

Troubles psychiques liés aux greffes d'organes

JM Triffaux
JL Maurette
JP Dozot
J Bertrand

Résumé. – Le patient transplanté est confronté à d'extraordinaires défis dans son vécu psychique et sa vie sociale. À la blessure narcissique causée par la maladie, s'ajoute la remise en cause de l'intégrité de l'image corporelle, provoquant diverses crises émotionnelles au cours du processus de transplantation. La vulnérabilité psychique, ainsi que les mécanismes de défenses du patient, sont profondément fragilisés dès l'annonce de la greffe, et la visée réparatrice de la greffe n'est intégrée que dans l'après-coup. Une prévalence élevée de troubles psychopathologiques est rapportée par la plupart des études rétrospectives et prospectives, même si la qualité de vie et le pronostic à long terme sont considérablement améliorés après l'opération. Selon le type d'organe greffé, plusieurs interventions psychologiques et/ou psychiatriques spécifiques peuvent être proposées aux patients et à leur entourage, afin de faciliter leurs stratégies d'adaptation face à l'aspect traumatique de la greffe.

© 2002 Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS. Tous droits réservés.

Mots-clés : transplantation, psychopathologie, psychothérapie, traitements psychotropes, qualité de vie.

Introduction

Les transplantations d'organes symbolisent de manière extraordinaire les défis de la médecine contemporaine à l'encontre des lois de la nature, en concrétisant la transgression d'un double tabou : celui du respect de l'intimité corporelle, marqué par l'interdit séculaire de la dissection des cadavres, et celui du respect des formes spontanées du vivant, marqué par l'interdit de la fabrication de chimères biologiques [4].

Depuis les premières greffes de cornée en 1906 puis de rein en 1958, le pronostic vital, ainsi que la qualité de vie de ces patients se sont considérablement améliorés aux cours de ces 20 dernières années, grâce aux innovations chirurgicales et médicales.

Perdre un organe pour le remplacer par celui d'un autre, prélevé sur un corps en mort cérébrale (mort rose) ou chez un donneur vivant, induit cependant des réactions émotionnelles d'une extrême complexité. Cette proposition thérapeutique apparaît soit chez des patients souffrant d'une affection chronique en phase terminale, soit chez des patients confrontés à une défaillance aiguë d'un organe. Le patient et son entourage évoluent généralement par diverses crises émotionnelles au cours du processus de greffe. Plusieurs interventions psychologiques et psychiatriques s'intègrent actuellement dès le bilan préopératoire, ainsi que dans le suivi postopératoire.

Le manque critique de donneurs reste cependant le principal facteur limitant le nombre d'interventions, dans l'attente des récents développements des xéno greffes et de nouveaux traitements immunosuppresseurs.

Jean-Marc Triffaux : Chef de clinique associé, service de psychiatrie et de psychologie médicale (Professeur M Anseau), CHU de Sart Tilman, médecin directeur de l'hôpital de jour universitaire La Clé.

Jean-Louis Maurette : Psychiatre.

Jean-Pol Dozot : Assistant en psychiatrie.

Jean Bertrand : Maître de conférences, département de médecine psychosomatique, médecin directeur honoraire de l'hôpital du jour universitaire La Clé.

Hôpital de jour La Clé, université de Liège, 153, boulevard de la Constitution, 4020 Liège, Belgique.

Nous abordons ici essentiellement la question des transplantations d'organes vitaux (rein, rein-pancréas, cœur, poumon, foie, moelle osseuse), en décrivant tout d'abord la problématique commune de ces différentes greffes, puis certains de leurs aspects spécifiques.

Réactions psychiques au cours de la transplantation

ANNONCE DE LA GREFFE

La proposition de transplantation contient toujours un double message, où se télescopent à la fois la détresse liée à la menace intense du pronostic vital et l'espoir de retrouver une « nouvelle vie ».

L'annonce de la greffe porte en elle un verdict de mort ou de survie conditionnelle, dépendant soit d'un donneur vivant en matière de greffe rénale, hépatique, pulmonaire ou de moelle osseuse, soit de la mort de l'autre en cas de greffe cardiaque, pulmonaire, hépatique, mais aussi rénale. Cette réalité traumatisante engendre inéluctablement un état de choc et de panique émotionnelle (tableau 1). L'anxiété de mort est intensément réactivée, l'intégrité du schéma corporel se brise, les investissements narcissiques et la place dans la famille sont remis en question. Un manque de mots et un vide de représentation sont fréquemment observés, comme si la greffe n'était pas « mentalisable » [4], le malade se trouvant souvent dans l'impossibilité de parler de la greffe proprement dite. L'implication du patient dans le programme thérapeutique devient alors primordiale pour la poursuite d'un traitement. Les refus de greffe par le patient sont exceptionnels. Même si la plupart des patients évoquent de manière rationnelle « qu'ils n'ont pas le choix », ce qui les amène à accepter sans hésitation apparente l'intervention, il leur reste toutefois un travail psychique d'adaptation à accomplir par rapport à leur ambivalence.

Les travaux de Kuhn [32, 33] ont souligné l'importance d'évaluer cette notion d'ambivalence et de permettre au patient d'exprimer ses sentiments contradictoires à l'égard de cette intervention.

Tableau I. – Réactions émotionnelles du patient au cours de la transplantation.

• Annonce de la greffe	→	Choc émotionnel, état de panique
• Admission dans le programme	→	Anxiété, soulagement
• Phase d'attente du greffon	→	Appréhension dépression
• Période périopératoire	→	Bien-être, euphorie
• Premier rejet ou premières complications	→	Réactivation anxiodépressive
• Convalescence		Tristesse
• Sortie de l'hôpital	→	Inquiétude
• Réadaptation		Besoin de soutien

PÉRIODE D'ATTENTE

Cette phase reste, pour la majorité des patients, une période de torture psychologique pendant laquelle ils doivent attendre passivement l'appel de l'hôpital. Cette situation engendre des vécus d'impuissance et de dépendance totale, pouvant induire divers fantasmes mortifères inconscients ou conscients.

Certains malades peuvent souhaiter qu'il y ait davantage d'accidents de la route afin d'augmenter les chances d'être transplantés par le triple.

Au cours de cette période d'attente, longue de quelques semaines à plusieurs mois, le patient est confronté simultanément à un triple deuil : le deuil de son propre organe, le deuil du donneur et le deuil de celui qu'il a été^[51]. Les mécanismes de défense habituellement mis en œuvre sont le refoulement, le déni, l'isolement, la fuite dans l'action. Ces réactions adaptatives fonctionnent en fait comme ultimes « soupapes de sécurité » protégeant le patient d'un risque potentiel d'implosion psychique^[4].

En revanche, lorsque l'angoisse de mort devient envahissante au point de faire effraction à travers ces barrières protectrices, un état psychotique risque d'apparaître, soit sous un mode persécuteur, soit sous la forme de complications somatiques graves. Par ailleurs, des antécédents d'épisodes délirants préopératoires représentent un facteur de risque d'état délirant récurrent, aggravant à leur tour la morbidité et mortalité postopératoires^[73].

PÉRIODE PÉRIOPÉRATOIRE

Les premières heures postopératoires correspondent souvent à une période de sidération de la vie psychique avant le réveil au sens propre. Un des motifs nécessitant l'intervention urgente du psychiatre reste le délire postopératoire. Sa prévalence varie de 3 à 30 % selon les séries. Les facteurs prédisposants, essentiellement d'origine organique, peuvent se trouver en pré-, per- ou postopératoire. Willner a rapporté un taux de mortalité sur 5 ans de 63 % chez les patients qui ont présenté un état confusionnel, alors qu'il ne serait que de 11 % chez les autres^[73]. Cette symptomatologie peut cependant être améliorée en soins intensifs selon la qualité des soins de *nursing* tels que la présence d'une infirmière attitrée par patient, une réorientation temporo-spatiale fréquente, des contacts physiques, un éclairage discret, la douceur du timbre de la voix, l'incitation à la verbalisation par le patient de son vécu postopératoire^[48].

Au cours des premiers jours suivant l'intervention, la prise de conscience du succès opératoire, le climat de sécurité intrahospitalier amènent bien souvent le patient à vivre un climat d'euphorie, voire d'hypomanie, au moment précis où se concrétisent ses espoirs anciens et certains fantasmes préopératoires (fantasmes de toute puissance et d'immortalité).

C'est souvent une période de gratitude et de divinisation de la « mère-chirurgie » permettant au patient de formuler de nouveaux projets et de se réinvestir sur le plan narcissique.

Le déni du greffon et/ou du donneur apparaît habituellement comme un mécanisme adaptatif qu'il importe de respecter, voire de favoriser. Au contraire, toute possibilité ou tout renseignement permettant une identification réelle (et non plus imaginaire) au donneur semblent entraver, sinon empêcher le processus d'internalisation.

La confrontation, dans le réel, à certains éléments identificatoires du donneur semble manifestement entraver la greffe fantasmatisée de certains patients. Sans toutefois prétendre à une causalité « psychosomatique », il a été observé chez certains patients, parallèlement au défaut d'internalisation psychique du greffon, un état de rejet histologique sévère nécessitant une retransplantation.

