

ECOLE D'INFIRMIERS ANESTHESISTES CHRU DE MONTPELLIER

L'ambivalence du don d'organe auprès des infirmiers-anesthésistes lors d'un prélèvement multi-organes.



Travail d'Intérêt Professionnel pour le Diplôme d'Etat

d'Infirmier-Anesthésiste

Présenté par

LIEN ELVIS

Promotion 2008-2010

Remerciements

Les nombreuses réflexions, les discussions avec les différents professionnels de santé rencontrés tout au long de mon parcours et les corrections successives me permettent de vous présenter fièrement le résultat de ce manuscrit dans le cadre du Travail d'Intérêt Professionnel.

Au delà de cette démarche institutionnelle, j'ai rencontré des professionnels de santé (infirmier-anesthésistes, cadre de santé IADE, médecin-anesthésistes, guidant pédagogique) formidables, admirables et attachants avec lesquels j'ai vécu une expérience humaine empreinte d'humilité et de cœur.

Tout naturellement, je leur dédie le fruit de ce travail fort passionnant et motivant. Ce dernier m'a permis également d'explorer des pistes de réflexions inédites, rendant ma pratique professionnelle plus épanouissante et plus « authentique ».

A toutes les personnes aussi dont les noms ne peuvent être cités par manque de place, toutes celles et ceux qui ont contribué à la réalisation de ce mémoire, qu'elles en soient remerciées de tout mon cœur.

A Stanislas LDL.

SOMMAIRE

INTRODUCTION	6
<u>I. DE LA SITUATION D'APPEL A LA QUESTION DE RECHERCHE</u>	
A/ Résumé du questionnement de départ	8
B/ La question de départ et les investigations entreprises	9
C/ La question de recherche	9
D/ La problématique et la méthodologie	10
<u>II. MODELE D'ANALYSE</u>	
A/ Cadre contextuel	11
1. Le don d'organe	
a) <i>Définition du don d'organe</i>	11
b) <i>Cadre législatif</i>	13
c) <i>Eléments de réflexion : la société, l'Etat et le cadavre</i>	13
2. La prise en charge d'un sujet en état de mort encéphalique par l'IADE	
a) <i>Points clés et moyens de surveillance</i>	14
b) <i>Protocole d'anesthésie</i>	16
c) <i>Objectifs hémodynamiques</i>	16
d) <i>Clampage aortique</i>	17
3. Le déroulement d'un Prélèvement Multi-Organe	17
B/ Cadre conceptuel	19
1. Le don dans la société moderne	
a) <i>Valeur, sens et culture du don</i>	19
b) <i>Difficultés et confusion du sens de la mort</i>	22

2. L'ambivalence du Don	
a) <i>Deux conceptions du Don</i>	26
b) <i>Don comme montée en puissance d'un conflit</i>	28
C/ Cadre opérationnel d'analyse	29
III. <u>ENQUETE</u>	
A/ Choix de l'outil de l'enquête	30
B/ Echantillonnage de la population	30
C/ Procédure des entretiens	32
D/ Analyse des résultats	
1. <i>Thème 1 : le conflit intérieur auprès des IADE</i>	32
2. <i>Thème 2 : le don d'organe</i>	33
3. <i>Thème 3 : les éléments de réponses inattendus</i>	35
4. <i>Conclusion de l'analyse</i>	37
IV. <u>CONCLUSION</u>	39
BIBLIOGRAPHIE	41
ANNEXES	42

LISTE DES ABREVIATIONS

Infirmier Anesthésiste Diplômé d’Etat : IADE

Prélèvement Multi-Organe : PMO

Etat de mort encéphalique : EME

Coordination Hospitalière de Prélèvement : CHP

Pression artérielle moyenne : PAM

Pression artérielle systolique : PAS

Mort encéphalique : ME

Agence de Biomédecine : ABM

INTRODUCTION

La pratique de la greffe d'organes a été tentée dans les années cinquante. Au début de cette pratique, les greffons étaient obtenus à partir d'un donneur vivant ou d'un cadavre. A cette époque là, les transplantations échouaient à cause des phénomènes de rejet de greffes.

Depuis, la transplantation a fait un grand pas suite à la description de la mort encéphalique, décrite au début comme un coma dépassé (Mollaret et Goulon, 1959).

En fait, cette nouvelle définition de la mort a permis l'augmentation du nombre de greffons obtenus à partir de personnes décédées, dont la respiration et la circulation sont maintenues artificiellement pendant un certain temps jusqu'au prélèvement d'organes.

D'autre part, le prélèvement d'organes sur des sujets en état de mort encéphalique a donné naissance à plusieurs réflexions scientifiques, éthiques, religieuses et juridiques. En France, la première circulaire qui décrivait la mort encéphalique et légalisait le prélèvement d'organes sur un sujet en état de mort encéphalique était établie par Jeanneney en 1968.

La pénurie d'organes destinés à la greffe est aujourd'hui un constat systématique dans la plupart des pays du monde. En France, il y a entre 50 000 à 60 000 greffés¹ en vie et chaque année, près de 3000 à 5000 greffes d'organes et de moelle osseuse sont réalisées.

La véritable raison de la diminution de l'activité de greffe est bien celle du manque d'organes disponibles. Ces dons sont actuellement en nombre insuffisant par rapport aux demandes : près de 6 000 malades² attendent aujourd'hui un organe en France.

En pratique, les sujets en état de mort encéphalique sont recensés dans les établissements de santé et principalement dans les services de réanimation, de neurologie ou dans les unités de soins intensifs.

¹ Source Agence de Biomédecine, 2005.

² Source Agence de Biomédecine

Contrairement au traitement d'un patient donné, la prise en charge d'un sujet en état de mort encéphalique a pour objectif la conservation des organes dans le but de satisfaire la survie de plusieurs patients (les receveurs). Cette prise en charge est en fait difficile, car elle mobilise pendant des heures un personnel médical et paramédical hautement qualifié qui doit simultanément gérer les aspects médicaux (établir avec certitude le diagnostic de mort encéphalique et maintenir les fonctions vitales en attente du prélèvement), administratifs, et éthiques, afin de mener le dialogue avec la famille du sujet donneur potentiel.

Au bloc opératoire, les soignants dont les IADE particulièrement sont donc confrontés dans l'activité du prélèvement à une double perception de la vie et de la mort. D'une part, à la douleur de la famille du défunt et par ce biais à l'opinion publique, et d'autre part, à leur propres convictions professionnelles.

I. DE LA SITUATION D'APPEL A LA QUESTION DE RECHERCHE

A/ Résumé du questionnement de départ

Au cours de ma formation initiale en Soins Infirmiers, dans le cadre de mon stage au sein de la Coordination Hospitalière de Prélèvement, j'ai vécu l'expérience d'un prélèvement multi-organe chez une patiente décédée, t. Il s'agissait d'une femme de 45 ans, qui avait chuté accidentellement chez elle, et dont les signes para-cliniques graves (hématome sous-durale avec engagement cérébrale) présageaient une mort encéphalique. En tant qu'élève en Soins Infirmiers, j'ai suivi tout le parcours d'un PMO aux côtés de l'infirmière coordinatrice de la CHP, du diagnostic de la mort encéphalique jusqu'à la toilette mortuaire de la défunte en salle de bloc opératoire.

Cette situation a fait l'objet de plusieurs interrogations :

- Quel est le rôle de l'IADE au cours de la prise en charge lors d'un PMO ?
- Quels sont les sentiments qui animent les acteurs de cette pratique, au point de vue éthique et personnel ?
- Pourquoi l'équipe anesthésique quitte t-elle la salle d'opération dès la fin du clampage aortique ?
- Dans quelles conditions le corps de la défunte est-il restitué à la famille ?
- Comment les concepts de mort et de vie sont-ils en confrontation lors de cette pratique si « singulière » dans l'esprit des soignants ?

De plus, lors de ma pratique en tant qu'infirmier dans un service de réanimation recevant des polytraumatisés graves, j'ai vécu la situation de l'avant scène d'un PMO, c'est à dire toutes les investigations cliniques et para-cliniques qui amènent au diagnostic de l'EME.

Par ailleurs, lors de mes différents stages en qualité d'élève infirmier-anesthésiste, j'ai participé également à des PMO où le discours des soignants autour de ce sujet me laissait perplexe : « *j'ai du mal à soigner ce genre de patient car il est déjà mort pour moi* », « *ce n'est pas évident de s'occuper de tel patient parce qu'il respire, son corps est encore chaud, mais en fait, il est décédé* ».

B/ La question de départ et les investigations entreprises

Les sentiments qui m'animent sont ceux de l'admiration et de la fascination concernant cette prouesse technique qu'est le PMO, mais les discours divergents voire contradictoires de certains IADE me laissent des interrogations :

- En quoi la prise en charge de l'IADE permet elle une optimisation de la qualité des greffons lors d'un PMO?
- Au sein de quels concepts les IADE, concilient-ils leurs valeurs personnelles, professionnelles et éthiques au cours de la prise en charge d'un PMO?

Les entretiens informels que j'ai réalisé auprès des IADE concernés lors de mes stages conduisent à des réponses aussi diverses et variées quant à leur perception de cette pratique. Ainsi, certains points récurrents soulignent les mêmes traits fondamentaux lors de la prise en charge d'un PMO :

Le don d'organe est une activité « *particulière* » qui est adossée à une dimension de générosité, d'altruisme et de don de soi. Si la greffe est la finalité thérapeutique du don, le prélèvement est néanmoins considéré comme le versant le moins gratifiant de cette activité « *noble* ».

Au sein d'un même discours, un IADE exprimait la rigueur des tests conduisant à l'état de mort encéphalique du patient et en même temps, il suggérait le doute quant à la réalité de cette mort.

D'autres professionnels défendaient la promotion du don d'organe, pour autant, ils dévoilaient un certain malaise quant il s'agissait de leur propre ressenti.

C/ La question de recherche

Au regard de mes lectures préliminaires concernant le don d'organe complétées de quelques discussions informelles auprès des IADE, il m'est apparu pertinent de souligner la relation étroite, voire ambiguë qu'entretiennent la notion de mort, particulièrement la mort encéphalique et celle du don dans un contexte de prélèvement multi-organes.

Ainsi, ma question de recherche se résume par l'interrogation suivante :

Dans quelle mesure le don d'organe provoque-t-il l'émergence de conflits intérieurs chez l'infirmier-anesthésiste lors de la prise en charge d'un patient en état de mort encéphalique dans le cadre d'un prélèvement multi-organes au bloc opératoire ?

D/ La problématique et la méthodologie

Afin de répondre au mieux à mes interrogations, il est indispensable de disséquer ma question de recherche en plusieurs sous-questions :

- Quelle est la valeur du don et en particulier celle du don d'organe auprès des IADE ?
- Quelles sont les origines du conflit qui affectent ces soignants ?
- Quel est la prise en charge d'un patient en EME par l'IADE ?
- Quelle est la perception de l'EME par les soignants travaillant au bloc opératoire ?

2009 s'est vu attribué le don comme priorité nationale en France, mais également, l'année de la révision des lois de bioéthiques.

