce projet en collaboration avec quelques hôpitaux ;
5. Faire une démarche auprès de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) et de l'Ordre des inhalothérapeutes du Québec (OIQ) afin de s'assurer que ces deux ordres incitent leurs membres respectifs à s'impliquer dans ce dossier.

À Québec-Transplant,

le Comité recommande de :

1. Maintenir l'entente avec le Collège des médecins du Québec afin de permettre la poursuite des travaux du Comité de transplantation ;
2. Inclure, dans tous les cas, le numéro de dossier et, dans certains cas, la raison du refus dans les données statistiques recueillies par les coordonnateurs lors des appels effectués par les hôpitaux.

Aux hôpitaux de soins de courte durée,

le Comité recommande de :

1. Mettre sur pied un comité local de don d'organes ou relancer les activités d'un comité déjà existant ; prendre connaissance du rapport particulier que leur a fait parvenir le Collège des médecins du Québec pour l'année 2000 ;
2. Inscrire le score de Glasgow de façon systématique dans le dossier des patients intubés sous respiration assistée dans les unités de soins critiques (soins intensifs, coronariens ou traumatologiques) ;
3. Transmettre aux médecins exerçant dans les unités de soins critiques les recommandations acheminées par le Comité d'inspection professionnelle au président du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens.

Bibliographie

ADVISORY COMMITTEE ON ORGAN TRANSPLANTATION et S. CONRAD. *Understanding Potential for Organ Donation and Sources of Donation Improvement*, 31 mai 2002. Non publié.

BALK, R.A. *Étude sur les donneurs d'organes au Québec : soumis au Conseil de la santé et des services sociaux de la région de Montréal et au Ministère de la Santé et des Services sociaux*, s.l., s.n., 9 mai 1991, 68 p.

BAXTER, D., et THE URBAN FUTURES INSTITUTE. *Beyond Comparison: Canada's Organ Donation Rates in an International Context*, Vancouver, The Urban Futures Institute, 2001, 40 p. (The Urban Futures Institute Report 51)

CANADIAN NEUROCRITICAL CARE GROUP. « Guidelines for the diagnosis of brain death », *Canadian Journal of Neurological Sciences*, vol. 26, n° 1, février 1999, p. 64-66. Annexe.

CHRISTIANSEN, C.L., et autres. « A method for estimating solid organ donor potential by organ procurement region », *American Journal of Public Health*, vol. 88, n° 11, novembre 1998, p. 1645-1650.

Code des professions, L.R.Q., c. C-26.

COMITÉ SUR LES DONS ET LES GREFFES D'ORGANES ET DE TISSUS. « Recommandation 8 », *Rapport du comité sur les dons et les greffes d'organes et de tissus*, Québec, Gouvernement du Québec, juillet 1997, p. 36-37. Guy Gélinau, président.

CONSEIL CONSULTATIF DU PREMIER MINISTRE HARRIS SUR LE DON D'ORGANES ET DE TISSUS. *Le don d'organes et de tissus en Ontario : plan d'action et de renouveau : rapport*, s.l., s.n., mai 2000, 91 p. Annexes.

« Evolution of the donation and transplantation activity in Spain », Organización Nacional de Trasplantes, Espagne. [En ligne], msc.es/ont/ing/data/evoont.htm

HOLT, A.W., et autres. « Organ donor index: A benchmark for comparing hospital organ donor rates », *Medical Journal of Australia*, vol. 170, n° 10, 17 mai 1999, p. 479-481.

INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ. *Évaluer le nombre de donneurs d'organes cadavériques potentiels au Canada et dans les provinces de 1992 à 1998 : un document de travail*, Ottawa, Institut canadien d'information sur la santé, 2001, 61 p.

LÉGER & LÉGER. *Attitudes des Québécois face au don d'organes*, Montréal, Léger & Léger, 13 avril 1999, 16 p. Sondage réalisé auprès de 1005 personnes pour le compte de Québec-Transplant.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Liste des centres de traumatologie désignés*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 27 novembre 2000, 5 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Maintenance et Exploitation des Données pour l'Étude de la Clientèle Hospitalière — MED-ECHO*. Demande spéciale d'extraction de données pour l'année 2000.

STERNBACH, G.L. « The Glasgow Coma Scale », *Journal of Emergency Medicine*, vol. 19, n° 1, juillet 2000, p. 67-71.

« Test d'apnée », *Identification et surveillance des donneurs d'organes cadavériques*, Montréal, Québec-Transplant, 21 mai 1993, p. 48.

WIJDICKS, E.F.M. « The diagnosis of brain death », *The New England Journal of Medicine*, vol. 344, n° 16, 19 avril 2001, p. 1215-1221.

