

Travail de Bachelor

Don d'organes : l'expérience des infirmières en unité de soins intensifs

Revue de la littérature

Réalisé par : Inès Vergères

Promotion : Bachelor 18

Sous la direction de : Christine Seppey

Lieu et date : Sion, le 7 juillet 2021

Résumé

Les infirmières en soins intensifs ont un rôle primordial dans la prise en charge des patients en mort cérébrale, donneurs d'organes. Néanmoins, certaines difficultés rencontrées peuvent entraver la qualité de leur travail.

C'est pourquoi, cette revue de la littérature s'intéresse aux difficultés perçues par les infirmières lors de la prise en charge de patients dans le cadre du processus de don d'organes. Les objectifs sont de définir le rôle des infirmières auprès des patients en mort cérébrale, d'observer les difficultés rencontrées et de comprendre l'impact en résultant.

Suite aux recherches sur les bases de données Cinahl, Pubmed et Embase, six articles ont été sélectionnés pour la réalisation de ce travail. Les critères d'inclusion suivants ont permis une meilleure sélection des articles : la population concernée était les infirmières de soins intensifs, leurs difficultés ainsi que l'impact de leurs interventions en lien avec les patients en mort cérébrale, donneurs d'organes.

Les principaux résultats démontrent que la prise en charge de patients en mort cérébrale, donneurs d'organes, est spécifique et nécessite une formation spécialisée. Les soins peuvent être source de stress étant donné l'instabilité des patients et le concept de mort cérébrale implique des problèmes de compréhension. L'accompagnement de la famille présente également un enjeu pour les infirmières.

Les difficultés ressortant de ce travail, que ce soit au niveau émotionnel ou technique, du fait de la complexité de la prise en charge, en raison du manque de connaissances et d'expériences doivent être prises en considération afin d'améliorer le processus de don d'organes.

Mots-clés : soins infirmiers, soins intensifs, don d'organes, mort cérébrale, expérience, stress psychologique.

Remerciements

En premier lieu, je souhaite remercier Madame Christine Seppey, directrice de mon travail de Bachelor, pour ses conseils ainsi que pour son suivi tout au long de la réalisation de ce mémoire.

Ensuite, je remercie également Madame Teresa Lima, infirmière en soins intensifs et coordinatrice de don d'organes à l'hôpital Riviera-Chablais, pour les informations fournies ainsi que pour ses conseils quant à l'orientation de mon travail.

Pour terminer, je tiens à remercier ma famille et mes amis pour les relectures et le soutien apporté tout au long de la rédaction de ce travail.

Déclaration

Cette revue de la littérature a été réalisée dans le cadre de la formation Bachelor of Science HES-SO en Soins infirmiers à la Haute Ecole de Santé Valais Wallis (HEdS).

L'utilisation des résultats ainsi que les propositions pour la pratique et la recherche n'engagent que la responsabilité de son auteure et nullement les membres du jury ou la HES.

De plus l'auteure certifie avoir réalisé seule cette revue de la littérature.

L'auteure déclare également ne pas avoir plagié ou utilisé d'autres sources que celles indiquées dans la bibliographie et référencées selon les normes APA 7.0.

Lieu et date : Sion, le 7 juillet 2021



Signature

Table des matières

1	Introduction.....	1
1.1	Problématique.....	1
1.2	Question de recherche	4
1.3	But de la recherche	4
2	Cadre théorique	5
2.1	Don d'organes	5
2.1.1	Mort cérébrale.....	6
2.1.2	Diagnostic clinique de la mort cérébrale	7
2.1.3	Consentement au don d'organes	8
2.1.4	Donneurs d'organes	9
2.2	Soins infirmiers	10
2.2.1	Soins intensifs.....	11
2.2.2	Infirmières aux soins intensifs	12
3	Méthode	14
3.1	Devis de recherche.....	14
3.2	Collecte des données	15
3.3	Sélection des données	17
3.4	Considérations éthiques	18
3.5	Analyse des données	18
4	Résultats.....	20
4.1	Description de l'étude 1	20
4.1.1	Validité méthodologique	21
4.1.2	Pertinence clinique et utilité pour la pratique professionnelle	23
4.2	Description de l'étude 2	24
4.2.1	Validité méthodologique	25
4.2.2	Pertinence clinique et utilité pour la pratique professionnelle	26
4.3	Description de l'étude 3	27
4.3.1	Validité méthodologique	28
4.3.2	Pertinence clinique et utilité pour la pratique professionnelle	29
4.4	Description de l'étude 4	30
4.4.1	Validité méthodologique	31
4.4.2	Pertinence clinique et utilité pour la pratique professionnelle	32

4.5	Description de l'étude 5	33
4.5.1	Validité méthodologique	34
4.5.2	Pertinence clinique et utilité pour la pratique professionnelle	35
4.6	Description de l'étude 6	36
4.6.1	Validité méthodologique	37
4.6.2	Pertinence clinique et utilité pour la pratique professionnelle	38
4.7	Synthèse des principaux résultats	39
5	Discussion.....	41
5.1	Discussion des résultats.....	41
5.2	Discussion de la qualité et de la crédibilité des évidences.....	43
5.3	Limites et critiques de la revue de la littérature	43
6	Conclusions	45
6.1	Propositions pour la pratique.....	45
6.2	Propositions pour la formation.....	46
6.3	Propositions pour la recherche.....	47
7	Références bibliographiques	48
8	Annexes	I
	Annexe I : Diagramme de flux PRISMA 2009.....	I
	Annexe II : Tableaux de recension des études.....	II
	Annexe III : Tableaux récapitulatifs des équations de recherche	VIII
	Annexe IV : Glossaire méthodologique.....	XI

Liste des figures

Figure 1 : Grade des recommandations (Haute Autorité de Santé, 2013, p. 8)	18
--	----

Liste des tableaux

Tableau 1 : Mots-clés et descripteurs	16
Tableau 2 : Liste des articles retenus	19

Liste des abréviations

ASI	Association Suisse des Infirmières et Infirmiers
ASSM	Académie Suisse des Sciences Médicales
CAS	Certificate of Advanced Studies (Certificat d'études avancées)
CHM	Schweiz-Mitte (Suisse du centre)
CHUV	Centre hospitalier universitaire vaudois
CNDO	Comité National du Don d'Organes
DAS	Diploma of Advanced Studies (Diplôme d'études avancées)
DCA	Donor Care Association (Association de soins aux donneurs)
EEG	Électroencéphalogramme
HES-SO	Haute école spécialisée de Suisse Occidentale
IRM	Imagerie par résonance magnétique
JCI	Jeune Chambre Internationale Riviera
LU	Lucerne
NOO	Netzwerk Organspende Ostschweiz (Réseau de don d'organes de Suisse Orientale)
OFSP	Office fédéral de la santé publique suisse
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PLDO	Programme Latin de Don d'Organes
SIDA	Syndrome d'immunodéficience acquise
SSMI	Société Suisse de Médecine Intensive
TC	Tomographie axiale computerisée
TEMP	Tomographie d'émission monophotonique
TEP	Tomographie par émission de positons

1 Introduction

En Suisse, comme dans d'autres pays, le don d'organes est une problématique présente qui suscite un grand nombre d'interrogations. Les avis sur le sujet se révèlent également très partagés auprès du personnel soignant ainsi que de la population. En effet, le pourcentage de donateurs par million d'habitants se dévoile passablement divergeant entre les différents pays d'Europe. Cet élément démontre ainsi la perplexité et la dispersion des opinions à l'égard de cette thématique. (*Statista*, 2020)

1.1 Problématique

Selon l'Office fédéral de la santé publique suisse (*OFSP*, 2020), en 2020, 83 prélèvements d'organes ont été effectués sur des personnes vivantes pour 146 sur des donateurs décédés. Il y eut 9,7 donateurs vivants et 17 décédés pour un million d'habitants. Pour l'année 2020, 61% des donateurs décédés étaient de sexe masculin pour 39% de sexe féminin, 40% des donateurs vivants étaient des hommes pour 60% de femmes. En ce qui concerne la liste d'attente, 67% des patients en attente de dons sont des hommes et 33% des femmes.

En conséquence du manque de donateurs en Suisse, certains greffons viennent de l'étranger (Europe), 43 pour l'année 2020. Lorsqu'un organe prélevé en Suisse ne peut être attribué à une personne étant sur la liste d'attente nationale, il est alors proposé à un receveur d'un pays étranger, dans ce cas, 13 transplantations ont été effectuées. (*OFSP*, 2020)

L'Office fédéral de la santé publique suisse (2020) stipule qu'une transplantation d'organes peut être réalisée grâce à un donneur vivant mais aussi à partir d'une personne décédée. Une personne est déclarée morte lorsque toutes les fonctions du cerveau ainsi que du tronc cérébral sont en arrêt total et irréversible. Cela peut être dû à des lésions cérébrales primaires ou secondaires, suite à un arrêt cardiocirculatoire. Concernant l'année 2020, 96 donateurs sont décédés suite à des lésions cérébrales primaires et 50 après des lésions cérébrales secondaires dues à un arrêt cardiocirculatoire.

Selon la loi suisse sur la transplantation, il existe plusieurs conditions afin qu'un prélèvement d'organes, de tissus ou de cellules puisse être effectué. Le décès doit être constaté et un consentement rédigé. Actuellement, seul le consentement explicite est valide, cependant, l'initiative « Pour sauver des vies en favorisant le don d'organes » se penche sur la question du consentement présumé. (*JCI*, s. d.)

Dans le cas où un patient décédé n'a pas pris de dispositions concernant le don d'organes, la décision revient aux proches. Ces derniers doivent tout de même respecter la volonté présumée du défunt. Le consentement des proches ne peut être donné qu'après la décision de mettre fin aux mesures de réanimation. Lorsqu'un défunt n'a pas de famille ou que son consentement est inconnu, il est interdit par la loi suisse d'effectuer un prélèvement. Il est à noter que la famille du défunt ne reçoit aucune information concernant le receveur. (Fedlex, 2013)

En ce qui concerne les formes de consentement pour un don d'organes, en 2020, dans 48,5% des cas celui-ci a été donné par le conjoint, 25,2% par les parents, frères ou sœurs, 14,1% par les enfants, 2,3% par une personne tierce et 9,9% grâce à un consentement documenté. (OFSP, 2020)

Par ailleurs, selon l'Académie Suisse des Sciences Médicales (ASSM, 2019), il existe une difficulté pour la famille concernant la prise de décision pour un don d'organes, car un patient en état de mort cérébrale garde l'apparence d'une personne vivante, ce qui rend le processus décisionnel plus complexe. C'est notamment l'une des raisons pour lesquelles, le taux de refus à un don d'organes provenant de la famille est de 60% pour l'année 2020. (Swisstransplant, 2020) Cette situation est également due à un manque de communication concernant les souhaits des personnes décédées. C'est pourquoi l'entretien avec la famille est un point essentiel lors du processus de don d'organes. La difficulté de cet entretien se trouve dans le temps mis à disposition. En un laps de temps très court les proches reçoivent les informations concernant la sévérité de la situation, le décès et un potentiel prélèvement d'organes. Il est en conséquent primordial d'informer les proches sur les circonstances de la mort cérébrale et des conditions que cela implique, l'évolution de l'état du patient ainsi que les traitements mis en place. Il est important de laisser un moment à la famille pour assimiler toutes ces informations et parallèlement d'entreprendre une démarche de don d'organes. (ASSM, 2019)

La problématique du don d'organes concerne les familles des personnes décédées mais également l'équipe soignante offrant des soins aux patients en état de mort cérébrale. Le rôle de l'infirmière¹ durant ce processus est essentiel et il est possible que des difficultés soient rencontrées.

¹ L'utilisation du mot « infirmière » s'applique également au genre masculin dans ce travail.

Selon un journal de neurochirurgie, le rôle de l'infirmière auprès d'un patient donneur d'organes est complexe et varié. Il est essentiel de savoir que lorsqu'un patient est déclaré en mort cérébrale, les objectifs thérapeutiques changent. Pour commencer, l'infirmière a pour tâche de maintenir l'homéostasie du patient dans le but de garder une bonne oxygénation et perfusion des organes afin qu'ils restent viables pour la transplantation. Pour cela, elle effectue la surveillance des signes vitaux, le maintien d'un équilibre hydrique et électrolytique, une observation de la diurèse horaire, une prévention de l'hypothermie et elle contrôle la ventilation du patient ainsi que le risque d'infections. Elle doit aussi réaliser des examens médicaux sous l'ordre d'un médecin. L'infirmière est également en charge d'effectuer des prélèvements sanguins, urinaires, et des sécrétions respiratoires ou encore de réaliser des frottis au niveau buccal, rectal et cutané. Dans cette prise en charge, elle administre également des médicaments par voie intraveineuse et prend soin de contrôler le bon fonctionnement des équipements du patient (cathéters veineux centraux, sonde urinaire, sonde nasogastrique, tube endotrachéal, débit des pompes à médicaments, etc.). Afin d'éviter tout risque d'infection, elle suit des règles d'hygiène strictes en effectuant les soins corporels, en gardant une bonne hygiène buccale du patient, en protégeant les cornées mais surtout en effectuant des changements de positions régulièrement. Il est important que l'infirmière surveille le patient de manière constante car tout changement doit être signalé au médecin. Dans l'accomplissement de ces tâches, l'infirmière doit aussi préparer le matériel chirurgical nécessaire pour certains prélèvements. (Nicolaus Copernicus University, Toruń et al., 2019)

Pendant que l'infirmière s'occupe du patient, elle doit aussi créer une relation de confiance avec la famille de celui-ci. Cette tâche est décrite comme essentielle mais aussi difficile car c'est elle qui entretient un lien étroit avec la famille. Elle doit être présente pour les soutenir et répondre à leurs questions afin d'améliorer leur compréhension. Pour cela, il est primordial de créer une atmosphère sécurisante et empathique. L'infirmière en soins intensifs doit avoir de l'expérience, des connaissances mais surtout des qualités psychologiques pour résister au stress et aux situations émotionnellement complexes. (Nicolaus Copernicus University, Toruń et al., 2019)

Le personnel soignant des soins intensifs est constamment exposé à des situations complexes au niveau psychique, surtout lors de situations de retrait des mesures de soins ou dans la prise en charge de donneurs d'organes. Le manque de personnel et de ressources peut également rendre la situation plus difficile. (ASSM, 2018) C'est pourquoi dans ce travail, il serait intéressant de se pencher sur la question des expériences des infirmières en soins intensifs lors du processus de don d'organes.

1.2 Question de recherche

Ce travail est axé sur le rôle infirmier en unité de soins intensifs, plus précisément lors de la prise en charge d'un patient en état de mort cérébrale, donneur d'organes. Comme mentionné dans la problématique, le personnel soignant des soins intensifs est exposé à des situations complexes qui peuvent engendrer certaines difficultés.

Ainsi, la question de recherche résultant de la problématique est la suivante : Quelles sont les difficultés rencontrées par les infirmières en unité de soins intensifs lors de la prise en charge d'un patient en état de mort cérébrale, donneur d'organes, dans le cadre du processus de don d'organes ?

1.3 But de la recherche

Dans un premier temps, cette revue de la littérature a pour but de définir le rôle des infirmières en réanimation auprès d'un patient en état de mort cérébrale, potentiellement donneur d'organes. Il s'agira ensuite d'analyser les diverses difficultés rencontrées lors de cette prise en charge. Pour terminer, le dernier objectif sera de comprendre l'impact que ce processus peut avoir sur le personnel soignant.

2 Cadre théorique

En lien avec la question de recherche et la problématique de cette revue de la littérature, plusieurs concepts principaux doivent être développés. C'est pourquoi, différentes notions primordiales telles que le don d'organes, les soins infirmiers ainsi que les soins intensifs seront analysées ci-dessous.

2.1 Don d'organes

Selon l'Office fédéral de la santé publique suisse (2020), le don d'organes est défini comme étant un processus permettant à une personne, de son vivant ou après sa mort, de faire don de l'un ou de plusieurs de ses organes. Ceux-ci étant ensuite destinés à être transplantés afin de remplacer un organe endommagé, défaillant ou dysfonctionnel.

Swisstransplant est la fondation suisse qui est responsable d'octroyer les organes et qui gère la liste d'attente selon la loi suisse. Elle s'occupe également de l'organisation des transports d'organes. Donation Management est chargé de la gestion des dons et de la détection des donneurs potentiels. Le Comité National du Don d'Organes (CNDO) travaille pour la promotion du don d'organes et de tissus pour la Suisse. Il existe cinq réseaux de don d'organes répartis sur le territoire helvétique. Ils sont tous composés d'un hôpital central de prélèvement et d'hôpitaux périphériques de détection. Selon Swisstransplant (2020), ces cinq réseaux sont : Programme Latin de Don d'Organes (PLDO), Schweiz-Mitte (CHM), Lucerne (LU), Donor Care Association (DCA) et Netzwerk Organspende Ostschweiz (NOO).

Le don d'organes est possible en Suisse uniquement si un consentement est donné. Le don peut être effectué après le décès ou à partir d'un donneur vivant. Dans le cas où le don découle d'un décès, il est possible seulement si le diagnostic de mort cérébrale est posé et si un consentement est concédé. Il existe une règle selon laquelle le prélèvement d'organes ne peut pas précipiter ou causer la mort du donneur, un patient ne peut être donneur qu'après sa mort. En ce qui concerne le don d'organes à partir d'un donneur vivant, il s'agit principalement du don de reins ou d'une partie du foie. (*Swisstransplant*, 2020)

Deux notions importantes sont à savoir, la notion de greffe et celle de la transplantation. Une greffe est un remplacement d'un tissu déficient par un tissu sain essentiellement prélevé sans les vaisseaux sanguins. Une transplantation, quant à elle, est un remplacement d'un organe malade par un organe fonctionnel qui est relié grâce à des vaisseaux sanguins. (*Immunité des greffes*, s. d.)

Concernant le type d'organes qui peuvent être donnés et transplantés en Suisse, on retrouve : le cœur, le foie, l'intestin grêle, le pancréas, les poumons et les reins. Pour les tissus et les cellules, sont transplantables : les cartilages, la cornée, les ligaments, les os, la peau, les tendons, les valves cardiaques et les vaisseaux sanguins les plus larges ainsi que les cellules souches. (*Swisstransplant*, 2020)

2.1.1 Mort cérébrale

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (*OMS*, 2020), la mort cérébrale se définit par un coma persistant causé par l'arrêt irréversible de l'activité du cerveau, du cortex et du tronc cérébral. Cet état a comme signes cliniques : une absence d'ouverture des yeux ou de réactions à un stimuli douloureux, aucune réponse motrice et verbale, une absence de réflexes du tronc cérébral et de la colonne vertébrale, de toux, de réflexes vestibulo-oculaires et de respiration. Un électroencéphalogramme (EEG) peut également démontrer une absence d'activité électrique cérébrale et une angiographie cérébrale prouve l'arrêt du flux sanguin cérébral. Une tomographie d'émission monophotonique (TEMP) ou une tomographie par émission de positons (TEP) peut prouver une absence d'activité métabolique pendant plus de vingt-quatre heures due à une lésion irréversible du cerveau. Cette lésion ne doit pas être due à une hypothermie, à un médicament sédatif, à un médicament curarisant ou à une perturbation métabolique due à un état de choc.