Le déni, en tant que refus de connaître la réalité d'une perception traumatisante, peut représenter une défense particulièrement efficace et protectrice dès l'annonce de la greffe.

Levine, en développant sa propre échelle de dénis, a évalué l'importance de ce mécanisme de défense chez des patients coronariens hospitalisés en soins intensifs^[37]. L'auteur a constaté que les « grands dénégateurs » étaient hospitalisés moins longtemps en soins intensifs et présentaient moins de problèmes cardiaques que les « petits dénégateurs ». À plus long terme, les grands dénégateurs étaient cependant moins compliants et nécessitaient plus de jours de réhospitalisation.

Mai a confirmé ces observations chez les patients transplantés cardiaques en constatant qu'un déni complet du greffon s'avérait être initialement un mécanisme protecteur. En revanche, si ce dernier persistait pendant une période de temps trop prolongée, il fragilisait l'équilibre psychologique du patient^[42].

Par ailleurs, les travaux de Kuhn^[33] ont constaté davantage de troubles psychopathologiques chez la plupart des patients ayant massivement nié toute émotion par rapport à la perte de leur ancien cœur.

En période postopératoire, la majorité des transplantés cardiaques se sentent tôt ou tard redevables vis-à-vis du donneur ou de sa famille. L'appellation « don d'organe » reste interpellante, ce don pouvant être perçu comme un « cadeau empoisonné dont il faudra payer le prix »^[13]. Ces réactions émotionnelles, difficilement verbalisables, se traduisent cliniquement par des sentiments de culpabilité liés à l'aspect non remboursable du don, et aux souhaits de mort qui ont pu se concrétiser au moment de l'intervention. Le patient n'a habituellement pas d'autre solution que de déplacer la dette à l'égard du chirurgien et de l'équipe soignante, qui eux sont restés proches du patient vivant^[63].

La règle du respect de l'anonymat du donneur est appliquée dans la plupart des centres de transplantation, écartant ainsi les complications liées à l'identification donneur-receveur. Dans de rares situations, l'espace laissé vacant par l'anonymat peut parfois faire place à des mécanismes projectifs délirants avec thème de persécution, la cause des complications postopératoires étant attribuée aux « mauvais donneurs ». L'anonymat du don peut aussi enclencher chez le receveur de multiples fantasmes sur sa couleur de peau, sa religion, sa façon de vivre, son hérédité, son sexe. La greffe psychique, contrairement à la greffe anatomique, nécessite un complexe travail de mentalisation, passant tout d'abord par des mécanismes d'incorporation où l'objet est imposé sans élaboration au Moi. Après, progressivement et au mieux, peut intervenir et fonctionner le mécanisme d'introjction où le Moi prime et admet l'objet pour le faire sien consciemment^[8].

Les représentations mentales du patient semblent évoluer d'un corps amputé à un corps hybride qui, en fonction du travail de perlaboration, favorisent l'appropriation complète du greffon et recomposent, dans l'après-coup, une homéostasie corporelle stable. Cette phase de perlaboration se caractérise par un travail d'assimilation psychique de l'événement traumatique en présence d'interventions psychothérapeutiques veillant par moment à ne pas trahir le non-dit du patient, tout en mettant à d'autres moments des mots sur les émotions et vécus fantasmatisés trop angoissants^[13]. Selon Crombez et Lefebvre^[15], le processus d'internalisation du nouvel organe se déroule de manière discontinue dès l'annonce de la greffe, et ne coïncide pas avec le moment de l'intervention. Ces auteurs ont créé le concept d'« accorporation » pour souligner le caractère spécifique d'une telle appropriation, nécessitant à la fois une intégration à soi et une renonciation à l'autre ; le receveur doit assimiler l'organe, tout en laissant « dehors » les caractéristiques du donneur^[14].

Au bout d'un temps, généralement plus de 1 an après la greffe, l'opération psychique semble réussie lorsque le patient, après avoir libéré le greffon de son poids de fantasmes, n'évoque plus spontanément les notions de don et de donneur et parle du greffon comme de son propre corps.

Intégration psychique du greffon

- 1. Deuil de l'organe défaillant
- 2. Stade initial : « corps étranger », représentations imaginaires plus ou moins spécifiques
- 3. Incorporation partielle : phase d'intrusions, perlaboration
- 4. Incorporation complète : acceptation, absence de conscience spontanée du greffon

APRÈS LA GREFFE

Au cours de son hospitalisation en chambre semi-stérile, le patient est soumis dans un premier temps à une médicalisation extrêmement étroite : surveillance hémodynamique régulière, mise au point du traitement immunosuppresseur, biopsie du greffon, prévention des complications infectieuses. Des troubles anxieux et/ou dépressifs apparaissent généralement si l'hospitalisation se prolonge ou si des complications (rejet, infection) apparaissent. Les effets secondaires de certains immunosuppresseurs (ciclosporine, glucocorticoïdes) peuvent également être responsables de troubles du comportement, de l'humeur, voire de réactions psychotiques [28]. Ainsi, au cours de notre expérience clinique, un patient a présenté une crainte délirante d'être contaminé par son greffon cardiaque au point d'en arriver à ouvrir spontanément sa cicatrice sternale dans le but de s'en débarrasser ! De telles situations restent heureusement rares mais nécessitent un traitement rapide, notamment par neuroleptiques incisifs.

En fin d'hospitalisation, les patients doivent s'adapter à un nouveau mode de vie et à des mesures préventives contre les phénomènes infectieux, ce qui entraîne passagèrement une recrudescence de troubles anxieux. Pendant cette période, l'entourage familial du patient accuse souvent un contrecoup, et devient davantage demandeur d'un soutien psychologique. L'implication du conjoint dans ce processus de réadaptation est capitale et s'avère être, selon Consoli [10], un facteur prédictif d'une meilleure survie après greffe cardiaque.

Complications psychiatriques liées à la transplantation

Il existe actuellement une littérature abondante sur les complications psychiatriques liées aux transplantations d'organes. Ces complications apparaissent dans le décours de la plupart des transplantations d'organes solides [17]. La plupart de ces troubles sont généralement décrits comme des troubles d'adaptation avec humeur dépressive et/ou anxiété. Les réactions psychotiques sont rares mais nécessitent impérativement une intervention. La décompensation d'une affection psychiatrique antérieure est également possible.

Problèmes fréquents des receveurs

- Syndromes cérébraux organiques
- Problèmes médicaux (rejets, infections...)
- Effets secondaires des médicaments
- Modification de l'image corporelle
- Dépression et anxiété
- Troubles d'adaptation postopératoire
- Difficultés sexuelles
- Conflits conjugaux et familiaux
- Problèmes d'emploi et financiers

TROUBLES ANXIODÉPRESSIFS

La fréquence des principaux troubles psychiatriques observés chez les receveurs après transplantation varie d'une étude à l'autre en raison notamment de l'absence d'uniformité des critères diagnostiques [24, 32, 40, 41, 43].

Les troubles anxieux et dépressifs sont le plus fréquemment rencontrés. Ils apparaissent essentiellement comme des troubles d'adaptation réactionnels à la gravité de la réalité somatique préopératoire, ainsi qu'aux complications postopératoires (rejets, infections, mais aussi risques accrus de néoplasie, diabète, hypertension artérielle secondaires aux traitements immunosuppresseurs). Ils sont également majorés en fonction de la durée de la période d'attente, ainsi qu'en fonction des complications postopératoires [18, 75].

La prévalence des troubles dépressifs est plus élevée chez les patients ayant présenté une affection cardiaque, rénale ou hépatique terminale, tandis que les troubles anxieux s'observent davantage en cas d'insuffisance respiratoire [17].

Selon Zipfel, la dépression, surtout en période postopératoire, est à considérer comme facteur de risque indépendant, affectant davantage la survie des greffés cardiaques atteints de cardiopathie ischémique que celle des autres types de patients insuffisants cardiaques [76].

Shapiro a évalué 73 patients transplantés cardiaques de manière longitudinale à l'aide d'interviews structurées et semi-structurées [59]. Il a observé 5 % d'états délirants postopératoires. La prévalence de troubles de l'humeur a été estimée à 50 % dont 25 % seraient induits par les traitements corticoïdes. Les troubles anxieux apparaissent chez 26 % de ces patients ; 50 % de ceux-ci se plaignaient également de problèmes sexuels.

TROUBLES SEXUELS

L'impuissance, des troubles éjaculatoires, la baisse de libido et l'évitement des relations sexuelles sont fréquemment décrits après greffe cardiaque [29, 40, 41, 59, 62]. À côté de la comorbidité des symptômes anxiodépressifs, d'autres aspects sont liés à ces troubles : la crainte de mourir lors du coït, les effets secondaires de la médication, les modifications corporelles, les doutes sur le sexe du donneur, l'altération des rôles conjugaux et familiaux. Wallwork et Caine [72] ont rapporté, quant à eux, 36 % de problèmes sexuels à 3 mois de l'opération. Ce chiffre diminuait à 21 % après 1 an. Il faut toutefois mentionner dans ces études le fait que la fonction sexuelle n'a pas été évaluée avant l'intervention, ce qui ne permet donc pas d'établir une comparaison significative entre l'activité sexuelle avant et après transplantation.

