

1 INTRODUCTION

En 1997, j'ai travaillé à l'hôpital BROUSSAIS à PARIS, en tant que brancardier, et j'ai eu l'occasion de voir des interventions chirurgicales et notamment une greffe du cœur et du rein.

Je fus étonné de voir avec quel calme les choses se passaient. Tout était bien diligenté, mais la réflexion d'un interne m'avait marqué : « *Ici c'est la vie, mais dans l'autre salle c'est la mort* ». Il m'a alors expliqué que le cœur que l'on venait de transplanter venait d'être prélevé sur une jeune fille, en mort encéphalique.

Au mois de janvier 2001, j'ai vu une émission sur la coordination hospitalière et je me suis rappelé ce moment dans ce bloc opératoire parisien. Cela m'a conforté dans le choix de mon thème.

Le public connaît la greffe d'organe car des grands noms y sont associés comme des pionniers tel le Pr. CABROL en FRANCE ou le Pr. BARNARD dans le monde. Mais ce que le public ne sait pas, c'est une équation simple : pour qu'il y ait un greffé, il faut qu'une personne soit prélevée. Dans de trop rare cas cette personne est vivante.

En conséquence, la plupart du temps le prélèvement se fait sur une personne décédée d'une façon particulière : de mort encéphalique. En France, la pénurie d'organe est plus que jamais d'actualité mais je traiterai ce problème de santé publique dans le chapitre qui lui est réservé.

En étudiant les statistiques réalisées par l'Etablissement français des Greffes (annexe 1), j'ai observé que sur l'ensemble des patients recensés en mort encéphalique, 50 % sont prélevés.

Cependant sur les 50% des personnes non prélevés, 32% sont dus aux refus des familles, 11% le sont par les antécédents du patient, 5% sont dus aux obstacles médicaux. Les 2% restant représentent les obstacles logistiques et autres et c'est ce chiffre que je vais étudier.

A quoi était dû ce taux de 2%, la réanimation et/ou la procédure du prélèvement avait-elle été trop longue ? Quels étaient les facteurs externes ou internes pouvant faire échouer ou retarder un prélèvement d'organes ? La coordination hospitalière est la principale fonction concernée par le management du prélèvement. Quel est alors son rôle ? Avec qui travaille t-elle ?

Après observation, il s'avère que ces facteurs de perte de temps sont nombreux et qu'ils ne mettent en péril le bon fonctionnement d'un prélèvement que dans de rares cas.

La procédure du prélèvement dure dans le meilleur des cas une quinzaine d'heures, cette période est irréductible mais rarement respectée.

J'ai de même observé le rôle crucial de la coordinatrice pendant un prélèvement.

La coordinatrice a-t-elle un rôle dans la diminution de ces facteurs de perte de temps, dans l'organisation et dans le prélèvement d'organe lui-même ?

Dans ce travail, le rôle de la coordinatrice sera défini dans son ensemble, son historique, avec qui elle travaille et les grandes étapes où elle intervient pendant un prélèvement d'organes.

Je formule l'hypothèse que la réduction de ces pertes de temps permettrait une augmentation du nombre de greffons transplantés.

En conséquence, je pense qu'une trop longue procédure de prélèvement nuit au travail des coordinatrices.

Bien qu'organisé autour de la mort, le travail de la coordination hospitalière est, en réalité, essentiellement tourné vers la vie.

2 LA GREFFE EN CHIFFRE

Le nombre de greffes d'organe a augmenté d'environ 5% en 2001 par rapport à 2000, de même que le nombre de personnes en état de mort encéphalique ayant donné un ou plusieurs organes, selon un bilan provisoire de l'Etablissement Français des Greffes.

Selon ces chiffres, le recensement des personnes en état de mort encéphalique s'est amélioré en 2001, avec 2192 personnes identifiées contre 2016 en 2000, soit une hausse de 9%. Ils sont aussi la conséquence de l'augmentation du nombre d'établissement autorisé à prélever des organes.

Cependant, le nombre de prélèvements augmente moins vite car le taux d'opposition reste stable, aux alentours de 30%.

Le taux de 18 millions par habitant, taux usuel pour le nombre de prélèvement par million d'habitants en France, est en augmentation, d'autant que l'objectif du plan greffe (annexe 2) est de passer à un taux de 20 en 2002.

En 2001, 3150 transplantations, à partir d'organes de donneurs en état de mort encéphalique, ont été pratiquées, contre 3043 en 2000, soit une hausse de 3,5%. Au 31 décembre 2001, 6459 malades étaient inscrits sur la liste d'attente de greffe (certains patients sont en attente d'une greffe multiple) dont :

- **5214 pour les reins,**
- **468 pour le foie,**
- **128 pour le poumon,**
- **3489 pour le cœur,**
- **73 pour le cœur-poumon,**
- **214 pour le pancréas,**
- **13 pour l'intestin.**

Ils étaient 6036 fin décembre 2000.

« Les besoins n'ont pas diminué, il reste donc beaucoup à faire. Le plan greffe commençant juste à se mettre en place, nous avons encore une marge de progression et c'est encourageant » estime le Dr Didier HOUSSIN, le directeur général de l'EFG.

Pour conclure, l'Est de la France reste la zone la plus efficace avec un taux de prélèvements de 20 par million d'habitants. En revanche, les efforts faits en Ile-de-France ne sont pas encore traduits dans les chiffres.

3 L'ETABLISSEMENT FRANCAIS DES GREFFES

L'Etablissement français des Greffes a été créé le 18/01/1994 par la loi n° 94-43 relative à la santé publique et à la protection sociale. C'est un établissement public administratif de l'Etat, sous tutelle du ministre chargé de la santé. Il est légiféré par quatre textes :

- L'article 56 de la loi 94-43 du 18/01/1994.
- Le décret* 94-870 du 10 octobre 1994
- La lettre de mission du 19 décembre 1994
- La lettre de mission du 07 mars 1999.

L'Etablissement français des Greffes a plusieurs missions qui lui sont propres :

- La gestion de la liste d'attente et de coordination des prélèvements et de greffes et ce 365 jours par an et 24 heures sur 24.
- La gestion des modalités d'inscription des patients, résidant en France, sur la liste nationale d'attente. Mais aussi pour les patients non résidant mais appartenant à l'union européenne, et les patients ressortissant d'un pays soumis par la France à un visa.
- La gestion du registre national des refus par le décret du 30 mai 1997 n° 97-704 (annexe 4),
- La répartition et attribution des greffons par l'arrêté du 6 novembre 1996 (annexe 5),
- Evaluation des prélèvements et des greffes,
- La promotion des greffes et du don,
- L'organisation du secteur des tissus :
 - * liste d'attente des cornées.
- Action avec les professionnels hospitaliers en direction de tous les professionnels de santé,

- Action d'information en direction du grand public par l'intermédiaire notamment de la journée nationale du don le 22 juin de chaque année,
- L'enseignement et la recherche.

Cependant l'Etablissement français des Greffes a d'autres missions qui sont indispensables au bon fonctionnement des dons d'organes :

- Participer à l'élaboration des règles de bonnes pratiques quant au prélèvement, conservation et le transport des organes. Ces règles sont proposées à l'homologation par arrêté du Ministre et par la loi du 29/07/1994 relative à la protection sociale et à la santé publique (art L 673-8),
- Promouvoir la qualité de l'appareillement d'immunologie entre donneur et receveur (art 673-8-1, 2°),
- Améliorer la sécurité dans les activités des greffes, l'Etablissement français des Greffes peut proposer toutes les mesures qu'il juge utile en ce sens,
- Participer à l'élaboration et à la mise en œuvre des règles communautaires et représenter la France.