Aborder le don est une entreprise assez périlleuse car il sous-entend la notion de mort, ainsi, l'étude de celui-ci se réalisera à la lumière de l'anthropologue Marcel Mauss qui met en évidence la structuration du don sur l'échange. Puis, nous tenterons de décrypter les rapports qu'entretiennent les soignants avec le don d'organe en particulier.

La mort au sein du bloc opératoire est un événement assez rare, sinon incongru dans l'esprit des soignants. Par ailleurs, le patient en état de mort encéphalique pose la question du doute quant à la véracité du diagnostic médical, aussi, s'ajoute la notion d'ambivalence qui s'installe autour du don d'organe. C'est à partir des réflexions de Marc Grassin³ et Gilles Boëtsch⁴ que le travail s'appuiera pour éclaircir la notion d'ambivalence dont les IADE évoquent lors de leur pratique du PMO, et qui les conduit aux conflits intérieurs.

³ Enseignant-chercheur Faculté de Philosophie. Institut catholique de Paris.

⁴ Anthropobiologiste, Directeur de Recherche au CNRS.

II. MODELE D'ANALYSE

A/ Cadre contextuel

1. Le don d'organes

a) *Définition du don d'organe*

Quand on parle de don d'organes ou de tissus, on fait référence à la volonté de la personne qui va être prélevée. Quand on parle de prélèvement, on fait référence à l'acte médical qui est rendu possible par le don. En France, le prélèvement ne peut pas se faire sur une personne qui était contre le don. La loi distingue d'une part :

- Les organes : le cœur, les poumons, les reins, le foie, le pancréas
- Les tissus : la peau, les os, la cornée, les valves cardiaques, la moelle osseuse, etc.

b) *Cadre législatif*

Les lois du 29 juillet 1994 et du 6 août 2004⁵ ont posé un certain nombre de principes généraux relatifs au statut juridique du corps humain.

Les principales modifications introduites par la loi de bioéthique de 2004 sur le don, le prélèvement et la greffe sont les suivantes :

- Le prélèvement et la greffe constituent une priorité nationale.
- Le prélèvement d'organes est une activité médicale.
- Tous les établissements de santé, qu'ils soient autorisés à prélever ou non, participent à l'activité de prélèvement d'organes et de tissus en s'intégrant dans des réseaux de prélèvement.
- Dans le cadre du consentement présumé au prélèvement d'organes, le recueil de la volonté du défunt lorsque le médecin n'en a pas directement connaissance a évolué.

⁵ www.legifrance.fr

- L'information des jeunes de 16 à 25 ans sur les modalités de consentement au don d'organes fait l'objet d'une attention particulière.

La loi de 2004 consacre le prélèvement d'organes en vue de don comme activité médicale et érige le prélèvement et la greffe en priorité nationale.

Ce don est strictement encadré par des principes⁶ forts afin de protéger les personnes donneuses d'une atteinte à l'intégrité du corps :

- ✓ **Le consentement** : il est le fait de se prononcer librement en faveur de l'accomplissement d'un projet ou d'un acte. Les modalités de recueil du consentement seront différentes selon le don effectué et selon que le donneur soit mort ou vivant.
- ✓ **La gratuité et le principe de non marchandisation** : le corps ne peut être commercialisé, c'est pourquoi la gratuité est requise pour protéger les parties détachées du corps humain contre le trafic d'organes (qui est encore une réalité dans certains pays). Selon les termes du décret du 11 mai 2000, traitant des frais de prélèvement, le don d'un frais impliqués par le prélèvement sont pris en charge par l'établissement préleveur.
- ✓ **L'interdiction de la publicité** : toute publicité en faveur du don d'éléments ou de produits du corps est interdite. Cependant, l'information du public mise en œuvre par l'Agence de la biomédecine (ABM), en faveur du don d'éléments et produits du corps humain, est autorisée depuis 2004.
- ✓ **L'obligation de répartir équitablement** les greffons entre les malades : la mission opérationnelle de régulation, répartition et attribution des greffons, 24 heures sur 24, à l'échelon interrégional, revient à l'ABM. Elle élabore notamment les règles de répartition et d'attribution des greffons en tenant compte du caractère d'urgence que peuvent revêtir certaines indications. Ces règles sont approuvées par arrêté du ministre chargé de la santé.

⁶ www.agence-biomedecine.fr

- ✓ **La sécurité sanitaire** pour les donneurs et les receveurs : les prélèvements d'organes en vue de don à des fins thérapeutiques sont pratiqués dans des établissements de santé autorisés à cet effet par l'autorité administrative après avis de l'ABM (L1233-1 du Code de Santé Publique).

c) Eléments de réflexion : la société, l'Etat et le cadavre

Des craintes ont été exprimées par l'opinion publique, suite à l'avènement de la loi Caillavet⁷; craintes qui laisse entrevoir que c'est le pouvoir politique qui décide de tout, écartant tout espoir démocratique pour le citoyen.

Force est de constater que le corps humain ou le cadavre de l'homme ne cessent d'être exploités en raison des richesses matérielles qu'ils recèlent et des possibilités de plus en plus étendues qu'ils offrent. Cette exploitation suscite bien des enthousiasmes lorsque, couplée avec l'avancée des progrès techniques observée ces dernières années, elle promet de bénéficier à l'homme afin de lui assurer une meilleure santé.

Cependant, cet enthousiasme se trouve quelques fois mitigé du fait de l'apparition de certaines inquiétudes sous-jacentes. En effet, on peut craindre que cette exploitation du corps humain, forte de son objectif d'amélioration de la santé en général, génère cependant des effets pervers. Si le but avoué est d'apporter des avantages à l'homme, sans doute celui-ci doit-il supporter quelques inconvénients liés au fait que l'exploitation du corps suppose sur lui une certaine emprise et aboutit à une sorte de personnification.

L'exploitation s'attache plus au corps en tant qu'objet qu'en tant que personne. C'est un trait d'utilitarisme que l'on ne peut ignorer ici. Et lorsque la personne a tendance à s'effacer au profit de l'objet, il est nécessaire de se méfier de l'utilisation qui peut être faite du corps.

⁷ Loi du 22/12/1976 : Cette première grande loi en matière de don d'organes a constitué un cadre juridique. Le législateur a choisi d'adapter les organes disponibles aux besoins grandissants, en consacrant une présomption de consentement aux prélèvements après décès.

Techniquement, l'utilisation du corps et de ses organes revient à la médecine du fait de l'exclusivité des connaissances qu'elle possède à ce sujet, mais on peut également l'attribuer à la politique dont l'imbrication dans le système vient d'être montrée. L'article 4 de la loi Caillavet énonce les procédures et les modalités selon lesquelles la mort doit être constatée. C'est au pouvoir réglementaire qu'il appartient de déterminer ces modalités alors que sur ce point encore, il est permis de douter de cette attribution. La mort touche l'état des personnes et est par voie de conséquences du domaine réservé de la loi.

La loi Caillavet faisait craindre une conception trop utilitariste du corps à la quelle la loi de bioéthique⁸ est venue poser des limites en affirmant le respect de la dignité du corps humain, principe assorti du garde-fou indispensable qu'est l'avis de la famille. Celui-ci étant encore trop souvent défavorable au prélèvement d'organes sur le cadavre de leur proche défunt, se pose aujourd'hui le problème de la pénurie d'organes et avec lui, celui de la répartition et de l'attribution des organes.

2. La prise en charge d'un sujet en état de mort encéphalique par l'IADE

a) *Points clé et moyens de surveillance*

La prise en charge est identique à celle de la réanimation. L'objectif reste toujours la stabilité hémodynamique jusqu'au clampage aortique.

La situation est rendue encore plus difficile en raison des pertes hydroélectriques majeures dues à l'exposition des viscères abdominaux, des difficultés de dissection, du risque hémorragique, de la durée du prélèvement dans certaines conditions : prélèvement pancréatique, bi-partition *in situ* du foie. Elle dépend aussi de la nature des organes prélevés.

La transmission des informations se fait entre les équipes de réanimation et d'anesthésie en ce qui concernent la situation hémodynamique, les drogues, les moyens de surveillance et avec la

⁸ Loi du 6/08/2004 : Cette loi a considérablement assoupli les conditions d'accès aux organes, en vue de répondre aux besoins de la pratique. Cette loi a abrogé la loi Cavaillet.

coordination pour les organes à prélever. Les conditions d'asepsie doivent être respectées jusqu'à la fin du prélèvement.

MOYENS DE SURVEILLANCE

- ✓ Deux bonnes voies veineuses périphériques (au moins) : si absence, les poser

- ✓ Pression artérielle sanglante : cathéter artériel au niveau des membres supérieurs, si possible à gauche (à priori déjà posé). Si le cathéter est en fémorale, la reposer en radiale.

- ✓ Surveillance hémodynamique : le choix et la pose du cathéter ont déjà été faits en réanimation

- ✓ Cathéter central par voie jugulaire interne ou sous-clavière en l'absence d'antécédents ou de complications hémodynamiques. Si le cathéter est en position fémorale, ne pas laisser les drogues à visée hémodynamique sur celui-ci mais les repositionner sur les veines des bras ou du cou.

- ✓ Sonde de Swan-Ganz en cas d'hémodynamique altérée ou de prélèvement pour ajuster le remplissage et éviter l'œdème pulmonaire.

- ✓ Au mieux ETO permettant d'apprécier la volémie et la fonction cardiaque globale et segmentaire.

- ✓ Sondage urinaire pour évaluer la fonction rénale.

- ✓ Surveillance thermique continue : sonde thermique oesophagienne, rectale ou vésicale.

- ✓ Un système efficace de réchauffement du patient et des solutés de remplissage. Objectif : normothermie.

- ✓ Occlusion des yeux et soins réguliers au sérum physiologique (pour éviter la kératite d'exposition).

b) Protocole d'anesthésie

Curarisation et sufentanil (5 à 10 μ) à l'induction pour éviter les mouvements dus aux réflexes spinaux.

Ventilation pour assurer la meilleure hématose : $\text{PaO}_2 > 100$ mmHg. En cas de prélèvement pulmonaire, ventilation avec une FIO_2 la plus basse possible ($< 60\%$) et avec une PEEP = 5 cm H_2O .

Choix d'une fréquence basse et volume courant normal en raison de la faible production de CO_2 . Les bilans biologiques seront répétés si le prélèvement se prolonge ou si la réanimation est difficile : NFS, gaz du sang, ionogramme, créatinémie. Surveillance répétée de la diurèse.

c) Objectifs hémodynamique

Préparer des seringues électriques, d'atropine, d'éphédrine, de noradrénaline et d'autres vasoamines.

- ✓ PAS > 100 mmHg ou PAM > 70 mmHg ou surface télédiastolique à l'ETO > 12 cm^2 ,
- ✓ Diurèse > 100 ml/h, grâce au remplissage par des macromolécules sauf amidons en raison du risque d'atteinte de la fonction rénale et aux médicaments (Dopamine, Noradrénaline, Dobutamine...).

La présence d'une vasoplégie majeure rend souvent nécessaire l'utilisation de Dopamine et surtout de Noradrénaline. La Dobutamine ou l'Adrénaline ne sont utilisées qu'en présence d'une dysfonction cardiaque sévère. En cas de prélèvement pulmonaire, il vaut mieux privilégier l'utilisation de drogues plutôt qu'un remplissage massif.

