

Sauver des vies par le don d'organes : une façon d'exercer le leadership infirmier à l'urgence

Audrée Grenier-Roy, inf., B. Sc.

Volume 5, Number 1, Spring 2024

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/1112331ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/1112331ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Association des infirmières et infirmiers d'urgence du Québec

ISSN

2816-6892 (print)

2816-6906 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Grenier-Roy, A. (2024). Sauver des vies par le don d'organes : une façon d'exercer le leadership infirmier à l'urgence. *Soins d'urgence*, 5(1), 10-16.
<https://doi.org/10.7202/1112331ar>

Article abstract

Le don d'organes après le décès est une mission collective qui permet de sauver des vies ou en améliorer la qualité, en honorant les volontés des personnes défuntées et de leurs proches. La responsabilité professionnelle du personnel infirmier de l'urgence implique de participer à l'identification et la référence de tous les dons potentiels. Cet article fait le point sur la situation du don d'organes dans les urgences et met de l'avant le leadership infirmier transformationnel comme piste de solution afin d'améliorer les processus actuels.

© Audrée Grenier-Roy, 2024



This document is protected by copyright law. Use of the services of Érudit (including reproduction) is subject to its terms and conditions, which can be viewed online.

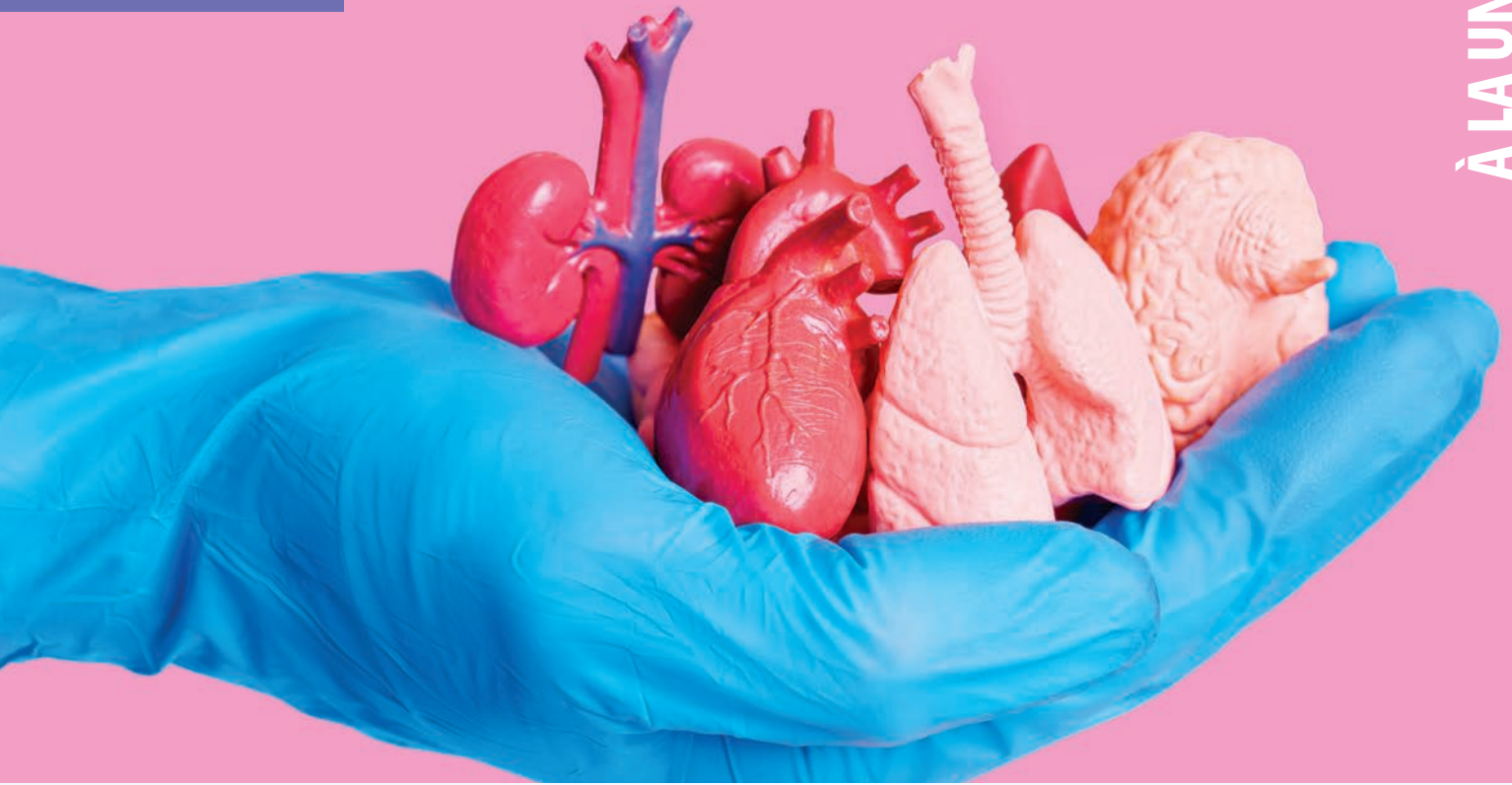
<https://apropos.erudit.org/en/users/policy-on-use/>

Érudit

This article is disseminated and preserved by Érudit.

Érudit is a non-profit inter-university consortium of the Université de Montréal, Université Laval, and the Université du Québec à Montréal. Its mission is to promote and disseminate research.

<https://www.erudit.org/en/>



Sauver des vies par le don d'organes: une façon d'exercer le leadership infirmier à l'urgence

par **Audrée Grenier-Roy**

Le don d'organes après le décès est une mission collective qui permet de sauver des vies ou en améliorer la qualité, en honorant les volontés des personnes défunt(e)s et de leurs proches. La responsabilité professionnelle du personnel infirmier de l'urgence implique de participer à l'identification et la référence de tous les dons potentiels. Cet article fait le point sur la situation du don d'organes dans les urgences et met de l'avant le leadership infirmier transformationnel comme piste de solution afin d'améliorer les processus actuels.