PROBLÈMES DE NON-COMPLIANCE

Le manque de compliance aux traitements immunosuppresseurs ainsi qu'aux consignes hygiéno-diététiques demeure une complication majeure. La mortalité associée à une mauvaise compliance après greffe cardiaque serait estimée à 21 % [58]. La non-compliance semble avoir des origines multifactorielles : dépression, suicide passif, incompréhension par rapport au traitement, effets secondaires, problèmes relationnels avec la famille et/ou l'équipe soignante. Didlake [19] a rapporté une incidence de 4,7 % de rejet du greffon par non-compliance après transplantation rénale. Chez les adolescents greffés rénaux, un taux de non-compliance a été estimé à 64 % [53]. Sur le plan clinique, l'apparition d'une déception à la hauteur de l'idéalisation préopératoire du greffon entraîne fréquemment un état dépressif, s'exprimant plus particulièrement chez l'adolescent par une attaque plus ou moins directe de son corps. Ceci se traduit par des absences aux consultations médicales, une prise irrégulière du traitement médicamenteux et la manipulation fantaisiste des autoexamens (recueil des urines) [44].

TROUBLES MENTAUX ORGANIQUES OU DELIRIUM POSTOPÉRATOIRE

Il s'agit de syndromes confusionnels associés ou non à des manifestations délirantes et liés habituellement aux facteurs suivants : hypoperfusion cérébrale, anesthésie prolongée, hyperstimulation en soins intensifs.

Ce syndrome doit être systématiquement dépisté, car l'absence de traitement symptomatique peut compromettre l'avenir de la greffe [9].

ÉPISODES PSYCHOTIQUES AIGUS

Ces épisodes peuvent survenir entre 2 à 4 semaines après l'intervention. Les thèmes du délire sont variables : délire de persécution, déni de l'intervention ou déni de l'affection causale. Là encore, l'origine organique et les conditions environnementales sont à incriminer dans la genèse de ces troubles. Des mesures préventives favorisant des contacts personnalisés médecin-malade, diminuant les troubles du sommeil et la mise en place d'objets provenant de l'univers familial du patient s'avèrent particulièrement utiles.

DÉCOMPENSATION D'UNE AFFECTION PSYCHIATRIQUE ANTÉRIEURE

Les patients présentant des antécédents psychiatriques peuvent présenter une récurrence de leurs troubles au cours de la transplantation, en raison de l'intensité de l'épreuve émotionnelle à laquelle ils sont confrontés. L'anamnèse réalisée au cours du bilan prétransplantation permet d'obtenir des informations indispensables au suivi postopératoire. Des antécédents d'épisodes dépressifs majeurs, de psychose maniaco-dépressive ou d'état délirant nécessitent une attention spécifique dès la période périopératoire.

Brennan [7] a décrit que les patients qui présentent un trouble de personnalité lors de l'évaluation préopératoire sont généralement des patients moins compliants, sans que cela n'affecte significativement leur survie.

Les complications psychiques sont à prévoir (et donc à prévenir grâce à un accompagnement dès que l'indication est posée) chez tout patient où est repérable un manque concernant les processus qui aboutissent habituellement à la création d'une identité (je suis quelqu'un) et d'une identification sexuée (je suis quelqu'un, un homme, une femme). En présence d'un trouble de personnalité (névrotique, *borderline*, psychotique), des réactions spécifiques apparaissent tôt ou tard en raison de l'aspect traumatique de la greffe réactivant l'angoisse fondamentale de ces patients.

Aspects spécifiques liés au type d'organes greffés

Les transplantations d'organes poussent à l'extrême le questionnement sur l'être humain en l'interpellant sur les problématiques fondamentales du Soi/Non-Soi, du Soi/Autre, de la vie et de la mort, du don et de la dette, du sentiment d'identité, du processus de filiation, ainsi que de la transgression des interdits. Outre les aspects communs aux différentes greffes, des réactions psychiques peuvent varier en fonction des représentations associées à l'organe greffé, le type de don (cadavre, donneur vivant apparenté, donneur anonyme), ainsi qu'au recours éventuel à un traitement alternatif en cas d'échec (greffe rénale/dialyse).

TRANSPLANTATION RÉNALE

La cause la plus fréquente d'insuffisance rénale terminale est la néphropathie diabétique, suivie de la néphroangiosclérose hypertensive et de diverses glomérulopathies primaires et secondaires. La survie, 1 an après greffe, à partir d'un donneur vivant apparenté, est de 95 %. Ce taux est légèrement inférieur si le greffon provient d'un cadavre. Entre 3 et 5 ans, le taux de survie est

de 70-90 %. La greffe rénale, contrairement aux autres types de transplantation, peut être différée en recourant à l'hémodialyse. Cette alternative thérapeutique reste également possible en cas de rejet aigu, de sorte que le pronostic vital est moins menacé que dans les greffes cardiaques, pulmonaires et hépatiques. Néanmoins, les complications anxieuses et dépressives sont fréquentes [56]. De récents progrès concernant la néphrectomie par laparoscopie permettent aux donneurs vivants de subir une chirurgie moins invasive et de réduire la morbidité postopératoire [74]. La transplantation à partir d'un donneur familial, en général le père ou la mère, est souvent sous-tendue par la culpabilité inconsciente des parents et du profond désir de restauration narcissique face à la maladie de l'enfant dont ils se sentent responsables [6]. La problématique du don et de la dette peut prendre une importance considérable entre le donneur et le receveur lors de complications postopératoires [3]. Chez l'adolescent, cette opération renforce la problématique spécifique au processus de fin d'adolescence, à savoir trouver un compromis entre autonomie personnelle et dépendance [2].

TRANSPLANTATION REIN-PANCRÉAS

Ce type d'intervention est indiqué quand les complications du diabète de type I (néphropathie, rétinopathie, neuropathie) s'aggravent sous traitements médicaux maximaux. La normalisation de la glycémie, obtenue dans 40 à 80 % des cas, préviendrait le développement des complications dégénératives du diabète et permettrait ainsi aux patients diabétiques d'être guéris de leur affection, moyennant un traitement immunosuppresseur. Les transplantations d'îlots de Langerhans restent encore à un stade expérimental, mais ont permis récemment à une série de patients de retrouver, sans insuline, des valeurs glycémiques stables 1 an après greffe [57].

TRANSPLANTATION PULMONAIRE

La greffe du poumon est récente, et indiquée dans les atteintes diffuses du parenchyme pulmonaire (emphysème, mucoviscidose, fibrose pulmonaire, hypertension artérielle pulmonaire, sarcoïdose...). Le taux de survie à 1 an est supérieur à 70 %. Différentes interventions ont été réalisées : greffe mono- ou bipulmonaire, greffe cœur-poumon, ou encore greffe à partir de donneurs vivants lobectomisés. Le remplacement partiel ou total du « soufflet respiratoire » entraîne davantage de troubles anxieux que dans les autres greffes [39]. La greffe cardiopulmonaire peut être proposée à des patients mucoviscidosiques dont l'espérance de vie est inférieure à 1 an. De nombreuses difficultés émotionnelles apparaissent en raison de la crainte de rejet, de l'incertitude par rapport à l'avenir, des contraintes médicales postopératoires, ainsi qu'à la frustration du désir d'autonomie dans un contexte familial souvent surprotecteur. La qualité de vie de ces patients, « débarrassés » de leur maladie infantile, a été positivement corrélée avec la qualité des liens existant entre le patient, ses parents et l'équipe soignante [21].

TRANSPLANTATION HÉPATIQUE

Le foie est investi depuis l'Antiquité en tant qu'organe noble sécrétant la bile responsable de l'humeur et organe de vie (*liver* en anglais). Il s'agit du seul organe solide possédant un pouvoir de régénération. Les greffes hépatiques surviennent souvent dans le contexte d'une pathologie aiguë (hépatite fulminante) : la période d'attente se déroule dans un climat d'une extrême anxiété [44]. Parmi les greffes, cette chirurgie reste une des plus lourdes et des plus sanglantes, mais pose, en revanche, peu de problèmes de compatibilité, celle-ci étant réduite au système ABO. Des transplantations de lobe hépatique droit à partir de donneurs vivants ont récemment été réalisées avec succès [45] et semblent améliorer l'avenir de cette intervention. Pour ce type de greffe, une étude japonaise vient de mettre en évidence une prévalence élevée (34 %) de troubles psychiatriques « paradoxaux » survenant au cours

des 3 premiers mois postopératoires. Ces derniers se traduisaient par des troubles anxiodépressifs, des troubles somatoformes, ainsi qu'une culpabilité morbide du receveur à l'égard des risques encourus par le donneur, malgré le succès opératoire et l'absence de complications majeures du donneur apparenté [25].

