

# **Don d'organes**

## ***Les besoins des infirmières en soins intensifs lors de la prise en soins d'un donneur potentiel et de ses proches***

Une revue de littérature étoffée

Travail de Bachelor

**Marie Deillon et Aurélie Rouiller**

Promotion 2011-2014

Sous la direction de François Magnin et Sylvie Baeriswyl

**Haute École de Santé Fribourg**

Filière des soins infirmiers

Le 30 juin 2014

## Résumé

**Introduction :** Actuellement, le don d'organes représente une problématique dans le domaine de la santé suisse en raison d'un taux insuffisant de donateurs pour répondre à la demande croissante d'organes. Les difficultés rencontrées par les infirmières en soins intensifs, lors de la prise en soins d'un donneur potentiel et de ses proches, sont encore peu étudiées dans la littérature scientifique. Leur compréhension est alors nécessaire pour améliorer la pratique du don et indirectement augmenter le taux de consentement au DO.

**Objectif :** cette revue étoffée de littérature consiste à effectuer un état des connaissances concernant les difficultés et les besoins des infirmières en soins intensifs lors de la prise en soins d'un donneur potentiel et de ses proches ; ceci, afin de proposer des moyens pouvant les aider à mieux gérer la complexité d'une telle situation et son impact psychologique.

**Méthode :** Les recherches menées sur différentes bases de données nous ont permis de sélectionner dix articles scientifiques. L'utilisation de diverses stratégies de recherche à l'aide de *Mesh Terms* ainsi que la définition de critères d'inclusion et d'exclusion ont facilité la sélection des études. L'analyse de ces dernières et la mesure de leur pertinence ont été effectuées à l'aide de grilles d'analyse critique qualitatives et quantitatives. Finalement, les résultats des dix études ont été catégorisés afin d'identifier les principaux besoins des infirmières et les moyens proposés pour y répondre.

**Résultats :** Trois catégories ont émergé de la lecture des résultats : l'éducation et les connaissances, les perceptions et les attitudes, la communication et la relation. Chacune de ces catégories a permis de ressortir des besoins infirmiers et des pistes d'action dont l'efficacité doit toutefois être confirmée par de futures études.

**Conclusion :** Cette revue de littérature démontre l'importance de mieux connaître et comprendre les besoins des infirmières en soins intensifs dans le processus de don. L'instauration d'une formation adéquate peut influencer positivement leur compréhension du concept de mort cérébrale mais aussi leurs perceptions et leurs attitudes. La réflexion au sein de l'équipe médico-infirmière

sur les enjeux éthiques induits par les situations de don pourrait améliorer la communication et la relation avec les proches de donneurs potentiels.

**Mots-clés :** *nurse's needs, intensive care, tissue donors, relatives, organ donation*

## **Remerciements**

Nous tenons à remercier nos directeurs de Bachelor Thesis, Monsieur François Magnin et Madame Sylvie Baeriswyl, pour leur investissement, leurs conseils et la confiance qu'ils nous ont accordée au cours de notre travail.

Nous souhaitons également adresser nos sincères remerciements à Madame Catherine Dubey et Madame Sandrine Pihet qui, par leurs précieux conseils, nous ont permis d'avancer sûrement dans l'analyse de nos articles scientifiques.

Nous remercions Madame Delphine Carré pour l'intérêt qu'elle a porté à notre travail ainsi que pour ses conseils et sa disponibilité.

Enfin, nous tenons à remercier nos parents, Monsieur Nicolas Deillon et Madame Claire-Lyse Rouiller qui ont relu attentivement et avec patience l'ensemble de notre travail.

## Table des matières

<b>Introduction .....</b>	<b>7</b>
<b>1. Problématique .....</b>	<b>9</b>
1.1. But et question de recherche .....	12
<b>2. Cadre de référence.....</b>	<b>13</b>
2.1. Éthique.....	13
2.2. Concepts intégrés au cadre de référence .....	15
2.2.1. Mort cérébrale .....	15
2.2.2. Crise.....	16
2.2.3. <i>Advocacy</i> .....	18
<b>3. Méthodologie.....</b>	<b>20</b>
3.1. Stratégies de recherche.....	21
3.2. Démarche d'analyse et de synthèse des données .....	24
<b>4. Résultats .....</b>	<b>25</b>
4.1. Éducation et connaissances des infirmières au sujet du DO .....	26
4.2. Perceptions et attitudes des infirmières en SI .....	30
4.3. Communication et relation avec les proches .....	38
<b>5. Discussion .....</b>	<b>40</b>
5.1. Qualité des résultats .....	40
5.2. Synthèse des résultats.....	44
5.3. Interprétation des résultats .....	45
5.3.1. Connaissances et éducation.....	45
5.3.2. Perceptions et attitudes .....	50
5.3.3. Compétences et techniques relationnelles .....	55