En outre, l'Etablissement français des Greffes est consulté pour avis en ce qui concerne :

- La délivrance, par l'autorité administrative compétente, des autorisations nécessaires aux activités de prélèvements et de greffes,
- Les autorisations délivrées aux organismes en vue d'importer ou d'exporter des tissus et des cellules issues du corps humain.

De plus, l'Etablissement Français des Greffes est investi d'une mission de surveillance dans la limite de ses compétences et peut signaler au Ministère de la Santé tout manquement aux règles et proposer les mesures qu'il juge utiles pour remédier à ces manquements.

La fonction, la législation et le rôle de la coordination hospitalière sont en partie dictée, par l'EFG.

4 HISTORIQUE DE L'INFIRMIERE COORDINATRICE

Le métier d'infirmier diplômé d'état est régi par le décret n° 2002-194 du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier et plus particulièrement par l'article 14. (annexe 7)

La notion de coordination hospitalière apparaît dans les années 84-85, au cours d'une réunion de France Transplant* et par l'intervention de Mme DUCROS, qui présentait son rôle nouveau de coordinatrice locale. Elle avait alors deux objectifs :

- Assurer le développement des prélèvements multi-organes, des prélèvements des tissus et sensibiliser le personnel soignant à cet effet,
- Décharger au maximum les services de réanimation à qui incombaient la prise en charge des sujets en état de mort encéphalique.

La circulaire* du 14 MARS 1986 identifie pour la première fois la fonction de coordinatrice (annexe 8).

A partir de 1994, date de la création de l'Etablissement français des Greffes, les coordinateurs se font plus nombreux et sont dans des sites, avec des fonctions diversifiées (à plein temps, temps partiel, astreinte...).

Le décret du 1er avril 1997 (annexe 9), précise qu'un site autorisé à prélever se doit de nommer dans son effectif un médecin coordinateur hospitalier et plusieurs coordinateurs hospitaliers.

Les arrêtés* relatifs aux règles de bonnes pratiques de prélèvement de tissus (1^{er} avril 1997) et d'organes réaffirment la nécessité de ces postes afin de développer les activités de prélèvements.

De plus en plus, les coordinatrices hospitalières sont reconnues et indépendantes au sein de leurs établissements notamment auprès des services avec lesquels elles travaillent quotidiennement.

Les coordinatrices sont étroitement liées à l'Etablissement français des Greffes tout au long de leur travail, ils sont complémentaires. Leur rôle est plus ou moins défini par l'Etablissement français des Greffes.

5 ROLE DE LA COORDINATRICE HOSPITALIERE

La coordinatrice hospitalière agit sous l'autorité du médecin coordinateur ou du directeur général de l'établissement dont elle dépend. Elle agit en collaboration étroite pendant le prélèvement avec divers spécialistes (médecins, réanimateurs, chirurgiens, procureur et parfois d'autres personnes).

La coordinatrice se doit avant tout d'être une excellente organisatrice dans son travail, car c'est en quelque sorte, elle qui manage tout le prélèvement et dirige certaines opérations pour rendre celles-ci plus rapides afin que le prélèvement se fasse plus hâtivement.

Elle doit donc connaître ses interlocuteurs ou s'en faire connaître dans un temps limité et précieux. C'est là tout un aspect du travail de la coordinatrice hospitalière que nous aborderons plus tard dans ce document.

De plus, la coordinatrice hospitalière a d'autres activités hors des prélèvements, celles-ci sont aussi, sinon plus importantes, que celles pendant le prélèvement. Ce sont :

- De participer au recensement des donneurs pour établir des statistiques,
- D'accompagner la famille et se tenir à leur disposition après le prélèvement,
- De vérifier que tous les documents existants sont bien dans le dossier du donneur avant l'archivage du dossier médical.

Une dernière facette de la coordinatrice hospitalière nous intéresse plus particulièrement car à la base de nombreux dysfonctionnements et faisant partie intégrante de mon travail de fin d'étude.

En effet, la coordinatrice doit apporter une information au personnel soignant médical ou paramédical, sensibiliser les équipes aux dons d'organes afin de rappeler que pour tous les établissements de santé autorisés, le prélèvement d'organes et de tissus entre dans le projet de l'établissement et doit faire partie des projets des services impliqués auxquels tout le personnel doit adhérer.

Cependant, une grande partie de son travail réside à la formation d'autres coordinatrices, notamment dans le cadre du travail du prélèvement en réseau, ce qui peut l'amener à travailler hors de son établissement.

6 LES RESEAUX DE PRELEVEMENTS

La mise en place de réseaux de prélèvement*, entre plusieurs établissements de santé, de façon à créer des pôles fonctionnels, permet la mise en commun des expériences, des moyens et des compétences devant faciliter le prélèvement et augmenter le nombre de greffons disponibles.

Les réseaux de prélèvement sont basés sur le volontariat des équipes de réanimation dans le cadre de la prise en charge globale des malades de ces services.

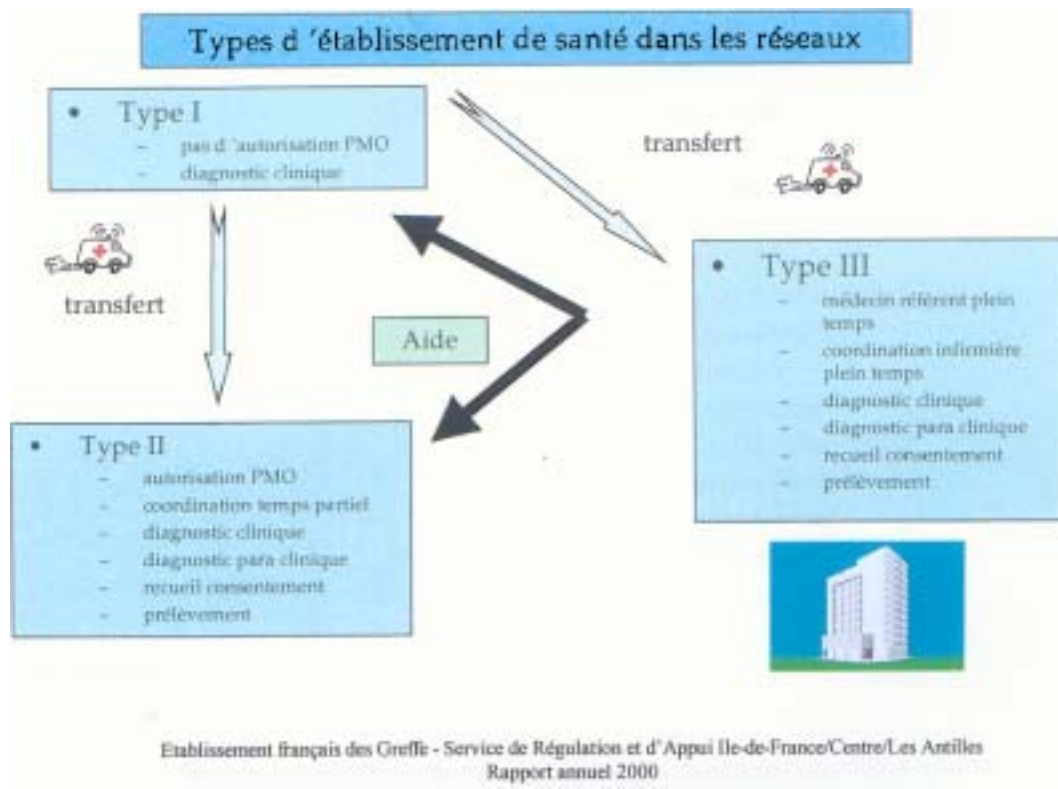
Cette organisation en réseau vise à faciliter le recensement de tous les donneurs potentiels, la réalisation du diagnostic de mort encéphalique et à favoriser le transfert de certains sujets d'établissement non autorisé n'ayant pas les moyens techniques ou humains pour assurer la prise en charge d'un donneur sur site, vers un établissement autorisé à prélever.

