

**Fidélisation des infirmiers de coordination
hospitalière de prélèvement d'organes et de tissus,
est-ce à l'Agence de la biomédecine de s'en soucier ?**

Master MAE Management des Organisations de Santé et Médico-sociales

Année 2016-2017

Directrice de Mémoire : Mme MERDINGER-RUMPLER Caroline

Université de Strasbourg



Anne BIANCHI

Année 2016-2017

Remerciements

Tout d'abord, je souhaite adresser mes sincères remerciements à ceux qui ont contribué à l'élaboration de ce travail.

Je tiens tout particulièrement à remercier l'ensemble des intervenants et particulièrement Mme MERDINGER, directrice de la formation et du mémoire pour avoir su me pousser à sortir de ma zone de confiance et développer mes compétences tout au long de cette année universitaire.

Je remercie l'ensemble des participants à mon étude qui ont consacré un peu de leur temps pour répondre à mon questionnaire et m'ont permis d'accumuler du matériel pour stimuler ma réflexion.

Je remercie l'ensemble de mes collègues de travail qui m'ont tour à tour préservé, encouragé, stimulé et donné de précieux conseils pour avancer dans ce projet qui me tenait à cœur.

Enfin, je remercie mes amis et ma famille pour leur patience lorsque j'étais fatiguée, leur soutien lorsque j'étais découragée et les sorties organisées lorsqu'il le fallait.

Sans vous tous, ce travail n'aurait pu aboutir, merci !

Table des matières

Remerciements	2
Introduction	4
I. Contexte	7
A. Méthode :	7
B. Les objectifs de l'analyse	7
C. Les limites de l'analyse	8
D. Ce que l'on peut en retenir :	8
E. Missions des infirmiers de CHPOT :	10
F. Pourquoi fidéliser les coordinateurs hospitaliers de prélèvement concerne l'Agence de la biomédecine ?	11
1. Pour répondre aux besoins de greffes	11
2. Analyse SWOT des enjeux de cette fidélisation pour l'Agence de la biomédecine	13
II. Les déterminants de la fidélisation	14
A. Définition et enjeux de la fidélisation des ressources humaines	14
1. Le contexte : des organisations bousculées	14
2. La fidélisation : éléments de définition	15
3. Mesurer l'infidélité : le taux de rotation du personnel	15
4. La mobilité, mal nécessaire ?	16
5. Les Motifs de départ	18
B. La fidélisation et les comportements individuels	19
1. La motivation	19
2. La satisfaction	21
3. L'implication	23
C. Les composantes de la fidélisation	24
1. Les conditions de travail.	25
2. La confiance et la réciprocité.	26
3. La conformité et l'appartenance.	27
4. L'autonomie et la responsabilité.	27
5. L'identité et le statut.	28
III. Turn over dans les équipes de coordinations hospitalières de prélèvement.	29

A.	Quelles données supplémentaires extraient de la base de l'Agence de la biomédecine ?	29
B.	Qu'en pensent les coordinations hospitalières de prélèvement ?	29
1.	Méthodologie	29
2.	Synthèse des résultats et analyse.	31
C.	Quelles recommandations managériales retenir à l'issue de cette étude ?	51
	Conclusion	53
	Bibliographie	
	Ouvrage :	
	Articles :	
	Sur Internet :	
	Annexes :	
	Annexe 1 : Textes législatifs	1
	Annexe 2 : La théorie des besoins :	16
	Annexe 3 : Questionnaire	18
	Annexe 4 : Exploitation des données :	20

Liste des abréviations :

ABM : Agence de la biomédecine

ARS : Agence Régionale de Santé

CHP/CHPOT/ICHP : Coordination hospitalière de prélèvement/ Coordination hospitalière de prélèvement d'organes et de tissus/ Infirmier de coordination hospitalière de prélèvement

CHU : Centre hospitalo-universitaire

CIAR : Cadre Infirmier Animateur de réseaux

DARES : Direction de l'animation de la recherche des études et des statistiques

DPGOT : Direction prélèvement et greffe d'organes et de tissus (Agence de la biomédecine)

ETP : Equivalent temps plein

FCHP : Formation des coordinateurs hospitaliers de prélèvement.

Table des illustrations :

Figure 1 : Répartition ETP infirmiers de CHPOT organes Sources : BDD ABM C. DESVAUX	8
Figure 2 : les motifs de départ Sources : BDD ABM C. DESVAUX	9
Figure 3 : Ancienneté sur le poste de CHPOT, au SRA Nord Est	9
Figure 4 : Missions des infirmiers (-ères) de coordination hospitalière de prélèvement d'organes et de tissus - Sources : Support de communication ABM	10
Figure 5 : Matrice SWOT des enjeux de la fidélisation des CHPOT pour l'ABM	13
Figure 6 : Les différents motifs de départ et leur origine (AUTIER, JACOB et PEREZTS, 2016 p 179)	18
Figure 7 : Les comportements suite à l'insatisfaction	22
Figure 8 : Répartition par sexe des participants à l'étude	31
Figure 9 : Répartition par tranches d'âge des participants à l'étude	31
Figure 10 : Ancienneté dans la fonction de CHPOT	31
Figure 11 : Répartition des tranches d'âge par ancienneté en pourcentage	32
Figure 12 : Ce qui a attiré vers les fonctions de CHP	33
Figure 13 : Représentation schématique de la place des CHPOT, entre établissement de santé et Agence de la biomédecine	34
Figure 14 : La formation d'adaptation à l'emploi est-elle suffisante ?	36
Figure 15 : La politique de formation d'adaptation à l'emploi vous semble t'elle adaptée?	37
Figure 16 : La formation est-elle ressentie comme adaptée en fonction du volume d'activité des CHPOT	37
Figure 17 : Pourcentage d'infirmiers de coordination bénéficiant d'un cadre au sein des unités de coordination	40
Figure 18 : Pourcentage de cadres ayant un temps dédié au sein des CHPOT	40
Figure 19 : Taux d'implication des cadres au sein de l'unité en fonction du volume d'activité d'après les infirmiers de coordination	41
Figure 20 : Pourcentage d'infirmiers de coordination estimant bénéficier d'une supervision classé en fonction du volume d'activité	43
Figure 21 : Répartition des acteurs assurant pour les infirmiers de coordination un temps de supervision	44
Figure 22 : répartition des compétences clés identifiées par les infirmiers de coordination	45
Figure 23 : répartition des notes attribuées pour le degré de satisfaction des Infirmiers de coordination à leur poste	47
Figure 24 : Répartition des notes de satisfaction des infirmiers de coordination en fonction du taux de réponse	47
Figure 25 : Répartition des notes attribuées au degré de satisfaction des infirmiers en poste en différenciant la taille des unités de rattachement	48
Figure 26 : Ce qui fait rester en poste les infirmiers de coordination	49
Figure 27 : Répartition de "ce qui fait rester" les infirmiers ayant évalué leur satisfaction	50
Figure 28 : Les principaux motifs de départ identifiés par les infirmiers de coordination	51

Introduction

L'Agence de la biomédecine est un Etablissement public qui relève du Ministère de la Santé, créée par la loi de bioéthique de 2004. Elle fait suite à l'Etablissement Français des Greffes (EFG).

L'Agence de la biomédecine encadre, accompagne, évalue et informe pour améliorer l'accès à des soins de qualité dans un vaste champ d'intervention couvrant le prélèvement et la greffe, la reproduction, l'embryologie et la génétique humaine. Dans le domaine de la greffe, elle fait le lien entre donneur et receveur et elle est garante du respect de la législation, de l'anonymat, de la non patrimonialité et de l'inviolabilité du corps humain.

Parmi les missions de l'Agence, figure celle de garantir à chaque malade une équité de l'accès à la greffe sur tout le territoire, ce qui exige d'améliorer l'efficacité de la régulation, de la répartition et de l'attribution des greffons.

La loi de bioéthique du 6 août 2004 modifiée le 7 juillet 2011 précise que tous les établissements de santé doivent participer à l'activité de prélèvement d'organes et de tissus mais seuls les établissements autorisés peuvent organiser un prélèvement. Cette autorisation est délivrée pour une durée de cinq ans par l'Agence Régionale de Santé après avis de l'Agence de la biomédecine.

A la fin des années 1980, lorsque l'activité de greffe a commencé à se développer, les services de soins amenés à prendre en charge des donneurs d'organes ont petit à petit délégué les tâches de coordination du processus de prélèvement à des infirmiers. Ceux-ci étaient très souvent cadres de santé de réanimation au sein de CHU (Centre Hospitalo-Universitaires). Cette mission était assurée en sus de toutes les autres.

En 1994, lors de la parution des premières lois de bioéthique, le législateur a imposé la mise en place de ressources humaines spécifiquement dédiées à la coordination des prélèvements d'organes et de tissus. La loi définit les conditions dans lesquelles les prélèvements doivent être réalisés et les missions de tous les acteurs. Elle instaure une séparation entre les ressources humaines dédiées à l'activité de prélèvement (prise en charge du donneur et de ses proches) et celles dédiées à la greffe (prise en charge du receveur, de son inscription à la greffe et son suivi).

Dès lors, de petites unités ont vu le jour : les coordinations hospitalières de prélèvements d'organes et de tissus (CHPOT). Composées de temps paramédicaux et d'un référent médical, ces unités se sont petit à petit structurées.

En 2000, un Plan Greffe est mis en place par le gouvernement pour développer cette activité. Les moyens financiers qui ont accompagné ce plan, ont permis d'augmenter le nombre d'équivalent temps plein dédié aux CHPOT. Ces unités ont ainsi eu les moyens de s'organiser et ont pu structurer l'activité de prélèvement dans les hôpitaux autorisés aux prélèvements. Les procédures de prise en charge sont ainsi rédigées dans le respect des règles de Bonnes Pratiques¹ et de sécurité sanitaire qui ont découlé des lois de bioéthique.

Ces unités ont été accompagnées par les personnels d'abord de l'Etablissement français des Greffes puis de l'Agence de la biomédecine. Des médecins et des cadres infirmiers animateurs de réseaux (CIAR), organisés en Service de Régulation et d'Appui (SRA) couvrant l'ensemble du territoire ont des contacts avec les CHPOT :

- à la fois au niveau opérationnels : lors de chaque situation de prélèvement, et ceci 24h/24
- mais aussi dans le travail de fond, en appui pour développer l'activité au sein des établissements et des réseaux de proximité
- et ceci en n'ayant aucun lien hiérarchique.

Au début des années 2010, nombre de paramédicaux que l'on pourrait nommer les « bâtisseurs » ont quitté leur poste, souvent pour faire valoir leur droit à la retraite.

En 2014, l'ensemble des personnels des SRA de l'Agence de la biomédecine ont un sentiment d'une accélération du renouvellement des infirmiers de CHPOT. Ces départs à la retraite ont été remplacés par des infirmiers qui semblaient ne rester que quelques mois et des impacts sur la phase opérationnelle ont commencé à se manifester (augmentation des sollicitations de la régulation, erreurs de conditionnement, pertes de greffons suite à une méconnaissance des procédures).

Dès lors, il a été décidé d'objectiver quantitativement ce sentiment afin de mieux évaluer la problématique. Pour cela, chaque SRA, a colligé des données sur les ressources humaines des

¹ Il s'agit d'un Arrêté portant Homologation des Règles de Bonnes Pratiques (tissus puis organes) du 1^{er} Avril 1997 et du 27 février 1998

établissements de santé du territoire dédiées à l'activité de prélèvement. L'objectif étant de faire un état des lieux factuel de la situation. J'ai été amené à me charger de ce fichier pour le SRA Nord Est.

J'ai souhaité profiter de ce travail de fin d'étude pour étudier la problématique de la fidélisation du personnel et plus spécifiquement quel peut être le rôle de l'Agence de la biomédecine dans la fidélisation du personnel infirmier des coordinations hospitalières de prélèvement d'organes et de tissus ?

Après avoir fait le point, dans un premier temps sur les données factuelles disponibles à l'échelle du territoire, une revue de la littérature sur les problématiques de fidélisation et les mécanismes qui l'impacte sera réalisée. Dans une troisième partie, nous analyserons les données d'une enquête menée au sein du personnel paramédical et tenterons de définir sur quels paramètres l'Agence de la biomédecine et plus précisément le Cadre Infirmier animateur de Réseaux (CIAR) peut agir.

I. Contexte

A partir du sentiment partagé par les personnels des Services de Régulation et d'Appui, le Directeur du Prélèvement et Greffe Organes et Tissus (DPGOT) de l'Agence de la biomédecine a demandé de colliger des données pour objectiver ce sentiment.

A. Méthode :

Un tableau sur un fichier Excel est élaboré et transmis à chaque chef de service des SRA. Il permettait d'y colliger les noms de tous les personnels médicaux et paramédicaux bénéficiant d'un temps dédié au sein d'une unité de coordination hospitalière. Ce fichier, initialement commun à tous, est implémenté par les équipes des SRA. Il a permis d'y colliger, en plus du nom des acteurs, leur date de prise de fonction, leur quotité de travail et le type de formation(s) spécifique(s) suivie(s). En cas de départ, la durée d'exercice et le motif de départ peuvent y être précisés.

Depuis début 2016, la collecte des données concerne tous les professionnels en poste en CHPOT, paramédicaux comme médicaux, de tous les établissements autorisés (organes et tissus ou tissus seul) et ceci sur un fichier identique sur l'ensemble des quatre SRA. Je précise que pour ce travail, je vais cibler les données en lien avec les personnels paramédicaux des unités de CHOPT autorisées aux prélèvements d'organes et non aux tissus seuls².

B. Les objectifs de l'analyse

L'objectif principal est de fournir des données factuelles sur les ressources humaines des CHPOT afin d'établir un état des lieux et d'évaluer les besoins de formation. Ces données permettront d'établir les orientations stratégiques à l'échelle du territoire en tenant compte des différentes contraintes.

² Les établissements autorisés aux prélèvements de tissus seuls bénéficient de faibles ressources humaines (0,5 à 1ETP paramédical). Les problématiques y sont par conséquent différentes à mon sens.

C. Les limites de l'analyse

La compréhension par les acteurs des SRA, de la méthodologie de collecte des données proposée en 2015, a été variable. Réunir dans une seule base, les données collectées par les quatre SRA de France n'a pas été possible. Cette inhomogénéité a compliqué l'exploitation des premières données. L'analyse initialement prévue à l'échelle nationale fut difficile. Néanmoins, mêmes incomplètes, les données ont permis de mettre en évidence un fort besoin de formation pour des professionnels nouvellement entrés en fonction à la CHPOT.

D. Ce que l'on peut en retenir :

En 2016, 774 infirmiers (-ères) occupaient 321,7 ETP de coordination.

La répartition des quotités de temps (ETP) est :

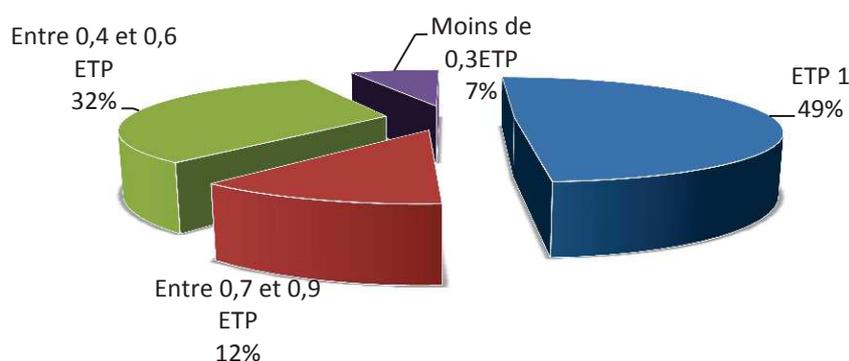


Figure 1 : Répartition ETP infirmiers de CHPOT organes Sources : BDD ABM C. DESVAUX

Sur 774 infirmiers (-ères), 76 personnes sont arrivées et 89 sont parties au cours de l'année 2016.

Sur les infirmiers (-ères) en poste début 2016, 117 n'ont jamais bénéficié de la formation de base proposée par l'Agence de la biomédecine (soit 15,1%). Les motifs de départ par Service de Régulation et d'Appui (chaque SRA est divisé en deux zones interrégionales de répartition = ZIPR, à l'exception du SRA Ile de France, Centre, Antilles Guyane qui n'en a qu'une) implémentés dans la base de données sont représentés sur la figure 2 ci-dessous :

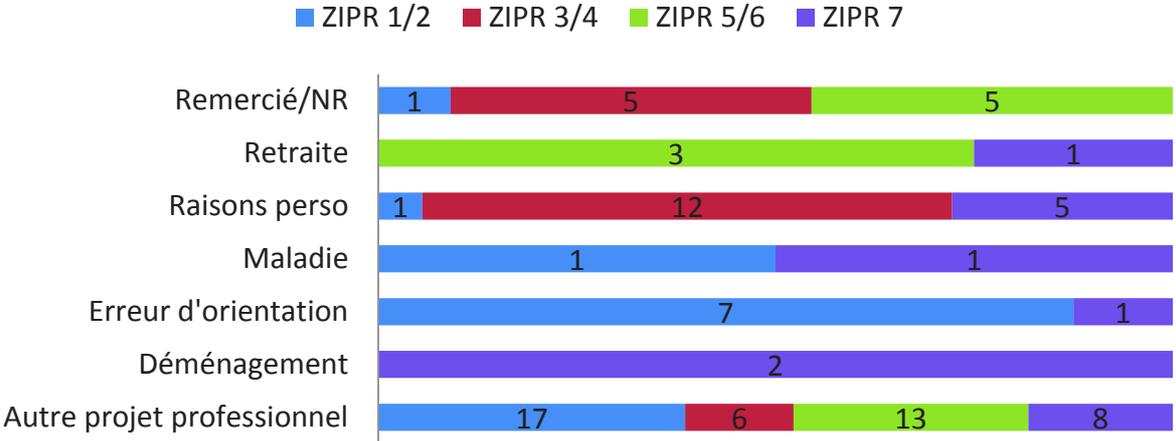


Figure 2 : les motifs de départ Sources : BDD ABM C. DESVAUX

Près de 62% des départs ont été au motif de « Autre projet professionnel ».

De plus, au niveau du SRA Nord Est, l'exploitation des données permet de préciser l'ancienneté des infirmiers en poste dans les CHPOT autorisées aux prélèvements d'organes :

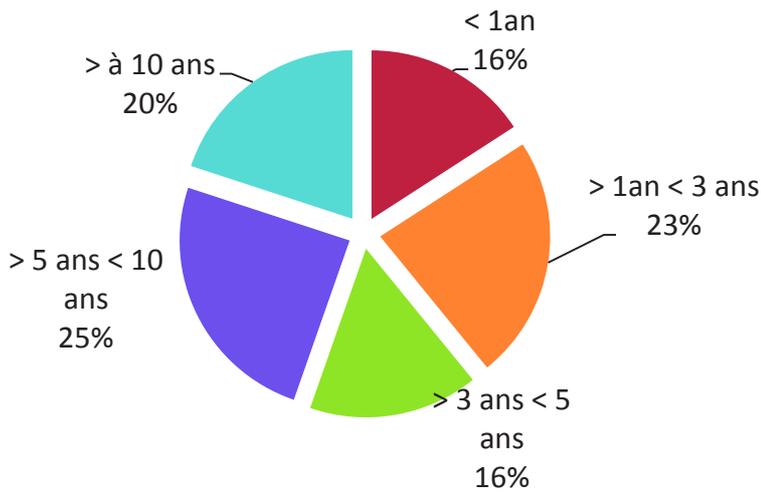


Figure 3 : Ancienneté sur le poste de CHPOT, au SRA Nord Est

E. Missions des infirmiers de CHPOT :

Comme cela a été précisé en introduction, la loi de Bioéthique oblige les établissements autorisés aux prélèvements d'organes ou de tissus à mettre en place des ressources humaines dédiées à cette activité. La loi précise les missions de ces personnels (cf annexe n°1)

La principale mission des infirmiers dédiés à cette activité est de développer l'activité de transplantation en optimisant le recensement et le prélèvement de donneurs et de greffons au sein de son établissement et de son réseau de proximité. Pour cela, ils doivent développer la motivation des services partenaires, concevoir et animer des actions de formations des personnels, mettre en place la base documentaire nécessaire pour sécuriser le processus de prélèvement et développer une démarche qualité au sein de son établissement.

Ils ont également pour mission d'accueillir et d'accompagner les proches d'un donneur et de garantir auprès d'eux le respect de la volonté du défunt.

En résumé, l'infirmier de coordination intervient dans le cadre de ces missions avec une multitude de partenaires:

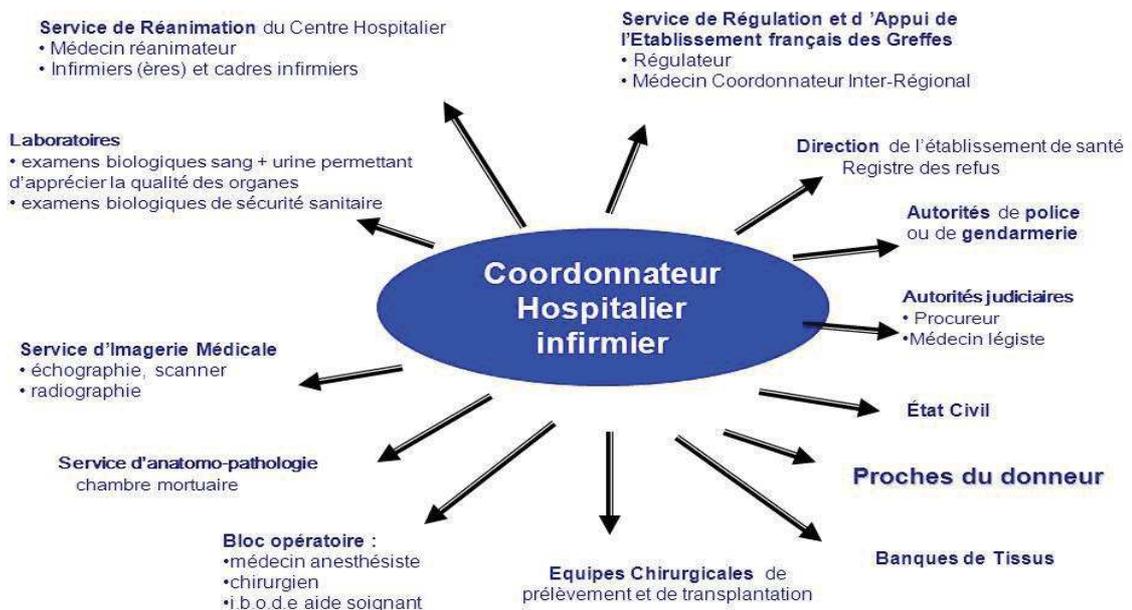


Figure 4 : Missions des infirmiers (-ères) de coordination hospitalière de prélèvement d'organes et de tissus - Sources : Support de communication ABM

Ces missions mobilisent des compétences souvent éloignées de celles nécessaires pour l'obtention du Diplôme d'Etat d'infirmier. L'activité de prélèvement est très encadrée en France. La prise en charge d'un donneur est formalisée dans les établissements autorisés aux prélèvements d'organes. Des procédures et modes opératoires permettent de guider les coordinateurs paramédicaux. Néanmoins, le caractère non prévisible de cette prise en charge au sein d'organisations hospitalières rigides, rend la mission complexe. Le temps de formation d'adaptation à l'emploi pour qu'un nouvel arrivant puisse être autonome dans la phase opérationnelle, répondre à l'ensemble de ses missions et être réellement acteur dans le développement de l'activité est proche de 24 à 36 mois d'ancienneté. Ce délai est augmenté lorsque l'activité de prélèvement est faible au sein de l'établissement où il exerce.

F. Pourquoi fidéliser les coordinateurs hospitaliers de prélèvement concerne l'Agence de la biomédecine ?

1. Pour répondre aux besoins de greffes

La législation française a confié à l'Agence de la biomédecine la mission d'améliorer l'accès à la greffe. Pour cela, il est, entre autre, nécessaire de développer l'activité de prélèvement d'organes et de tissus et ceci en concertation avec les acteurs opérationnels du système de santé français.

L'Arrêté du 27 février 1998 portant homologation des Règles de Bonnes Pratiques relatives au prélèvement d'organes a été révisé. L'Arrêté du 29 octobre 2015 renforce encore le rôle des coordinations hospitalières dans cette activité. Le plan greffe III³ (2017-2021) précise les objectifs chiffrés attendus pour 2021 et rappelle la nécessité de former les professionnels de santé à cette activité. La greffe est une alternative thérapeutique dont le ratio cout/efficacité est le meilleur et qui procure la meilleure qualité de vie (surtout pour le greffé rénal) : la greffe est une priorité nationale (depuis la loi de bioéthique de 2004).

³ Le Plan Greffe III : document de 72p élaborer par le Ministère de la Santé qui définit les orientations pour la période 2017 à 2021. Ce plan concerne tous les professionnels de santé français. Il précise les objectifs chiffrés à atteindre en fin de période. L'objectif étant de réduire les besoins en greffe non satisfaits pénalisant les patients en attente d'une greffe et augmentant les dépenses de soins liées à leur prise en charge.

L'Agence de la biomédecine met à disposition des professionnels, depuis plusieurs années, un catalogue de formations. Certaines sont payantes, mais les formations de base pour les coordinations hospitalières, sont entièrement financées par l'Agence de la biomédecine. Ces sessions de formations nommées « Formation des Coordinateurs Hospitaliers de Prélèvements » (FCHP) ont lieu deux fois par an, en présentiel, pour 45 à 50 infirmiers (-ères) de coordination durant une semaine. Un prérequis en termes d'activité minimale est exigé et un travail préparatoire en e-learning est nécessaire.

De plus, au sein des SRA, les Cadres Infirmiers animateurs de Réseaux (CIAR) consacrent du temps pour former les nouvelles recrues et accompagner le développement des compétences nécessaires pour gagner en efficacité.

Les budgets consacrés à cette formation sont donc conséquents. Un certain « retour sur investissement » est espéré. Un coordinateur paramédical n'étant considéré comme réellement opérationnel et surtout acteur pour développer l'activité au sein de son établissement qu'au bout de 2 à 3 ans d'activité, l'Agence de la biomédecine et les établissements de santé doivent s'interroger sur la rapidité du turn over des infirmiers de coordination à fortiori avant ces trois ans.

2. Analyse SWOT des enjeux de cette fidélisation pour l'Agence de la biomédecine

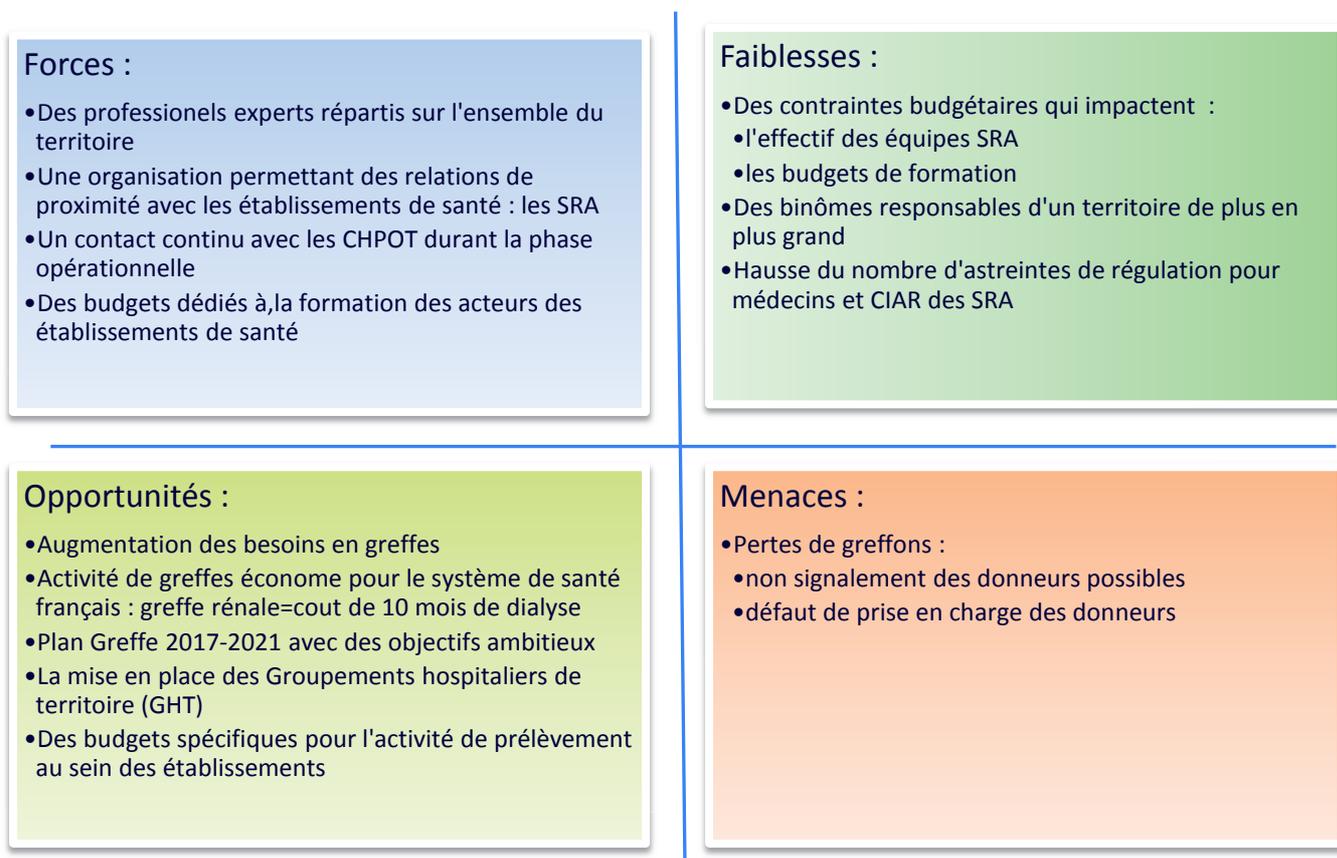


Figure 5 : Matrice SWOT des enjeux de la fidélisation des CHPOT pour l'ABM

Fort de ces constats, une revue de la littérature pour permettre de mieux comprendre les mécanismes en jeu dans la fidélisation des ressources humaines est entreprise.

II. Les déterminants de la fidélisation

Cette seconde partie s'attachera à démontrer les mécanismes en jeu dans le processus de fidélisation des individus. La littérature à la recherche des concepts théoriques autour de la fidélisation de la main d'œuvre est riche en publication et travaux de recherche.

Les idées et concepts importants ou en lien avec ce travail sont analysés.

Dans un premier temps, la notion de « turn over » et les effets sur les individus et les organisations seront définis. Dans un second temps, les déterminants de la fidélisation seront abordés après avoir fait un focus sur les principaux comportements individuels qui les impactent.

A. Définition et enjeux de la fidélisation des ressources humaines

1. Le contexte : des organisations bousculées

Les environnements économiques de la plupart des organisations, de tous secteurs confondus, doivent faire face à des environnements économiques contraints. Chaque organisation doit jongler autour du triangle coûts-qualité-délais. Le management des hommes doit être créateur de valeur et se positionner face à la concurrence. Il met l'accent sur la responsabilisation, les évaluations et les objectifs à atteindre (PLANE, 2016)

De plus, les mutations technologiques sans précédent de ces dernières années nécessitent des connaissances de plus en plus pointues de la part des individus et des mises à jour effectuées de plus en plus rapidement (THEVENET and al, 2015).

Les exigences des clients ont elles aussi augmentées que ce soit face à un produit comme face à un service (NICOLAS, 2004).

Dans ce contexte, les organisations ont bien compris que la qualité de leurs ressources humaines devient un avantage concurrentiel de poids. L'importance du capital humain au sein des organisations pousse ces dernières à œuvrer pour stabiliser et fidéliser ses salariés (AUTIER and al, 2016).