La mort cérébrale peut être causée par une lésion ou une maladie cérébrale primaire qui entraîne une irréversibilité du fonctionnement du cerveau et du tronc cérébral. (*ASSM*, 2019) Les pathologies comme un accident vasculaire cérébral, un traumatisme crânien, une anoxie cérébrale ou encore des tumeurs cérébrales ou autres maladies peuvent être à l'origine d'une mort cérébrale. (*Swisstransplant*, 2020) Il est aussi possible qu'elle soit due à un arrêt cardiocirculatoire entraînant une lésion cérébrale secondaire par un arrêt de l'irrigation cérébrale. (*ASSM*, 2019)

Le type de lésions définit la prise en charge hospitalière et les mesures médicales prises dans le but d'un don d'organes. Si le décès est dû à une lésion cérébrale primaire, certaines fonctions vitales sont maintenues et la transplantation peut être effectuée dans un laps de temps plus grand alors que dans le cas d'un arrêt cardiocirculatoire entraînant une lésion cérébrale secondaire, le prélèvement d'organes doit être exécuté le plus rapidement possible. (*OFSP*, 2020)

2.1.2 Diagnostic clinique de la mort cérébrale

Selon l'Académie Suisse des Sciences Médicales (2019), le diagnostic de mort cérébrale doit être établi en présence de deux médecins spécialisés non impliqués dans le prélèvement ou la transplantation d'organes, de tissus ou de cellules concernant le donneur. Ces médecins doivent être spécialisés en neurologie ou en médecine intensive.

Chez les patients de soins intensifs dont le pronostic vital est sans issue, des mesures médicales préliminaires sont prises afin de mettre en place un traitement palliatif ou, dans l'optique d'un don d'organes, un traitement de préservation des organes et aussi d'évaluer l'aptitude du patient au don d'organes, de tissus ou de cellules. Pour cela, des examens paracliniques tels que des analyses sérologiques et immunologiques rendent possible la vérification de la compatibilité entre le donneur et le receveur potentiel. Ces examens permettent également d'exclure des maladies infectieuses. Ces mesures correspondent au maintien d'une ventilation de manière artificielle ainsi qu'à une administration de médicaments pour assurer l'homéostasie. (ASSM, 2019)

Ces mesures sont appliquées dès lors que la décision d'un don d'organes a été prise et seulement si celles-ci n'accélèrent pas le décès du patient, dans le but de maintenir le bon fonctionnement des organes. Elles peuvent également être exécutées une fois le patient décédé. Dans ce cas, il est possible de maintenir une personne en vie durant septante-deux heures après le diagnostic de mort cérébrale en vue d'une transplantation. Au-delà de ce délai, le patient n'est plus éligible à un don pour une transplantation. (ASSM, 2019)

Selon Swisstransplant (2020), l'examen clinique de la mort cérébrale est soumis à des conditions très précises. Le patient doit être dans un état de coma dont la cause est connue et dont une imagerie permet de mettre en évidence les lésions structurelles. La température corporelle du patient doit être supérieure à 35°C. Il ne doit pas avoir la présence d'un état de choc non compensé. Aucun traitement sédatif ou toxique ne doit être prescrit et tout trouble métabolique doit être exclu.

Si ces conditions ne sont pas toutes remplies, il est possible d'effectuer un examen clinique complémentaire prouvant l'arrêt total des fonctions et de l'irrigation cérébrale. Cet examen est composé de sept signes cliniques qui sont :

- Un score de Glasgow égal à 3, résultant d'un état comateux d'étiologie connue ;
- Des pupilles en mydriases aréactives à la lumière ;
- Une absence de réflexes vestibulo-oculaires et cervico-oculaires ;
- Une absence de réflexes cornéens ;

- Une absence de réaction aux stimuli douloureux ;
- Un manque de réflexe de toux et du réflexe oropharyngé ;
- Une absence d'activité respiratoire spontanée.

Toutes ces observations doivent être effectuées par deux médecins indépendants au prélèvement ou à la transplantation d'organes afin de respecter le principe des quatre yeux. Dans le cas d'une lésion cérébrale secondaire due à un arrêt circulatoire, seuls les six premiers signes doivent être testés car un délai de cinq minutes sans mesures de réanimation est une preuve suffisante d'inactivité des centres respiratoires. (ASSM, 2019)

Dans le cas d'une étiologie inconnue, d'une évaluation des nerfs crâniens impossible, d'une potentielle cause réversible, ou que l'un des examens cités ci-dessus n'est pas réalisable, le diagnostic de mort cérébrale peut être vérifié par des examens techniques complémentaires. Le but de ces examens complémentaires est de démontrer l'arrêt de la circulation cérébrale. Une pression artérielle moyenne de minimum 60 mmHg doit être constatée dans les résultats de ces examens. Une ultrasonographie Doppler transcrânienne à codage couleur, une angiographie par soustraction digitale, une imagerie par résonance magnétique (IRM) ou encore une tomographie axiale computerisée (TC) sont des examens adaptés pour prouver l'arrêt de la circulation cérébrale. (Swisstransplant, 2020)

2.1.3 Consentement au don d'organes

Une personne peut consentir à un don d'organes dès seize ans. Avant cet âge, la décision revient aux parents ou au représentant légal. Il existe différents moyens de faire connaître son consentement : la carte de donneur, l'inscription au registre national des donneurs d'organes ou encore avec les directives anticipées. Un consentement permet de clarifier quels organes peuvent être prélevés ou de limiter le prélèvement à certains organes. (Deinadieu, 2020)

Selon la loi fédérale sur la transplantation d'organes (OFSP, 2020), le consentement explicite correspond au fait que le patient, de son vivant, a consenti au don d'organes. L'absence de déclaration n'est pas considérée comme un refus au don, c'est pourquoi, dans ce cas particulier, les proches du défunt sont amenés à décider. La famille est dans l'obligation de respecter la volonté présumée du défunt, si l'accord est donné, le prélèvement peut être fait. Le principe du consentement présumé décrit, quant à lui, que l'absence d'un refus équivaut à un accord de don, ce consentement ne s'applique pas dans la loi suisse actuellement.

Cependant, suite au constat de la pénurie de don d'organes en Suisse, deux projets ont été lancés pour une facilitation de celui-ci. Le Conseil national a voté et approuvé le 5 mai 2021 l'initiative populaire « Pour sauver des vies en favorisant le don d'organes » ainsi qu'au contre-projet du Conseil fédéral. L'initiative a pour but de faciliter le don d'organes en Suisse. Elle met en avant le fait que toute personne majeure soit considérée comme donneur potentiel excepté si elle s'y est opposée de son vivant. Toutefois, le contre-projet indirect proposé par le Conseil fédéral mentionne le consentement présumé dans un sens plus large. En effet, il prévoit l'implication des proches du donneur potentiel dans la décision, ils pourront ainsi s'opposer au prélèvement dans le cas où il n'y aurait aucun document attestant de la volonté du défunt. Ces deux projets pourraient ainsi améliorer le don d'organes en augmentant le nombre de donneurs et en soulageant les proches de la personne décédée de la responsabilité de décider. (*Chancellerie fédérale*, 2021)

À l'heure actuelle, si un consentement est recensé, le prélèvement peut être réalisé sans l'accord d'un proche. Dans le cas contraire, aucun organe ne peut être prélevé si la volonté du patient n'est pas connue et si la famille du défunt refuse le don ou si sa famille est inconnue ou non atteignable. (*Deinadieu*, 2020)

Selon l'Académie Suisse des Sciences Médicales (2019), un proche est une personne étroitement liée au défunt qui entretient des contacts personnels et réguliers avec lui. Un proche peut être un époux, un partenaire enregistré ou un compagnon. Les enfants de plus de seize ans, les parents ou frères et sœurs sont également qualifiés de proches ainsi que les grands-parents et les petits-enfants. Une dernière catégorie correspond aussi à la notion de proche, il s'agit d'une personne désignée directement par le défunt.

2.1.4 Donneurs d'organes

Trois types de donneurs se distinguent : les donneurs vivants, les donneurs en état de mort cérébrale et les donneurs décédés suite à un arrêt cardiocirculatoire. Dans cette revue de la littérature, seuls les donneurs en état de mort cérébrale seront analysés. (*Swisstransplant*, 2020)

Il existe deux statuts en tant que donneur d'organes. Le statut « actif » correspond à un individu dont la transplantation est envisageable alors que le statut « inactif » concerne les personnes qui, pour des raisons de santé, ne peuvent être éligibles à un don d'organes. (*OFSP*, 2020)

Dans le cas des donneurs en état de mort cérébrale, toutes personnes, mis à part celles souffrant d'un cancer actif, sont éligibles à un don d'organes. Par ailleurs, les patients étant en rémission d'un cancer depuis cinq ans sont également admissibles au don d'organes. Un âge avancé n'est pas un critère d'exclusion au don d'organes, seul l'état des organes est un critère décisif. Les enfants peuvent être également des donneurs, de préférence pour d'autres patients pédiatriques. Certains individus ne peuvent prétendre au don d'organes, les nouveau-nés de moins de vingt-huit jours, les personnes atteintes d'un cancer actif, d'une infection systémique, du virus de la rage, de la tuberculose, d'une maladie dégénérative du système nerveux central ou d'autres pathologies. Certaines contre-indications peuvent être relatives à un don d'organes comme le syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA) ou une forme d'hépatite. (*Swisstransplant*, 2020)

Il existe cinq différentes étapes dans lesquelles un donneur d'organes occupe un statut différent. Le donneur possible est un patient intubé, non sédaté avec un score de Glasgow inférieur à huit et atteint d'une maladie ou d'une lésion cérébrale primaire. Le donneur potentiel est un patient intubé avec les critères cliniques pouvant amener à un diagnostic de mort cérébrale. Le donneur éligible est un patient médicalement compatible au don d'organes et diagnostiqué en mort cérébrale. Le donneur effectif est un donneur éligible avec un consentement, qui a subi une intervention chirurgicale avec un prélèvement d'organes dans le but d'une transplantation. Pour finir, le donneur utilisé est un donneur effectif à qui un organe a été utilisé pour un don. (*Swisstransplant*, 2020)

2.2 Soins infirmiers

Les soins infirmiers ont pour mission de développer et de maintenir la santé ainsi que de prévenir les risques potentiels. Ils consistent en un soutien et une aide aux personnes durant la maladie mais aussi durant les effets de certains traitements ou thérapies, dans l'intention d'offrir une qualité de vie meilleure durant toutes les étapes de la vie. Les soins sont destinés aux personnes de tout âge, aux personnes en bonne santé ou en situation de handicap, aux patients tout comme à leurs proches. Ils englobent des activités de maintien, de promotion ainsi que de prévention de la santé. Ils soutiennent lors de la maladie, de la réadaptation mais aussi lors de situations de fin de vie. Ils naissent d'une relation entre les personnes soignées et les soignants, relation construite grâce à de la compréhension et de l'empathie mais surtout de la confiance dans le but de favoriser une alliance thérapeutique. (*ASI*, 2008)

La pratique infirmière se base, quant à elle, sur des démarches de soins en évaluant les ressources et les besoins des patients. Ces démarches visent à atteindre des objectifs, planifient des interventions et évaluent les résultats dans le but de les réajuster si nécessaire. La profession infirmière est basée sur des évidences (Evidence Based Practice), une pratique réflexive ainsi qu'un respect de l'éthique. La prise en charge infirmière s'effectue dans sa globalité, cela signifie que les aspects physique, psychique, spirituel et socioculturel des patients sont considérés. (ASI, 2008)

Le rôle infirmier inclut une dimension de collaboration avec le patient et les différents professionnels de la santé. L'infirmière peut avoir une fonction de dirigeante ou travailler sous la délégation d'une personne autre. Cependant, elle reste responsable de ses décisions, de ses comportements ainsi que de ses actes. (ASI, 2008)

2.2.1 Soins intensifs

Le personnel des soins intensifs est composé de médecins et d'infirmières spécialisées qui ont suivi une formation postgrade. Ces professionnels utilisent des équipements de haute technologie comme des moniteurs, des respirateurs ou encore des machines de dialyses qui sont indispensables pour la prise en charge des patients en soins intensifs. Dans ce service avec des prises en charges complexes, de nombreux professionnels travaillent en collaboration afin de prodiguer les meilleurs soins aux patients. Des chirurgiens, pharmaciens, physiothérapeutes, radiologues, psychiatres et autres, apportent leur aide fréquemment aux équipes de réanimation. Des soins médicaux et chirurgicaux sont prodigués aux patients souffrants d'un dysfonctionnement sévère d'un ou de plusieurs organes vitaux. Les patients hospitalisés en unité de soins intensifs proviennent essentiellement des urgences ou du bloc opératoire suite à une chirurgie lourde. (*Hôpital du Valais*, s. d.)

Après une hospitalisation en soins intensifs, les patients ont souvent besoin de réadaptation, les traitements reçus étant lourds, ils causent souvent des séquelles, sachant que le risque de décès reste élevé. (SSMI, 2021)

Selon la Société Suisse de Médecine Intensive (SSMI, 2021), un certain stress est souvent présent aux soins intensifs. Les traitements étant complexes, l'équipe soignante se doit d'offrir beaucoup d'explications aux patients et à leurs proches concernant les mesures thérapeutiques mises en place. Le contact avec les patients étant souvent réduit, la relation avec la famille doit être davantage développée.

Les services de soins intensifs sont nécessaires au processus de don d'organes car ils permettent d'identifier les potentiels donneurs. Une fois le diagnostic de mort cérébrale posé, l'équipe des soins intensifs est chargée de l'annoncer à la famille du défunt. Lors de l'entretien avec les proches, il est essentiel de discuter d'un potentiel consentement au don d'organes. Si l'accord pour une transplantation est donné, des mesures sont mises en place afin de maintenir les fonctions vitales du donneur, ce qui permettra le prélèvement des organes. Lors de ce processus, les soignants des soins intensifs travaillent en collaboration avec des coordinateurs de don d'organes. (*Déroulement du processus du don d'organes et de tissus – Le prélèvement et l'allocation des organes*, 2015)

2.2.2 Infirmières aux soins intensifs

Comme mentionné précédemment, les infirmières exerçant en tant qu'intensivistes sont des infirmières spécialisées, ayant suivi une formation postgrade en soins intensifs. Leur mission principale étant la prise en charge de patients présentant de multiples défaillances d'organes, elles requièrent de l'expérience ainsi que de solides compétences afin d'accomplir leur rôle exigeant. En effet, les infirmières en soins intensifs sont amenées à démontrer des compétences variées et pointues, en particulier lors de situations complexes dans lesquelles les fonctions vitales des patients sont mises en jeu. (*CHUV*, 2020)

Plus particulièrement, concernant les situations de prise en charge d'un donneur potentiel, les infirmières intensivistes ont pour rôle de respecter les objectifs prescrits par les médecins concernant la préservation des organes. Elles doivent effectuer des surveillances régulières et alerter l'équipe médicale en cas de péjoration de l'état clinique du patient. Il est important de participer aux entretiens avec les proches du donneur potentiel. Communiquer avec la famille afin de l'accompagner, la soutenir et la tenir informée tout au long du processus de don est primordial pour le rôle infirmier, mais aussi de s'occuper du corps du défunt avant, pendant et une fois la transplantation terminée. (*Swisstransplant*, 2020)

Il est essentiel d'établir une relation de confiance avec la famille du défunt afin qu'elle se sente soutenue pour entamer un processus de don d'organes. Pour ce faire, une attitude empathique permet de mieux intégrer les mauvaises nouvelles et les informations complexes concernant l'état de santé de leur proche. Prouver que l'intérêt du patient est la priorité de la prise en charge et que la volonté est respectée facilite la création du lien de confiance. (*ASSM*, 2019)

L'explication des caractéristiques physiques d'un patient en état de mort cérébrale est importante car la personne n'a pas l'apparence d'un mort, la cage thoracique du défunt est en mouvement grâce au respirateur artificiel, la peau reste chaude et le pouls est palpable, il est aussi possible que certains mouvements réflexes soient présents. L'environnement du patient porte aussi à confusion car les équipements continuent d'afficher les courbes des paramètres vitaux, maintenus artificiellement par des médicaments qui permettent de garder la personne en vie. (ASSM, 2019)

3 Méthode

Cette partie développe l'argumentation et le choix du devis* de recherche ainsi que le déroulement de la collecte et de la sélection des données. Les six articles retenus sont également présentés dans un tableau ci-après.

3.1 Devis de recherche

La recherche se fonde sur des paradigmes* qui définissent les objectifs à atteindre et la manière de saisir les faits. Ces derniers permettent le développement de connaissances concernant différentes disciplines. Le paradigme se définit comme une compréhension du monde, une organisation de perception de valeurs et de normes qui dirigent la pensée et l'action. Mais aussi comme un cadre de référence sur lequel se calquent les chercheurs afin d'orienter leur recherche. Il existe ainsi deux différents paradigmes, un quantitatif et un qualitatif. (Fortin & Gagnon, 2016, p. 25)

Le paradigme quantitatif ou aussi appelé positiviste* se construit sur des faits réels ainsi que sur des lois universelles qui permettent une généralisation. Il existe une explication à la réalité, la relation de cause à effet peut être prouvée. Chaque hypothèse* posée peut être vérifiée. Pour être mis à profit, les construits sont opérationnalisés. Il est prouvé que la généralisation des échantillons* observés est statistiquement représentative. (Fortin & Gagnon, 2016, p. 27)

Quant à lui, le paradigme qualitatif qui se nomme interprétatif* ou constructiviste se base sur des phénomènes* perçus pouvant altérer la compréhension de la réalité. La connaissance est subjective, la recherche se fixe sur la signification, il n'est alors pas possible d'effectuer une généralisation. Dans ce paradigme, les construits ne peuvent être quantifiés. Les faits étudiés sont utilisés comme base à la généralisation de la théorie* ainsi qu'à la compréhension. (Fortin & Gagnon, 2016, p. 27)

Dans cette revue de la littérature, les études retenues sont principalement de nature qualitative car elles cherchent à explorer les expériences des infirmières. Cela correspond donc à un devis exploratoire qui fait partie du paradigme qualitatif. Une seule étude provient du paradigme quantitatif, les cinq autres sont qualitatives. Trois de ces études sont disciplinaires et trois sont interdisciplinaires, toutes concernent les expériences infirmières.

3.2 Collecte des données

Pour la rédaction de ce travail, des bases de données* ont été consultées de janvier à mai 2021. Dans le but de trouver des études à analyser, les recherches ont été effectuées grâce aux mots-clés* suivants : soins infirmiers, soins intensifs, don d'organes, mort cérébrale, expérience, stress psychologique. Pour plus de résultats, ces mots-clés ont été traduits en anglais : nursing care, intensive care, critical care, organ donation, brain death, experience, psychological stress. Durant ces recherches, les opérateurs booléens « OR » et « AND » ont été utilisés sur les différentes bases de données suivantes : Cinhal, Embase et PubMed. Certains filtres ont également été utilisés lors des recherches comme la date de publication de 2015 à aujourd'hui. Ci-après est présenté le tableau des mots-clés. Les tableaux regroupant les équations de recherches des différentes bases de données utilisés dans la recherche des six articles primaires* se trouvent en annexe III.