5.4. Réponse à la question de recherche .....	61
<b>6. Conclusion.....</b>	<b>63</b>
6.1. Implication pour la pratique .....	63
6.2. Besoins de recherches futures .....	65
6.3. Forces et faiblesses du Bachelor Thesis .....	67
6.4. Le mot des auteures .....	68
<b>Liste des références bibliographiques.....</b>	<b>70</b>
<b>Annexes .....</b>	<b>75</b>
Annexe A : Déclaration d'authenticité .....	75
Annexe B : Grilles de lecture critique des 10 articles scientifiques .....	76
Annexe C : Synthèse de l'interprétation des résultats des 10 articles scientifiques .....	122
Annexe D : Diagnostic de la mort dans le contexte de la transplantation d'organes (ASSM), p. 5-7 et p. 21-25 .....	131

## Introduction

En Suisse, comme ailleurs dans le monde, la population reste très partagée sur le sujet du don d'organes<sup>1</sup> [DO]. Les taux de donneurs par million d'habitants, extrêmement divergents d'un pays à l'autre en Europe, nous démontrent l'ambiguïté et la dispersion des opinions concernant cette thématique (SwissPOD, 2012, p.57). Les facteurs, tant culturels (religion, traditions, coutumes), personnels (perceptions, attitudes, valeurs) qu'intellectuels (connaissances, formation, expériences), influencent notre manière d'aborder la question du DO et d'en débattre face à la société. Bien que les autorités politiques et médicales tentent de faire connaître le déséquilibre croissant existant entre l'offre et la demande et de sensibiliser la population au DO (Swisstransplant, 2013), nombreuses sont les personnes pour qui ce sujet demeure tabou.

Lors de notre formation à la Haute École de Santé de Fribourg, nous avons eu l'occasion d'effectuer un stage en soins aigus en Suisse romande et alémanique. Très intéressées par cette thématique, nous avons questionné les professionnels afin de mieux comprendre le rôle joué par l'infirmière<sup>2</sup> dans l'identification d'un donneur potentiel et le processus de don en général. Nous avons alors été surprises par les différences organisationnelles existantes d'une institution à l'autre (absence ou présence d'un coordinateur et de directives) et par la réaction personnelle des infirmières face à ce sujet. Parlant librement et avec enthousiasme du DO, nous avons alors pris conscience que, même dans le domaine de la santé, certaines personnes ne ressentent pas l'envie de parler de cette problématique. Suite à cette expérience, nous comprenons qu'une situation de don est loin d'être évidente à gérer et suscite énormément d'émotions chez les infirmières, d'où un certain malaise lorsque nos questions ont été posées.

Au travers de nos recherches dans les bases de données, nous avons constaté que les études scientifiques s'intéressent pour la plupart au vécu des proches

---

<sup>1</sup> Le terme « don d'organes » se réfère dans ce travail au don d'organes et de tissus.

<sup>2</sup> Le terme « infirmière » est utilisé dans ce travail pour représenter les deux sexes afin d'en faciliter la lecture et la compréhension. De plus, il se rapporte aux infirmières travaillant dans une unité de soins intensifs.

de la situation de don et à l'efficacité des systèmes politiques en vigueur dans différents pays. Le nombre d'études portant sur l'expérience et le rôle des infirmiers et des médecins semble restreint. Nous nous interrogeons alors sur les raisons d'un aussi faible intérêt consacré jusqu'à présent aux professionnels de la santé, alors que ceux-ci constituent le pilier central du processus de don ?