2. La fidélisation : éléments de définition

D'après le dictionnaire Larousse, la fidélisation est une *action visant à fidéliser*. La fidélisation des salariés correspond à l'ensemble des mesures permettant de réduire leurs départs volontaires. C'est aujourd'hui un axe stratégique de bon nombre d'entreprises. Elle permet une meilleure gestion des ressources et des compétences pour répondre aux besoins présents et futurs des entreprises (GUERFEL et GUILBERT, 2008).

Le salarié fidèle est *celui qui présente une ancienneté significative dans l'entreprise, une très faible propension à rechercher et à examiner les offres d'emploi externes et d'une façon générale, un sentiment d'appartenance fort*. (PAILLE, 2014)

La notion d'infidélité se mesure.

3. Mesurer l'infidélité : le taux de rotation du personnel

Le turn over ou taux de rotation du personnel se définit comme « le pourcentage du personnel remplacé sur une période donnée ». (Larousse 2016). Plusieurs indicateurs permettent de définir un taux qui permet de comparer les démissions survenues dans l'année à l'effectif moyen de cette même année. On parle également de mobilité salariale.

On retrouve dans la littérature, plusieurs formules possibles :

- $$\frac{[(\text{Nb de départs} + \text{Nombre d'arrivées})]}{2 \times \text{Effectif total}} \times 100.$$

Cette formule est utilisée par la DARES (Direction de l'animation de la recherche des études et des statistiques)

- Taux de sorties = Nombre de départs / effectif total
- Taux d'entrées = Nombre d'entrées / effectifs total

Ces taux n'ont de sens que s'ils sont comparés d'une période à l'autre au sein d'une même organisation mais également aux entreprises du même secteur d'activité. Une augmentation significative de ce taux doit être perçue comme un signal de la nécessité d'une analyse sérieuse des causes de cette évolution (HIRSCH et FIROBEN, 2004).

Le turn-over est dit interne lorsque le personnel reste au sein de l'organisation mais change de poste ou externe, lorsqu'il quitte l'organisation. On parle également de mobilité interne/externe (NICOLAS, 2014). Ces mouvements peuvent être à la demande de l'employé (raisons personnelles, circonstances familiales...) ou à l'initiative de l'employeur (fin de contrat, licenciement...). La mobilité peut être verticale, c'est-à-dire une évolution au sein de la hiérarchie, ou horizontale (ou fonctionnelle) c'est-à-dire au même statut hiérarchique.

Le turnover peut être structurel c'est-à-dire qu'il varie selon les professions : il est structurellement plus élevé dans les professions commerciales ou dans la restauration que dans d'autres métiers (DUFOUR et BENCHEIKH, 2017)

D'après une étude de DUPRAY et RECOTILLET de 2009, après 40 ans, rester au même poste cinq ans devient la « norme » (NICOLAS, 2014). D'après une étude TNS SOFRES de 2009 pour le Conseil d'orientation pour l'emploi, cette envie de changement est plus marquée pour la tranche d'âge 30-39 ans.

4. La mobilité, mal nécessaire ?

a) Pour les salariés

La mobilité peut répondre à un besoin pour concilier vie professionnelle et vie privée. La mobilité professionnelle peut être recherchée par le salarié sur la base de deux grandes logiques :

- Une logique défensive : maintenir son employabilité en développant ses compétences et sa capacité d'adaptation.
- Une logique proactive : gérer sa carrière et répondre à une volonté d'apprendre, de challenges, de promotion (NICOLAS, 2014) et d'épanouissement personnel (VERRIER 2012).

Plusieurs critères vont être déterminants pour qu'un employé puisse évaluer positivement la mobilité professionnelle. Tout d'abord, est-elle subie ou choisie ? La société d'aujourd'hui pousse chacun à se positionner comme adulte responsable.

La mobilité pour le salarié va l'obliger à renoncer à ce qu'il maîtrise et donc elle va le faire sortir de sa zone de confort. Elle suppose une remise en question et un effort d'investissement pour s'adapter à de nouvelles missions. La mobilité peut avoir un impact sur la vie personnelle du salarié : changement de lieu, d'horaire, ... (NICOLAS, 2014).

b) Pour les organisations

Une rotation du personnel peut avoir des points positifs en stimulant et redynamisant une équipe. La mobilité de ses effectifs permet à l'organisation de maintenir une capacité de réaction et évite l'immobilisme. La mobilité peut permettre d'ajuster les effectifs en fonction de ses besoins, de développer la polyvalence et multiplier les compétences au sein de l'organisation (NICOLAS, 2014).

Néanmoins, la mise en œuvre de la mobilité a souvent un impact fort sur :

- La perte de savoir, de compétence, d'expérience et donc une faiblesse stratégique (FREUND, 2017, VERRIER 2012).
- Les coûts liés au remplacement, au recrutement et à la formation d'un nouvel arrivant, à la courbe d'apprentissage (HIRSCH et FIROBEN, 2004, et NICOLAS, 2014, THEVENET and al, 2015).
- Le groupe ou l'équipe : intégrer une nouvelle personne peut nuire à l'efficacité, la cohésion ou fatiguer la dynamique de groupe (CREPIN and al, 2014), le moral peut être en baisse chez les collaborateurs qui côtoient continuellement des collègues en partance (THEVENET and al 2015).

Chercher à fidéliser ses salariés est la priorité d'une majorité d'entreprise afin de rentabiliser leur investissement. Nul ne sait prédire la performance future d'un individu au travail. L'entreprise dans son recrutement essaie de faire de bon choix (un pari ?), forme sa nouvelle recrue et attend donc « un retour sur investissement ».

Néanmoins, le salarié est toujours libre de partir lorsqu'il le souhaite. De plus, même une relation d'emploi satisfaisante pour les deux parties, s'achèvera inévitablement par un départ (au moins à la retraite) (AUTIER and al, 2016).

5. Les Motifs de départ

AUTIER, JACOB et PEREZTS en 2016 ont proposés une carte des motifs et des formes de départ :

Carte des motifs et des formes de départ		
Nature de la démarche de départ	Départ à l'initiative du salarié	Départ à l'initiative de l'employeur
Proactive	Motif : trouver une meilleure situation ailleurs Forme : démission ou transaction	Motif : gérer les non performants Forme : licenciement individuel, transaction, rupture de la période d'essai
Défensive	Motif : manque de perspectives, fin naturelle de la relation, désaccord, insatisfaction Forme : démission	Motif : ajuster les effectifs aux baisses d'activité Forme : non renouvellement des CDD, licenciement économique, plan social
Survie	Motif : salarié poussé à la démission par des conditions de travail et une relation d'emploi détériorées Formes : démission, congé maladie	Motif : survie économique Forme : licenciement économique
Naturelle	Départ à la retraite	

Figure 6 : Les différents motifs de départ et leur origine (AUTIER, JACOB et PEREZTS, 2016 p 179)

L'intention de départ est conditionnée par trois variables (CHAMINADE, 2003):

- La satisfaction professionnelle : satisfaire un salarié consiste à apporter une réponse adaptée à la formulation de ses besoins et attentes. C'est la baisse de la satisfaction apportée par le travail qui motive le salarié à chercher un autre emploi.
- La situation personnelle : la vie personnelle du salarié évolue et peut être parsemée « d'accidents » nécessitant un changement d'emploi.
- La situation du marché du travail : en fonction des opportunités de changement qui se présentent.

Partir ou rester ? C'est une question que se pose le salarié suite à un choc, une contradiction. Ce choc peut être personnel ou professionnel, agréable ou désagréable, attendu ou inattendu. Ce choc peut heurter les valeurs de l'individu, sa vision de l'avenir ou sa stratégie. Il va provoquer un

questionnement sur la pertinence de poursuivre ou non la relation au sein de l'organisation (CHAMINADE, 2003).

Trouver « mieux ailleurs » n'est pas un acte condamnable. Dans un souci de comprendre les causes réelles de départ, les entreprises gagneraient à mettre en place un entretien de départ au même titre qu'un entretien d'embauche. (AUTIER and al, 2016)

B. La fidélisation et les comportements individuels

Si le niveau de rémunération offert reste un facteur déterminant pour garder des collaborateurs, s'attacher les « bons » collaborateurs est un avantage concurrentiel de plus en plus décisif qui ne passe plus exclusivement par la rémunération ou par la garantie d'emploi. Valoriser la contribution du collaborateur au sein de l'entreprise va beaucoup plus loin que la juste rémunération. C'est un état d'esprit et des pratiques qui reposent sur la confiance. (VERRIER 2012, THEVENET and al 2015).

Les composantes de la « fidélisation » sont complexes, plurielles et souvent interdépendantes. On ne peut les aborder sans se pencher sur les comportements individuels qui l'impactent : la motivation, la satisfaction, l'implication organisationnelle.

1. La motivation

Un ensemble de théories développées au cours des années 1970-1980 décrit que le déclenchement de la motivation est suscité par la volonté de satisfaire essentiellement des besoins psychologiques ou d'ordre supérieur. Donc être motivé, c'est *avoir un objectif, décider de faire un effort pour l'atteindre et persévérer dans l'effort jusqu'à ce que le but soit atteint* (LEVY-LEBOYER, 2006).

Qu'est-ce qui motive ? De nombreuses recherches ont tenté de répondre à cette question. On peut retenir qu'il n'y a pas de réponse toutes faites ! Les théories de la motivation s'efforcent d'expliquer les motivations des individus au travail.

On distingue deux grandes approches complémentaires :

- Les théories dites « de contenu » développées par MASLOW, ALDERFER, MC CLELLAND, qui ont cherché à préciser les motivations profondes.
- Les théories dites « de processus » développées par VROOM, PORTER, LAWLER ou ADAMS qui ont cherché à mettre en avant les facteurs déclenchants. (PLANE 2016)

L'humeur et les émotions ont un rôle important dans le processus de motivation : la bonne humeur, les émotions positives, un feed-back positif sont autant d'éléments « motivateurs » (ROBBINS et JUDGE, 2015). La qualité des relations interpersonnelles et la confiance sont mobilisatrices. Néanmoins, la motivation n'est pas une donnée stable. (PLANE, 2016)

D'après les travaux de DECI et RYAN (1975 puis 1985 et 2002), on distingue :

- La motivation extrinsèque : celle qui dépend de stimulations externes (environnement de travail, relations, pressions, punition, récompense...).
- La motivation intrinsèque : est inhérente à l'individu. L'action est conduite uniquement par l'intérêt et le plaisir que l'individu y trouve, sans attente de récompense externe.
- *L'amotivation* : l'individu a le sentiment d'être soumis à des facteurs hors de tout contrôle. *L'amotivation* se distingue de la motivation extrinsèque par l'absence de motivation liée au sentiment de ne plus être capable de prévoir les conséquences de ses actions (PINK, 2015)

DECI (1971), chercheur en psychologie sociale aux Etats Unis a dit « *Quand l'argent est utilisé comme récompense extérieure d'une activité, le sujet attache moins d'intérêt à cette activité même* » (PINK, 2015). RYAN (2000) avance que *les êtres humains ont ceci de distinctif qu'ils ont une capacité innée d'autodétermination* ». Ainsi, les salariés trouvent sens et plaisir dans ce qu'ils font et non dans les sanctions ou les récompenses (AUTIER and al, 2016). Le manque de rémunération dé motive mais une forte rémunération n'est pas nécessairement une condition garantissant la motivation (BOUMRAR et GILSON, 2004)

La théorie de Chester BARNARD suggère de développer la motivation à partir de la formulation d'objectifs stratégiques clairs et mobilisateurs (PLANE, 2016). De même que la théorie de LOCKE qui stipule que le fait de fixer des objectifs et de faire un retour sur la performance aux collaborateurs a un caractère motivant (THEVENET and al, 2015)

2. La satisfaction

Le terme de satisfaction professionnelle désigne « *l'ensemble des sentiments d'un individu envers son travail* » (ROBBINS et JUDGE, 2014). La satisfaction est un état qui résulte de l'évaluation d'une action par l'individu. (THEVENET and al, 2015)

D'après les travaux d'HERZBERG (1955), les sentiments qui conduisent à la satisfaction ne sont pas de même nature que ceux qui mènent à l'insatisfaction. Il met en évidence deux types de facteurs qui ne sont pas opposés :

- les « facteurs intrinsèques » : la réalisation de soi, la reconnaissance, l'intérêt au travail, son contenu, ses responsabilités, les possibilités de promotion et de développement (PLANE, 2016) qui sont facteurs de satisfaction.
- les « facteurs extrinsèques » : la politique de l'entreprise, la politique de management, les conditions de travail, le salaire... qui sont facteurs d'insatisfaction. Elle nous renvoie aux théories des besoins (annexe n°3).

La plupart des employés préfèrent un travail stimulant qui constitue un challenge à un travail prévisible et routinier. La cause principale de satisfaction professionnelle est le fait d'apprécier le travail lui-même (ROBBINS et JUDGE, 2014).

En ce qui concerne le salaire, en-dehors des personnes démunies, le niveau de satisfaction professionnelle ne dépend pas du salaire.

De plus, la satisfaction professionnelle ne découle pas uniquement des conditions de travail. La personnalité joue également un rôle. Certaines personnes apprécient favorablement toutes situations alors que d'autres seront toujours malheureuses et ce même si l'emploi est intéressant (ROBBINS et JUDGE, 2014).

L'insatisfaction professionnelle a des conséquences sur le comportement des salariés. Les réactions peuvent se résumer ainsi :

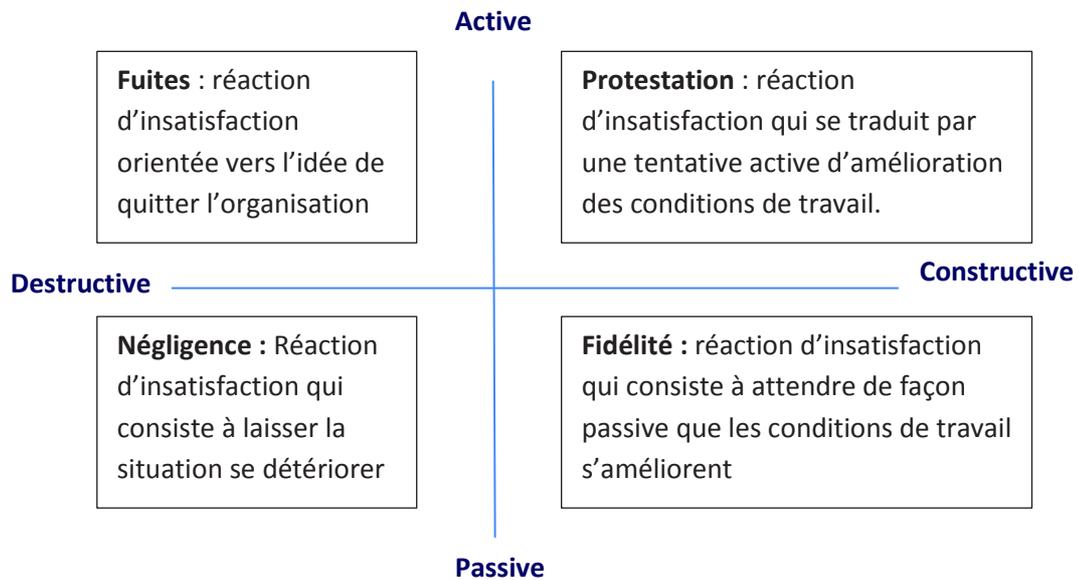


Figure 7 : Les comportements suite à l'insatisfaction
Sources : d'après ROBBINS et JUDGE, 2014 p89

Les comportements de fuites et de négligence peuvent être les prémises à un départ. Aujourd'hui, il est difficile de conclure qu'un employé satisfait est plus productif. Néanmoins, à l'échelle d'un groupe ou d'une organisation, un fort taux d'employés satisfaits a un impact positif sur la productivité. De plus, une forte productivité a un impact sur la satisfaction (ROBBINS et JUDGE, 2014). Un article paru dans les Echos⁴ se référant à une étude d'Harvard et de la Massachusetts Institute of Technology (MIT), précisait *que les salariés heureux seraient deux fois moins malades, six fois moins absents, 9 fois plus loyaux, 31% plus productifs et 55% plus créatifs.*

A noter qu'un employé qui trouve l'organisation au sein de l'entreprise défaillante ou s'il se sent injustement traité, a toutes les chances de ressentir de l'insatisfaction. Si à l'inverse, processus et résultats paraissent justes, la confiance de l'employé est renforcée et il aura envie de dépasser les exigences formelles du poste (ROBBINS et JUDGE, 2014).

⁴ Article paru dans les Echos le 12 avril 2017 : « 5 idées pour détendre vos salariés et améliorer leur bien-être au travail »

3. L'implication

On entend par implication des individus un *processus participatif qui exploite le plein potentiel des salariés et est conçu pour encourager leur implication dans le succès de l'organisation* (ROBBINS et JUDGE, 2014).

L'implication est un concept opérationnel pour le management. Il a des conséquences sur le fonctionnement des organisations. On ne peut pas déléguer l'implication, on peut la susciter (PLANE, 2016). Il caractérise la relation entre l'individu et l'entreprise (THEVENET and al, 2015) De plus, ce qui caractérise l'implication, c'est qu'il ne s'agit pas d'un sentiment temporaire (comme la satisfaction), mais d'une attitude comportementale (CHEMINADE, 2003).

L'implication organisationnelle est souvent plus forte chez les nouveaux employés. Elle est souvent absente dans les organisations faisant face à un absentéisme et un turn over important. Il est aujourd'hui plus juste de parler d'engagement professionnel : l'engagement se fait moins vis-à-vis d'une organisation que d'un métier (ROBBINS et JUDGE, 2014).

Le concept d'implication rend compte de l'attitude des individus vis-à-vis de leur emploi. Certaines activités nécessitent un fort engagement de la personne. C'est le cas d'activités de service : l'implication des personnes s'avère indispensable à une activité de qualité (THEVENET and al, 2015). D'après les travaux de MEYER et ALLEN en 1997, ils ont distingué plusieurs dimensions à l'implication organisationnelle :

- L'implication affective : attachement émotionnel, identification aux valeurs de l'organisation, forte croyance dans les buts et valeurs de l'organisation, une volonté d'exercer des efforts considérables au profit de l'organisation. Les employés restent dans l'organisation parce qu'ils le veulent, ils le désirent. Cette implication est souvent présente avant l'entrée dans l'organisation et se développe au fil du temps. Certains travaux ont montré l'importance des premiers mois dans l'organisation (parfois défini comme « phase cruciale »).
- L'implication calculée : le choix de rester au sein d'une organisation est basé sur une estimation du « coût » du départ. Le sentiment de perte des éléments qui ont de la valeur pour l'employé en quittant l'organisation (efforts, compétences développées, temps). Les employés restent dans l'organisation parce qu'ils en ont besoin.

- L'implication normative : sentiment de devoir, obligation de rester, décision de rester dans l'organisation comme un devoir. Les employés restent dans l'organisation parce qu'ils se sentent obligés. (LEVY-LEBOYER, 2006, ROBBINS et JUDGE, 2014)

Il ne peut pas y avoir absence d'implication à partir du moment où il y a interaction entre la personne et l'organisation. Néanmoins, le degré d'implication est variable entre les individus. Chaque personne s'implique elle-même, l'organisation ne peut que mettre en place les conditions pour favoriser cette implication (THEVENET and al, 2015). Ces conditions reposent sur 3 piliers :

- la cohérence : comprendre le sens des choix stratégiques et des décisions de l'organisation. Les intérêts et valeurs doivent être partagés.
- la réciprocité : l'organisation doit être considérée comme digne de foi et agir dans l'intérêt des collaborateurs. En découle la confiance, le respect mutuel, l'équité au sens général (HIRSCH et FIROBEN, 2004).
- l'appropriation : *nul ne peut s'impliquer s'il ne peut s'approprier son travail, son projet, son équipe ou tout autre élément de l'expérience de travail, il s'est affectivement lié* (THEVENET and al, 2015).

Dans les travaux de recherche en langue française, on retrouve les terminologies « implication organisationnelle» ou « engagement organisationnel» sans qu'il y ait véritablement de différence conceptuelle (CHARLES-PAUVERS et PEYRAT-GUILLARD, 2012)

Ainsi, de l'ensemble de ces comportements individuels découlent les principaux piliers de la fidélisation.

C. Les composantes de la fidélisation

Les piliers de la fidélisation reposent sur la satisfaction des besoins fondamentaux de l'être humain vu précédemment. La fidélisation se suscite mais ne s'impose pas. (CHAMINADE, 2003)

La fidélisation revient à renforcer l'attachement professionnel du salarié, en maintenant son engagement dans son travail et en soutenant son implication affective. Créer une relation « gagnant-gagnant » est un terreau propice à la fidélisation (CHAMINADE, 2003).

Pour cela, on peut dire que la fidélisation, se construit à partir des cinq piliers suivant :

- Les conditions de travail
- La confiance et la réciprocité
- La conformité et l'appartenance
- L'autonomie et la responsabilité
- L'identité et le statut (HIRSCH et FIROBEN, 2004)

1. Les conditions de travail.

Au-delà des obligations juridiques de l'employeur en matière de sécurité et de santé au travail, pour l'individu, être satisfait des conditions de travail repose sur une rétribution équitable, des horaires adaptés permettant un équilibre vie privée/vie professionnelle (THEVENET and al, 2015).

Les travaux de Joshua-AMADI (2002) ont mis en évidence trois principaux facteurs de départ qui peuvent être à l'origine de l'insatisfaction :

- La faiblesse du salaire
- Le manque de considération
- Le manque de perspective de développement (BARET, 2003)

HERZBERG a adapté la théorie des besoins de Maslow au monde du travail. Dans ces travaux, il a listé les facteurs d'insatisfaction en lien avec les conditions de travail et les dénomme « facteurs d'hygiène ». Prendre en compte ces facteurs d'hygiène est un pilier de la fidélisation. (THEVENET and al, 2015)

A ces déterminants, on peut aussi ajouter l'influence des facteurs organisationnels (BARET, 2003):

- La théorie de l'équilibre organisationnel de MARCH et SIMON : qui suggère un équilibre entre contribution et rétribution
- La théorie du capital humain de BECKER en 1964, et plus récemment les résultats des enquêtes sur la formation : le manque de formation est source de départ
- La théorie de la défection et de la prise de parole défendue par HIRSCHMAN en 1970 : avoir la possibilité d'exprimer son mécontentement permet de renoncer à quitter l'entreprise

- Et plus récemment, les concepts de l'approche socio-économique qui allient performances sociales et efficacité économique (PLANE, 2016). Ils suggèrent l'importance du management et de son leadership au sein d'un modèle d'organisation qualifiante.

2. La confiance et la réciprocité.

L'entreprise doit être considérée comme digne de foi. Confiance, respect mutuel et équité au sens large est un pilier puissant de la fidélisation des salariés. (HIRSCH et FIROBEN, 2004)

Le salarié va s'impliquer dans une organisation si cette dernière lui permet des échanges équilibrés répondant à ses attentes. Le salarié doit se reconnaître dans les buts, les valeurs et les besoins de l'entreprise.

L'inégalité ou l'injustice créent un sentiment d'insatisfaction qui peut entraîner des départs volontaires. Les salariés attendent de la cohérence de la part de leur entreprise. Ils doivent percevoir de l'équité devant la reconnaissance de la performance. Cette perception est subjective et donc propre à chaque individu.

L'implication ne doit pas venir que du salarié. L'entreprise, en-dehors de sa politique de rémunération doit témoigner au salarié de l'intérêt en tant que personne : prendre en compte ses attentes, reconnaître et valoriser son travail contribuent à cette réciprocité (CHAMINADE, 2003).

Aujourd'hui, on ne sacrifie plus sa vie privée pour sa vie professionnelle. Les individus cherchent à s'épanouir, développer des connaissances et des compétences dans et en-dehors du travail. Ils cherchent à entretenir des relations privilégiées avec leur employeur. La relation employeur/employé durable se fonde désormais sur un équilibre « gagnant-gagnant et donnant-donnant » (GUERFEL et GUILBERT, 2008).

3. La conformité et l'appartenance.

Une image valorisante d'elle-même que le travail renvoi à la personne donne de la valeur au travail. (THEVENET and al, 2015).

L'individu peut se conformer aux normes de l'organisation. Néanmoins, si ces normes heurtent ses valeurs, il ne pourra s'y conformer que transitoirement (ROBBINS et JUDGE, 2014).

Les intérêts et valeurs doivent être partagés et il convient de créer un climat social dans lequel les individus aient le sentiment d'être utiles et intégrés à l'entreprise (HIRSCH et FIROBEN, 2004).

L'appropriation renvoie au processus d'identification de la personne à « son » travail, dans « son » bureau, sur « son » ordinateur afin de réaliser « ses » objectifs. Une entreprise qui ne laisse pas son salarié dans le flou quant à son rôle dans la performance et dans l'ignorance concernant sa stratégie permet une implication plus forte et un engagement organisationnel. Le salarié s'identifie, s'engage et prend plaisir à travailler (CHAMINADE, 2003).

Le sentiment d'injustice est démotivant et les iniquités génèrent de la frustration pouvant influencer le désir de quitter l'organisation (PINK, 2011)).

4. L'autonomie et la responsabilité.

Le niveau de liberté, d'indépendance et de libre arbitre laissé à l'employé dans son emploi du temps et ses procédures à mettre en œuvre influence la fidélité (ROBBINS et JUDGE, 2014).

Le besoin d'autonomie est un des besoins distingué par MURRAY dans ses travaux de recherche et repris par Mc CLELLAND et ATKINSON comme réellement importants dans l'implication organisationnelle. (THEVENET, 2016).

Dans ce domaine, la qualité de l'encadrement et le leadership influencent la qualité des rapports au sein du groupe (HIRSCH et FIROBEN, 2004). Les cadres ont une responsabilité dans la mise en place d'une culture propice aux relations de confiance et donc d'attachement.

Les travaux de Kurt LEWIN viennent conforter l'importance de ce pilier dans le processus de fidélisation en ayant démontré l'importance du dialogue, de la confiance et de la responsabilisation (PLANE, 2016).

5. L'identité et le statut.

L'engagement du salarié dans son travail peut dépendre d'un enjeu personnel, d'un défi à relever. Un métier intéressant et enrichissant motive. L'image du métier ou de l'entreprise, c'est l'identité externe qu'il renvoie. Cette image, si elle est valorisante est favorable à la fidélisation. Elle peut être source de fierté : appartenir à un corps de métier, à une entreprise.

Lorsque cette image « externe » se heurte à une identification interne opposée, cela complique les relations. Si l'individu est valorisé dans ces tâches à l'extérieur de son entreprise mais qu'en interne il n'y a pas de signes de reconnaissance, l'envie d'aller voir ailleurs risque d'être forte (CHAMINADE, 2003).

Le sentiment d'utilité est important. Il est souhaitable que l'organisation le mette en avant. Il participe à maintenir une bonne estime de soi et la motivation.

Après cette analyse des principales composantes de la fidélisation de manière globale, l'impact de celle-ci sur les infirmiers des coordinations hospitalières de prélèvement au sein des établissements de santé, dans le contexte actuel, est étudiée à l'occasion de ce travail.

III. Turn over dans les équipes de coordinations hospitalières de prélèvement.

Compte tenu du turn over constaté en 2016 des déterminants de celui-ci rapportés dans la littérature, il semble intéressant d'essayer d'en analyser les ressorts.

A. Quelles données supplémentaires extraient de la base de l'Agence de la biomédecine ?

Si l'on applique les bases de calcul que l'on retrouve dans la littérature aux données constatées en 2016:

- $\frac{[(\text{Nb de départs} + \text{Nombre d'arrivées})]}{2} \times 100 = \frac{[(89+76)]}{774} \times 100 = \mathbf{10,7\%}$
Effectif total
- Taux de sorties = Nombre de départs / effectif total X100 = (89/774) X 100 = **11,5%**
- Taux d'entrées= Nombre d'entrées / effectifs total = (76/774) X 100 = **9,8%**

Ces données n'ont de sens qu'en les comparant soit d'une année à l'autre soit avec des données issues d'une activité comparable. A l'heure actuelle, nous ne pouvons les comparer à d'autres. C'est la première année où les données sont fiables et nous ne trouvons pas dans d'autres pays, d'organisation similaire à celle déployée en France depuis suffisamment longtemps pour pouvoir être comparable.

B. Qu'en pensent les coordinations hospitalières de prélèvement ?

1. Méthodologie

Pour mener ce travail de recherche, un questionnaire spécifique a été élaboré (Annexe n°4). Il comprend 9 grandes thématiques. Pour chaque question, le choix a été fait de proposer des questions fermées (à cocher) ou de faire des propositions (questions semi ouvertes). Pour certains items, une évaluation de satisfaction, d'accord ou de jugement est demandée. Un espace pouvant accueillir du texte libre était disponible pour chaque item.

Ce questionnaire a été diffusé fin mars 2017. Les chefs de service des quatre Services de Régulation et d'Appui ont souhaité diffuser eux-mêmes ce questionnaire aux établissements de leurs zones géographiques respectives.. Il a été diffusé par mail au format Word aux différentes

unités de coordination hospitalière autorisées aux prélèvements d'organes et de tissus. Les établissements autorisés aux prélèvements de tissus seuls ont été exclus de l'étude.

En France, il y a en 2017, 188 établissements de santé autorisés aux prélèvements d'organes et de tissus (ce chiffre prend en compte uniquement les entités juridiques). Il augmente si l'on tient compte de l'ensemble des sites. Certaines équipes de coordination hospitalière travaillent sur plusieurs établissements autorisés. On dénombre environ 160 unités de coordination hospitalière de prélèvement d'organes et de tissus. Chaque questionnaire correspond à l'avis d'un infirmier de coordination. Plusieurs infirmiers d'une même unité ont souvent complété le questionnaire. J'ai proposé que des infirmiers de coordination ayant quitté leur fonction de coordinateur participent à l'enquête.

Les retours de questionnaires se sont fait par mail. 186 questionnaires ont ainsi été collectés, deux sont revenus vierge. Il semblerait que certaines personnes aient rencontré des difficultés pour activer les cases à cocher du logiciel Word. D'autres ont préféré imprimer le fichier et le numériser pour le retour.

Chaque questionnaire a alimenté un fichier Excel qui a permis de colliger l'ensemble des données. De ce fichier, l'intégralité des graphiques et commentaires extraits se trouvent en annexe 3

L'utilisation de l'adresse mail ou du message qui accompagnait le mail, a permis d'identifier environs 110 établissements différents. De plus, cette information, a permis d'inclure dans la base Excel une donnée le volume d'activité de prélèvement d'organes de l'établissement. Cette donnée n'apparaissait pas dans le questionnaire initial.

Les forfaits alloués aux établissements de santé pour le financement des coordinations sont versés par l'ARS l'année N et sont indexés au volume d'activité de l'année civile N-1. L'Agence de la biomédecine a émis des préconisations sur des dotations en moyens humains en fonction de ce volume d'activité. Ainsi, plus le volume d'activité est important plus le nombre d'ETP paramédicaux dédiés à l'unité de coordination hospitalière augmente.