TRANSPLANTATION MÉDULLAIRE

Les greffes de moelle osseuse sont indiquées dans le traitement de certaines affections malignes hématologiques ou génétiques, surtout chez des enfants. Cette proposition apporte l'ultime espoir de guérison chez des patients au pronostic vital extrêmement menacé. Le donneur potentiel, vu la nécessité d'une identité tissulaire *human leukocyte antigen* (HLA) la plus complète possible avec le receveur, s'avère généralement être un membre de la fratrie. Cette greffe comporte un risque léthal important lors de l'apparition de réaction du greffon contre l'hôte (*graft versus host disease* [GVHD]). Cette technique médicale, touchant aux « liens de sang », a un impact très spécifique sur les relations fraternelles et la relation parents/enfants. Les vécus psychiques du donneur « choisi » par la médecine et des autres frères ou sœurs « exclus » semblent beaucoup plus concrets qu'il n'y paraît. L'introduction de moelle saine dans l'intimité corporelle du patient réactive souvent des peurs archaïques (fantasmes de vampirisme, craintes du chimérisme, exacerbation de la rivalité fraternelle), au risque de faire vaciller les assises du sentiment identitaire de soi. Chez les adolescents, cette intervention les amène également à rentrer inconsciemment dans une relation incestueuse homo- ou hétérosexuelle [12]. L'attitude des parents, dans leur capacité à prendre en considération le bouleversement de leur dynamique familiale et à relativiser le don, reste déterminante dans l'évolution de l'équilibre psychique du donneur et du receveur.

TRANSPLANTATION CARDIAQUE

La greffe cardiaque est proposée aux patients présentant une défaillance cardiaque terminale au stade intraveineuse, sous traitement médical maximal, et pour lesquels il n'existe aucune alternative thérapeutique. Le pronostic vital est généralement inférieur à 6 mois. Le taux de survie est de 80 % à 1 an et de 75 % à 3 ans. Cette opération représente, du point de vue psychique, une intervention unique qui laisse place à de multiples réactions émotionnelles, vu l'investissement fantasmatique de cet organe et la nécessité de la mort d'un donneur anonyme. Le cœur, outre son rôle mécanique bien connu de « pompe » et de « moteur », est, dans notre civilisation occidentale, le siège de la vie affective et de l'élan vital [64]. Le dépistage des troubles psychiques pré- et postopératoires, ainsi que la mise en évidence de facteurs prédictifs de morbidité et de qualité de vie postopératoire continuent à faire l'objet de nombreux travaux [17, 66, 69].

Rôles du psychiatre de liaison

La place de l'intervention psychiatrique a été détaillée antérieurement dans le travail de Leon, Baudin et Consoli [34].

Intérêt de l'évaluation psychiatrique

- Dépistage de contre-indications majeures
- Évaluation de la personnalité du patient
- Évaluation du support sociofamilial
- Orientation vers une prise en charge psychothérapeutique
- Rôles préventif et prédictif

DÉPISTAGE DE CONTRE-INDICATIONS

L'objectif de cette évaluation est de repérer des affections psychiatriques risquant de compromettre l'évolution pré- et postopératoire.

La plupart des équipes de transplantation considèrent les affections énumérées dans l'encadré ci-après comme étant des contre-indications psychiatriques absolues.

Contre-indications psychiatriques majeures

- Psychose non stabilisée
- Personnalité antisociale
- Dépression majeure récurrente avec risque suicidaire élevé
- Toxicomanie chronique (alcool/drogues)
- Déficit intellectuel sévère

En ce qui concerne l'alcoolisme, des critères de sélection standardisés des candidats receveurs restent à définir, de même que les modalités de la recherche dans ce secteur.

La plupart des centres de transplantation hépatique soumettent les patients cirrhotiques alcooliques à des conditions préalables, qui sont, par ordre de priorité :

- une période continue d'abstinence (arbitrairement fixée à 6 mois) ;
- la garantie d'un réseau social positif ;
- la réorganisation d'une vie sans alcool (maintien d'une relation d'aide stable, développement d'activités plaisantes et donnant du sens à l'existence...).

L'*alcoholism prognosis scale* (APS) fut la première échelle d'évaluation proposée pour caractériser le profil psychosocial des alcooliques et sa valeur pronostique. Il s'agit d'un outil de recherche plutôt que d'un instrument clinique de sélection des candidats [5].

D'autres études ont démontré que la durée de l'abstinence avant la greffe ne constituait qu'un piètre facteur prédictif de la rechute alcoolique après l'intervention [23, 68], aussi bien d'ailleurs que de la survie à long terme [20, 68].

Contrastant avec le recrutement des candidats à la greffe hépatique, les équipes de transplantation cardiaque s'attachent à des critères plus complexes, et aussi plus restrictifs, en insistant davantage sur une mauvaise hygiène de vie, ainsi que sur des facteurs comportementaux ou psychosociaux défavorables pour en faire des contre-indications absolues à la transplantation [35].

Freeman et al [24], après avoir suivi 70 patients de façon longitudinale, ont rapporté les observations suivantes :

- des complications psychiatriques sont survenues fréquemment après la transplantation cardiaque (34 %) ;
- les complications les plus fréquentes ont été le delirium en postopératoire immédiat (24 %), suivi de troubles anxiodépressifs apparaissant plus tardivement (16 %) ;
- certains traits de personnalité (personnalité antisociale, dépendante, narcissique, histrionique), les toxicomanies alcooliques et aux drogues illicites, les troubles affectifs antérieurs ou actuels, et les antécédents de non-compliance en thérapeutique antérieure, augmenteraient le risque de morbidité et de mortalité périopératoires ;
- les complications psychiatriques postopératoires ont été plus fréquentes chez les patients ayant un diagnostic psychiatrique préopératoire ;
- les paramètres psychologiques ou psychosociaux évalués avant la greffe se sont constamment améliorés dans les mois et les années qui ont suivi l'intervention.

Ces auteurs ont cependant apporté une nuance supplémentaire dans l'évaluation préopératoire en utilisant une position intermédiaire entre l'indication et la contre-indication à subir l'intervention. Ils ont utilisé la notion de réserve quant à l'aptitude du patient à être greffé.

En revanche, d'autres auteurs signalent que la greffe reste cependant possible malgré l'existence des diagnostics psychiatriques suivants : psychose équilibrée, psychose maniacodépressive, troubles de la personnalité [9]. Dans de telles situations, le rôle du psychiatre est

d'avantage de prévoir un soutien psychologique et un traitement psychiatrique adapté plutôt que d'exclure ces patients.

ÉVALUATION PSYCHIQUE DU FUTUR GREFFÉ

Plusieurs équipes ont mis au point des protocoles d'évaluation en utilisant systématiquement une série d'autoquestionnaires destinés à évaluer le niveau d'anxiété, de dépression, de déni, de compliance et de support social [36, 67]. Si ces données ont apporté des informations utiles sur le fonctionnement psychique du patient, la valeur prédictive de ces variables sur l'évolution postopératoire est restée discutable [46]. Récemment, deux instruments spécifiques ont été développés : le *psychosocial assessment of candidates for transplant* (PACT) [50] et le *transplant evaluation rating scale* (TERS) [70]. Ces travaux ont montré un aspect prédictif du PACT sur la mortalité des greffés de moelle, ainsi que sur la durée d'hospitalisation des greffés hépatiques. Une sous-échelle du PACT (*risk for psychopathology*) serait prédictive de troubles psychiques postopératoires nécessitant un traitement psychiatrique après greffe cardiaque, hépatique et de moelle.

Parallèlement à cette autoévaluation, sont programmés un ou plusieurs entretiens semi-directifs se focalisant sur les aspects suivants de la personnalité du patient et du conjoint :

- capacité à comprendre l'information médicale ;
- capacité à faire face à l'événement somatique ;
- désir d'améliorer l'état de santé ;
- capacité à formuler des projets ;
- capacité à maintenir une stabilité émotionnelle ;
- qualité des mécanismes de défense en situation de stress aigu antérieur et actuel ;
- présence ou absence d'une activité fantasmatique ;
- capacité à établir des relations familiales et sociales stables ;
- niveau d'intégration socioprofessionnel.

Par ailleurs, les troubles cognitifs démontrés dans de nombreuses atteintes d'organes vitaux ont une étiologie multifactorielle. Une évaluation neuropsychologique des efficiences cognitives (le langage, la mémoire, les performances visuelles, attentionnelles, auditives, haptiques) permet de détecter un trouble neurologique sous-jacent, de le décrire et de quantifier sa sévérité.

L'évaluation des troubles cognitifs avant transplantation participe à l'évaluation générale des conséquences du trouble somatique. Il n'existe pas de données permettant de poser ici des critères d'exclusion de patients des protocoles. Il semble que la transplantation, enrayant la dégradation cognitive de la maladie, permettant le rétablissement d'un fonctionnement systémique global, restitue, au moins partiellement, les performances cognitives.

Déterminer le niveau de fonctionnement cognitif d'un patient, procure une information utile pour guider le management médical et optimiser la réhabilitation psychosociale.