- ✓ Compensation des pertes hydro-électrolytiques souvent majeures : au moins 1000 ml/H et transfusion si nécessaire (CGR, plaquettes) afin de maintenir un taux d'hémoglobine supérieur à 80 g/L et une hémostase correcte.

Compensation de la diurèse : ne pas utiliser de desmopressine au bloc afin d'éviter le risque d'anurie ou d'oligo-anurie.

- ✓ Antibiothérapie : l'antibioprophylaxie n'est pas systématique en l'absence de prélèvement pulmonaire. En cas de prélèvement pulmonaire, céphalosporine de deuxième génération ou amoxicilline-acide clavulanique (Augmentin®) 2 g administrée dès l'induction : elle peut avoir été débutée en réanimation.

Héparinisation (300 UI/kg) en cas de prélèvement cœur et/ou poumon à débiter juste avant le clampage aortique.

d) Clampage aortique

Noter sur la feuille d'anesthésie l'heure exacte du clampage aortique et la transmettre à l'équipe de coordination. C'est le début de la période dite « d'ischémie froide », période pendant laquelle les différents organes considérés doivent être greffés dans les plus brefs délais afin de garantir une qualité optimale des greffons.

Après le clampage aortique, la présence de l'équipe d'anesthésie au bloc opératoire n'a plus lieu d'être. Elle quitte donc la salle d'opération le plus souvent. Ne pas oublier de continuer à ventiler en cas de prélèvement pulmonaire.

Enlever tous les cathéters et sondes avant la remontée du corps en réanimation.

3. Déroulement d'un prélèvement multi-organes⁹

La durée du prélèvement est d'au moins 2 heures et peut aller jusqu'à 6-8 heures en cas de séparation du foie. Le choix des organes prélevés dépend d'un certain nombre de contre-indications générales ou spécifiques à chaque organe.

Les équipes de prélèvements ont été désignées par le SRA Ile de France (Agence de Biomédecine) en fonction des règles de répartition en vigueur.

⁹ L'agence de Biomédecine, la SFAR, la SRLF, Prise en charge des sujets en état de mort encéphalique dans l'optique de prélèvement d'organes et de tissus, 1998.

L'abord abdominal est toujours le premier réalisé, même en cas de prélèvements des organes intra-thoraciques, cœur et poumon, l'équipe de prélèvement thoracique est rapidement présente en salle, prête à intervenir.

L'équipe de prélèvement hépatique commence la dissection suivie éventuellement par celle du prélèvement pancréatique puis celle du prélèvement rénal : le but est de décoller les organes et d'individualiser tous les vaisseaux importants afin de pouvoir les canuler au moment du clampage aortique pour commencer immédiatement la protection de l'ischémie (chaude, à température du donneur). Les difficultés résultent du choix des vaisseaux à respecter en cas de prélèvement hépatique avec bipartition (séparation du foie en 2 parties destinées à 2 donneurs différents) ou prélèvement hépatique et pancréatique (ou pancréatique et rénal). L'aorte sus-rénale est repérée et individualisée sur des lacs, prête à être clampée une fois toutes les équipes prêtes.

En fin de dissection abdominale, l'équipe de prélèvement thoracique, équipe différente pour le cœur et le (s) poumon(s) réalise une sternotomie, ouvre le péricarde, libère les différents vaisseaux (aorte, artère pulmonaire, veines caves) et prépare le liquide de préservation (cardioplégie).

Une fois toutes les équipes prêtes, l'équipe de prélèvement rénal clampé l'aorte (la date et l'heure doit être inscrite sur tous les documents accompagnant les organes) permettant l'extraction des organes, thoraciques d'abord puis abdominaux. Les différentes équipes ont parallèlement préparé des tables de dissection sur lesquelles les organes sont préparés et protégés le plus rapidement possible par l'injection de liquides de protection spécifiques à chaque organe. Ils seront ensuite conservés dans la glace au sein d'un container.

Le temps écoulé entre le clampage aortique et la greffe s'appelle le temps d'ischémie : il s'agit essentiellement d'ischémie froide (4 à 8°C) pour les organes intra-thoraciques extraits immédiatement. Ce temps doit être le plus court possible (moins de 4 à 6 heures) pour le cœur, les poumons et le foie. On admettait des temps d'ischémie allant jusqu'à 24 heures pour les reins mais les études actuelles montrent que la qualité et la survie du greffon sont meilleures quand le temps d'ischémie est plus court, d'autres facteurs intervenant aussi.

Le prélèvement des tissus survient dans un deuxième temps après l'extraction des organes. Il s'agit des vaisseaux, carrefour aortique, iliaques, carotides, valves cardiaques quant l'organe n'a pu être prélevé (prélèvement du cœur en bloc, les valves sont extraites en banque de tissus), cornées, peau, os.

La restauration tégumentaire doit être totale : elle est sous la responsabilité de l'équipe chirurgicale qui a commencé pour les organes et celles des équipes de prélèvement des tissus pour chacun d'entre eux.

B/ Cadre conceptuel

1. Le don dans la société moderne

a) *Valeur, sens et culture du don*

Le monde postmoderne dans lequel nous vivons est lié au système économique capitaliste. L'essence du capitalisme est l'accroissement du capital, c'est-à-dire du profit. Dans ce contexte l'homme postmoderne est l'homme du profit.

Donner est le strict contraire de profiter parce que dans le don, on n'attend pas de retour. La mère donne son affection à son enfant et l'entoure de soins. Quand elle aime son enfant, ce n'est pas pour profiter des sentiments et se faire payer en retour, car l'amour est un don de soi, qui se réjouit du seul fait de donner.

Au niveau des concepts et de la pratique, « donner » et « recevoir » peuvent être intimement liés.

Donner pour recevoir imprime une intention particulière dans l'échange qui, sans cela, serait une offrande n'attendant pas de retour. Il n'est pas surprenant, en partant du fait social de l'échange, que dans ces conditions, les études sociologiques sur le don n'y voient pas un geste unilatéral, mais le conçoivent dans la perspective d'un retour, le don appelant alors une contrepartie, ce que Marcel Mauss¹⁰ appelle le contre-don.

¹⁰ Essai sur le Don « Formes et raisons de l'échange dans les sociétés archaïques », 1924.

Le don n'est alors que la moitié d'un échange, moitié qui n'existerait pas sans sa contrepartie. Selon Mauss en effet, le don crée une obligation pour chacun des partenaires, l'obligation de recevoir et aussi l'obligation de rendre. Il est très difficile de refuser un cadeau d'un ami, sans se sentir dans l'avenir obligé de lui rendre la pareille. Tout don, en créant une dette, institue moralement un échange qui pose la promesse d'un retour du service rendu. La différence avec l'échange marchand est cependant assez claire : dans l'échange marchand, le prix est fixé, on peut négocier et la démarche s'appuie surtout sur une demande. Dans le don, on ne négocie pas, il n'y a pas de prix fixé et la démarche relève de l'offre et non de la demande. Le don implique un contrat moral dans la dette qu'il instaure, il implique un service en retour.

Ce que Mauss tire, dans son essai sur le don, de l'analyse des formes du don, c'est l'idée que la réciprocité est un a priori fondamental de toute relation humaine, autant dans l'échange marchand que dans le don. Mais à l'inverse du domaine marchand, dans le don, la relation est plus subjective et le don crée une obligation mutuelle qui maintient durablement la relation.

Dans une transaction marchande, parce que la transaction est objective, les partenaires n'ont même pas à s'occuper des intentions de l'un et de l'autre, seuls comptent les éléments mesurables de la transaction. Ils sont quittes une fois que la transaction est faite.

Dans le don, l'intention subsiste comme un lien invisible qui attache les deux personnes entre elles. La dette du don est une dette positive qui symbolise une relation particulière de confiance entre personnes. Pour Mauss, le don fait partie de l'échange ; il favorise l'échange, mais dans un esprit opposé à l'esprit du commerce.

Selon Mauss, le don est avant tout fondé sur des valeurs immatérielles telles que le prestige, la popularité, la fidélité, la loyauté ou l'amitié. Il crée des valeurs de lien, tandis que l'échange marchand ne crée que des valeurs utilitaires. Dans un système économique strictement utilitariste, tel que le nôtre, fondé sur une interprétation de la valeur en terme d'argent, nous sommes par avance conditionnés à nous représenter l'échange comme échange marchand. Acquisition de biens, loisir, travail, repos, naissance et mort, il semble que toute activité humaine devient de fait soumise aux lois d'un marché.

De sorte que, dans le monde postmoderne, l'échange marchand ne laisse plus vraiment de place à la relation du don qui pourtant est une valeur fondamentale en médecine, particulièrement pour éviter la mise sur le marché des éléments du corps humains, éviter le trafic d'organes et respecter le fait que depuis la révolution française et l'abolition de l'esclavage, le corps est hors commerce.

Le don se situe dans l'intériorité vivante, dans le rapport de soi à soi qui fait que la vie est proprement vivante au sein de sa manifestation. Le don n'est pas la représentation d'une nécessité « intellectuelle » d'un devoir moral. Le don se situe en deçà des calculs et des représentations de l'intellect, le don appartient au Cœur. Le don véritable découle de l'amour. C'est en ce sens seulement que le comportement idéal est fondé sur le don.

Le secret du don est aussi d'être une ouverture proposée à l'ego qui permet justement de rompre l'égoïsme. Que donnons-nous donc d'abord, si le don est à ce point radical ?

Comme l'explique Jacques Derrida¹¹, ce qui est proprement essentiel, c'est la dimension métaphysique du don au sens où le premier don, c'est le don de la Présence. Ce don "*qui n'est pas don d'une chose, mais don d'une présence*".

Or, comme le découvre Derrida, cela signifie que le don est un effacement de soi, un effacement de l'ego traversé par le don, mais qui ne saurait en aucun sens le revendiquer. A ce titre il est bien plus qu'un devoir moral, car il peut rester caché et secret. Le don, parce qu'il est Présence qui donne, n'attend rien et n'attend rien en retour de personne. "*À la limite*, écrit Derrida, *le don comme don devrait ne pas apparaître comme don: ni au donataire, ni au donateur* ». L'Être se manifeste ainsi, comme une présence qui se donne elle-même sans rien attendre, dans une donation qui joue le libre jeu de la manifestation de soi à soi.

Dans cette approche, les notions de « gratuité » et d'anonymat du don prennent tout leur sens. Ainsi, il n'y a pas à opposer le don et l'échange. Il est absurde de mettre d'un côté l'échange, pour le ranger dans la catégorie « économique », et de l'autre, le don, pour le ranger dans la catégorie « morale », quand l'un et l'autre ne prennent un sens que dans la vie elle-même. Il n'y a pas une seule dimension de l'existence où le don ne soit présent, car il est aussi omniprésent que la vie peut être présente à elle-même pour autant qu'elle est vivante.

¹¹ Philosophe français, à l'origine du concept de la « deconstruction », 1930- 2004.

b) *Difficultés et confusion du sens de la mort*

La définition de la mort est un problème trivial engendré par **quatre causes**.