INTRODUCTION

Alors que des milliers de décès surviennent chaque année dans les urgences du Québec, seulement 66 références pour le don d'organes ont été initiées par les professionnels de ces milieux de soins en 2023 (statistique officielle non publiée par Transplant Québec). Malgré un nombre record de donneur(e)s et de références dans la dernière année au Québec, on constate une légère diminution des références provenant de l'urgence (voir Tableau 1). Considérant le nombre important de personnes en attente d'une transplantation d'organe, soit 853 en date du 31 décembre 2023 (1), il importe de s'intéresser au portrait du don d'organes dans les urgences du Québec et aux pistes d'améliorations potentielles. Il est impératif que tous les dons potentiels soient identifiés et référés, notamment ceux qui sont présents à l'urgence.

À titre d'organisme en don d'organes (ODO), Transplant Québec contribue à sauver des vies par la coordination efficace et équitable du processus de don d'organes, par la promotion de la culture du don dans la société et au sein du réseau de la santé, tout en contribuant à la recherche et à la formation (2). La réussite

de cette mission est collective et sa pérennité dépend, en grande partie, de la cocréation d'un écosystème de don d'organes. De façon générale, les équipes des soins intensifs, des blocs opératoires et des centres de transplantation se retrouvent à l'avant-plan lorsqu'il est question de ce secteur d'activités. Pourtant, le rôle des professionnel.les de l'urgence est primordial dans l'identification, la référence et, ultimement, la réalisation de tous les dons potentiels (3).

Un des objectifs de cet article est de reconnaître l'urgence comme un milieu effervescent, mais néanmoins propice à la réalisation du don d'organes. L'exercice du leadership infirmier transformationnel est introduit en tant que piste d'amélioration des processus actuels. L'article vise également à démontrer l'importance de l'identification et de la référence de tous les donneur.euses potentiel.les. L'approche au don d'organes à l'urgence est ensuite démystifiée. Finalement, cet article détaille des actions concrètes que les infirmier.ères peuvent entreprendre pour améliorer l'expérience des proches, tout en tenant compte du contexte extrêmement difficile et souvent inattendu propre aux situations vécues à l'urgence.

Tableau 1. Nombre de donneur.euses et nombre de références : 2021 à 2023

	2021	2022	2023
Donneurs référés initialement par l'urgence	7	7	9
Donneurs pour tout le Québec	144	171	206
Références* provenant de l'urgence	72	72	66
Références* pour tout le Québec	733	875	1156

*incluent les donneur.euses, les donneur.euses annulé.es et les références refusées
Source : (1, statistiques non publiées de Transplant Québec)

LES SALLES D'URGENCE ET LE DON D'ORGANES

Les salles d'urgence sont reconnues pour leur rythme rapide, surchargé et imprévisible. Elles sont la scène de plusieurs situations critiques. Dans ce contexte, les clinicien.nes priorisent généralement les objectifs de soins à très court terme, notamment la réanimation et la stabilisation de blessures ou maladies graves (4). Néanmoins, les urgences sont un endroit propice à la réalisation du don d'organes, principalement par l'identification et la référence des donneur.euses potentiel.les. Dans les dernières années, certain.es chercheur.euses ont constaté que plusieurs opportunités de dons ont été manquées dans les urgences (5-8). Une étude ontarienne réalisée en 2020 indique que l'application judicieuse des procédures entourant le don permettrait d'augmenter de 10 % le nombre de donneur.euses (8). Hypothétiquement, au Québec, cela signifierait une augmentation de 15 à 20 donneurs par année et des dizaines de vies supplémentaires améliorées et sauvées. Pour justifier cet argument, les statistiques des 10 dernières années suggèrent qu'entre 3,3 et 3,7 organes par donneur sont transplantés (1). Le référencement tardif auprès de l'ODO, c'est-à-dire après le retrait des thérapies de maintien des fonctions vitales (TMFV), serait la cause principale avancée par les auteurs afin d'expliquer le nombre de dons manqués (8). En 2017, une autre étude ontarienne rétrospective a mis l'accent sur les possibilités manquées de dons après décès par critères circulatoires (DCC) (6) (voir Figure 1). La révision des décès après retrait des TMFV sur les unités d'urgence et de soins intensifs a permis de constater que plus de 33 % des personnes admissibles au don d'organes n'ont pas été notifiées de façon appropriée à l'ODO ontarien (6). La référence tardive

semble encore une fois être la source du problème. Même si les auteur.es n'ont pas étudié spécifiquement les raisons expliquant les manquements observés dans les références, la révision de la littérature leur a permis de souligner les enjeux suivants : les proches n'ont pas été approchés ou l'ont été trop tardivement (par manque de temps ou autres préoccupations) et l'impression que la personne n'était pas éligible au don (6). Par ailleurs, un autre obstacle à l'identification et à la référence depuis l'urgence est la fausse croyance des professionnel.les que les soins seront différents ou moins « agressifs » si la personne est traitée en tant que donneuse potentielle (5). L'Encadré 1 résume les principales barrières au don d'organes à l'urgence.



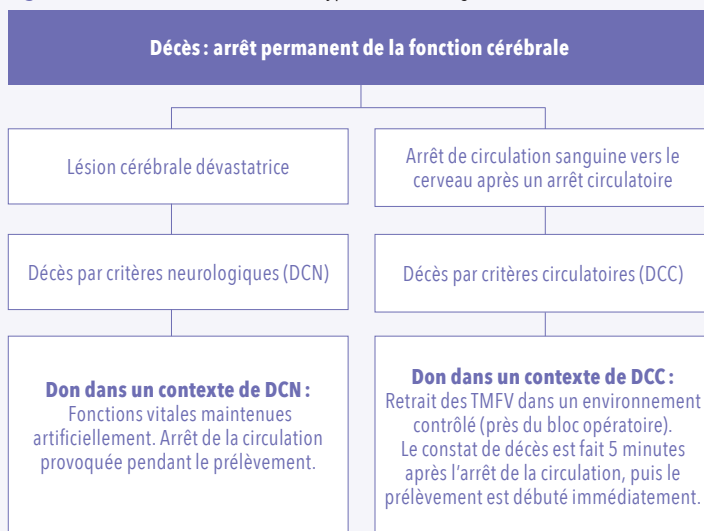
SAVIEZ-VOUS QUE?