2. Synthèse des résultats et analyse.

a) Profil des participants

La profession infirmier est largement féminine en France (87%) Les données de l'étude confirment ce taux : les professionnels en poste au sein des CHPOT sont en majorité des femmes :

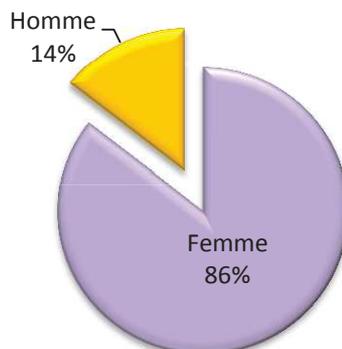


Figure 8 : Répartition par sexe des participants à l'étude

Concernant leur âge, 70% des personnes ayant répondu ont entre 31 et 50ans :

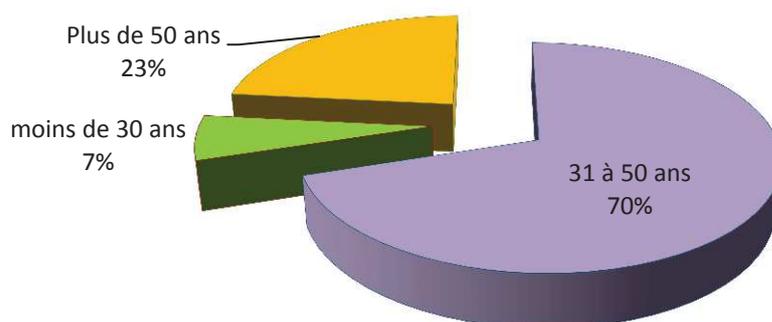


Figure 9 : Répartition par tranches d'âge des participants à l'étude

En ce qui concerne l'ancienneté au sein de la CHPOT, environ 30% des répondants ont entre 5 et 10ans d'ancienneté, 30% ont moins de 3ans d'ancienneté.

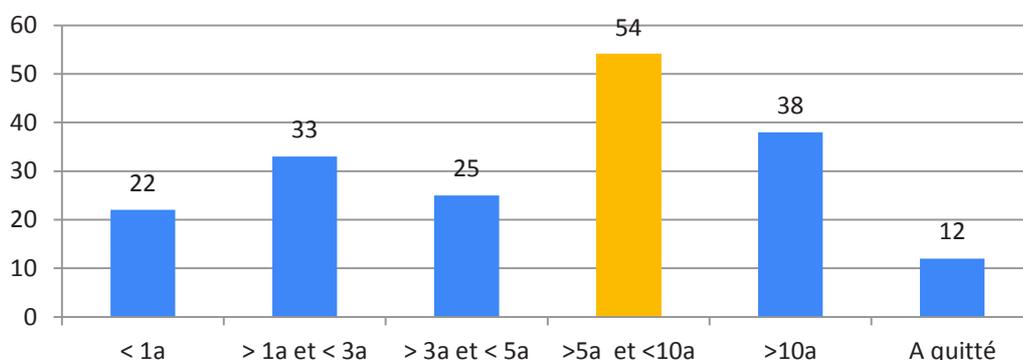


Figure 10 : Ancienneté dans la fonction de CHPOT

En croisant les données âges/ancienneté, on constate que les infirmiers les plus âgés occupent ce poste en CHPOT depuis longtemps (près de 60% de ceux-ci étant présent depuis plus de 10 ans)

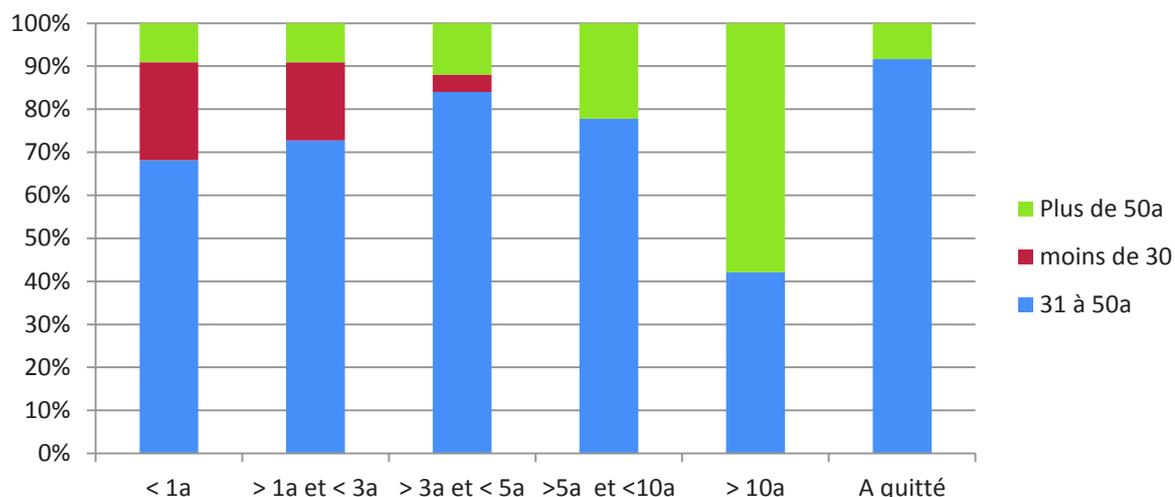


Figure 11 : Répartition des tranches d'âge par ancienneté en pourcentage

Compte tenu des données de la littérature, il aurait été intéressant de découper ces tranches d'âges par génération :

- Baby-boomers (né avant 1965),
- Génération X (né entre 1965 et 1980) et
- Génération Y (né entre 1980 et 1996).

Toutefois, ces données semblent confirmer le sentiment ressenti par les personnels des SRA : la prise de fonction en coordination hospitalière de prélèvement semble attirer de plus jeunes professionnels.

b) Ce qui a attiré un professionnel dans cette fonction

A la question, « **Pourquoi occupez-vous (avez-vous occupé) le poste de coordinateur hospitalier?** » plusieurs propositions étaient faites

Dans la figure suivante (Fig. 12), le taux de réponses positives, en bleue est comparé aux taux de réponses négatives en rouge par items proposés

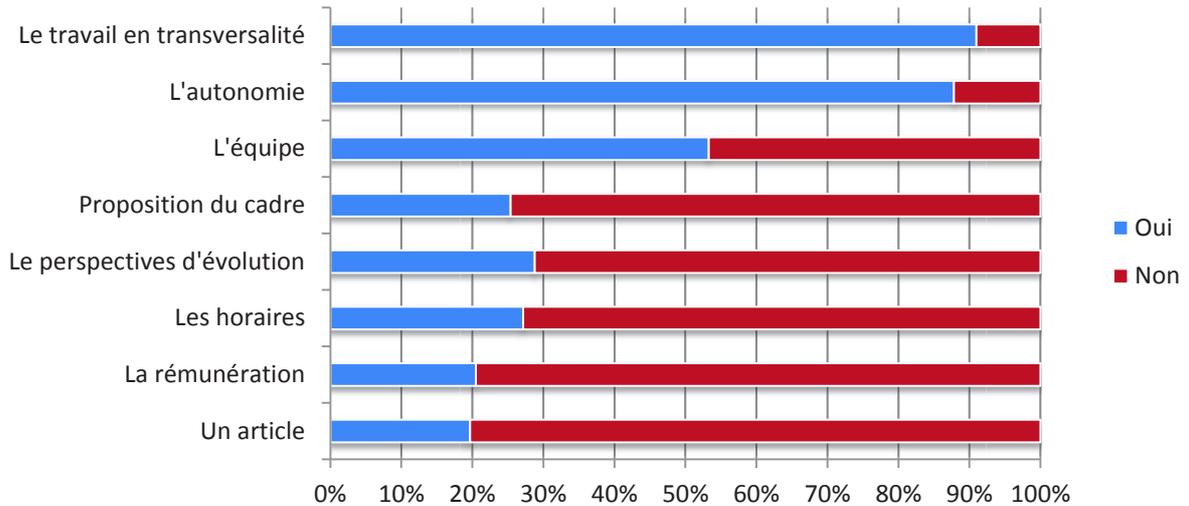


Figure 12 : Ce qui a attiré vers les fonctions de CHP

Dans les commentaires, beaucoup ont précisé qu'ils étaient issus d'un service de réanimation et avaient pu voir le travail de l'infirmier de coordination lors de la prise en charge d'un donneur. Cette question n'était pas clairement formulée mais sur les 186 questionnaires, 22% ont jugé nécessaire de le préciser. C'est pour eux, « une suite logique de la réa », « voir le travail de la CHPOT m'a donné envie... », « Opportunité suite à la réa... »

Il faut également noter que dans 27 questionnaires, il est fait référence à l'intérêt « personnel pour la cause du don d'organes », « ai été touché personnellement », « ai perdu un proche en attente de greffe », « j'ai été concerné à titre familiale par l'attente de greffon ».

Beaucoup de questionnaires évoquent « la satisfaction de faire partie de cette grande chaîne », « L'activité de prélèvement et de greffe, le don d'organe en général a été une cause qui m'a toujours interpellée et intéressée », « ce métier donne du sens... », « travailler pour la vie tout en étant à l'aise et au clair avec la mort... », « pour sauver des vies », « Plaisir de savoir que des personnes vont pouvoir avoir une nouvelle vie qui commence pour eux... » : autant d'arguments étayant une forte implication organisationnelle affective (décrit par MEYER et ALLEN en 1997). Dans ces commentaires, on entend également une motivation altruiste en lien avec le sens, les valeurs et la vocation à servir « la cause » de la greffe. Certains chercheurs classent la motivation altruiste parmi les motivations intrinsèques (BERGER et D'ASCOLI, 2011)

Ces données tendent à mettre en lumière les contradictions que le coordinateur de prélèvement peut avoir à gérer.

D'un côté, il est au cœur d'une structure hospitalière souvent très hiérarchisée, dont la conjoncture actuelle oblige à mettre en objectif prioritaire le contrôle et la réduction des coûts et ce sur une multitude d'activités.

De l'autre, se trouve une agence sanitaire, l'Agence de la biomédecine, qui a pour mission de mettre tout en œuvre pour répondre aux besoins de greffes.

Au centre, le coordinateur, affectivement impliqué, doté d'une motivation altruiste. Ce qui peut être représenté comme schématiquement comme suit (Fig 13)

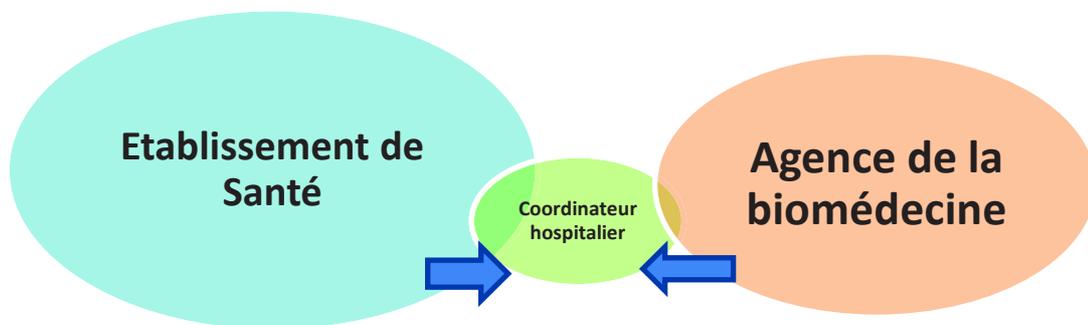


Figure 13 : Représentation schématique de la place des CHPOT, entre établissement de santé et Agence de la biomédecine

De ce constat, il me semble important de veiller à ce que les professionnels des coordinations hospitalières aient les moyens de gérer les injonctions venant des deux entités. Il me semble important voir indispensable que le CIAR soit suffisamment proche des équipes de coordination hospitalière de prélèvement pour repérer ces « je dois mais je ne peux pas ». Les injonctions paradoxales épuisent et sont sources d'insatisfaction pouvant motiver une demande de mutation ou un changement de fonction. Il faut être vigilant à ne pas demander l'impossible. Dans la formulation des objectifs, les demandes voire exigences doivent être possibles à mettre en œuvre. De même, en ce qui concerne les objectifs formulés par les établissements aux coordinateurs, la hiérarchie de l'établissement doit être alertée de manière factuelle s'ils s'avèrent impossible à mettre en œuvre. Ces données peuvent être issues d'expériences d'autres établissements de santé.

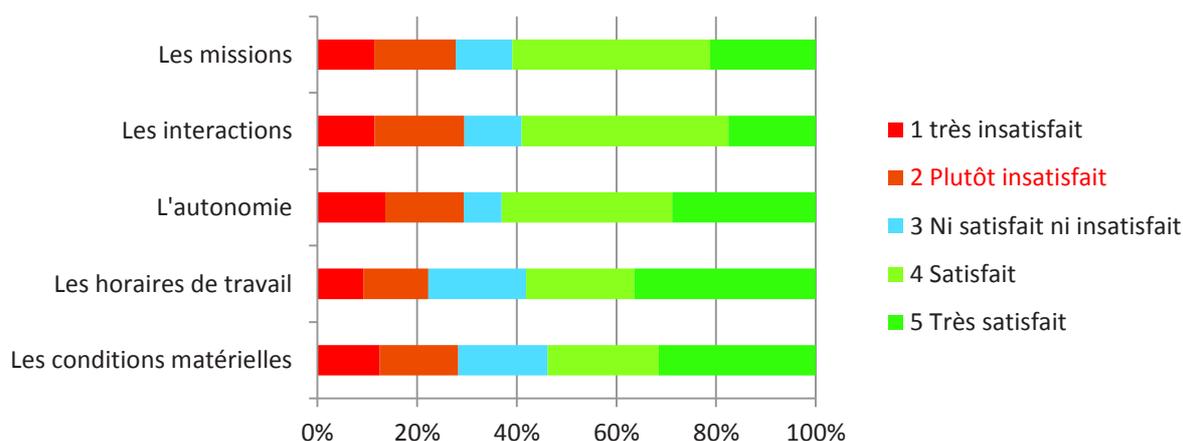
De plus, l'implication affective des infirmiers de coordination nécessite un pilotage afin de prévenir épuisement et « Burn out ». Parfois à vouloir tout faire, l'infirmier de coordination peut se perdre dans ses différentes missions au point de vouloir faire au-delà de ses compétences. Il peut ne plus savoir quelles sont les priorités. Le rôle du CIAR doit pouvoir détecter les dérives et pondérer les comportements de « surinvestissement » ou d'implication excessive qui face à des organisations hospitalières très hiérarchisées ne peut conduire qu'à l'épuisement... et au départ des infirmiers.

c) *Les conditions de travail*

Comment évaluez-vous vos conditions de travail à ce poste ?

L'objectif de cette question était d'explorer le ressenti des coordinateurs face aux conditions dans lesquelles ils exercent leur métier.

Les réponses sont difficilement exploitables en raison d'une erreur de libellé. En effet dans l'énoncé 2= *plutôt satisfait* remplace 2=*plutôt insatisfait*. Les questionnaires où « 2 » a été coché, ont pour certains corrigés d'emblée ou pour d'autres un commentaire a été ajouté laissant entendre une «insatisfaction ». Néanmoins, cette erreur rend l'analyse de cet item incertaine.



Dans l'ensemble, près de 60% sont satisfaits ou très satisfaits de leurs conditions de travail. Environ 10% sont très insatisfaits et sauf erreur d'interprétation, 15% sont plutôt insatisfaits de leurs conditions de travail. Ainsi, près du quart des infirmiers de coordination sont insatisfaits de leurs conditions de travail. On ne note pas de différences entre les différents items en ce qui concerne les personnes « ni satisfaites ni insatisfaites » concernant des horaires de travail et des conditions matérielles.

En commentaires libres, à plusieurs reprises des contraintes liées aux faibles effectifs ou à l'importance des temps partiels sont évoqués (10 commentaires sur les 15 présents).

Le fait qu'un individu soit satisfait ou insatisfait peut être dépendant de son bagage génétique (ROBBINS et JUDGE, 2014). Néanmoins, il semble nécessaire de se questionner sur le rôle que peut avoir le CIAR vis-à-vis de cet aspect. Les conditions de travail sont un des piliers de la fidélisation.

L'avantage d'intervenir dans plusieurs établissements de santé différents permet de « comparer » les situations des uns et des autres. Il est donc possible de parfois pondérer et relativiser certaines plaintes. Il ne s'agit pas de systématiquement les ignorer mais juste de « voir le verre à moitié plein... ». Néanmoins, dans certaines situations qui peuvent être qualifiées d'extrêmes, utiliser un levier du type « audit⁵ » peut permettre de formaliser un éventuel mal être. En ce qui concerne les contingences matérielles notamment, la réglementation peut être utilisée en support. La loi⁶ précise en effet le matériel ainsi que les locaux nécessaires aux équipes de coordination.

d) La formation

L'analyse des besoins en formation reposait sur plusieurs questions.

La politique de formation d'adaptation à l'emploi de coordinateur hospitalier de prélèvement vous semble-t'elle :

- Suffisante ?

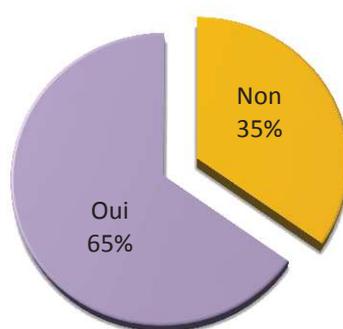


Figure 14 : La formation d'adaptation à l'emploi est-elle suffisante ?

⁵ Audit : l'Agence de la biomédecine a mis en place un référentiel d'audit de processus de prélèvement. Ces audits se déroulent en trois phases : une phase d'auto-évaluation menée par l'établissement à partir du référentiel fourni par l'ABM, suivi d'une phase de visite sur site par le personnel des SRA, puis de l'élaboration d'un rapport avec formalisation de pistes d'amélioration.

⁶ Loi de bioéthique de 2011 et Règles de bonnes pratiques PMOT

- Adaptée ?

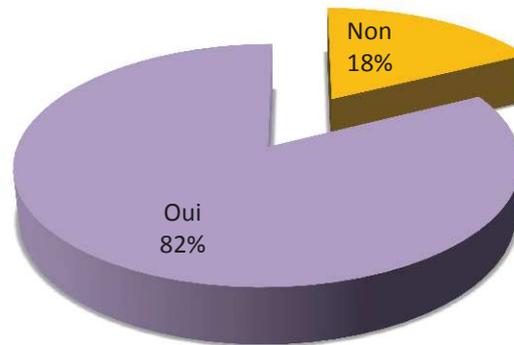
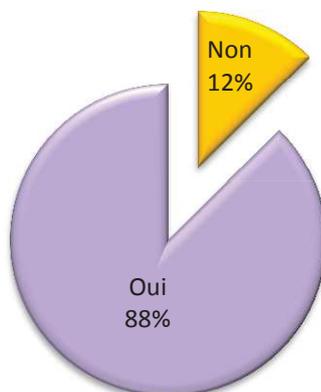


Figure 15 : La politique de formation d'adaptation à l'emploi vous semble t'elle adaptée?

La taille de l'unité de coordination et par là même le volume d'activité a peu modifié cette évaluation. Les données chiffrées ne le confirment pas en ce qui concerne le volume de formation mais au niveau de la qualité. En effet, on retrouve les même taux estimant la formation suffisante mais une différence de dix points sur la notion de formation adaptée :

CHP avec activité soutenue



CHP avec faible activité

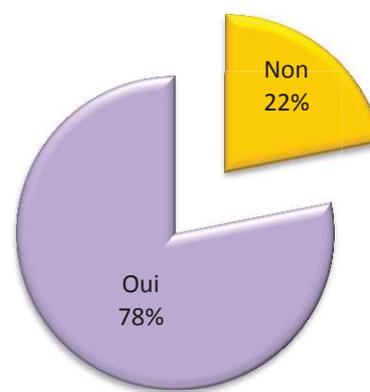


Figure 16 : La formation est-elle ressentie comme adaptée en fonction du volume d'activité des CHPOT

Au niveau des commentaires en texte libres (37 commentaires/184 questionnaires exploitables), les principales remarques concernent :

- La place du tutorat dans la formation :
 - place estimée parfois trop grande : « il manque une vraie formation... », « il faudrait un diplôme », « risque de perte de compétence sur les sites à faible activité si la formation est uniquement réalisée par ses pairs »
 - place parfois très appréciée : « bon accompagnement du réseau », « bonne entraide entre équipes de coordination »
- Une difficulté d'accès aux formations :
 - Accès trop tardif : « FCHP arrive trop tard », « impression d'être lâchée dans l'arène... », « ai attendu 18 mois pour avoir une première formation ABM », « une formation ABM devrait être obligatoire avant la prise de poste », « il devrait y avoir une formation de base obligatoire avant la prise de fonction »
 - Accès trop coûteux : « L'hôpital ne finance plus les formations », « Pas d'accès aux formations proposées pas l'ABM faute de budget »
 - Peu de formation pour les plus anciens : « ça fait 10ans que je suis en poste, pas de renouvellement du catalogue ABM »
- L'absence de formation qualifiante spécifique : « il devrait y avoir un diplôme au même titre qu'IBODE, IADE ou Puericultrice. », « Métier non reconnu, pas de formation adaptée »,

Que retenir ?

L'accès tardif aux formations : les binômes ABM ont un rôle à jouer pour réduire cette impression. Nous avons été nombreux à relayer ces ressentis. La mise en place des sessions de formation de base à l'échelle des réseaux de proximité pourrait répondre à ce besoin dans le cadre des missions d'animation de réseau. Même si les contraintes budgétaires pèsent sur les effectifs de l'Agence au sein des régions, la formation des nouveaux arrivants en coordination ne doit pas être négligée et du temps doit y être consacré. Ce temps permet d'entretenir un socle commun de connaissance tout en maîtrisant son contenu dans le respect des valeurs édictées par la réglementation. Déléguer cette tâche aux coordinateurs plus anciens peut être risqué et contre-productif en impactant la qualité des pratiques professionnelles.

Les personnels paramédicaux présentent une forte implication affective. Les premiers mois après la prise de fonction sont qualifiés de « cruciaux » pour la fidélisation par certains chercheurs (ROBBINS et JUDGE, 2014). Il est donc pertinent pour une Agence sanitaire dont une des missions est de développer l'activité de greffe de s'impliquer au niveau de la formation des CHPOT au-delà du catalogue officiel par un suivi, au quotidien, sur le terrain. Les personnels de l'Agence de la biomédecine en charge d'une région doivent formaliser, avec chaque nouvel arrivant, un temps de formation. Il serait même pertinent que ce temps fasse partie des prérequis avant que l'infirmier ainsi formé obtienne un code d'accès au système d'information de l'Agence de la biomédecine (dossier Cristal donneur). Ce temps permet de faire connaissance, de positionner le CIAR comme référent dans le domaine du prélèvement et de la greffe et de transmettre les messages institutionnels. C'est un investissement d'avenir.

La formation qualifiante pour plus de reconnaissance : c'est un sujet redondant. Il semble aujourd'hui que la probabilité qu'une formation diplômante statutairement reconnue⁷ de « coordinateur hospitalier de prélèvement » puisse voir le jour est quasi nulle. Néanmoins, le CIAR comme le cadre hospitalier de l'agent doivent encourager les infirmiers de coordination à maintenir voir développer leur employabilité en développant leurs compétences et ensemble élaborer une réflexion sur les avenir possibles.

Dans les établissements, les accès aux formations sont souvent très hiérarchisés. Il est rarement proposé à une infirmière des formations permettant d'exploiter des données (ex : utilisation d'Excel par exemple), des formations sur la Stratégie des organisations de santé, la gestion de projet... Ces formations sont souvent réservées aux cadres et postes de direction. Ces formations ne sont pas à proposer aux nouveaux arrivants, mais les infirmiers coordinateurs en place depuis de nombreuses années pensent-ils à demander ce type de formation ? Les budgets de formation des établissements ne permettent probablement pas le financement de ces formations mais ont-ils connaissance des plateformes gratuites proposant des cours collectifs (MOOC) ? Pour susciter la curiosité des infirmiers coordinateurs les plus anciens, l'Agence de la biomédecine a un rôle à jouer pour les informer, les encourager et pourquoi pas les accompagner dans ce type de démarche pour monter en compétences.

⁷ Pour un infirmier diplômé d'état, seule trois formations de spécialisation sont reconnues statutairement en France : infirmier anesthésiste, infirmier de bloc opératoire, infirmière puéricultrice.

e) L'encadrement

Concernant la présence d'un cadre au sein des unités de coordination, les données issues de petites coordinations, de celles ayant une activité plus soutenue sont séparées.

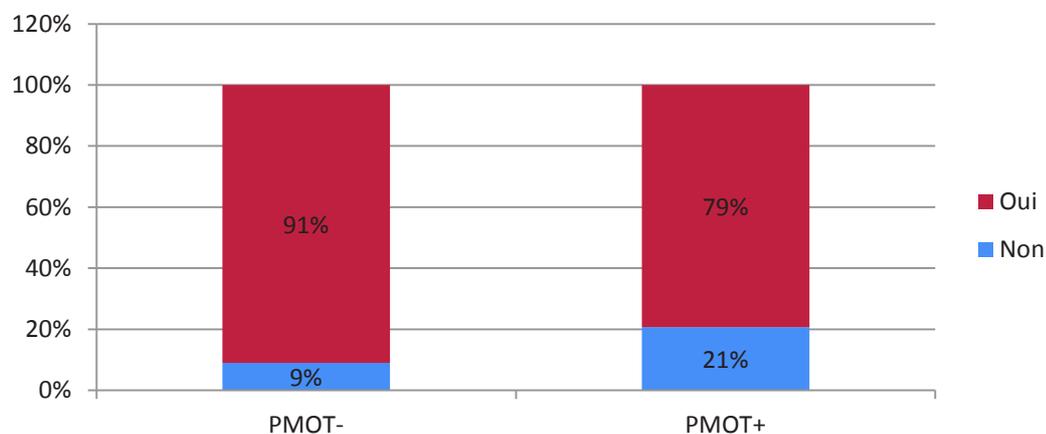


Figure 17 : Pourcentage d'infirmiers de coordination bénéficiant d'un cadre au sein des unités de coordination

21% des coordinations ayant une activité soutenue n'ont pas de cadre de proximité. Ce chiffre est nettement plus faible au sein des unités de coordination de plus petite taille.

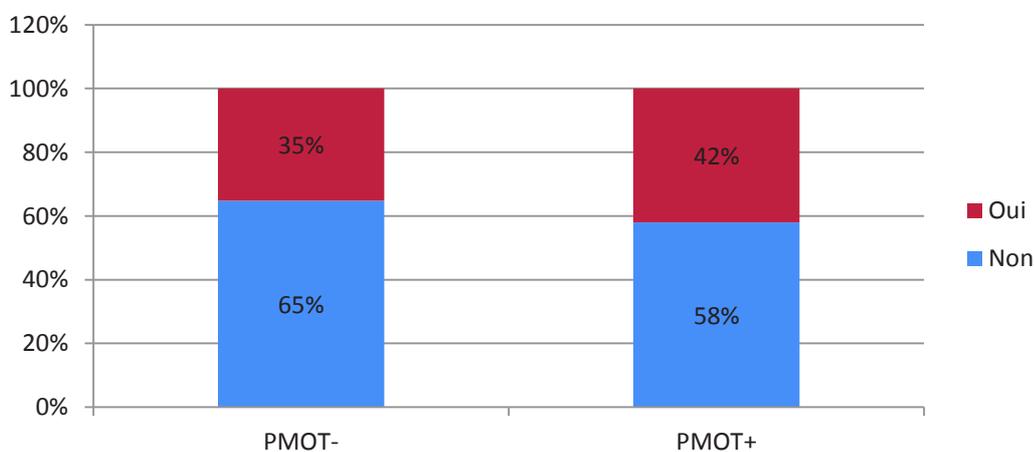


Figure 18 : Pourcentage de cadres ayant un temps dédié au sein des CHPOT

Pour les infirmiers de coordination bénéficiant d'un cadre hospitalier, 42% des cadres de santé des unités avec activité soutenue ont un temps dédié pour cette fonction, 35% au sein des unités à plus faible activité. La présence d'un cadre au sein des unités de coordination est moins fréquente dans celle à activité soutenue mais lorsqu'un cadre gère ces unités, il dispose d'un temps dédié pour cette fonction.

Si l'unité de coordination dispose d'un cadre de santé, qu'il ait ou non un temps dédié, les infirmiers de coordination évaluent leur degré d'implication au sein de l'unité comme « impliqué » à « très impliqué » pour 60% au sein des unités de petite taille et à 70% des cas pour les unités plus importantes.

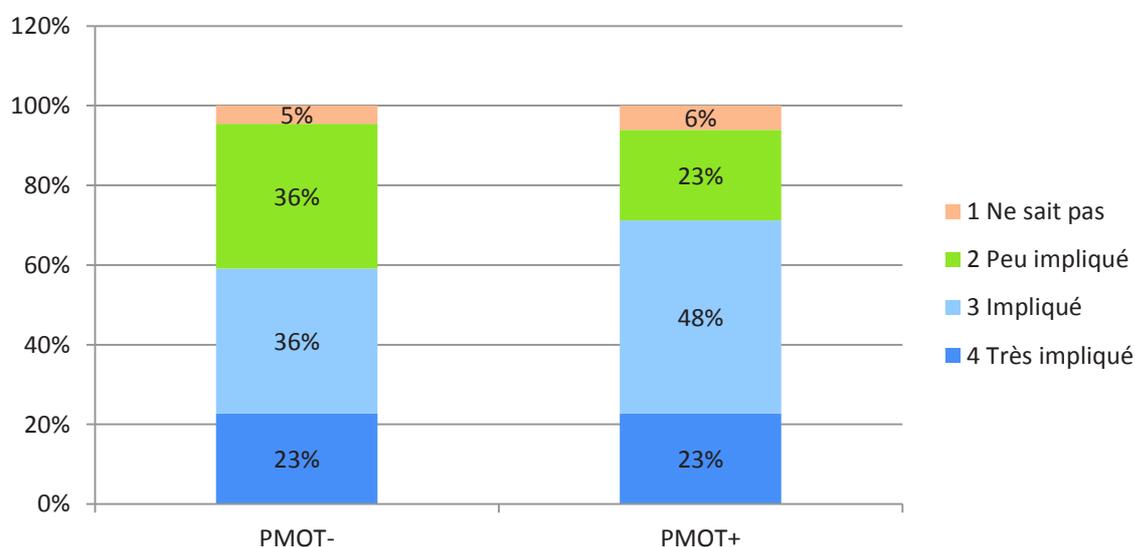


Figure 19 : Taux d'implication des cadres au sein de l'unité en fonction du volume d'activité d'après les infirmiers de coordination

Les infirmiers de coordination estiment leur cadre « peu impliqué » pour 36% dans les coordinations à faible activité et pour 23% dans les coordinations ayant une activité soutenue.

Le Cadre infirmier de l'Agence de la biomédecine n'a pas de relation hiérarchique avec les infirmiers de coordination. Il ne manage pas les équipes mais une activité. Pour cela, il est légitime pour accompagner les équipes dans la mise en place du modèle de fonctionnement qui leur semble le plus adapté. En quelques sortes, on peut comparer son rôle à celui du manager des organisations matricielles. Le cadre hospitalier est le supérieur hiérarchique, le CIAR de l'Agence de la biomédecine accompagne l'activité (« responsable du projet »). Ceci permet de renforcer le pilier de la fidélisation qu'est la confiance et la réciprocité : prendre en compte ses attentes, reconnaître et valoriser son travail (CHAMINADE 2003).

Pour cela, le cadre de santé est l'interlocuteur privilégié du CIAR. Ces deux protagonistes doivent se mettre d'accord sur les priorités à fixer à l'équipe de coordination. Les unités de coordination hospitalière fonctionnent avec un effectif restreint. Il n'est pas possible de tout faire. Le CIAR en collaboration avec le cadre hospitalier doit essayer de promouvoir des actions réalistes et mettre des mots sur ce qui ne peut pas être réalisé. Il est donc important que le cadre hospitalier puisse

être présent au moment des visites des binômes médecin et CIAR de l'Agence de la biomédecine afin de bien coordonner les messages et réduire le risque d'injonctions paradoxales.