Tableau 1 : Mots-clés et descripteurs*

Concept	Mots clés eng	PubMed Mesh	Cinahl headings	Emtree
Soins infirmiers intensifs	nurses* OR "nursing care*" OR "critical care*" OR "critical care unit*" OR "intensive care*" OR "intensive care units*" OR "life support care"	"Nurses"[MeSH Terms] "Nursing Care"[MeSH Terms] "Nursing"[MeSH Terms] "Critical Care"[MeSH Terms] "Intensive Care Units"[MeSH Terms] "Critical Care Nursing"[MeSH Terms] "Life Support Care"[MeSH Terms]	MH "Nurses+" MH "Practical Nurses+" MH "Nursing Care+" MH "Critical Care Nursing+" MH "Intensive Care Units+" MH "Critical Care+" MH "Life Support Care+"	'Nurse'/exp 'Practical nurse'/exp 'Nursing care'/exp 'Intensive care'/exp 'Intensive care nursing'/exp
Mort cérébrale	"brain death*" OR "brain dead*" OR "brain injuries*" OR "irreversible coma"	"Brain Death"[MeSH Terms] "Brain Injuries"[MeSH Terms] "Coma"[MeSH Terms]	MH "Brain Death+" MH "Brain injuries+" MH "Coma+ "	'Brain death'/exp 'Brain injury'/exp 'Coma'/exp
Don d'organes	"organ donation*" OR "donor after brain death*" OR "organ transplantation*" OR "tissue and organ procurement*" OR "organ procurement*" OR "organ and tissue harvesting*" OR "donation process"	"Tissue and Organ Procurement"[MeSH Terms] "Organ Transplantation"[MeSH Terms] "Tissue Donors"[MeSH Terms] "Transplantation"[MeSH Terms] "Tissue and Organ Harvesting"[MeSH Terms]	MH "Organ Transplantation+ " MH "Organ Donation+ " MH "Tissue and Organ Harvesting+ " MH "Transplant Donors+ " MH "Organ Procurement+ "	'Organ donor'/exp 'Brain dead donor'/exp 'Transplantation'/exp 'Organ transplantation'/exp 'Graft harvesting'/exp 'Tissue transplantation'/exp
Stress psychologique	experience* OR "psychological stress*" OR "mental suffering*" OR "emotional stress"	"Stress, psychological"[MeSH Terms] "Psychological Distress"[MeSH Terms]	MH "Job Experience+ " MH "Work Experiences+ " MH "Stress, Psychological+ " MH "Critical Incident Stress+ " MH "Adaptation, Psychological+ "	'Experience'/exp 'Work experience'/exp 'Mental stress'/exp 'Emotional stress'/exp 'Critical incident stress'/exp

3.3 Sélection des données

Les études ont été sélectionnées en fonction de critères d'inclusion et d'exclusion préétablis. Tout d'abord, les études ont ciblé une population* qui est représentée ici par les infirmières en unité de soins intensifs. Ensuite, un second critère considérait le fait que les interventions du personnel soignant devaient se porter sur des patients en état de mort cérébrale, donneurs d'organes. Les difficultés et l'impact de ces interventions forment aussi un critère d'inclusion. De plus, un critère primordial consistait à ce que les études soient disciplinaires, autrement dit, réalisées ou coréalisées par des infirmières. Enfin, toutes ces études devaient être publiées entre 2015 et 2021 et écrites en français ou en anglais.

Dans les critères d'exclusion, les soins intensifs pédiatriques, l'expérience des familles des défunts ainsi que la prise en charge des patients donneurs d'organes suite à un arrêt cardiocirculatoire sont distinguées.

Pour permettre une première sélection des études, les titres et résumés ont été lus. Puis, une lecture plus approfondie de la méthode, des résultats ainsi que de la discussion a permis le choix définitif des études analysées dans ce travail. Quatre études ont été sélectionnées grâce aux différentes équations de recherche. Une cinquième étude a également été trouvée grâce aux équations mais le critère concernant la date de publication a été élargi à l'année 2014. En ce qui concerne la sixième étude, elle a été décelée grâce à la section « articles similaires », proposée par la base de données Pubmed.

Les six études retenues sont inscrites dans un tableau récapitulatif présenté ci-après. La pyramide des preuves de la Haute Autorité de Santé illustrée ci-dessous a permis de déterminer les niveaux de preuves de ces études. Toutes les études analysées sont des sources primaires et pour la plupart de nature qualitative, ce qui explique qu'elles ont un niveau de preuve IV. Pour l'étude quantitative, c'est une étude transversale qui fait également partie d'un faible niveau de preuve.

Grade des recommandations	Niveau de preuve scientifique fourni par la littérature
A Preuve scientifique établie	Niveau 1 - essais comparatifs randomisés de forte puissance ; - méta-analyse d'essais comparatifs randomisés ; - analyse de décision fondée sur des études bien menées.
B Présomption scientifique	Niveau 2 - essais comparatifs randomisés de faible puissance ; - études comparatives non randomisées bien menées ; - études de cohortes.
C Faible niveau de preuve scientifique	Niveau 3 - études cas-témoins. Niveau 4 - études comparatives comportant des biais importants ; - études rétrospectives ; - séries de cas ; - études épidémiologiques descriptives (transversale, longitudinale).

Figure 1 Grade des recommandations (Haute Autorité de Santé, 2013, p. 8)

3.4 Considérations éthiques

Chaque étude sélectionnée a été approuvée par un comité d'éthique*. Les participants ont été informés du but et des conditions avant de donner leur consentement*. Une explication plus spécifique à chaque étude se trouve dans la partie validité méthodologique.

3.5 Analyse des données

Chacune des études sélectionnées pour ce travail sera analysée à l'aide d'un tableau de recension. La validité méthodologique, la pertinence clinique ainsi que l'utilité des résultats pour la pratique professionnelle seront observées dans le but de répondre à la question de recherche. Tous les tableaux de recension se trouvent en annexe II.

Tableau 2 : Liste des articles retenus

N°	Auteurs	Titre	Année de publication	Base de données	Niv. de preuve
1	Kentish-Barnes, N., Duranteau, J., Montlahuc, C., Charpentier, J., Martin-Lefevre, L., Joseph, L., Lefrant, J.-Y., Fieux, F., Renault, A., Thuong, M., Chevret, S., & Azoulay, E.	Clinicians' perception and experience of organ donation from brain-dead patients.	2017	Cinahl Pubmed	IV
2	Simonsson, J., Keijzer, K., Södereld, T., & Forsberg, A.	Intensive critical care nurses' with limited experience: Experiences of caring for an organ donor during the donation process.	2020	Cinahl	IV
3	Cavalcante, L. de P., Ramos, I. C., Araújo, M. Â. M., Alves, M. D. dos S., & Braga, V. A. B.	Nursing care to patients in brain death and potential organ donors.	2014	Cinhal	IV
4	Victorino, J. P., Mendes, K. D. S., Westin, U. M., Magro, J. T. J., Corsi, C. A. C., & Ventura, C. A. A.	Perspective toward brain death diagnosis and management of the potential organ donor.	2019	Cinahl Pubmed	IV
5	Yazdi Moghaddam, H., Manzari, Z. S., Heydari, A., & Mohammadi, E.	Explaining nurses' experiences of caring for brain dead patients: a content analysis.	2018	Pubmed	IV
6	Tarabeih, M., & Bokek-Cohen, Y.	Between health and death: The intense emotional pain experienced by transplant nurses.	2020	Cinahl	IV

4 Résultats

Cette revue de la littérature est composée de 6 articles permettant de répondre à la question de recherche. Ces études ont été rédigées entre 2014 et 2020, toutes à l'exception de la première qui est quantitative, sont des études qualitatives. Les articles ont été écrits en anglais et proviennent des différents pays suivants : France, Suède, Brésil (2 études), Iran et Israël.

4.1 Description de l'étude 1

Kentish-Barnes, N., Duranteau, J., Montlahuc, C., Charpentier, J., Martin-Lefevre, L., Joseph, L., Lefrant, J.-Y., Fieux, F., Renault, A., Thuong, M., Chevret, S., & Azoulay, E. (2017). Clinicians' Perception and Experience of Organ Donation From Brain-Dead Patients. *Critical Care Medicine*, 45(9), 1489-1499. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000002581>

Cette étude quantitative de devis transversal* a été réalisée auprès de 90 unités de soins intensifs en France. L'objectif de cette étude est de comprendre les perceptions ainsi que l'expérience des médecins et des infirmières en soins intensifs vis-à-vis de la prise en charge d'un patient en état de mort cérébrale lors du don d'organes.

3'325 soignants provenant de 77 unités de soins différentes forment l'échantillon. La méthode d'échantillonnage* était non probabiliste*. Les données ont été récoltées à l'aide d'un questionnaire* conçu avec des questions fermées*, à l'exception de 2, pour lesquelles des options de réponses ont été proposées grâce à une échelle de type Likert*. 128 coordinateurs de transplantation de différents centres hospitaliers ont été informés par courrier de cette étude et parmi eux, 90 ont répondu favorablement. Les coordinateurs de chaque équipe de soins intensifs ont distribué les questionnaires aux médecins et aux infirmières de l'unité. Ces questionnaires ont été récoltés à l'aide d'une boîte anonyme et retournés au centre de coordination de l'étude.

Concernant l'analyse des données, les variables* qualitatives ont été décrites sous forme de nombre et les variables quantitatives sous forme de médiane*. Les réponses contradictoires ont été retirées de l'étude. Les variables catégorielles* ont été comparées grâce au test de chi carré* ou avec l'aide du test exact de Fischer. Pour les variables continues*, le test de Wilcoxon rank-sum* a été employé lorsque 2 groupes étaient comparés et le test de Kruskal-Wallis* a été utilisé pour une comparaison de plus de 2 groupes.

Une approche d'exploration du texte a permis d'étudier les questions avec des commentaires, des mots-clés ont été créés avec les mots qui apparaissaient plus de 3 fois. 2 modèles logistiques multivariés ont été adaptés aux facteurs associés aux expériences vécues. Un test de permutation a permis de chercher un effet de centre. Il y a eu vérification de la log-linéaire et les variables non log-linéaires ont été catégorisées. Tous les tests étaient bilatéraux et les valeurs p^* inférieures à 0,05 considérées comme significatives. Les analyses ont été réalisées à l'aide d'un logiciel statistique R version 32.0.

Les résultats de cette étude ont démontré qu'il existe 3 catégories* concernant l'expérience et les perceptions des professionnels de la santé au sujet du don d'organes. Un cinquième des participants ont perçu le don d'organes comme stressant, près de la moitié comme motivant et plus d'un tiers comme neutre. Les soignants considérant le don d'organes comme motivant, le perçoivent comme professionnellement moins complexe et développent que la notion de mort cérébrale est relativement facile à expliquer aux proches. Au contraire, les soignants voyant le don d'organes comme stressant, évoquent avoir des difficultés avec le concept* de mort cérébrale ainsi qu'au niveau émotionnel lors du passage des soins curatifs au don d'organes. Il est également démontré que 6 domaines peuvent influencer les perceptions et l'expérience des soignants quant au don d'organes : l'importance du don d'organes dans leur unité de soins intensifs, la compréhension du concept de mort cérébrale, l'expérience de la prise en charge des proches d'un patient en état de mort cérébrale, l'expérience professionnelle concernant le don d'organes, les sentiments personnels vis-à-vis du don d'organes ainsi que les caractéristiques sociodémographiques.

4.1.1 Validité méthodologique

Un devis transversal permet d'étudier la fréquence d'un événement en examinant plusieurs groupes dans un même laps de temps, il permet d'analyser des réactions à certains événements. (Fortin & Gagnon, 2016, p. 218) Dans le cas de cette étude, ce type de devis était judicieux au vu de la grandeur de l'échantillon, il a notamment permis de comparer plusieurs pratiques de différents établissements pour en ressortir les points communs et en obtenir des résultats utilisables.

Concernant l'échantillonnage non probabiliste, il a permis de recenser un grand nombre de participants, cependant, il y a eu une attrition, 66 questionnaires n'ont pas été retournés. Puisque les membres de l'échantillon provenaient de 77 hôpitaux différents, la représentativité est plus importante.

Cette étude a été approuvée par le comité d'évaluation de l'éthique des projets de recherche biomédicale ainsi que par la commission nationale de l'informatique et des libertés. Chaque questionnaire a été retourné dans une enveloppe scellée pour garantir l'anonymat des participants.

Concernant la méthode de collecte des données, le questionnaire utilisé a été testé au préalable de l'étude et des modifications ont été effectuées quant à la clarté des questions afin d'obtenir des résultats plus précis. L'utilisation d'une échelle de type Likert permet de connaître si les participants sont en accord ou en désaccord avec les énoncés choisis par les chercheurs sur un sujet en particulier. Ce type de questions permet une analyse simplifiée. (Fortin & Gagnon, 2016, p. 333)

L'utilisation du test chi carré permet de comparer des fréquences et ainsi de comprendre une relation ou une différence liée à un événement. Le test de Wilcoxon rank-sum compare des moyennes entre 2 groupes. Le test de Kruskal-Wallis, quant à lui, compare des moyennes entre plus de 2 groupes indépendants. L'association de ces différents tests a permis de créer des catégories afin de mieux comprendre les expériences vécues et les facteurs les influençant mais surtout d'appréhender si ces phénomènes étaient indépendamment liés.

Les résultats de cette étude ont démontré que le personnel soignant percevait le processus de don d'organes comme stressant ou motivant. Il est aussi prouvé que 6 domaines ont une influence sur cette perception. Les professionnels les plus jeunes ($p < 0,001$) et potentiellement donneurs d'organes eux-mêmes ($p < 0,001$) considèrent le don d'organes comme motivant. Ils n'ont pas remarqué une incohérence entre leurs sentiments concernant le don d'organes et leur activité professionnelle ($p < 0,001$), ils ont également moins déclaré que le don d'organes n'était pas une priorité dans leur unité de soins et, par ailleurs, ils disposaient d'une expérience liée à la participation des réunions entre l'équipe soignante et les proches. En ce qui concerne les professionnels qui perçoivent le don d'organes comme stressant, ils étaient plus âgés ($p < 0,001$), il s'agissait plus souvent d'infirmières que de médecins ($p < 0,001$), ils considéraient le don d'organes comme étant émotionnellement complexe ($p < 0,001$) et estimaient que la relation avec les proches est compliquée ($p < 0,001$). Les valeurs p se révèlent toutes inférieures à 0,05, ce qui signifie que les résultats sont significatifs*.

4.1.2 Pertinence clinique et utilité pour la pratique professionnelle

Les résultats de cette étude montrent qu'il serait nécessaire de mettre en place des interventions au sein même des unités de soins intensifs. En offrant, par exemple, une formation supplémentaire plus spécifique au don d'organes, en augmentant l'importance que porte une unité de soins intensifs au don d'organes ou encore en mettant en place des groupes de soutien. Ces éléments pourraient ainsi permettre d'améliorer les expériences vécues par le personnel soignant, ce qui a une importance considérable et un impact sur leur travail. En effet, davantage le personnel soignant sera préparé au don d'organes, mieux il pourra prendre en charge les familles et ainsi exercer un effet positif sur l'évolution du taux de consentement au don d'organes.

4.2 Description de l'étude 2

Simonsson, J., Keijzer, K., Södereld, T., & Forsberg, A. (2020). Intensive critical care nurses' with limited experience : Experiences of caring for an organ donor during the donation process. *Journal of Clinical Nursing (John Wiley & Sons, Inc.)*, 29(9/10), 1614-1622. ccm. <https://doi.org/10.1111/jocn.15195>

Cette étude qualitative phénoménologique est disciplinaire, elle a été réalisée auprès des unités de soins intensifs de différents hôpitaux en Suède. L'objectif principal de cette étude est de décrire comment les infirmières en unités de soins intensifs et critiques, qui ont une expérience limitée, vivent les soins prodigués aux donneurs d'organes lors du processus de don.

L'échantillonnage de cette étude est non probabiliste et a été réalisé par choix raisonné*, ce qui signifie que tous les participants ont été sélectionnés grâce à des critères d'inclusion. Ces critères sont les suivants : les participants doivent avoir une formation spécialisée en soins intensifs et critiques, une expérience en tant qu'infirmière spécialisée de moins de 3 ans et avoir participé au processus de don d'organes au moins une fois. Un seul critère d'exclusion a été fixé, les participants ne devaient pas avoir participé au processus de don d'organes plus de 3 fois. Après avoir contacté les chefs de service afin d'obtenir leur approbation concernant le projet, des lettres ont été envoyées aux participants potentiels, qui étaient au nombre de 13. Seul 4 femmes et 3 hommes âgés entre 26 et 37 ans ont accepté de participer à cette étude. Tous ont travaillé en tant qu'infirmière en soins intensifs durant une période allant de 10 mois à 2,5 ans et sont diplômés depuis 1,5 an au minimum et 12 ans au maximum.

La collecte de données* s'est effectuée sous forme d'entretiens semi-structurés* d'une durée d'environ 30 minutes. Lors de ces entrevues, un guide avec des questions ouvertes* a été présenté comme ligne de conduite pour que les participants puissent décrire leur expérience ouvertement. Dans le but d'obtenir plus de détails, des questions exploratoires ont également été posées. Ces entretiens ont été enregistrés afin de permettre une retranscription plus précise. Le lieu et l'heure de l'entretien ont été fixés en collaboration avec les participants. 4 entretiens ont été réalisés en face à face sur les lieux de travail et 3 par appel téléphonique en raison de la distance géographique. Les données ont ensuite été analysées grâce à une approche qualitative inductive*. Le premier ainsi que le second auteur ont retranscrit les textes, tout en prenant soin de noter les émotions des participants. Pour comprendre au mieux le contenu et le sens, les textes ont été lus à plusieurs reprises. Ensuite, une analyse de contenu* a été effectuée et 5 thèmes* sont ressortis.

Les résultats de cette étude ont démontré que selon les infirmières en soins intensifs et critiques, le processus de don d'organes est émotionnellement difficile. Les participants expliquent que l'expérience en tant qu'infirmière spécialisée ne facilite pas la prise en charge d'un patient donneur d'organes. Par ailleurs, l'une des difficultés relevées est liée à l'information et au soutien des proches. Ces infirmières souhaiteraient avoir la possibilité de participer au processus de don d'organes avant d'en être responsable de manière autonome. Les résultats ont conclu qu'il serait nécessaire de poursuivre les recherches afin d'améliorer la compréhension du don d'organes, en particulier concernant les discussions entre les infirmières et les proches.

4.2.1 Validité méthodologique

L'approche phénoménologique vise à concevoir la compréhension et la description d'une expérience vécue par un individu. Elle s'intéresse à la nature et au sens que cet individu peut donner à un phénomène. (Fortin & Gagnon, 2016, p. 191) Elle a permis d'étudier la signification des expériences des infirmières telles qu'elles ont été vécues.

L'échantillonnage de cette étude est non probabiliste par choix raisonné, c'est-à-dire que les participants ont été sélectionnés en fonction de critères spécifiques, ce qui apporte une meilleure qualité à l'échantillon, car les données recueillies sont plus significatives et précises. Au contraire, le nombre de participants a constitué une limite pour cette étude et les infirmières ayant souhaité participer à l'étude ont montré un plus grand intérêt que les participants sélectionnés, ce qui peut être un biais* de sélection. En conséquence, la population choisie peut être non-représentative.