Premièrement le passage de la vie à la mort étant un processus dynamique et non instantané, il est impossible d'arrêter définitivement aussi bien le moment précis où finit la vie que le moment où commence la mort. La mort est-elle un instant ou un processus ? Pour Bichat¹² la vie est l'ensemble des fonctions qui s'opposent à la mort.

Deuxièmement, l'instant de la mort est sanctionné juridiquement par la rédaction du constat de décès, il est le moment d'entrée et de démarrage des actes rituels. Il s'inscrit dans le temps et requiert une délimitation.

Troisièmement, il existe une tension entre d'un côté le concept de mort portant sur l'individu compris comme un tout, et d'un autre côté la cessation ou la mort d'un organe, un système physiologique, ou d'une fonction (mort cérébrale).

Enfin quatrièmement, établir la mort revient à établir l'irréversibilité de cet état. Or, dans certaines situations comme celle des donneurs à cœur arrêté, chercher à prouver l'irréversibilité de la mort au nom d'une éthique prudentielle paraît achopper contre l'exigence éthique du refus de l'acharnement thérapeutique et des directives anticipées du patient.

Bernat¹³ part du constat que la mort est un terme univoque se référant au monde animal et pas spécifiquement à l'homme, que la mort comme la vie ont toujours été fondamentalement des phénomènes biologiques, que la mort est un phénomène irréversible, qu'elle doit être comprise comme un événement et non comme un processus car les organismes sont soit vivants soit morts.

Enfin, et pour terminer, il précise que la mort est un événement qui doit être déterminable par le médecin lequel doit être capable de distinguer un organisme vivant d'un mort. Le moment de la mort ne doit pas être une convention sociale arbitraire. Bernat étoffe ainsi sa vision par rapport à la mort graduelle qui est « *le modèle asymptotique de la cessation*

¹² Médecin biologiste et physiologiste français, 1771- 1802.

¹³ Bernat, J.L., *The Whole-Brain Concept of Death Remains Optimum Public Policy*, "The Journal of Law, Medicine and Ethics" 2006;34:34-43

de vie et se base sur l'affirmation fondamentale qu'à la fois le déclin de la vie biologique et de la personne est un processus continu plutôt qu'une rupture ».

Le modèle implique également de considérer la vie comme une synthèse de multiples facteurs semi-indépendants qui créent la vie comme un orchestre crée la musique.

Un composant important du modèle est que la vie peut exister dans des états résiduels qui méritent une considération spéciale en tant qu'états porteurs d'une dignité. L'histoire médicale récente (dans le contexte de la nécessité de développer la transplantation d'organes d'un côté et de l'autre de la nécessité de statuer sur l'état de coma dépassé) montre que le débat a été clos d'emblée d'une part en 1968 par le Harvard Committee et d'autre part par la Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research .

Bernat et collaborateurs suggèrent qu'une analyse optimale de la mort doit être conduite en trois séquences :

- identifier la définition de la mort qui permet d'explicitier notre concept traditionnel implicite de la mort. C'est une phase du ressort de la **philosophie**.
- identifier un critère de mort généralement mesurable à la fois nécessaire et suffisant et qui peut être employé dans le statut de la mort. Cette phase relève à la fois du ressort de la **philosophie** et la **médecine**.
- détailler et valider les tests qui concluront que le critère à été rempli. Cette phase est spécifiquement **médicale**.

c) *Les soignants face à la mort*

La disparition de la prise en charge communautaire du mourir et des rites de deuil a créé un vide chargé d'angoisse et de solitude renforcé par les progrès de la médecine et la prolongation du temps de vie

Le processus " *d'évacuation* " de la mort que Philippe Ariès¹⁴ soulignait déjà en 1977 sous le terme de " *mort cachée* " la rend d'une présence d'autant plus redoutable que ses manifestations émotionnelles, symboliques, sociales doivent être tuées. L'individu n'a trouvé dans la société que mutisme et déni comme réponse à son traumatisme de mort. Parallèlement ou de façon concomitante, la médecine occidentale a assuré depuis trente ans son développement en déployant un discours idéologique du succès et du progrès qui supporte difficilement la confrontation à la mort et aux limites.

Cette stratégie consciente ou inconsciente a renforcé le déni social de la mort au point qu'elle apparaît comme un ennemi qu'il faut masquer, faute de pouvoir le faire taire. L'évolution parallèle de la médecine et d'une montée de l'individualisme social a conduit, au delà du silence sur la mort, à une déshumanisation dans sa prise en charge. De nombreux faits culturels et sociaux aboutissent à des paradoxes : le plus significatif d'entre eux est le désinvestissement communautaire à l'égard du mourant renvoyant l'événement du mourir à la sphère du privé, phénomène que Philippe Ariès a appelé la " *privatisation* " de la mort.

Ce phénomène sociologique se couple avec l'augmentation de la prévalence de la mort à l'hôpital, structure collective et sociale par excellence. Tout se passe comme s'il fallait vivre de manière privée l'événement de la mort au cœur d'une institution sociale collective. Le paradoxe tient au fait que non seulement l'institution ne prend pas ou peu en charge la mort (vécue implicitement comme une défaillance de la structure sociale), mais en plus elle ne permet que difficilement la possibilité de vivre pleinement l'événement dans la sphère du privé (présence des proches à l'agonie, annonce aux familles de la mort proche).

¹⁴ Ariès P. L'homme devant la mort. Seuil, Paris 1977.

Sous le regard des autres, avec de multiples acteurs de la santé, l'homme qui meurt est le plus souvent dépossédé de ce temps du mourir dans sa dimension relationnelle et sociale. De ce fait, la ritualisation nécessaire tant au niveau individuel que collectif qui pourtant assure à tous la possibilité de dire et de vivre la souffrance de la perte de l'autre a progressivement disparue.

L'émergence de l'hôpital, structure collective et technicisée, comme lieu de mort ne répond pas à la demande légitime de la famille et du mourant de ritualisation. Dans cet espace collectif, la mort reste privée mais dans le sens douloureux du terme : à savoir solitaire et déshumanisée tant pour le malade que pour les familles.

Le malade est réifié, infantilisé et dépossédé de sa propre mort et la famille ne trouve pas sa place dans cet espace inconnu, mystérieux face à ce proche qu'elle ne reconnaît plus, dont elle ne comprend pas les manifestations physiques. Incompréhension et mystère que le personnel médical n'a pas les moyens ni le temps d'éclaircir.

2. Ambivalence du don

La résistance au don d'organe tient peut-être moins à la difficulté d'anticiper la problématique de la mort qu'au don lui-même. L'hypothèse défendue ici est que le don est au cœur d'une tension entre deux significations qui s'affrontent conduisant les hommes que nous sommes à vivre un conflit.

Particulièrement bien mis en évidence par Marcel Mauss et Marcel Hénaff¹⁵, la demande de don peut-être vécue comme un sur-ajout de violence à une situation déjà violente (le décès brusque d'un proche) conduisant à vivre la demande comme une logique sacrificielle. La question du contre-don, c'est-à-dire de la reconnaissance est décisive pour apaiser la montée en puissance du conflit violent créée par la demande.

Trois remarques préalables :

- Le tabou et le déni de la mort sont classiquement évoqués comme les éléments de la réticence au don d'organe. La difficulté d'anticiper et de parler de la mort favoriserait le refus. Si le déni de la mort dans nos sociétés occidentales libérales est une réalité, il s'avère que depuis une vingtaine d'années, la mort a resurgi dans le discours médical et qu'elle n'est pas aussi absente qu'elle l'a été. A travers la problématique de la mort décidée, la mort est devenue une thématique du discours médical et du discours social. Désormais, on parle de la mort dans la société.
- Deux rapports au corps s'affrontent. Nous sommes dans une société qui a redécouvert la question du corps avec une survalorisation de celui-ci autour du corps beau, du corps jeune, du corps en bonne santé, le corps puissant. Face à cette structuration de soi et de la vie sociale autour de ce corps magnifié, le prélèvement d'organe renvoie à un corps objet, découpable, morcelable, un corps interchangeable. Il s'agit de deux images inversées, opposées du corps, non immédiatement intégrables.

¹⁵ Philosophe et anthropologue, il est professeur à l'Université de Californie à San Diego. Le prix de la vérité : le don, l'argent et la philosophie. Seuil. 2002

- Il existe un décalage entre le discours médical sur la mort et le vécu. La mort est objectivée (la définition de la mort cérébrale) rencontre la mort comme événement. Il y a un écart entre la représentation et la présentation de la mort par le corps médical et la réalité événementielle de la mort d'un proche qui renvoie à deux temporalités différentes. La mort médicale est « exacte », « instantanée ». La mort vécue est événement historique, basculement de l'histoire, lente d'intégration de l'événement. Si la médecine peut parler de la mort, les proches quant à eux, parlent de « leurs morts ».

a) Deux conceptions du don

La difficulté quant au don d'organe tient à deux conceptions qui s'affrontent et qui ne se rencontrent pas. Comme Marcel Hénaff l'a souligné, la conception moderne du don est avant tout morale et privée. Le don est renforcé par la pensée religieuse judaïque, et plus encore par le christianisme, structuré sur la gratuité absolue.

Donner est donner sans espoir de retour, sans attente de compensation. La valeur du don tient à qu'il est en rien sous-tendu par l'idée d'échange. Le don est don lorsqu'il est absolument désintéressé : « *Qui fait un don pour recevoir n'a pas fait de don* » disait Sénèque. « *Vous avez reçu gratuitement, donnez gratuitement* » selon la Bible selon Mathieu, verset 10.

Il n'est en rien structuré sur l'échange, l'idée de dette disparaît, le contre-don également. Cette conception du don, ou plus exactement ce vécu du don qui implicitement nous structure et nous détermine pose problème dans notre société occidentale libérale. L'homme occidental libéral vit une tension entre deux modalités d'existence: l'échange et la gratuité. Nous appréhendons le don comme gratuité, nous nous construisons individuellement et socialement sous la modalité de l'échange.

Le don d'organe est présenté sous la modalité de l'engagement moral, gratuit et généreux, nous vivons essentiellement dans l'échange. Ceci conduit à vivre le don d'organe comme un geste moral, un dépassement « héroïque » de l'ordinaire de nos fonctionnements. La demande de don est une demande de dépassement, de sortie de soi, d'acceptation d'un « sacrifice » pour une raison morale, d'un au-delà de l'échange. On peut toujours évoquer le fait que l'acceptation du prélèvement permet de se construire, de se reconstruire, de faire le deuil, de créer du sens, il n'en demeure pas moins que c'est sur fond d'un dépassement in-évident, d'une acceptation de « *ne plus être dans l'échange* ».

Cette conception du don, sur laquelle se structure le discours autour du prélèvement, est-elle culturellement adaptée ?

L'hypothèse ici soutenue, est que la difficulté tient essentiellement à un choc entre le fond culturel qui nous anime (l'échange libéral) et la représentation privilégiée d'un don moral réclamant un sacrifice.

Tout se passe comme si nous tentions une sorte de grand écart entre deux positions contradictoires, conduisant à vivre un écartèlement, un tiraillement, pour ne pas dire une « schizophrénie ». Le travail de Mauss a particulièrement mis en évidence cette structuration du don sur l'échange. Il définit le don non pas comme le simple geste de donner mais comme l'unité dynamique entre trois gestes qui n'en font qu'un Donner – Recevoir – Rendre.