Nous débuterons notre revue de littérature en expliquant la problématique actuelle que constitue le DO. De celle-ci découlera notre question de recherche. Puis, nous définirons notre cadre de référence ainsi que les concepts clés de notre travail. La méthodologie établira la manière dont nous avons sélectionné, analysé et critiqué les articles scientifiques retenus. Nous poursuivrons par la description et la catégorisation des résultats en vue de les discuter. Effectivement, la discussion visera à commenter et à interpréter les résultats à l'aide du cadre de référence, de concepts et de théories. Elle permettra également de répondre à notre question de recherche. Pour conclure, nous évaluerons l'implication de ces résultats dans la pratique infirmière et nous mettrons en évidence les besoins de recherches futures et les limites de ce travail.



## 1. Problématique

En Suisse, le taux insuffisant de DO entraîne le décès de nombreuses personnes chaque année (Swisstransplant, 2013). Avec son taux de 12.7 donneurs décédés par million d'habitants (Spring & Hess, 2012), la Suisse se retrouve bien loin des performances européennes dont celles de l'Espagne qui affiche un taux de 35.3 en 2011 (SwissPOD, 2012). L'Espagne comme l'Allemagne, l'Italie, la Norvège, la Finlande ou encore l'Autriche, utilise le modèle du consentement présumé (Spring & Hess, 2012 ; L'Assemblée fédérale – Le Parlement suisse, S.d.). « Il prévoirait que chaque personne n'ayant pas explicitement refusé de son vivant le prélèvement d'organes soit considérée comme un donneur potentiel » (Spring & Hess, 2012, p.4). Toutefois, le Conseil fédéral (2013) affirme que ce dernier, appliqué dans différents cantons suisses avant l'introduction de la loi fédérale sur la transplantation en 2007, n'a pas permis une augmentation du nombre de donneurs. Malgré les efforts effectués par les instances politiques et médicales concernées, la liste d'attente ne cesse de s'allonger (Swisstransplant, 2013).

Selon l'article sur le Programme latin de DO [PLDO] rédigé par Chevrolet et al. (2008), les raisons d'un manque de donneurs d'organes sont encore mal déterminées :

Elles semblent liées au faible nombre d'accidents et d'hémorragies cérébrales en Suisse, à la démographie vieillissante, et aux spécificités du système sanitaire suisse (activation rapide des chaînes de secours, temps de transports courts, forte densité hospitalière, complexité des filières de prise en charge et des transferts). p.2683

Concernant les causes liées à l'institution, le rapport annuel de Swisstransplant (2012) cite « ... un manque de ressources dans les hôpitaux, une détection lacunaire des donneurs potentiels (par manque de personnel formé dans certaines parties de la Suisse alémanique) ..., un déficit de connaissances et de directives en matière de processus de dons d'organes » (p.27).

La Suisse compte six réseaux de don auxquels les unités de soins intensifs [USI] sont rattachées (SwissPOD, 2012) : Bâle, Berne, Lucerne, le PLDO (cantons de Suisse Romande et le Tessin), Saint-Gall et Zürich. Leur objectif est d'agir le plus efficacement possible tout au long du processus de DO qui

débuté par l'identification d'un donneur, puis se poursuit par la pose du diagnostic de mort cérébrale et se termine par la transplantation (SwissPOD, 2012). Après la pose du diagnostic, le patient est identifié dans l'unité de soins intensifs [USI] comme donneur potentiel par l'équipe médico-infirmière (Derkenne, 2014 ; Conseil fédéral, 2013). En cas d'absence, le coordinateur de prélèvement peut être contacté à tout moment. Son rôle est de soutenir l'équipe d'USI et de faciliter l'organisation de la suite du processus grâce à la coordination des différentes équipes d'interventions. Vient ensuite la demande de prélèvement d'organes effectuée auprès des proches du patient qui vont alors soit consentir au don, soit le refuser. En raison des disparités culturelles existantes entre les différents cantons suisses et les pays, il est important d'adapter la communication et l'approche des familles en tenant compte des caractéristiques culturelles et religieuses de chacun. Cependant, comme affirmé dans l'étude SwissPOD (2012), la culture ne suffit pas à elle seule à expliquer les différences de consentements et de refus relevées notamment entre les cantons suisses.