Les personnes responsables des différents hôpitaux ont donné leur accord concernant cette étude. Des examinateurs d'un comité d'éthique d'une université l'ont approuvée. Le sujet de cette étude ne nécessite pas un examen éthique en ce qui concerne la loi suédoise. Tous les participants ont reçu un courrier informatif concernant le but, la méthode, la confidentialité ainsi que le droit de retrait de la recherche et ont donné leur consentement éclairé.

Le but des entretiens semi-dirigés définit que le chercheur essaye de comprendre la signification d'un événement vécu par les participants. Pour cela, il peut contrôler, en partie, l'entretien à l'aide d'un questionnaire permettant de suivre une ligne de conduite afin que l'objectif soit atteint et aussi pour éviter la formation de biais. (Fortin & Gagnon, 2016, p. 320) Dans cette étude, un guide avec des questions ouvertes a été utilisé, cependant, la construction de ce guide n'est pas connue, ce qui peut former un biais.

Concernant la méthode d'analyse, les auteurs ont appliqué l'analyse de contenu. Pour cela, ils ont ressorti des unités de sens qui répondaient à l'objectif de l'étude et ils ont ensuite développés des codes* (n=20) dans le but de catégoriser les différentes significations. La création de catégories est la phase la plus complexe pour les chercheurs mais également la plus créative car elle permet une analyse plus approfondie. (Fortin & Gagnon, 2016, p. 362) Par la suite, cette catégorisation a permis de fusionner les unités de sens avec un contenu similaire, des thèmes et sous-thèmes ont alors été formés, ce qui a augmenté le niveau d'abstraction. Lorsque la fusion n'était plus possible, 5 thèmes en sont ressortis.

Aucune information n'a émergé du dernier entretien et il y eut une saturation des données*. Afin de renforcer la crédibilité* de cette étude, la triangulation des enquêteurs a été adoptée. Ce principe signifie que les chercheurs ont analysé et interprété les résultats ensemble. Cette technique permet d'obtenir une crédibilité des interprétations* plus renforcée. (Fortin & Gagnon, 2016, p. 377)

4.2.2 Pertinence clinique et utilité pour la pratique professionnelle

Cette étude a montré que le processus de don d'organes est très complexe et qu'il peut entraîner des difficultés psychologiques pour les infirmières en soins intensifs en charge de celui-ci. Les participants expliquent que l'expérience en tant qu'infirmière spécialisée ne facilite pas la prise en charge d'un patient donneur d'organes. Il est prouvé qu'il existe un besoin de formation complémentaire. Les infirmières en unités de soins intensifs expliquent que les éléments théoriques concernant le don d'organes sont insuffisants lors de la formation spécialisée. La place du don d'organes est plus importante que ce qu'elles avaient pu imaginer. C'est pourquoi une formation sur l'entretien avec la famille et sur les aspects éthiques est souvent demandée dans les services de soins intensifs.

4.3 Description de l'étude 3

Cavalcante, L. de P., Ramos, I. C., Araújo, M. Â. M., Alves, M. D. dos S., & Braga, V. A. B. (2014). Nursing care to patients in brain death and potential organ donors. *Acta Paulista de Enfermagem*, 27(6), 567-572. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201400092>

Cette étude descriptive qualitative* a été réalisée dans un hôpital de Fortaleza au Brésil. L'objectif premier est d'analyser le point de vue des infirmières en ce qui concerne les soins apportés aux patients en état de mort cérébrale et potentiellement donneurs d'organes.

L'échantillonnage de cette étude est non probabiliste accidentel ou par convenance*. Les participants ont été sélectionnés en fonction de leur lieu de travail, c'est-à-dire un hôpital de la ville de Fortaleza mais aussi grâce à un critère d'inclusion qui était : les participants devaient travailler dans cette institution depuis au moins 6 mois. Ils étaient au nombre de 30 dont 28 femmes et 2 hommes. Tous étaient âgés entre 20 et 60 ans, 17 avaient une durée de formation inférieure à 5 ans, 12 étaient spécialisés en soins intensifs et 3 avaient une formation en transplantation.

Les données ont été récoltées lors d'entretiens, à l'aide d'un questionnaire structuré. Une partie de celui-ci se renseignait sur les informations telles que le sexe, l'âge, l'ancienneté et la formation dans le domaine de la transplantation. La deuxième partie consistait en des questions ouvertes portées sur l'expérience du don d'organes. Les entretiens ont été enregistrés puis retranscrits et ensuite une analyse de contenu a été effectuée.

Les résultats de cette étude ont été classés en 2 sous-catégories : la dimension technique des soins infirmiers au donneur d'organes potentiel et la dimension bioéthique des soins infirmiers au donneur d'organes potentiel. La dimension technique comprend plus spécifiquement les protocoles ainsi que les soins visant à surveiller et à maintenir les organes viables pour le processus de transplantation. Quant à la dimension bioéthique, elle considère plutôt les aspects de relations interpersonnelles avec les patients et les familles.

Il existe une préoccupation quant aux procédures de maintien hémodynamique des patients en état de mort cérébrale. La prise en charge d'un patient en état de mort cérébrale est spécifique car l'objectif des soins n'est plus un traitement curatif mais il sera axé sur le maintien hémodynamique. Il est expliqué que certaines infirmières avouent ne pas donner la priorité à ces patients parce qu'elles considèrent que les patients dont le pronostic vital n'est pas engagé, sont plus importants que les potentiels donneurs d'organes. Le fait qu'elles se trouvent face à une situation de soins irréversible les poussent à prendre leurs distances.

Ces infirmières mentionnent que l'abandon des soins à ces patients n'est pas associé à de la négligence mais à de l'ignorance ainsi qu'à un manque de préparation psychologique et émotionnelle afin de faire face à ces situations. Il est également démontré que ces attitudes ont des répercussions sur le processus de don d'organes car cela peut nuire à l'obtention d'un consentement de la part de la famille mais aussi de la perte d'organes viables. En ce qui concerne la dimension bioéthique, les infirmières se trouvent face à un dilemme lorsqu'elles prennent en charge un patient considéré comme mort et pouvant rendre la vie d'un autre patient possible. C'est une notion qui est aussi difficile à gérer car le donneur d'organes est considéré comme un patient vivant mais à la fois cliniquement mort. De ce point de vue, les infirmières expriment également souffrir de la relation avec la famille car elles doivent remplir leur rôle de professionnel à un moment où elles sont vulnérables et où elles souhaiteraient s'éloigner pour s'auto-préserver. Cependant, associer la prise en charge de la famille du donneur au même titre que celle du patient reste essentiel pour un bon déroulement du processus de don d'organes.

4.3.1 Validité méthodologique

La recherche descriptive qualitative permet de décrire un phénomène sans utiliser une méthodologie particulière. La description qualitative est une méthode qui concède aux chercheurs de moins se fixer sur l'interprétation car il n'est pas demandé que les données soient analysées avec précision. Cependant, les données ne sont pas moins valables pour autant. « Cette méthode est idéale pour décrire les expériences personnelles et les réponses à un événement ou à une situation. » (Fortin & Gagnon, 2016, p. 200) Cette méthode a permis d'observer mais également de chercher à comprendre l'expérience qu'ont vécue les infirmières s'occupant de patients en état de mort cérébrale, donneurs d'organes.

En ce qui concerne l'échantillonnage de cette étude, il est non probabiliste accidentel ou par convenance. Ce qui signifie que les participants ont été choisis parmi des infirmières travaillant dans un hôpital en particulier mais également à l'aide d'un critère d'inclusion. Il est possible qu'un biais se forme avec ce type d'échantillonnage car les participants sont tous volontaires, ce qui entraîne une non-représentativité de la population générale. (Fortin & Gagnon, 2016, p. 269) Dans cette étude, les chercheurs avaient un seul critère d'inclusion, qui était le suivant : les participants devaient travailler dans l'hôpital en question depuis au moins 6 mois car les chercheurs considèrent que les professionnels sont adaptés à l'environnement et à l'expérience de l'assistance aux patients donneurs d'organes après une période de 6 mois.

Tout au long de cette étude, les normes nationales et internationales d'éthique dans le domaine de la recherche comprenant des êtres humains ont été respectées.

En ce qui concerne l'étude descriptive qualitative, l'une des méthodes de collecte de données la plus utilisée est les entretiens dirigés* ou semi-dirigés. Ils cherchent à comprendre la signification d'une expérience vécue par un individu, pour s'aider, les chercheurs peuvent employer un questionnaire afin de suivre une ligne de conduite mais aussi dans le but d'éviter la formation de biais. (Fortin & Gagnon, 2016, p. 320) Pour cette étude, les chercheurs ont réalisé les entretiens à l'aide d'un questionnaire. Aucune information concernant l'origine ou la construction du questionnaire n'a été donné. Le questionnaire était construit en 2 parties, la première se renseignait sur le sexe, l'âge, l'ancienneté et la formation dans le domaine de la transplantation des participants. La deuxième était composée de questions ouvertes qui portées sur l'expérience des infirmières s'occupant d'un patient en état de mort cérébrale, donneur d'organes.

L'analyse de contenu est l'analyse la plus souvent utilisée lors d'une recherche descriptive qualitative. Elle peut s'appuyer sur une théorie ou un cadre particulier. Dans cette étude, les auteurs n'ont utilisé aucun modèle*. Cette analyse comprend un traitement du contenu des données dans le but de découvrir les thèmes prédominants et les tendances qui en ressortent. (Fortin & Gagnon, 2016, p. 364) Dans la construction des résultats, les chercheurs ont conclu à 2 sous-catégories : la dimension technique et la dimension bioéthique des soins infirmiers au donneur d'organes potentiel.

4.3.2 Pertinence clinique et utilité pour la pratique professionnelle

Cette étude démontre qu'il est primordial de bien préparer les infirmières en soins intensifs à une prise en charge d'un patient en état de mort cérébrale, donneur d'organes car divers éléments techniques et éthiques sont complexes et risque d'entraver le processus de don d'organes.

L'étude provenant du Brésil pourrait amener à un questionnement en ce qui concerne la transférabilité* des résultats au niveau de la Suisse. Néanmoins, les lois suisses et brésiliennes concernant le diagnostic de mort cérébrale et le consentement au don d'organes paraissent semblables. En effet, comme en Suisse, au Brésil, le consentement au don d'organes n'est pas présumé, depuis son abolition en 1998. Ces éléments pourraient ainsi laisser envisager que les résultats de cette étude soient transférables au niveau suisse. (Csillag, 1998)

4.4 Description de l'étude 4

Victorino, J. P., Mendes, K. D. S., Westin, Ú. M., Magro, J. T. J., Corsi, C. A. C., & Ventura, C. A. A. (2019). Perspectives toward brain death diagnosis and management of the potential organ donor. *Nursing Ethics*, 26(6), 1886-1896. ccm. <https://doi.org/10.1177/0969733018791335>

Cette étude qualitative phénoménologique a été réalisée dans un hôpital de la région de Sao Paulo au Brésil. L'objectif principal cherche à reconnaître et à discuter des différentes significations et expériences des infirmières ainsi que des médecins d'une unité de soins intensifs au sujet du diagnostic de la mort cérébrale et du maintien des donneurs d'organes à des fins de transplantation.

L'échantillonnage a été effectué en face à face grâce à une invitation à participer. Les participants ayant répondu favorablement ont ensuite été amenés à signer un formulaire de consentement. L'échantillon est ainsi composé de 11 infirmières et de 5 médecins, travaillant tous dans l'unité de soins intensifs depuis 6 à 10 ans. Ils ont été choisis en fonction de leur rôle auprès des patients donneurs d'organes.

Les données ont été récoltées grâce à des entretiens semi-structurés. En ce qui concerne l'analyse, il s'agissait d'une analyse de contenu qui s'est déroulée en 3 étapes : la préanalyse, l'exploration du matériel et le traitement des résultats. Lors de la première phase, le contenu a été lu et ensuite retranscrit. Lors de la seconde étape, les données ont été organisées selon des catégories en fonction de thèmes. Pour finir, les résultats ont été analysés et traités.

Les résultats ont montré 2 catégories principales ainsi que 6 sous-catégories. La première implique les avis des participants concernant le diagnostic de mort cérébrale ainsi que les implications au niveau des aspects théoriques, cliniques, éthiques et juridiques. La deuxième, quant à elle, englobe le maintien du donneur d'organes en état de mort cérébrale et la répercussion dans le processus de transplantation.

Cette étude conclut que le diagnostic de mort cérébrale est considéré comme un outil d'aide à la décision et à la prise en charge de donneurs potentiels. Il permet d'être assuré au niveau de la loi, les participants expliquent qu'il est une source de protection pour les soignants mais surtout pour la famille aux différents niveaux éthique et juridique. Cependant, il existe encore des difficultés à établir ce diagnostic car il est jugé difficile par les médecins d'avoir la responsabilité de déclarer une personne comme étant morte.

De plus, le temps d'attente entre les tests cliniques permettant le diagnostic, déclenche également des conflits car les soignants signalent la complexité des soins à prodiguer à un patient en état de mort cérébrale qui est hémodynamiquement instable. Les professionnels sont conscients que la qualité des soins fournis a un impact sur l'obtention du consentement de la part de la famille. Une limite a été présente dans cette étude, la taille de l'échantillon est considérée comme petite et rend ainsi la généralisation difficile.

4.4.1 Validité méthodologique

La phénoménologie* s'intéresse à la compréhension et à la description de l'expérience telle qu'elle est vécue par les participants de l'étude. Elle cherche à connaître la nature et le sens que les individus donnent à un phénomène. « L'expérience humaine peut être un phénomène comme le deuil, la colère, l'insomnie, le fait de subir une chirurgie ou encore la prise en charge de quelqu'un. » (Fortin & Gagnon, 2016, p. 191) Ce type d'approche a permis à cette étude d'observer comment les médecins et les infirmières avaient vécu la prise en charge d'un patient donneur d'organes.

L'échantillonnage de cette étude est accidentel ou par convenance, c'est-à-dire que les participants sont choisis en fonction de leur disponibilité mais aussi de critères d'inclusion. Les chercheurs ont sélectionné, en face à face, des professionnels de la santé, travaillant dans une unité de soins intensifs d'un hôpital de Sao Paulo et ayant un diplôme en soins infirmiers ou en médecine. Ce type d'échantillonnage peut entraîner un biais car les participants ont tendance à contribuer au projet en fonction de leur intérêt pour celui-ci. Par conséquent, les sujets choisis ne peuvent pas être représentatifs* de la population, ce qui rend la généralisation compliquée. (Fortin & Gagnon, 2016, p. 269)

Tous les participants de l'étude ont signé un formulaire de consentement anonyme qui a été demandé et approuvé par le comité d'éthique de la recherche de l'université de Sao Paulo à Ribeirao Preto College of Nursing.

Lors d'un entretien semi-structuré, l'objectif est de comprendre la signification que peut donner un individu d'une expérience vécue. Pour cela, l'utilisation d'un questionnaire permet d'éviter la formation de biais mais surtout de suivre un fil conducteur afin de s'assurer d'aborder toutes les questions recherchées, dans le but d'atteindre l'objectif fixé. (Fortin & Gagnon, 2016, p. 320) Pour cette étude, le questionnaire a été élaboré par les chercheurs en s'appuyant sur l'examen de la législation et de la littérature concernant le thème.

Le questionnaire était composé de questions fermées en ce qui concerne les données sociales et professionnelles et de questions ouvertes pour ce qui est de l'expérience vécue au sujet de la prise en charge d'un patient donneur d'organes. Il était également différent en fonction de la profession, médecins ou infirmières. Malheureusement aucune donnée informe si le questionnaire a été testé avant cette étude, ni comment il a été construit.

En ce qui concerne la méthode d'analyse des données, les chercheurs ont utilisé une analyse de contenu. « Ce type d'analyse consiste à traiter le contenu des données narratives de manière à en découvrir les thèmes saillants et les tendances qui s'en dégagent. » (Fortin & Gagnon, 2016, p. 364) Pour cela, les chercheurs ont d'abord effectué une préanalyse en lisant à plusieurs reprises le contenu des entretiens. Puis, ils ont réalisé une exploration du matériel, c'est-à-dire que les données ont été organisées grâce à des catégories ou sous-catégories pour ensuite être analysées et traitées. Pour ce type d'analyse, la crédibilité peut être évaluée en fonction de la représentativité des catégories. Néanmoins, aucun test n'a été utilisé pour vérifier la significativité des données. Une seule limite a été identifiée dans cette étude, elle concerne la taille de l'échantillon qui est petit et peut donc remettre en cause la généralisation des résultats.

4.4.2 Pertinence clinique et utilité pour la pratique professionnelle

Les résultats de cette étude démontrent que le diagnostic de mort cérébrale est considéré comme une aide à la prise en charge des patients potentiellement donneurs d'organes car il assure un point de vue éthique et juridique. Toutefois, la difficulté reste présente lors de la prise de décision de diagnostiquer un patient comme étant en mort cérébrale car il s'agit d'une tâche lourde de responsabilité. Au niveau infirmier, le personnel est conscient que la qualité des soins a un effet sur l'accord de la famille pour l'octroi de son consentement. Cependant, il est parfois difficile pour eux d'effectuer des soins sur une personne considérée en état de mort cérébrale car son état est particulièrement instable. Tous ces éléments peuvent participer au développement de méthodes éducatives visant à compléter les connaissances dans le domaine de la mort cérébrale, notamment en ce qui concerne la pose de diagnostic et les soins prodigués.

Cette étude a été réalisée au Brésil, ce qui pourrait remettre en question la transférabilité au niveau de la Suisse. Cependant, comme mentionné dans l'étude précédente, les lois concernant le diagnostic de mort cérébrale et le consentement au don d'organes révèlent des points similaires à celles appliquées en Suisse.

4.5 Description de l'étude 5

Yazdi Moghaddam, H., Manzari, Z. S., Heydari, A., & Mohammadi, E. (2018). Explaining nurses' experiences of caring for brain dead patients : A content analysis. *Electronic Physician*, 10(8), 7205-7216. <https://doi.org/10.19082/7205>

Cette étude qualitative phénoménologique est disciplinaire, elle a été réalisée dans 3 villes en Iran. L'objectif principal est de comprendre l'expérience mentale des infirmières dans la prise en charge des patients en état de mort cérébrale.

L'échantillonnage de cette étude a été effectué entre mars 2014 et juin 2016. Les participants ont été recrutés parmi des infirmières travaillant dans des hôpitaux universitaires de 3 villes en Iran. Les chercheurs ont utilisé les critères d'inclusion suivants : infirmières diplômées, ayant au minimum un an d'expérience dans une unité de soins intensifs, ayant déjà pris en charge un patient en état de mort cérébrale et étant disposées à contribuer à l'étude ainsi qu'à partager leur expérience. Seul des antécédents de maladies psychiatriques ou de dépression sont un critère d'exclusion. L'échantillonnage s'est poursuivi jusqu'à une saturation des données, soit après avoir interrogé 10 femmes et 8 hommes âgés de 28 à 50 ans et ayant entre 2 et 17 ans d'expérience. Cependant, 3 entretiens supplémentaires ont été menés pour s'assurer de la sureté des données.