En ce qui concerne l'évaluation psychosociale, certains centres, aux États-Unis, excluent des patients s'ils sont isolés socialement [49]. Cette proportion de patients exclus du programme de transplantation varie de 0 à 37 %, avec une moyenne de 5,6 % dans les programmes américains et 2,5 % dans les programmes non américains.

Consoli [10] a pu, quant à lui, mettre en évidence des variables prédictives de la mortalité au cours des 2 premières années après transplantation cardiaque. Après une analyse multivariée, l'auteur a démontré que le degré d'urgence de l'indication de greffe, la qualité de l'élan vital, la stabilité des relations objectales et la répression d'angoisse de mort constituent indépendamment les uns des autres des facteurs prédictifs de la survie après greffe.

Traitements psychologiques et psychiatriques

Les interventions psychothérapeutiques effectuées par le psychiatre à l'hôpital général se distinguent de l'approche psychothérapeutique ambulatoire en raison des aspects suivants [77] :

- le patient n'est généralement pas demandeur de l'intervention du psychiatre : cette demande provient au départ du chirurgien, dans un contexte de pénurie d'organes. La démarche initiale du psychiatre consiste dans un premier temps à convaincre le patient de l'utilité de l'entretien psychologique en lui permettant d'apprivoiser ses réactions émotionnelles ;
- la prise en charge est brève : après un entretien d'investigation, il est proposé au patient de consulter le psychiatre « à la demande », soit ponctuellement, soit de manière plus systématique en fonction des réactions émotionnelles liées à la maladie ;
- le cadre est adapté à la situation médicale : le nombre de rendez-vous, le lieu des séances (cabinet de consultation, chambre d'hôpital), ainsi que la durée des séances sont souvent déterminés par l'état somatique du patient.

En raison de la brièveté de ces interventions psychothérapeutiques, l'action essentielle du psychiatre de liaison consiste à favoriser des réactions adaptatives adéquates et réparatrices chez le sujet souffrant, ainsi qu'au niveau de l'équipe soignante [65].

CONSEIL PSYCHOLOGIQUE

Cette intervention se réalise généralement dès l'admission, en favorisant la rencontre dans un climat accueillant et bienveillant. Ce premier contact avec l'équipe de transplantation permet aux patients d'obtenir les explications relatives aux problèmes spécifiques de la période d'attente, des bilans préopératoires et des moyens de communication en cas d'appel urgent.

PSYCHOTHÉRAPIE INDIVIDUELLE D'INSPIRATION ANALYTIQUE

Il est crucial, dès le départ, de pouvoir jauger les enjeux inconscients de la transplantation par rapport à l'ensemble de la personnalité.

Le premier entretien est d'une importance fondamentale, en raison de l'apparition d'éléments prétransférentiels et contretransférentiels apparaissant entre le patient et le thérapeute [27]. Ces premières interactions apportent des informations sur l'organisation de la personnalité et sur le rapport présent/passé dans l'histoire du patient. Cette technique permet au médecin d'émettre des hypothèses quant à la capacité du patient à supporter l'épreuve de la réalité, ainsi qu'à sa dimension émotionnelle, affective et fantasmatique. Contrairement au travail psychothérapeutique habituel où la libre association et l'émergence des affects sont favorisées, l'attitude du psychothérapeute à l'hôpital général nécessite un aménagement subtil dans son attitude interprétative, ce que De Muzan nomme l'« interprétation-explication » [16]. Si cette attitude risque par moment de fermer le processus élaboratif, c'est pourtant bien cette protection que le psychothérapeute cherche à assurer en permettant de « refermer » la blessure provoquée dans une situation aussi extrême que la transplantation [52].

Le thérapeute est ainsi amené à accompagner le travail de mentalisation du patient confronté à la maladie chronique ou aiguë, à l'impuissance induite par son état de santé, à la dépendance dans laquelle il se retrouve, au deuil, aux blessures narcissiques et à l'angoisse de mort.

La psychothérapie vise à s'appuyer sur le rôle structurant de la parole (symbolisation langagière) pour prévenir une décompensation thymique et/ou des préoccupations hypocondriaques, à fournir un écran protecteur (pare-excitation) face à la violence de l'Autre (greffon et/ou donneur), à rendre des représentations possibles et à permettre de faire des liens psychiques. Elle contribue également à responsabiliser le patient par

rapport à son vécu corporel et sa prise en charge, à l'inviter à se réapproprier son histoire (en passant d'une position objectale complètement démunie à une position subjective récupérant le fil conducteur de sa vie).

APPROCHE COGNITIVE

Cette approche se base sur l'hypothèse théorique selon laquelle certains symptômes ou leurs conséquences sont en relation étroite avec les représentations mentales et les schémas de pensées pouvant engendrer ou entretenir une détresse psychologique. La thérapie consiste donc à apprendre au patient à identifier ses représentations mentales, à mieux contrôler ses pensées automatiques négatives, à lui faire comprendre l'impact sur le développement de ses symptômes et à l'aider à modifier ses schémas de pensées par la mise en place de nouvelles stratégies d'adaptation. Ces interventions répondent au besoin exprimé par beaucoup de malades. Certains attribuent, à tort (abus de sens) ou à raison, la survenue de leur maladie à certains comportements ou réactions émotionnelles antérieurs. Or, si les maladies graves sont souvent le terrain privilégié de sens surajouté, ces significations excessives (fausses croyances) se construisent parfois comme une autre maladie. Le rôle primordial du thérapeute est donc d'aider le patient hospitalisé à trouver des stratégies adaptatives lui permettant de traverser les étapes évolutives spécifiques au programme de transplantation. Ces stratégies (*coping*) influencent de manière évidente la relation médecin-malade, et entraînent en retour des contre-attitudes de l'équipe soignante [54]. Les soignants sont successivement confrontés au sentiment intense de dépendance que le malade induit à leur égard, et à d'autres moments, aux réactions agressives ou de désespoir du patient. Le rôle fondamental du psychiatre est d'aider à prendre patience, à penser et à faire face à la maladie. Cette action s'applique également à l'entourage familial du patient et aux équipes soignantes [11].

TRAITEMENTS PSYCHOTROPES

L'utilisation de médicaments psychotropes chez des patients transplantés ou en attente de greffe nécessite une surveillance particulière. La pharmacocinétique peut être considérablement influencée par les médicaments concomitantes, ainsi que par l'importance et le nombre de fonctions organiques atteintes. La plupart des traitements psychotropes, hormis le lithium, sont métabolisés par le foie.

■ Traitements antidépresseurs

– *Tricycliques*. Ils sont peu utilisés en raison de leur cardiotoxicité et de leurs nombreux effets secondaires. Ils sont métabolisés par le foie et certains métabolites sont excrétés par les reins. En cas d'insuffisance rénale, des taux plasmatiques élevés peuvent avoir des conséquences dangereuses.

– *Autres antidépresseurs*. Les inhibiteurs du recaptage de la sérotonine (SSRI) sont mieux tolérés car ils n'entraînent aucun effet anticholinergique, aucune cardiotoxicité ni hypotension orthostatique. Ils sont également nettement moins dangereux en cas de surdosage. De rares cas de bradycardie et d'hyponatrémie et/ou de sécrétion inappropriée d'hormone diurétique sont rapportés. Cette classe d'antidépresseurs inhibe partiellement des isoenzymes du cytochrome P450 hépatique participant à la biotransformation de nombreux médicaments, ce dont il faut tenir compte dans le *monitoring* des médicaments associées (taux plasmatique de ciclosporine).

Selon Dew, l'utilisation d'antidépresseurs ne présentant pas d'interactions significatives avec les traitements immunosuppresseurs (sertraline, paroxétine, venlafaxine, tricycliques) est recommandée. En revanche, les antidépresseurs connus pour leur interférence trop marquée sur la voie enzymatique du cytochrome P450 doivent être évités [17].

■ Traitements neuroleptiques

Les neuroleptiques peuvent être utilisés pour traiter les symptômes psychotiques, délire et états maniaques. Ils atténuent efficacement

les troubles cognitifs, les troubles du comportement, l'instabilité émotionnelle, l'agitation, ainsi que les réactions maniaques induites par les corticoïdes [28]. Les antipsychotiques sont fortement liés aux protéines plasmatiques (90-95 %). Après une métabolisation hépatique, leur élimination est essentiellement rénale. En cas d'insuffisance hépatique, le métabolisme des neuroleptiques est donc diminué, la quantité de drogues pharmacologiquement actives non liées aux protéines pouvant s'accroître. De même, en cas d'insuffisance rénale, une accumulation de métabolites peut se révéler toxique. Des modifications de l'électrocardiogramme (ECG) ont été attribuées aux neuroleptiques en raison de leur effet quinidine-like. L'allongement de l'intervalle QT et des modifications de l'onde T sont occasionnellement observés avec des posologies importantes. Ces changements sont généralement réversibles et n'affectent pas la fonction cardiaque de manière significative. La chlorpromazine, en raison de sa cardiotoxicité et du risque accru de mort subite, doit être évitée.