Avec 42% de donneurs potentiels identifiés hors des hôpitaux universitaires [HU], la participation au DO des hôpitaux cantonaux et régionaux est non négligeable (Swisstranplant, 2013). De plus, l'étude SwissPOD (2012) souligne l'implication des USI dans la problématique du DO ; effectivement, 82.4% des décès analysés ont eu lieu aux soins intensifs [SI] contre 17.6% aux urgences (SwissPOD, 2012). Pour ces raisons, les auteures s'intéressent aux infirmières d'USI de tout type d'hôpitaux, c'est-à-dire sans distinguer les HU des autres hôpitaux (cantonaux, régionaux).

Les directives médico-éthiques de l'Académie Suisse des Sciences Médicales (ASSM, 2011) mettent en avant l'importance du rôle joué par les professionnels dans le processus de DO qui constitue pour eux un défi majeur et une grande charge émotionnelle. « Assumer le destin de la personne décédée et de ses proches et favoriser les différentes interactions ... sont des missions qui exigent des capacités élevées sur le plan professionnel, psychologique, de la communication et de l'organisation » (ASSM, 2011, p.19). Il est primordial que les infirmières en SI bénéficient donc de séances répétées d'information et de formations régulières concernant la physiopathologie de la mort et sa

constatation, l'organisation du processus de DO, les aspects éthiques du don et de la mort cérébrale ainsi que sur l'attitude à avoir dans la relation avec les proches (ASSM, 2011, p.20). De même, l'USI devrait offrir à son personnel une supervision et la possibilité de développer des stratégies d'adaptation afin de mieux faire face et s'adapter à ce genre de situations de crise (ASSM, 2011, p. 20). Ces moyens mis à disposition des infirmières leur permettraient de développer et d'améliorer leurs capacités à soutenir et à accompagner les proches de donneurs potentiels.

Parmi les donneurs décédés, la fondation Swisstransplant (2013) distingue les patients en état de mort cérébrale, *Heart-Breathing-Donors* (à Cœur Battant), de ceux ayant succombé à un arrêt cardiaque, nommés également *Non-Heart-Breathing-Donors* (à Cœur Non Battant), dont la réanimation est impossible. La mort cérébrale est provoquée dans la majorité des cas soit par un accident vasculaire cérébral [AVC] (hémorragique et ischémique), soit par un traumatisme crânien [TCC], soit par une anoxie [ANOX] (Carrier, 2009). Selon les directives médico-éthiques approuvées par l'ASSM (2011), pour poser le diagnostic de mort cérébrale, la loi exige que les professionnels se basent sur la définition neurologique de la mort, c'est-à-dire : « ... lorsque l'ensemble des fonctions du cerveau, y compris du tronc cérébral, a subi un arrêt irréversible » (p.3). « Une personne intubée et qui est suspectée de répondre aux critères cliniques pour réaliser un diagnostic de mort cérébrale » est définie comme un donneur potentiel (SwissPOD, 2012, p.18). L'évolution d'un type de donneur à un autre est décrite au travers des notions de donneur possible, potentiel, éligible, effectif et utilisé (SwissPOD, 2012). Dans ce travail, nous nous intéressons au contexte des soins donnés au donneur potentiel et à ses proches.

La problématique du DO concerne tout professionnel de la santé prodiguant des soins à un patient présentant des signes cliniques de mort cérébrale. Par sa présence auprès des proches du donneur potentiel, l'infirmière a le devoir de participer activement au processus de don. C'est pourquoi nous souhaitons avoir une meilleure connaissance et compréhension de ses difficultés et de ses besoins dans cette prise en soins. Celles-ci permettront l'identification de moyens pertinents susceptibles d'aider les infirmières dans leur pratique.

## **1.1. But et question de recherche**

La problématisation est basée sur des articles récents issus de la littérature scientifique et de l'actualité. En effet, le débat politique, éthique et médical régnant autour du DO n'est de loin pas résolu en raison de l'écart croissant existant entre l'offre et la demande d'organes. Inclure les infirmières dans ce débat est non seulement nécessaire mais indispensable au bon déroulement du processus de don. Le but de cette revue de littérature est donc d'identifier les besoins des infirmières en SI dans la pratique du DO afin de les aider à mieux gérer la complexité et l'impact psychologique des soins prodigués au donneur potentiel et à ses proches. Ce travail n'a donc pas pour finalité de trouver une solution au faible taux de DO en Suisse. Cependant, il est vrai que toute action menée au niveau infirmier pourrait majorer le nombre de donneurs d'organes.