De plus, rare sont les cadres n'ayant qu'une unité de coordination hospitalière à gérer. L'expertise et l'expérience du CIAR pour argumenter et guider les choix managériaux des cadres peuvent être intéressantes. La relation entre CIAR et cadre hospitalier de CHPOT doit être équilibrée et respectueuse. Les équipes gagnent à ce que les exigences et contraintes des uns et des autres soient clairement exprimées. Au-delà de la collaboration, il doit y avoir de la coopération entre cadre de santé de l'établissement et CIAR afin de permettre une communication régulière, une vision claire et partagée des missions et des objectifs et ainsi donner du sens aux équipes. Les jeux de pouvoir n'y ont pas leur place.

Face aux équipes, le CIAR se positionne en tant que soutien, il accompagne les projets, apporte son expertise. Dans les conflits internes, il n'a souvent que peu de marge de manœuvre. Néanmoins, parfois entendre les difficultés ou les résistances, les reformuler en y apportant un angle de vue différent ou une réponse raisonnée peut éviter des situations conflictuelles bloquantes, sources d'insatisfaction et de démotivation.

Le CIAR peut tenir le rôle d'animateur au sein du groupe. Il a pour mission de conduire le groupe vers le résultat. Il peut être celui qui fait prendre conscience des conflits naissants, des freins et des difficultés. Ce rôle ne doit pas être directif mais doit avoir un effet « miroir » afin d'aider le groupe à s'autoréguler et ainsi gagner en autonomie. Le CIAR « ne doit pas faire à la place » mais guider pour que chaque membre de l'équipe puisse se dépasser et que chacun retire de cette collaboration un enrichissement personnel (BARRET and all, 2005).

Le CIAR doit être accessible pour les équipes de coordination hospitalière. Il les accompagne, les encourage et développe l'efficacité collective pour qu'elles gagnent en autonomie et en efficacité. Pour cela, il doit être régulièrement au contact avec ces équipes. Il doit être à la fois bienveillant c'est-à-dire porter un regard confiant sur les équipes mais aussi ferme en recentrant les équipes sur l'objectif : développer l'activité de greffe (BELLORGEY et GROLLIERE 2011). En agissant de la sorte, il renforce plusieurs piliers de la fidélisation : la confiance et la réciprocité, l'autonomie et les responsabilités, la conformité et l'appartenance.

f) La supervision

Avez-vous le sentiment de bénéficier d'une supervision*?

Cette question a pour but d'évaluer le nombre d'infirmiers de coordination qui, dans le cadre de leur unité, disposent d'un temps formalisé pour échanger sur leur pratique et les situations difficiles qu'ils ont à gérer. La notion de «supervision» est définie par l'Association Romande des Superviseurs⁸ : *En s'appuyant sur des situations concrètes, la supervision offre à un groupe ou une équipe, la possibilité de réfléchir sur le fonctionnement professionnel afin de mieux gérer les exigences. Elle amène le supervisé à s'interroger sur ses attitudes, ses paroles, ses perceptions, ses émotions et ses actions. Elle aide à développer la lucidité et la prise de distance afin de mieux gérer les situations complexes.*

Les missions des infirmiers de coordination sont complexes et éprouvantes et demandent des efforts. *L'effort qui va au but est bénéfique. On se remet vite d'une bonne fatigue. Mais, l'effort inutile empêche de dormir* (Y. CLOT, 2017). La supervision permet de mettre des mots sur toutes les situations. Ce n'est pas se plaindre ensemble mais construire et débattre ensemble grâce au regard de l'autre. C'est un moyen de veiller à entretenir la satisfaction des individus.

129 réponses affirmatives sont colligées, soit 67% des questionnaires exploitables. La présence d'une supervision est sensiblement identique au sein de toutes les unités de coordination, qu'elles aient une activité soutenue ou non.

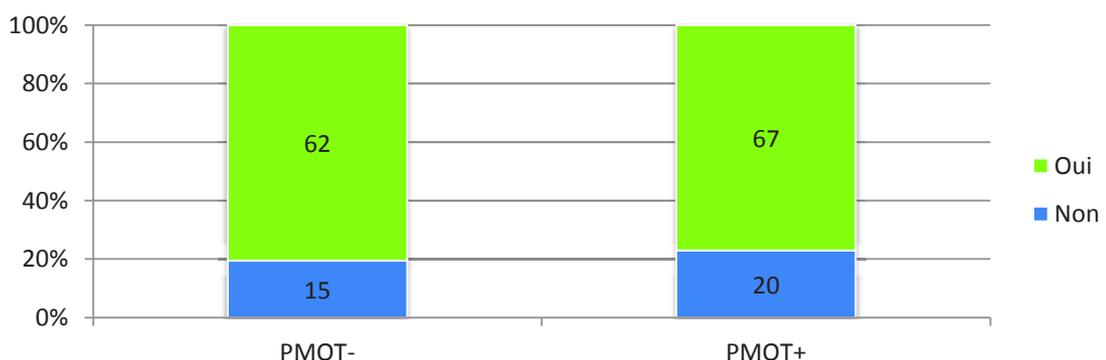


Figure 20 : Pourcentage d'infirmiers de coordination estimant bénéficier d'une supervision classé en fonction du volume d'activité

⁸ Association Romande des Superviseurs : rassemble des superviseurs venant du secteur du travail social. Site Internet disponible pour plus d'information : www.superviseurs.ch

Les « acteurs » principaux de cette supervision, sont le CIAR et le cadre hospitalier. Peu de psychologues interviennent au sein des unités de coordination (Fig. 21)).

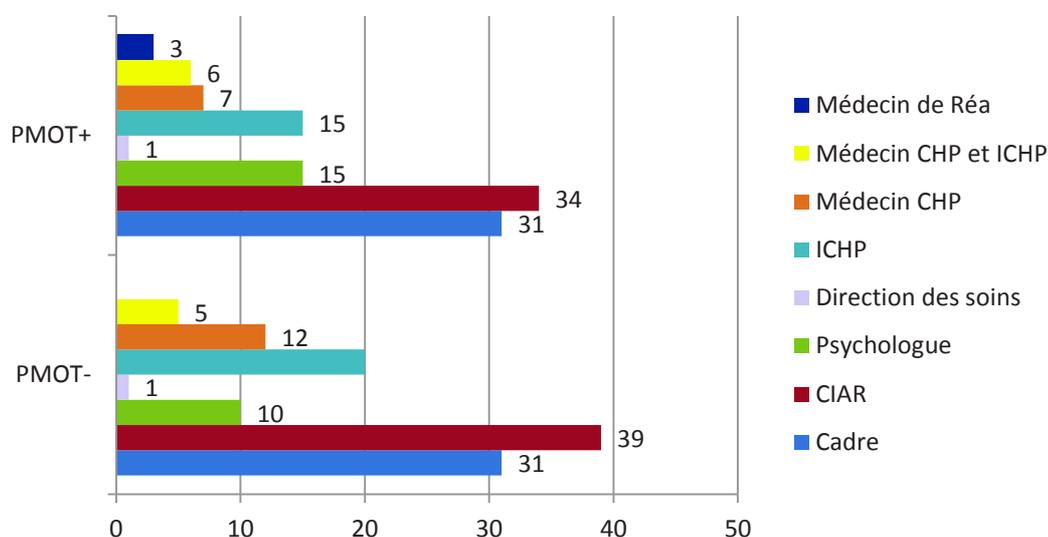


Figure 21 : Répartition des acteurs assurant pour les infirmiers de coordination un temps de supervision

Au vu de ces réponses, la bonne compréhension du terme « supervision » interroge. S’agit-il effectivement de l’organisation de séances où le groupe réfléchit à des situations concrètes et « analyse à distance » pour apprendre à gérer au mieux les prochaines ?

De ce constat et au vu de la manière dont la question était formulée, il semble hasardeux de tirer des conclusions de ces réponses. Néanmoins, il semble pertinent qu’un CIAR puisse développer des compétences de « superviseur ». Apprendre de chaque situation peut participer à entretenir un sentiment de travail de qualité et par conséquent influe positivement sur la satisfaction.

g) Les compétences clés

Les infirmiers de coordination ont été amenés à dégager les 3 compétences indispensables pour assurer les missions d’infirmier de coordination. Les réponses sont variées, parfois éloignées de la notion de « compétence ». Pour gagner en lisibilité, les réponses sont classées par grandes thématiques plutôt que de listées. Les résultats sont les suivants (Fig 22) :

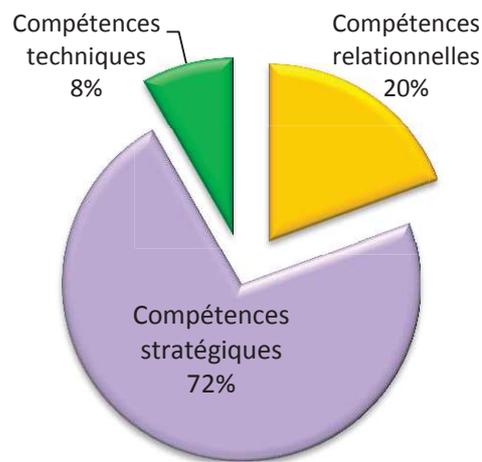


Figure 22 : répartition des compétences clés identifiées par les infirmiers de coordination

Pour les infirmiers de coordination en poste les compétences clés sont plutôt d'ordre stratégique (72%). Des termes tels que « réactivité », « organisation », « capacités d'analyse », « esprit d'initiative », « anticipation », « persévérance », « esprit d'équipe », « sens des responsabilités », « capacité de positionnement », « esprit de conciliation... » sont retrouvés. Viennent ensuite, les compétences relationnelles soit 20% (Diplomatie, humanité, capacités relationnelles, discrétion, qualité d'écoute, respect, savoir recevoir, empathie, sens de la relation, communication, savoir être,...). Les compétences techniques ne sont citées que dans 8% des cas : « expérience en réa », « maîtrise gestes techniques ».

Ce qui est attendu d'un infirmier de coordination c'est savoir agir et interagir avec compétence en situation. Il ne s'agit pas d'appliquer uniquement un ensemble de procédures Il doit être capable de prendre des initiatives face à des situations inédites qui se trouvent hors procédures.

L'Agence de la biomédecine n'intervient pas ou très peu dans le recrutement des infirmiers de coordination. La Loi (cf annexe n°1) définit les missions des unités et des personnels des coordinations hospitalières de prélèvement. Elle précise qu'il est recommandé que l'Agence de la biomédecine donne un avis avant la nomination d'un médecin de coordination. En ce qui concerne le personnel paramédical, le texte précise que l'Agence de la biomédecine peut donner un avis si besoin et qu'il est recommandé d'avoir une expérience *de plusieurs années de pratiques dans des services de réanimation, soins intensifs, urgences ou service de greffe*.

Le recrutement est effectué par le cadre hospitalier de l'unité de coordination ou le cadre supérieur du pôle de rattachement de l'unité. L'avis consultatif de l'Agence de la biomédecine est

optionnel et rarement effectif. De nombreux écrits concluent que les pratiques de recrutement efficaces ont un impact positif non négligeable sur la performance globale (AUTIER and al, 2016). Un recrutement réussi pour toutes entreprises c'est « avoir la bonne personne à la bonne place ». Est-ce d'actualité à l'hôpital ? Trouve-t-on dans tous les établissements une fiche de poste détaillée d'infirmier de coordination pour faciliter le recrutement ? A-t-on défini dans chaque établissement le « profil idéal » pour prendre en charge ce poste pour guider le recruteur ? Ne trouve-t-on pas dans les infirmiers qui quittent une unité de coordination au bout de quelques mois des personnes déçues par la réalité du quotidien de travail trop éloignée de ce qui avait été annoncé ? Un décalage trop important entre la promesse de travail et le travail réel est source de démotivation et de turn-over.

L'Agence de la biomédecine gagnerait probablement à proposer une fiche de poste détaillée aux établissements avec des recommandations sur les profils de candidats recherchés. Les coûts de formation d'un nouvel arrivant au sein d'une unité de coordination sont pris en charge pour une partie non négligeable par l'Agence de la biomédecine. Par ailleurs, pour l'établissement, il mobilise du temps tant pour l'agent que pour ses collègues. Une erreur de recrutement a un impact sur l'activité de prélèvement. En-dehors de la « non performance » individuelle, il déstabilise souvent l'ensemble de l'équipe.

De plus, avoir un regard extérieur permet de mettre en évidence le manque de diversité au sein des équipes. Par facilité de gestion, le cadre de santé, souvent responsable de plusieurs unités en plus de la coordination, peut vouloir recruter toujours au sein des unités qu'il gère. Pourtant, recruter des profils différents pour plus de diversités peut stimuler et développer la compétence collective d'une équipe (THEVENET and al 2015).

Que le recrutement soit planifié ou inscrit dans un contexte d'urgence, c'est un acte de gestion qui engage à long terme (ROBBINS et JUDGE, 2014). L'objectif dans le cadre des renouvellements d'effectifs doit être centré sur la sécurisation du processus. Voilà un ensemble de raisons pour lesquelles il paraît légitime que les CIAR de l'Agence de la biomédecine développent un travail de collaboration avec les cadres hospitaliers des unités de coordination pour les recrutements des acteurs paramédicaux.

h) Comment l'infirmier de coordination se sent il à ce poste ?

Pour cette question, il a été proposé de définir une note entre 1 (très mal) et 10 (très bien) concernant le bien être dans le poste (Fig 23)

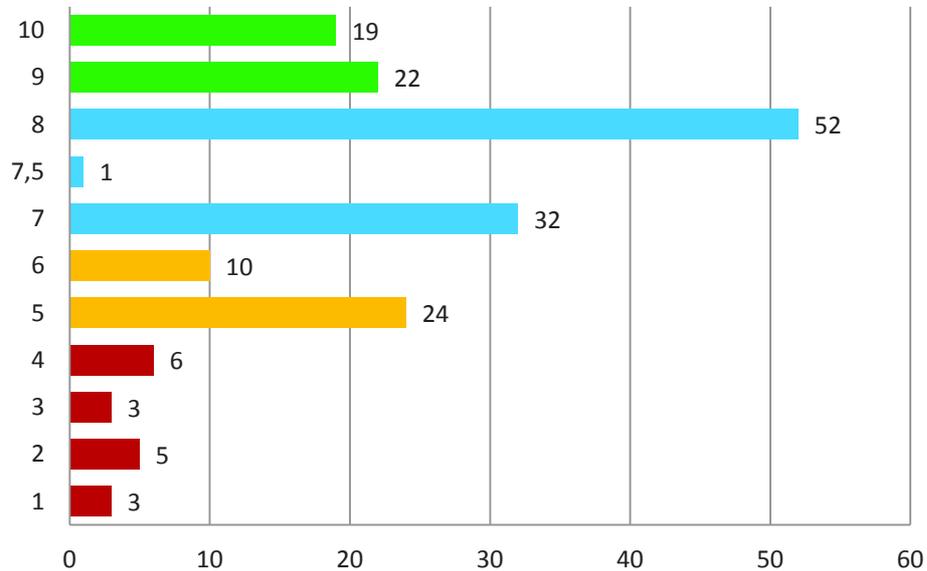


Figure 23 : répartition des notes attribuées pour le degré de satisfaction des Infirmiers de coordination à leur poste

71% des infirmiers de coordination se sentent très bien (23% évaluent à 9 ou 10) ou plutôt bien (48% évaluent à 7-8) dans leur poste. Néanmoins, 29% ne vont pas bien, dont 10% vont très mal (Fig. 24).

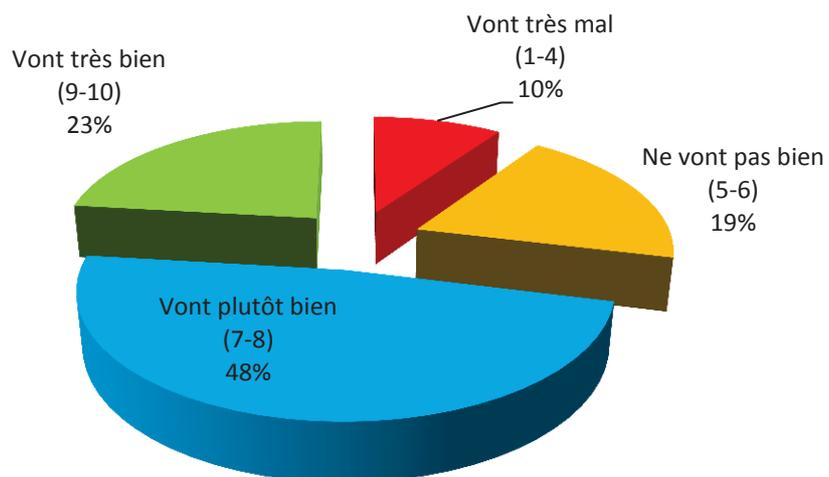


Figure 24 : Répartition des notes de satisfaction des infirmiers de coordination en fonction du taux de réponse

Globalement, il n’y a que peu de différence d’évaluation du niveau de satisfaction entre les infirmiers en poste dans des unités à activité soutenue ou ceux en poste dans des unités à activité plus faible (Fig. 25). Une enquête STATISTA réalisée en 2013⁹ effectuée auprès de 168 000 personnes dans le monde nous montre que 53% répondent « être heureux au travail ». La population infirmière étudiée « se sentant bien à son poste » est de 71% donc nettement supérieure à la moyenne mondiale de l’étude STATISTA.

En croisant l’évaluation de la satisfaction avec l’absence de supervision, le taux d’infirmiers évaluant leur satisfaction entre 1 et 4 (ne vont pas bien ou très mal) passe de 29% au total à 40%.

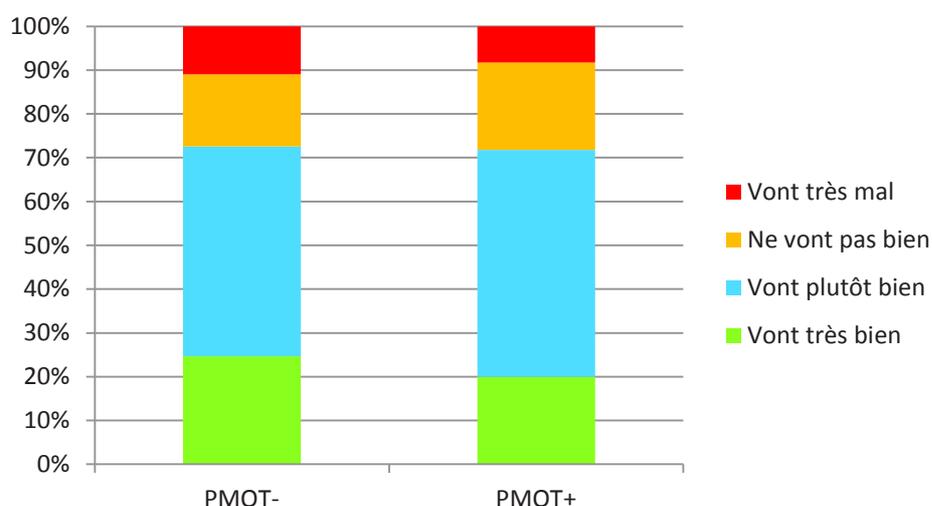


Figure 25 : Répartition des notes attribuées au degré de satisfaction des infirmiers en poste en différenciant la taille des unités de rattachement

Le bien-être au travail est un levier d’engagement et de motivation. Il est difficile de conclure que la satisfaction professionnelle individuelle a un impact sur la « productivité » (ROBBINS et JUDGE, 2014). Néanmoins, ce taux est probablement suffisamment important pour avoir un impact négatif sur « la productivité » à l’échelle du territoire.

Le Plan greffe 2017-2021 définit des objectifs ambitieux pour les cinq années à venir notamment celui d’augmenter l’activité de greffe à 7800 greffes en 2021 (en 2016, 5891 greffes réalisées). Les contraintes budgétaires qui impactent l’ensemble des organisations publiques nécessitent des arbitrages stratégiques pour recentrer les ressources humaines sur les activités prioritaires.

Le cadre hospitalier, dans ses nombreuses missions, n’a pas pour « activité prioritaire » de développer l’activité de prélèvement pour développer l’activité de greffe. C’est cependant une

⁹ Statista 2013, <http://www.statista.com/statistics/224508/employee-job-satisfaction-worldwide/>

activité prioritaire au regard de la réglementation (Loi de bioéthique). Si les binômes régionaux et en particulier les CIAR n'ont pas pour activité prioritaire de dynamiser les acteurs paramédicaux du prélèvement, il y a fort à parier que les objectifs ambitieux du 3^{ème} plan greffe auront du mal à être atteints.

i) Ce qui fait rester dans la fonction

Les réponses à la question « Qu'est-ce qui vous fait rester dans la fonction de coordinateur des prélèvements ? », peuvent être classées en fonction des trois catégories d'implication définies par MEYER et ALLEN en 1997 :

- ⇒ **L'implication affective** : on retrouve « des aventures humaines incroyables », « j'aime vraiment ce que je fais », « les relations avec les collègues, avec les familles » ils restent en poste parce qu'ils le veulent, ils le désirent (en bleu Fig. 26)
- ⇒ **L'implication calculée** : « la rémunération », « un équilibre entre vie personnelle et professionnelle » Ils restent en poste parce qu'ils en ont besoin (en vert Fig 26)
- ⇒ **L'implication normative** : « Pas le choix », « Pas de poste disponible ailleurs », « Je ne sais pas trouver quoi faire après », « Scrupules », « crainte que le projet décline après mon départ ». Ils restent dans l'organisation parce qu'ils se sentent obligés (en orange Fig 26)

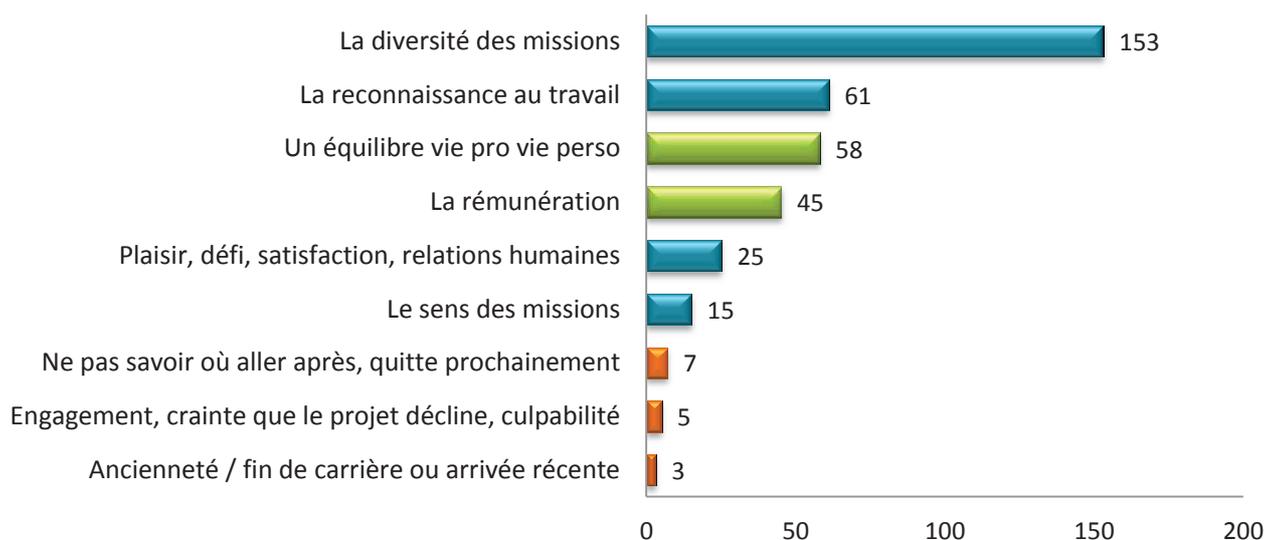


Figure 26 : Ce qui fait rester en poste les infirmiers de coordination

Parmi les réponses des infirmiers ayant évalué leur satisfaction entre 1 et 5, l'implication affective représente 64% des réponses. L'implication normative (22%) et calculée (14%) ne représentent qu'un tiers des réponses.

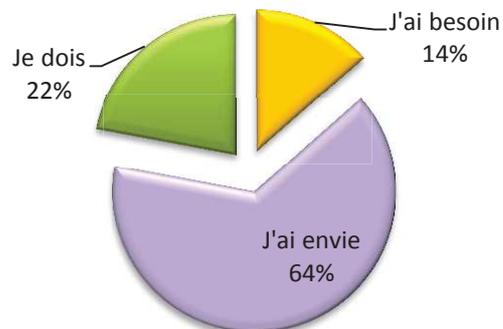


Figure 27 : Répartition de "ce qui fait rester" les infirmiers ayant évalué leur satisfaction en poste entre 1 et 5

Les différentes formes d'implication ont-elles un impact sur la fidélisation ? Le manager doit-il adapter son attitude ou son discours en fonction de la forme d'implication des individus pour limiter l'intention de quitter ? Les recherches sur l'implication empruntent une part importante de leurs références à la psychologie et à la sociologie. Les contraintes de temps ne me permettent pas de faire ce « détour » vers ces disciplines. Néanmoins, gardons à l'esprit que implication et motivation sont liés. Certaines études ont montré que l'implication affective est plus fortement liée aux résultats organisationnels que ne l'est l'implication calculée (ROBBINS et JUDGE, 2014). Il faut donc retenir l'importance d'être à l'écoute des équipes pour repérer au plus tôt les infirmiers (-ères) exprimant des intentions de quitter leur fonctions.

j) Ce qui ferait quitter la fonction

Enfin, en interrogeant les infirmiers de CHP sur ce qui les ferait quitter leur poste, les relations avec les collègues et les partenaires ainsi que l'impact jugé comme trop important sur la vie personnelle sont les déterminants principaux dans les intentions de départ. « Trop de fatigue » et « un autre projet professionnel » sont également fortement cités (Fig 27). Peu de commentaires ont complété les propositions de l'étude. La complexification des tâches et un sentiment d'insécurité sont parfois abordés : « on doit gérer de plus en plus de chose », « Ne plus arriver à dompter la peur de faire des erreurs » comme motif possible de départ.

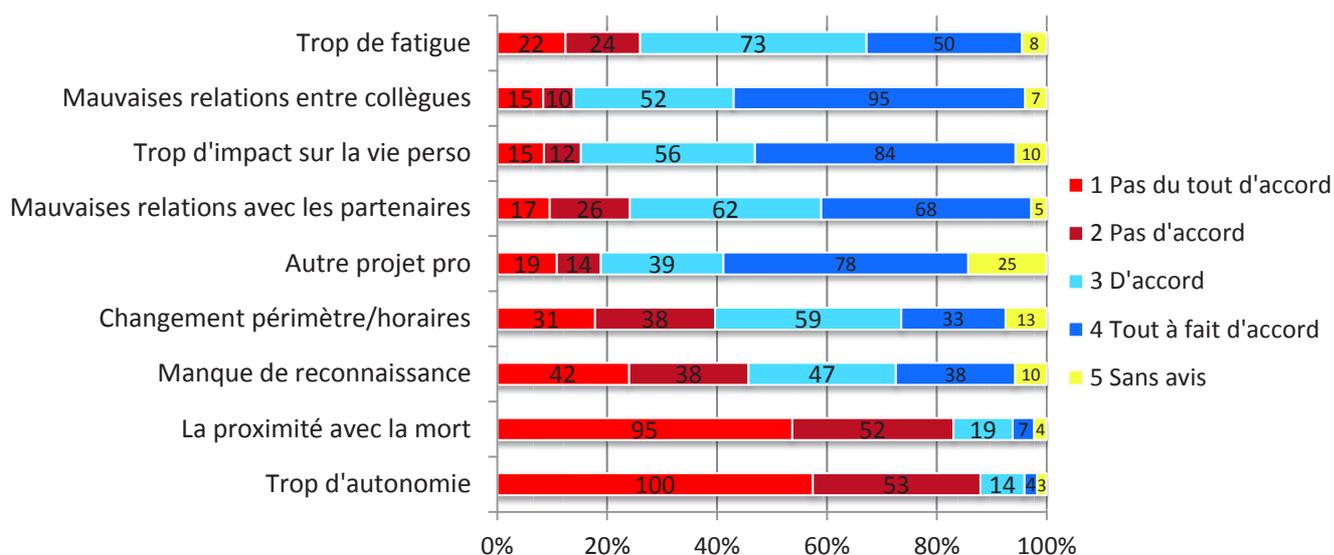


Figure 28 : Les principaux motifs de départ identifiés par les infirmiers de coordination

C. Quelles recommandations managériales retenir à l'issue de cette étude ?

Henry L. Mencken, journaliste de Baltimore surnommé « le sage de Baltimore » a écrit : *Pour chaque problème complexe, il existe une solution simple, évidente... et fausse.* »

Comme pour toutes entreprises, la fidélisation des infirmiers de coordination est un enjeu important pour relever les défis de demain. Il est souhaitable que nous apprenions à considérer les infirmiers de coordination expérimentés comme une ressource rare, difficile à former et donc précieuse.

Pour cela, à l'issue de ce travail, plusieurs pistes peuvent être retenues :

- Evaluer et suivre précisément le taux de turn over des infirmiers de coordination à l'échelle du territoire. Le travail initié va pouvoir nous fournir des données sur lesquelles nous allons pouvoir évaluer l'efficacité de nos actions.
- Veiller à ne pas demander l'impossible, un objectif doit être SMART : **S**imple, **M**esurable, **A**mbitieux, **R**éaliste, sur un **T**emps précis. Etablir des objectifs stimulants et rassembleurs
- Fournir aux équipes des feed-back réguliers et de la reconnaissance. Les « récompenses verbales sont non seulement peu coûteuses mais également rapides et faciles à distribuer » (THEVENET and al, 2015)
- Savoir entendre mais aussi pondérer et relativiser certaines plaintes.

- Aider les équipes à prendre de la hauteur dans la gestion des conflits ou des résistances aux changements.
- Aider les équipes à tendre vers l'autonomie et apprendre à s'autoréguler afin d'affronter et de solutionner eux-mêmes leurs problèmes (PLANE 2016)
- Utiliser les leviers législatifs et l'outil d'audit des coordinations de l'Agence de la biomédecine lorsque les conditions de travail sont inappropriées.
- Répondre aux besoins de formation dès la prise de fonction.
- Encourager les infirmiers coordinateurs en poste à développer de nouvelles compétences et susciter créativité et innovation et expérimenter pour gagner en efficience.
- Entretenir des relations de confiance équilibrées et respectueuses avec le cadre hospitalier de l'unité de coordination hospitalière pour diminuer les injonctions paradoxales,
- Encourager et développer l'efficacité collective,
- Développer les compétences de « Supervision » pour permettre aux équipes de réfléchir et analyser à distance les situations complexes vécues afin de pouvoir mieux les gérer si elles se représentent.
- Mettre en place des fiches de poste détaillées de l'infirmier de coordination dans chaque établissement. Guider le cadre hospitalier pour déterminer le « profil idéal » attendu en veillant à respecter la diversité au sein du groupe
- Favoriser les liens opérationnels et réguliers entre CIAR, cadres hospitaliers et équipes de coordination. Cette activité doit être une priorité du CIAR.
- Etre à l'écoute des équipes de coordination hospitalières : des discussions brèves mais fréquentes permettent de mettre en avant les actions positives (Feed-back positifs, encouragements) mais aussi de détecter rapidement les problématiques.

Ces recommandations ne concernent pas uniquement les personnels de l'Agence de la biomédecine au sein des établissements de santé. Tous les acteurs qui encadrent les équipes paramédicales des unités de coordination ont un rôle à jouer pour entretenir la satisfaction au travail des infirmiers et maintenir leur motivation à rester au sein des unités de coordination :

- ⇒ Le cadre hospitalier en charge de la coordination, parce qu'il est le supérieur hiérarchique de l'équipe
- ⇒ Le médecin responsable de l'unité, parce qu'il est responsable du développement de l'activité au sein de l'établissement

⇒ Le médecin et CIAR de l'Agence de la biomédecine en charge de la région parce qu'ils managent une activité de Santé Publique prioritaire.