La chose significative est que le don est une modalité relationnelle. La chose échangée n'est pas tant l'objet du don que la relation établie. C'est le donneur comme relation qui se donne à travers la chose échangée. C'est la possibilité d'existence même du donneur qui se joue dans l'échange. C'est la personne qui circule dans l'échange. La structure ternaire du don, universelle, comme « *fait social total* » dira Mauss, oblige à réintégrer l'échange comme dimension essentielle du don. C'est précisément cette dimension que la conception moderne prévalente oublie.

Le propos n'est pas ici de nier la dimension morale du don, son efficacité, ni de dire qu'il nous est impossible de la vivre, mais d'évoquer l'hypothèse que la dimension oubliée du don comme échange est une des raisons de la réticence au don. Si le discours sur le don d'organe est structuré sur l'échange il se trouvera plus naturellement en adéquation avec le sol culturel et social de notre société. La dimension sacrificielle tendra à s'amointrer rendant plus aisée l'acceptation de la demande. La question du contre-don devient essentielle d'autant plus lorsque la demande porte sur une réalité aussi surchargée émotionnellement et violente que le morcellage de celui qui a fait notre histoire. Ultimement, la demande de prélèvement sous la modalité du don est une demande de morcellage de sa propre histoire, de son propre corps à travers le corps de l'autre.

b) Don comme montée en puissance du conflit.

Mauss a parfaitement souligné que le mécanisme du don est une lutte pour la reconnaissance sur fond d'une montée en puissance d'un conflit latent qui s'apaise par le contre-don. Or la demande de don d'organe est par excellence une situation de montée en puissance de la violence sur fond de conflits immédiatement non résolus :

- Conflit de loyauté vis-à-vis du défunt (respect de son intégrité corporelle – respect de sa volonté- respect de l'histoire affective...).
- Conflit de loyauté vis-à-vis du receveur (le refus revient à décider de la mort de quelqu'un d'autre – conflit entre liberté de choisir et responsabilité)
- Conflit moral (ses valeurs de solidarité, d'humanisme, générosité et leurs mises en application effectives)
- Conflit entre des réalités (efficacité des greffes- échec de la médecine qui n'a pu empêcher la mort de survenir)
- Conflit de la reconnaissance (un geste sans visibilité, sans reconnaissance, sans visage- une solitude)

La demande de prélèvement, présentée comme don gratuit et engagement moral, sans logique de reconnaissance compensatrice (contre-don) ne permet que difficilement de vivre la montée en puissance du conflit psychique et sociale induite par la demande et la situation. Sans mécanisme de reconnaissance, les conflits latents que les proches ont à vivre ne peuvent qu'être exacerbés. La demande peut être vécue dans l'ambivalence comme une demande de sacrifice, renforçant l'injustice ressentie de la mort inattendue de ceux qu'on aime.

Le don d'organe, par delà la dimension humaniste incontestable (dont l'expression la plus significative est la déclaration de cause nationale), est aussi une logique sacrificielle si des conditions de reconnaissance (d'échange) ne sont pas élaborées comme modalité symbolique d'apaisement de la violence.

La prise de conscience de la composante violente de la demande oblige, parce que le don est relation, y compris lorsqu'il est appréhendé de manière gratuite, à reconnaître que le sacrifice consentie est bel et bien un sacrifice, qu'il coûte et qu'il n'est pas rien.

C/ Cadre opérationnel d'analyse

Le cadre d'analyse se déclinera en 2 thèmes dont je souhaiterais approfondir la réflexion.

Le conflit intérieur et les IADE :

De quelle manière ces professionnels sont – ils tiraillés, d'une part par la promotion de la vie à travers le don d'organe, et d'autre part, par l'ambivalence de cette pratique ?

Même si le prélèvement d'organe constitue une des étapes avant la greffe, les IADE ne sont pas moins dépourvus de doute concernant cette pratique.

La difficulté dans le rapport au don, c'est l'ambivalence entre le fait d'être un corps et d'avoir un corps. Donner son corps ou une partie de son corps, c'est faire le don de soi. Le don du corps dans la culture judéo-chrétienne est central puisque c'est l'amour de l'autre (le Christ). Aujourd'hui, dans notre société laïque, le système de valeurs a changé. Le don prend toute sa valeur symbolique par son intégration dans le social ; il n'est plus un simple échange mais devient un partage (de ce que l'on a, de ce que l'on est).

Le don, c'est le fait d'être dans la cité, c'est l'accès à la citoyenneté.

Le don d'organe :

Quelles peuvent-être les significations du don d'organe au regard de ces IADE ?

Voici un tableau récapitulatif résumant les concepts qui guideront l'analyse des résultats.

Concepts	Critères	Indicateurs
Conflits intérieurs	Définition état de mort encéphalique Représentation de la mort et ses critères	Vécu de l'IADE Ambivalence des sentiments Examens cliniques et para-cliniques
Don d'organe	Représentation individuelle Conditions établies selon l'Agence de Biomédecine Cadre législatif	Principes législatifs Notion de don et contre-don Vécu professionnel Impératif anesthésique

II. L'ENQUÊTE

A/ Choix de l'outil de l'enquête

Le thème de la mort au bloc opératoire n'est pas un sujet facile à traiter. Diffuser un questionnaire auprès du personnel IADE se serait soldé par des réponses trop courtes ou mal exprimées si bien que l'analyse des résultats aurait été difficile sinon inexploitable.

Afin de recueillir les propos de ces professionnels de façon fidèle, claire et objective, l'utilisation de l'entretien semi-direct paraissait le plus approprié dans cette situation.

La grille d'entretien est composée de 5 questions portant sur l'ensemble des 2 thèmes à explorer, celle-ci comporte également des sous-questions de relance afin d'étoffer l'argumentation des IADE en cas de réponses trop courtes.

La formulation des questions est volontairement simple, l'utilisation d'un vocabulaire professionnel clair et précis permet d'écarter tout risque de mauvaise compréhension.

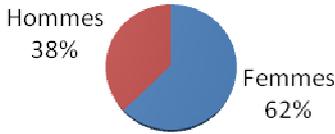
B/ Echantillonnage de la population

La population choisie au regard du sujet de ce travail d'intérêt professionnel est évidemment les IADE. Ni la méthode des quotas ni celle dite probabiliste n'ont été retenues dans l'échantillonnage de la population pour des raisons simples : population très réduite au regard de la pratique du PMO et un seul bloc opératoire au sein du C.H.U de Montpellier a été sollicité pour des raisons logistiques.

Cependant, les entretiens ont été réalisés auprès de professionnels volontaires, pris au hasard mais justifiant d'au moins 3 PMO au cours de leur carrière professionnelle.

Les caractéristiques de ces 8 soignants se résument dans les graphiques suivants :

**Répartition de la population selon le
sexe**



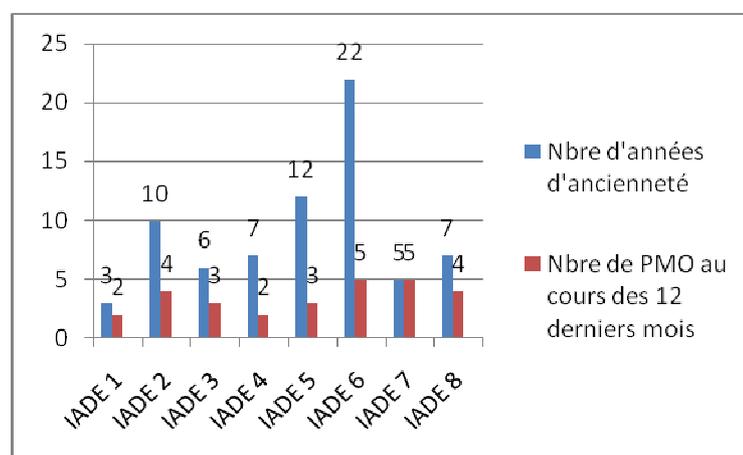
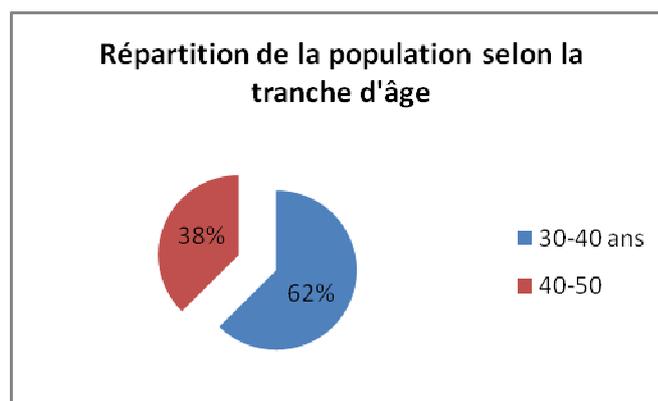


Tableau récapitulatif de la population choisie en fonction des différents paramètres

	IA 1	IA 2	IA 3	IA 4	IA 5	IA 6	IA 7	IA 8	Moyenne ou Pourcentage
Sexe	F	F	F	F	F	M	M	M	
Tranche âge	30-40	40-50	30-40	30-40	40-50	40-50	30-40	30-40	30-40
Nbre de PMO 12 derniers mois	2	4	3	2	3	5	5	4	4
Expérience greffe ET prélèvement	Oui	Oui	Non	Non	Oui	Non	Oui	Oui	63% oui
Expérience	Oui	Oui	Oui	Non	Non	Oui	Oui	Oui	75%oui

en réanimation									
-------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

C/ Procédure des entretiens

Les entretiens ont été réalisés selon la disponibilité des soignants, ils se sont déroulés dans un bureau calme exempt de tout bruit parasite, excepté 1 seul qui a connu des conditions difficiles (téléphone par intermittence et local peu propice).

Les interviews ont été enregistrés afin de retranscrire fidèlement les propos des IADE, dans le respect de leur anonymat et après leur accord préalable.

D/ Analyse des résultats

Afin de faciliter l'analyse des résultats et d'alléger la présentation, les éléments de convergence et de divergence ont été mis en évidence thème par thème.

1. Thème 1 : le conflit intérieur auprès des IADE

La plupart des interrogés sont des infirmiers confirmés ayant en moyenne 10 ans d'exercice professionnel avant de choisir la spécialité IADE. Si 6 professionnels de santé sur 10 ont déjà travaillé en secteur de réanimation avant leur spécialité IADE, il apparaît néanmoins, que ces derniers considèrent le patient en état de mort encéphalique comme un patient ordinaire provenant d'un secteur de réanimation. Pour ces personnes-là, la **mort apparente** est masquée par un corps maintenu en vie grâce à une ventilation artificielle associée à une thérapeutique globale laissant croire cliniquement que le sujet est encore en vie. Comme l'indique IA 1 « *c'est un patient de réanimation qui semble mort « (..) » le corps du patient continue à respirer grâce au ventilateur ».*

Toutefois, la prise en charge de ce sujet mort ne laisse pas indifférents 6 IADE parmi l'échantillonnage choisi. Leurs propos traduisent bien le **traumatisme de la mort**, comme en témoigne IA 2 « *le plus dur, c'est de se dire que l'on s'occupe d'un patient déjà mort, et ce n'est pas facile de faire abstraction »*

Non seulement la mort reste très singulière au bloc opératoire pour ces personnes-là, mais celle-ci est l'expression d'un malaise sociale plus profond. En effet, il n'est pas d'usage de mourir au bloc opératoire, puisque dans la conception commune des soignants, le patient arrivant au bloc opératoire repart dans son service en meilleur forme.