En ce qui concerne la collecte des données, les chercheurs ont effectués des entretiens semi-structurés avec des questions principalement ouvertes. Chaque entretien a été traité par le premier auteur, a duré entre 40 et 95 minutes et a été enregistré à l'aide d'un enregistreur sonore.

La méthode d'analyse choisie pour cette étude est une analyse de contenu qualitative. Pour cela, les entretiens ont été retranscrits en prenant note de la communication non verbale des participants. La transcription de ces entretiens a été lue à plusieurs reprises pour en comprendre l'ensemble. Ensuite, les données ont été traitées mot par mot pour déduire les concepts clés, la création d'unités a ainsi permis la création de codes. Ceux similaires ont été rassemblés pour constituer des catégories ou des thèmes. Les catégories ont été corrigées lors de l'avancée de l'étude avec les informations recueillies lors des entretiens supplémentaires. Pour finir, des définitions pour chaque thème et sous-thème ont été établies.

Une limite est ressortie de cette étude, tous les participants venaient de seulement 3 hôpitaux différents et cela peut ne pas être représentatif de toutes les infirmières du pays.

La conclusion de cette étude démontre que les infirmières ont un rôle important auprès des donneurs d'organes et qu'ignorer leurs besoins pourrait avoir des conséquences sur la prise en charge et la qualité des soins fournis à leurs patients ainsi que sur la préservation de leurs organes. Il serait alors recommandé de mettre en place une formation et un programme de soutien concernant la prise en charge d'un patient en état de mort cérébrale et le don d'organes, car plus les infirmières seront soutenues et préparées à ces événements, meilleure sera la prise en charge.

4.5.1 Validité méthodologique

L'approche phénoménologique tente de comprendre la compréhension et la description d'une expérience vécue par un individu. Elle cherche à connaître la nature et le sens que cet individu peut donner à un phénomène. (Fortin & Gagnon, 2016, p. 191) Cette approche a permis d'étudier la signification des expériences des infirmières telles qu'elles ont été vécues auprès des patients en état de mort cérébrale.

L'échantillonnage de cette étude est accidentel ou par convenance, cela signifie que les participants ont été sélectionnés parmi des infirmières travaillant dans des hôpitaux universitaires mais également grâce à des critères d'inclusion. Un biais peut se former avec cet échantillonnage car il correspond à une recherche de volontaires dans un lieu précis. Les sujets pouvant choisir de participer ne sont alors pas représentatifs de la population générale. (Fortin & Gagnon, 2016, p. 269)

Un comité d'éthique de l'université des sciences médicales de Mashhad a approuvé cette étude. Tous les participants ont donné un consentement éclairé par écrit et ont reçu des informations quant à la recherche et ses objectifs. La confidentialité des données, leur participation volontaire ainsi que le droit de retrait leur ont été assurés. Des autorisations ont été obtenues pour l'enregistrement des entretiens.

Les entretiens semi-structurés ont pour objectif d'interpréter la signification que donne un individu à un événement qu'il a vécu. Pour y arriver, le chercheur peut employer un questionnaire lui permettant de suivre une ligne directrice afin de s'assurer que l'objectif de l'entretien soit atteint. L'utilisation d'un questionnaire peut également éviter la création de biais. (Fortin & Gagnon, 2016, p. 320) Pour cette étude, un questionnaire composé de questions ouvertes a été utilisé, néanmoins aucune information concernant la provenance ou la construction du questionnaire n'est donné, ce qui peut constituer un biais.

Les chercheurs ont utilisé une analyse de contenu pour cette étude. Cette analyse contient un traitement du contenu des données dans le but de découvrir les thèmes prédominants et les tendances qui en ressortent. (Fortin & Gagnon, 2016, p. 364) Pour cela, les chercheurs ont d'abord procédé à une lecture approfondie, en lisant à plusieurs reprises le contenu des entretiens. Puis, les données ont été organisées grâce à des catégories ou sous-catégories pour ensuite être analysées. La fiabilité* des données permet d'évaluer leur intégrité ainsi que leur stabilité* dans des conditions différentes. Si une étude n'est pas fiable, la crédibilité est alors mise en doute. Pour vérifier cela, les chercheurs de cette étude ont utilisé les critères de Lincoln et Guba. Une technique de vérification par les membres* a permis d'obtenir une crédibilité. Les transcriptions des entretiens, les unités analytiques* ainsi que les codes ont été présentés aux participants dans le but d'avoir leur confirmation. Un co-chercheur et des professeurs dans le domaine de la recherche ont également vérifié ces données. La variance* maximale de l'échantillonnage a permis de valider la transférabilité des données. Le temps à disposition et les relations avec les participants ont également permis d'augmenter la crédibilité des résultats ainsi que des examens et analyses sur un long terme.

4.5.2 Pertinence clinique et utilité pour la pratique professionnelle

Cette étude a une grande pertinence clinique car la crédibilité ainsi que la fiabilité et la transférabilité ont été prouvées. Elle explique également que l'un des problèmes provient du manque de formation et de soutien quant à la prise en charge d'une personne en état de mort cérébrale ou du don d'organes. En proposant des pistes telles qu'une formation complémentaire ou un programme de soutien, les infirmières seront alors plus à l'aise avec ce type de prise en charge, les organes seront mieux préservés et le taux de don d'organes pourrait ainsi augmenter.

4.6 Description de l'étude 6

Tarabeih, M., & Bokek-Cohen, Y. (2020). Between health and death : The intense emotional pain experienced by transplant nurses. *Nursing Inquiry*, 27(2), 1-8. ccm. <https://doi.org/10.1111/nin.12335>

Cette étude qualitative phénoménologique est disciplinaire, elle a eu lieu à Tel Aviv, en Israël, avec la participation de 10 coordinateurs en transplantation. L'objectif de cette étude est de décrire les aspects émotionnels des coordinateurs en transplantation pouvant avoir un impact sur le processus de transplantation ainsi que sur leur bien être psychologique.

L'échantillonnage de cette étude est non probabiliste par choix raisonné. Les participants ont été sélectionnés grâce à des critères d'inclusion. Ils devaient avoir une ancienneté d'au moins 20 ans en tant que coordinateur en transplantation et présenter leur consentement. Le recrutement* s'est fait par appel téléphonique, 20 coordinateurs ont été contactés mais seulement 10 répondaient aux critères. Des entretiens semi-structurés ont été réalisés au domicile des participants, ils ont été enregistrés puis retranscrits. La première et la dernière question étaient précises, les questions supplémentaires étaient plus ou moins libres en fonction de la tournure de l'entretien. Les données ont été analysées grâce à la théorie du récit et de l'interprétation selon Ricoeur.

Les résultats illustrent qu'il existe 2 sources de détresse morale, de douleur émotionnelle et psychologique vécues par les coordinateurs en transplantation : les difficultés rencontrées lors de la création d'une relation de confiance avec la famille du défunt à qui l'on demande un consentement au don d'organes ainsi que les conflits éthiques liés à un don d'organes de personnes vivantes. Les coordinateurs disent souffrir émotionnellement de ces situations éthiquement complexes. En particulier lors de leur relation avec la famille des patients auprès desquels ils ne s'annoncent pas en tant que coordinateur de transplantation si la question ne leur est pas posée, cela provoque chez eux, un sentiment de culpabilité.

Des limites sont présentes : la petite taille de l'échantillon et la transférabilité de cette étude qui peut être entravée par divers éléments tels que le contexte culturel et religieux, le système de soins concernant le don d'organes et la loi sur le consentement en Israël.

4.6.1 Validité méthodologique

L'approche phénoménologique herméneutique* cherche à découvrir les significations cachées de la description d'un évènement par les participants, elle est centrée sur la signification de l'expérience vécue. (Fortin & Gagnon, 2016, p. 368)

L'échantillonnage de cette étude est non probabiliste par choix raisonné, cela signifie que des critères spécifiques ont permis la sélection des participants*, cela amène à une meilleure qualité de l'échantillon, car les données recueillies sont plus significatives et précises. Par ailleurs, le nombre de participants a présenté une limite pour cette étude car ceux-ci devaient avoir une expérience supérieure à 20 ans, par conséquent, il est possible que la population soit non-représentative.

Avant le début de l'étude, un accord éthique a été obtenu auprès de l'Academic College of Tel-Aviv Jaffa. L'anonymat a été assuré aux participants et ils ont été prévenus du droit d'interrompre leur participation à tout moment. Tous les participants ont signé un consentement éclairé au sujet de leur participation et de la publication des résultats de l'étude.

L'objectif lors d'un entretien semi-dirigé est de tenter d'interpréter la signification d'un événement tel qu'il est vécu par les participants. C'est pourquoi, le chercheur peut, en partie, guider l'entretien à l'aide de questions permettant de suivre une ligne de conduite pour atteindre l'objectif mais aussi afin d'éviter tout biais. Dans cette étude, la première et la dernière question étaient déjà établies avant le début de l'entretien, pour les questions supplémentaires, elles dépendaient de la tournure de l'entretien. L'utilisation de questions ouvertes permet au participant de répondre librement et à l'interlocuteur d'obtenir des informations plus détaillées, néanmoins, elles peuvent parfois être incomplètes, c'est pourquoi les questions supplémentaires sont notamment utiles. (Fortin & Gagnon, 2016, p. 330)

En ce qui concerne l'analyse des données, la théorie du récit et de l'interprétation de Ricoeur a permis d'analyser et d'interpréter les résultats. Cela s'est déroulé en 3 étapes. La première, la lecture naïve, consiste à lire plusieurs fois les données obtenues dans le but d'obtenir une vue d'ensemble, puis, au fur et à mesure de les comprendre. La deuxième étape aussi appelée analyse structurelle, vise à mieux comprendre le sens. Des unités de sens et de signification ont alors été créées ainsi que des thèmes et des sous-thèmes ont émergé. Seuls les thèmes principaux ont été validés.

Pour finir, la troisième et dernière étape est celle de l'interprétation critique et de la discussion. Pour cela des cadres théoriques ainsi que des résultats d'études similaires ont été utilisés, ce qui a amené à des recommandations pour la pratique et la recherche. Aucune triangulation* des données n'a été mentionnée, ce qui peut remettre en question la crédibilité de cette étude.

4.6.2 Pertinence clinique et utilité pour la pratique professionnelle

En ce qui concerne la détresse morale que vivent les coordinateurs en transplantation, elle pourrait être semblable à celle des infirmières aux soins intensifs car celles-ci sont aussi touchées par ces problèmes éthiques relatifs à la prise en charge d'un donneur d'organes et à la relation avec la famille. En effet, comme vu dans les résultats, les coordinateurs de transplantation ne sont pas obligés de dévoiler leur fonction auprès des familles ce qui entraîne beaucoup de culpabilité de la part des coordinateurs. Cependant, le contexte culturel et religieux différent de celui de la Suisse peut remettre en question la transférabilité de cette étude.

En effet, il est à relever qu'Israël est un pays multiculturel composé de multiples ethnies et de différentes religions (juifs, musulmans, chrétiens ou encore druzes) et que malgré la force économique du pays et des soins de santé bien organisés, le taux de don d'organes provenant de personnes décédées a toujours été relativement faible en comparaison avec la plupart des pays occidentaux, ceci étant principalement dû au refus courant fondé sur des objections religieuses. Effectivement, la religion a une place importante pour cette communauté et peut ainsi différer plus ou moins notablement à la situation de notre pays. (Ashkenazi et al., 2015)

4.7 Synthèse des principaux résultats

Une synthèse des résultats ressortant des différents articles analysés est bénéfique pour établir des liens avec la question de recherche.

Tout d'abord, les six études démontrent que la prise en charge d'un patient en état de mort cérébrale, donneur d'organes est délicate et demande une formation spécialisée. Les soins prodigués sont décrits comme stressants car les patients en état de mort cérébrale sont particulièrement instables sur le plan hémodynamique. De plus, il est ressorti que la notion de mort cérébrale peut être difficile à comprendre, elle se révèle également complexe à gérer car le donneur d'organes est considéré comme un patient vivant mais à la fois cliniquement mort. Ce qui parfois entraîne les soignants à négliger les soins auprès de ces patients, par un manque de connaissances. Cependant, le diagnostic de mort cérébrale est considéré comme un outil d'aide à la prise en charge des patients donneurs d'organes. Les infirmières sont conscientes que la qualité des soins fournis aux patients a un impact sur la viabilité des organes et que leur rôle auprès de la famille est crucial pour l'obtention du consentement au don d'organes. Néanmoins, elles expliquent que la relation avec la famille reste l'une des tâches les plus difficiles car elles doivent remplir leur rôle de professionnel à un moment émotionnellement complexe.

Quelques points plus spécifiques à chaque étude sont également ressortis.

La première étude montre que les soignants peuvent percevoir le don d'organes comme stressant ou comme motivant. Si le don est perçu de manière positive, il est expliqué que la notion de mort cérébrale est mieux acceptée. Au contraire, des difficultés sont rencontrées avec ce concept pour les infirmières qui considèrent le don d'organes comme stressant. Il est également prouvé que les perceptions et l'expérience des infirmières vis-à-vis du don d'organes peuvent être influencées par six domaines : l'importance que l'unité de soins intensifs porte sur le don d'organes, la compréhension du concept de mort cérébrale, l'expérience de la prise en charge des proches d'un patient en état de mort cérébrale, l'expérience professionnelle concernant le don d'organes, les sentiments personnels vis-à-vis du don d'organes ainsi que les caractéristiques sociodémographiques. (Kentish-Barnes et al., 2017)

Les résultats de la deuxième étude démontrent que le processus de don d'organes est émotionnellement difficile. Il est également expliqué que le nombre d'années d'expériences en tant qu'infirmière spécialisée ne facilitent pas la prise en charge d'un patient donneur d'organes. L'information et le soutien des proches sont perçus comme une difficulté.

Certaines infirmières souhaiteraient pouvoir participer au processus de don d'organes avant d'en être responsable de manière autonome. (Simonsson et al., 2020)

La troisième étude, quant à elle, explique que certaines infirmières avouent ne pas donner la priorité aux patients donneurs d'organes, elles expriment que l'abandon des soins n'est pas associé à de la négligence mais à de l'ignorance ainsi qu'à un manque de préparation psychologique et émotionnelle. Il est également exposé dans cette étude que leurs attitudes ont des répercussions sur le processus de don d'organes car cela peut nuire à l'obtention d'un consentement de la part de la famille et provoquer aussi la perte d'organes viables. (Cavalcante et al., 2014)

La quatrième étude exprime le fait que le diagnostic de mort cérébrale permet d'être assuré au niveau de la loi, qu'il est une source de protection pour les soignants mais surtout pour la famille aux niveaux éthique et juridique. Cependant, il existe encore des difficultés à établir ce diagnostic car les médecins jugent difficile d'avoir la responsabilité de déclarer une personne comme étant cliniquement morte. Le temps d'attente entre les tests cliniques permettant le diagnostic, déclenche également des conflits car les soignants signalent la complexité des soins à prodiguer à un patient en état de mort cérébrale, hémodynamiquement instable. (Victorino et al., 2019)

Les résultats de la cinquième étude expliquent que les infirmières en soins intensifs sont parfois blâmées par les familles des patients en état de mort cérébrale et que le système médical ne les soutient pas. Il est arrivé que face à des situations complexes vis-à-vis des familles, les infirmières soient accusées d'être responsables de la situation. Elles affirment également ressentir un sentiment de deuil et de frustration face à un patient en état de mort cérébrale. (Yazdi Moghaddam, Manzari, et al., 2018)

La sixième étude démontre que les coordinateurs en transplantation souffrent émotionnellement des situations éthiquement complexes que consistent le processus de don d'organes. Ils disent ressentir un sentiment de culpabilité car ils ne s'annoncent pas officiellement auprès de la famille, ils laissent croire qu'ils font partie de l'équipe infirmière. Les coordinateurs en transplantation ont quelquefois l'impression que la priorité est portée sur les organes du donneur plutôt que sur la prise en charge du patient et de la famille. Ils expliquent également que parfois la famille met des conditions au don d'organes, les coordinateurs se sentent alors coupables car ils doivent respecter ces conditions, au détriment des lois éthiques concernant le don d'organes. (Tarabeih & Bokek-Cohen, 2020)

5 Discussion

Dans cette revue de la littérature, l'objectif est de définir le rôle des infirmières en soins intensifs auprès d'un patient en état de mort cérébrale, potentiellement donneur d'organes et d'analyser les difficultés qu'elles peuvent rencontrer lors d'une telle prise en charge. L'impact psychologique que peut engendrer cette prise en charge a également été observé.

Les paragraphes ci-dessous présentent une interprétation des principaux résultats avec l'ajout de deux études complémentaires afin de les consolider. Ils dévoilent également la qualité et la crédibilité des évidences ainsi que les limites rencontrées dans cette revue de la littérature.

5.1 Discussion des résultats

Deux études supplémentaires ont permis de renforcer les résultats observés tout au long de ce travail. La première est une revue systématique*, datant de 2020, réalisée en Iran par Yazdi Moghaddam et al. La seconde est une analyse narrative effectuée également en Iran par Yazdi Moghaddam, Pouresmaeili, et al., en 2018.

Selon la revue systématique de Yazdi Moghaddam et al., (2020), il est démontré que les difficultés de compréhension relatives au diagnostic de mort cérébrale constituent un problème pour les infirmières en unités de soins intensifs. Elles engendrent un sentiment de confusion et d'hésitation, ce qui peut provoquer des conséquences négatives sur la prise en charge d'un patient donneur d'organes. Le manque de connaissances et le doute quant au rôle qu'ont les infirmières auprès de ces patients, restent des difficultés majeures pour le processus de don car cela peut affecter la préservation des organes. Le stress vécu lors de la prise en charge d'un patient en état de mort cérébrale peut également avoir un effet néfaste et ainsi entraîner des sentiments de désespoir et d'inefficacité chez les infirmières. Cette prise en charge et les interactions avec les proches sont perçues comme difficiles car les infirmières ne se sentent pas en mesure d'apporter un soutien émotionnel adéquat. Il est aussi expliqué que le contexte culturel ainsi que les croyances religieuses peuvent influencer et affecter le processus de don d'organes. Les auteurs de cet article ont également mentionné qu'il serait nécessaire de proposer une formation concernant les notions de mort cérébrale et de don d'organes afin d'améliorer les connaissances des soignants. Ils ont conclu que l'identification des difficultés et des incompréhensions, une formation adéquate ainsi qu'un programme de soutien pourrait améliorer considérablement la qualité des soins prodigués aux patients en état de mort cérébrale et par conséquent le processus de don d'organes dans son ensemble.