La signature d'un « accord cadre » entre l'AP-HP et l'EFG en décembre 2000, organisant l'activité de prélèvement d'organes et de tissus en région Ile de France, doit permettre de faciliter la signature des conventions inter-hospitalières constitutives des réseaux de prélèvement.

Ces conventions inter-hospitalières préciseront les modalités de coopération en assurant en particulier une reconnaissance de cette activité ainsi qu'une garantie juridique du personnel médical et paramédical qui y participe. L'établissement des protocoles et de travaux scientifiques communs, peut formaliser les relations et les pratiques professionnelles entre les différents acteurs du réseau.

Dans l'inter-région VII (l'Ile de France) 8 réseaux de prélèvements se mettent en place, regroupant la typologie ci-après visée, des établissements de santé publics ou privés. (annexe 17)

Ce tableau représente bien le système des prélèvements en réseau



De plus, les réseaux de prélèvements sont soutenus par le Plan Greffe, créé par Mme Martine AUBRY, alors Ministre de la Santé, qui inclut la nécessité d'améliorer la promotion du don d'organe, en créant une journée du don à cet effet le 22 juin de chaque année.

Le Plan Greffe a eu aussi pour conséquence de vouloir augmenter les effectifs des coordinateurs hospitaliers ; plus de 120 postes en trois ans doivent être créés.

Par ce plan, le don d'organe et par conséquent, le réseau de prélèvement devient une mission de Santé Publique dans lequel les coordinatrices ont un rôle primordial.

A partir des données que nous avons déjà vu dans la première partie de ce travail, je vais traiter la tâche de la coordinatrice pendant un prélèvement d'organe. Tout commence alors par l'annonce d'un patient en mort encéphalique dans un service.

7 LA MORT ENCEPHALIQUE

Le constat de mort encéphalique fait l'objet d'un décret en Conseil d'Etat publié au Journal Officiel* le 2 décembre 1996. (annexe 10)

La mort encéphalique résulte donc de l'arrêt total et définitif de la circulation dans le cerveau et le tronc cérébral. Cet arrêt circulatoire conduit à la destruction irréversible des substances grises et blanches. Ces lésions se traduisent par la disparition des fonctions commandées par le cerveau et le tronc cérébral.

C'est un état de mort cérébrale rarissime rencontré dans 0,3% des décès au total et 0,7% de tous les décès intervenant en secteur hospitalier soit environ 500 000 par an, en France.

On peut cependant penser que ce chiffre est sensiblement supérieur comme le précise diverses enquêtes sur le sujet.

On estime à environ 2% le taux de mort encéphalique en France. Beaucoup de patients en mort encéphalique décèdent dans des services d'urgence, de réanimation médicale ou dans des services peu habitués à ce type de patients et dont les équipes ont du mal à maintenir **une hémodynamique correcte** qui aurait permis le prélèvement d'organe.

La vascularisation cérébrale est pour l'essentiel, sous la dépendance des deux artères carotidiennes internes et le tronc basilaire qui est un confluent des deux artères vertébrales.

L'activité cardiaque peut continuer pendant quelques heures, Un patient en mort encéphalique peut ainsi être réanimé pendant 24 à 48 heures maximum.

Le diagnostic repose, en France, sur un examen clinique complet et notamment deux examens complémentaires.

- l'Electroencéphalogramme qui doit être réalisé par deux fois à quatre heures d'intervalle et dont le tracé doit être nul et aréactif dans les deux cas.

Cet examen doit être réalisé par une personne qualifiée, suivant un protocole pré établi. Le résultat doit en être alors retranscrit par écrit pour que le résultat soit validé puis interprété par un médecin qualifié.

Certaines observations évoquent cliniquement un état de mort encéphalique alors qu'il existe un doute eu égard à certains facteurs extérieurs comme la température, les sérologies. Dans ce cas il est possible de répéter l'électroencéphalogramme ou de faire pratiquer une angiographie.

- L'angiographie des quatre axes (carotidienne et vertébrale) doit être pratiquée sur un sujet ayant une bonne hémodynamique, et pour lequel un transfert dans un service de radiologie est envisageable.

De plus, cette méthode d'investigation peut être utilisée chez un malade dont l'état devient instable du fait de la lourde réanimation dont il dépend ou d'une insuffisance rénale majeure.

Le constat de décès doit être signé par deux médecins différents n'ayant aucun rapport avec l'équipe de transplantation.

Cet examen démontre de façon certaine l'absence de vascularisation cérébrale et donc la mort encéphalique (annexe 11).

Après l'arrivée de ce patient si particulier, il faut prévenir la famille.

8 L'accueil de la famille

L'accueil de la famille des patients en mort encéphalique est dès plus délicat, car non seulement on annonce à une épouse, un mari, des parents ou des amis proches que son parent vient de décéder, mais en plus, on leur demande ce que pensait le défunt du don d'organe et quelle était sa position sur cette question.

Ce paragraphe explique très schématiquement comment cela se passe. En vérité tout est bien plus compliqué et plus difficile, pour les soignants et pour la famille.

L'accueil de la famille se fait généralement par le réanimateur et la coordinatrice auxquels peut s'ajouter un psychologue, dans un endroit extériorisé du service de réanimation polyvalente, mais le plus souvent neurochirurgical.

Le médecin est le seul apte à annoncer le décès en mort encéphalique, mais la particularité de cette mort doit être clairement expliquée à la famille, notamment que le coma et les lésions du cerveau sont irréversibles et le réveil impossible.

Le réanimateur doit en outre répondre aux questions de la famille en se mettant à sa portée de connaissance médicale, avec respect, n'hésitant pas à répéter ses explications.

La présence de la coordinatrice est alors indispensable afin d'évoquer le don d'organe, elle se porte alors garante de leur confiance et leur précise qu'elle sera présente du début à la fin du prélèvement.

A ce moment là, la coordinatrice propose à la famille de voir le défunt, pour commencer le deuil et organiser un rendez-vous un peu plus tard dans la journée afin de recueillir leur décision.

S'il n'y a pas de délai limite, le recueil du consentement doit se faire le plus rapidement possible. Ceci ne peut en aucun cas être considéré comme un éventuel dysfonctionnement. Si le principe du consentement présumé* est connu, il faut savoir que dans la majorité des cas, les coordinatrices consultent les familles.

C'est un moment extrêmement pénible pour la famille car le patient est mort, mais il respire à l'aide du ventilateur. Il est chaud, son thorax s'élève à chaque inspiration et si les explications du réanimateur n'ont pas été suffisantes, les familles sont en proie à des questions « *va t-il se réveiller ?* », « *Il respire donc il n'est pas mort !* ».

La coordinatrice se doit alors de répondre aux interrogations des proches du défunt.

Au cours du second rendez-vous avec l'équipe soignante, la décision de la famille est recueillie, sans préjugé, par la coordinatrice. Viennent ensuite les questions relatives à la restitution du corps, aux formalités administratives et voire judiciaires qui sont adressés en principe au personnel infirmier, plus proche du malade que les médecins.

A ce stade, la famille a accepté le don d'organe et va maintenant penser aux malades que les organes du défunt pourront sauver, elle va en quelque sorte idéaliser le don. La famille pose souvent des restrictions au prélèvement d'organe, certains organes ont pour eux une symbolique particulière qu'il faut absolument respecter.

Ce sont souvent le cœur (il symbolise l'âme, l'amour), et les cornées car ils sont le reflet du regard même si la cornée est une paroi transparente.

On propose alors à la famille de rentrer chez elle et de ne revenir que le lendemain pour régler les problèmes administratifs. Ainsi chez elle, elle commence sa période de deuil. La coordinatrice est à leur disposition pour toutes informations sur les nouvelles des transplantés, en gardant leur anonymat.