Or, ce malaise est bien perceptible à travers les propos d'IA 5 « *certaines soignants sont gênés par la mort au bloc opératoire, c'est un sentiment d'échec...dans le cas du PMO, la mort est dans nos esprit et la phase où je déconnecte le patient du respirateur est très difficile* ». Par ces propos, le **déni social de la mort** est mis en exergue, comme le rappelle le docteur Isabelle Richard qui s'est intéressée au regard que porte le personnel soignant sur la mort des patients.

A cela, certaines personnes interviewées expriment leur attitude en termes **d'ambivalence** concernant l'état clinique du patient. C'est dans ces termes suivants « *le patient respire encore, mais je sais aussi qu'il est mort (...) on peut parler d'ambivalence dans cette pratique, on est partagé entre le fait que nous sommes devant un mort mais que parallèlement il va donner, prolonger la vie d'un autre patient* » que IA 7 l'explique. Cette notion d'ambivalence est soulignée dans 4 discours sur 8.

Par ailleurs, même si les professionnels interrogés connaissent bien les lois de bioéthique dans ses principes fondamentaux (gratuité, anonymat, registre national des refus, sécurité sanitaire etc..), 4 d'entre eux expriment le risque de dérive mercantile concernant les organes recueillis, comme s'en défend IA 5 « *le risque avec la pénurie d'organe, c'est la marchandisation de ces derniers, comme cela existe dans certains pays* » (...) *les lois de bioéthique nous protègent de cette dérive pour l'instant* ».

2. Thème 2 : le don d'organe

Le don d'organe, c'est aussi synonyme de **geste citoyen**. Ainsi, tous les IADE expriment en terme très positif le don d'organe, en tout cas avec des qualificatifs éloquents traduisant la générosité de cet acte : IADE 1 « *c'est un beau geste de donner ses organes après sa mort, c'est un don généreux* »

Même si le don d'organe représente « *beaucoup de courage* », il n'est pas moins encadré par des **limites législatives** très strictes comme le soulignent 6 IADE. En effet, les lois de bioéthique visent à encadrer le prélèvement multi-organe, et à l'élever au titre **d'activité médicale** à part entière.

Dans ce sens, IA 7 déclare : *« il existe des lois pour protéger les personnes mortes contre les abus, comme le consentement éclairé ou la loi de bioéthique »* et son collègue IA 2 ajoute *« la loi de bioéthique de 1994, renouvelée en 2004 et actuellement en cours de révision »*.

L'état de mort encéphalique présente une clinique particulière, définit par une sémiologie très stricte. Les réponses de tous les IADE indiquent qu'ils connaissent parfaitement les **critères de l'état de mort encéphalique** et les conditions de prélèvement d'organes. Comme on témoigne les propos de IA 3 *« l'abolition des reflexes oculo-cardiaques; la mydriase bilatérale, l'hypothermie, l'absence de barbiturémie »*, la sémiologie de l'état de mort encéphalique ne pose aucun problème technique particulier dans la prise en charge du patient. Cependant, l'exercice par le passé dans un service de greffe pour 5 IADE donne du sens dans leur activité de prélèvement actuel: *« j'ai une expérience de réanimation avant de travailler dans ce bloc, j'ai alors une double vision de cette activité »* précise IA 5. Par conséquent, le **vécu professionnel** suggère une meilleure compréhension de l'activité de prélèvement, facilitant alors sa prise en charge par l'IADE.

Si le don d'organe *« est le prolongement de la vie, (..) Une chance qui est accordée au nouveau greffé »*, les soignants (6/8) mettent en lumière aussi la **notion de dette** qu'éprouveraient certains greffés envers leurs donneur, comme déclare IA 1 : *« certains receveurs d'organes se sentent coupable de vivre au détriment de leur donneur, c'est un sentiment assez difficile au début pour eux »*. Cette idée est bien revendiquée par M. Mauss qui souligne la dynamique du don selon un mode ternaire, celui du *« donner, recevoir et rendre »*.

3. *Thème 3 : les éléments de réponses inattendus*

Les entretiens auprès des soignants ont été fructueux en termes de sujets inattendus. En effet, en dépit d'un sujet principal délicat, l'expression des IADE s'est portée sur les facteurs que l'on nommera intrinsèques et extrinsèques afin de faciliter leur analyse.

En premier lieu et parmi un des facteurs intrinsèques, les interrogés développent une **stratégie de défense** visant à atténuer l'impact de la mort du patient sur leur pratique professionnelle, comme en témoigne la réflexion de IA 8 « *lors du bloc du sujet en EME, je ne passe jamais du côté chirurgical, c'est ma façon à moi de me protéger (...) je ne fais pas de lien avec ma propre vie pour me préserver* ».

Malgré l'existence de stratégies, les professionnels ne sont pas moins dénués d'**émotions**, ainsi, IA 2 déclare « *je parle de sentiment étrange, ce n'est pas tellement un conflit pour moi, c'est un sentiment étrange (...) dès lors du clampage aortique, j'éteins tous les appareils de surveillances et j'extube le patient, le sentiment vient de cette situation, dans ce moment précis, je me pose la question suivante : mon métier, c'est ça?* ».

Si l'activité de prélèvement se déroule le plus souvent la nuit pour des raisons logistiques et techniques, le personnel IADE travaille en condition d'astreinte et n'a pas exprimé son **volontariat**.

La **position du soignant face au don** ne reste pas moins obscure puisque 6 IADE expriment leurs difficultés selon les propos suivants : IADE 5 « *je travaille depuis longtemps dans le milieu du PMO, malgré toute cette expérience, j'ignore quelle sera ma position si cela devait se présenter pour moi, c'est certain que je ne pourrais pas décider pour les autres* ».

Même si les critères de mort encéphalique sont bien rigoureux, la moitié du panel émet un doute quant à la réalité de la mort du patient, IA 2 « *on a toujours un petit doute quant aux examens, même si tout est bien réglé et bien fait. Le patient est a priori mort mais le doute subsiste* ».

Parmi les facteurs extrinsèques, la **continuité de la vie** représente la finalité du prélèvement dans le discours de 5 IADE : IA 6 « *la mort ne me dérange pas, elle n'intervient pas dedans, au contraire, je pense plutôt à la vie d'abord (..) C'est la continuité de la vie* ».

La prise en charge anesthésique du patient passe par le **binôme MAR-IADE**, au sein duquel il peut exister des « *difficultés* » comme l'explique IA 5 « *j'ai certaines difficultés avec certains MAR, lesquels ne comprennent pas ma démarche (la non-utilisation de certains analgésiques en per opératoire car, pour moi, le patient n'est pas sensé avoir mal puisqu'il est déjà mort !* »

L'activité de PMO est une discipline sensoriellement difficile, les sens mettent à l'épreuve la sensibilité des soignants comme le précise IA 3 « *le sentiment d'étrangeté persiste quand je vois ce corps meurtri par la chirurgie, ouvert sur la table d'opération, en croix avec une incision large, grossière, j'ai un souci avec cette **image corporelle**, meurtrie, cela m'interpelle fortement* ».

A la violence de la mort, s'ajoute celle de l'image du patient, nu sur une table d'opération froide, au milieu d'une pièce où l'ambiance ne laisse pas la place à la joie. Cette situation particulièrement affligeante interpelle 1 IADE qui s'exprime ainsi : IA 5 « *mon épouse sait que je traverse parfois des situation difficiles, il existe des cellules de débriefing après chaque PMO, à distance de l'acte, j'y suis allé une seule fois, et ensuite, j'y ai renoncé* ».

Les **groupes de paroles**, animés par l'équipe de la Coordination hospitalière de prélèvement, sont des moments privilégiés, à distance du PMO, offerts aux soignants pour évacuer des situations difficiles.

Enfin, la place de la **famille du défunt** est évoquée dans 2 discours selon les termes suivants IA 3 « *ce n'est pas évident si on ne connaît pas la position du défunt de son vivant, car, du coup, c'est la famille qui prend la responsabilité de la décision* ».

4. Conclusion de l'analyse des entretiens

La mort encéphalique représente moins de 1% des personnes qui meurent à l'hôpital, or cette source d'organes représente actuellement 95% des greffes réalisées en France. La mort encéphalique correspond à la destruction totale et irréversible des fonctions de l'encéphale, c'est à dire l'ensemble formé par le cerveau, le cervelet et le tronc cérébral. Le constat de mort repose sur trois observations cliniques: l'absence totale de conscience et de motricité spontanée, la disparition totale des réflexes du tronc cérébral et enfin l'absence de la respiration spontanée du patient.

D'une façon générale, le prélèvement d'organes apparaît comme une médecine de « pointe » concernant un petit nombre de patients.

Au niveau individuel, un certain nombre d'interrogations autour de la mort ou de l'état de mort encéphalique génèrent un malaise qui amène à considérer que l'activité de prélèvement d'organes ne peut être que traumatisante, voire ambivalente, rejoignant alors le concept de conflit intérieur auprès des IADE interrogés.

Une des premières interrogations concerne le diagnostic de mort cérébrale. Une fois celui-ci réalisé, la logistique du prélèvement d'organes impose la mise en place d'une réanimation sophistiquée qui perturbe non seulement profondément les IADE dans le vécu de la mort mais également celle des familles.

Se souvenant qu'il doit être à la fois au service de l'individu et de la santé publique, pris entre l'éthique individuelle et l'éthique collective qui ne vont pas toujours de paire, sans réflexion réelle préalable, l'IADE se retrouve dans une situation conflictuelle dont il doit se sortir. Enfin, au bloc opératoire, l'IADE n'est pas moins confronté au déni social de la mort, rendant celle-ci impersonnelle et étrange.

C'est pourquoi, si la transplantation apparaît comme une activité gratifiante, le prélèvement d'organes, première étape d'une activité noble est considérée comme « le sale boulot ».

Les lois de bioéthique, en cours de réactualisation en 2009, permettent de poser un cadre réglementaire bien défini et adapté concernant l'activité de PMO, considérant ce dernier comme une activité médicale à part entière et participant à une mission de santé publique majeure.

Si le don d'organe suggère un geste noble et citoyen de la part du patient, la position du soignant face au don ne reste pas moins difficile à clarifier. Les stratégies de défenses développées par les IADE face à leurs interrogations ne sont pas illégitimes face aux émotions que la prise en charge du sujet en état de mort encéphalique suscite. La légitimité d'une pratique, son acceptabilité sociale, ne peuvent être acquises par des dispositions légales qui les régissent. La loi sur les modalités du recueil du consentement ne peut constituer une réponse aux interrogations quant aux règles de bonne pratique de toute personne impliquée dans l'activité de prélèvement.

C'est dans cette situation d'urgence que la question de l'éthique du prélèvement (du don ?), se pose non plus comme le souci de la personne décédée, mais comme celui de sa famille et celui de l'équipe soignante qui a prélevé les organes dans les meilleures conditions techniques et affectives possibles.

