|  |
| --- |
| HVCVL/ES/TRANSFUSION/TEMOIN-JEHOVAH |
| Date de rédaction : 07/2017 |
| Date de diffusion : 14/12/2020 |
| Version : 03 |

**Prise en charge transfusionnelle témoin de Jéhovah**

***Objectifs :***

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

***Références*** :

* Service information hospitalier des témoins de Jéhovah : 0232255680
* 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
* Procédure prise en charge transfusionnelle d’un témoin de Jéhovah « Pole santé Léonard de Vinci 37 Tours »
* 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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Rédacteur | Vérificateur | Approbateur |
| Dr.SAPEY  Coordonnateur Régional d’Hémovigilance et de Sécurité Transfusionnelle | **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 par les témoins de Jéhovah :***

*OUI* : Remplissage vasculaire : cristalloïdes, colloïdes synthétiques ; CEC, cell saver

*NON* : Transfusion allogénique de sang total, CGR, plaquettes, PFC, le prélèvement préopératoire et le stockage du sang en vue de la transfusion autologue différée.

Au choix du patient : Albumine, Immunoglobuline IV, fibrinogène, facteurs de coagulation….

Ce qui importe en l’occurrence 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.

***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 exposer son appartenance à la communauté et exposer clairement ses choix pour les techniques ou produits qu’il accepte ou refuse.

Le patient peut se faire assister d’une personne de confiance (*loi 04/03/2002*), qui peut être ensuite consultée avec accord du patient si celui-ci ne peut pas exprimer sa volonté. Il faut s’assurer et bien noter sur le dossier médical que le patient a bien exprimé ses choix en toute liberté.

L’équipe médicale, ne doit se priver de telle ou telle thérapeutique, si une situation mettait en jeu le pronostic vital du patient.

Il doit aussi être défini lors de cet entretien et noter 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) tout du moins bien noter que l’information a été donnée et par qui. En cas de litige, ou de désaccord insurmontable, le médecin peut alors refuser de prendre en charge le patient.

Tout médecin en dehors de l’urgence vitale, peut refuser de prendre en charge un patient qui fixe des limites à sa liberté de prescription, pour autant qu’il n’en résulte aucun dommage et que la vie du malade ne soit pas mise en danger par ce refus.

***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.

Selon la jurisprudence administrative, le médecin peut, après avoir essayé de convaincre le patient, entreprendre les soins nécessaires, s’ils sont indispensables à la survie du patient mais sous conditions qu’il existe un risque vital (par exemple risque cardiaque, taux Hb à 3g/dl….) et qu’il ne doit pas avoir d’autres alternatives thérapeutiques. Il faut garder les preuves et ne transfuser que ce qui est nécessaire en tenant compte des recommandations HAS pour CGR, Plasma et plaquettes.

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**

* s’assure de la traçabilité des PSL qui transitent dans le dépôt et des PSL transfusés dans les unités de soins.……………………….

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 :***

Le médecin peut dans un cadre bien strict passer outre le refus du patient. Il faut le prouver en indiquant clairement dans le dossier médical :

* Tout a été fait pour convaincre le patient
* Il s’agit d’une urgence vitale
* Il n’y a pas d’autres alternatives thérapeutiques
* Les soins sont indispensables à la survie du patient
* Les soins sont proportionnés à l’état du patient.
* *Ne pas hésiter à joindre le comité de liaison hospitalier des témoins de Jéhovah*