L'accueil de la famille est, par conséquent, un moment difficile pour l'équipe soignante et plus particulièrement pour la coordinatrice car elle est en première ligne.

Commence alors le processus du prélèvement d'organes.

9 L'ORGANISATION DU PRELEVEMENT

Tout d'abord, la coordinatrice est appelée par un service, souvent la réanimation, pour lui signaler qu'un malade en état de mort encéphalique ou pouvant le devenir est présent dans l'établissement.

Après confirmation de la mort cérébrale, la coordinatrice commence par recueillir les informations :

- Le mécanisme de l'accident,
- La date et l'heure de l'accident,
- Elle regarde si tous les examens indispensables notamment les sérologies ont été effectuées (annexe 13),
- Elle appelle, s'il le faut, les autorités compétentes en cas de mort suspecte.

Après avoir récupéré tous ces documents, elle doit avertir la coordination régionale pour commencer le processus de répartition des organes qu'elle effectuera en collaboration avec la régulatrice.

Vient le moment d'organiser le transport, l'accueil, et le retour des équipes de transplantation et de leur greffon.

La coordinatrice assure une bonne partie de son travail au sein du bloc opératoire où son rôle est très important. Elle veille au bon déroulement de l'opération, du conditionnement des organes, que les dossiers des équipes soient remplis et signés et enfin effectuer avec l'infirmière de bloc opératoire la restitution tégumentaire.

En dernier lieu, la coordinatrice se doit de rester disponible auprès des familles qui le souhaitent.

En définitive, la coordinatrice hospitalière doit établir un dossier de coordination pouvant servir aux recherches ultérieures notamment judiciaires. Une explication en détail du déroulement du prélèvement d'organes se trouve en annexe 15.

1 CHOIX DE MES LIEUX DE STAGES

Afin d'effectuer mes recherches sur le don d'organe, sur les procédures d'organisation et pour tout simplement découvrir ce métier que je ne connaissais pas, il m'a fallu trouver des stages dans la région parisienne car celle ci regorge d'hôpitaux plus important les uns que les autres.

C'est donc mi-février de l'année 2001, que j'ai téléphoné à l'hôpital du KREMLIN-BICETRE, pour savoir quelles étaient les formalités à remplir pour être reçu en stage dans cet établissement. Grande fût ma surprise quand la coordinatrice, après cinq petites minutes d'entretien, me précisa qu'il n'y avait aucun souci et qu'elle me notait déjà dans son planning pour octobre 2001.

L'hôpital du KREMLIN-BICETRE se trouve à la proche périphérie de Paris, c'est un établissement pratiquant nombre de chirurgie, de spécialités différentes.

Cet établissement a notamment la particularité de faire partie des hôpitaux parisiens accueillant les « grandes gardes », c'est à dire qui accueillent les urgences neurochirurgicales.

Ces urgences prennent en charge toutes les personnes dont le diagnostic est neurochirurgical et donc susceptibles d'être en mort encéphalique, ces malades sont ensuite amenés dans les services de réanimation neurochirurgicale au nombre de deux au Kremlin-bicêtre. Cet établissement, créé en 1656, appartient au réseau sud Francilien. (annexe 17).

La décision de créer un poste supplémentaire au sein de l'établissement, car une coordinatrice partait et deux arrivaient, a été possible grâce au Plan Greffe de Martine AUBRY, alors Ministre de la Santé.

Les prélèvements d'organes sont des actes qui ne se font pas tous les jours et leurs fréquences dépendent énormément du lieu ou l'on se trouve et du nombre d'hôpitaux assurant de grandes gardes.

J'ai donc choisi de séparer mon stage en deux, pour pouvoir identifier, voire comparer, deux terrains de stage différents.

J'ai donc opté pour l'hôpital qui présentait le plus grand nombre de prélèvements d'organes, à tel point qu'il représente un réseau de prélèvement à lui tout seul.

L'hôpital de la PITIE SALPETRIERE qui se situe à PARIS est le plus grand hôpital d'Europe, il regroupe deux hôpitaux. Travaillent au sein de cette structure, trois coordinatrices ayant beaucoup d'expérience. Il faut évaluer l'expérience d'une coordinatrice aux nombres de prélèvements effectués et non aux nombres d'années d'ancienneté.

L'hôpital de la PITIE SALPETRIERE effectue deux grandes gardes par semaine, c'est donc pour cela qu'il effectue plus de prélèvements que d'autres établissements.

J'ai été très bien accueilli dans ces deux hôpitaux par les coordinatrices. Il faut dire qu'elles sont habituées à recevoir des stagiaires, étudiants ou non, car nombre d'infirmières de pays différents et lointains viennent parfaire leur formation à PARIS.

Pendant mon stage au KREMLIN-BICETRE, une infirmière libanaise était en stage pour 2 mois auprès des coordinatrices, tous frais payés par son pays, preuve que le prélèvement est maintenant international.

Ce mois de stage à Paris m'a permis de poser des questions, réaliser mes entretiens, recueillir des informations au siège social de l'Etablissement français des Greffes.

Ces stages m'ont surtout permis d'assister à des prélèvements d'organes.

2 UN PRELEVEMENT

Je fus appelé à 4 :30 du matin le mardi 02/10/01 par la coordinatrice d'astreinte pour me dire qu'une personne était en état de mort encéphalique, là débutait une bien longue journée éprouvante sur bien des points.

Arrivé à 5 :00 en salle de réveil de l'hôpital, ma première pensée allait à cette jeune femme, qui à la suite d'un accident de voiture tragique, n'allait jamais plus se réveiller. Le 1^{er} EEG fait à 4 :00 du matin était plat et le 2^{ème} serait fait vers 8 :30 pour prouver la mort encéphalique, mais les signes cliniques ne trompaient pas.

La réanimation pour maintenir une hémodynamique stable est impressionnante, pas moins de 5 seringues électriques, intubation, appareil de thermorégulation, 4 voies d'abord dont 2 artériels et une surveillance plus qu'étroite.

La veille, le réanimateur, **sans la présence de la coordinatrice**, a annoncé l'état neurologique de la jeune femme à sa famille et parlé du don d'organe. La jeune femme en avait exprimé le souhait au sein de sa famille et possédait une carte de donneur que l'équipe n'a pu se procurer.

A partir du moment où le 1^{er} EEG s'est avéré plat et aréactif, la coordinatrice commence son travail, qui dans le meilleur des cas et sans problème autre, devrait durer environ 16 h. Elle commence d'abord par appeler sa collègue, l'Etablissement français des Greffes, le médecin coordinateur et la salle de réveil pour les prévenir de son arrivée.

A 5 :30, la petite équipe commence par écouter les transmissions sur la patiente par l'infirmier de réanimation. On prend un dossier vierge de donneur d'organe qui deviendra LE document de route, on prend les examens biologiques, radiologiques et déjà les premières embûches arrivent, **il manque l'examen des toxiques qui est indispensable**.

Après une heure de pourparlers avec le laboratoire pour récupérer en urgence les sérologies qui sont extrêmement importantes, la coordinatrice prend en compte que la patiente a déjà reçu 10 culots globulaires et qu'elle continue de saigner ce qui est dommageable.

Mais vers 7 :00, l'hémoglobine* est correcte et on conclut que l'hémorragie interne est stoppée, de plus les sérologies s'avèrent négatives.

Comme il s'agit d'un accident de la voie publique, le Procureur de la République doit donner son accord de non-opposition de prélèvement d'organes car l'enquête de police pourrait entraîner ce dernier à demander une autopsie.

Après de **longues minutes d'attente auprès de divers commissariats recherchant le substitut du procureur de garde**, on apprend vers 8 :00 que le **substitut du procureur ne considère pas ce cas comme une urgence** et qu'il traitera le cas dans la matinée.