Un seul donneur d'organes peut sauver jusqu'à 8 vies par le don d'organes, et améliorer la qualité de vie de dizaines de personnes par le don de tissus. Les organes pouvant être transplantés sont :

Cœur - Poumons - Foie - Reins - Pancréas - Intestins

Sources : (2,9)

Figure 1. Définition unifiée du décès et types de dons d'organes



Note : La nomenclature utilisée pour le diagnostic de décès neurologique (DDN) et le diagnostic de décès circulatoire (DCC) a été modifiée depuis la parution des nouvelles lignes directrices canadiennes de pratique clinique (10). Les termes décès par critères neurologiques (DCN) et décès par critères circulatoires (DCC) sont maintenant utilisés (10).

Sources : (2,10)

Encadré 1. Principales barrières au don d'organes à l'urgence

- Méconnaissance des critères d'identification
- Méconnaissance sur la façon de référer un donneur potentiel à l'organisme responsable du don d'organes
- Références tardives à l'organisme responsable du don d'organes (p. ex., lorsque les soins de fin de vie sont déjà entamés)
- Sentiment que l'urgence n'est pas un milieu approprié pour discuter du don d'organes
- Inconfort relativement à l'approche au don d'organes et/ou contact avec les proches jugé trop court

Sources : (3,6-8)

Les données issues de la littérature tendent à démontrer que les dons potentiels identifiés et référés par le personnel de l'urgence sont plus susceptibles d'être convertis en dons effectifs, en comparaison avec ceux de l'unité des soins intensifs (USI) (5,11). Parmi les hypothèses avancées, il est possible de croire que les diagnostics de ces personnes sont plus « typiquement » (ou « classiquement ») associés au don d'organes (p. ex., hémorragie cérébrale catastrophique). De plus, l'identification et la référence précoce permettent souvent d'écourter la période d'hospitalisation qui précède le prélèvement, limitant ainsi les risques infectieux, l'hypoperfusion des organes ou toute autre complication pouvant compromettre le don (11). Il est même démontré que le nombre d'organes transplantés par donneur est plus élevé lorsque ce dernier est référé par l'urgence. Ce fait s'explique notamment par l'initiation plus rapide des mesures de maintien, permettant ainsi d'améliorer la fonction de chaque organe (5). Cela renforce l'importance d'identifier et de référer tous les dons potentiels qui se présentent dans les salles d'urgence et démontre à quel point ce département est un maillon essentiel à la réalisation du don d'organes (3).

L'EXERCICE DU LEADERSHIP INFIRMIER TRANSFORMATIONNEL: UNE PISTE D'AMÉLIORATION

Le personnel infirmier des urgences occupe une position privilégiée afin d'améliorer les processus entourant le don d'organes. Le leadership fait partie intégrante des responsabilités infirmières, et ce, peu importe le poste occupé dans l'organisation des soins (12). Dans le cadre de cet article, le leadership transformationnel est proposé en tant que modèle d'amélioration continue des pratiques en don d'organes. Une représentation du modèle conceptuel de développement et maintien du leadership infirmier intégrant les pratiques de leadership transformationnel est disponible à la Figure 2. Ce type de leadership permet notamment d'adresser les enjeux organisationnels, d'inspirer le changement

et de favoriser l'autonomie et la responsabilisation. Pour être efficace, il doit inclure tous les partenaires du système de soins (13). Par des pratiques telles que l'établissement de relations collaboratives, le développement des connaissances et la mise en œuvre du changement, le leadership transformationnel permet d'augmenter la satisfaction des professionnel.les et la qualité des soins (14,15). Il est ainsi possible de croire que l'exercice de ce type de leadership par les infirmier.ères d'urgence serait favorable, non seulement à l'engagement professionnel envers la cause du don d'organes, mais également, dans une perspective élargie, à la réalisation de cette mission ultime : sauver des vies en honorant les volontés des personnes défunt.es et de leurs proches.