L'halopéridol reste le neuroleptique de choix chez les patients transplantés. On ne lui attribue aucune dépression respiratoire ni toxicité cardiaque, hépatique ou médullaire. Son action alphabloquante adrénergique, responsable d'hypotension, est moins importante que pour les autres neuroleptiques incisifs.

■ Traitements anxiolytiques

Les benzodiazépines sont fréquemment utilisées pour traiter les troubles anxieux et du sommeil. Ces drogues ne posent aucun problème particulier chez les patients transplantés, en dehors des considérations connues sur les plans métabolique, respiratoire et cognitif. Les molécules à courte demi-vie (alprazolam, lorazépam) sont préférées, notamment en cas d'insuffisance hépatique, car elles n'entraînent pas de multiples transformations métaboliques et ne produisent pas de métabolites actifs. Une surveillance attentive est requise avec les molécules d'action rapide (alprazolam) au moment du sevrage.

Qualité de vie postopératoire

« La qualité de vie est une évaluation subjective de la satisfaction de vie. » [30] Cette définition illustre la complexité du concept et sa difficulté d'évaluation. Il est difficile, tant du point de vue sémantique qu'opérationnel, de distinguer l'évaluation subjective de la qualité de vie, de notions apparentées tels le bien-être psychologique, le bonheur (dimension affective) et la satisfaction de vie (dimension cognitive) [22]. Il s'agit d'un concept d'une dimension multifactorielle, comprenant à la fois les composantes liées aux ressources psychologiques propres du sujet (traits de personnalité, expériences émotionnelles anciennes et récentes), et la dimension environnementale (qualité des relations objectales, styles de vie, problèmes existentiels). Dans la littérature contemporaine, plus d'une centaine de composantes ont été étudiées pour définir la qualité de vie [1].

En ce qui concerne la qualité de l'évolution psychique après transplantation cardiaque, les critères suivants sont habituellement analysés :

- réintégration familiale et professionnelle ;
- adaptation aux changements corporels ;
- gestion de l'anxiété liée aux rejets et aux infections ;
- tolérance aux effets secondaires des médicaments immunosuppresseurs ;
- adaptation à l'invalidité et aux problèmes financiers.

Une recherche récente, recensant 144 études, menée dans 19 pays entre 1977 et 1995, a analysé la qualité de vie chez 10 595 receveurs [36]. Les six types de transplantation les mieux documentés étaient représentés : greffes rénales, cardiaques, hépatiques, pancréatiques, cœur-poumon et moelle osseuse. La qualité de vie a été explorée selon quatre composantes : l'état physique, l'état mental-cognitif, l'adaptation sociale et la perception globale. Il en ressort les conclusions suivantes :

- la composante état physique s'améliore significativement après greffe ;
- les composantes mentales-cognitives et sociales s'améliorent de manière moins certaine ;
- les variations entre les différents types de transplantation disparaissent quand les receveurs sont interrogés sur la perception globale de leur qualité de vie.

Sur le plan sexuel, la qualité de vie diffère de manière évidente chez les receveurs de moelle, en raison de l'infertilité due habituellement à l'irradiation prégreffe. En revanche, pour les trois types de transplantation les plus étudiés (rein, cœur, foie), la perception globale de la qualité de vie se rapproche, voire surpasse celles de sujets sains. Cette amélioration reste stable de la première à la septième année.

Kuhn [33] a observé que c'était le premier anniversaire de la greffe qui représentait le moment significatif dans l'évaluation de l'évolution postopératoire, la majeure partie des troubles d'adaptation apparaissant entre les 3^e et 12^e mois.

Selon Lough [40], dans une étude faite à Stanford sur 100 sujets transplantés cardiaques, la qualité de vie a été déclarée comme bonne à excellente chez 89 % des sujets.

Quatre-vingt-deux pour cent des greffés se déclaraient satisfaits de leur vie quotidienne.

Lim [38] a quant à lui proposé une échelle d'évaluation intéressante, composée de 25 questions avec sept possibilités de réponse. Cet outil, utilisé chez des patients ayant présenté un infarctus, permet d'évaluer de manière simple et rapide leur qualité de vie.

Peu d'études ont cependant été consacrées à la qualité de vie de la famille. Des états de détresse psychique sont régulièrement décrits chez l'épouse et les enfants du receveur, en raison des problèmes anxieux, domestiques et financiers liés à la transplantation [36].

Aspects liés aux donneurs vivants d'organe

La motivation du donneur relève de facteurs intrinsèques (principes moraux, convictions philosophiques et religieuses) et extrinsèques (pression familiale et sociale) qui peuvent agir simultanément dans le sens de la motivation ou inversement.

De ces motivations découle le vécu que le donneur a du don. L'ambivalence et les sources externes de motivation telles que la pression sociale constituent les facteurs principaux d'apparition de réactions négatives [60, 61]. Les donneurs peuvent sentir que le don a détérioré leur santé ou que leur sacrifice altruiste n'a pas été reconnu à sa juste valeur, ou encore se sentent en partie responsables de l'échec d'une transplantation, en particulier en cas de rejet du greffon.

La plupart des donneurs ne souffrent pas de conséquences physiques ou psychosociales persistantes, et bénéficient plutôt d'un gain psychique par le fait d'avoir aidé une autre personne, même si l'extension et la facilitation du don va diminuer l'aspect héroïque du don.

Les bons résultats psychologiques doivent cependant être reçus avec prudence en raison de la nécessité, pour les donneurs, de maintenir un sentiment positif par rapport à leur choix [55].

La perturbation des repères identificatoires et l'apparition de divers conflits émotionnels receveur-donneur apparenté ont fait l'objet d'une étude approfondie par Danion-Grillat en cas de greffe médullaire [12].

Une meilleure connaissance des facteurs de motivation permet un recrutement plus efficace, une meilleure éducation technique des donneurs et, à terme, une meilleure évolution psychologique.

Aspects éthiques

Le nombre de transplantations ne cesse de croître en raison de l'augmentation du nombre d'indications. Cette progression pourrait même doubler ou tripler s'il n'y avait pas le butoir du manque d'organes, ou si les xéno greffes devenaient possible. Cette évolution confronte les équipes d'intervention et les psychiatres de liaison à de nombreuses problématiques individuelles et collectives, aux intérêts parfois divergents.

Par ailleurs, la pénurie d'organes, voire l'augmentation du nombre de refus de prélèvements par les familles, ne manque pas de susciter de nombreuses questions éthiques.

Cette situation se traduit dans la réalité par un nombre accru d'hospitalisations en urgence pour des patients qui décèdent en quelques jours à l'hôpital, faute d'avoir pu bénéficier d'un greffon.

Du point de vue juridique, la législation de nombreux pays (Autriche, Belgique, France, Portugal, Finlande et Norvège) est fondée sur le consentement présumé du donneur. Elle insiste également sur la gratuité et l'anonymat du don. Ce type de loi correspond à un idéal éthique, légiférant entre liberté individuelle et solidarité collective.

En pratique, le prélèvement post mortem ne peut s'effectuer qu'après vérification d'absence d'opposition écrite du défunt sur un registre national. La famille du décédé peut cependant s'opposer au prélèvement, même en l'absence d'opposition écrite.

Ce que l'on constate auprès des familles refusant le prélèvement (environ une famille sur trois), c'est que, au refus pour raison philosophique ou religieuse, s'ajoutent actuellement des craintes liées aux « marchés noirs d'organes », ainsi que des craintes de voir le greffon expédié à l'étranger.

Mais comme le soulève Gil [26], à qui appartient le corps du défunt ? Si les législations sur le consentement présumé du donneur avaient pour objectif de favoriser des prélèvements d'organes, en pratique, c'est plutôt l'inverse qui est apparu. Outre un décalage entre l'augmentation d'indications et le nombre d'organes disponibles, il existe également une dissociation entre l'intérêt de la collectivité de s'approprier les organes du défunt, et le désir des familles d'en rester dépositaire.

Une autre barrière fondamentale au don est également liée à la peur de l'individu d'être prélevé encore vivant, ce qui témoigne d'une difficulté d'acceptation du concept de « mort rose » au cours de laquelle l'individu est déclaré mort alors que des parties de son corps sont encore vivantes.

Perspectives d'avenir

Si la transplantation reste le traitement de choix pour la plupart des atteintes sévères de nombreux organes, le manque critique de donneurs ne peut que stimuler de nouvelles innovations chirurgicales et médicales. La dernière décade a vu proliférer de nouveaux agents immunosuppresseurs : le tacrolimus (FK506), le mycophénolate mofétil (RS-61443), la rapamycine (RPM) et le bréquinar sodium (BQR) [47]. Depuis la découverte du chimérisme leucocytaire en 1992, de nouvelles techniques, utilisant de la moelle osseuse et des facteurs dérivés de cellules souches du donneur, pourraient induire une plus grande tolérance immunitaire après transplantation, ce qui permettrait d'augmenter la tolérance au greffon, et peut-être d'arriver à un état ne nécessitant plus

d'immunosuppresseurs. Le système immunitaire du receveur serait ainsi rééduqué à voir le donneur comme une partie du *self* tout en préservant son immunocompétence.