Stupeur et colère des infirmières coordinatrices qui à force d'insistance obtiendront du substitut de faxer la non-opposition vers 9 :00, les coordinatrices ne sont pas encore soulagées, car chaque minute est capitale et personne ne semble s'en rendre compte.

Retour près de la défunte pour prendre les mensurations pour les différentes équipes de transplantation notamment pour l'équipe cardio-pulmonaire. La réanimation est efficace mais rien n'est gagné, le cœur peut s'arrêter à tout moment.

Maintenant que tous les examens biologiques sont là, presque, car on s'aperçoit que le **bilan hépatique a été perdu au laboratoire**, il ne manque que le deuxième EEG pour constater ou non la mort encéphalique et consulter le registre national des refus auprès de l'Etablissement français des Greffes.

Seulement après avoir téléphoné à l'EEGiste de garde pour savoir à quelle heure il comptait passer pour le 2ème EEG, et pour lui rappeler qu'il aurait fallu qu'il le fasse **depuis déjà 2 heures, on apprend qu'il est parti chez lui et qu'il n'a pas fait la transmission à son collègue et que par conséquent personne n'est au courant que l'on attend un EEG en salle de réveil.**

Avec insistance, **la coordinatrice demande s'il peut régler le problème rapidement, mais cela n'a pas du plaire à son interlocuteur qui raccroche sans demander son reste.** Finalement, un technicien passera vers 11 heures.

Il est 11 heures et il est largement le temps de prévenir les équipes de transplantation pour leur demander si des organes les intéressent, c'est la répartition des greffons qui incombe à l'Etablissement français des Greffes avec l'aide de la coordinatrice.

On sait que l'équipe locale est très intéressée par le pancréas et un rein, le foie sera divisé en deux et de façon in situ, ce qui prolonge le temps de l'opération de 3h, mais il sera aussi prélevé l'autre rein, l'hémigreffon hépatique et le cœur pulmon.

On apprend que le 2ème EEG a été effectué mais que le médecin ne l'a pas interprété et est parti. Nouveaux coups de téléphone pour arriver enfin au fax du résultat de l'Electroencéphalogramme. Le Registre National des Refus est consulté et la réponse tombe tout de suite, la patiente ne s'est pas inscrite au registre national automatisé des refus pour le prélèvement d'organes.

Le don d'organes peut alors commencer, **non sans avoir oublié de faire signer le procès verbal du constat de la mort par le médecin et le certificat de décès par l'administrateur de l'hôpital, mais celui-ci est indisponible et c'est donc l'infirmière générale qui, après discussion, signe le feuillet.**

A 12 heures 35, débute le processus opératoire. C'est d'abord le chirurgien urologue qui incise le premier pour voir l'état des organes et notamment des reins, puis les chirurgiens hépatiques se mettent à l'œuvre pour séparer le foie in situ. Cette partie de l'opération est la plus longue et se termine vers 17 heures 30. Entre en jeu l'équipe cardio-pulmonaire, c'est la partie la plus stressante de l'opération.

Après avoir effectué la cardioplégie et la pneumoplégie, il passe la main au chirurgien urologue pour clamber les différents vaisseaux, c'est le moment le plus stressant de l'intervention car la Tension Artérielle descend dangereusement et l'arrêt cardiaque est tout proche, le chirurgien cardiaque presse sans arrêt ses collègues de se dépêcher.

Quand le cardiologue reprend la main, tout est affaire de minutes et tout s'arrête au moment du clamage aortique soigneusement noté par la coordinatrice, il est 18 heures 30. Pendant ce temps, la coordinatrice a prévenu l'ambulance d'une société spécialisée dans le transport de greffon et la gendarmerie pour que l'équipe bénéficie d'une escorte de police pour revenir plus vite.

Instantanément, l'ambiance est plus calme, l'équipe hépatique de Paul BROUSSE prélève en premier l'hémigreffon restant, que la coordinatrice aide à mettre dans un container spécial étiqueté et parfaitement hermétique, que le chirurgien emporte avec lui, là aussi la coordinatrice a appelé une ambulance mais pas besoin d'escorte car le temps d'ischémie est plus important.(annexe 16)

Ensuite, les urologues prennent le relais et prélèvent le pancréas et les reins. Comme toujours la coordinatrice prend soin de vérifier que les organes sont dans les bons containers et de s'assurer que la restitution tégumentaire est effectuée par le chirurgien urologue.

Ensuite la coordinatrice fait les pansements et fait la toilette mortuaire avec l'aide de l'infirmière de bloc opératoire.

La fin du prélèvement d'organes se termine donc vers 1 heure 30 du matin.

3 ANALYSE DU PRELEVEMENT

Ce prélèvement ne représente pas un prélèvement en théorie mais un prélèvement dans son contexte réel, avec ses défauts et ses qualités.

On remarque un nombre considérable de dysfonctionnements, signalés en gras, qui ont fait perdre beaucoup de temps inutilement aux coordinatrices.

Avant toute chose le premier dysfonctionnement constaté est l'annonce du grave état neurologique par le médecin, sans la présence de la coordinatrice. Il aurait dû prévenir l'infirmière pour qu'elle assiste le médecin et qu'elle puisse recueillir le consentement de la famille et préciser la nature irréversible des lésions. Ceci a été fait le lendemain matin, pendant la procédure même du prélèvement.

Les conséquences auraient pu être désastreuses. Après l'annonce de la mort de la défunte par le réanimateur, par téléphone, la coordinatrice a demandé aux proches le consentement pour le prélèvement des organes et des tissus. La famille n'a pas accepté pour les tissus car cela « faisait trop d'un seul coup ».

Le dysfonctionnement majeur constaté est une perte de temps car, à quatre reprises, la coordinatrice a dû jongler au téléphone, avec divers corps de métier, pour récupérer des examens, des décisions, des résultats. En tout, la perte de temps est d'environ 4 heures.

Quatre heures, c'est un chiffre important quand on considère que le prélèvement est une urgence.

Par définition, l'urgence concerne tout le monde, pour que tout le personnel aide selon son niveau, à la survie du malade. Or, dans ce cas là, il semble que seules les coordinatrices ressentent le prélèvement d'organes comme une urgence. Ce qui est très dommageable, notamment pour la personne qui attend l'organe.

J'ai pu constater que les coordinatrices se démenaient maintes fois pour obtenir ce dont elles avaient besoin.

Démener, le mot est faible tant elles perdent, selon moi, de l'influx nerveux dans ce genre de situation et provoquent en elle un stress bien inutile.

J'ai pu consigner lors de ce prélèvement d'autres dysfonctionnements qui n'ont rien à voir avec la coordinatrice mais concerne plutôt les équipes s'occupant des patients en état de mort encéphalique.

Par deux fois, les infirmières coordonnatrices ont notifié qu'il manquait des examens indispensables pour le prélèvement, que cela soit d'un point de vue médical ou législatif. La perte de temps enduré est d'au moins une heure.

Tous ces dysfonctionnements peuvent être classés en deux idées :

- Le manque d'intérêt ou de connaissance du prélèvement et de ces impératifs, surtout en ce qui concerne les personnes qui ne sont pas directement concernées par le prélèvement d'organes (commissariat, procureur, laborantin, administrateur de l'hôpital, surveillantes...).

- Le manque de formation des équipes qui provoquent des oublis très fâcheux (sérologies, bilan hépatique...). La coordinatrice est directement concernée car elle peut y remédier. Nous y reviendrons plus tard. Ces personnes sont directement impliquées par le prélèvement voire essentiel à celui ci (personne effectuant les EEG).

Je constate aussi que tous les dysfonctionnements sont apparus pendant la procédure « administrative » du prélèvement d'organes, ce qui tente à prouver que le personnel du bloc opératoire est plus concerné que les autres personnels impliqués par le prélèvement d'organes. Est-ce dû à l'exiguïté du bloc opératoire où au fait que ce soit la partie du prélèvement la plus urgente (ischémie des organes, annexe 16).