L'IDENTIFICATION ET LE RÔLE INFIRMIER

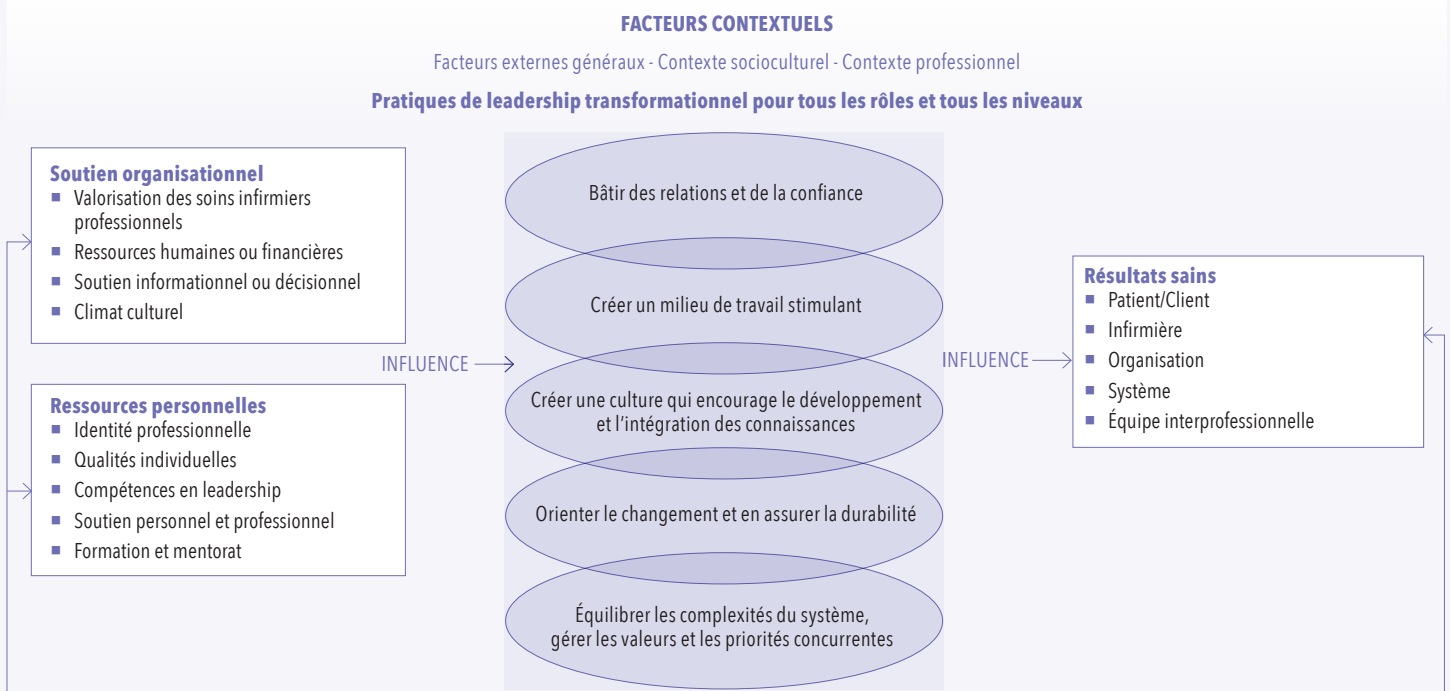
La section ci-dessous présente trois cas cliniques qu'il serait possible de rencontrer à l'urgence. Devraient-ils être identifiés comme donneur.neuses potentiel.les? Les réponses se retrouvent un peu plus loin dans l'article.



CAS CLINIQUE 1

Une personne de 30 ans est admise à l'urgence suite à un accident automobile. L'imagerie démontre un traumatisme crânien sévère avec un début d'engagement cérébral, plusieurs fractures orthopédiques, ainsi que des lésions hépatiques, spléniques et rénales. Une consultation en neurochirurgie confirme le pronostic nul; aucune option chirurgicale n'est envisageable. L'urgentologue est pessimiste qu'elle survivra jusqu'au matin étant donné l'instabilité hémodynamique actuelle.

Figure 2. Modèle conceptuel du développement et maintien du leadership infirmier



Source : Figure tirée et adaptée de Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO) (13)



CAS CLINIQUE 2

Un individu de 68 ans est admis pour une décompensation rapide de sa maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) suite à une infection à la COVID-19. Son état nécessite une intubation rapide en salle de réanimation. Ses proches se présentent à l'urgence 30 minutes plus tard. Ils mentionnent qu'il n'aurait jamais voulu être intubé et proposent plutôt que des soins de fin de vie soient instaurés dès que possible.

CAS CLINIQUE 3

Une personne de 55 ans est admise en arrêt circulatoire suite à une intoxication probable à la cocaïne. Le massage est en cours par les ambulanciers depuis 25 minutes. Après trois doses d'épinéphrine, le retour à la circulation spontanée est noté. L'imagerie confirme une anoxie cérébrale avec une perte de différenciation précoce. Ses antécédents comprennent : tabagisme, hypertension, diabète de type II et hépatite C. Sa créatinine à l'admission est à 190 mmol/L et les enzymes cardiaques et hépatiques sont fortement perturbées.

L'identification est inhérente au processus de don d'organes. Les départements d'urgence et les USI sont les milieux où la présence de donneurs potentiels est la plus fréquente (2). Puisque seulement 1 à 2 % des décès en milieu hospitalier sont susceptibles de mener au don d'organes (9), il s'avère primordial qu'ils soient TOUS identifiés.

Ainsi, une personne qui présente une atteinte neurologique et/ou maladie ou blessure grave, qui est sous ventilation mécanique et pour qui des soins de fin de vie sont envisagés DOIT être identifiée en tant que donneur.euse potentiel.le, et ce, peu importe son âge. Il n'existe aucun critère d'exclusion absolue au don d'organes¹ (2).

On peut distinguer deux types de dons d'organes après le décès, ceux-ci ayant été présentés à la Figure 1.

L'étape de l'identification n'est pas exclusivement réservée aux médecins ; elle est la responsabilité de tous les professionnels. Le personnel infirmier de l'urgence, par son rôle auprès des personnes soignées et par son leadership, est un élément clé de l'identification des donneurs potentiels. Son expertise unique lui permet d'intervenir dans des situations complexes. Grâce à des habiletés de communication efficace, il inspire une approche collaborative des soins. Bâtir des relations et de la confiance à travers l'équipe de soins est un exemple de pratique du leadership transformationnel (13) (Figure 2). Cette mobilisation des ressources permet d'instaurer le filet de sécurité nécessaire à l'identification de toutes les possibilités de dons et devient ainsi une démonstration de la haute qualité des soins dispensés.



RETOUR SUR LES CAS CLINIQUE

CAS CLINIQUE 1

Cette personne **doit** être identifiée comme donneuse potentielle. En effet, le pronostic neurologique nul évoque la possibilité d'un arrêt imminent des TMFV. Néanmoins, l'instabilité hémodynamique est préoccupante et constitue la priorité de soins, avant d'envisager le début d'un processus de don d'organes. Quant aux traumatismes aux organes abdominaux, ils doivent évidemment être pris en considération, mais n'excluent pas la possibilité du don. Chacun des organes sera évalué par des examens spécifiques pendant le processus.

CAS CLINIQUE 2

Cet individu **doit** être identifié comme donneur potentiel. En effet, il répond aux critères de maladie grave, de ventilation mécanique et de retrait des TMFV envisagés. La COVID-19 et la maladie pulmonaire chronique ne sont pas des contre-indications absolues au don d'organes. Sans lésion cérébrale provoquant le décès par critères neurologiques, le don après décès par critères circulatoires pourrait être envisagé (Figure 1).