Conclusion

Depuis quelques années, les contraintes notamment budgétaires, qui pèsent sur le système de santé français, déstabilisent en partie les organisations des professionnels de santé générant parfois de l'insatisfaction et une hausse des taux de rotations du personnel. Cette étude s'est appliquée à mettre en évidence des pistes pour agir sur les leviers de la fidélisation des paramédicaux des unités de coordination hospitalière.

Ces leviers concernent-ils l'Agence de la biomédecine ? A l'issue de ce travail, on peut dire que oui mais pas uniquement !

Il paraît indispensable que l'ensemble de l'encadrement de ces professionnels ait conscience de ces leviers sans en privilégier l'un plus que l'autre. Pour développer une activité de prélèvement, trois dynamiques doivent se côtoyer et coopérer : une dynamique institutionnelle (qui doit assurer des conditions de travail adaptées et des ressources humaines en quantité attendue, le cadre hospitalier en est le garant), une dynamique médicale (tant au niveau de l'unité que de l'établissement, qui pilote la mission et définit les objectifs), une dynamique paramédicale (avec des individus motivés et mobilisés).

Dans ce contexte, le personnel de l'Agence de la biomédecine, s'il entretient des liens étroits et réguliers avec ces établissements, s'il se positionne comme un leader transformationnel et mobilisateur, apporte indéniablement une valeur ajoutée pour entretenir et développer les piliers de la fidélisation des personnels paramédicaux des coordinations hospitalières de prélèvement d'organes et de tissus.

Il n'y a pas de solution simple et unique, fidéliser les « bonnes personnes qui se trouvent au bon endroit » nécessite des efforts et un investissement dont la réussite n'est jamais garantie. Que ce soit les cadres de santé hospitaliers comme les personnels de l'Agence de la biomédecine, la multiplicité des missions nécessite de faire des choix. Le Plan Greffe III guide, oriente et donne à tous les professionnels de santé des objectifs ambitieux pour répondre aux besoins croissants de greffes.

La loi de Pareto pourrait guider ces choix : 80% de l'activité est assurée par 20% des équipes. Est-ce une solution ? Est-ce à dire qu'il faut négliger les petites équipes pour se concentrer sur les plus importantes ? Etre amené à faire de tels choix stratégiques ne serait-ce pas courir le risque d'amputer l'activité... de 20% ?

Bibliographie

Ouvrage :

- AUTIER Fabienne, JACOB Marie-Rachel, PEREZTS Mar. *Des ressources ou des hommes ?* 2^{ème} éd. 2016 212p
- BELORGEY Pascale et GROLLIERE Brigitte. *Le Manager de talents*, DUNOD, 2011, 189p
- BENCHEMAM Faycel, *Gestion des ressources humaines*, 5^{ème} Ed GUALINO, 2015, 194p
- BERNOUX, Philippe. *La sociologie des organisations* 6^{ème} éd. Edition du Seuil 2009 466p
- BOUMRAR Chrif et GILSON Olivier. *Le Management des hauts potentiels* DUNOD, 2004 188p
- CATTAN, Michel, IDRISSE Nathalie et KNOCKAERT Patrick *Maîtriser les processus de l'entreprise*. Edition Eyrolles, 2008 348p
- CHAMINADE, Benjamin *Identifiez et fidélisez vos salariés de talents*, Edition AFNOR, 2003, 232p
- CREPIN Daniel, PERNIN François, ROBIN René, *Résolution de problèmes*, EYROLLES, 2^{ème} éd, 2014, 288p
- COURPASSON David et THOENIG Jean-Claude, *Quand les cadrent se rebellent*, Edition VUIBERT, 2008 179p
- DUMON, Charles-Henri. *Recruter les meilleurs*, 2^{ème} éd d'ORGANISATION, 2005, 149p
- DUFOUR Nicolas et BENCHEIKH Abdel, *Comprendre les risques ressources humaines*, GERESO, 2017 238p
- FREUND Yannick, *Outils et méthodes de management des RH*, Maxima éditeur, 2017, 443p
- GUERRERO, Sylvie *Les outils des RH*, 3^{ème} éd. DUNOD, 2014, 225p
- LE BOTERF, Guy. *Travailler et réseau et en partenariat. Comment en faire une compétence collective ?* 3^{ème} édition EYROLLES, 2013 169p
- LE BOTERF, Guy. *Repenser la compétence*, 2^{ème} éd. EYROLLES, 2013.139p
- LEHMANN ORTEGA Laurence, LEROY Frédéric, GARRETTE Bernard, DUSSAUGE Pierre, DURAND Rodolphe. *Strategor*, 6^{ème} éd. DUNOD, 2013 666p
- LEVY-LEBOYER Claude, *La motivation au travail. Modèles et stratégies*, 3^{ème} éd. Editions d'Organisation 2006, 246p
- NICOLAS Eline, *Gestion des ressources humaines*, DUNOD, 2014, 249p

- PAILLE, Pascal, *Attirer, retenir et fidéliser les ressources humaines*, HERMANN 2014, 280p
- PINK Daniel, *La vérité sur ce qui motive*, FLAMMARION, 2015 254p
- PLANE, Jean-Michel. *Management des organisations* 4^{ème} éd DUNOD, 2016 294p
- ROBBINS Stephen, JUDGE Timothy, *Comportement organisationnels*, 16^{ème} éd PEARSON, 2014 624p
- STORHAYE, Patrick, GAUTRAIS ALONSO, Fernanda *RH et croissance : comment gérer le capital humain* Editeur: EMS Editions, Publication: 2017 192p
- SUROWIECKI, James. *La sagesse des foules*. JC Lattès 2008 351p
- THEVENET Maurice, DEJOUX Cécile, BENDER A-Françoise, CONDOMINES Bélangère, MARBOT Eléonore, NORMAND Etienne, PENNAFORE Antoine, SILVA François, STORHAYE Patrick, *Fonctions RH, politiques, métiers et outils des ressources humaines*. 4^{ème} éd. PEARSON, 2015 481p
- VERRIER, Gilles, *Stratégie RH : du discours à l'action*, DUNOD, 2012 165p

Articles :

- ARNAL-CAPDEVIELLE Isabelle, *De la bienveillance en management* Revue Gestion hospitalière N° 564 mars 2017 p147
- BARET Christophe, DUMAS Florence, MAIRESSE Chanta, RANDON Sophie : *Exploiter une enquête de satisfaction pour identifier les principaux facteurs de fidélisation des personnels. Le cas du centre hospitalier de Versailles* », RIMHE : Revue Interdisciplinaire Management, Homme & Entreprise 2013/4 (n° 8), p. 124-134.
- BERGER Jean-Louis et D'ASCOLI Yannick, *Les motivations à devenir enseignant*, Revue française de pédagogie. Avril-Juin 2011 p113 à 146
- CHARLES-PAUVERS Brigitte, PEYRAT-GUILLARD, *L'implication (ou l'engagement ?) au travail : Quoi de neuf ?* Association Francophone de Gestion des Ressources Humaines. Actes de congrès de 2012, 16p
- GUERFEL-HENDA Sana et GUILBERT Laure, *La fidélisation des commerciaux du secteur bancaire*, Association Francophone de Gestion des Ressources Humaines. Actes de congrès de 2008, 17p
- GARNER Hélène, *Le management des ressources humaines dans un contexte incertain : entre subjectivité et risque pour les salariés*. Revue CONNEXIONS 2009/1 n° 91 p55-64

- World Economic Forum « *The Future of Jobs. Employment, Skills and Workforce Strategy for the Fourth Industrial Revolution* ». Janvier 2016 167p
- HIRSCH et L. FIROBEN, *Gestion des RH et fidélisation du personnel*, HEG-Vaud Atelier CCRH Avril 2002 18p
- GARNER-MOYER Hélène *Le management des ressources humaines dans un contexte incertain : entre subjectivité et risque pour les salariés*, Connexions 2009/1, n° 91 p 55-64
- SIMARD Gilles, DOUCET Olivier, TREMBLAY Michel, CHENEVERT Denis, LAPALME M-Eve, *Agir sur les leviers organisationnels pour mobiliser les personnel : le rôle de la vision, du leadership, des pratiques de GRH et de l'organisation du travail* Gestion volume 3 numéro 2 été 2005 12p
- WARDY S. et I. BERRADA, *Double problématique du Churn et du turnover pour les organisations : définitions et état des lieux.*

Sur Internet :

- CLOT, Yves. *Conférence sur la qualité de vie au travail* Site Internet de l'hôpital de Gier (page consultées en mars 2017) www.hopitaldugier.fr/colloque-management-et-bien-etre-au-travail-2.html
- CHALVIN Dominique, *Cohésion et esprit d'équipe : la clé du bien-être au travail*. 2011 <http://www.etre-bien-au-travail.fr/travailler-en-equipe/tribunes/cohesion-et-esprit-d-equipe-la-cle-du-bien-etre-au-travail> (pages consultées en juillet 2017)
- Enquête TNS Sofres sur les Mobilités professionnelles (pages consultées en juillet 2017) http://www.coe.gouv.fr/spip.php%3Fpage=press_detail&id_article=552.html
- MOTTAY Didier, *Le recrutement et la fidélisation des infirmiers en Midi-Pyrénées*. Actes congrès 2010 (pages consultée en juillet 2017) <https://www.agrh.fr/assets/actes/2010mottay.pdf>

Annexes :

Annexe 1 : Arrêté du 29 octobre 2015 portant homologation des règles de bonnes pratiques relatives au prélèvement d'organes à finalité thérapeutique sur personne décédée	P. 1
Annexe 2 : Théorie des besoins	P. 19
Annexe 3 : Questionnaire utilisé pour l'étude	P. 21
Annexe 4 : Exploitation complète des données de l'étude	P. 23

Annexe I : Textes législatifs

Décrets, arrêtés, circulaires

TEXTES GÉNÉRAUX MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTÉ ET DES DROITS DES FEMMES

Arrêté du 29 octobre 2015 portant homologation des règles de bonnes pratiques relatives au prélèvement d'organes à finalité thérapeutique sur personne décédée

NOR : AFSP1526242A

La ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, Vu le code de la santé publique, notamment son article L.1235-5; Vu l'arrêté du 14 mai 2010 modifié fixant le contenu des informations permettant d'utiliser des éléments et produits du corps humain à des fins thérapeutiques; Vu la proposition de la directrice générale de l'Agence de biomédecine en date du 17 septembre 2015; Vu l'avis du directeur général de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé en date du 30 septembre 2015, Arrête:

Art. 1er. – Sont homologuées les règles de bonnes pratiques relatives au prélèvement d'organes à finalité thérapeutique sur personne décédée figurant en annexe au présent arrêté.

Art. 2. – L'arrêté du 27 février 1998 portant homologation des règles de bonnes pratiques relatives au prélèvement d'organes à finalité thérapeutique sur personne décédée est abrogé.

Art. 3. – Le directeur général de la santé et le directeur général de l'organisation des soins sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Fait le 29 octobre 2015. Pour la ministre et par délégation: Le directeur général de la santé, B. VALLET Le directeur général de l'offre de soins, J. DEBEAUPUIS

ANNEXE

Préambule

La directive 2010/53/UE du Parlement européen et du Conseil du 7 juillet 2010 relative aux normes de qualité et de sécurité des organes humains destinés à la transplantation exige «un cadre de qualité et de sécurité couvrant toutes les étapes de la chaîne qui va du don à la transplantation ou à l'élimination» et «l'application de modes opératoires» correspondants. L'article L.1235-5 du code de la santé publique (CSP) dispose que «les règles de bonnes pratiques qui s'appliquent au prélèvement, à la préparation, à la conservation, au transport et à l'utilisation des organes du corps humain sont élaborées par l'Agence de la biomédecine après avis de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé. Ces règles sont approuvées par arrêté du ministre chargé de la santé». L'activité de prélèvement d'organes à finalité thérapeutique est une activité médicale à part entière. Sa réalisation doit bénéficier de la priorité dédiée aux actes médicaux et chirurgicaux d'urgence. Ayant pour objet la greffe, elle constitue une mission de santé publique et une priorité nationale (art. L.1231-1-A du CSP). L'acte de prélèvement ne peut être effectué que dans des établissements de santé autorisés à cet effet mais tous les établissements de santé, qu'ils soient autorisés ou non, participent à l'activité de recensement et de prélèvements d'organes en

s'intégrant dans des réseaux de prélèvement (art. L.1233-1 du CSP). Cette activité est coordonnée par une ou plusieurs équipes de coordination des prélèvements. Chaque équipe de coordination forme une unité fonctionnelle médicale qui est individualisée en tant que telle dans les établissements de santé ou le réseau. Les établissements de santé travaillent en étroite collaboration avec les services interrégionaux de l'Agence de la biomédecine (les services de régulation et d'appui – SRA). Ils s'engagent à respecter ces règles de bonnes pratiques pour obtenir l'autorisation de prélèvement et doivent les respecter lorsqu'ils l'ont obtenue de l'autorité administrative (art. L.1151-1, L.6122-2 du CSP). La finalité de ces règles de bonnes pratiques est de décrire une organisation adaptée au prélèvement d'un ou de plusieurs organes sur le corps d'une personne décédée en vue de greffe, dans le respect des règles éthiques et de sécurité sanitaire des organes édictées par le code de la santé publique, ainsi que les modalités de leur conservation, de leur transport et de leur utilisation. Selon la définition prévue par le droit communautaire, on entend par «organe» «une partie différenciée du corps humain, constituée de différents tissus, qui maintient, de façon largement autonome, sa structure, sa vascularisation et sa capacité à exercer des fonctions physiologiques; une partie d'organe est également considérée comme un organe si elle est destinée à être utilisée aux mêmes fins que l'organe entier dans le corps humain, les critères de structure et de vascularisation étant maintenus». Ces règles ne s'appliquent ni aux prélèvements de tissus, ni aux prélèvements d'origine foetale à finalité thérapeutique. Le prélèvement d'organes se déroule selon un processus qui commence dès le recensement d'un donneur potentiel et finit lorsque le corps du défunt est rendu aux proches. Ce processus multi-étapes, qui nécessite une parfaite coordination, se déroule selon une chronologie précise: la détection et le recensement du donneur potentiel au sein de l'établissement ou du réseau d'établissements; l'éligibilité au don d'organes qui repose sur le constat de la mort, la recherche de la non-opposition de la personne au prélèvement, la qualification du donneur et des organes selon les règles de sécurité sanitaire; la répartition des organes et l'attribution d'un greffon à un patient en attente selon les règles de répartition en vigueur au plan national; l'organisation du prélèvement chirurgical (bloc opératoire, matériel nécessaire et transport des équipes et des organes) et la réalisation du prélèvement multi-organes, la restitution du corps du défunt aux proches. Tout au long de ces étapes, la prise en charge du donneur potentiel et la mise en oeuvre des mesures médicales pour assurer le suivi du donneur et la viabilité des organes destinés à la greffe sont essentielles.

I. – Organisation de l'activité de prélèvement d'organes au sein d'un établissement de santé

I-1. Organisation générale

Les objectifs en matière de recensement des donneurs potentiels et de prélèvement d'organes sont définis dans le cadre des schémas d'organisation des soins en concertation avec les différents professionnels intervenant dans le prélèvement, le président de la commission médicale d'établissement (CME) et l'agence régionale de santé (ARS), en tenant compte des données fournies par l'Agence de la biomédecine. Ces objectifs doivent tenir compte de l'ensemble des établissements de santé qui participent au réseau de prélèvement; ils doivent être clairement écrits et portés à la connaissance de toutes les personnes intervenant à un moment donné dans l'activité de prélèvement. L'activité de prélèvement d'organes est une activité médicale, prioritaire, qui doit apparaître dans les objectifs stratégiques de l'établissement et s'inscrire dans son projet d'établissement (art. L.6143-2 du CSP). L'organisation de l'activité de prélèvement d'organes est confiée, sous l'autorité du directeur général ou du directeur de l'établissement, à un médecin coordinateur nommé à cet effet par le directeur de l'établissement après avis de l'instance médicale consultative de cet établissement. Il est recommandé que, préalablement à cette désignation, le directeur de l'établissement recueille également l'avis de l'Agence de la biomédecine.

I-1.1. Missions du directeur de l'établissement

Son rôle dans l'organisation de l'activité de prélèvement est de: – faire, auprès des autorités administratives, la demande d'autorisation de prélèvement d'organes pour son établissement et son renouvellement à échéance; – faire adhérer son établissement, autorisé ou non à prélever, à un réseau de prélèvement (établissements publics et privés) et établir les conventions nécessaires; – faire respecter la réglementation en matière de prélèvement; – mettre à disposition, dans son établissement, en tant que de besoin, une ou plusieurs salles d'opération; – nommer une ou plusieurs personnes (médecin et infirmier), spécifiquement formées pour cette activité et intégrées dans une unité fonctionnelle (UF) médicale de coordination hospitalière spécifiquement dédiée aux prélèvements d'organes à but thérapeutique et/ou scientifique pour en assurer la coordination au sein de l'établissement de santé et du réseau, en concertation avec les instances compétentes et l'Agence de la biomédecine; – s'assurer que les moyens en personnels, locaux, matériels et tous les autres produits nécessaires à cette activité sont disponibles, notamment les moyens nécessaires à l'accueil des donneurs potentiels (lits de réanimation), au constat de la mort (cœur battant et non battant) et sont conformes aux conditions d'autorisation; – définir avec les instances compétentes de l'établissement les systèmes de permanence des soins nécessaires à cette activité; – mettre en place l'organisation générale du transport des personnes de la coordination hospitalière de prélèvement et des équipes chirurgicales de prélèvement destinées à se déplacer et le transport des greffons; – souscrire une assurance relative aux risques liés au déplacement des personnels impliqués; – organiser la biovigilance, désigner le(s) correspondant(s) local(aux) de biovigilance et mettre en oeuvre les organisations nécessaires à la déclaration des effets indésirables et des incidents survenant dans son établissement, conformément aux procédures prévues par les dispositions législatives et réglementaires en vigueur; – créer un lieu de mémoire destiné à l'expression de la reconnaissance aux donneurs (art. L.1233-3 CSP); – assurer le financement nécessaire à cette activité, y compris dans le cadre du réseau, en regard des forfaits spécifiques alloués à l'établissement; – assurer le suivi des objectifs et des effectifs; – effectuer (ou déléguer à un autre responsable de l'établissement habilité et/ou à d'autres personnels de santé médicaux et/ou paramédicaux) l'interrogation du registre national automatisé des refus (RNR) dans les conditions prévues par les dispositions législatives et réglementaires en vigueur.

I-1.2. Missions de l'unité fonctionnelle médicale de coordination hospitalière

Cette UF fonctionne en lien avec l'activité de prélèvement d'organes et de tissus, indépendante de toute activité de transplantation.

I-1.2.1. Missions générales

L'unité fonctionnelle médicale de coordination hospitalière est chargée: – d'assurer la promotion du don au sein de son établissement et de son réseau; – de participer à l'organisation et au fonctionnement du réseau de prélèvement; – de recenser les donneurs potentiels sur le territoire de son réseau d'établissements de santé autorisés et non autorisés: sujets en état de mort encéphalique ou susceptibles de le devenir et sujet décédés après arrêt cardiaque; – d'organiser la réalisation pratique des prélèvements d'organes; – d'établir des relations avec les autres partenaires du processus du don au sein et en dehors de l'établissement et participer aux instances hospitalières ayant un lien avec l'activité de prélèvement: vigilances, conseil de bloc opératoire...; – de participer au signalement et à la déclaration de tout incident et de tout effet indésirable; – de développer une démarche qualité et d'évaluation des pratiques professionnelles en lien avec les responsables en charge de la qualité et des risques au sein de l'établissement; – de mettre en place des programmes qualité proposés par l'Agence de la biomédecine

tels que le programme d'évaluation de l'activité de recensement et de prélèvement, le référentiel d'auto-évaluation associée ou non à une demande de certification.

I-1.2.2. Missions d'organisation des prélèvements d'organes

L'équipe de l'UF doit: – mettre en place une organisation lui permettant d'être prévenue en temps réel, 24 heures/24, de tout donneur potentiel (visite ou appel quotidien dans les services susceptibles de recevoir des donneurs potentiels, numéro d'appel unique et permanent...); – apporter une expertise dans son domaine aux équipes des services de réanimation d'urgence ainsi qu'à celles des unités neuro-vasculaires (UNV) qui prennent en charge le donneur potentiel; – signaler en temps réel les donneurs potentiels au service de régulation et d'appui (SRA) de l'Agence de la biomédecine de la zone interrégionale de prélèvement et de répartition des greffons (ZIPR); – accueillir et accompagner les proches du donneur potentiel tout au long de cette démarche, dans les conditions prévues par les dispositions législatives et réglementaires en vigueur; – s'assurer de l'interrogation du registre national automatisé des refus et de sa réponse; – mettre en place une organisation des relations avec le procureur de la République tel que définie au III-4; – participer à la qualification du donneur potentiel et des greffons notamment en termes de sécurité sanitaire au sens de l'article L.1211-6 du CSP; – organiser la participation des différentes équipes chirurgicales de prélèvement; – organiser le transport des organes prélevés dans le respect des délais d'ischémie.

I-1.2.3. Missions administratives

Organiser et gérer les archives de l'UF médicale de coordination hospitalière des prélèvements d'organes. Rédiger le rapport annuel d'activité de prélèvement d'organes.

I-1.2.4. Mission de formation et d'information

Former et informer les personnels des établissements de santé participant au réseau. Offrir un terrain de stage pour les étudiants et les futurs professionnels du prélèvement. Participer à l'information du public, notamment des jeunes dans les lycées et établissements d'enseignement supérieur en lien avec les professionnels de l'éducation et les associations. Participer aux campagnes d'information de l'Agence de la biomédecine.

I-1.2.5. Mission de recherche Participer à des programmes de recherche biomédicale ou scientifique.

I-1.2.6. Missions spécifiques du ou des médecin(s) coordinateur(s) dans l'organisation de l'activité de prélèvement

Ses missions sont: – d'établir des relations avec les autres partenaires impliqués dans l'activité de prélèvement: SAMU, SMUR, services des urgences, d'UNV et de réanimation, unités de soins intensifs, bloc opératoire de prélèvement, équipes médico chirurgicales du prélèvement ou de la greffe, technicien d'études cliniques (TEC), services administratifs, laboratoires, services médico-techniques et personnes responsables des locaux de prélèvement; – d'assurer l'interface entre l'établissement de santé et le SRA de l'Agence de la biomédecine; – de définir, en collaboration avec le SRA de l'Agence de la biomédecine, la politique de recensement et de prélèvement au sein de l'établissement de santé et du réseau; – de mettre en place un programme d'amélioration de la qualité en s'appuyant sur les outils proposés par l'Agence de

la biomédecine: programme de recensement, certification...; – d’identifier la ou les unité(s) de soins ainsi que les équipes susceptibles d’assurer le recensement et/ou la prise en charge des donneurs potentiels; – de définir l’organisation générale de l’activité 24 heures/24, dans le respect des règles de sécurité, d’hygiène, de traçabilité et des conditions de travail; – de s’assurer que le personnel et l’équipement nécessaires à l’établissement du constat de la mort et à la qualification du donneur et des organes sont accessibles 24 heures/24; – d’être informé de toutes démarches en vue d’un prélèvement d’organes et de tous les dysfonctionnements survenant au cours des étapes qui conduisent au prélèvement d’organes; – de participer, en tant que de besoin, aux prélèvements d’organes; – d’assurer la responsabilité du rapport annuel d’activité, conformément aux dispositions réglementaires relatives aux conditions d’autorisation des établissements de santé effectuant des prélèvements d’organes à visée thérapeutique et de présenter ce rapport à la CME; – d’organiser la formation et l’information des personnels de l’établissement et du réseau, en collaboration avec le SRA; – de mettre en place des procédures écrites permettant de s’assurer du respect des bonnes pratiques de prélèvement; – de s’assurer que tout dysfonctionnement lié à cette activité a été signalé au service de régulation et d’appui de l’Agence de la biomédecine et que les incidents et effets indésirables relevant du champ de la biovigilance ont bien été signalés au correspondant local de biovigilance pour déclaration conformément aux procédures prévues par les dispositions législatives et réglementaires en vigueur. Au sein de chaque réseau, un médecin référent doit être désigné dans chaque établissement de santé (public ou privé) non autorisé au prélèvement par son directeur et après avis de l’instance médicale consultative de cet établissement. Ce médecin, correspondant local du réseau, doit s’assurer de l’exhaustivité du recensement des donneurs potentiels dans son établissement et de la transmission de l’information en temps réel à l’UF médicale de coordination à laquelle est rattaché son établissement de santé et/ou au SRA de la ZIPR concernée.

I-1.3. Missions de l’équipe de prise en charge du donneur

L’équipe de prise en charge du donneur potentiel est représentée par l’équipe du service des urgences et/ou de réanimation, et/ou d’UNV. Ses missions sont: – de participer à l’activité de recensement et de prélèvement, 24 heures/24, notamment pendant les phases de détection d’un donneur potentiel, du diagnostic de mort encéphalique ou d’arrêt cardiaque irréversible, d’accueil et d’information des proches du donneur, de maintenance du donneur jusqu’au prélèvement chirurgical; – de collaborer avec l’équipe de coordination hospitalière tout au long de ces étapes.

I-1.4. Mission de l’équipe de prélèvement

Les chirurgiens préleveurs et les responsables des blocs opératoires ont pour mission de développer une organisation générale permettant de réaliser le prélèvement d’organes 7 jours/7, 24 heures/24. Les équipes chirurgicales qui peuvent s’organiser en signant des conventions inter établissements, se rendent disponibles même en cas de prélèvement avec déplacement hors de leur établissement d’origine. Elles participent à l’évaluation des greffons, procèdent au prélèvement chirurgical selon les recommandations de l’Agence de la biomédecine et en respectant les règles d’asepsie, procèdent à la restauration tégumentaire et veillent au conditionnement, à l’étiquetage et au transport des greffons. Elles rédigent le compte rendu opératoire, transmettent au site de greffe toutes les informations utiles à la réalisation de la greffe, notamment celles relatives à l’évaluation de l’organe, à la répartition des organes par l’Agence de la biomédecine et au suivi du patient greffé.

I-2. Qualification et formation des personnels dédiés à l’activité de prélèvement d’organes

Il est nécessaire que l'ensemble du personnel des services des établissements de santé prenant en charge des personnes décédées en vue d'un prélèvement d'organes, suive une formation adaptée à ce type d'activité et qu'il ait pris connaissance des règles de bonnes pratiques de prélèvement d'organes et de leurs évolutions, afin de garantir les conditions nécessaires à la sécurité et la qualité des greffons.

I-2.1. Coordination hospitalière

I-2.1.1. Médecin coordinateur

Une expérience de réanimation en tant que médecin urgentiste, réanimateur ou anesthésiste est recommandée pour le profil du poste. Le cursus de formation théorique défini par l'Agence de la biomédecine pour les personnels des équipes de coordination hospitalière de prélèvement d'organes ainsi que le stage pratique auprès d'une équipe active de prélèvement sont obligatoires; il en est de même de la formation continue définie en accord avec les orientations proposées par l'Agence de la biomédecine.

I-2.1.2. Infirmier(e) coordinateur (rice)

Le niveau requis est celui d'infirmier(ère) diplômé(e) d'Etat ou spécialisé(e) ou cadre de santé. Une expérience comportant plusieurs années de pratique dans des services de réanimation, de soins intensifs, d'urgences, de bloc opératoire ou de greffe est recommandée. Le cursus de formation théorique défini par l'Agence de la biomédecine en se conformant au référentiel d'activités et de compétences des coordinations hospitalières pour les personnels des équipes de coordination hospitalière de prélèvement d'organes ainsi que le stage pratique auprès d'une équipe active de prélèvement sont obligatoires; cette formation devrait être suivie dans le cadre de l'adaptation à l'emploi. Le coordinateur infirmier doit s'engager à suivre une formation continue définie en accord avec les orientations proposées par l'Agence de la biomédecine et à se tenir informé de l'évolution de la réglementation et des règles de bonnes pratiques.

I-2.2. Chirurgien(s) préleveur(s)

Les personnes habilitées à réaliser le prélèvement sont des chirurgiens titulaires ou des chefs de clinique assistant formés, expérimentés et qualifiés en matière de prélèvement pour les organes considérés; les chirurgiens non qualifiés, en cours de formation de spécialité, ne peuvent réaliser les prélèvements que sous la responsabilité d'un praticien qualifié.

II. – Moyens nécessaires à l'activité de prélèvement

II-1. Les équipes

II-1.1. L'UF de coordination hospitalière

Elle comprend: – un ou plusieurs médecins coordinateurs hospitaliers nommés dont l'un de ces médecins est désigné responsable de l'UF par le directeur de l'établissement après avis de l'instance médicale consultative de cet établissement. Il est recommandé que, préalablement à cette désignation, le directeur de l'établissement recueille également l'avis de l'Agence de la biomédecine; – un ou plusieurs infirmiers coordinateurs hospitaliers désignés par le directeur de l'établissement de santé sur proposition du médecin responsable de l'UF, si besoin après avis de l'Agence de la biomédecine. Il(s) ou elle (s) travaille(nt) sous la responsabilité du médecin coordinateur de l'unité fonctionnelle de coordination hospitalière, sous l'autorité du cadre supérieur de santé du pôle d'activité auquel l'activité de prélèvement est rattachée et

du directeur général ou du directeur de l'établissement concerné comme défini par la convention du réseau. Il(s) ou elle(s) intervient(nent) dans son (leurs) établissement(s) d'affectation ou dans tout établissement du réseau. A cette équipe pourront, en cas de besoin et en fonction de l'activité, être adjointes les compétences d'un(e) secrétaire et d'un(e) psychologue.

II-1.2. Equipe de prise en charge du donneur Les personnels des équipes des services d'urgence et de réanimation prenant en charge, sous la responsabilité d'un médecin qualifié, le donneur potentiel doivent être en nombre adapté à l'activité potentielle de prélèvement et au type de prélèvements (type d'organes prélevés, modalités de prélèvements...).

II-1.3. Equipe de prélèvement

La greffe est le résultat d'un processus qui débute par l'acte chirurgical de prélèvement du greffon. Ce prélèvement est réalisé par les chirurgiens au sein d'une équipe en nombre adapté au type de prélèvement, en présence: – d'un médecin anesthésiste réanimateur (ou répondant aux conditions de l'article R. 1233-7 du CSP); – d'un(e) infirmier(e) anesthésiste diplômé(e) d'Etat (IADE); – au moins d'un(e) infirmier(ère) de bloc opératoire diplômé(e) d'Etat (IBODE); – d'un ou plusieurs membres de l'équipe de coordination hospitalière. Le(s) chirurgien(s) préleveur(s) peut(vent) exercer dans l'établissement où a lieu le prélèvement ou exercer dans un autre établissement de santé; dans ce cas, ils sont placés durant l'intervention sous la responsabilité du directeur de l'établissement de santé où a lieu le prélèvement. Le chirurgien préleveur peut être ou ne pas être le chirurgien transplantateur. Il est rappelé que les médecins qui établissent le constat de mort du donneur potentiel et ceux qui effectuent le prélèvement ou la greffe doivent faire partie d'unités fonctionnelles ou de services distincts (article L.1234-2 du CSP).

II-2. Locaux

Des locaux, adaptés à chaque tâche, sont identifiés et répondent aux normes en vigueur. Ils comprennent au minimum: – un local dédié à la coordination hospitalière; – un local d'accueil et de prise en charge de la personne décédée à coeur battant ou non battant, avant la phase de prélèvement proprement dite; – un local d'accueil des proches du donneur pour les accueillir, les informer et les accompagner selon les modalités prévues par la réglementation en vigueur; – une salle d'opération pour la réalisation du prélèvement d'organes.