La seconde étude, dont le but était d'identifier et d'évaluer les difficultés rencontrées par les infirmières par rapport à la compréhension du concept de mort cérébrale, a montré qu'il existe un manque de compréhension vis-à-vis de ce concept de la part des soignants. Cette notion engendre du stress, de l'incertitude et de la confusion car le manque de connaissances conduit à une ambiguïté au sujet du statut du patient. En effet, celui-ci est considéré comme mort mais avec des organes vivants. Ce manque de compréhension a également un impact sur la relation avec la famille du patient car les infirmières éprouvent des difficultés à donner des renseignements sur l'état de leur proche, ce qui génère une source de stress supplémentaire. Les auteurs de cet article démontrent qu'il existe une relation significative entre les connaissances des infirmières et une attitude favorable au sujet du don d'organes. Un besoin de formation a également été démontré nécessaire car le manque de connaissances affecte négativement le don et la transplantation d'organes ainsi que le soutien aux familles. Les chercheurs ont conclu que les infirmières ont un rôle essentiel car elles sont constamment au chevet du patient et qu'elles peuvent ainsi repérer les symptômes d'une mort cérébrale et en informer le médecin mais également qu'elles sont présentes auprès de la famille. Une meilleure compréhension du concept de mort cérébrale pourrait ainsi réduire le stress psychologique des infirmières et améliorer la qualité des soins et par conséquent le processus de don d'organes. (Yazdi Moghaddam, Pouresmaeili, et al., 2018)

Pour conclure, les nouveaux éléments amenés grâce à ces deux études complémentaires prouvent que les infirmières en unité de soins intensifs ont un rôle essentiel dans la prise en charge des patients en état de mort cérébrale, donneurs d'organes et qu'ignorer leurs difficultés aurait des conséquences sur le bon déroulement du processus de don d'organes.

Comme présenté dans la première partie de ce travail, il en ressort que le rôle des infirmières en soins intensifs est essentiel et qu'il est nécessaire de ne pas négliger l'attention qui leur est portée. Ignorer leurs difficultés, que ce soit au niveau technique ou émotionnel, aurait des conséquences sur le bon déroulement du processus de don d'organes, tel que des refus de don ou la perte d'organes viables. Ces études démontrent également l'importance de l'expérience et d'une formation spécialisée pour garantir à la fois la qualité des soins et le bien-être du personnel soignant. La connaissance diminue le stress et le risque de burnout.

5.2 Discussion de la qualité et de la crédibilité des évidences

Les études analysées dans cette revue de la littérature datent, pour la plupart, entre 2017 et 2021, les résultats sont donc récents et actuels. Seule l'étude de Cavalcante et al., (2014) est parue en 2014. Toutes les études ont une méthodologie semblable, les six sont composées d'un résumé, d'une introduction, d'une section méthode, d'une partie résultats, d'une discussion et d'une conclusion.

La pyramide des preuves de la Haute Autorité de Santé (2013) a été employée afin de définir le niveau de preuve de ces études. Elles se situent toutes dans un niveau de preuves IV, ce qui représente un niveau de preuves scientifiques faible.

Toutes les études ont été réalisées avec un échantillonnage non probabiliste, ce qui a amené à des échantillons de petite taille, seule la première étude de Kentish-Barnes et al., (2017) dispose d'un échantillon de grande taille. La dimension de ces échantillons peut alors remettre en question la transférabilité des résultats et peut signifier que l'échantillon n'est pas représentatif de la population.

Concernant la crédibilité des résultats qualitatifs, pour les études de Cavalcante et al., (2014), Victorino et al., (2019) et Tarabeih & Bokek-Cohen, (2020) aucun test pour les vérifier n'a été effectué. L'étude de Simonsson et al., (2020) a atteint une saturation des données et a mis en place une triangulation des enquêteurs pour renforcer la crédibilité. Pour l'étude de Yazdi Moghaddam et al., (2018), les chercheurs ont fait référence aux critères de Lincoln et Guba ainsi qu'à une vérification par les membres dans le but de vérifier la crédibilité de leur étude. Concernant l'étude quantitative de Kentish-Barnes et al., (2017), les valeurs p se sont révélées significatives.

Il est également remarqué qu'il existe une cohérence entre les articles analysés car il est ressorti dans les résultats de chacune de ces études, des éléments comparables.

5.3 Limites et critiques de la revue de la littérature

Pour la réalisation de cette revue de la littérature, trois bases de données ont été consultées pour la recherche d'articles. Toutefois, les six articles proviennent essentiellement de Pubmed et Cinahl. Des études provenant d'autres bases de données auraient pu augmenter la qualité d'analyse de ce travail. De plus, la limite de date de publication ainsi que la disciplinarité ont considérablement réduit le nombre d'études et ont ainsi constitué une limite pour ce travail. En effet, seules trois études sur six sont de discipline infirmière et une étude date de 2014.

Une autre limite est liée à la provenance des études, malheureusement aucune n'a été effectuée en Suisse. Néanmoins, malgré les provenances étrangères des études (France, Suède, Brésil, Iran et Israël), les résultats tendent à être transférables pour la Suisse car les systèmes de santé paraissent similaires. Cependant, certains résultats peuvent être relatifs pour la Suisse car ils peuvent être influencés par la dimension culturelle, propre à chaque pays, par exemple pour les études provenant d'Iran ou d'Israël qui ont une culture relativement différente et d'autres religions.

6 Conclusions

Ce travail a permis de mettre en évidence les difficultés rencontrées par les infirmières de soins intensifs lors de la prise en charge d'un patient en état de mort cérébrale, donneur d'organes, et de reconnaître l'importance de leur rôle dans cette prise en charge. En fonction des résultats obtenus, des améliorations et des pistes concernant la pratique, la formation ainsi que la recherche sont proposées ci-après.

6.1 Propositions pour la pratique

Dans ce travail, il a été relevé que la prise en charge d'un patient en état de mort cérébrale, donneur d'organes est spécifique et compliquée et qu'elle nécessite une formation spécialisée. De ce fait, il pourrait être bénéfique que les cours concernant le processus de don d'organes abordent plus longuement les sujets du diagnostic de la mort cérébrale ainsi que des soins à prodiguer aux patients dans cette situation dans le but de préserver le bon fonctionnement des organes. La réussite des futures transplantations en dépend. Il est aussi important de connaître les lois concernant la transplantation et il semble également indispensable de développer les techniques d'entretiens pour réussir à mieux communiquer avec la famille. Modifier les formations postgrades en formations continues pourraient également permettre la mise en place de cours de rappel sur les notions déjà apprises dans le but de les remettre à jour ou de les améliorer. Cela pourrait également être bénéfique pour les infirmières n'ayant pas effectué de spécialisation en soins intensifs.

Dans le cadre théorique* de ce travail, il est expliqué que des protocoles concernant le processus de don d'organes et le dépistage des donneurs potentiels sont déjà existants dans les services de soins intensifs du réseau hospitalier suisse. Il est donc important qu'ils soient continuellement accessibles aux personnels soignants mais également que la pertinence et que les critères de ces protocoles soient régulièrement réévalués.

Les infirmières expliquent également que ces prises en charges sont émotionnellement complexes. Pour diminuer cette charge mentale, des colloques ou des séances de débriefing pourraient être réalisés régulièrement. Permettre aux professionnels de partager leurs expériences, leurs connaissances et leurs difficultés pourrait ainsi renforcer la cohésion des équipes et diminuer le stress. Le fait d'aborder les problèmes rencontrés permettrait de trouver des solutions ensemble. Il serait important que des coordinateurs de transplantation, qui sont des infirmières possédant déjà la formation de coordinateur et qui ont, de ce fait, une meilleure vision sur le processus, soient présents lors de ces réunions.

La présence des coordinateurs serait ainsi bénéfique car ils pourraient partager leurs connaissances et apporter des informations supplémentaires nécessaires à une meilleure compréhension de ces prises en charges. Des cellules de soutien ou un suivi psychologique pourraient également être mis en place et à la disposition des équipes.

6.2 Propositions pour la formation

Durant la deuxième année de formation Bachelor en Soins infirmiers de la HES-SO Valais, un enseignement sur l'annonce du diagnostic grave est dispensé. Ainsi que durant la troisième année, un module sur les patients polytraumatisés et les états de choc aborde les thèmes de mort cérébrale et de don d'organes. Une proposition consiste à ajouter un cours ou un atelier animé par Swisstransplant, par un coordinateur en transplantation ou une infirmière expérimentée en soins intensifs afin d'améliorer les connaissances acquises grâce aux expériences des soignants sur le terrain.

En ce qui concerne la formation postgrade, aucun CAS (Certificate of Advanced Studies) ou DAS (Diploma of Advanced Studies) n'est existant pour les soins intensifs en Valais. En revanche, un DAS en soins d'urgence et soins aigus est dispensés à la HES-SO Valais. (*Haute école spécialisée de Suisse Occidentale*, 2021) Une formation postgrade en soins intensifs est également accessible au Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV). (*CHUV*, 2020)

Actuellement, Swisstransplant propose une formation d'e-learning composée de dix modules ainsi que de deux cours en présentiel pour obtenir une certification d'« Expert suisse pour le processus du don d'organes ». Le Swiss Donation Pathway a également mis en place une formation contenant dix modules abordant des thèmes tels que la détection des donneurs, la prise en charge des proches et la communication, la prise en charge des donneurs d'organes en unité de soins intensifs et plus encore. (*Swisstransplant*, 2021) Au CHUV, une formation postgrade permet également aux professionnels de la santé de participer à une journée de cours afin de mettre à jour leurs connaissances concernant le don d'organes. (*CHUV*, 2020)

Toutes ces formations seraient bénéfiques pour développer les connaissances des étudiants en soins infirmiers et pour réactualiser les connaissances des infirmières en soins intensifs sur la prise en charge de patients en état de mort cérébrale et donneurs d'organes. La qualité des soins pourrait ainsi considérablement augmenter et par conséquent le processus de don amélioré.

6.3 Propositions pour la recherche

Au vu de l'importance du sujet et de la pénurie des donneurs en Suisse, il semble nécessaire de développer le domaine de la recherche en ce qui concerne la mort cérébrale et le don d'organes afin de trouver des solutions pour améliorer les différentes pratiques en comparant et en s'inspirant de ce que font les autres systèmes de santé au niveau mondial.

Il serait également bénéfique de se pencher sur les moyens mis en place pour apporter un soutien psychologique et éthique aux soignants en charge de patients en état de mort cérébrale. Car, comme vu dans ce travail, les infirmières expriment être émotionnellement touchées par ces prises en charge qui peuvent être complexes au niveau de leur pratique mais aussi de leur ressenti.

Le don d'organes étant une problématique actuelle, continuer les recherches dans le but de le promouvoir ainsi que d'assurer sa qualité, sont des éléments à ne pas délaisser.

7 Références bibliographiques

- Ashkenazi, T., Lavee, J., & Mor, E. (2015). Organ Donation in Israel—Achievements and Challenges. *Transplantation*, 99(2), 265-266. <https://doi.org/10.1097/TP.0000000000000591>
- ASI. (2008). Association Suisse des Infirmières et Infirmiers. <https://www.sbk.ch/fr/sujets-infirmiers/definition-des-soins-infirmiers-1>
- Cavalcante, L. de P., Ramos, I. C., Araújo, M. Â. M., Alves, M. D. dos S., & Braga, V. A. B. (2014). Nursing care to patients in brain death and potential organ donors. *Acta Paulista de Enfermagem*, 27(6), 567-572. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201400092>
- Chancellerie fédérale. (2021). <https://www.bk.admin.ch/ch/f/pore/vi/vis481t.html>
- CHUV. (2020). CHUV. <https://www.chuv.ch/fr/transplantation/cto-home/formation/formation-postgraduee-et-continue>
- Csillag, C. (1998). Brazil abolishes “presumed consent” in organ donation. *The Lancet*, 352(9137), 1367. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)60767-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)60767-2)
- Deinadieu. (2020). Deinadieu.ch. https://www.deinadieu.ch/fr/don-dorganes/?gclid=EAlaIQobChMI7sXI8qmR7wIVBmEYCh02dwJpEAAYASAAEgJlrPD_BwE
- Déroulement du processus du don d'organes et de tissus – Le prélèvement et l'allocation des organes.* (2015). [Support de cours]. <https://pldo.hug.ch/offre-de-formation-2021/formations-pour-les-professionnels-de-la-sante>. https://pldo.hug.ch/sites/pldo/files/documents/bloc_sia_deroulement_prelevement_allocation_organesvf.pdf
- Diagnostic de la mort en vue de la transplantation d'organes et préparation du prélèvement d'organes.* (2019). Académie Suisse des Sciences Médicales. <https://www.samw.ch/fr/Publications/Directives.html>

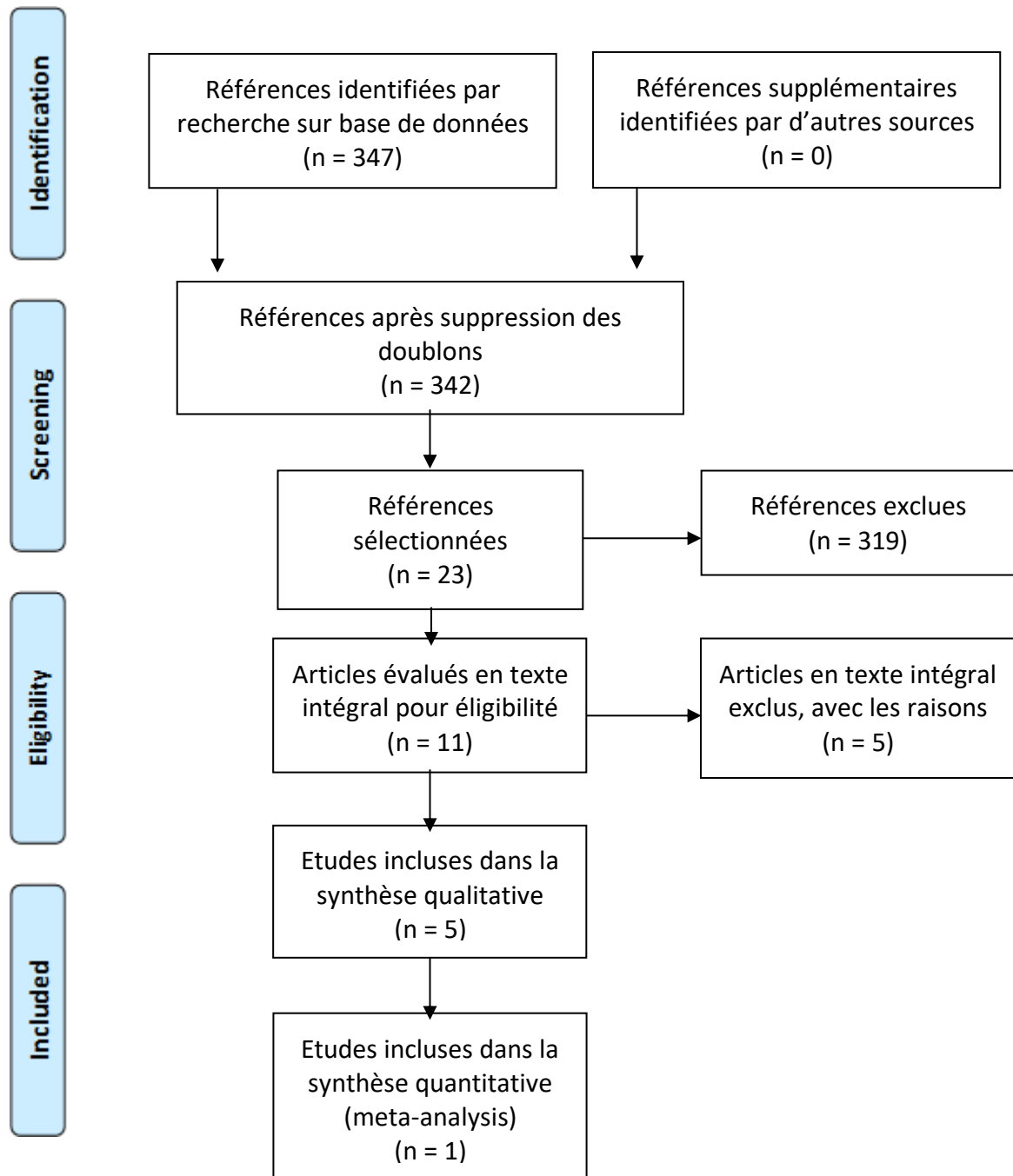
- Fedlex : La plateforme de publication du droit fédéral.* (2013).
<https://www.fedlex.admin.ch/eli/fga/2013/415/fr>
- Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche : Méthodes quantitatives et qualitatives*. Chenelière éducation.
- Gedda, M. (2015). Traduction française des lignes directrices PRISMA pour l'écriture et la lecture des revues systématiques et des méta-analyses. *Kinésithérapie, la Revue*, 15(157), 39-44. <https://doi.org/10.1016/j.kine.2014.11.004>
- Haute Autorité de santé. (2013). Grade des recommandations [Illustration]. In *Niveau de preuve et gradation des recommandations de bonne pratique : État des lieux* (p. 8).
https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-06/etat_des_lieux_niveau_preuve_gradation.pdf
- Haute école spécialisée de Suisse Occidentale. (2021). HES-SO. <https://www.hes-so.ch/domaines-et-hautes-ecoles/sante/formations-continues?cat1=159,158&cat2=127>
- Hôpital du Valais. (s. d.). Hôpital du Valais. <https://www.hopitalduvalais.ch/fr/disciplines-medicales/disciplines-de-a-a-z/medecine-intensive.html>
- Immunité des greffes. (s. d.). <https://greffondespoir.wordpress.com/les-differents-types-de-greffe/>
- Jeune Chambre Internationale Riviera. (s. d.). <https://initiative-don-dorganes.ch>
- Kentish-Barnes, N., Duranteau, J., Montlahuc, C., Charpentier, J., Martin-Lefevre, L., Joseph, L., Lefrant, J.-Y., Fieux, F., Renault, A., Thuong, M., Chevret, S., & Azoulay, E. (2017). Clinicians' Perception and Experience of Organ Donation From Brain-Dead Patients. *Critical Care Medicine*, 45(9), 1489-1499. ccm.
<https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000002581>
- Loiselle, C. G. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières : Approches quantitatives et qualitatives*. Éditions du Renouveau pédagogique.
- Mesures de soins intensifs. (2018). Académie Suisse des Sciences Médicales; nom du site.
<https://www.assm.ch/fr/Publications/Directives.html>

- Nicolaus Copernicus University, Toruń, Haor, B., Wróblewska, S., Institute of Health Sciences State University of Applied Sciences in Włocławek, Daszuta, K., Institute of Health Sciences State University of Applied Sciences in Włocławek, Daszuta, D., & Bl. J. Popiełuszko Provincial Specialist Hospital in Włocławek. (2019). Confirming the Brain Death and the Nurse's Tasks in the Care of Potential Organ Donors and Their Families. *The Journal of Neurological and Neurosurgical Nursing*, 8(3), 124-132. <https://doi.org/10.15225/PNN.2019.8.3.5>
- Office fédérale de la santé publique Suisse. (2020). Office fédérale de la santé publique Suisse. <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/zahlen-und-statistiken/zahlen-fakten-zu-transplantationsmedizin.html>
- Organisation Mondiale de la Santé. (2020). Organisation Mondiale de la Santé. <https://www.who.int/fr/health-topics#D>
- Simonsson, J., Keijzer, K., Södereld, T., & Forsberg, A. (2020). Intensive critical care nurses' with limited experience : Experiences of caring for an organ donor during the donation process. *Journal of Clinical Nursing (John Wiley & Sons, Inc.)*, 29(9/10), 1614-1622. ccm. <https://doi.org/10.1111/jocn.15195>
- SSMI. (2021). Société Suisse de Médecine Intensive. <https://www.sgi-ssmi.ch/fr/informations-generales-sur-letude.html>
- Statista. (2020). <https://www.statista.com/statistics/537908/deceased-organ-donor-rate-in-europe/>
- Swisstransplant. (2020). Swisstransplant. <https://www.swisstransplant.org/fr/don-dorganes-transplantation/don-dorganes-suisse/acteurs-et-taches/reseaux-de-don-dorganes/>
- Tarabeih, M., & Bokek-Cohen, Y. (2020). Between health and death : The intense emotional pain experienced by transplant nurses. *Nursing Inquiry*, 27(2), 1-8. ccm. <https://doi.org/10.1111/nin.12335>