CAS CLINIQUE 3

Cette personne **pourrait** être identifiée comme donneuse potentielle. Il est probable qu'une gestion ciblée de la température soit instaurée afin d'optimiser toutes les chances de survie. Le cas échéant, la priorité de soins sera évidemment accordée aux traitements actifs. Il ne serait toutefois pas fautif de notifier la présence de cette personne à Transplant Québec (ODO). Sans entamer d'action prématurée pour le don d'organes, un suivi de son état neurologique pourra être fait avec l'équipe traitante. Néanmoins, il est davantage probable que cette personne soit référée quelques jours plus tard par l'USI. Ses antécédents ne constituent pas une exclusion absolue pour le don. Ses résultats de laboratoires pourront être observés dans les jours qui suivront afin d'en noter l'évolution.

LA RÉFÉRENCE PRÉCOCE EN TANT QUE PRATIQUE EXEMPLAIRE

La référence à l'ODO est subséquente à l'identification et devrait être faite de façon précoce. Elle est préalable à toute discussion au sujet du don d'organes avec les proches (16,17). La référence permet avant tout de vérifier l'inscription de la personne aux registres de consentement (Encadré 2). Le référencement des dons potentiels est non seulement une responsabilité professionnelle, mais également une obligation légale pour les directions des services professionnels (DSP), tel qu'exigé par la loi 125 facilitant les dons d'organes et de tissus (19). Hormis l'aspect législatif, il convient de s'intéresser aux avantages reconnus à référer précocement tout don d'organes potentiel.

Encadré 2. Les façons de signifier son consentement (ou son refus) à faire le don d'organes à son décès

- Autocollant apposé à l'endos de la carte d'assurance maladie
- Registre de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ)
- Registre de la Chambre des notaires du Québec (seul endroit officiel où il est possible de signifier son refus)

Peu importe les volontés, il est encouragé d'en discuter avec les proches. Cela facilite grandement la prise de décision en cas de décès.

Sources : (17,18)

Plus la référence est faite rapidement lors de l'identification, plus elle offre le temps nécessaire à la concertation et à la collaboration entre le personnel soignant et l'ODO afin de mettre en place la meilleure approche possible (20). Cette planification tend à augmenter le taux de consentement (20). Elle diminue la pression exercée sur les proches et diminue le risque de prendre des décisions précipitées (20). En plus de vérifier les volontés connues de la personne et d'encourager une meilleure planification des discussions avec les proches, la référence précoce permet d'évaluer plus rapidement l'éligibilité au don d'organes avec l'ODO et d'obtenir des recommandations sur le maintien et l'optimisation des organes pour la transplantation (20). Par ailleurs, la référence précoce fait partie des pratiques éthiques et exemplaires de soins de fin de vie lorsque les critères d'identification sont rencontrés (16,21,22). Le statut professionnel du personnel infirmier de l'urgence lui offre les connaissances et les compétences nécessaires pour référer tout.e donneur.euse potentiel.le d'organes à Transplant Québec. En tout temps, une approche concertée avec l'ensemble de l'équipe traitante est à privilégier.

La référence se fait auprès du personnel dédié du centre hospitalier, le cas échéant (infirmier.ère de liaison ou infirmier.ère ressource en don d'organes et de tissus). Pour les centres sans personnel dédié, il suffit de contacter la ligne d'urgence de Transplant Québec (voir le lien vers la procédure type à la fin de l'article). Les principales informations à transmettre lors de l'appel initial sont :

- Données nominatives (incluant numéro de la RAMQ)
- Histoire de la maladie actuelle (incluant l'état neurologique et l'hémodynamie)
- Antécédents connus et habitudes de vie (incluant toute maladie transmissible)
- Présence des proches et dynamique observée

Faisant suite à la référence et à la vérification des registres, un plan d'action concerté entre le centre hospitalier et Transplant Québec est mis en place afin de planifier l'approche au don d'organes. Cette collaboration interprofessionnelle et interorganisationnelle est inspirée des meilleures pratiques du leadership infirmier transformationnel. Selon le modèle présenté à la Figure 2, la référence précoce permet notamment d'équilibrer les complexités entourant le processus de don d'organes et de favoriser une gestion adéquate des priorités (13). Il est ainsi possible d'espérer des résultats positifs pour l'équipe de soins (sentiment d'obtenir le soutien nécessaire à leur travail, sentiment d'accomplissement), la personne soignée (respect de ses volontés) et les proches (accompagnement).

L'APPROCHE AU DON D'ORGANES A-T-ELLE SA PLACE À L'URGENCE?

Peu importe les volontés connues de la personne, ce sont ses proches, en situation de fin de vie, qui communiquent l'intention finale concernant le don d'organes (23). Cette décision est prise dans un contexte de deuil subit et de stress intense (24). Tel qu'indiqué à l'Encadré 1, une des principales barrières au don d'organes à la salle d'urgence est l'inconfort des clinicien.nes à en faire la demande aux proches. En effet, la vitesse des événements limite l'établissement d'une relation de confiance significative, ce qui peut rendre les discussions sur le sujet plus hasardeuses. Toutefois, si des soins de fin de vie devaient avoir lieu à l'urgence, toutes les familles devraient avoir l'opportunité de prendre des décisions libres et éclairées (7).

Ainsi, les proches de tout.e donneur.euse potentiel.le admissible au don d'organes devraient être informés de cette possibilité, au même titre que n'importe quel autre soin de fin de vie (16).

