|  |
| --- |
| HVCVL/ES/TRANSFUSION/TEMOIN-JEHOVAH |
| Date de rédaction : 07/2017 |
| Date de diffusion : 14/12/2020 |
| Version : 05 (MAJ 04/2024) |

**Prise en charge transfusionnelle Témoin de Jéhovah (TJ)**

***Objectifs :***

Définit les modalités de prise en charge transfusionnelle d’un patient témoin de Jéhovah.

***Références*** :

* Service information hospitalier des témoins de Jéhovah : 0232255680/hid.fr@jw.org
* Article L.1111-3 ; 4 ; 6 et 11 du Code de Santé Publique (CSP)
* Association des comités de liaison hospitaliers des témoins de Jéhovah, 20, boulevard de Stalingrad, 92320 Chatillon
* Recommandation HAS plasma, plaquettes, CGR. [*https://www.has-sante.fr/*](https://www.has-sante.fr/)
* Lawson T, RalphC. Perioperative Jehovah’s witnesses. Br J Anaesth 2015; 115:676-87
* Gouezec H, Lerenard I, Jan S. et al. Perception par les médecins des conditions de prise en charge d’un témoin de Jéhovah. Transfusion clinique et biologique 2016 ; 23, 196-201
* Lienhart A, Vacheron CH. Refus de la transfusion : le conseil d’état confirme une position constante. Anesth Reanim 2023 ;9 :108-110
* Article 16-3 du code civil

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Rédacteur | Vérificateur | Approbateur |
| * Dr.SAPEY

Coordonnateur Régional d’Hémovigilance et de Sécurité Transfusionnelle* Service d’information hospitalier des Témoins de Jéhovah
 | **Dr.SAPEY**Coordonnateur Régional d’Hémovigilance et de Sécurité Transfusionnelle**Mme Marjorie BLIN**Assistante | **Dr.SAPEY**Coordonnateur Régional d’Hémovigilance et de Sécurité Transfusionnelle |

***Introduction***

Les convictions religieuses des témoins de Jéhovah les conduisent à refuser l’administration de sang hétérologue, de certains produits dérivés du sang ainsi que de certaines techniques d’épargne sanguine.

***Quels sont les produits acceptés/refusés par les patients Témoins de Jéhovah :***

*Refus par le patient témoins de Jéhovah*: Transfusion allo génique de sang total, CGR, plaquettes, plasma frais congelé, le prélèvement préopératoire et le stockage du sang en vue de la transfusion autologue différée.

*Accord du patient témoins de Jéhovah*: Remplissage vasculaire : cristalloïdes, colloïdes synthétiques ; CEC, cell saver, Albumine, Immunoglobuline IV, fibrinogène, facteurs de coagulation, etc… (la liste des produits pouvant être acceptés n’est pas exhaustive)



(*Extrait du document* : [Position religieuse et éthique sur les traitements médicaux et les questions analogues (jw.org)](https://www.jw.org/fr/informations-medicales/informations-medicales/position-religieuse-et-ethique-traitements-medicaux/))

Ce qui importe c’est **l’assurance que le sang fasse toujours partie de l’organisme**, même par le biais d’une extension artificielle du système circulatoire comme la CEC. Les facteurs de coagulation et l’EPO obtenus par génie génétique sont acceptés puisqu’ils ne sont pas d’origine humaine.

Un entretien par les professionnels de santé avec chaque patient est INDISPENSABLE pour connaître les produits et techniques acceptés et/ou refusés.