II-2.1. Local de l'UF médicale de coordination hospitalière Il est recommandé que l'UF médicale de coordination hospitalière dispose d'un local dédié à cette activité. Il comprend au minimum un nombre de zones de travail adaptées à son effectif, une zone d'archivage respectant la confidentialité des dossiers des donneurs. Dans la mesure du possible, il n'est pas trop éloigné du lieu de prise en charge des donneurs ou du lieu de prélèvement.

II-2.2. Local d'accueil du donneur potentiel L'établissement de santé autorisé au prélèvement se donne les moyens pour disposer à tout moment d'un lit d'accueil disponible, dans une structure disposant des moyens adaptés, en matériel et en personnel, à la prise en charge d'un donneur potentiel.

II-2.3. Local d'accueil des proches du donneur L'établissement de santé dispose d'un local d'accueil destiné aux proches du donneur; ce local doit être conforme aux dispositions réglementaires en vigueur.

II-2.4. Local de prélèvement des organes Il s'agit d'une salle d'opération au sein d'un bloc opératoire correspondant aux normes réglementaires de fonctionnement et dont la surface est suffisante pour

permettre à plusieurs équipes chirurgicales de travailler simultanément. Ce bloc opératoire, si possible situé à proximité du local d'accueil du donneur, doit être muni d'une ligne de téléphone à accès direct.

II-3. Matériels

Les principes généraux de qualification, d'utilisation et de maintenance du matériel utilisé pour l'activité de prélèvement des organes sur une personne décédée sont décrites dans ce chapitre. Le matériel chirurgical nécessaire au prélèvement est sur place ou mis à disposition par l'équipe qui va le pratiquer.

II-3.1. Matériels de prise en charge d'une personne décédée sous ventilation mécanique et support hémodynamique La salle où est réalisée la prise en charge du donneur potentiel doit être dotée des dispositifs médicaux permettant la ventilation assistée et la surveillance médicale conformément aux normes requises pour une chambre d'un service spécialisé en réanimation. Pour les centres ayant passé convention avec l'Agence de la biomédecine pour des prélèvements d'organes sur donneur décédé après arrêt cardiaque, la salle de prise en charge du donneur potentiel doit être dotée des matériels conformes aux protocoles établis par l'Agence de la biomédecine (www.agence-biomedecine.fr).

II-3.2. Matériels nécessaires au prélèvement des organes

Le responsable du bloc opératoire s'assure de la présence: – des dispositifs médicaux nécessaires à la ventilation assistée et la surveillance médicale; – de matériel chirurgical nécessaire pour mener à bien une intervention abdominale, thoracique et vasculaire; – de matériel nécessaire à la réfrigération en quantité suffisante pour le conditionnement et le transfert de l'ensemble des organes; – d'un congélateur pour la glace stérile; – d'un réfrigérateur de grand volume aux normes médicales; – de conteneurs isothermes ou systèmes de transport conformes à la réglementation en vigueur, stockés dans un local conforme aux règles d'hygiène et d'asepsie; – le cas échéant de la disponibilité de machines à perfusion; – dans le cas où le prélèvement est fait dans un centre de greffes, il doit s'assurer de la présence de solutions de conservation spécifiques au prélèvement des organes et vérifiées dans les conditions requises. Le responsable de chaque équipe chirurgicale de prélèvement opérant sur un site extérieur apporte: – le matériel chirurgical spécifique à son intervention, notamment des canules de perfusion pour l'aorte et la veine cave inférieure, des canules de cardioplégie et de pneumoplégie s'il n'en existe pas sur place; – les conteneurs spécifiques et les solutions de conservation conformes à la réglementation en vigueur. II-3.3. Matériels nécessaires à l'UF médicale de coordination hospitalière De par ses missions transversales et continues, l'équipe de coordination dispose de: – dispositifs d'appels et de communication: moyens téléphoniques filaires et portables, télécopieur, accès internet; – moyens informatiques adaptés, notamment à la saisie et à la transmission en temps réel du dossier donneur mais aussi aux missions d'information et de formation; – moyens de reproduction de documents: photocopieur, scanner; – moyens d'archivage et de sauvegarde de ses données en conformité avec les recommandations de la CNIL; – moyens adaptés pour la transmission d'images en vue d'évaluation des greffons; – moyens de locomotion adaptés au travail en réseau.

III. – Critères d'inclusion du donneur potentiel

III-1. Conditions générales

La sélection des donneurs potentiels repose sur: – l'affirmation, dans le cas du donneur décédé en état de mort encéphalique, du diagnostic de mort encéphalique et du constat de mort selon la réglementation en vigueur; – la reconnaissance, dans un délai compatible avec le don d'organe et défini par les protocoles de

l'Agence de la biomédecine, dans le cas d'un donneur décédé après arrêt cardiaque, de l'échec des manoeuvres de réanimation chez un sujet victime d'un arrêt cardiaque réfractaire et le constat de mort; – la non-opposition du défunt, selon les termes prévus, par les dispositions législatives et réglementaires en vigueur; – l'application des règles de sécurité sanitaire définies à l'article L.1211-6 du CSP; – l'analyse de l'anamnèse (personnelle et familiale), des examens cliniques et paracliniques ainsi que des traitements du donneur. Toutes ces données doivent être consignées dans le dossier médical du défunt et le dossier donneur de la coordination puis transmises à l'Agence de la biomédecine de préférence par voie informatique. Dans tous les cas, la sélection finale du donneur repose sur une concertation entre les médecins assurant sa prise en charge, l'UF de coordination hospitalière, le médecin du SRA de l'Agence de la biomédecine et les équipes chirurgicales de prélèvement et de greffe.

III-2. Tests de qualification biologique du donneur

Ils sont réalisés dans un laboratoire qualifié ou accrédité, en conformité avec le guide de bonne exécution des analyses (GBEA), les recommandations et la réglementation encadrant la qualification des donneurs d'organes. La coordination des prélèvements s'assure de leur réalisation, de leur transmission au laboratoire compétent et du retour des résultats. Les tests réglementaires (sérologies et diagnostic génomique viral) sont effectués conformément à la réglementation en vigueur; ils peuvent être réalisés de jour comme de nuit, la semaine comme le week-end ou les jours fériés par du personnel qualifié pour cette tâche et ayant l'expérience régulière de cette pratique.

Les tests sanguins, notamment ceux relatifs à la détermination du groupe sanguin et du type HLA, sont réalisés à cet effet, avant tout prélèvement, le plus près possible du décès et au mieux avant transfusion ou hémodilution; dans le cas contraire, l'information est transmise au laboratoire.

III-3. Recherche de l'opposition du défunt

Elle s'effectue conformément aux dispositions législatives et réglementaires en vigueur. Outre ces dispositions, cette recherche requiert en premier lieu l'identification du donneur potentiel: Si l'identité du donneur est inconnue, on s'efforcera par tous les moyens de la documenter. Il ne pourra être procédé à aucun prélèvement, de quelque nature que ce soit, sur une personne non identifiée. En cas de donneur potentiel résidant en France de nationalité étrangère, la recherche de l'opposition se fait selon les dispositions réglementaires applicables en France. En cas de donneur potentiel de nationalité étrangère ne résidant pas en France, la recherche de l'opposition se fait selon les dispositions réglementaires applicables dans le pays de résidence.

III-4. Contact avec le procureur de la République

Pour tout décès dont la cause est inconnue ou suspecte, qu'il s'agisse ou non d'une mort violente, le procureur de la République (ou le juge d'instruction lorsqu'une information judiciaire a été ouverte) est contacté sans délai (article 74 du code de procédure pénale). Le procureur de la République compétent est celui du lieu des faits (et non celui dans le ressort duquel se trouve le donneur). Une procédure écrite permettant un contact en urgence 24 heures/24 du procureur ou de ses substituts est mise en place entre l'UF médicale de coordination hospitalière et les services du procureur. Toute indication est donnée au procureur pour lui permettre d'identifier le service de police ou de gendarmerie chargé de l'enquête. Le procureur de la République (ou le juge d'instruction), avant de prendre sa décision, pourra se concerter avec le médecin légiste. Celui-ci pourra entrer en contact avec l'UF médicale de coordination hospitalière, voire assister, s'il le juge nécessaire, aux opérations de prélèvement. Le procureur de la République (ou le

juge d'instruction) peut faire connaître sa levée d'opposition par téléphone, mais celle-ci sera confirmée par écrit pour archivage. Il pourra, dès la levée d'opposition, être procédé aux opérations de prélèvement d'organes, sous réserve du strict respect des prescriptions suivantes, sous la responsabilité de la coordination hospitalière: – des photographies du corps du donneur, au niveau des zones de prélèvement, seront prises avant toute intervention si le procureur de la République (ou le juge d'instruction) en a fait expressément la demande; – les comptes rendus opératoires (auxquels seront jointes les photographies), au besoin manuscrits, accompagneront obligatoirement le corps lors de son transport pour autopsie médico-légale. Les documents relatifs aux actes réalisés avant la constatation du décès, y compris au cours du transport et du prélèvement, par les services de réanimation seront annexés; – des échantillons de sang et d'urine, antérieurs au prélèvement, accompagneront obligatoirement le corps ainsi que, si besoin, sur demande du médecin légiste, des échantillons tissulaires des organes prélevés ou des liquides biologiques. Les prélèvements d'organes seront effectués dans les strictes limites indiquées par le procureur de la République (ou le juge d'instruction). Les greffons non utilisés seront adressés au médecin légiste ayant pratiqué l'autopsie médico-légale. En cas d'impossibilité, qui devra être justifiée, un compte rendu descriptif les concernant sera transmis à ce dernier. Il est souligné que, dans ce cadre, seuls des prélèvements à finalité thérapeutique pourront être pratiqués, à l'exception de tout autre.

IV. – Organisation opérationnelle du prélèvement d'organe(s)

Le prélèvement se distingue par deux phases successives conduites en lien permanent avec l'UF de coordination hospitalière: La première phase comporte principalement la prise en charge médicale du donneur potentiel jusqu'à son entrée au bloc opératoire. Elle est sous la responsabilité des médecins de l'équipe de prise en charge du donneur; elle doit être assurée en collaboration constante avec l'UF médicale de coordination hospitalière et faire l'objet d'une information à l'Agence de la biomédecine. Toutes les mesures médicales nécessaires sont mises en oeuvre chez le donneur pour maintenir l'homéostasie des organes qui pourraient être prélevés, conformément aux recommandations émises par l'Agence de la biomédecine. Ces mesures s'imposent dans la continuité de la réanimation du sujet en coma grave, lors du passage en état de mort encéphalique et ce, jusqu'au clampage aortique. Les mesures spécifiques aux prélèvements d'organes sur donneur décédé après arrêt cardiaque sont définies par les protocoles de l'Agence de la biomédecine; elles s'appliquent également en cas d'arrêt cardiaque survenant chez un sujet préalablement décédé en état de mort encéphalique.

La deuxième phase est l'acte chirurgical de prélèvement, première étape de la réalisation de la greffe. Elle est sous la responsabilité des chirurgiens préleveurs.

IV-1. Rôle des personnels impliqués

IV-1.1. Rôle de l'équipe médicale de prise en charge du donneur

L'équipe en charge d'un donneur potentiel: – prévient l'UF médicale de coordination hospitalière dès que les premiers signes cliniques de la mort (sujet en état de mort encéphalique, sujet en arrêt cardiaque et circulatoire persistant) apparaissent chez un sujet dont l'anamnèse est compatible avec un don d'organes; – assure le diagnostic clinique et paraclinique de la mort encéphalique selon la réglementation en vigueur; – établit le procès-verbal du constat de la mort selon la réglementation liée au cadre des prélèvements d'organe; – annonce le décès aux proches; – recueille toutes les données utiles au dossier médical du donneur; – récupère le groupe sanguin ABO du donneur; – s'assure, en collaboration avec l'UF de coordination hospitalière, que les démarches de recherche de l'absence de contre-indication réglementaire au prélèvement et de vérification du respect des dispositions relatives aux problèmes médico-légaux (cf.

paragraphe III-4) ont été faits; – réalise avec la coordination hospitalière la qualification du donneur et des greffons; – est responsable de la transmission au SRA des informations concernant le donneur, en particulier celles susceptibles de donner des indications quant à la qualité des greffons; – est responsable des soins et du transport du donneur depuis la prise en charge initiale jusqu'au bloc opératoire; – fournit à l'équipe de coordination hospitalière les informations permettant l'évaluation de l'activité de prélèvement.

IV-1.2. Rôle de l'UF médicale de coordination hospitalière

L'équipe de coordination hospitalière est présente à toutes les étapes du prélèvement et travaille en liaison étroite avec les médecins de l'équipe de prise en charge du donneur, le SRA et les chirurgiens préleveurs. L'équipe de coordination hospitalière est prévenue dès le recensement d'un donneur potentiel: sujet en état de mort encéphalique ou susceptible de le devenir et sujet décédé après arrêt cardiaque; elle informe alors le SRA en temps réel. Dans le cadre d'un prélèvement, l'UF médicale de coordination hospitalière: – s'assure de l'identité du donneur et la contrôle; – ouvre un dossier donneur selon le modèle en vigueur (cf. dossier cristal, accessible sur le portail internet de l'Agence de la biomédecine avec un code d'identification spécifique) et saisit, dans la base de données nationale de l'Agence de la biomédecine, l'intégralité des données en lien avec les médecins du donneur, les proches et le médecin traitant; – s'assure que le constat de la mort a été établi selon la réglementation en vigueur en termes d'examen clinique et para clinique; – effectue les démarches administratives et contacte, si nécessaire, les autorités judiciaires; – s'assure que le donneur potentiel n'est pas inscrit sur le registre national automatisé des refus; – participe systématiquement à l'accueil et à l'accompagnement des proches du donneur potentiel selon les modalités prévues par les dispositions législatives et réglementaires en vigueur; – transmet une copie du groupe sanguin, du typage HLA et des résultats des tests de sécurité sanitaire du donneur au SRA; – s'assure que les analyses de sécurité sanitaire obligatoires ainsi que les autres examens (notamment en imagerie) ont été réalisés; – s'assure que tous les éléments nécessaires à la qualification du donneur et des greffons ont été réalisés; – transmet l'ensemble du dossier au SRA de façon informatisée; – informe les acteurs locaux (anesthésistes, chirurgiens, bloc opératoire, laboratoires) de la potentialité d'un prélèvement; – organise le déroulement du prélèvement chirurgical en concertation avec le SRA et les différents acteurs; – est présente, dès l'arrivée du donneur, au bloc opératoire; – accueille les équipes chirurgicales de prélèvement, les informe du déroulement et de l'évolution de l'état du donneur; – s'assure de la présence des différents liquides de conservation et des moyens de conditionnement, d'étiquetage et de transport des greffons; – contribue au bon déroulement des prélèvements et s'assure notamment que seuls les prélèvements d'organes prévus sont réalisés;

– vérifie la qualité de la préparation et du conditionnement des greffons et participe à la préparation du transport; – s'assure que chaque greffon est accompagné d'un tube de sang; – s'assure que l'ensemble des données est anonymisé; – s'assure que plusieurs ganglions et des fragments de rate ont été prélevés et conditionnés; – remplit la (les) fiche(s) opérationnelle(s) de prélèvement destinée(s) à accompagner le(s) greffon(s); – s'assure que chaque chirurgien préleveur, avant son départ, a rédigé un compte rendu opératoire; – s'assure que la restauration tégumentaire dont elle vérifie la qualité a été effectuée par le dernier chirurgien préleveur; – vérifie la bonne qualité de la restauration tégumentaire et la présentation du corps; – contacte le SRA pour l'informer de toutes particularités survenues lors du prélèvement; – accompagne les proches jusqu'à la restitution du corps et se tient à leur disposition après le prélèvement; – le cas échéant, organise avec le directeur de la structure autorisée le retour du corps du donneur, soit vers le domicile, soit vers le funérarium le plus proche du lieu de décès, en fonction du choix des proches du défunt; – veille à rassembler et à transmettre au SRA tous résultats ou informations concernant le donneur

qui reviendraient dans les heures ou jours suivant le prélèvement, notamment toutes les données concernant la sécurité sanitaire; – vérifie que tous les documents existants se trouvent dans le dossier du donneur avant sa clôture et son archivage. L'ensemble des tâches opérationnelles de la coordination hospitalière fait l'objet d'une procédure écrite adaptée à chaque centre. Une liste simplifiée de traçabilité attestant de la réalisation de chaque étape, fait partie du dossier de chaque donneur.

IV-1.3. Rôle de la direction en charge du prélèvement et de la greffe à l'Agence de la biomédecine (service de régulation et d'appui – SRA)

Une étroite liaison entre les personnels de l'établissement de santé et le SRA de l'Agence de la biomédecine est nécessaire pour le bon déroulement de cette activité. Le SRA est tenu informé en temps réel de l'éventualité d'un prélèvement par l'UF de coordination hospitalière ou à défaut par le médecin du donneur de l'établissement de santé concerné. La survenue d'incidents durant le déroulement du processus qui conduit du prélèvement jusqu'à la greffe lui est communiquée en temps réel pour donner lieu à une procédure d'alerte en lien avec le correspondant local de biovigilance selon les modalités prévues par les dispositions législatives et réglementaires en vigueur. Le rôle du SRA de l'Agence de la biomédecine est de: – s'assurer du respect de la réglementation par l'établissement de santé en ce qui concerne notamment les modalités du constat de mort, le consentement au prélèvement et la sécurité sanitaire; – intervenir si besoin, lors de difficultés administratives, juridiques, logistiques ou médico-techniques dans le cadre de cette activité; – informer l'UF médicale de coordination hospitalière de la répartition des greffons et des équipes chirurgicales impliquées afin de lui permettre d'assurer la synchronisation des différentes étapes du prélèvement et de vérifier les moyens de transport; – centraliser les informations concernant le donneur et les conditions du prélèvement; – mettre à disposition par voie informatique l'ensemble des données disponibles au moment des propositions aux équipes de greffe.

IV-1.4. Rôle de l'équipe chirurgicale de prélèvement

IV-1.4.1. Les chirurgiens préleveurs: – ont pris connaissance du dossier médical du donneur ou du dossier spécifique du donneur tenu par l'UF médicale de coordination hospitalière sur lequel sont reportées les informations pertinentes de ce dossier; dans ce cas ils le consultent par voie informatique sécurisée; – initient la procédure de vérification de la compatibilité des groupes sanguins ABO du donneur et du receveur, en adjoignant au récipient de transport de chaque greffon un tube de sang spécifiquement étiqueté à cet usage, ainsi que le matériel biologique nécessaire à la réalisation des tests de compatibilité donneur-receveur dûment étiqueté; – recueillent les informations permettant d'apprécier la qualité du ou des greffon(s); – respectent les recommandations de bonnes pratiques éditées par l'Agence de la biomédecine, concernant la réalisation technique des prélèvements multi-organes (cf. document accessible sur le portail internet de l'agence avec un code d'identification spécifique); – s'assurent de la meilleure restauration tégumentaire possible du corps; – sont chargés, en liaison avec l'équipe de coordination hospitalière, de l'application des mesures en vigueur visant la conservation, l'étiquetage et le conditionnement du (ou des) greffon(s) et des informations nécessaires à la traçabilité en vue de leur transport vers le centre de greffe;

– renseignent la (les) fiche(s) technique(s) relative(s) à l'organe (cf. document accessible sur le portail internet de l'Agence de la biomédecine avec un code d'identification spécifique) qui accompagne(nt) les greffons; – rédigent en temps réel le compte rendu de l'acte chirurgical décrivant notamment les organes prélevés, les conditions du prélèvement et les incidents éventuels; – en cas de contexte médico-légal, élaborent ce compte rendu dans les conditions requises par l'Agence de la biomédecine (cf. document accessible sur le portail internet de l'agence avec un code d'identification spécifique).

IV-1.4.2. Le coordonnateur des blocs opératoires: Il est l'interlocuteur privilégié pour faciliter la mise à disposition des locaux et du personnel dans des délais comparables à ceux d'une urgence vitale. Il est informé le plus en amont possible de l'éventualité d'un prélèvement. Il s'assure que les locaux et le matériel sont adaptés à la mise en oeuvre des règles de bonnes pratiques de prélèvement et de leur bon fonctionnement. Tout incident et dysfonctionnement survenant dans le cadre du prélèvement ou de son organisation lui est signalé. Il intègre le prélèvement d'organes dans les activités d'urgence des blocs opératoires.

IV-2. Déroulement du prélèvement et restauration tégumentaire

Le prélèvement d'organe, effectué sous la responsabilité de chacun des chirurgiens préleveur pour l'(les) organe(s) qui le concerne(nt), est une intervention chirurgicale urgente qui s'effectue au bloc opératoire selon les règles d'hygiène et d'asepsie propres à toute intervention chirurgicale. Son déroulement fait l'objet d'une organisation préalable entre la coordination hospitalière, le responsable et les personnels du bloc opératoire et d'une concertation préalable des équipes chirurgicales, en cas de prélèvements multiples selon les recommandations techniques chirurgicales éditées par l'Agence de la biomédecine.

IV-2.1. La restauration tégumentaire La restauration tégumentaire est placée sous la responsabilité du chirurgien qui assure la fermeture du corps. La suture musculaire est indispensable. La fermeture cutanée doit être complète, hermétique et esthétique. Elle est assurée par le dernier chirurgien présent et contrôlée par la coordination hospitalière qui est garante de la qualité de la restauration tégumentaire vis-à-vis des proches.

IV-2.2. Devenir des organes prélevés non greffés L'utilisation d'un greffon est placée sous la responsabilité du médecin en charge du receveur. Si un greffon est prélevé mais n'est pas greffé, le médecin greffeur motive son refus et transmet le motif de ce refus à l'Agence de la biomédecine. Le greffon est alors conservé en vue d'un examen anatomopathologique. Le compte rendu de cet examen est conservé dans le dossier médical du donneur. Une copie est adressée au SRA de l'Agence de la biomédecine. Lorsqu'un greffon cardiaque n'a pas pu être utilisé, celui-ci sera adressé, si possible, à un établissement ou organisme autorisé au titre de l'article L.1243-2 du CSP pour préparation de valves et tube valvé à visée thérapeutique.

V. – Conditionnement. – Transport du greffon et du matériel biologique

V-1. Conditionnement et étiquetage du greffon Le conditionnement a pour objet de préserver la qualité, la stérilité de l'organe prélevé et permettre son identification ainsi que son suivi et sa traçabilité. L'organe prélevé doit être conditionné selon les recommandations en vigueur émises par l'Agence de la biomédecine (www.agence-biomedecine.fr). L'étiquetage du récipient de transport comporte toutes les informations mentionnées au III de l'annexe I de l'arrêté du 14 mai 2010 susvisé. Ces informations nécessaires à l'identification, au suivi et à la traçabilité du greffon sont réunies sur les étiquettes standards d'identification et de traçabilité (fournie par l'Agence de la biomédecine) qui sont complétées et apposées sur le récipient de transport, au bloc opératoire avant le départ du greffon vers le site de greffe.

V-1.1. Transport du greffon Le transport des organes en vue de greffe est soumis, afin de limiter au maximum la durée de l'ischémie froide, à des contraintes de temps qui lui confèrent un haut degré de priorité.

V-1.2. Conditions de transport Le choix du mode de transport est fait en tenant compte des exigences de délais propres à la conservation de chaque type d'organe. La transmission des informations destinées à

l'équipe de transplantation concernant le greffon doit être assurée. Le transport est planifié en s'assurant de l'information des différents intervenants quant à la nature de l'organe transporté, aux exigences de délai et à la destination du greffon.

Le récipient de transport, conforme aux normes européennes en vigueur, est adapté aux conditions de conservation, en particulier de température, et assure l'étanchéité et la protection de l'organe contre les chocs.

V-1.3. Organisation du circuit L'ensemble du circuit défini au préalable inclut le choix du (des) transporteur(s), l'information des personnes intervenantes et la traçabilité du transport, consignée sur une fiche établie par la coordination hospitalière. Chaque personne intervenant dans le transport remet en main propre le récipient de transport à la personne désignée sur la fiche et in fine à la personne du service destinataire désignée sur la fiche de traçabilité du transport qui accompagne le greffon. Chaque personne réceptionnant le greffon remplit cette fiche pour la partie qui la concerne jusqu'au destinataire final qui la transmet sans délai par télécopie à l'expéditeur pour finaliser le transport et l'archivage. La fiche de traçabilité du transport, visée par chacun des intervenants, doit permettre un contrôle a posteriori en cas de problèmes. Le(s) transporteur(s) doit(vent) disposer d'un système permettant d'être joint à tout moment durant un transport de greffon. La fiche de traçabilité du transport doit être renvoyée à l'UF de coordination du site de prélèvement et intégrée dans le dossier du donneur. En cas d'utilisation d'une machine de perfusion, les conditions de retour à vide sont prévues et organisées en lien avec le pôle national de répartition des greffons (PNRG) de l'Agence de la biomédecine.

V-2. Conditionnement et transport du matériel biologique nécessaire à la réalisation du test de compatibilité donneur/receveur Le matériel biologique prélevé au bloc opératoire permet la réalisation du test de compatibilité donneur/receveur par les laboratoires HLA. Son conditionnement et l'étiquetage ainsi que son transport s'effectuent selon les recommandations en vigueur émises par l'Agence de la biomédecine (www.agence-biomedecine.fr).

VI. – Transport du corps

VI-1. Avant prélèvement Le transport du corps de donneurs décédés à coeur battant ou non battant, en vue de prélèvement d'organe à visée thérapeutique, est un transport sanitaire au sens de l'article L.6312-1 du code de la santé publique. L'UF de coordination hospitalière peut donc, dans le cadre d'un réseau de prélèvements, faire assurer les formalités de constat du décès conformément à la réglementation en vigueur dans tout établissement de santé du réseau, la recherche de la volonté de la personne décédée dans les conditions prévues par les dispositions législatives et réglementaires en vigueur et en cas de non-opposition, l'organisation du transfert du corps par les équipes du SAMU vers l'hôpital le plus adapté, où sera effectué le prélèvement, si les conditions de prise en charge du donneur potentiel le permettent.

VI-2. Après prélèvement Conformément à la réglementation en vigueur (art. R.2213-14 du code général des collectivités territoriales), le corps d'un donneur prélevé sera transporté avant sa mise en bière, soit à la résidence du défunt ou d'un membre de sa famille, soit dans une chambre funéraire, le cas échéant la chambre mortuaire où le donneur est décédé en fonction des souhaits exprimés par les proches du défunt. L'établissement préleveur prend en charge les frais de restitution et de transport (aller-retour) du corps du donneur à sa famille dans les conditions prévues par la réglementation et les instructions ministérielles en vigueur.

VII. – Système d'information Le système d'information décrit tous les documents relatifs à la prise en charge du donneur, au prélèvement et à la circulation de ces documents. Les objectifs du système d'information sont la sécurité sanitaire, la traçabilité, l'évaluation et l'information.

VII-1. Système informatique Les données concernant les prélèvements d'organes sont enregistrées par un système de traitement informatisé. Des procédures détaillées de fonctionnement du système sont disponibles et l'exactitude des données enregistrées est vérifiée. Les documents sont conservés durant la période fixée pour chaque type de document (art. R.1112-7 et R.1233-9 du CSP). L'accès à ce système est protégé par des mots de passe ou tout autre moyen propre à assurer la confidentialité des données recueillies. Le système est conforme aux spécifications précisées par l'Agence de la biomédecine.

VII-2. Le dossier du donneur L'ensemble des données du dossier donneur est saisi dans le système d'information de l'Agence de la biomédecine et validé par le SRA de l'Agence de la biomédecine avant clôture et archivage d'une durée minimale de trente ans après le prélèvement. Chaque coordination a accès à l'ensemble des données concernant le donneur qu'elle a pris en charge. Le dossier donneur comprend: – l'ensemble des données administratives relatives au don (le cas échéant, le procès-verbal de constat de décès, l'interrogation et la réponse du RNR, la levée d'opposition du procureur de la République, l'autopsie médico- légale); – l'ensemble des données et documents ayant permis la qualification du donneur; – les comptes rendus opératoires, la fiche technique relative à l'organe; – les fiches de traçabilité du déroulement de la procédure de prélèvement; – les fiches de traçabilité des transports de greffons; – les résultats des analyses de sécurité sanitaire envoyés par télécopie au régulateur du SRA de l'Agence de la biomédecine; – le cas échéant, l'étiquette qui est apposée sur le conditionnement extérieur du greffon; – la ou les fiche(s) technique(s) relative(s) à l'organe.

VII-3. Documents administratifs La coordination hospitalière doit archiver ces documents (archivage d'une durée minimale de trente ans après le prélèvement); ils comportent les pièces descriptives de l'organisation du prélèvement, les documents de liaison et les documents d'évaluation: – dossier d'autorisation de prélèvement accordée à l'établissement de santé; – document présentant les objectifs et les effectifs de l'établissement de santé quant à l'organisation des prélèvements, à la prise en charge des donneurs potentiels et des prélèvements dans l'établissement; – procédures et modes opératoires relatifs au processus de prélèvement d'organes; – rapports annuels d'activité présentant l'activité de prélèvement de l'établissement de santé. Il est rédigé sous la responsabilité du médecin responsable de l'unité de coordination en collaboration avec tous les membres de l'équipe de coordination hospitalière des prélèvements d'organes; – documents décrivant le fonctionnement du réseau; – comptes rendus des réunions de coordination de l'établissement et du réseau; – fiches de poste; – compte rendu d'inspection, recueil et déclarations de biovigilance; – dossier de certification de la coordination hospitalière par l'Agence de la biomédecine.