- The journal of neuroloical and neurosurgical nursing (Éd.). (2019). Confirming the brain death and the nurse's tasks in the care of potential organ donors and their families. *Revue*. <https://doi.org/10.15225/PNN.2019.8.3.5>
- Victorino, J. P., Mendes, K. D. S., Westin, Ú. M., Magro, J. T. J., Corsi, C. A. C., & Ventura, C. A. A. (2019). Perspectives toward brain death diagnosis and management of the potential organ donor. *Nursing Ethics*, 26(6), 1886-1896. ccm. <https://doi.org/10.1177/0969733018791335>
- Yazdi Moghaddam, H., Manzari, Z. S., Heydari, A., & Mohammadi, E. (2018). Explaining nurses' experiences of caring for brain dead patients : A content analysis. *Electronic Physician*, 10(8), 7205-7216. <https://doi.org/10.19082/7205>
- Yazdi Moghaddam, H., Pouresmaeili, A., & Manzari, Z. S. (2018). Analysis of the reasons for nurses' confusion in relation to the concept of brain death from clinical and legal points of view. *Electronic Physician*, 10(5), 6868-6876. <https://doi.org/10.19082/6868>
- YazdiMoghaddam, H., Manzari, Z.-S., & Mohammadi, E. (2020). Nurses' challenges in caring for an organ donor brain dead patient and their solution strategies : A systematic review. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 25(4), 265. https://doi.org/10.4103/ijnmr.IJNMR_226_18

8 Annexes

Annexe I : Diagramme de flux PRISMA 2009



(Gedda, 2015, p. 43)

Annexe II : Tableaux de recension des études

Étude 1 : Kentish-Barnes, N., Duranteau, J., Montlahuc, C., Charpentier, J., Martin-Lefevre, L., Joseph, L., Lefrant, J.-Y., Fieux, F., Renault, A., Thuong, M., Chevret, S., & Azoulay, E. (2017). Clinicians' Perception and Experience of Organ Donation From Brain-Dead Patients. *Critical Care Medicine*, 45(9), 1489-1499. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000002581>

Design	Échantillon	But(s), objectif(s)	Cadre de référence	Méthode(s) de collecte des données	Méthodes d'analyse	Résultats
Étude transversale. Niveau de preuve IV. Paradigme Postpositivisme*.	2690 infirmières et 569 médecins en unité de soins intensifs. Échantillonnage Non probabiliste. Critère(s) d'inclusion Non formulés. Critère(s) d'exclusion Non formulés.	Clarifier les perceptions et l'expérience des médecins et des infirmières en unités de soins intensifs par rapport au don d'organes et des patients en état de mort cérébrale. Question(s) de recherche Non formulée. Hypothèse(s) Non formulée. Variables VI (variables indépendantes*) : âge, profession, expérience. VD (variables dépendantes*) : perception du don d'organes, sentiments personnels.	Professionnels de la santé. Don d'organes. Expérience. Perception.	Utilisation d'un questionnaire à base de questions fermées. 128 coordinateurs de transplantation ont été informés par courrier, 95 ont donné un retour favorable au groupe de recherche. Les coordinateurs de transplantation de chaque équipe de soins intensifs ont distribué les questionnaires. Les questionnaires ont été récupérés via une boîte anonyme et renvoyés au centre de coordination de l'étude. Éthique Cette étude a été approuvée par le Comité d'évaluation de l'éthique des projets de recherche biomédicale et par la Commission nationale de l'informatique et des libertés.	Les variables qualitatives sont décrites sous forme de nombres et les variables quantitatives sous forme de médianes. Les réponses contradictoires ont été exclues. Les variables catégorielles ont été comparées grâce au test chi carré ou au test exact de Fischer. Les variables continues se sont basées sur le test de Wilcoxon rank-sum si 2 groupes étaient comparés ou alors sur le test de Kruskal-Wallis si plus de 2 groupes étaient comparés. Un test de permutation a été utilisé pour rechercher un effet de centre. La log-linéaire a été vérifiée et les variables non log-linéaires ont été catégorisées. Tous les tests étaient bilatéraux et les valeurs p significatives. Logiciels Logiciel statistique R, version 32.0.	3 catégories ont été formulées en fonctions de l'expérience des professionnels de la santé concernant le don d'organes : motivant, stressante ou neutre. 6 domaines ont possiblement modifié ces perceptions : la culture du don d'organes, la compréhension de la mort cérébrale, l'expérience envers les proches de patients en mort cérébrale, l'expérience envers le don d'organes, les sentiments personnels à l'égard du don d'organes et les caractéristiques sociodémographiques. Conclusions Les professionnels les plus jeunes et potentiellement donneurs eux-mêmes considéraient le don d'organes comme motivant. Ils ont moins déclaré qu'il existait une incohérence entre leurs sentiments personnels et leur travail ainsi que le don d'organes n'était pas une priorité dans leur unité de soins intensifs. Ils avaient aussi une plus grande expérience au niveau de la participation des réunions avec les proches. Au contraire, les soignants qui perçoivent le don d'organes comme stressant sont plus âgés, plus souvent des infirmières que des médecins, ont une expérience plus faible quant à la prise en charge des proches et trouvent cette tâche complexe. Ils expriment également une incohérence entre leurs sentiments vis-à-vis du don d'organes et leur travail. Limites de l'étude Tous les participants étaient français, l'étude ne peut pas être applicable à d'autre pays car la loi peut être différente. Le questionnaire est déclaratif. La plupart des données sont quantitatives, une approche qualitative aurait permis des informations supplémentaires. L'étude était limitée au donneur d'organes en mort cérébrale.

Étude 2 : Simonsson, J., Keijzer, K., Södereld, T., & Forsberg, A. (2020). Intensive critical care nurses' with limited experience : Experiences of caring for an organ donor during the donation process. *Journal of Clinical Nursing (John Wiley & Sons, Inc.)*, 29(9/10), 1614-1622. ccm. <https://doi.org/10.1111/jocn.15195>

Design Étude qualitative phénoménologique. Niveau de preuve IV. Paradigme Interprétatif.	Échantillon 3 hommes et 4 femmes âgés de 26 à 37 ans ont participé. Ils ont travaillé en tant qu'infirmières en soins intensifs et critiques pendant une période allant de 10 mois à 2,5 ans. Échantillonnage Échantillonnage non probabiliste, par choix raisonné ou intentionnel. Critère(s) d'inclusion Une formation spécialisée en tant qu'infirmière en soins intensifs et critiques. Une expérience professionnelle en tant qu'infirmière en soins intensifs de moins de 3 ans. Une participation au processus de don d'organes au minimum une fois. Critère(s) d'exclusion Une participation au processus de don d'organes de plus de 3 fois.	But(s), objectif(s) Décrire comment les infirmières en soins intensifs et critiques dont l'expérience est limitée vivent les soins prodigués à un donneur d'organes pendant le processus de don d'organes. Question(s) de recherche Non formulée. Hypothèse(s) Non formulée. Variables Non formulées.	Cadre de référence Processus de don d'organes. Donneurs d'organes. Infirmières en soins intensifs. Expériences limitées.	Méthode(s) de collecte des données Des lettres ont été envoyées par courrier aux participants potentiels. Entretiens semi-structurés d'une durée de 30 minutes. Utilisation d'un guide de questions ouvertes. Questions exploratoires supplémentaires. Les entretiens ont été enregistrés puis retranscrits. 4 entretiens ont été menés en face à face et 3 par téléphone. Éthique L'étude a été examinée et approuvée par des examinateurs d'un comité d'éthique.	Méthodes d'analyse Approche inductive. Le premier et le second auteur ont retranscrit les textes et les émotions ont été notées. Le texte a été lu plusieurs fois. Une analyse de contenu a été effectuée et 5 thèmes en sont ressortis. Logiciels Non utilisé.	Résultats L'analyse de cette étude a permis de former 5 catégories : le processus de don est émotionnellement difficile (1) ; l'accompagnement des proches est une tâche essentielle mais exigeante (2) ; le processus de don est complexe et implique un haut niveau de responsabilité (3) ; des besoins de conditions préalables sous forme d'éducation et de soutien professionnel (4) ; fournir des soins dignes basés sur le respect du donneur d'organes (5). Conclusions La prise en charge d'un patient lors d'un processus de don d'organes est un événement stressant. Le fait d'avoir une expérience limitée en tant qu'infirmières en soins intensifs et critiques ne signifie pas que prendre soin d'un donneur d'organes est plus difficile. Les soignants avec une expérience limitée expriment que la prise en charge d'un donneur d'organe est exigeante du point de vue de l'information et du soutien des proches et indiquent avoir besoin d'une formation sur la rencontre avec les proches et les aspects éthiques liés au don. Un sentiment positif et de fierté est ressenti concernant le processus de don d'organes, même avec une expérience limitée. Les infirmières avec une expérience limitée expriment le besoin d'un soutien de la part de collègues plus expérimentés et aimeraient avoir la possibilité de participer au processus avant d'en être responsable de manière indépendante. Limites de l'étude Le nombre de participants à l'étude (n=7). L'échantillonnage intentionnel aurait pu affecter les résultats. Aucune information n'a émergé du dernier entretien et il y a eu une saturation des données. Les infirmières ayant souhaité participer peuvent montrer plus d'intérêt envers le don d'organes que les participants choisis.
--	--	--	---	---	--	--

Étude 3 : Cavalcante, L. de P., Ramos, I. C., Araújo, M. Â. M., Alves, M. D. dos S., & Braga, V. A. B. (2014). Nursing care to patients in brain death and potential organ donors. *Acta Paulista de Enfermagem*, 27(6), 567-572. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201400092>

Design	Échantillon	But(s), objectif(s)	Cadre de référence	Méthode(s) de collecte des données	Méthodes d'analyse	Résultats
Étude descriptive qualitative. Niveau de preuve IV. Paradigme Interprétatif.	28 femmes et 2 hommes, âgés entre 20 et 60 ans. 17 ont une durée de formation inférieure à 5 ans. 12 sont spécialisés en soins intensifs et 3 ont une formation en transplantation. Échantillonnage Non probabiliste, accidentel ou par convenance. Critère(s) d'inclusion Travailler dans cet hôpital depuis au moins 6 mois. Critère(s) d'exclusion Non formulé.	Analyser le point de vue des infirmières concernant les soins prodigués aux patients en état de mort cérébrale et aux donneurs d'organes potentiels. Question(s) de recherche Non formulée. Hypothèse(s) Non formulée. Variables VI (variables indépendantes) : sexe, âge, formation, expérience. VD (variables dépendantes) : sentiments face au don d'organes.	Soins infirmiers. Mort cérébrale. Donneurs de tissus. Unité de soins intensifs.	Les données ont été récoltées lors d'entretiens, à l'aide d'un questionnaire structuré. Les entretiens ont été enregistrés puis retranscrits. Éthique Le développement de l'étude a respecté les normes nationales et internationales d'éthique dans le domaine de la recherche impliquant des êtres humains.	Analyse de contenu. Des extraits de discours ont été utilisés pour former 2 sous-catégories. Logiciels Non utilisé.	Les résultats de cette étude ont été classés en 2 sous-catégories : la dimension technique des soins infirmiers au donneur d'organes potentiel et la dimension bioéthique des soins infirmiers au donneur d'organes potentiel. Conclusions Les infirmières abordent les dimensions techniques et bioéthiques des soins aux patients en état de mort cérébrale, tout en reconnaissant que le processus est complexe et qu'une meilleure formation et une maturité émotionnelle seraient nécessaires. Limites de l'étude Non formulées.

Étude 4 : Victorino, J. P., Mendes, K. D. S., Westin, Ú. M., Magro, J. T. J., Corsi, C. A. C., & Ventura, C. A. A. (2019). Perspectives toward brain death diagnosis and management of the potential organ donor. *Nursing Ethics*, 26(6), 1886-1896. ccm. <https://doi.org/10.1177/0969733018791335>

Design	Échantillon	But(s), objectif(s)	Cadre de référence	Méthode(s) de collecte des données	Méthodes d'analyse	Résultats
<p>Étude qualitative phénoménologique.</p> <p>Niveau de preuve IV.</p> <p>Paradigme Qualitatif interprétatif.</p>	<p>11 infirmières et 5 médecins d'une unité de soins intensifs d'un hôpital universitaire de Sao Paulo ayant un diplôme.</p> <p>Échantillonnage Non probabiliste, accidentel ou par convenance.</p> <p>Critère(s) d'inclusion Ayant un diplôme. Travaillant dans un hôpital universitaire de Sao Paulo.</p> <p>Critère(s) d'exclusion Non formulé.</p>	<p>Reconnaître et discuter des différentes significations et expériences des infirmières et des médecins d'une unité de soins intensifs en ce qui concerne le diagnostic de la mort cérébrale et le maintien des donneurs d'organes à des fins de transplantation.</p> <p>Question(s) de recherche Non formulée.</p> <p>Hypothèse(s) Non formulée.</p> <p>Variables Non formulées.</p>	<p>Mort cérébrale.</p> <p>Soins intensifs.</p> <p>Infirmières.</p> <p>Don d'organes.</p> <p>Médecins.</p>	<p>Entretiens semi-structurés.</p> <p>Éthique Le comité d'éthique de la recherche de l'université de Sao Paulo à Ribeirao Preto College of Nursing a approuvé cette étude.</p>	<p>Analyse de contenu en 3 phases :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. La pré-analyse 2. L'exploration du matériel 3. Le traitement des résultats <p>Logiciels Non utilisé.</p>	<p>2 catégories : le diagnostic de mort cérébrale et ses implications (1) et le maintien du donneur d'organes potentiel et sa répercussion dans le processus de transplantation (2). Ainsi que 6 sous-catégories sont ressorties de l'analyse.</p> <p>Conclusions Il existe toujours des doutes sur le sujet car la compréhension varie en fonction des croyances, de la culture et du niveau d'éducation de chaque individu travaillant ou non avec un donneur d'organes potentiel.</p> <p>Limites de l'étude Taille de l'échantillon limité à une seule unité de soins intensifs d'un seul hôpital.</p>

Étude 5: Yazdi Moghaddam, H., Manzari, Z. S., Heydari, A., & Mohammadi, E. (2018). Explaining nurses' experiences of caring for brain dead patients : A content analysis. *Electronic Physician*, 10(8), 7205-7216. <https://doi.org/10.19082/7205>

Design	Échantillon	But(s), objectif(s)	Cadre de référence	Méthode(s) de collecte des données	Méthodes d'analyse	Résultats
<p>Étude qualitative phénoménologique.</p> <p>Niveau de preuve</p> <p>IV.</p> <p>Paradigme</p> <p>Naturaliste.</p>	<p>10 femmes et 8 hommes âgés de 28 à 50 ans, ayant de 2 à 17 d'expérience.</p> <p>Échantillonnage</p> <p>Non probabiliste, par choix raisonné ou intentionnel.</p> <p>Critère(s) d'inclusion</p> <p>Infirmières ayant un baccalauréat avec au moins 1 an d'expérience en unité de soins intensifs, ayant pris en charge des patients en état de mort cérébrale.</p> <p>Critère(s) d'exclusion</p> <p>Antécédents de dépression ou de maladies psychiatriques.</p>	<p>Découvrir l'expérience mentale des infirmières dans la prise en charge des patients en état de mort cérébrale.</p> <p>Question(s) de recherche</p> <p>Non formulée.</p> <p>Hypothèse(s)</p> <p>Non formulée.</p> <p>Variables</p> <p>Non formulées.</p>	<p>Mort cérébrale.</p> <p>Soins de fin de vie.</p> <p>Recherche qualitative.</p>	<p>Entretiens semi-structurés menés par le premier auteur d'une durée de 40 à 95 minutes. Utilisation d'un enregistreur sonore numérique.</p> <p>Éthique</p> <p>Cette étude a été approuvée par le comité d'éthique de l'université des sciences médicales de Mashhad. Les participants ont donné leur consentement éclairé.</p>	<p>Analyse de contenu en utilisant la réduction et la catégorisation.</p> <p>Les chercheurs ont retranscrit les entretiens et les communications non verbales ont été notées. Le texte a été lu plusieurs fois. Une analyse de contenu a été effectuée et 2 thèmes ainsi que 8 catégories en sont ressorties.</p> <p>Logiciels</p> <p>Non utilisé.</p>	<p>L'analyse des données a conduit à la construction de 2 thèmes et 8 catégories. Les thèmes comprenaient le défi et l'exigence du droit et du devoir (1) et la confrontation turbulente avec des chaînes successives de stress (2).</p> <p>Conclusions</p> <p>Les infirmières ont un rôle important auprès des donneurs d'organes et ignorer leurs besoins pourrait avoir des conséquences sur la prise en charge et la qualité des soins fournis à leurs patients ainsi que sur la préservation de leurs organes. Une formation et un programme de soutien concernant la prise en charge d'un patient en mort cérébrale et le don d'organes pourraient ainsi améliorer les problèmes liés au don d'organes.</p> <p>Limites de l'étude</p> <p>Provenance réduite des participants à l'étude, seulement 3 hôpitaux.</p>

Étude 6 : Tarabeih, M., & Bokek-Cohen, Y. (2020). Between health and death : The intense emotional pain experienced by transplant nurses.