***Prise en charge en dehors de l’urgence***

* Il est important que le patient soit informé du risque de transfusion lors de l’entretien qui devra être pluridisciplinaire (anesthésiste, chirurgien, médecin…)
* L’information donnée lors de cet entretien doit être loyale, claire, adaptée au patient et va porter sur les risques fréquents ou graves normalement prévisibles
* Le patient doit pouvoir exprimer librement ses croyances et exposer clairement ses choix pour les techniques ou produits qu’il accepte ou refuse
* Lorsqu’un patient refuse un traitement, il peut mettre par écrit ce refus dans des directives anticipées, qui s’imposent au médecin (art L111-11 alinéa 3 du Code de la Santé Publique)
* Le médecin doit inviter le patient à désigner une personne de confiance (l’article L1111-6 du CSP). **La désignation de cette personne de confiance devra être manuscrite et signée** **par les deux parties**. La personne de confiance informe de la volonté du patient quand celui-ci n’est pas en mesure de s’exprimer. Sa déclaration prévaut sur tout autre témoignage, même celui d’autres proches. Toutefois, si le patient a rédigé des directives anticipées, celles-ci s’imposent au médecin (L1111-11 al 3 CSP) et priment donc sur la déclaration de la personne de confiance (L1111-4 al 6 CSP)
* Si le refus du patient est susceptible d’entraîner un danger pour sa vie, il convient d’appliquer l’alinéa 3 de l’article L1111-4 du CSP. Le refus du patient doit donc être réitéré dans un délai raisonnable. L’ensemble de la procédure doit apparaître clairement dans le dossier médical mentionnant les informations suivantes : Le refus du patient, l’information complète des conséquences du refus par le médecin et la réitération du refus par le patient dans un délai raisonnable
* Dans ce cas si le patient réitère son refus, l’équipe médicale doit en tenir compte. Il doit aussi être défini lors de cet entretien et notifié dans le dossier médical, les éventuelles procédures d’épargne sanguine qui seront utilisables (fer injectable, EPO, cell saver, exacyl…)
* La prise en charge préopératoire d’une chirurgie hémorragique s’accompagne d’une évaluation des besoins basés sur le volume de saignement estimé, le taux d’hémoglobine et les comorbidités du patient. A partir de ce bilan, il est possible de « quantifier » le risque d’avoir recours à une transfusion sanguine. Ce calcul, ne constitue pas une assurance formelle de non-transfusion, mais une base de discussion entre le médecin et le patient
* Un compte rendu doit être rédigé, archivé dans le dossier du patient et être si possible approuvé par le patient (signature mais non obligatoire) mais notifier que l’information a été transmise et par qui
* **En cas de litige, ou de désaccord insurmontable, le médecin peut alors refuser de prendre en charge le patient.** Ce refus de soin ne doit pas être fondé sur des motifs discriminatoires conformément à l’article R-4127-7 du CSP. Le désaccord insurmontable ne devrait pas aboutir à un refus de soins de la part du médecin qui estimerait implicitement, voire explicitement que ses valeurs (acceptation des transfusions de sang comme traitement par exemple) doivent l’emporter sur celles du patient qui les refusent
* Dans le cas où le médecin décide de ne prodiguer de soins au patient il doit prendre des dispositions pour en assurer la continuité.

***Prise en charge en urgence***

1. **Patient majeur**

**Information obligatoire de l’administrateur de garde de l’établissement de santé**

* Selon la loi, le médecin doit être neutre. Le refus que le patient a préalablement manifesté doit être éclairé, certain et personnel. **Le médecin n’a pas à porter de jugement de valeur et se doit de respecter les convictions des patients**
* Lorsque le patient est conscient, l’article L1111-4 du CSP, alinéa 3 s’applique. Cette procédure est applicable quelle que soit l’urgence de la situation, même en cas d’urgence vitale. Si le patient réitère son refus, alors la loi ne prévoit pas de limite au respect de sa volonté
* Dans certains cas, la jurisprudence administrative a considéré que les médecins n’avaient pas commis de faute en transfusant un patient contre sa volonté dans une situation d’urgence vitale. A l’inverse, dans d’autres situations plus récentes les juridictions administratives ont considéré que les médecins avaient commis une faute en transfusant une patiente contre sa volonté alors même qu’il y avait une situation d’urgence vitale
* Lorsque le patient est inconscient, la loi prévoit deux dispositifs permettant aux médecins de connaître et respecter la volonté du patient : **les directives anticipées et la personne de confiance**
* Les directives anticipées s'imposent au médecin pour toute décision d'investigation, d'intervention ou de traitement, sauf en cas d'urgence vitale pendant le temps nécessaire à une évaluation complète de la situation et lorsque les directives anticipées apparaissent manifestement inappropriées ou non conformes à la situation médicale
* La décision de refus d'application des directives anticipées, jugées par le médecin manifestement inappropriées ou non conformes à la situation médicale du patient, est prise à l'issue d'une procédure collégiale et est inscrite au dossier médical. Elle est portée à la connaissance de la personne de confiance désignée par le patient ou, à défaut, de la famille ou des proches.
1. **Patient mineur**

**Information impérative de l’administrateur de garde, prévenant le juge des tutelles via le procureur de la république en fonction de la situation**

* En pédiatrie, la relation thérapeutique s’inscrit dans un espace à trois dimensions : **médecin, enfant et parents.** Juridiquement, l’autorité parentale doit être exercée pour protéger l’enfant dans sa sécurité, sa santé et sa moralité, mais elle n’a nullement le droit de vie ou de mort sur lui
* **Le médecin a toute autorité s’il estime que le représentant légal de l’enfant le met en danger**. Si une transfusion est nécessaire, la faire (mesure assistance éducative fixée par le juge des enfants, saisi par le procureur de la république). Dans ce cas, le chef de service prenant l’autorité parentale.

***Conclusion***

Dans tous les cas, il est important que le dossier médical soit **COMPLET** avec la volonté du patient et les informations données par le médecin.

* *Ne pas hésiter à joindre le comité de liaison hospitalier des témoins de Jéhovah*