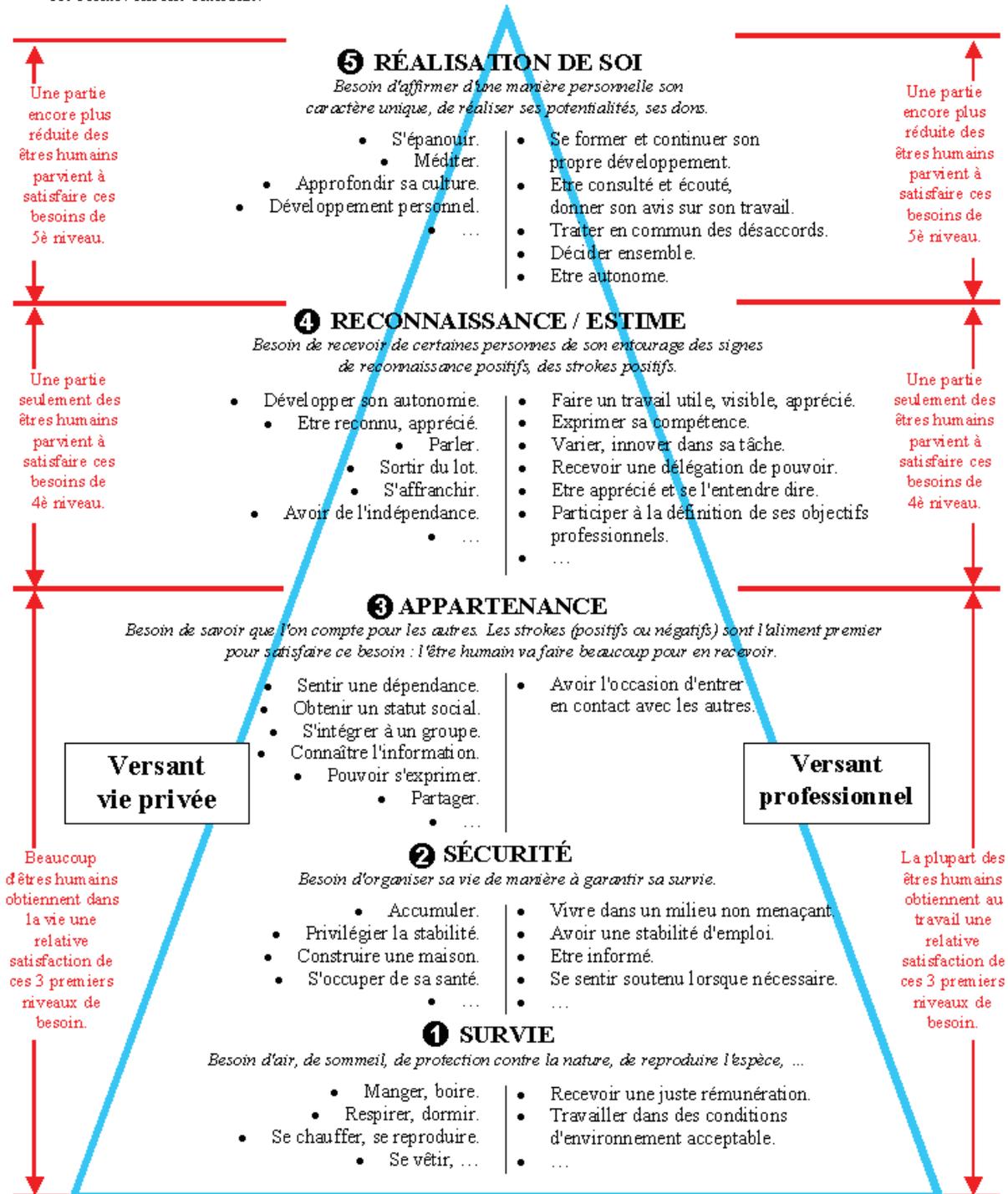
Annexe 2 : La théorie des besoins :

Pyramide de Maslow. Source : Time Management Octobre 2016

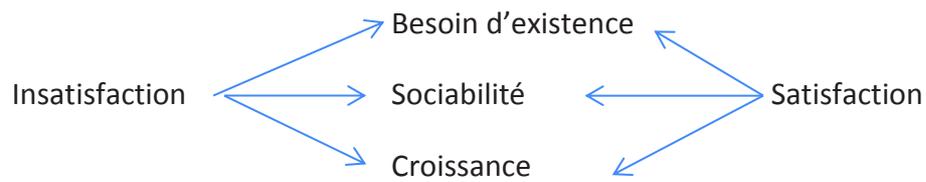
Time Management
Pyramide des besoins de Maslow

Besoins propres au monde occidental.

1. pyramide particulièrement intéressante pour le monde du travail
2. les humains ne ressentent l'apparition d'un besoin supérieur que lorsque le besoin actuel est relativement satisfait.



A laquelle on peut joindre **la théorie ESC** d'Alderfer : (d'après PLANE, 2017 p86)



Besoins d'existence : besoin fondamentaux sur le plan physiologique et matériel pour l'individu

Besoins de sociabilité : besoins sociaux, d'affiliation, d'appartenance qui stimule l'individu

Besoins de croissance : , accomplissement, perfectionnement, besoin de réalisation de soi pour l'individu

La **théorie des deux facteurs** de F. HERZBERG qui différencie sans les opposer les facteurs de satisfaction (ou de motivation) et d'insatisfaction (ou facteurs d'hygiène)

Annexe 3 : Questionnaire

1. Pourquoi occupez-vous (avez-vous occupé) le poste de coordinateur hospitalier ?

.....
.....
Parmi la liste suivante, retrouvez-vous des raisons qui ont pu vous influencer ?

- | | | |
|-------------------------------------------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| - Une émission, un reportage, un article | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| - les collègues de l'équipe | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| - Les horaires de travail | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| - La rémunération | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| - L'autonomie et la prise d'initiatives | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| - Les perspectives d'évolution | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| - Les opportunités de développer de nouvelles compétences | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| - « On m'y a mis d'office » | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| - Le travail en transversalité et la diversité des interlocuteurs | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| - Le cadre de la CHPOT m'a proposé le poste | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| - Autre : | | |

2. Comment évaluez-vous vos conditions de travail à ce poste?

.....
1. Très insatisfait(e) 2. Plutôt satisfait (e) 3. Ni satisfait ni insatisfait 4. Satisfait(e) 5. Très satisfait(e)
(Cocher la réponse sur l'échelle de 1 à 5)

- | | | | | | |
|----------------------------------------------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 1. Au niveau de votre environnement matériel | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| - Au niveau de vos horaires de travail | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| - Au niveau de votre autonomie d'organisation de travail | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| - Au niveau de vos interactions avec les autres professionnels | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| - Au niveau des missions qui vous sont confiées | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |

Autre(s) ? :

3. La politique de formation d'adaptation à l'emploi de coordinateur hospitalier de prélèvement vous semble-t-elle :

- | | | | | |
|--------------|--------------------------|--------------|--------------------------|--------------------|
| - Suffisante | <input type="checkbox"/> | Insuffisante | <input type="checkbox"/> | Pourquoi ? : |
| - Adaptée | <input type="checkbox"/> | Inadaptée | <input type="checkbox"/> | Pourquoi ? : |

4. Y a-t-il un Cadre de Santé affecté à votre unité?

Oui Non

- | | | | | | |
|-------------------------|------------------------------|------------------------------|----------------------------|------------------------------|------------------------------|
| - A-t-il un temps dédié | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | Assure-t-il des astreintes | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
|-------------------------|------------------------------|------------------------------|----------------------------|------------------------------|------------------------------|

Si oui, quel est pour vous son degré d'implication dans le fonctionnement de votre unité ?

- | | | | | | | | |
|-----------------|--------------------------|----------|--------------------------|--------------|--------------------------|-------------|--------------------------|
| - Très impliqué | <input type="checkbox"/> | Impliqué | <input type="checkbox"/> | Peu impliqué | <input type="checkbox"/> | Ne sait pas | <input type="checkbox"/> |
|-----------------|--------------------------|----------|--------------------------|--------------|--------------------------|-------------|--------------------------|

5. Avez-vous le sentiment de bénéficier d'une supervision*? Oui Non

(*temps de discussion en équipe autour des difficultés induites par la PEC des proches)

- Par le cadre de santé Oui Non
- Par le CIAR de l'ABM Oui Non
- Par un psychologue Oui Non
- Autre Oui Non Précisez :

6. Pour vous quelles sont les 3 compétences indispensables pour le poste de CHP ?

.....
.....
.....

7. Sur une échelle de 1(très mal) à 10 (très bien), comment vous sentez-vous aujourd'hui à votre poste ?.....

8. Qu'est-ce qui vous fait rester dans la fonction de CHP ?

- La diversité des missions La reconnaissance de votre travail
- La rémunération un équilibre vie professionnel vie privé
- Autre :

9. Qu'est-ce qui vous ferait quitter la coordination hospitalière ?

Merci de cocher pour chaque proposition :1 Pas du tout d'accord, 2 pas d'accord, 3 D'accord, 4 tout à fait d'accord 5 Sans avis

- | | | | | | |
|--------------------------------------------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Trop d'impacts sur votre vie personnelle et familiale | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| Un projet de formation professionnel | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| De mauvaises relations au sein de l'unité | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| De mauvaises relations avec les partenaires | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| La proximité avec la mort | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| Des doutes sur la reconnaissance de votre travail | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| Une trop grande autonomie | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| Des changements dans les horaires ou le périmètre de travail | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| Trop de fatigue physique | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| Autres : | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

- Vous êtes ?** Femme Homme
- Moins 30 ans 31 à 50ans Plus de 50ans
- Ancienneté en CHP ?** < 1an >1 an et < 3ans >3 ans et < 5 ans
- >5ans et < 10 ans > 10 ans J'ai quitté la CHP

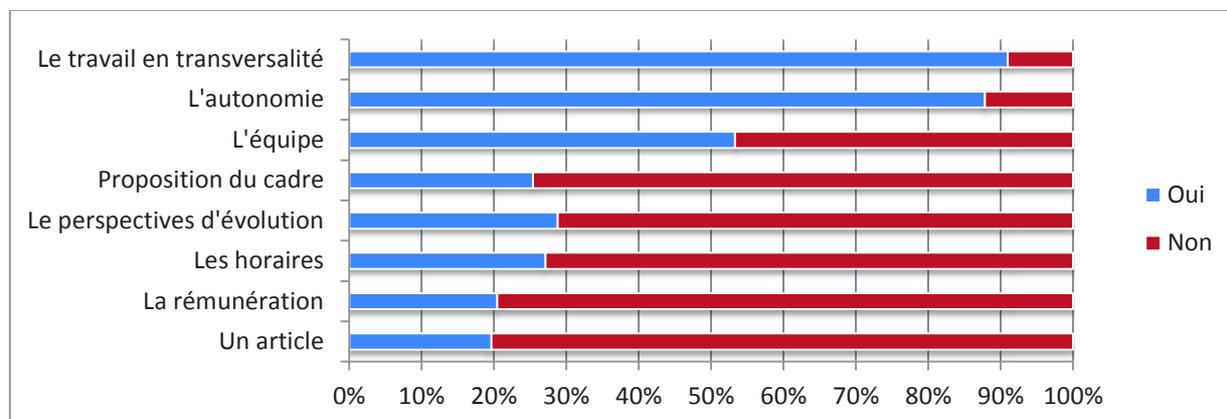
Si vous avez quitté la CHP, vous y avez travaillé combien de temps ?

- < 1an >1 an et < 3ans >3 ans et < 5 ans >5ans et < 10 ans > 10 ans

Annexe 4 : Exploitation des données :

Exploitation du questionnaire à partir d'un fichier Excel regroupant toutes les données

10. Pourquoi occupez-vous (avez-vous occupé) le poste de coordinateur hospitalier ?



Les commentaires :

- Pourquoi je suis venu ...Lors de ma candidature en 2011 je désirais m'investir dans une activité dont la problématique de santé publique était cruciale : une pénurie d'organes entraînait la mort de centaines de personnes par an. J'avais le souhait de découvrir un métier que j'imaginai intéressant car à la fois technique lors des phases opérationnelles et mettant en jeu des capacités relationnelles fortes lors des entretiens. J'avais le sentiment que j'allais devoir me dépasser et cela correspondait à mon état d'esprit et mes envies de trentenaire et d'infirmier expérimenté de 10 ans.
- Pourquoi je suis resté J'ai découvert un métier très éloigné de celui d'infirmier au chevet du malade. J'ai dû apprendre à utiliser de nouveaux outils informatiques (applications du portail ABM, tableur Excel, mailing, etc.), apprendre à être un communicant (séances de sensibilisation et formation, échanges avec les directions fonctionnelles de l'établissement), apprendre à gérer des projets au long cours (mise en place de Cristal Action) et apprendre l'humilité et la persévérance (non aboutissement de 9 procédures sur 10). J'ai donc trouvé dans ce métier plus de choses que ce que je soupçonnais. Finalement j'y suis resté car j'ai eu le plaisir d'apporter « ma pierre à l'édifice » et eu l'occasion de développer d'autres aptitudes que celles d'un soignant.
- Les missions du PMO correspondent à mes valeurs soignantes, éthiques. C'est un engagement soignant auprès du patient. Je travaille au bloc opératoire et cela me paraissait être une évidence dans la continuité de la PEC
- création d'un poste au CH de Cholet donc opportunité de changer d'activité et de créer une nouvelle structure.....participation au protocole de coopération entre professionnels dans le cadre des prélèvements de cornées...
- L'activité de prélèvement et de greffe, le don d'organe en général a été une cause qui m'a toujours interpellée et intéressée. Lors de mon arrivée en réanimation il y a 14 ans, la coordination se créait, on m'a proposé de l'intégrer, j'ai tout de suite accepté.
- Partage de valeurs, superbe expérience humaine, étant cadre supérieur de santé et cadre de pôle maintien un lien avec la proximité de la prise en charge des patients et de leur entourage. création de l'activité sur site avec l'aide d'une autre collègue cadre et d'un médecin réanimateur

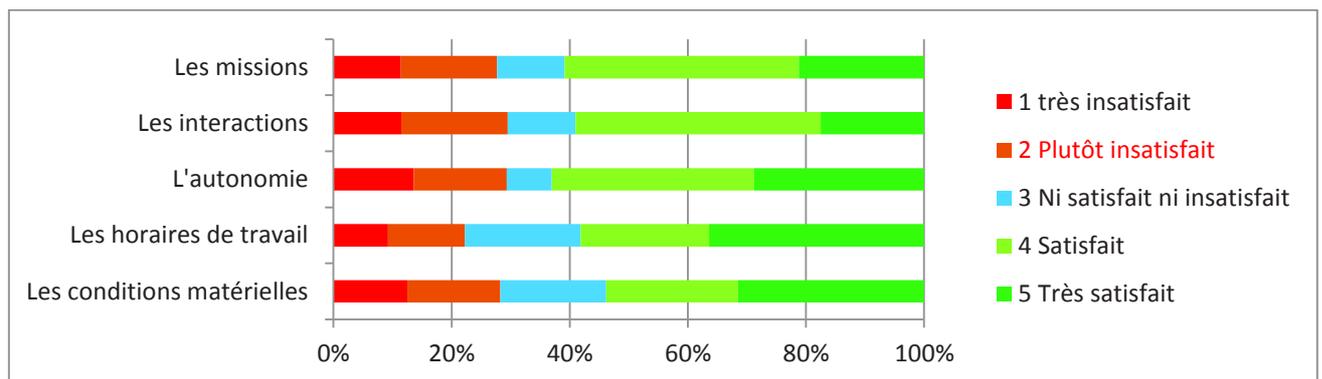
- J'avais envie et besoin de faire quelque chose qui a du sens. Ce boulot me fait « vibrer », me dire que le travail de chacun permet, au final, de sauver des vies, quoi de plus beau ?
- Ce métier a un sens pour moi et parce qu'il y a une diversité de situation à gérer. Bonne entente dans l'équipe
- Travaillant dans un post op de transplantation rénale et connaissant l'équipe de coord , j'ai postulé sur le poste quand celui-ci a été disponible
- C'est un choix personnel, après avoir travaillé comme IDE hospitalière dans le soin, la perspective d'un travail différent, où le relationnel, l'autonomie, la diversité des missions, les compétences dans un autre domaine à appréhender, la gestion, la coordination des équipes, du matériel, l'information au grand public, aux scolaires...sont les raisons de ce choix.
- "Pour être acteur dans la chaîne du prélèvement à la greffe.
- IDE en réanimation médicale auparavant, nombreuses prises en charge de donneur potentiel d'organes et/ou tissus. Très attirée par le travail effectué par les coordonnateurs
- "Ce qui fait venir : Pouvoir prendre du temps avec des familles fortement éprouvées, les écouter, les épauler et par la même amorcer un processus de deuil plus « serein »
- Ne pas avoir un travail routinier : chaque histoire familiale et dossier médical sont uniques, l'attrait de ne pas savoir le matin ce que peut présager la journée.
- Ancien ide en réa, opportunité de polyvalence. FFIBODE+CHP
- "Intérêt professionnel et personnel d'intégrer la chaîne du don et de la greffe d'organes et tissus sur mon établissement.
- Développement de nouvelles compétences professionnelles (pédagogie ++).
- Travailler en transversalité avec l'ensemble des équipes de soins critiques (après 13 ans d'expérience professionnelle dans ce domaine).
- Travailler en autonomie pour mener à bien des projets qui me sont confiés.
- J'étais cadre de santé en service de réanimation au moment où les PMOT ont été « décentralisés » des CHRU exclusivement vers les hôpitaux où se trouve le donneur ; c'est donc naturellement que cette nouvelle activité s'est offerte à moi
- Intérêt pour la mission
- C'est un choix de ma part. C'est une activité qui m'a toujours attirée même avant d'être infirmière
- Afin de pouvoir aider les patients qui sont en attente de greffe et de coordonner une équipe pluridisciplinaire. J'ai été concerné à titre familiale par l'attente de greffon
- Expérience d'abord du don aux urgences avant création poste et formation CHP
- L'opportunité s'est présentée lors de mon retour après une maladie. J'ai accepté car, ayant travaillé plusieurs années en réanimation, c'était une autre façon de PEC un donneur en état de ME. De plus, Le don d'organes a toujours été une évidence pour moi et est un soin à part entière.
- tout cela demande une remise en cause perpétuelle, une remise à niveau en continu des connaissances. C'est une fonction unique dans la carrière d'un IDE, souvent très difficile mais tellement enrichissante et souvent passionnante, on apprend à se connaître comme rarement c'est possible dans d'autres postes, et aussi à connaître mieux le fonctionnement de son établissement et les multiples partenaires
- Prise en charge en réa de patients en attente de greffe et des greffés, rencontre avec une coordinatrice lors d'une formation qui m'a fait découvrir ce métier

- En Aout 2009, à mon entretien d'embauche on m'a proposé d'occuper les poste de coordinatrice de prélèvement d'organes et de tissus à mi-temps avec un autre mi-temps SSPI. Ce qui m'a poussé à accepter ce poste c'est surtout la grande satisfaction de faire partie de cette chaine qui aboutit à la greffe
- Complémentaire de ma fonction au bloc opératoire
- "C'est un domaine qui m'a toujours intéressé : étudiante j'ai fait un stage dans une coordination de prélèvement de tissus et en tant qu'infirmière en réanimation, j'ai eu plusieurs fois l'occasion de m'occuper de patient en état de mort encéphalique.
- En réanimation, j'ai pu discuter avec les coordinateurs qui m'ont expliqué leur métier et je trouvais que leur relation avec les familles de donneurs était très privilégiée
- 0,5 ETP CHP puis FF cadre, poursuit des astreintes
- Pour apporter ma contribution au don d'organe
- parce qu'on me la proposé et que le don d'organes et la greffe est un sujet qui m'intéresse beaucoup... Dans le quotidien un travail passionnant
- "Le poste était vacant .Il m'a été proposé par mon chef de service et validé par ma hiérarchie infirmière.
- Lors des PEC en réa, patients pour lesquels la mort n'était pas une fin, particularité du poste
- Parution poste au CH , je suis concerné directement car j'ai un proche greffé du cœur et malheureusement décédé, développement de mes compétences
- Poste à 80%, fait suite à 5 ans et demi de réa essentiellement de nuit.
- Parce que c'est une fonction qui m'a toujours attirée, ai cotoyé les ICHP en étant ide de réa
- je participais à la prise en charge des donneurs sur le versant réanimation..., j'ai eu la chance pendant mes études d'IADE d'assister à des greffes hépatiques et rénales et j'ai participé aux astreintes de coordination à partir de 1996, ma grande naïveté fait que je crois à la générosité de l'homme
- Poste proposé alors que je travaillais en réa pour créer la CHP
- En poste depuis la création. Le décès de ma sœur pour laquelle nous avons toujours pensé qu'elle aurait pu aider
- Pour moi suite logique dans mon parcours professionnel : 15 ans de réa puis 15 ans de dialyse
- Je suis là depuis le début, j'ai créé le service
- Une vraie motivation personnelle pour la mission : faire partie de cette formidable chaine humaine qui permet à des personnes d'être greffées
- Exploiter d'autres facettes de la profession IDE, enrichissement humain+++
- Autres dimensions du projet de soin, plus globale dans son ensemble. Evolution du parcours professionnel
- Après avoir vu beaucoup de patients décédés en réanimation, je trouvais que le don d'organes pouvait donner un sens à la mort, et depuis j'y suis toujours pour les raisons indiquées ci-dessous
- J'étais IDE Réa, très affectée par la douleur d'une famille qui avait « accepté » le don d'organe d'un jeune homme. Sauf que l'hôpital n'était pas préleveur ,donc transfert au CHU de Grenoble. Mal vécu par la famille et moi-même.
- Pour la fonction intéressante et enrichissante de ce poste, l'évolution professionnelle, rencontre, formation...
- Donner la possibilité à des patients d'avoir une deuxième chance

- La coordination fait partie de mon ancien service. Mes missions ont changées mais je travaille toujours dans le même environnement avec les mêmes médecins de réanimations qui sont aussi des médecins de coordination .Le bureau de la coordination est situé entre les 2 services de réanimations côté patients. Je me sens intégrée dans l'équipe de Réanimation .

11. Comment évaluez-vous vos conditions de travail à ce poste?

Question difficilement exploitable en raison d'une erreur dans les numérotations. En effet dans l'énoncé, 2= plutôt satisfait de noté à la place de plutôt insatisfait. Les questionnaires ayant coché 2 ont pour certains corrigés d'emblée ou pour d'autres ajoutés un commentaire laissant entendre une « insatisfaction ». Néanmoins, je n'ai pas de certitude. Cette erreur ne permet pas d'analyser cette question rend son exploitation incertaine.



Les commentaires :

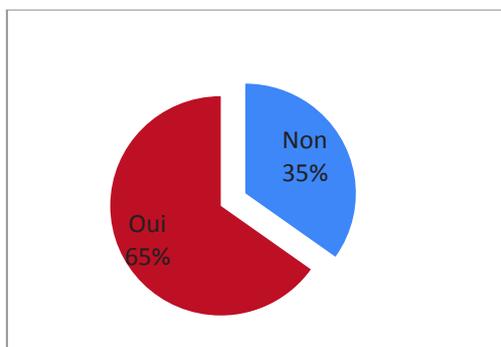
- Irrégulières dans le temps : Variation d'effectifs avec des périodes de manques de professionnels obligeant à de très grandes disponibilités
- Sentiment d'être à un poste « privilégié » par rapport à mes collègues de réa (je suis à 20% dans les soins donc moins de WE et moins de nuit)
- Travail à mi-temps et pas suffisamment de temps en commun avec mes 2 autres collègues qui elles sont en ensemble d'où décalage dans la relation et le travail d'équipe
- sous-effectif trop récurrent qui impacte sur les conditions de travail et amène un épuisement
- Complètement oublié par la direction. Nous avons un bureau sans point d'eau, ni WC, ni douche, ni chambre de garde
- Fluctuantes et imprévisibles, agréables et difficiles
- Changement de pôle depuis 3 ans, CI peut impliquer dans l'activité à part les astreintes PMO, cadre sup ne connaissant pas l'activité, tout le monde prend des décisions sans s'enquérir de l'impact sur notre quotidien
- Le responsable médical est à l'écoute de nos demandes et de nos besoins .Il nous laisse une très grande autonomie
- Méconnaissance du personnel et de la direction pour notre travail, notre bureau est isolé et excentré, personne ne sait où nous sommes situés ! C'est parfois décourageant de fournir beaucoup de travail et d'être si peu considéré.
- Ce poste est partagé avec celui d'IDE en service. Il n'est pas rare de devoir dépanner dans les services sur notre temps de coordination. Frustration parfois de ne pas pouvoir s'investir comme on le souhaiterait

- Des améliorations sont toujours possibles, mais dans l'ensemble nous avons des conditions de travail correctes, une organisation fonctionnelle et le matériel nécessaire pour assurer nos missions.
- Difficile de faire sa place au sein de l'équipe
- Conditions de travail difficiles, je ne pensais pas, en prenant mes fonctions à la CHP , que cela demandai autant , tant sur le plan professionnel que personnel. Chaque collaborateur demande beaucoup à l'ICH , le niveau de stress est assez conséquent
- De moins en moins enrichissante et valorisante car il y a une dérive de la fonction de coordinatrice : les médecins auraient tendance à reporter sur la psychologue la prise en charge humaine des familles et la coordinatrice serait reléguée à des tâches de paperasserie....
- Dans l'attente d'obtenir un bureau...
- Bons soutient de la Direction des soins
- Conditions de travail connus car déjà IADE avec garde
- Je suis à mi temps à la coordination avec 2 médecins sans temps dédié, ainsi qu'1 carde de santé sans temps dédié dans un petit CH. Il est vrai que quelque fois on se sent seule... , heureusement que je travaille aussi dans un autre service et que cela permet de trouver un équilibre professionnel. J'ai aussi une direction de l'établissement qui m'encourage à en place des projets , c'est rassurant
- Prob des petits effectifs, très fortes sollicitations en cas de manque d'effectif

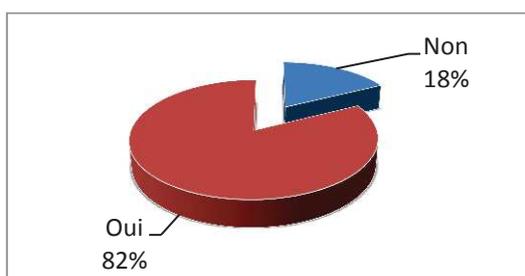
12. La politique de formation d'adaptation à l'emploi de coordinateur hospitalier de prélèvement vous semble-t-elle suffisante ?

Formation suffisante ?

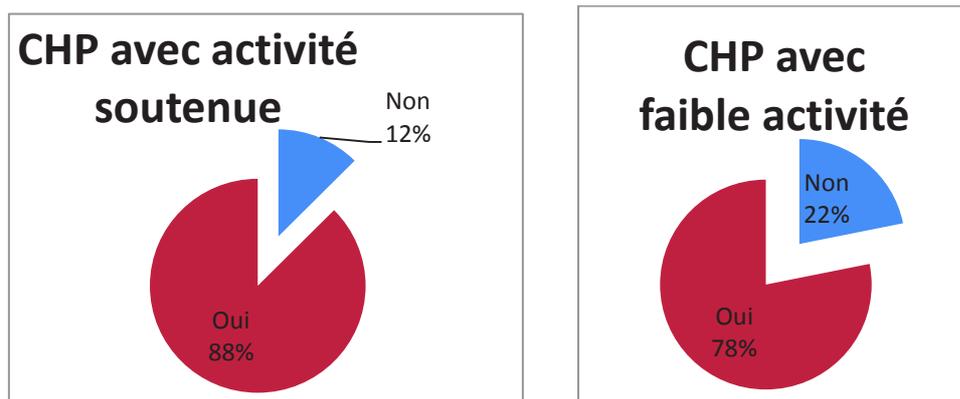
Taux identiques entre CHP à forte ou plus faible activité



Formation adaptée ? Tous



Mais les taux varient en fonction du volume d'activité :



Les commentaires :

- Plan de formation très bien construit par l'ABM
- Aucune démarche n'est effectuée pour qu'un infirmier coordinateur soit reconnu comme un emploi, une spécialité alors que ça en est réellement une.
- Formation sur le « tas » pour : outils informatiques, démarche qualité, mais Les formations reçues m'ont été utiles
- Formation : Elle est trop basée sur le compagnonnage par ses collègues alors que nous avons besoin d'un véritable apport théorique, médical ...cela nécessiterait une véritable formation
- Formation : souhait de piqure de rappel pour maintien des connaissances des petites CHP, pas de f° suffisamment fréquentes dans l'année
- Tutorat pendant 3 mois mais insuffisant pour être expert dans tous les cas de figure
- Accès aux formations limité en place, pas de formation de base pour les coordinateur d'astreinte seulement
- uniquement formation sur le terrain quand on démarre
- Tutorat indispensable (a été pauvre en ce qui me concerne, car toute l'équipe a changé en peu de temps. Merci de vous intéresser à l'impact de cette mission sur les coordinateurs
- répond aux besoins. Choix local d'un tutorat sur un an pour tout nouveau professionnel. Formation de qualité. 1 ETP IDE en poste, astreintes assurées par Cadre et Cadres sup
- De plus en plus de responsabilités et de missions très spécifiques, et difficile de se former car poste occupé en tant que CDS à 100% en parallèle
- Formation : absence d'obligation de formation/ parcours clairement établi dans le processus d'adaptation à l'emploi . Absence de formalisation/ reconnaissance de l'expertise acquise
- Formation insuffisante car aujourd'hui je n'ai que 20% de temps dédié pour faire vivre cette coordination et former les « nouveaux"
- Formation : manque de supports ABM et de formations , absence de la part de l'ABM, formation en interne comme on peut comme elles existaient par le passé
- Formation : nous sommes formés par nos collègues, je pense qu'une formation est nécessaire, plusieurs semaines et pas juste la FCHP
- Formation : l'hôpital ne finance plus les formations. FCHP accepté 3 ans après prise de fonction
- Formation : pas accès aux formations proposées par l'ABM faute de budget...
- Formation : pas accès aux formations proposées par l'ABM faute de budget...
- Formation : individuelle par une collègue et non une institution sur le temps CHP

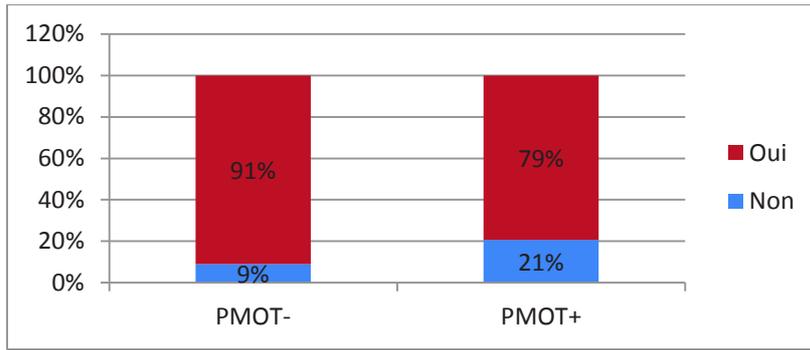
- Formation : difficile de juger le nombre de prélèvement nécessaire pour être autonome
- Formation : problème d'accès et non qualifiante
- Formation : formation par ses pairs sur plusieurs jours et sur plusieurs procédures de dons + formation ABM FCHP adaptée mais difficile d'aborder en formation toutes les situations rencontrées dans notre emploi, donc nécessité de s'adapter et de s'ajuster en permanence.
- Formation : perte de compétence sur site réalisant moins de 10 pmo/an. Formation continue fondamentale mais compliquée car turn over perpétuel, il faut que chaque ICH du réseau puisse se rendre au CHU (1 à 2 fois par an serait idéal) pour garder ses acquis mais beaucoup de candidats !!
- Formation : la formation SIPG ayant disparue la plupart des coordinatrices sont formées par leurs paires. Le turn over important peut décourager les ICHP en place (f° des nouveaux arrivants)
- Formation: quasi impossibilité d'avoir les formations « de base » pour les nouveaux arrivants. priorisation des modules de f°, turn-over des derniers arrivants ++, toujours quelqu'un a former
- Formation : disparition des SIPG
- Formation : manque de formations pour les nouveaux arrivants (petite coordination avec peu de PMO lors d'une année) sinon formation très complète et très intéressante
- Beaucoup de formation me sont refusés car je ne suis qu'un forfait D. Cependant lors des « grandes réunions » nous sommes totalement lésées sur les termes médicaux employés et les procédures citées
- Ai changé d'hôpital mais suis restée en CHP avec de meilleures conditions de travail dans le nouvel ES
- Formation : mais vient tardivement dans notre cursus, il faudrait recevoir les formations de l'abm très rapidement qd nous prenons le poste de coordination PMOT. ai attendu 18 mois pour avoir une première formation ABM
- Formation : pas de formation immédiate lors de la prise de poste.
- Formation : diminution du temps de formation, pas de formation de base avant la prise de fonction
- associer les formations théoriques à des ateliers de mises en situations (Dossier cristal, entretien famille et conditionnement greffons)
- "Nous devons tout à la fois être de bons techniciens, de bons communicants, de bons informaticiens, de bons logisticiens et des scientifiques « à la page ». La formation ne repose que sur notre investissement, nos recherches personnelles et notre conscience professionnelle. Le tutorat de nos pairs ne saurait satisfaire pleinement toutes les attentes d'un nouvel infirmier coordinateur. La formation repose sur un tutorat. C'est une « conduite accompagnée » : la nouvelle recrue reproduit les erreurs et approximations de son formateur. Les séminaires de 5 jours arrivent trop tard dans la formation. Il n'existe pas « une école pour devenir coordinateur » mais autant d'école qu'il y a de coordinations.
- Formation : je n'avais aucune expérience de prise en charge d'un donneur. La collègue précédente est partie avec « ses classeurs de procédures » actualisés et durant 1 semaine a lu avec moi les procédures de prél. de cornées. Durant le mois de mon arrivée, j'ai découvert le cheminement d'une procédure aboutie avec le médecin réanimateur référent et le CIAR référent qui ont été d'un soutien irréprochable. Ce que j'ai vécu est complètement inadapté. Le CIAR du réseau est venue à ma rencontre et nous avons pu échanger sur les pratiques et organiser un prél. de cornées ce jour-là. Au cours du semestre suivant, j'ai pu participer au SIPG : formation et informations fort intéressantes vu mon inexpérience, de vraies bases pour bien comprendre le process.
- Formation : La formation se fait surtout par tutorage, il manque une vraie formation sur l'abord des proches, la législation spécifique qui soit GRATUITE avec la participation, entre autre par un

juriste (qui connaît la législation autour du plvt et non un juriste « général ») et un psychologue (qui connaît la problématique de l'entretien pr plvt) mais aussi des coordinateurs avec de l'expérience pour partager leur savoir et connaissances. Elle n'est pas très bien adaptée car le poste de coordinateur est un métier complètement à part et la formation est essentiellement sur le tas !