Lorsqu'il est question du don d'organes, le découplage est l'approche à privilégier (2,5,17). Utilisé conjointement avec une approche interprofessionnelle et interorganisationnelle (avec l'ODO), dans un endroit privé, il peut augmenter jusqu'à 2,5 fois le taux de consentement (5). Le découplage implique de dissocier la communication du pronostic sombre de toute discussion reliée au don d'organes (16-18). Le délai entre les deux conversations peut varier de quelques minutes à quelques jours, mais le découplage nécessite de s'assurer que le pronostic est bien compris et que les questions entourant celui-ci ont été répondues (17). Suivant un décès par critères neurologiques (DCN), il est essentiel de s'assurer que la notion de décès soit bien intégrée. Dans le contexte d'un don après décès par critères circulatoires (DCC), il est primordial que les décisions reliées à l'interruption des TMFV soient prises avant toute question relative au don d'organes (16). La séquence des événements à l'urgence ne favorise pas toujours le découplage, notamment lorsque les proches manifestent rapidement le désir d'un retrait des TMFV plutôt qu'une admission à l'USI (comme dans le cas clinique 2) ou lorsque la personne soignée est instable (comme dans les cas cliniques 1 et 3). Ces situations démontrent la pertinence d'impliquer l'ODO de façon précoce afin de planifier une approche adéquate (5). Il peut arriver que les proches abordent spontanément la possibilité du don d'organes à l'urgence. Dans un tel cas, il ne faut pas faire fi de cette demande; il convient d'adresser la situation et de répondre aux interrogations soulevées. Si la discussion entourant le don d'organes doit avoir lieu à l'urgence, l'infirmier.ère responsable de la personne soignée peut collaborer à la préparation et à la réalisation optimale de cette rencontre par l'identification des besoins des proches. La création d'un milieu de travail stimulant dans lequel l'expertise infirmière est pleinement reconnue (p. ex., pour l'approche au don d'organes à l'urgence) fait également partie des pratiques de leadership transformationnel (13).

COMMENT L'INFIRMIÈRE D'URGENCE PEUT-ELLE ACCOMPAGNER LES PROCHES DANS CETTE EXPÉRIENCE?

Par son expertise, son leadership et son empathie, l'infirmier.ère d'urgence peut apaiser l'expérience des proches, malgré le contexte difficile entourant le décès d'un être cher et le processus du don d'organes. À cet effet, certaines études ont recensé leur point de vue. Les soins offerts à la personne soignée, ainsi qu'à ses proches, peuvent avoir des impacts positifs, non seulement sur le taux de consentement, mais également sur le processus

de deuil à long terme et l'appréciation globale du processus de don d'organes (24). L'objectif qui sous-tend l'accompagnement n'est évidemment pas le consentement au don d'organes à tout prix, mais plutôt que les proches soient confortables avec l'option de fin de vie qu'ils auront privilégiée.

Soins offerts à la personne soignée : La satisfaction des proches sur la qualité des soins, la compassion et le respect démontrés à la personne soignée sont des facteurs liés positivement au taux de consentement. À l'inverse, l'insatisfaction reliée aux soins est occasionnellement citée comme raison de refus au don d'organes (24). Les proches ont besoin de sentir que la personne n'est pas traitée et perçue comme une donneuse potentielle, mais bien comme un être humain à part entière et traitée avec dignité (25).

Soins offerts aux proches : L'empathie et le soutien démontrés aux proches affectent positivement la probabilité d'un consentement et favorisent la satisfaction envers l'ensemble du processus. Ce soutien passe à la fois par l'aide psychologique et l'aide aux besoins physiques. Des gestes en apparence simples peuvent faire une différence significative. De la même façon que les soins dispensés à la personne soignée, leur qualité est synonyme de compassion, respect et sensibilité. Pour bénéficier d'un effet positif à long terme, ce soutien doit être maintenu après le consentement (ou le refus) au don d'organes et à chaque étape du processus (24,26). Le personnel infirmier peut également bonifier l'expérience des proches en insistant sur le respect de leur rythme. En effet, des informations trop tardives ou trop rapides, abondantes ou pas assez vulgarisées peuvent avoir un impact négatif sur leur appréciation du processus. Des incertitudes ou des questions non répondues peuvent également entraîner des effets négatifs sur les proches, et ce, plusieurs années après le décès (25). Une approche collaborative impliquant l'infirmier. ère soignant.e fait partie des pratiques exemplaires lorsqu'il est question d'intervention auprès des proches (16). Une orientation vers ce type de changement est une mise en pratique concrète du leadership transformationnel (13).



QUE SE PASSE-T-IL APRÈS L'URGENCE?

Le Tableau 2 ci-dessous présente les différentes étapes menant au don d'organes, après le passage à l'urgence. Ce processus est d'une durée approximative de 3 à 4 jours.

Tableau 2. Les étapes du processus du don d'organes après l'urgence

OBTENTION DES CRITÈRES LÉGAUX POUR LE DON D'ORGANES	<p>Les critères légaux sont préalables au processus du don d'organes. En l'absence de l'un d'eux, le processus ne peut avoir lieu.</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Constat de décès par critères neurologiques (DCN) ou décision prise de procéder au retrait des TMFV en cas de décès par critères circulatoires (DCC) ■ Consentement officiel au don d'organes ■ S'il s'agit d'un décès à déclarer au coroner, ce dernier doit donner son accord pour procéder au prélèvement d'organes
QUALIFICATION DU DONNEUR ET ÉVALUATION DES ORGANES	<p>Ensemble des examens permettant d'évaluer l'état de santé de la personne et la fonction des organes considérés pour la transplantation. Peut comprendre, sans s'y limiter :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Échographie cardiaque, électrocardiogramme (ECG) ■ Tomodensitométrie (TDM) thoracique, abdominale et pelvienne ■ Bronchoscopie ■ Échographie abdominale ■ Analyses sanguines et urinaires
MAINTIEN DU DONNEUR	<p>Tout au long du processus, l'unité des soins intensifs s'assure de maintenir l'hémodynamie et l'homéostasie du donneur potentiel.</p>
ATTRIBUTION DES ORGANES	<p>L'équipe de Transplant Québec coordonne l'attribution de tous les organes, selon des critères éthiques et spécifiques préalablement établis. Ces critères sont publics et disponibles sur le site internet de Transplant Québec.</p>
PRÉLEVEMENT DES ORGANES	<p>Lorsque l'attribution des organes est complétée, le prélèvement peut être organisé. Les équipes de transplantations qui acceptent les organes se déplacent toutes, au même moment, vers le centre hospitalier de prélèvement où se trouve le donneur. Les organes sont prélevés lors d'une chirurgie d'une durée de 2 à 4 heures, puis transportés vers le centre hospitalier où ils seront greffés.</p>