La question de recherche qui en découle est la suivante :

**Quels sont les besoins des infirmières travaillant en SI lors de la prise en soins d'un donneur potentiel et de ses proches dans le cadre d'un processus de don ?**

## 2. Cadre de référence

L'éthique constitue le cadre de référence de cette revue de littérature. Afin d'étayer la réflexion sur les résultats des articles scientifiques étudiés, trois concepts ont également été choisis. Ce sont les concepts de mort cérébrale, de crise et d'*advocacy*.

### 2.1. Éthique

L'éthique, ensemble des règles et des mœurs dirigeant une bonne conduite, s'intéresse aux normes et aux principes qui guident les actions de l'être humain. Étroitement liée aux valeurs personnelles et professionnelles ainsi qu'au droit, elle est la morale qui permet l'appréciation du bien et du mal dans les actions humaines (Soins-Infirmiers.com, 2008, p.1).

L'Association suisse des infirmières et infirmiers (ASI, 2003) mentionne quatre principes éthiques que les infirmières doivent intégrer dans leur travail au quotidien :

- L'autonomie, qui est la capacité à faire ses propres choix, à obtenir toute l'information pour prendre des décisions réfléchies, éclairées et respectées par autrui.
- La non-malfaisance, qui consiste à faire non intentionnellement le mal.
- La bienfaisance, qui consiste à faire intentionnellement le maximum de bien pour le maximum de personnes.
- La justice, qui intègre deux concepts :
  - Le concept d'égalité qui signifie que tout le monde doit avoir un accès égal aux soins.
  - Le concept d'équité qui exige que des situations semblables soient traitées de façon semblable.

Dans les situations complexes de DO, l'infirmière doit respecter et appliquer dans sa pratique les principes éthiques fondamentaux pour assurer une prise en soins de qualité. Afin que la décision des proches soit respectueuse de la volonté du patient, l'infirmière veille au respect du droit à l'autodétermination du défunt. L'autodétermination, synonyme d'autonomie juridique, est définie par

Hébert (1990) comme « la capacité à faire ses propres choix et de conduire ses actions sans contraintes », du moins autres que légales (Durand, 2005, p.227). De plus, Durand (2005) précise que l'autodétermination est « la liberté de faire ce qui me convient pour autant que je ne fasse pas subir à autrui quelque chose à quoi il n'a pas consenti » (p.227). Ce droit est attribué à toute personne capable de comprendre des explications et les conséquences d'un acte, de choisir délibérément en fonction de ses valeurs et de ses buts ainsi que d'argumenter clairement ses choix à autrui (Durand, 2005). Dans le contexte du DO, le droit à l'autodétermination consiste en le respect de la volonté du patient qui aura informé ses proches, dans le meilleur des cas, quant à son consentement ou à son refus de donner ses organes. Si sa volonté est méconnue, le nouveau droit de la protection de l'enfant et de l'adulte, introduit en janvier 2013 et remplaçant le droit à la tutelle, s'applique alors (Canton de Vaud, Justice, S.d.). Touchant à la relation thérapeutique avec les proches de patients incapables de discernement, ce nouveau droit n'est pas sans conséquences pour les situations de DO. En effet, le pouvoir consultatif dont bénéficiaient les proches s'est transformé en un pouvoir décisionnel ; c'est-à-dire qu'il offre une place plus importante à l'opinion des proches dans la prise de décisions concernant le patient. L'avantage reste toutefois donné aux directives anticipées ainsi qu'au représentant thérapeutique. Sont ensuite consultés dans cet ordre : le conjoint (marié ou pacsé), le concubin, les descendants, les parents et enfin les frères et sœurs (Canton de Vaud, Justice, S.d.).

Afin que les proches puissent prendre une décision mûrement réfléchie, dans le cas où l'avis du patient concernant le DO est ignoré, le personnel médical et infirmier doit fournir à l'entourage toute l'information nécessaire à une prise de décision réfléchie (Saint-Arnaud, 2009). Ainsi, le consentement libre et éclairé suppose une communication ouverte et empathique de la part des professionnels de la santé envers les proches du donneur potentiel (ASSM, 2005).