IV/ CONCLUSION

La pratique du PMO est inscrite comme une activité médicale à part entière, et se réalise selon un cadre législatif bien défini. Si le geste de donner ses organes à autrui lors de son décès est « *noble* », après avoir exprimé de son vivant ses intentions, le don n'est pas moins dénué de sens.

La disparition de la prise en charge communautaire du mourir et des rites de deuil a créé un vide chargé d'angoisse et de solitude renforcé par les progrès de la médecine et la prolongation du temps de vie. Ce phénomène sociologique se couple avec l'augmentation de la prévalence de la mort à l'hôpital, structure collective et sociale par excellence.

Les soignants au bloc opératoire, en particulier les IADE sont donc confrontés à la mort lors des PMO, à ceci près, que celle-ci revêt des particularités troublantes, elle est dite « mort encéphalique ».

Si la majorité des IADE sont en faveur du don d'organe et voit par ce biais la continuité de la vie pour le patient – receveur, il n'en est pas moins clair concernant leurs propres intentions quand il s'agit de leur positionnement face au don. Les éléments de réponses issus de la littérature et ceux recueillis auprès des professionnels interrogés confortent l'idée ; qu'au-delà du simple don, c'est tout un mécanisme psychologique qui se met en place afin d'atténuer l'impact de la mort auprès de la famille du défunt, mais aussi auprès des IADE dont ils ont le « prendre soin ».

Par ailleurs, l'ambivalence du don d'organe tiendrait ses origines dans la structuration individuelle et collective des professionnels IADE, à savoir des conflits non résolus (de loyauté envers le défunt, envers le receveur, de moral ou de reconnaissance) d'une part, et d'autre part, l'environnement médical qui considère la mort comme signe d'échec.

L'état de mort encéphalique, les conditions du prélèvement, le vécu personnel de chaque soignant ainsi que le traumatisme de la mort, entre autres, participent à l'ambivalence que peuvent ressentir certains IADE lors de la prise en charge d'un prélèvement multi-organes.

Ce travail d'intérêt personnel m'a permis d'explorer le versant subtil et délicat de la prise en charge d'un patient en état de mort encéphalique par les IADE. En effet, au-delà des gestes techniques sûrs et précis, l'enjeu de cette prise en charge se situe dans l'adéquation de l'impact de la mort du patient et la finalité du geste thérapeutique.

Cette production manuscrite trouve ses limites dans un premier temps dans le choix de la population concernée, car celle-ci ne répondait pas aux critères rigoureux de l'échantillonnage dite par quotas ou dite probabiliste. De plus, la sélection d'un seul bloc opératoire a limité la possibilité d'interroger d'autres IADE travaillant dans l'activité de prélèvement. Il aurait été pertinent aussi d'interroger un plus large panel d'IADE afin d'optimiser la représentativité des professionnels et de leurs réponses.

De plus, le choix d'un lieu neutre (hors du bloc opératoire) tel qu'une cafétéria aurait été plus propice à libérer la parole de ces professionnels. L'environnement « aseptique et parfait » du bloc opératoire contraindrait certains IADE à garder un discours officiel quant à leurs opinions réelles sur le don d'organes.

Aborder le sujet de la mort, même pour nous soignants, reste difficile et n'est pas sans interférences avec les affects personnels. Enfin, le nombre d'entretiens réalisés reste marginal si bien que les résultats de l'enquête se bornent seulement à cette population déterminée.

Toutefois, même si certains soignants développent des stratégies personnelles d'adaptation, comment aider les IADE qui éprouvent des difficultés dans ces situations là ?

De quelle façon, ces professionnels pourraient évacuer leur souffrance face à ce type de soins ? Quel accompagnement peut-on leur proposer ?

BIBLIOGRAPHIE

Sites internet consultés

- ✓ Site www.don-organe.net (consulté le 23.09.09)
- ✓ Site www.france-adot.org (consulté le 23.09.09)
- ✓ Site [www.agence de biomédecine.fr](http://www.agence.debiomedecline.fr) (consulté le 05.07.09)

Articles de revues

- L. Imperatori, Dons d'organes et transplantations : qu'en pensent les soignants ? Revue médicale Suisse n°268.
- M. Perad (Dir), Vécu des soignants lors des prélèvements multi-organes, Revue de l'infirmière, n°32 novembre 1997, p18.
- F. DREIFUSS-NETTER A. CORDIER, Questionnement sur les états généraux de la bioéthique, comité national consultatif d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé, 9 oct 2008.
- L'agence de Biomédecine, la SFAR, la SRLF (Dir), Prise en charge des sujets en état de mort encéphalique dans l'optique de prélèvement d'organes et de tissus, édition Elsevier, 2005.
- EFS, coordination hospitalière des prélèvements d'organes, Guides des bonnes pratiques du prélèvement d'organes et de tissus, version 2, 1998.
- Claire Boileau, Dans le dédale du don d'organes, le cheminement de l'ethnologue, édition des archives contemporaines, une pensée d'avance.2002.
- Marcel Mauss, « Essai sur le don. Forme et raison de l'échange dans les sociétés primitives », édition elsevier, 1923.

ANNEXE 1

Revue Médicale Suisse
Revue Médicale Suisse N° -628 publiée le 12/12/2001
Dons d'organes et transplantation : qu'en pensent les soignants ?
Article de L. Imperatori C. Gachet P. Eckert R. Chioléro

Nous rapportons une enquête d'opinion auprès du personnel médical et infirmier des soins intensifs, des urgences et du bloc opératoire, effectuée dans le cadre du projet Donor Action. Cette enquête effectuée par questionnaire anonyme portait sur les attitudes envers le don et la transplantation d'organes. Elle a été effectuée dans un hôpital universitaire, centre de transplantation et dans un grand hôpital régional sans programme de transplantation. Les principaux résultats montrent une attitude plus positive dans l'hôpital régional, face à ces questions. Le don d'organes et la transplantation soulèvent de nombreuses interrogations auprès du personnel médico-infirmier, tout particulièrement sur la mort cérébrale, pour laquelle il est à noter que seuls 80% des soignants des deux hôpitaux considèrent que cette dernière est une confirmation de la mort. Ce résultat démontre qu'il n'est pas possible d'aborder la question de la mort à l'aide de la seule science médicale.

Introduction

La Suisse, tout comme l'ensemble des pays occidentaux, souffre d'un déséquilibre croissant entre le nombre de donneurs d'organes et celui des patients nécessitant une transplantation. En 2000, 952 patients étaient inscrits en Suisse sur une liste d'attente en vue d'une transplantation, alors que seulement 98 donneurs d'organes ont été identifiés. Pour considérer l'ensemble du problème, il faut encore relever qu'un donneur est susceptible de fournir 5-8 organes ainsi que de nombreux tissus (cornée, vaisseaux, os, etc.), tel que le démontre le nombre de patients transplantés qui s'élèvent à 402.

Avant 1997, la plupart des hôpitaux suisses ne possédaient pas de données sur le nombre de donneurs potentiels d'organes qu'ils traitaient. Une telle donnée est importante, car elle est susceptible d'augmenter le nombre actuel de donneurs par une identification plus précoce de ceux-ci. Une autre mesure susceptible d'améliorer cette situation concerne le personnel médical et infirmier impliqué dans la prise en charge des donneurs d'organes et des transplantés. De nombreux indices font suspecter qu'il existe un décalage parfois important entre l'avis des «transplanteurs» d'organes et celui des autres soignants, tels que le personnel des soins intensifs, de salles d'opération (anesthésistes et instrumentistes) et des urgences. Une telle divergence d'opinion est susceptible de troubler le climat relationnel entourant le don et la transplantation d'organes et de favoriser les réactions de refus. Il n'existe malheureusement que fort peu de données sur les attitudes du personnel soignant face à ce domaine dans notre pays.

Dans le but de combler cette lacune, il a été décidé que notre institution participe au

programme *Donor Action*. Il s'agit d'un projet international visant à donner aux hôpitaux intéressés des ressources pour identifier tous les donneurs potentiels d'une part et déterminer les attitudes des soignants face au don d'organes et à la transplantation d'autre part. L'objectif final est d'améliorer la détection précoce de tous les donneurs, de favoriser le développement d'attitude positive dans le personnel médical et infirmier et, finalement, de développer une approche plus empathique des proches des donneurs d'organes.¹⁻⁴ En 1997, un groupe de travail visant à implanter le projet *Donor Action* dans notre pays a été mis sur pied, suivi par la création d'une fondation (FSOD, Foundation to Support Organ Donation), dont le secrétariat est géré par la coordination locale de transplantation du CHUV.

L'objectif de cet article est de présenter quelques résultats importants de l'enquête sur les attitudes du personnel médical et infirmier face au don d'organes et à la transplantation.

L'enquête Donor Action au CHUV et à l'hôpital de Sion

L'étude a été effectuée au CHUV durant la période du 01.01.97 au 31.05.98. Elle comportait trois parties : 1) une analyse rétrospective de dossiers médicaux visant à identifier les donneurs potentiels non identifiés ; 2) une enquête auprès du personnel médical et infirmier ; 3) l'identification des points nécessitant des changements dans la prise en charge des donneurs d'organes. L'étude a également été effectuée à l'hôpital régional de Sion, ce qui a permis de comparer les données d'un hôpital universitaire effectuant de nombreuses transplantations d'organes, avec celles d'un hôpital régional de référence doté de soins intensifs mais n'effectuant pas de transplantations d'organes. Durant la période de l'enquête, le CHUV exploitait un total de 860 lits dont 39 lits de soins intensifs adultes. L'hôpital de Sion exploitait 270 lits dont 11 de soins intensifs.

L'enquête auprès du personnel visait à déterminer : 1) les attitudes et les connaissances vis-à-vis du don d'organes et de la transplantation ; 2) le niveau de confort du personnel durant le processus de don d'organes ; 3) les besoins en formation/information dans ce domaine. Un questionnaire anonyme a été distribué à cet effet au personnel médical et infirmier des soins intensifs adultes, des urgences et du bloc opératoire du CHUV et de l'hôpital de Sion.

Au CHUV, 533 questionnaires ont été distribués, alors que 140 ont été distribués à l'hôpital régional de Sion. Au CHUV, 305 questionnaires ont été retournés, correspondant à 58% du personnel médical et 56% du personnel infirmier. A Sion, 115 questionnaires ont été retournés, ce qui donne un taux de participation nettement plus élevé (82%). Ces données démontrent l'intérêt soulevé par cette enquête. Au CHUV, 81% du personnel déclaraient soutenir le don d'organes. Une telle attitude positive était encore plus marquée à l'hôpital régional de Sion où 96% répondaient positivement. Personne ne s'opposait au don d'organes à l'hôpital de Sion contre 8% au CHUV. A relever que 11% au CHUV étaient sans opinion contre 4% à Sion. Deux tiers des soignants lausannois déclaraient vouloir donner leurs organes, contre 88% à Sion. Concernant le don d'organes chez un enfant décédé, seuls 46% de soignants du CHUV pouvaient l'envisager contre 78% à Sion.

Commentaires

Cette enquête fournit de nombreuses indications sur les attitudes des soignants face au don d'organes et à la transplantation. Ces attitudes varient largement avec les corps de métiers et l'hôpital où s'exerce l'activité professionnelle. Elle varie également fortement d'un individu à l'autre, en fonction des valeurs et des croyances de chacun.