Nursing Inquiry, 27(2), 1-8. ccm. <https://doi.org/10.1111/nin.12335>

Design	Échantillon	But(s), objectif(s)	Cadre de référence	Méthode(s) de collecte des données	Méthodes d'analyse	Résultats
<p>Étude qualitative phénoménologique.</p> <p>Niveau de preuve IV.</p> <p>Paradigme Qualitatif interprétatif.</p>	<p>10 coordinateurs en transplantation avec une ancienneté d'au moins 20 ans en tant que coordinateur.</p> <p>Échantillonnage Échantillonnage non probabiliste, par choix raisonné ou intentionnel.</p> <p>Critère(s) d'inclusion Capacité de donner son consentement à participer. Ancienneté d'au moins 20 ans en tant que coordinateur en transplantation.</p> <p>Critère(s) d'exclusion Non formulé.</p>	<p>Décrire et caractériser les aspects émotionnels du travail des coordinateurs en transplantation.</p> <p>Question(s) de recherche Non formulée.</p> <p>Hypothèse(s) « Le bien-être émotionnel de l'infirmière ou l'infirmier facilite la réussite de sa performance professionnelle et contribue à la rétention de ces infirmières et infirmiers. »</p> <p>Variables Non formulées.</p>	<p>Douleur émotionnelle.</p> <p>Don vivant.</p> <p>Détresse morale.</p> <p>Infirmières.</p> <p>Don d'organes.</p> <p>Coordinateur de transplantation.</p>	<p>Méthode(s) de collecte des données Le premier auteur a contacté par téléphone les 20 coordinateurs en transplantation du pays en leur demandant leur nombre d'années d'expérience. Seuls 10 répondaient aux critères d'inclusion. Des entretiens d'environ 2 heures ont été effectués au domicile des participants. Ils ont été enregistrés sur une bande magnétique puis retranscrits. Une première question a été posée aux participants « Parlez-moi de votre travail de coordinateur en transplantation. », puis une série de questions ouvertes. Pour finir, la question suivante a été posée « Pouvez-vous me parler de l'un des cas les plus mémorables que vous ayez traités dans votre travail ? Pourquoi pensez-vous qu'il vous a fait une impression aussi indélébile ? ».</p> <p>Éthique Une approbation éthique a été obtenue auprès de l'IRB de l'Academic College of Tel-Aviv Jaffa au préalable de l'étude. Les participants ont signé une déclaration écrite de consentement éclairé concernant la participation et la publication. Les participants ont été prévenus que leur participation serait anonyme.</p>	<p>Données analysées et interprétées grâce à la théorie du récit et de l'interprétation selon Ricœur, en 3 étapes :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lecture naïve 2. Analyse structurale 3. Interprétation critique et discussion <p>Logiciels Non utilisés.</p>	<p>L'analyse a montré 2 sources de détresse morale vécu par les coordinateurs de transplantation : l'obtention d'organes d'un patient décédé (1) et l'obtention d'un don vivant (2).</p> <p>Conclusions Les coordinateurs en transplantation pensent que les risques encourus par les donneurs vivants ou le préjudice des familles des donneurs décédés sont plus grands que les bénéfices pour les receveurs. Ils disent également souffrir émotionnellement de ces situations éthiquement complexes.</p> <p>Limites de l'étude La petite taille de l'échantillon peut être une limite pour cette étude. La transférabilité de cette étude peut être entravée par le contexte culturel et religieux ainsi que par le système de soins concernant le don d'organes et la loi sur le consentement en Israël.</p>

Annexe III : Tableaux récapitulatifs des équations de recherche

Équations de recherche Cinahl	Études trouvées	Études retenues
<p>(MH "Work Experiences") OR (MH "Job Experience") OR (MH "Practical Nurses") OR (MH "Critical Care Nursing") OR (MH "Critical Care") OR (MH "Intensive Care Units") AND (MH "Brain Death") OR (MH "Brain Injuries") OR (MH "Coma") AND (MH "Organ Donation") OR (MH "Tissue and Organ Harvesting") OR (MH "Organ Procurement") OR (MH "Organ Transplantation") OR (MH "Transplant Donors")</p> <p>Limiters : Published Date: 2014-2021</p>	72	3
<p>(MH "Nurses") OR (MH "Practical Nurses") OR (MH "Nursing Care") OR (MH "Critical Care Nursing") OR (MH "Intensive Care Units") OR (MH "Critical Care") OR (MH "Life Support Care") AND (MH "Brain Death") OR (MH "Brain Injuries") OR (MH "Coma") AND (MH "Job Experience") OR (MH "Stress, Psychological") OR (MH "Critical Incident Stress") OR (MH "Adaptation, Psychological")</p> <p>Limiters : Published Date: 2015-2021</p>	6	2
<p>(MH "Nurses") OR (MH "Practical Nurses") OR (MH "Nursing Care") OR (MH "Critical Care Nursing") OR (MH "Intensive Care Units") OR (MH "Critical Care") OR (MH "Life Support Care") AND (MH "Transplant Donors") OR (MH "Tissue and Organ Harvesting") OR (MH "Organ Donation") OR (MH "Organ Procurement") OR (MH "Organ Transplantation") AND (MH "Job Experience") OR (MH "Stress, Psychological") OR (MH "Critical Incident Stress") OR (MH "Adaptation, Psychological")</p> <p>Limiters : Published Date: 2015-2021</p>	5	3

Équations de recherche Embase	Études trouvées	Études retenues
<p>'nurse'/exp OR 'practical nurse'/exp OR 'nursing care'/exp OR 'intensive care'/exp OR 'intensive care nursing'/exp AND 'brain death'/exp OR 'brain injury'/exp OR 'coma'/exp AND 'organ donor'/exp OR 'graft harvesting'/exp OR 'transplantation'/exp OR 'tissue transplantation'/exp OR 'organ transplantation'/exp AND 'experience'/exp OR 'work experience'/exp OR 'job experience'/exp OR 'mental stress'/exp OR 'emotional stress'/exp OR 'critical incident stress'/exp</p> <p>Filters : from 2015-2021</p>	7	0
<p>'nurse'/exp OR 'practical nurse'/exp OR 'nursing care'/exp OR 'intensive care'/exp OR 'intensive care nursing'/exp AND 'brain death'/exp OR 'brain injury'/exp OR 'coma'/exp AND 'experience'/exp OR 'work experience'/exp OR 'job experience'/exp OR 'mental stress'/exp OR 'emotional stress'/exp OR 'critical incident stress'/exp</p> <p>Filters : from 2015-2021</p>	59	0
<p>'nurse'/exp OR 'practical nurse'/exp OR 'nursing care'/exp OR 'intensive care'/exp OR 'intensive care nursing'/exp AND 'organ donor'/exp OR 'graft harvesting'/exp OR 'transplantation'/exp OR 'tissue transplantation'/exp OR 'organ transplantation'/exp AND 'experience'/exp OR 'work experience'/exp OR 'job experience'/exp OR 'mental stress'/exp OR 'emotional stress'/exp OR 'critical incident stress'/exp</p> <p>Filters : from 2015-2021</p>	104	1

Équations de recherche Pubmed	Études trouvées	Études retenues
<p>((("Nurses"[Mesh]) OR ("Critical Care Nursing"[Mesh] OR "Critical Care"[Mesh])) OR "Intensive Care Units"[Mesh]) AND (("Brain Death"[Mesh]) OR "Brain Injuries"[Mesh])) AND ("Tissue and Organ Procurement"[Mesh] OR "Organ Transplantation"[Mesh])</p> <p>Filters : from 2015-2021</p>	78	2
<p>((("Nurses"[MeSH Terms] OR ("Nursing Care"[MeSH Terms] OR "Nursing"[MeSH Terms]) OR ("Critical Care"[MeSH Terms] OR "Intensive Care Units"[MeSH Terms] OR "Critical Care Nursing"[MeSH Terms]) OR "Life Support Care"[MeSH Terms]) AND ("Brain Death"[MeSH Terms] OR "Brain Injuries"[MeSH Terms] OR "Coma"[MeSH Terms]) AND ("Tissue and Organ Procurement"[MeSH Terms] OR "Organ Transplantation"[MeSH Terms] OR "Tissue Donors"[MeSH Terms] OR "Transplantation"[MeSH Terms] OR "Tissue and Organ Harvesting"[MeSH Terms]) AND ("stress, psychological"[MeSH Terms] OR "Psychological Distress"[MeSH Terms]))</p> <p>Filters : from 2015-2021</p>	1	1
<p>((("Nurses"[MeSH Terms] OR ("Nursing Care"[MeSH Terms] OR "Nursing"[MeSH Terms]) OR ("Critical Care"[MeSH Terms] OR "Intensive Care Units"[MeSH Terms] OR "Critical Care Nursing"[MeSH Terms]) OR "Life Support Care"[MeSH Terms]) AND ("Brain Death"[MeSH Terms] OR "Brain Injuries"[MeSH Terms] OR "Coma"[MeSH Terms]) AND ("stress, psychological"[MeSH Terms] OR "Psychological Distress"[MeSH Terms]))</p> <p>Filters : from 2015-2021</p>	5	1
<p>((("Nurses"[MeSH Terms] OR ("Nursing Care"[MeSH Terms] OR "Nursing"[MeSH Terms]) OR ("Critical Care"[MeSH Terms] OR "Intensive Care Units"[MeSH Terms] OR "Critical Care Nursing"[MeSH Terms]) OR "Life Support Care"[MeSH Terms]) AND ("Tissue and Organ Procurement"[MeSH Terms] OR "Organ Transplantation"[MeSH Terms] OR "Tissue Donors"[MeSH Terms] OR "Transplantation"[MeSH Terms] OR "Tissue and Organ Harvesting"[MeSH Terms]) AND ("stress, psychological"[MeSH Terms] OR "Psychological Distress"[MeSH Terms]))</p> <p>Filters : from 2015-2021</p>	10	2

Annexe IV : Glossaire méthodologique

La plupart des termes définis dans ce glossaire sont issus de l'ouvrage Fortin & Gagnon (2016).

Analyse de contenu : Technique d'analyse qualitative utilisée pour traiter les données textuelles. (p.497)

Analyse de données qualitatives : Processus qui consiste à organiser et à interpréter les données narratives en vue de découvrir des thèmes, des catégories et des modèles de références. (p.497)

Base de données : Système organisé permettant de repérer des références à des documents, le plus souvent des articles de périodiques. (p.497)

Biais : Toute influence ou action pouvant fausser les résultats d'une étude. (p.497)

Biais d'échantillonnage : Situation dans laquelle l'échantillon ne reflète pas adéquatement la population. (p.497)

Cadre théorique : Brève explication fondée sur une ou plusieurs théories existantes se rapportant au problème de recherche. (p.497)

Catégorie : Regroupement de codes apparentés. (p.497)

Codage : Procédé qui consiste à convertir en nombre ou en symboles l'information incluse dans un instrument de collecte des données afin d'en faciliter le traitement. (p.497)

Code : Symbole ou abréviation utilisé pour désigner des mots ou des phrases dans les données. (p.497)

Collecte de données : Processus qui consiste à recueillir des données auprès des participants choisis pour faire partie de l'étude. (p.498)

Concept : Abstraction, image mentale que l'on se fait de la réalité (p.498)

Consentement : Acquiescement donné volontairement par une personne pour participer à une étude. Pour être valable, le consentement doit être libre, éclairé et continu. (p.498)

Crédibilité : Critère servant à évaluer dans quelle mesure la description du phénomène vécu par les participants reflète la réalité interprétée. (p.498)

Critères de sélection : Liste des caractéristiques essentielles pour faire partie de la population cible. Les critères de sélection incluent les critères d'inclusion et les critères d'exclusion. (p.498)

Descripteur : Terme retenu dans le thésaurus d'une base de données pour exprimer un sujet. (p.498)

Devis : Plan logique tracé par le chercheur en vue d'établir une manière de procéder susceptible de mener à la réalisation des objectifs. (p.498)

Devis d'étude transversale : Étude dans laquelle les données sont recueillies à un moment précis dans le temps en vue de décrire la fréquence d'apparition d'un événement et de ses facteurs associés. (p.498)

Échantillon : Sous-groupe d'une population choisie pour participer à une étude. (p.499)

Échantillon représentatif : Échantillon qui, en raison de ses caractéristiques, peut se substituer à l'ensemble de la population cible. (p.499)

Échantillonnage : Processus au cours duquel on sélectionne un groupe de personnes ou une portion de la population pour représenter la population cible. (p.499)

Échantillonnage accidentel ou par convenance : Méthode d'échantillonnage non probabiliste qui consiste à choisir des personnes selon leur accessibilité dans un lieu déterminé et à un moment précis. (p.499)

Échantillonnage intentionnel ou par choix raisonné : Méthode d'échantillonnage qui consiste à sélectionner certaines personnes en fonction de caractéristiques typiques de la population à l'étude. (p.499)

Échantillonnage non probabiliste : Choix d'un échantillon sans recourir à une sélection aléatoire. (p.499)

Échelle de Likert : Échelle d'attitude constituée d'une série d'énoncés déclaratifs pour lesquels le répondant exprime son degré d'accord ou de désaccord. (p.500)

Entrevue dirigée : Interaction verbale au cours de laquelle l'intervieweur contrôle le contenu et le déroulement des échanges, ainsi que l'analyse et l'interprétation des mesures. (p.500)

Entrevue semi-structurée : Interaction verbale animée par le chercheur à partir d'une liste de thèmes qu'il souhaite aborder avec le participant. (p.500)

Éthique de la recherche : Ensemble de principes qui guident et assistent le chercheur dans la conduite de la recherche. (p.500)

Étude descriptive qualitative : Type de recherche servant à décrire des phénomènes sans faire appel à une méthodologie qualitative particulière. (p.500)

Fiabilité : Critère servant à évaluer l'intégrité des données d'études qualitatives en ce qui a trait à leur stabilité dans le temps et dans différentes conditions. (p.501)

Hypothèse de recherche : Affirmation d'une relation anticipée entre deux variables et qui doit être démontrée par des résultats. (p.501)

Interprétation des résultats : Démarche qui consiste à examiner les résultats d'analyses, à tirer des conclusions, à considérer les implications cliniques, à explorer la signification des résultats, à les généraliser et à suggérer des recherches futures. (p.501)

Médiane : Mesure de tendance centrale qui divise une distribution de fréquences ordonnées en deux parties égales, comprenant chacune 50% des données. (p.501)

Modèle : Ensemble organisé d'idées et de concepts se rapportant à un phénomène particulier. (p.502)

Mot-clé : « Terme important utilisé pour chercher des références sur un sujet (dans une base de données bibliographiques, par exemple). » (Loiselle, 2007, p. 140)

Paradigme : Conception du monde, système de représentation de valeurs et de normes qui impriment une direction particulière à la pensée et à l'action. (p.502)

Paradigme interprétatif : Paradigme qui se fonde sur le postulat que la réalité est socialement construite à partir de perceptions individuelles susceptibles de changer avec le temps. (p.502)

Paradigme positiviste : « Paradigme traditionnel qui sous-tend l'approche scientifique, dans lequel on suppose l'existence d'une réalité fixe et ordonnée qui se prête à une étude objective ; souvent associé à la recherche quantitative. » (Loiselle, 2007, p. 15)

Phénomène : Événement, situation particulière ou processus quelconque susceptibles de faire l'objet d'une recherche. (p.502)

Phénoménologique descriptive : Méthodologie servant à décrire la signification d'une expérience particulière telle qu'elle est vécue par des personnes à travers un phénomène. (p.502)

Phénoménologie herméneutique : Méthodologie qui met l'accent sur l'interprétation des expériences vécues plutôt que sur leur simple description. (p.502)

Population : Ensemble des éléments (personnes, objets, spécimens) qui présentent des caractéristiques communes. (p.502)

Postpositivisme : Vision de la science qui, contrairement au positivisme, reconnaît que toutes les observations sont faillibles et susceptibles d'erreurs. (p.502)

Question fermée : « Énoncé proposant aux personnes interrogées un ensemble de réponses exclusives et exhaustives parmi lesquelles elles doivent choisir la réponse la plus représentative de leurs perceptions, attitudes, croyances ou préférences. » (Loiselle, 2007, p. 299)

Question ouverte : « Dans une entrevue ou dans un questionnaire, question qui ne restreint pas à des options préétablies les réponses fournies par les personnes interrogées. » (Loiselle, 2007, p. 300)

Questionnaire : Instrument de collecte des données qui exige du participant des réponses écrites à un ensemble de questions. (p.503)

Raisonnement inductif : « Processus logique qui commence par des observations de cas particuliers pour aboutir à des règles plus générales. » (Loiselle, 2007, p. 42)

Recherche descriptive qualitative : Type de recherche servant à décrire des phénomènes sans se référer à une méthodologie qualitative particulière. (p.503)

Recherche descriptive quantitative : Recherche qui vise à fournir un portrait détaillé des caractéristiques de personnes, d'évènements ou de populations. (p.503)

Recherche phénoménologique : Recherche qui étudie la signification d'expériences telles qu'elles sont vécues par les personnes. (p.503)

Recrutement : Démarche entreprise auprès de participants potentiels en vue de constituer un échantillon répondant à des critères de sélection pour prendre part à un projet de recherche. (p.503)

Revue systématique : Sommaire des preuves sur un sujet précis effectué par des experts qui utilisent un processus rigoureux et méthodique pour évaluer et synthétiser les études ayant examiné une même question et pour tirer des conclusions. (p.504)

Saturation des données : Moment dans la collecte des données où le chercheur conclut qu'une nouvelle information n'ajoutera rien de plus à la compréhension du phénomène à l'étude. (p.504)

Sélection des participants : Facteur d'invalidité interne associé à des différences préexistantes entre les groupes de sujets en l'absence de répartition aléatoire entre ceux-ci. (p.504)

Significatif sur le plan statistique : « Expression indiquant que les résultats ne sont probablement pas le fruit du hasard, à un niveau donné de probabilité. » (Loiselle, 2007, p. 372)

Source primaire : Description d'une recherche originale rédigée par l'auteur lui-même. (p.504)

Stabilité temporelle : Qualité d'un instrument de mesure lorsqu'il procure des résultats similaires obtenus par des prises de mesure répétées, effectuées dans des conditions identiques et auprès des mêmes personnes. (p.504)

Test Khi-deux (χ^2 ou Chi-carré) : Test inférentiel non paramétrique qui exprime l'importance de l'écart entre les fréquences observées et les fréquences théoriques. On l'utilise entre autres pour effectuer un test d'hypothèse concernant le lien entre deux variables qualitatives. (p.504)

Test de Kurskal-Wallis : Test non paramétrique qui sert à déterminer s'il y a une différence dans la distribution des valeurs entre trois groupes ou plus. (p.432)

Test statistique non paramétrique : Procédure statistique inférentielle utilisée pour des données nominales et ordinales, et dont la distribution normale ne repose pas sur des postulats rigoureux. (p.504)

Test de Wilcoxon rank-sum : Test non paramétrique servant à déterminer s'il existe une relation entre deux mesures corrélées de la même variable dans laquelle l'échelle de mesure est au moins à l'échelle ordinale. (p.430)

Thème : Entité significative qui se manifeste de façon récurrente au cours de l'analyse des données qualitatives. (p.504)

Théorie : Généralisation abstraite qui présente une explication systématique d'un phénomène et de ses interrelations. (p.505)

Transférabilité : Critère servant à évaluer l'application éventuelle des conclusions issues d'études qualitatives à d'autres contextes ou groupes. Elle s'apparente à la généralisation. (p.505)

Triangulation : Stratégie de mise en comparaison de plusieurs méthodes de collecte et d'interprétation de données permettant de tirer des conclusions valables à propos d'un même phénomène. (p.505)

Unité analytique : Segments du texte qui possèdent un sens exhaustif en eux-mêmes. (p.505)

Valeur p : « Dans un test statistique, probabilité que les résultats obtenus sont uniquement le fait du hasard ; probabilité de commettre une erreur dite de type I. » (Loiselle, 2007, p. 373)

Variable : Caractéristique ou propriété qui peut prendre diverses valeurs. (p.505)

Variable catégorielle : Variable dont les modalités sont des catégories sans ordre de grandeur, comme « masculin » et « féminin » pour la variable de sexe. (p.505)

Variable dépendante : Variable censée dépendre d'une autre variable (variable indépendante) ou être causée par celle-ci. (p.505)

Variable indépendante : Variable qui peut expliquer la variable dépendante ; elle peut aussi influencer sur cette dernière. (p.505)

Variable quantitative continue : Variable dont les modalités ont des valeurs numériques pouvant prendre n'importe quelle valeur sur un continuum. (p.505)

Variance (s^2) : Mesure de dispersion évaluée à partir d'un échantillon et correspondant à la moyenne des carrés des écarts. (p.505)

Vérification par les participants : « Méthode de validation de la crédibilité des données qualitatives par l'entremise de séances d'information et de conversations avec les participants. » (Loiselle, 2007, p. 339)