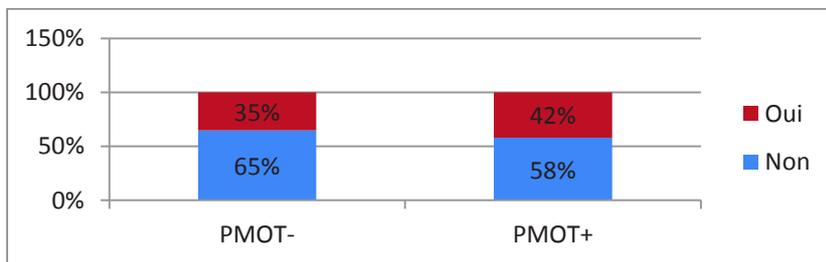
- Formation : Il manque de la formation pour l'abord des proches notamment pour les petites coordinations qui ne font que du prélèvement de tissus car nous sommes amenés à faire des entretiens anticipés avant transfert d'un donneur potentiel en réanimation et cela n'est pas toujours facile
- Formation : astreinte d'office dans notre CH sans formation initiale par manque d'ICH, FCHP trop tard dans la formation (je ne l'ai toujours pas faite), formation avant la prise de poste devrait être obligatoire. déplacement CHU pour formation lors de PMO, Entre aide entre coordination du réseau importante et facilitante, aide du CIAR de réseau.
- Formation : pas de renouvellement des types de formation proposée depuis de nombreuses années, DIU qui existait a été supprimé
- Formation : peu de formation pour les petites CHP
- Formation : Il devrait y avoir un diplôme au même titre qu'IBODE, IADE et Puer
- Formation : métier non reconnu, pas de formation adaptées hormis les journées d'échanges ou symposium
- Vient d'arriver
- Formation : vient d'arriver, pas de formation suivie
- Formation : deux semaines de doublures poste cornées, 4 démarches abouties (jusqu'au bloc) avant astreinte seule en théorie, 3 dans la réalité du fait d'un arrêt maladie. formation ABM riches mais qui arrivent a posteriori du début de l'expérience. Pourquoi ne pas penser un « FCHP » sur 1 ou 2 jours au tout ds la prise de poste pour nous donner un socle commun qui nous permette de comprendre le fonctionnement localement de la coordination
- Formation : temps de formation avec ancienne CHP, bon accompagnement du réseau
- La politique de formation me semble suffisante et adaptée car le coordinateur dispose tout d'abord d'une variété de « supports pédagogiques » proposés par l'ABM (référénts ABM, plateformes d'apprentissage, formations diverses...). De plus, au sein de chaque coordination peuvent être créés des outils supplémentaires (livret d'acquisition des connaissances, parcours du nouvel arrivant) permettant au nouveau coordinateur de s'autoévaluer, de se poser des objectifs. Ces documents permettent aussi au coordinateur plus expérimenté de faire le point et si besoin, de réajuster ses connaissances.
- Formation : FCHP arrive trop tard
- Nombreuses formation proposées et encouragées par ma hiérarchie
- Si peu d'ancienneté et peu d'activité, sentiment d'insécurité, formation difficile
- Formation : : pour le cœur de l'activité, les prélvmts d'O et les prélvmts de T , les formations sont suffisantes ; concernant la communication, « l'enseignement », la « qualité » c'est insuffisant .
- Formation : Pas de renouvellement du contrôle des acquis après la grosse formation globale de la FCHP.
- Formation : impression d'être lâchée dans l'arène seule
- Formation : manque de disponibilité

13. Y a-t-il un Cadre de Santé affecté à votre unité?

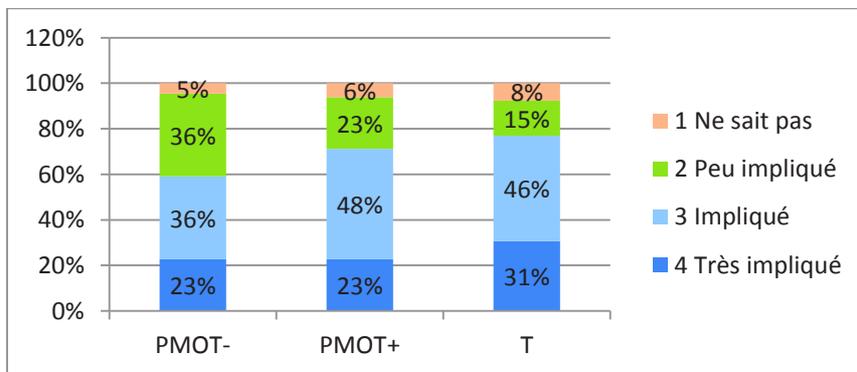
En fonction de la taille de l'établissement



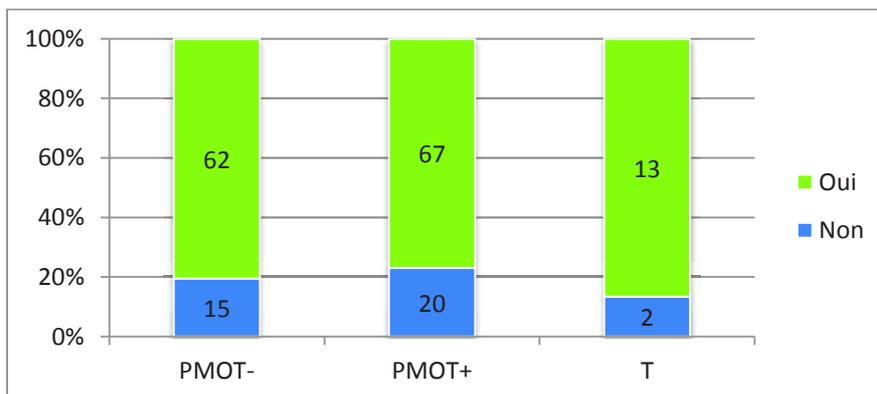
Si « oui », avec un temps dédié ?



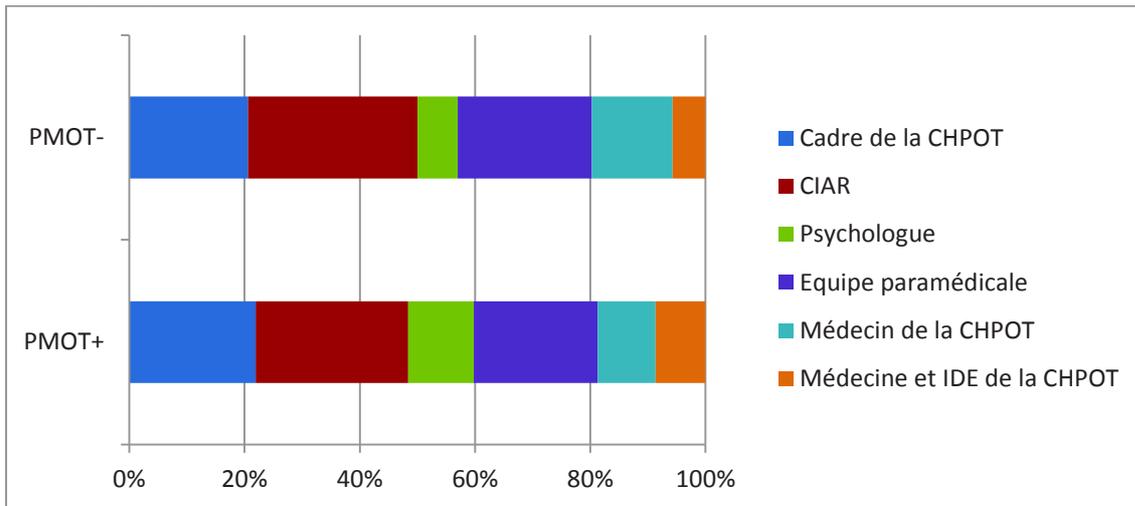
Si oui, quel est pour vous son degré d'implication dans le fonctionnement de votre unité ?



14. Avez-vous le sentiment de bénéficier d'une supervision*?

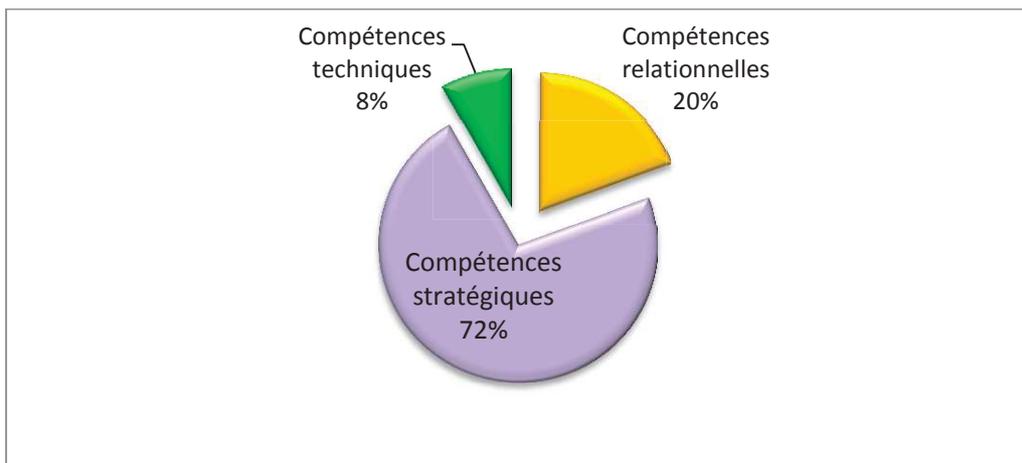


Si oui, par qui ?



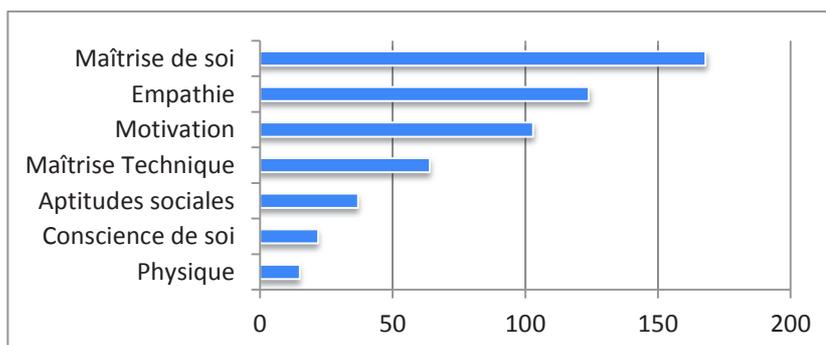
15. Pour vous quelles sont les 3 compétences indispensables pour le poste de CHP ?

Cf fichier PDF

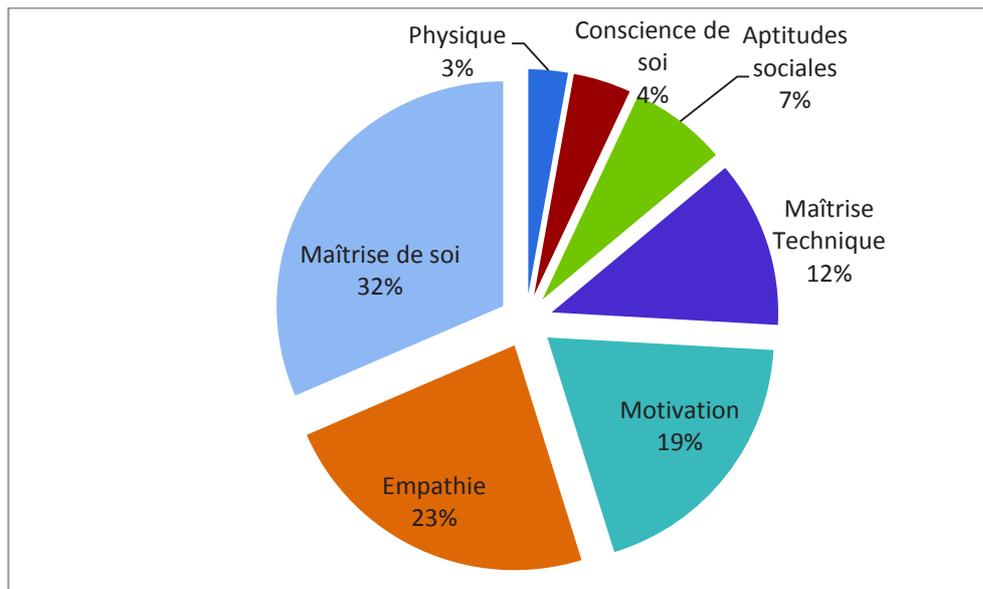


A noter : 14 fois la « résistance physique » a été citée comme « compétence » nécessaire

En utilisant les 5 compétences définies par Daniel Goleman pour l'intelligence émotionnelle et en y ajoutant les compétences technique et les qualités physiques on obtient :



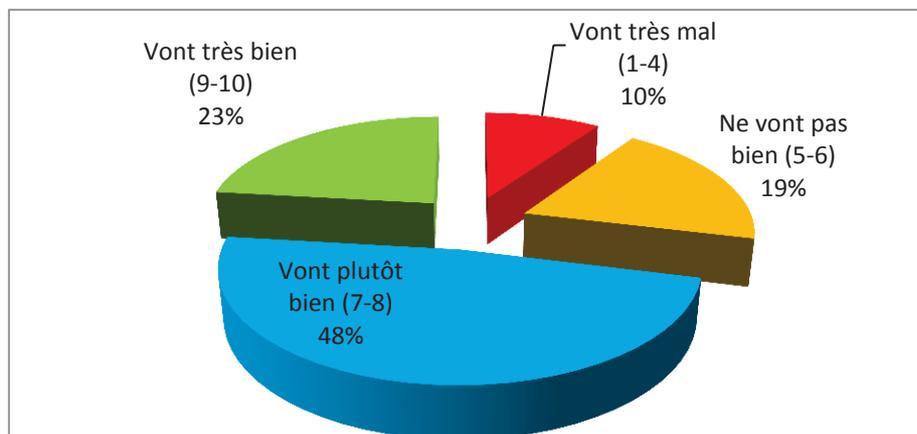
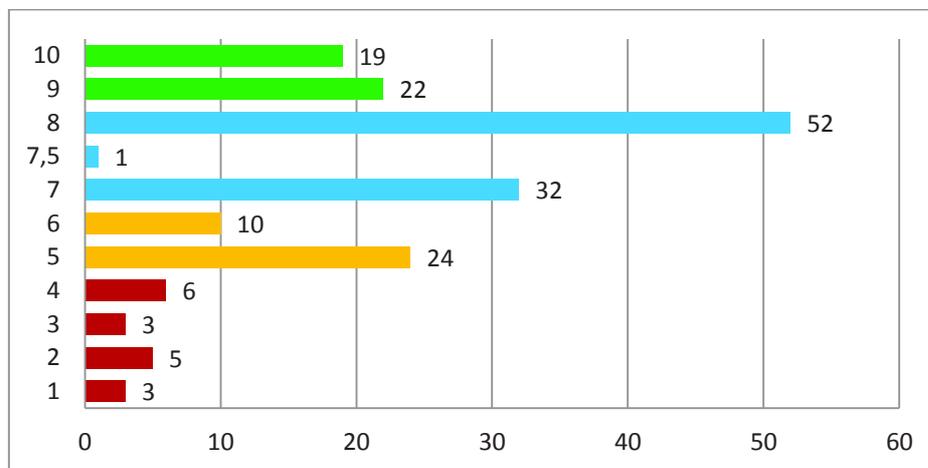
Les compétences clés pour un infirmier coordinateur d'après les infirmiers de coordination en poste



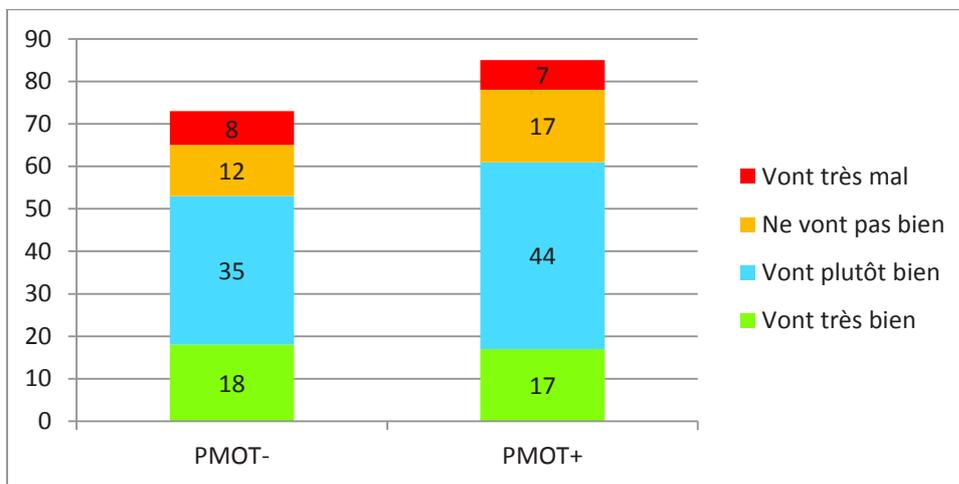
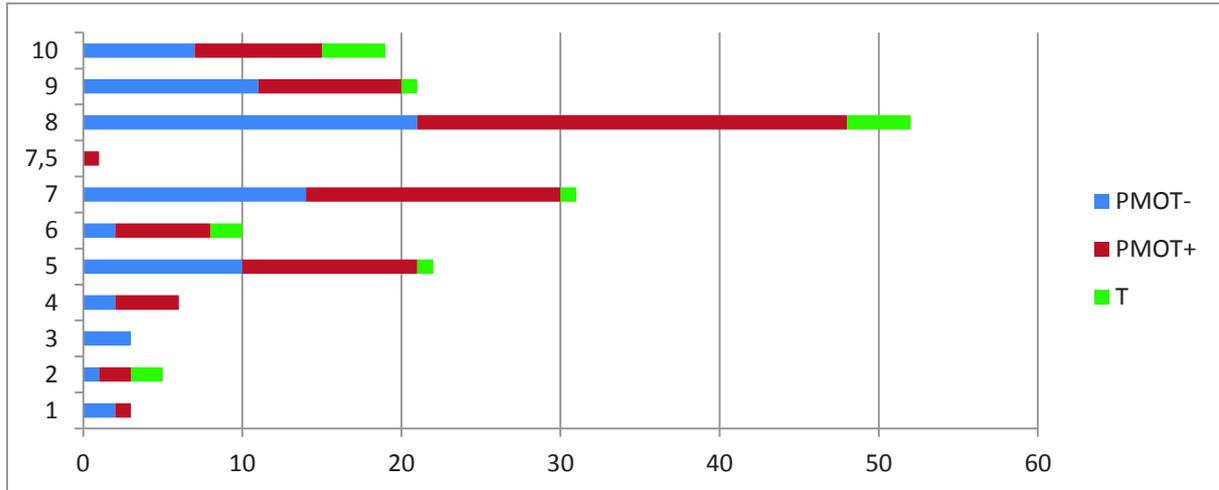
Commentaires :

- esprit d'initiative et aptitudes relationnelles

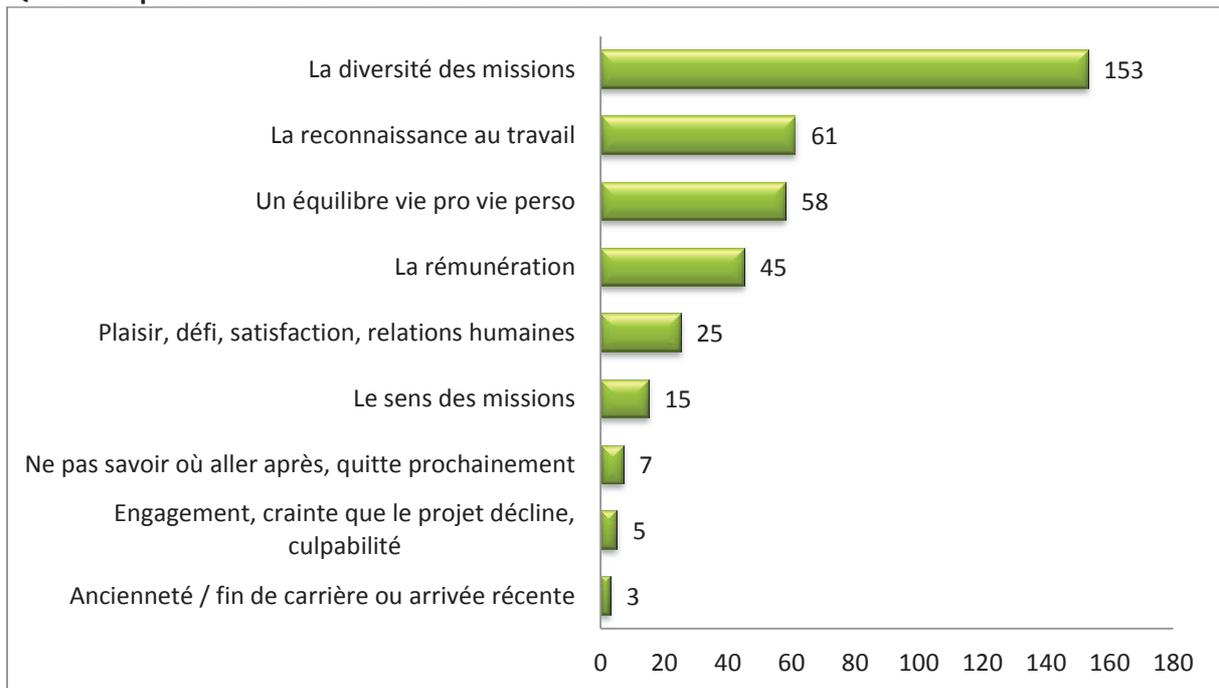
16. Sur une échelle de 1 (très mal) à 10 (très bien), comment vous sentez-vous aujourd'hui à votre poste ? Quelle note ?



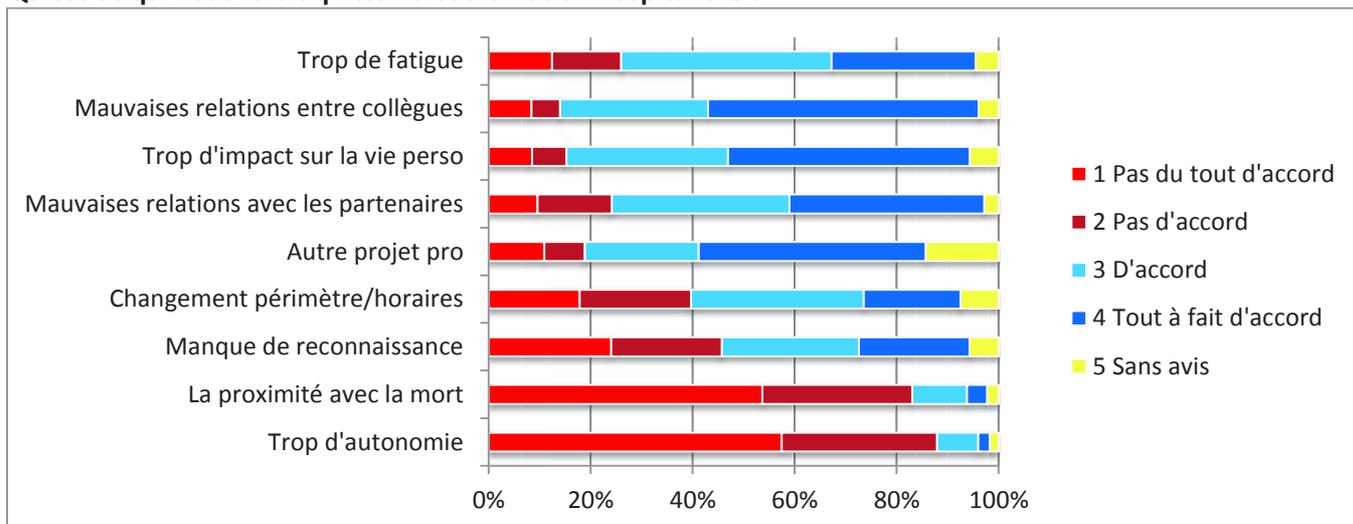
En fonction de la taille de la coordination :



17. Qu'est-ce qui vous fait rester dans la fonction de CHP ?

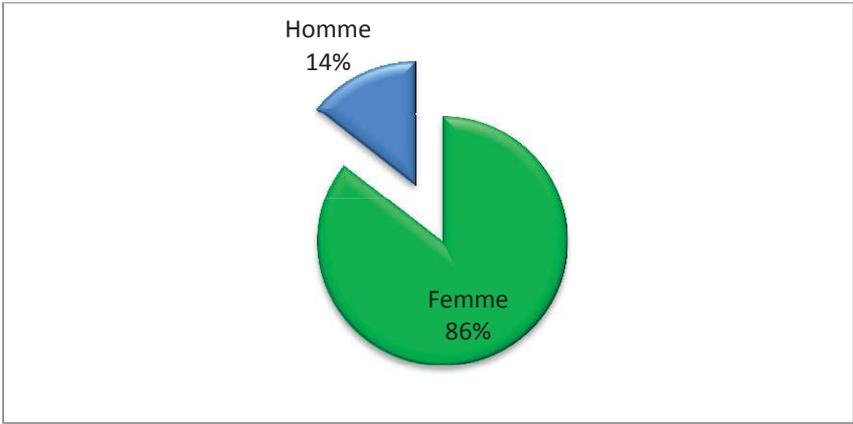


18. Qu'est-ce qui vous ferait quitter la coordination hospitalière ?

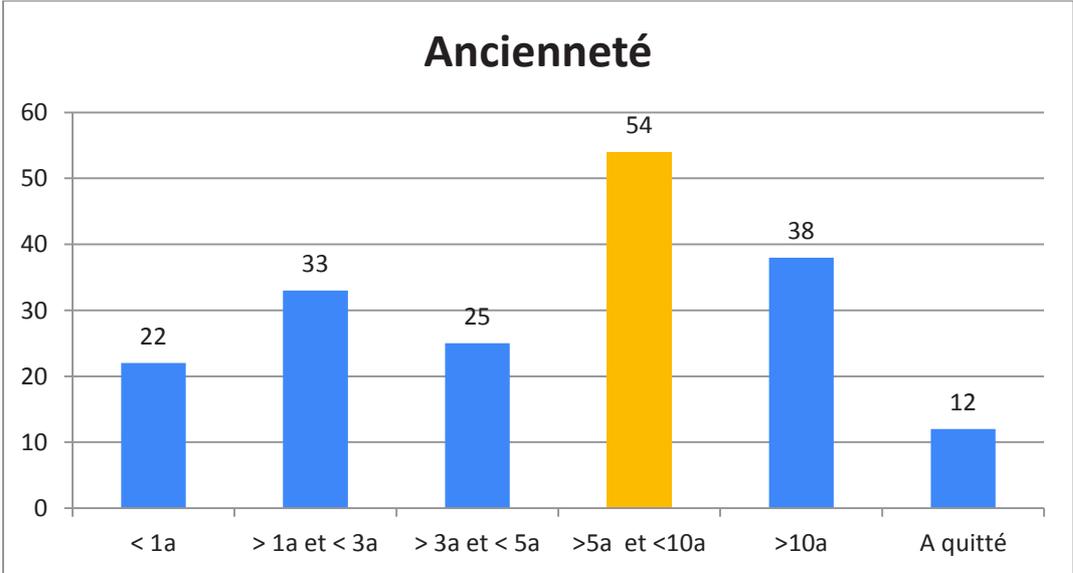
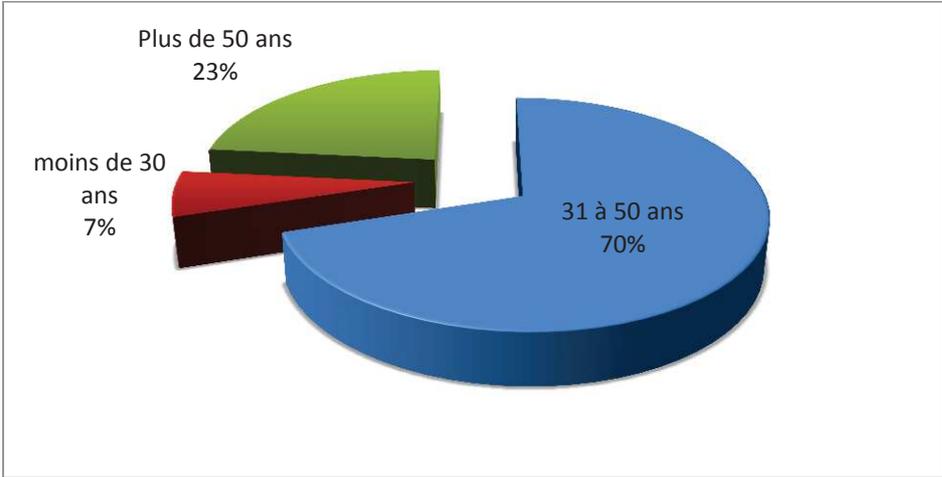


- mon départ de la CHP est envisagé pour bientôt (1 an) Les changements d'encadrement, d'horaires et le sous effectif récurrent ont eu raison de mes motivations
- la complexité de la demande. Nous assurons le dossier CRISTAL, le suivi et l'entretien avec les familles, l'aboutissement du PMO. Si cela s'amplifie trop en termes de prise en charge , peut être que j'envisagerais un départ de l'équipe...
- " Ce qui fait quitter : Mes doutes sur mes compétences, sur ma capacité à assurer mon travail. Ne plus arriver à dompter la peur de faire des erreurs, d'oublier des choses importantes, de prendre la mauvaise décision.
- Avoir l'impression de ne plus arriver à progresser, de ne plus être capable d'apprendre, d'être un poids pour l'équipe.
- La mise à la retraite prévue dans 2 ans
- Manque d'autonomie depuis l'arrivée cadre+ médecin, 50% imposé, infantilisation : plus en phase avec la politique du moment
- Isolement Pas de progression de l'activité par manque d'intérêt de l'institution. Pas de reconnaissance
- La reconnaissance de notre travail : Joker, et pas que pour la CHPOT!
- ne suis pas resté car difficilement réalisable avec un poste de cadre de santé de 3 services de pédiatrie
- Ce qui ferait partir : trop d'impact des « chiffres », manque de soutien de nos médecins référents, n'être cantonné qu'à des tâches administratives
- Quitte si horaires de travail+astreintes incompatibles avec projet perso
- trop de fatigue psychologique avec un grand nombre de prise en charges, l'impression de se battre contre des moulins à vent

Qui a répondu ?



Catégorie d'âges



Ancienneté en fonction de la catégorie d'âge :