Sources : (2,17)

CONCLUSION

Cet article a fait état de la situation du don d'organes dans les urgences. Des opportunités sont manquées, et ce, pour différentes raisons : méconnaissance des procédures, référence tardive, inconfort dans l'approche, etc. Toutefois, le personnel infirmier peut contribuer à renverser cette problématique. Ainsi, le Tableau 3 présente cinq façons concrètes d'exercer son leadership afin de favoriser le don d'organes à l'urgence. Parmi ces exemples, le présent article a mis l'accent sur l'identification et la référence précoce en tant que moyens pour favoriser l'autonomisation (*empowerment*) du rôle infirmier. L'exercice du leadership transformationnel par tous les membres du personnel infirmier œuvrant dans les secteurs d'urgence a le pouvoir de soutenir la mise en place de pratiques exemplaires en don d'organes, augmentant ainsi la qualité des soins dispensés aux personnes admissibles et à leurs proches (14). Évidemment, ces changements sont impossibles sans le soutien organisationnel (13). Un centre hospitalier chef de file en don d'organes devrait donc le promouvoir de façon explicite, par la création d'une culture intrahospitalière forte dans laquelle tous les acteurs de l'écosystème du don sont mobilisés (16). 🌟

Tableau 3. Le don d'organes et le leadership infirmier en cinq actions concrètes

1. **Se renseigner sur les meilleures pratiques en don d'organes (voir section « Pour en savoir plus »)**
 - Connaître la procédure type en don d'organes
 - Formation en ligne de Transplant Québec
 - Visiter le site internet de Transplant Québec
2. **Connaître les ressources disponibles dans son établissement (et savoir comment les joindre)**
 - Personnel dédié en don d'organes (infirmière.ère ressource, infirmière.ère de liaison)
 - Médecins spécialistes coordonnateurs en don et en transplantation d'organes et de tissus (pour l'établissement ou la région, selon les cas)
 - Comité de don de l'établissement
3. **Collaborer à l'identification de tous les dons d'organes potentiels**
4. **Collaborer à la référence précoce de tous les donneurs identifiés à Transplant Québec**
 - En concertation avec l'équipe traitante
5. **Offrir des soins de qualité et empathiques**
 - À la personne soignée
 - À ses proches

POUR EN SAVOIR PLUS

- **Site internet Transplant Québec:** <https://transplantquebec.ca>
- **Bilan complet 2023 Transplant Québec:** <https://www.transplantquebec.ca/statistiques-0>
- **Formation en ligne:** <https://transplantquebec.ca/formation-en-ligne>
- **Autres formations disponibles:** <https://transplantquebec.ca/formations-en-centre-hospitalier>
- **Procédure type en don d'organes (pour centres hospitaliers avec ou sans personnel dédié):** <https://transplantquebec.ca/procedure-type>

CODE QR PROCÉDURE TYPE



L'AUTEURE

Audrée Grenier-Roy
 inf., B. Sc.
 Conseillère aux activités cliniques et à la formation par intérim
 Transplant Québec
audree.grenier-roy@transplantquebec.ca

SOUTIEN FINANCIER

L'auteure n'a reçu aucun soutien financier pour la rédaction et la publication de cet article.

CONFLITS D'INTÉRÊTS

L'auteure est conseillère aux activités cliniques et à la formation par intérim à Transplant Québec.

REMERCIEMENTS

L'auteure tient à remercier Marie-Josée Lavigne, cheffe du service de l'enseignement et du développement hospitalier à Transplant Québec, Sandy Bastien, conseillère en communication - volet relations publiques à Transplant Québec, Maxime Boucher, conseiller-cadre en soins infirmiers et développement hospitalier par intérim à Transplant Québec, et Catherine Lefebvre, conseillère à l'enseignement et au développement hospitalier à Transplant Québec.

NOTE

1. Si les organes ne satisfont pas totalement les exigences du *Règlement sur la sécurité des cellules, tissus et organes humains destinés à la transplantation*, ils sont tout de même offerts selon le mécanisme de distribution exceptionnelle. Les risques pouvant être reliés à leur usage pour la transplantation sont considérés par le médecin transplantateur et le consentement de la personne en attente ciblée est obtenu. Une infection à la COVID-19 dans les 10 derniers jours et un résultat anti-VHC positif sont deux exemples du mécanisme de distribution exceptionnelle (2).