Annexe 1

HÔPITAUX DE TRAUMATOLOGIE TERTIAIRE ADULTE
ET HÔPITAUX OFFRANT UN SERVICE
DE DIALYSE RÉNALE ADULTE

HÔPITAUX DE TRAUMATOLOGIE TERTIAIRE ADULTE

CHA – Hôpital de l'Enfant-Jésus, Québec
Hôpital général de Montréal
Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal
Hôpital Charles-Lemoyne, Longueuil

HÔPITAUX OFFRANT UN SERVICE DE DIALYSE RÉNALE ADULTE

Centre hospitalier régional de Rimouski
Complexe hospitalier de la Sagamie
CHUQ – Hôtel-Dieu de Québec
Centre hospitalier régional de Trois-Rivières
CHUS – Hôpital Fleurimont
Centre hospitalier Maisonneuve-Rosemont
Hôpital général Lakeshore
Hôpital Sacré-Cœur de Montréal
CHUM – Hôpital Notre-Dame
CHUM – Hôtel-Dieu
CHUM – Hôpital Saint-Luc
CUSM – Hôpital Royal Victoria
CUSM – Hôpital général de Montréal
Hôpital St-Mary's
Hôpital général juif Sir Mortimer B. Davis
Centre hospitalier des Vallées de l'Outaouais –
hôpital de Hull
Centre hospitalier de Val-d'Or
Centre hospitalier Rouyn-Noranda
Centre hospitalier de la région de l'Amiante
Cité de la Santé de Laval
Centre hospitalier régional de Lanaudière
Hôtel-Dieu de Saint-Jérôme
Réseau santé Richelieu-Yamaska –
centre hospitalier Honoré-Mercier
Hôpital Charles-Lemoyne
Hôpital du Haut-Richelieu
Centre hospitalier du Suroît
Hôtel-Dieu de Sorel

Annexe 2

DÉFINITION DU TEST D'APNÉE

DÉFINITION DU TEST D'APNÉE

(source : Québec-Transplant)

On peut conclure que le réflexe respiratoire est absent si l'on n'observe pas de mouvement respiratoire spontané avant 10 minutes lorsque le PaCO₂ est supérieur à 60 mm de mercure.

Pendant la période de débranchement du ventilateur, une oxygénation adéquate du patient doit être maintenue pour prévenir l'hypoxie des organes extra-cérébraux.

Technique recommandée

- a) Ventiler le patient avec 100 % d'oxygène pendant une période de 10 minutes avant le débranchement de l'appareil de ventilation.
- b) Vérifier les gaz artériels et débrancher le ventilateur lorsque le PaCO₂ se trouve entre 35 mm et 45 mm de mercure et le pH artériel à 7,40 ou moins.
- c) Introduire un cathéter dans le tube endotrachéal et fournir de l'oxygène à 100 % à 6 litres par minute.
- d) Observer les mouvements respiratoires ; si aucun n'a été observé pendant 10 minutes, tester les gaz artériels et le pH.
Si le PaCO₂ est à 60 mm de mercure ou plus et si le pH est à 7,30 ou moins, on peut conclure que le réflexe respiratoire est absent.
- e) Rebrancher le ventilateur aux paramètres requis.

Remarques

1. Les malades qui souffrent d'une maladie pulmonaire obstructive chronique peuvent présenter une baisse de sensibilité au PaCO₂ et ils requièrent une évaluation experte. Différents niveaux de pH et de PaCO₂ peuvent être requis pour valider le test.
2. Il convient d'interrompre le test si une arythmie ou une hypotension se produit.

Annexe 3

GRILLE 1 (PORTRAIT DES RECHERCHES DE DOSSIERS FAITES PAR LES SERVICES D'ARCHIVES)



Comité de transplantation
Comité d'inspection professionnelle

GRILLE 1

Nom de l'établissement : _____

Nom de l'archiviste : _____

Coordonnées (téléphone) : _____

Période étudiée : du _____ au _____
(spécifier)

Portrait des recherches de dossiers faites par le service des archives

Ligne 1	Nombre total de décès durant la période étudiée	
Ligne 2	Nombre de décès retenus après la grille de critères d'exclusion	
Ligne 3	Nombre de décès retenus après la grille de critères d'exclusion et répondant au critère d'inclusion suivant : intubé sous ventilation mécanique dans les 24 heures précédant la mort.	(Voir note ci-dessous)

Réservé à l'usage du CMQ

NOTE : Dossiers à étudier avec le questionnaire.