Pour conclure, je constate malgré tout que les coordinatrices, qui ont effectué ce prélèvement, ont gardé un sang froid à toutes épreuves, et une endurance physique et psychologique qui m'ont impressionné. Elles ont, et c'est le plus important, mené à bien le don d'organes, et ainsi indirectement sauvé six personnes. *Mais que de temps perdu !*

Encore une fois, ce prélèvement ne représente pas tous les prélèvements, car les deux autres que j'ai vu ce sont parfaitement déroulé.

4 L'enquête

Très rapidement au cours de mon stage mémoire, j'ai réalisé que je devais identifier les différents dysfonctionnements lors d'un prélèvement d'organe et cela auprès des coordinatrices.

Après avoir discuté de cette hypothèse auprès de ma coordinatrice référent à la Pitié Salpêtrière, j'ai cherché comment réunir les différentes informations dont a besoin la coordinatrice pendant la procédure du prélèvement.

En somme, effectuer un récapitulatif des données nécessaires pour reconnaître les facteurs pouvant retarder, voire annuler un don d'organe.

A partir des prélèvements que j'avais pu voir sur place, j'ai défini toutes les actions de la coordinatrice pendant cette procédure jusqu'au moment de la restitution tégumentaire. J'ai réalisé ce document par quatre autres colonnes s'ajoutant au récapitulatif des actions (annexe 18):

↳ « **fait** » pour préciser si l'action avait été réalisée,
 ↳ « **non fait** » pour préciser si l'action n'avait pas été réalisée,

↳ « **l'heure** » à laquelle l'action a été entreprise,

↳ La dernière colonne est de loin la plus intéressante, elle met en corrélation les trois précédentes colonnes, et indique si la coordinatrice a rencontré un problème, quelles actions ont été entreprises, les réguler, et par conséquent, en combien de temps il a été normalisé.

La page de présentation

Elle permet d'identifier la coordinatrice ayant répondu à ce questionnaire, de quel service elle dépend, quel est le service demandeur. Elle présente la date du jour et le nom de l'hôpital effectuant le prélèvement d'organe.

La seconde page

Elle récapitule deux thèmes que sont :

examens complémentaires,

donneur,

Ceci doit être théoriquement rempli avant le témoignage de la famille. Cette organisation des actions est sous la responsabilité de la coordinatrice, et par conséquent, gère comme elle l'entend l'ordre de ces actions. J'ai donc précisé à la fin de la page que si la famille n'acceptait pas le don d'organe, cette enquête s'arrêterait.

Le troisième volet de l'enquête

Il met en évidence toutes les actions à entreprendre pour l'organisation du prélèvement avant l'entrée au bloc opératoire. Elle se termine, toujours en théorie, par l'interrogation par fax, du registre national des refus régi par l'Etablissement français des Greffes.

La dernière page

Elle concerne essentiellement le bloc opératoire, elle se définit en deux thèmes :

organisation des équipes,

Prélèvements.

Cette enquête se termine par la toilette mortuaire réalisée par la coordinatrice hospitalière et l'infirmière de bloc opératoire. Ce travail a aussi été proposé à toutes les coordinatrices des hôpitaux parisiens réalisant le plus grand nombre de prélèvements, d'après les statistiques du rapport d'activités de prélèvements et de greffes de l'année 2000. Ce sont les coordinatrices des hôpitaux suivants :

Henri MONDOR à CRETEIL,
BEAUJON à CLICHY,
Victor JOUSSELIN à DREUX,
La PITIE-SALPETRIERE à PARIS,
Le KREMLIN BICETRE.

J'ai précisé par téléphone à chaque coordinatrice que la date butoir pour rendre les travaux étaient le 1^{er} mars 2002, pour me permettre de traiter toutes les données ainsi recueillies.

Pour conclure, devant le peu de questionnaires rendus, l'exploitation de ces enquêtes se fera en annexe 14. Celle ci sera traitée dans « l'analyse des dysfonctionnements » cités lors des entretiens.

5 METHODOLOGIE DES ENTRETIENS

Pour la réalisation de mon mémoire, le choix du type d'analyse s'est posé. Fallait-il faire un questionnaire ou des entretiens ? Après en avoir discuté avec mon conseiller mémoire, le choix des entretiens s'est avéré plus judicieux et indispensable même, et cela pour plusieurs raisons :

- D'une part, le nombre de coordinatrice dans l'inter région VII étant limité à une petite vingtaine, le nombre de questionnaire aurait été insuffisant, d'autant plus que l'on sait que par statistique, 50% des documents ne sont pas rendus à son expéditeur (perte, oubli...). Par conséquent, l'analyse n'aurait pu être complète.

- D'autre part, il me semblait que rencontrer les coordinatrices au sein de leur lieu de travail, de vive voix, car la base de l'entretien est la discussion, était préférable. Cette méthodologie m'a permis de poser diverses questions, de réagir sur des réponses, de recueillir les informations nécessaires grâce notamment à mon guide d'entretien.

J'ai pu obtenir des anecdotes qui ont permis à certaines coordinatrices de se confier un petit peu, ce qui a rendu l'entretien des plus intéressant et de dépasser largement le cadre d'une rencontre élève-infirmier.

Les coordinatrices interrogées ont été d'une rare sympathie, n'hésitant pas à prendre du temps, m'orientant de façon concrète dans mon travail. Toutes m'ont dit que ma problématique était originale et elles se sont prises au jeu des enquêtes.

J'ai réalisé quatre entretiens au cours de la préparation de mon travail, trois d'entre eux se sont déroulés pendant le mois d'octobre (mois de mon stage mémoire), le dernier a été réalisé au cours du mois de janvier auprès d'une coordinatrice n'appartenant pas à un hôpital parisien.

L'analyse va s'effectuer à partir du guide d'entretien. La réalisation de ces entretiens a été effectuée à l'aide d'un dictaphone, exception faite du premier effectué par écrit.

Fonction de la personne interrogée

Sur les quatre personnes que j'ai rencontrées, seule une n'était pas infirmière coordinatrice à plein temps. Elle travaillait dans un hôpital de la Région Parisienne et n'effectuait pas régulièrement des prélèvements d'organes.

Cadre de la rencontre

Le premier entretien s'est effectué à l'hôpital BEAUJON de CLICHY auprès de la coordinatrice de cet établissement. Cet entretien a duré environ deux heures au sein même de son service de réanimation polyvalente.

Le second s'est effectué auprès de ma coordinatrice référent à l'hôpital du KREMLIN-BICETRE. Cet entretien s'est déroulé dans le bureau des coordinatrices.

Le troisième entretien a été réalisé auprès de la coordinatrice de la PITIE-SALPETRIERE. Cet entretien s'est également déroulé dans son bureau.

La quatrième et dernière coordinatrice rencontrée est la coordinatrice de l'hôpital de DREUX, qui contrairement aux trois autres hôpitaux, n'appartenait pas à l'Assistance Publique et ne se situait pas en ILE DE FRANCE. L'entretien s'est déroulé dans le bureau de la coordination hospitalière près de la réanimation.

On peut dès à présent remarquer qu'à part le bureau de la coordinatrice du KREMLIN-BICETRE, les autres se situent proches ou dans le service de réanimation. Ce qui démontre la proximité du travail de la coordinatrice avec le service de réanimation qui accueille les patients en mort encéphalique.

6 ANALYSE DES ENTRETIENS

L'exploitation se fera soit en tableau et l'analyse des réponses proposées juste en dessous, afin que l'on puisse facilement comparer l'analyse des réponses. Les questions se trouvent en annexe dans mon guide d'entretien.