RÉFÉRENCES

1. Transplant Québec. Statistiques officielles 2023. 2024. <https://www.transplantquebec.ca/statistiques>
2. Transplant Québec. À propos de Transplant Québec. 2023. <https://www.transplantquebec.ca/mission>
3. McCallum J, Ellis B, Dhanani S, Stiell IG. Solid organ donation from the emergency department – A systematic review. *CJEM*. 2019;21(5): 626–637. doi: 10.1017/cem.2019.365
4. Greene J. Organ donation in the emergency department: A missed opportunity? *Ann Emerg Med*. 2012;59(4):19A-21A. doi: 10.1016/j.annemergmed.2012.02.016
5. Miller LD, Gardiner ST, Gubler KD. Emergency department referral for organ donation: More organ donors and more organs per donor. *Am J Surg*. 2014;207: 728-734. doi:10.1016/j.amjsurg.2013.12.017
6. Krmptic K, Payne C, Isenor C, Dhanani S. Delayed referral results in missed opportunities for organ donation after circulatory death. *Crit Care Med*. 2017;45:989-992. doi: 10.1097/CCM.0000000000002432
7. Aubrey P, Arber S, Tyler M. The organ donor crisis: The missed organ donor potential from the accident and emergency departments. *Transplant Proc*. 2008;40:1008-1011. doi:10.1016/j.transproceed.2008.03.059
8. McCallum J, Yip R, Dhananu S, Stiell I. Solid organ donation from the emergency department – missed donor opportunities. *CJEM*. 2020;22(5):701-707. doi: 10.1017/cem.2019.482
9. Société canadienne du sang. Le don d'organes après le décès. 2023. <https://www.blood.ca/fr/organes-et-tissus/don-provenant-de-personnes-decedees/le-don-dorganes-apres-le-deces>
10. Shemie SD, Wilson LC, Hornby L, Basmaji J, Baker AJ, Bensimon CM, Chandler JA, L Chassé M, Dawson R, Dhanani S, Mooney OT, Sarti AJ, Simpson C, Teitelbaum J, Torrance S, Gordon Boyd J, Brennan J, Brewster H, Carignan R, Dawe KJ, Doig CJ, Elliott-Pohl K, Gofton TE, Hartwick M, Healey A, Honarmand K, Hornby K, Isac G, Kanji A, Kawchuk J, Klowak JA, Kramer AH, Kromm J, LeBlanc AE, Lee-Ameduri K, Lee LA, Leeies M, Lewis A, Manara A, Matheson S, McKinnon KKA, Murphy N, Briard JN, Pope TM, Sekhon MS, Shanker JJS, Singh G, Singh J, Slessarev M, Soliman K, Sutherland S, Weiss MJ, Shaul RZ, Zuckier LS, Zorko DJ, Rochweg, B. A brain-based definition of death and criteria for its determination after arrest of circulation or neurologic function in Canada: A 2023 clinical practice guideline. *Can J Anesth*. 2023;70(4):483-557. doi: 10.1007/s12630-023-02431-4

11. Michael GE, O'Connor RE. The importance of emergency medicine in organ donation: Successful donation is more likely when potential donors are referred from the emergency department. *Acad emerg med*. 2009;16(9):850-858. doi: 10.1111/j.1553-2712.2009.00472.x
12. College of Nurses of Ontario (CNO). Leadership in nursing practice. 2023. <https://www.cno.org/en/learn-about-standards-guidelines/educational-tools/ask-practice/leadership-nursing-practice/>
13. Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). Lignes directrices sur le développement et le maintien du leadership infirmier (2^e édition). 2013. <https://rnao.ca/bpg/language/lignes-directrices-sur-le-d%C3%A9veloppement-et-le-maintien-du-leadership-infirmier>
14. Alanazi NH, Alshamlani Y, Baker OG. The association between nurse managers's transformational leadership and quality of patient care: A systematic review. *Int Nurs Rev*. 2023;70(2):175-184. doi:10.1111/inr.12819
15. Boamah S. Linking nurses' clinical leadership to patient care quality: The role of transformational leadership and workplace empowerment. *CJNR*. 2018;50(1):9-19. doi: 10.1177/0844562117732490
16. Shemie SD, Robertson A, Beitel J, Chandler J, Ferre E, Evans J, Haun M, Torrance S. End-of-life conversations with families of potential donors: Leading practices in offering the opportunity for organ donation. *Transplantation*. 2017;101(5):S17-26. doi: 10.1097/TP.0000000000001696
17. Williment C, Beaulieu L, Clarkson A, Gunderson S, Hartell D, Escoto M, Ippersiel R, Powell L, Kirste G, Nathan HM, Opdam H, Weiss, MJ. Organ donation organization architecture: Recommendations from an international consensus forum. *Transplant Direct*. 2023;9(5): e1440. doi: 10.1097/TXD.0000000000001440
18. Transplant Québec. Procédure type. 2012. <https://transplantquebec.ca/procedure-type>
19. Assemblée Nationale du Québec. Projet de loi n°125: loi facilitant les dons d'organes et de tissus. 2010. <https://www.assnat.qc.ca/fr/travaux-parlementaires/projets-loi/projet-loi-125-39-1.html?appelant=MC>
20. Singh JM, Ball IM, Hartwick M, Malus E, Soliman K, Boyd JG, Dhanani S, Healey A. Factors associated with consent for organ donation: A retrospective population-based study. *CMAJ*. 2021;193:E1725-32. doi: 10.1503/cmaj.210836
21. The Royal College of Emergency Medicine. End of life care for adults in the emergency department: best practice guideline. 2015. http://dickyriicky.com/Medicine/Guidelines/RCEM%20-%20Royal%20College%20of%20Emergency%20Medicine/2015_03%20RCEM%20End%20of%20Life%20Care%20for%20Adults%20in%20the%20Emergency%20Department.pdf
22. Organ donation and the emergency department strategy group, NHS blood and transplant. Organ donation and the emergency department: A strategy for implementation of best practice. 2016. <https://bts.org.uk/wp-content/uploads/2018/01/ed-strategy-final-nov-2016.pdf>
23. Gouvernement du Québec. Code civil du Québec. 1991. <https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/lc/ccq-1991>
24. Chandler JA, Connors M, Holland G, Shemie SD. "Effective" requesting: A scoping review of the literature on asking families to consent to organ and tissue donation. *Transplantation*. 2017;101(5), S1-16. doi: 10.1097/TP.0000000000001695
25. Sarti AJ, Sutherland S, Healey A, Dhanani S, Landriault A, Fothergill-Bourbonnais F, Hartwick M, Beitel J, Oczkowski S, Cardinal P. A multicenter qualitative investigation of the experiences and perspectives of substitute decision makers who underwent organ donation decisions. *Prog Transplant*. 2018;28(4):343-348. doi: 10.1177/1526924818800046.
26. Sarti AJ, Sutherland S, Meade M, Shemie S, Landriault A, Vanderspank-Wright B, Valiani S, Keenan S, Weiss, MJ, Werestiuk K, Kramer AH, Kawchuk J, Beed S, Dhanani S, Pagliarello G, Chassé M, Lotherington K, Gatiem N, Parsons K, Chandler JA, Nickerson P, Cardinal P. The experiences of family members of deceased organ donors and suggestions to improve the donation process: A qualitative study. *CMAJ*. 2022;194(30):E1054-61. doi: 10.1503/cmaj.220508