Nos données montrent qu'au moment de l'enquête, les attitudes développées par les soignants de l'hôpital régional étaient plus positives que celles des soignants de l'hôpital universitaire. Comment expliquer cette différence ? Plusieurs explications peuvent être avancées. Tout d'abord, les soignants de l'hôpital régional sont moins souvent confrontés aux situations de don d'organes que ceux de l'hôpital universitaire. De plus, ils ne vivent que la partie du don d'organes jusqu'au prélèvement, mais non pas la partie liée à la transplantation. Plusieurs facteurs sont susceptibles d'expliquer l'attitude plutôt négative des soignants des urgences, des soins intensifs et de salles d'opération de l'hôpital universitaire. Premièrement, il existe des tensions ou désaccords quant au choix des receveurs. La mise en liste des toxicomanes actifs ou repentis et des patients âgés (60-65 ans) soulève beaucoup de discussions parmi les soignants. Elle divise fréquemment les chirurgiens transplantateurs et ces soignants. Deuxièmement, les complications liées à la transplantation d'organes impliquent des séjours parfois prolongés en soins intensifs. De tels traitements impliquent des souffrances parfois considérables chez les patients transplantés. Il arrive même parfois que les traitements entrepris soient considérés comme de l'acharnement thérapeutique par certains soignants. Troisièmement, le prélèvement multiple d'organes peut être vécu comme un événement violent, particulièrement par les professionnels de la salle d'opération (anesthésistes et instrumentistes). Plusieurs études soulignent que la proportion des porteurs de carte de donneur est particulièrement basse parmi les infirmiers des soins intensifs des hôpitaux où l'on pratique la transplantation d'organes.

Comment faut-il réagir face à ces données ?

Faut-il les interpréter comme témoignage de la diversité des valeurs et croyances de chacun ou faut-il envisager d'essayer de modifier ces attitudes ? Au CHUV, un effort d'information et de formation est entrepris depuis le début du projet *Donor Action*. Les coordinateurs de transplantation donnent des informations au personnel qui le sollicitent et participent à la formation du personnel des services directement concernés (urgences, soins intensifs, anesthésie). L'ouverture des commissions de mise en liste de transplantation aux soignants des secteurs concernés constitue également un moyen de renforcer les attitudes positives.

La mort cérébrale correspond-elle à la mort de l'individu ?

Un résultat plutôt surprenant de cette étude était le constat qu'environ 20% des soignants, médecins et infirmiers, ne sont pas complètement convaincus que la mort cérébrale correspond à la mort de l'individu. Suis-je bien mort si mon cerveau est mort ? Est-ce bien le cerveau le seul moteur de notre vie ? Y a-t-il autre chose au-delà du concept de mort cérébrale ? Même si la science médicale répond clairement à cette question, puisque l'évolution irrémédiable des patients avec tous les signes de mort cérébrale est clairement démontrée par plusieurs études, elle ne répond pas au questionnement normal de l'individu face à la mort. Cette hésitation à considérer la mort cérébrale comme la véritable mort démontre à l'évidence que la mort n'est pas uniquement un diagnostic médical ; elle est beaucoup plus que cela. La sensibilité, le vécu, les croyances religieuses et les représentations de chacun font que devant

cet événement si important et si difficile à comprendre et à accepter, le soignant se trouve face à lui-même et à ses limites. Devant un patient en mort cérébrale, le personnel soignant est appelé à poursuivre les traitements et les soins non pas pour le patient lui-même mais pour maintenir ses organes en vie. Cette fragmentation des soins et de l'approche de l'individu malade pose beaucoup de questions. Dans le cas d'un donneur d'organes, les soins aux organes sont plutôt d'ordre biologique, alors que la prise en charge de la famille constitue un événement émotionnellement fort. Les infirmiers de soins intensifs qui soignent des patients en mort cérébrale déclarent se comporter exactement comme s'ils étaient vivants : ils leur parlent, leur expliquent les soins, leur humidifient la bouche comme s'ils avaient soif et leur expliquent les examens qui sont effectués. L'attitude des anesthésistes face à la mort cérébrale illustre également la complexité de cette question. Même si la raison nous dicte que les patients en mort cérébrale n'ont pas besoin d'anesthésie, d'analgésie ni de sédation, des enquêtes récentes montrent que plus de la moitié des anesthésistes administrent une anesthésie générale pour le prélèvement des organes.⁵ C'est également le cas dans notre hôpital. Ces considérations illustrent la nécessité de l'approche de la mort cérébrale dans un contexte non exclusivement médical et qui intègre d'autres dimensions émotionnelles et spirituelles.

Et la famille dans tout ça ?

L'approche globale des soins infirmiers dit qu'il est nécessaire de considérer le patient comme faisant partie d'une famille et par conséquent tenir compte de l'effet de sa maladie sur les autres membres de la famille. La force de ces liens est bien visible dans la situation difficile de la mort cérébrale. Les émotions très fortes qui sont dégagées par le cercle familial contribuent à renforcer les incertitudes du patient.

Conclusions

Cette enquête effectuée au CHUV et à l'hôpital régional de Sion démontre que les attitudes du personnel médical et infirmier développées face au don d'organes et à la transplantation sont diverses et complexes.

Elles varient avec le corps de métiers, les circonstances et le lieu de travail. Elles sont en plus fortement dépendantes des valeurs et croyances propres de chaque individu. Le questionnement du personnel soignant est très proche de celui du citoyen.

Auteur(s) : L. Imperatori C. Gachet P. Eckert R. Chioléro

Contact de(s) l'auteur(s) : M. L. Imperatori et Mme C. Gachet Coordination de transplantation CP2 CHUV 1011 Lausanne Coordination.Transplantation@chuv.hospvd.ch Dr P. Eckert Soins intensifs Hôpital régional 1950 Sion Pr R. Chioléro Soins intensifs de chirurgie et Centre des brûlés CHUV 1011 Lausanne Rene.Chiolero@chuv.hospvd.ch

Bibliographie : 1 Wight C, Cohen B, Miranda B, et al. Hospital attitudes : Preliminary findings from donor action pilot project. *Transpl Int* 1998 ; 11 (Suppl. 1) : S397-S9. 2 Abbud-Filho M, Miyasaki MCO, Ramalho HJ, et al. Survey of concepts and attitudes among healthcare professionals towards organ donation and transplantation. *Transplantation proceedings* 1997 ; 29 : 3242-3. 3 Gross T, Marguccio I, Martinoli S. Attitudes of hospital staff involved in organ donation to procedure. *Transpl Int* 2000 ; 13 : 351-6. 4 Mashall PA, Daar AS. Cultural and psychological dimensions of human organ transplantation. *Ann Transplant* 1998 ; 3 : 7-11. 5 Young PJ, Matta BF. Anaesthesia for organ donation in the brainstem dead- why bother ? *Anaesthesia* 2000 ; 55 : 105-6.

ANNEXE 2

Guide d'entretien dans le cadre du Travail d'Intérêt Professionnel (TIP)

Consigne introductive

Bonjour,

Je suis Elvis, étudiant de seconde année à l'Ecole d'Infirmier Anesthésiste du CHU de Montpellier, et je réalise un travail de fin d'étude portant sur le thème du Prélèvement Multi-Organes (PMO).

J'ai choisi d'approfondir mon thème à l'aide d'entretiens auprès des Infirmiers Anesthésistes Diplômés d'Etat afin d'éclairer ma recherche documentaire.

Je vous remercie d'avance de votre disponibilité et de votre soutien dans ce travail.

Cet entretien dure environ 30 minutes, il se révèle strictement anonyme, et, si vous le permettez, il sera enregistré afin de pouvoir l'exploiter de façon la plus précise et conforme.

Voilà les consignes rappelées, si vous êtes prêt, nous pouvons alors commencer l'entretien.

Rappel de la question de recherche validée:

Dans quelle mesure le don d'organe provoque-t-il l'émergence de conflits intérieurs chez l'Infirmier-anesthésiste lors de la prise en charge d'un patient en état de mort encéphalique dans le cadre d'un prélèvement multi-organes au bloc opératoire ?

GRILLE D'ENTRETIEN

1 / Que pensez-vous du don d'organe?

Cette question tente de répondre à la sous-question de recherche suivante:

« Quelle est la définition du don d'organe ? »

2/ Pouvez-vous me parler de la prise en charge du patient en état de mort encéphalique au niveau technique?

Cette question tente de répondre à la sous-question de recherche suivante:

« Comment cette prise en charge est-elle perçue par les IADE du point de vue technicité et émotionnellement? »

Question de relance : quelle est l'aspect émotionnel de cette prise en charge?

3 / Quelle est votre représentation de l'état de mort encéphalique ?

Cette question tente de répondre à la sous-question de recherche suivante:

« Quelle est la perception de l'EME par les soignants travaillant au bloc opératoire ? »

Question de relance : pouvez-vous me citer les examens cliniques et par-acliniques évoquant sans équivoque un état de mort encéphalique ?

4 / De quelle manière votre perception de la mort intervient-elle dans votre prise en charge?

Cette question tente de répondre à la sous-question de recherche suivante:

« Quelle est la représentation de cette pratique (le prélèvement multi-organe) par les IADE ?

Question de relance : »Le PMO, c'est en quelque sorte, anesthésier et réanimer un mort » Comment réagissez-vous à cette affirmation?

5 / Et vous même éprouvez-vous des difficultés dans la prise en charge du patient lors d'un PMO?

Cette question tente de répondre à la sous-question de recherche suivante:

« Quelles sont les origines du conflit? »

Question de relance : quelle est selon vous le rapport entre le don d'organe et la mort ?

ECOLE D'INFIRMIERS ANESTHESISTES CHRU DE MONTPELLIER

L'ambivalence du don d'organe auprès des infirmiers-anesthésistes lors d'un prélèvement multi-organes.



Travail d'Intérêt Professionnel pour le Diplôme d'Etat

d'Infirmier-Anesthésiste

Présenté par

LIEN ELVIS

Promotion 2008-2010

QUESTION DE RECHERCHE :

Dans quelle mesure le prélèvement multi-organe provoque t-il des conflits intérieurs chez l'infirmier-anesthésiste lors de la prise en charge d'un patient en état de mort encéphalique ?

RESUME :

L'activité du prélèvement multi-organes représente une activité médico-chirurgicale bien singulière au sein du bloc opératoire.

Cette technique de soins se réalise seulement si le patient présente les signes de l'état de mort encéphalique. Or, au bloc opératoire il n'est pas d'usage d'accueillir des patients déclarés comme « morts ».

S'occuper d'un patient en état de mort encéphalique ; c'est donc prendre soin d'un sujet déjà décédé.

Par quelles stratégies les Infirmiers-anesthésistes intègrent-ils la mort dans leur pratique quotidienne lors d'un prélèvement multi-organe ?

De quelles façons ces professionnels de santé représentent-ils la valeur du don d'organe à des fins thérapeutiques ?

MOT CLES :

Infirmier-anesthésiste diplômé d'état

Prélèvement multi-organes

Etat de mort encéphalique

Conflits intérieurs