Au cours des années 2000-2001, le champ des transplantations d'organes s'est particulièrement développé en matière de greffes hépatiques par donneurs vivants, de transplantations d'îlots pancréatiques comme traitement du diabète de type 1 et de greffes rénales, en recourant plus largement aux techniques par laparoscopie. Ces premiers résultats semblent offrir de nouvelles perspectives intéressantes, tant pour le receveur que pour le donneur [31].

La transplantation xénogénique retrouve également un essor en raison de cette pénurie d'organes. Les résultats des xéno greffes restent jusqu'à présent décevants en raison du rejet rapide et aigu généralement observé. Ce type de transplantations interspèces soulève également d'autres inquiétudes en raison du risque de transmission d'infections incontrôlables entre l'espèce animale et l'homme. La barrière immunologique interspèces ne semble pas encore prête à être franchie, même si certains travaux, à partir de mutations transgéniques, envisagent de « préhumaniser » des organes animaux afin de réduire les phénomènes de rejet.

Conclusion

Le patient transplanté se trouve confronté à d'extraordinaires défis dans son vécu psychique et sa vie sociale. Dès l'annonce de la greffe, la vulnérabilité somatique et psychique est portée à son paroxysme, que le patient « ait eu le temps de s'habituer » à sa maladie ou qu'il soit brutalement confronté au verdict de mort. Afin de favoriser au mieux l'évolution de la greffe psychique, il importe d'aider ce dernier à s'impliquer activement dans le projet thérapeutique.

Le sentiment de cohésion du Moi est remis en question par l'aspect singulier de cette intervention qui provoque une effraction de l'enveloppe corporelle en « éjectant » irréversiblement l'un de ses organes. Devant une telle impasse, le receveur est amené à passer par un état de dissociation vis-à-vis de lui-même et vis-à-vis du donneur, afin de pouvoir élaborer le deuil d'une partie vitale de son organisme puis l'incorporation de l'organe d'autrui [31]. Car, même si le discours médico-légal réifie l'organe, perdre son cœur ne se limite pas au deuil d'un « organe-chose », mais se traduit cliniquement par l'élaboration du deuil d'un « organe objet partiel » du Moi. Le chimérisme corporel impose ensuite au patient une complexe traversée des méandres de sa vie psychique, l'amenant parfois aux limites du pensable et du figurable. Le patient évolue généralement par plusieurs phases et crises émotionnelles traduisant sa lutte intérieure, consciente ou inconsciente. L'anonymat et la gratuité du don favorisent la dissociation entre l'organe et le donneur, ce qui permet au patient d'élaborer progressivement une greffe imaginaire dans son intimité psychique. Un imaginaire dynamique semble être une condition indispensable pour surmonter l'épreuve de la transplantation, et retrouver un nouveau sentiment unitaire de soi-même. L'approche psychothérapeutique peut, dans un contexte transférentiel, aider le patient à redynamiser sa vie fantasmatique, lui permettant ainsi d'intégrer un nouvel organe dans sa structuration psychocorporelle. Généralement, une à deux années après l'opération, la greffe psychique semble avoir réussi lorsque le couple imaginaire receveur-donneur arrive à former après un « couple stable ».

Une prise en charge psychologique apporte au patient un indispensable espace de réflexion, ainsi qu'une écoute contenante, le psychothérapeute jouant le rôle d'auxiliaire du système de pare-excitation du futur receveur.

Outre leurs aspects préventifs, les interventions psychologiques et psychiatriques, menées par des équipes spécialisées, ne peuvent qu'améliorer la traversée du processus de transplantation, tant au niveau du patient, de son entourage, qu'au sein de l'équipe soignante.