Document à retourner à l'attention du secrétaire du Comité de transplantation :

Dr Réal Cloutier
Direction de l'amélioration de l'exercice
Comité de transplantation
Collège des médecins du Québec
2170, boul. René-Lévesque Ouest
Montréal (Québec)
H3H 2T8

19-09-00
Cté transplantation/Formulaires/Grille 1.doc

Annexe 5

RAPPORT AUX HÔPITAUX



Étude par critères objectifs – Donneurs potentiels
Comité de transplantation

Établissement :
Municipalité :
Période : 1^{er} janvier 2000 au 31 décembre 2000

Données transmises par les archives de votre centre

Nombre de décès parmi les patients hospitalisés	372
Nombre de décès étudiés répondant aux critères de l'étude	26
Nombre de dossiers où le Glasgow est inscrit	2/26 8%

Résultat de l'étude du Comité de transplantation

Références à Québec-Transplant
1^{er} janvier 2000 au 31 décembre 2000

		Références à Québec-Transplant 1 ^{er} janvier 2000 au 31 décembre 2000		
		Références	Refus	Acceptés
Nombre de dossiers qui auraient pu faire l'objet d'un contact avec Québec-Transplant (donneurs potentiels)	5	0	0	0
Nombre de dossiers où le diagnostic de mort cérébrale est noté au dossier par au moins un médecin	0			
Nombre de test d'apnée effectué	0			
Nombre de cas où une demande à la famille est notée	0/5 0%			
Nombre de cas où la famille a refusé le don d'organes	0/0 0%			

Annexe 6

PROCÉDURE À L'INTENTION DES ARCHIVISTES



Étude par critères objectifs – Donneurs potentiels
Comité de transplantation

Procédure à l'intention des archivistes

- A) Complétez en premier lieu les décès du 1^{er} janvier 2000 au 31 mars 2000 en suivant les étapes 1 à 4 décrites ci-dessous et nous transmettre les documents complétés.
- B) Pour les dossiers de décès depuis le 1^{er} avril 2000, nous vous suggérons de profiter de la révision régulière des dossiers (ex. : fin d'une période), pour refaire les étapes 1 à 4 et nous transmettre les documents dûment remplis.

Étape 1 - Identifier le nombre total de décès (patients hospitalisés) et l'**inscrire à la ligne #1 de la Grille 1**.

Étape 2 - **Inscrire à la ligne #2 de la Grille 1** le nombre de dossiers restant après les exclusions. Exclure de la liste les dossiers présentant un des éléments suivants :

DIAGNOSTICS OU CONDITIONS	CODES CIM-9 (dossiers à exclure)
Patients âgés de 85 ans et plus	
Patients en soins de longue durée	
Tuberculose active	010 à 018
SIDA ou infection par VIH	042 à 044 795.8 V02.9
Maladie de Creutzfeldt-Jakob	046.1 331.5
Syphilis	090 à 097
Bactériémie ou septicémie non contrôlée	V02.5 038 054.5
Cancer (sauf s'il s'agit d'une tumeur cérébrale primaire, d'un baso-cellulaire de la peau ou d'un cancer «in-situ») sauf pour le cancer «in situ» de la vessie, lequel doit être exclu.	140 à 190 192.2 à 208 233.7 233.9 238 à 239.9

Étape 3 – Du nombre de dossiers restants, identifier le nombre de dossiers où le patient est intubé et sous ventilation mécanique (respirateur) dans les 24 heures précédant le décès et **inscrire ce résultat à la ligne #3 de la Grille 1**.

Étape 4 – Évaluer les dossiers de la ligne #3 de la Grille 1 à l'aide du «Questionnaire sur les donneurs potentiels – Étude de dossiers» et acheminer ces formulaires ainsi que la Grille 1 à l'attention du Dr Réal Cloutier, secrétaire du Comité de transplantation à la fin de chacune des périodes étudiées.

Pour toutes questions, n'hésitez pas à communiquer avec : Isabelle Brunet ou Dr Réal Cloutier
Tél. : (514) 933-4441, poste 247 ou au 1 888-633-3246, poste 247

19-09-00
Cté trans./Étude prov./Procédure archiviste.doc

REMERCIEMENTS

La réalisation de cette étude a été rendue possible grâce à la précieuse collaboration de tous les hôpitaux, notamment les équipes d'archivistes médicales, et au soutien de l'organisme Québec-Transplant.

Le Collège des médecins du Québec remercie tout particulièrement :

Donald Langlais, directeur général
(au moment de l'étude)
Québec-Transplant

Anthony d'Amicantonio, coordonnateur
Québec-Transplant

Micheline Lyras, coordonnatrice
Québec-Transplant

Lysa Goulet, infirmière coordonnatrice
des dons d'organes
Centre universitaire de santé McGill

Isabelle Brunet, agente de bureau
Collège des médecins du Québec

Robert Gagnon, agent de recherche
Collège des médecins du Québec