L'aspect psychologique des coordinatrices ne sera pas analysé car elles m'ont précisé n'avoir pas besoin de soutien psychologique.

Les identités des coordinatrices que j'ai rencontré ne seront pas données, pour la simple raison que ce travail est une enquête statistique.

Donc, seuls les établissements où elles travaillent seront nommés :

- **CH1 représente la coordinatrice de l'hôpital BEAUJON à CLICHY ,**
- **CH2 représente la coordinatrice du KREMLIN-BICETRE,**
- **CH3 représente la coordinatrice de la PITIE-SALPETRIERE à PARIS,**
- **CH4 représente la coordinatrice de l'hôpital de DREUX.**

Depuis combien de temps exercent-elles cette fonction et quel est leur parcours professionnel ?

Temps \ Coordinatrices	CH1	CH2	CH3	CH4
Depuis quelques mois				
De 1 an à 3 ans				Chirurgie
De 3 ans à 5 ans			réanimation	
Supérieur à 5 ans	Réa neuro- chir	Bloc opératoire		

A l'intérieur des cases se trouve le service précédemment occupé par les coordinatrices avant qu'elles n'exercent leur profession actuelle.

Analyse :

On peut s'apercevoir lors de cette analyse que les 4 coordinatrices rencontrées exercent leur métier depuis plusieurs années.

Une seule exerce depuis moins de 3 ans, mais il est vrai qu'elle débute dans le métier. Les autres coordinatrices exercent depuis au moins 3 ans, voire depuis près de 20 ans pour les coordinatrices de BICETRE et de CLICHY. Ce qui démontre que cette fonction demande de l'expérience, tout au moins au niveau de la durée d'exercice, de la stabilité au sein de l'établissement.

Par ailleurs, en ce qui concerne leurs parcours professionnels, on constate que toutes les coordinatrices ont travaillé dans des services aigus (urgences, bloc et réanimation), et ce, pendant de nombreuses années (10 ans en moyenne) avant d'exercer cette fonction.

A part la coordinatrice de DREUX, toutes connaissent le don d'organe de part leur service dans leurs établissements. En y regardant de plus près on peut aussi remarquer qu'elles travaillent toutes, sauf la coordinatrice de DREUX, dans des centres de types III.

Le cas particulier de la coordinatrice de CLICHY est facilement analysable, elle a plus ou moins créé la fonction de coordination « *c'est le besoin qui a créé la fonction* », mais son parcours est similaire aux autres.

Je constate que toutes les coordinatrices interrogées se sont toujours impliquées dans des démarches éducatives auprès des patients ou des démarches informatives et formatives auprès des équipes soignantes notamment sur le don d'organe et sur le management des patients en mort encéphalique.

La coordination hospitalière est donc un travail de relation et de confiance avec le personnel soignant. Au niveau national, il est difficile d'évaluer l'ancienneté des coordinatrices et leur parcours professionnel, donc je ne peux dire si mon analyse est concrète, mais elle démontre l'importance de l'expérience, mot clé de cette fonction.

Quelles sont les motivations professionnelles et personnelles pour être coordinatrice ?

Motivations \ Coordinatrices	CH 1	CH 2	CH 3	CH 4
Opportunité professionnelle				
Création d'un service de réanimation neurochirurgicale				
Désireuse de changer de métier				
« Désireuse d'aider les infirmières de Bloc opératoire »				
« Déjà sensibiliser par le sujet dans le service précédent »				
« Le besoin qui a créé la fonction »				

Analyse :

Là aussi, seule la coordinatrice de DREUX fait exception car elle n'a pas choisi cette fonction, elle lui a été proposée en même temps qu'un changement de service.

Par contre, les autres coordinatrices ont désiré cette fonction si particulière, car, comme on l'a vu précédemment, elles ont toujours travaillé dans des services traitant des patients en mort encéphalique et manageaient déjà plus ou moins les prélèvements d'organes que ce soit au bloc ou en réanimation.

On peut donc en déduire que les services aigus sont des tremplins ou la suite logique pour des infirmières qui connaissaient déjà le travail de coordination hospitalière mais qui n'y était pas attaché officiellement au sein de leur établissement.

Deux sur quatre ont changé d'hôpital pour pouvoir travailler en tant que coordinatrice à plein temps ce qui démontre la motivation de ces femmes afin de réaliser leur projet professionnel et je dirai même leurs vies professionnelles.

Quels sont les dysfonctionnements les plus souvent constatés et cités lors d'un prélèvement d'organe ?

dysfonctionnements\ coordinatrices	CH1	CH2	CH3	CH4
<i>Relation coordinatrice - équipes soignantes</i>				
<i>La fatigue qu'entraîne de longues gardes</i>				
<i>La perte de temps</i>				
<i>Formation insuffisante des équipes soignantes</i>				
<i>Formation insuffisante des médecins</i>				
<i>Coordinatrice inexpérimentée</i>				
<i>Difficulté à réunir les informations</i>				
<i>Difficulté à joindre le procureur, gendarmerie les familles,,,</i>				
<i>Logistiques des équipes préleveuses</i>				
<i>Erreurs de numéros CRISTAL*</i>				
<i>Non-anonymat des organes</i>				

Analyse :

C'est l'analyse la plus intéressante de ce sujet puisqu'elle fait partie intégrante de ma problématique.

On peut observer que les dysfonctionnements sont nombreux, divers et variés, certains reviennent tout le temps et d'autres sont cités mais non constatés par les coordinatrices de part leurs expériences personnelles des prélèvements d'organes.

Un seul de tous les dysfonctionnements constatés est commun aux infirmières coordinatrices ; c'est la fatigue, conséquence de plusieurs gardes de suites.

Cela démontre que la longue procédure du don d'organe est un parcours semé d'embûches et qu'elle est très fatigante autant physiquement que psychologiquement, l'augmentation du nombre de coordinatrice par l'état sera bénéfique.

Il existe certainement d'autres dysfonctionnements que les coordinatrices n'ont pas cités, ceux-ci sont certainement dépendants du type de patient rencontré et/ou dépendant de l'hôpital où a lieu le prélèvement.

En corrélation avec l'enquête que j'ai réalisée auprès de cinq coordinatrices de l'inter région VII, j'ai pu constater que se sont souvent les mêmes dysfonctionnements qui reviennent. Ceci peut vouloir dire que se sont des problèmes récurrents auxquels les coordinatrices doivent presque s'attendre lors de chaque prélèvement (annexe 14).

Un seul des dysfonctionnements cités l'est par les quatre coordinatrices, c'est l'inexpérience de la coordination, et non son incompétence, que certaines procédures nuisent à la réussite d'un prélèvement d'organe.

D'où l'extrême importance pour les coordinatrices de former leurs collègues et de veiller à ce que les hôpitaux voisins travaillent en partenariat pour accroître les compétences.

Selon les coordinatrices interrogées, ce sont des faits qui se sont déjà produits et qui ont causé la perte de plusieurs greffons.

Quel est l'opinion des coordinatrices concernant le réseau de prélèvement ?

Opinions \ Coordinatrices	CH1	CH2	CH3	CH4
Opinion favorable				
Opinion réservée				
Opinion défavorable				

Analyse :

Cette question m'est venue à l'esprit au cours de mes stages mémoires car j'avais pu remarquer que toutes les coordinatrices n'étaient pas très favorables au prélèvement en réseau. J'ai donc reformulé ma question lors de mes entretiens et surprise, deux des quatre coordinatrices n'étaient pas favorables à ce système en réseau. Pourquoi ?

Selon elles, sur le papier, tout irait bien si cela était réalisable mais on en est loin, tout simplement car le manque de personnel se fait cruellement sentir dans les hôpitaux de type II.

Or ce sont ces établissements qui sont essentiellement concernés par ce réseau et par le plan de Martine AUBRY, qui doit augmenter les effectifs de coordination hospitalière sur 3 ans.