Références ►

Références

- [1] Andrews FM, Withey SB. Social indicators of well being: America's perception of life quality. New York : Plenum Press, 1976
- [2] Antonelli P, Pucheu S. Facteurs psychodynamiques prédictifs de l'observance thérapeutique après greffe rénale. *Psychol Méd* 1994 ; 26 : 135-137
- [3] Aussejac C. Réflexions cliniques sur les implications psychologiques de la transplantation rénale. *Psychol Méd* 1994 ; 26 : 130-134
- [4] Baudin ML. Changer de cœur, continuer sa vie. *Rev Méd Psychosom* 1989 ; 17 : 87-102
- [5] Beresford TP. Alcoholism prognosis scale for major organ transplant candidates. In : Craven J, Rodin GM eds. Psychiatric aspects of organ transplant. Oxford : Oxford University Press, 1992 : 31-32
- [6] Boisriveau C. Les problèmes psychologiques des donneurs vivants dans la transplantation rénale. *Psychol Méd* 1994 ; 26 : 159-161
- [7] Brennan AF, Davis MH, Buchholz DJ, Kuhn WF, Gray LA Jr. Predictors of quality of life following cardiac transplantation. *Psychosomatics* 1987 ; 28 : 566-571
- [8] Burner M. La greffe d'organes, fantasmes du receveur, fantasmes du donneur. *Psychol Méd* 1994 ; 26 : 120-121
- [9] Consoli SM. Approche psychosomatique en pathologie cardio-vasculaire. *Encycl Méd Chir* (Éditions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris), Psychiatrie, 37-402-E-20, 990 : 1-10
- [10] Consoli SM. De l'insuffisance coronarienne à la greffe cardiaque, le pronostic du psychosomatique. *Rev Méd Liège* 1993 ; 48 : 5-19
- [11] Consoli SM. Psychiatrie de liaison. In : Thérapeutique psychiatrique. Paris : Hermann, 1995 : 955-979
- [12] Consoli SM, Danion-Grilliat A. Troubles de l'identité et transplantation d'organe. *Confront Psychiatr* 1998 ; 39 : 327-358
- [13] Consoli SM, Baudin ML. Vivre avec l'organe d'un autre : fiction, fantasmes et réalités. *Psychol Méd* 1994 ; 26 : 102-110
- [14] Crombez JC. La greffe. La guérison en écho. Québec : Publications MNH, 1999 : 173-192
- [15] Crombez JC, Lefebvre P. La fantasmagorie des greffés rénaux. *Rev Fr Psychanal* 1973 ; 37 : 95-107
- [16] De Muzan M. La bouche de l'inconscient. Paris : Gallimard, 1994
- [17] Dew MA, Kormos RL, Dimartini A, Switzer GE, Schulberg HC, Roth LH et al. Prevalence and risk of depression and anxiety-related disorders during the first three years after heart transplantation. *Psychosomatics* 2001 ; 42 : 300-313
- [18] Dew MA, Roth LH, Thompson ME, Kormos RL, Griffith BP. Medical compliance and its predictors in the first year after heart transplantation. *J Heart Lung Transplant* 1996 ; 15 : 631-645
- [19] Didlake RM, Dreyfus K, Kerman RH, Van Buren CT, Kahan BD. Patient non-compliance: a major cause of late graft failure in cyclosporine treated renal transplants. *Transplant Proc* 1988 ; 20 (suppl 3) : 63-69
- [20] Dimartini A, Jain A, Fung JJ. Liver transplantation in alcohol and non-alcoholic cirrhosis: survival according to UNOS status, sobriety and rehabilitation. *Liver Transplant Surg* 1995 ; 6 : 446
- [21] Durst CL, Horn MV, MacLaughlin EF, Bowman CM, Starnes VA, Woo MS. Psychosocial responses of adolescent cystic fibrosis patients to lung transplantation. *Pediatr Transplant* 2001 ; 5 : 27-31
- [22] Etienne AM. Impact de la réadaptation cardiaque sur la qualité de vie chez des patients ayant subi un pontage aorto-coronaire. Faculté de Psychologie et des sciences de l'éducation, 1997
- [23] Foster P, Fabrega F, Karademir S, Sankary HN, Mital D, Williams JW. Prediction of abstinence from ethanol in alcoholic recipients following liver transplantation. *Hepatology* 1997 ; 25 : 1469-1477
- [24] Freeman AM 3rd, Folks DG, Sokol RS, Fahs JJ. Cardiac transplantation: clinical correlates of psychiatric outcomes. *Psychosomatics* 1988 ; 29 : 47-54
- [25] Fukunishi I, Sugawara Y, Takayama T, Makuuchi M, Kawarasaki H, Surman OS. Psychiatric disorders before and after living-related transplantation. *Psychosomatics* 2001 ; 42 : 337-343
- [26] Gil R. Transplantation et greffe d'organes : les enjeux éthiques. *Psychol Méd* 1994 ; 26 : 249-256
- [27] Gilliéron E. Le premier entretien en psychothérapie. Paris : Dunod, 1996
- [28] Hall RC, Popkin MK, Stickney SK, Gardner ER. Presentation of the steroid psychoses. *J Ment Nerv Dis* 1979 ; 167 : 229-236
- [29] Harvison A, Jones BM, McBride M, Taylor F, Wright O, Chang VP. Rehabilitation after heart transplantation: the Australian's experience. *J Heart Transplant* 1988 ; 7 : 337-341
- [30] Hunt S, McKenna SP, McEwen J. The Nottingham Health Profile user's manual. Manchester : Galen Research and Consultancy, 1989
- [31] Knechtel SJ. What's new in transplantation. *Transplantation* 2001 ; 192 : 366-371
- [32] Kuhn WF, Brennan AF, Laceyfield PK, Brohm J, Skelton VD, Gray LA. Psychiatric distress during stages of the heart transplant protocol. *J Heart Transplant* 1990 ; 9 : 25-29
- [33] Kuhn WF, Davis MH, Lippmann SB. Emotional adjustment to cardiac transplantation. *Gen Hosp Psychiatry* 1988 ; 10 : 108-113
- [34] Leon E, Baudin ML, Consoli SM. Aspects psychiatriques des greffes d'organes. *Encycl Méd Chir* (Éditions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris), Psychiatrie, 37-670-A-65, 1990 : 1-6
- [35] Levenson JL, Olbrisch ME. Psychosocial evaluation of organ transplant candidates: a comparative survey of process, criteria, and outcomes in heart, liver, and kidney transplantation. *Psychosomatics* 1993 ; 34 : 314-323
- [36] Levenson JL, Olbrisch ME. Psychosocial screening and selection of candidates for organ transplantation. In : Trzepacz P, Dimartini A eds. The transplant patient: biological, psychiatric, and ethical issues in organ transplantation. Cambridge : Cambridge University Press, 2000 : 21-41
- [37] Levine J, Warrenburg S, Kerns R. The role of denial in recovery from coronary heart disease. *Psychosom Med* 1987 ; 49 : 109-117
- [38] Lim LL, Valenti LA, Knapp JC, Dobson AJ, Plotnikoff R, Higginbotham N et al. A self administered quality of life questionnaire after acute myocardial infarction. *J Clin Epidemiol* 1993 ; 46 : 1249-1256
- [39] Limbos MM, Joyce DP, Chan CK, Kesten S. Psychological functioning and quality of life in lung transplant candidates and recipients. *Chest* 2000 ; 118 : 408-416
- [40] Lough ME, Lindsey AM, Shinn JA, Stotts NA. Life satisfaction following heart transplantation. *J Heart Transplant* 1985 ; 4 : 446-449
- [41] MacAleer MJ, Copeland J, Fuller J, Copeland JG. Psychological aspects of heart transplantation. *J Heart Transplant* 1985 ; 4 : 232-233
- [42] Mai FM. Graft and donor denial in heart transplantation recipients. *Am J Psychiatry* 1986 ; 143 : 1159-1161
- [43] Mai FM, McKenzie FN, Kostuk WJ. Psychiatric aspects of heart transplantation: preoperative evaluation and post-operative sequelae. *Br Med J* 1986 ; 292 : 311-317
- [44] Marcellid D, Nivet H, Caron M. Greffes d'organes à l'adolescence. A partir de l'expérience de deux équipes. *Psychol Méd* 1994 ; 26 : 153-156
- [45] Marcos A, Ham JM, Fisher RA. Single-center analysis of the first 40 adult-to-adult living donor liver transplants using the right lobe. *Liver Transplant* 2000 ; 6 : 296-301
- [46] Maricle RA, Hosenpud JD, Norman DJ, Pantely GA, Cobanoglu AM, Starr A. The lack of predictive value of preoperative psychological distress of postoperative medical outcome in heart transplant recipients. *J Heart Lung Transplant* 1991 ; 10 : 9-42
- [47] Martin M. Current trends and new developments in transplantation. In : Trzepacz P, Dimartini A eds. The transplant patient: biological, psychiatric, and ethical issues in organ transplantation. Cambridge : Cambridge University Press, 2000 : 287-304
- [48] Morin P, Coupal P. Délirium post-chirurgie cardiaque avec circulation extra-corporelle : aspects cliniques et observations dans un centre spécialisé. *Rev Can Psychiatrie* 1982 ; 27 : 31-39
- [49] Olbrisch ME, Levenson JL. Psychosocial evaluation of heart transplant candidates: an international survey of process, criteria and outcomes. *J Heart Lung Transplant* 1994 ; 10 : 948-955
- [50] Olbrisch ME, Levenson JL, Hamer R. The PACT: a rating scale for the study of clinical decision making in psychosocial screening of organ transplant candidates. *Clin Transplant* 1989 ; 3 : 164-169
- [51] Parry-Pousse P, Goron Parry P. Les troubles psychopathologiques dans le cadre d'une greffe d'organe sont-ils une étape obligatoire ? *Psychol Méd* 1994 ; 26 : 124-127
- [52] Pucheu S. Le psychothérapeute confronté à l'aventure d'une greffe d'organe. *Inf Psychiatr* 1988 ; 74 : 255-262
- [53] Pucheu S, Antonelli P, Consoli SM. Psychodynamic aspects of adolescents therapeutic compliance following a kidney transplant. 1998 : 125-141
- [54] Ray C, Lindop J, Gibson S. The concept of coping. *Psychol Med* 1982 ; 12 : 385-395
- [55] Russel S, Jacob RG. Living-related organ donation: the donor's dilemma. *Patient Educ Counsel* 1993 ; 21 : 89-99
- [56] Sanchez Cardenas M, Besançon G. Troubles psychiques au cours de l'hémodialyse chronique et de la transplantation rénale. *Encycl Méd Chir* (Éditions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris), Psychiatrie, 37-670-A-60, 1989 : 1-6
- [57] Shapiro AM, Lakey JR, Ryan EA. Islet transplantation in seven patients with type 1 diabetes mellitus using a glucocorticoid-free immunosuppressive regimen. *N Engl J Med* 2000 ; 343 : 230-238
- [58] Shapiro PA. Psychiatric aspects of cardiovascular disease. *Psychiatric Clin North Am* 1996 ; 19 : 613-629
- [59] Shapiro PA, Kornfeld DS. Psychiatric outcome of heart transplantation. *Gen Hosp Psychiatry* 1989 ; 11 : 352-357
- [60] Simmons RG. Related donors: costs and gains. *Transplant Proc* 1977 ; 9 : 143-145
- [61] Switzer GE, Simmons RG, Dew MA. Helping unrelated strangers physical and psychological reactions to the bone marrow donation process among anonymous donor. *Soc Sci Med* 1996 ; 45 : 469-490
- [62] Tabler JB, Frierson RL. Sexual concerns after heart transplantation. *J Heart Transplant* 1990 ; 9 : 397-403
- [63] Teneze Guinard L, Bouyer S, Mattei S, Villemot JP, Laxenaire M. Le cœur de l'autre : don de vie et dette de mort. *Psychol Méd* 1994 ; 26 : 243-245
- [64] Triffaux JM. Psychisme et greffe cardiaque. *Psychol Méd* 1992 ; 24 : 377-379
- [65] Triffaux JM. Psychiatrie de liaison : regards sur une pratique de la psychologie médicale en hôpital général. *Rev Fr Psychiatr Psychol Méd* 1997 ; 5 : 92-95
- [66] Triffaux JM. Contribution à l'étude des réactions psychiques au cours de la transplantation cardiaque. [thèse de doctorat], Université de Liège, 2001
- [67] Triffaux JM, Wauthy J, Bertrand J, Limet R, Albert A, Anseau M. Psychological evolution and assessment in patients undergoing orthotopic heart transplantation. *Eur Psychiatry* 2001 ; 16 : 180-185
- [68] Tringali RA, Trzepacz P, Dimartini A, Dew MA. Assessment and follow-up of alcohol-dependent liver transplantation patients. *Gen Hosp Psychiatry* 1996 ; 18 (suppl) : S70-S77
- [69] Trzepacz P, Dimartini A. The transplant patient: biological, psychiatric and ethical issues in organ transplantation. Cambridge : Cambridge University Press, 2000
- [70] Twillman RK, Manetto C, Wellisch DK. The transplant evaluation rating scale: a revision of the psychosocial levels system for evaluating organ transplant candidates. *Psychosomatics* 1993 ; 34 : 144-153
- [71] Vaysse J. Images du cœur. Paris : Desclée de Brouwer, 1996
- [72] Wallwork J, Caine N. A comparison of the quality of life of cardiac transplant patients and coronary artery bypass graft before and after surgery. Quality of life and cardiovascular. *Care* 1985 ; 1 : 317-331
- [73] Willner AE, Rabiner CJ. Psychopathology and cognitive dysfunction: five years after open-heart surgery. *Comp Psychiatry* 1979 ; 20 : 409-418
- [74] Yang SC, Rha KH, Kim YS, Park K. Retroperitoneoscopy-assisted living donor nephrectomy: 109 cases. *Transplant Proc* 2001 ; 33 : 1104-1105
- [75] Zipfel S, Lowe B, Paschke T, Immel B, Lange R, Zimmermann R et al. Psychological distress in patients awaiting heart transplantation. *J Psychosom Res* 1998 ; 45 : 465-470
- [76] Zipfel S, Schneider A, Beate W, Markus H, Bergmann G, Herzog W. Depression as a predictor of survival after heart transplantation. [abstract]. *Psychosom Med* 2001 ; 63 : 105
- [77] Zumbrennen R. Psychiatrie de liaison. Paris : Masson, 1992