Ce sont donc les coordinatrices des grands hôpitaux préleveurs et transplantateurs, donc de type III, qui assurent en partie les prélèvements et en même temps, c'est là le gros problème, la formation de ces nouvelles coordinatrices.

La coordinatrice qui m'a révélé son opinion réservée sur la question m'a expliqué que sur le fond l'idée était excellente mais sa réalisation concrète encore très floue. Cela à cause d'un problème de financement (qui finance ?), de personnel, etc.

Les coordinatrices sont donc très demandées et non plus le temps de faire de la formation, les prélèvements de cornées...au sein même de leur établissement.

La seule opinion favorable est pour la coordinatrice de l'hôpital de Dreux qui elle profite donc de l'expérience de ses collègues parisiennes pour affiner sa formation. Mais peut-on lui en vouloir de profiter du système ? **Aucunement.**

Quels sont les points à améliorer au sein de l'hôpital et comment les améliorer si cela est possible

?

améliorations souhaitées \ coordinatrices	CH 1	CH 2	CH 3	CH 4
Instauration d'un bilan sanguin à l'entrée d'un potentiel donneur.				
Transfert du patient le plus tôt possible				
Protocole en continuél réajustement				
Passez plus de temps avec la famille				
Utilisation d'outils informatique portable				
Sensibilisation des médecins pour parler des prélèvements de tissus				
Assister à toutes les réunions concernant le prélèvement d'organes				
Plus de réunions avec les réanimateurs afin de" bousculer leur ego"				
Formation des nouveaux soignants grâce notamment au travail en réseau				
Améliorer le partenariat avec les hôpitaux du même secteur				
Mieux connaître sa collègue				

Analyse :

Toutes les améliorations mentionnées par les coordinatrices le sont évidemment par rapport aux difficultés rencontrées au sein de leur hôpital. Cependant la majorité de ces améliorations **sont** similaire d'une coordinatrice à une autre.

Une seule amélioration est citée par les quatre coordinatrices rencontrées, c'est la formation continue des nouveaux soignants travaillant dans les services s'occupant des malades en état de mort encéphalique. Ce personnel est à la fois aide soignant, infirmier et médical.

Dès maintenant, je mettrai de côté la coordinatrice de BEAUJON qui m'a avoué n'avoir aucunes autres améliorations à rechercher tant son service *marchait à la perfection*. Elle a tenu à indiqué une suggestion pour l'ensemble des services.

Les améliorations que m'ont donc citées les autres coordinatrices sont réalisables au sein de leur établissement et ne demandent pas des réglementations supplémentaires au niveau national ou au niveau de l'Etablissement français des Greffes. Je déduis de ce tableau que l'on distingue un mot clef : **l'information**.

Cette information doit être partout, présente dans l'esprit des coordinatrices qui, à chaque instant et à chaque endroit, doivent faire passer leurs messages.

Ces informations permettraient une meilleure logistique du prélèvement d'organes, car tous les dysfonctionnements, et donc toutes les améliorations que j'ai pu annoter dans ce travail, sont dus à des petits problèmes entre les équipes ou entre les personnes concernées (procureur, commissariat, laboratoire, coursiers, surveillants...).

Par l'entremise de ce tableau, je remarque que toutes ces solutions sont connues des coordinatrices mais sont extrêmement longues à mettre en place, et quand elles y arrivent enfin, le personnel change et tout est à refaire.

C'est ce sentiment d'éternel recommencement auprès des soignants auquel sont confrontées les coordinatrices. L'information est donc l'élément essentiel de toutes ces améliorations. **C'est l'information pour la vie.**

7 PROPOSITIONS

Les propositions que je suggère résultent notamment de l'expérience de mes stages « mémoires » en octobre 2001. Elles sont au nombre de deux.

1^{ère} proposition :

Le prélèvement d'organes est une chaîne, une chaîne de la vie, chaque maillon de cette chaîne est indissociable et complémentaire. Du début de celle-ci, représentée par les médecins urgentistes ou les réanimateurs, jusqu'aux chirurgiens qui participent aux prélèvements des greffons, un lien uni tous ces maillons, c'est l'espoir de la vie. Une personne représente ce lien, c'est la coordinatrice.

Voici de façon schématique comment fonctionne les prélèvements d'organes, seulement comme dans toutes chaînes, dès qu'un maillon est « faible », une perte de temps peut entraîner de fâcheuses conséquences pour la coordinatrice et surtout pour le patient qui attend un organe pour survivre.

Pour que cette chaîne fonctionne parfaitement, la coordinatrice doit être la connexion parfaite entre tous les maillons, elle doit connaître et être reconnue de tous les interlocuteurs potentiels.

C'est pourquoi elles devraient avoir la possibilité de pouvoir développer davantage l'information en :

- Consolidant la formation du personnel, notamment nouveau, dans les services s'occupant régulièrement des patients en mort encéphalique,
- Persistant à passer dans tous les services afin de se faire connaître et reconnaître, que le personnel soignant identifie le travail de la coordinatrice au sein d'un établissement de santé,
- Organisant des réunions auxquelles assisteraient tous les intervenants des prélèvements d'organes (réanimateurs, infirmières, chirurgiens) voire même des gendarmes, policiers, procureurs dans des rencontres d'informations,

- Proposant une journée de sensibilisation au don d'organes au sein de son établissement pour tout le personnel, soignant ou non, afin que soit reconnu le travail de la coordination hospitalière pendant un don d'organes.

Ces propositions permettraient sans doute que tous les maillons de la chaîne agissent à l'unisson et dans un certain critère d'urgence pour permettre à la coordinatrice de travailler dans des conditions optimales

2^{ème} proposition

Comme nous l'avons vu précédemment, les dysfonctionnements que l'on retrouve dans les prélèvements sont récurrents. Par conséquent, les coordinatrices doivent établir des statistiques, des données leur permettant de prévenir ces contre temps. Seule une formation « assurance qualité*» est proposée aux coordinations hospitalières.

Elles devraient donc avoir la possibilité de construire des outils d'évaluation **qualitatif** du prélèvement d'organes afin d'en soustraire des actions pour optimiser la réussite des transplantations

Cette charge de travail supplémentaire est, il est vrai, conséquente. Le bénéfice de ces statistiques se fera au fur et à mesure des prélèvements.

8 CONCLUSION

Le prélèvement d'un organe est un acte symbolique, c'est la renaissance d'un organe au travers une nouvelle enveloppe charnelle. Par ce travail, j'ai démontré que la procédure du prélèvement était longue et semée d'embûches. Ceux-ci sont largement évitables et leurs diminutions permettraient d'augmenter le nombre de greffons prélevés.

Ce travail a bouleversé mon avenir personnel et professionnel. Il m'a permis de découvrir un métier passionnant, dur et ô combien important. J'espère avoir la possibilité d'exercer cette profession dans les années futures.

Mon mémoire aura alors peut être permis d'améliorer certaines conditions de travail des coordinatrices. Cependant, une profonde remise en question de la profession serait utile pour améliorer le nombre de prélèvements et de greffes, mais cela dépasse largement mon statut d'étudiant.

Ce remaniement serait idéal comme, par exemple, un temps plus important concernant ce sujet au cours de la formation d'infirmier, une information diffusée dans tous les centres de santé concernés ou non par la greffe et le prélèvement.

Mais le plus important serait la revalorisation de ce métier par l'intermédiaire d'une spécialisation telle l'infirmière anesthésiste, avec une formation appropriée pour une optimisation des actes de prélèvements d'organes.

Tout cela est peut être illusoire mais j'y crois. La vie d'un patient vaut bien qu'on y réfléchisse de façon concertée entre toutes les personnes concernées. Le prélèvement d'organe est avant tout le début d'une nouvelle vie.