Dans la pratique infirmière, il est parfois difficile pour les infirmières de concilier leurs valeurs personnelles avec les exigences professionnelles définies par le code déontologique (Blondeau, 1999). Ainsi, une contradiction entre ces deux

dimensions peut entraîner des conflits de valeurs, voire un dilemme éthique (Blondeau, 1999). Cette problématique est régulièrement observée dans le contexte du DO, par exemple, lorsque l'infirmière n'est pas favorable au DO, le jugeant comme inhumain, mais qu'elle doit participer activement au processus de don. Le rôle du code déontologique est alors de rappeler à l'infirmière les principes et valeurs de sa profession. Toutefois, le dénouement du conflit dépend de l'analyse qu'elle fait de la situation jugée éthiquement problématique (Blondeau, 1999). C'est pourquoi « ... à travers le code, la conduite professionnelle devient le prolongement de la conduite personnelle » (Blondeau, 1999, p.153).

## **2.2. Concepts intégrés au cadre de référence**

Les trois concepts centraux identifiés en lien avec la question de recherche nous permettront d'établir des liens pertinents avec les résultats obtenus suite à l'analyse des articles.

### **2.2.1. Mort cérébrale**

Selon Derkenne (2014), le diagnostic de mort cérébrale, appelé également mort neurologique, consiste en un examen clinique détaillé, effectué par deux médecins FMH neurologues ou en SI, indépendants de l'équipe de transplantation (p.17). Le diagnostic repose sur la présence simultanée de sept signes cliniques (ASSM, 2011) : un coma d'origine connue, une mydriase bilatérale avec pupilles non réactives aux stimuli lumineux, l'absence des réflexes oculo-céphaliques, cornéens, de toux et oropharyngé, l'absence de toute réaction à des stimuli douloureux et l'absence d'activité respiratoire spontanée (p.5).

Le concept de mort cérébrale est loin d'être simple à comprendre par les proches et les professionnels de la santé et soulève souvent de nombreuses interrogations. Malgré les examens cliniques et médicaux effectués pour confirmer le diagnostic, il leur est parfois difficile de concevoir que la mort cérébrale corresponde à la mort du patient et donc à la possibilité d'effectuer un don. En effet, la difficulté régulièrement rencontrée vient du fait que le patient sous respirateur artificiel, bien que diagnostiqué mort, ne présente pas les

caractéristiques habituellement attribuées par notre société à une personne décédée (ASSM, 2011) :

... la cage thoracique se soulève et s'abaisse grâce au respirateur, la peau est chaude, le pouls est palpable et quelquefois, des stimuli externes peuvent même déclencher – par l'intermédiaire de réflexes spinaux – des mouvements et des réactions circulaires, suscitant ainsi des incertitudes. (p.18)

Il est primordial que la notion de mort cérébrale soit maîtrisée par les infirmières et acceptée en tant que diagnostic de mort. En effet, l'ASSM (2011) affirme que « par la défaillance irréversible des fonctions cérébrales, un être humain perd de manière définitive l'organe central de son organisme. S'en suit la mort inéluctable de tous les organes, tissus et cellules » (p.5). Malgré les connaissances médicales sur le concept de mort cérébrale, certaines infirmières sont confrontées à une ambiguïté naissante face à l'état clinique du donneur potentiel, qui risque d'altérer la qualité de son rôle professionnel dans le processus de don. Car, comme le démontrent Flodén, Berg et Forsberg (2011a), si les infirmières présentent des divergences dans leurs perceptions ou leur compréhension de la mort cérébrale, elles risquent alors d'adopter des attitudes et des actions contradictoires pouvant affecter la prise en soins du patient et de ses proches (traduction libre de l'anglais par les auteures de ce travail).

### **2.2.2. Crise**

Pour Doron et Parot (1991), « La crise est liée à un événement ponctuel et localisé : c'est un changement décisif, un moment aigu de déséquilibre. La notion de crise est donc liée à celle de continuité ou de discontinuité. » (Formarier & Jovic, 2009, p.126).

Confronté à un événement particulier, l'individu évalue les risques et les ressources qu'il a à disposition pour faire face à la situation. La crise émerge alors lorsque le stress induit par celle-ci est ressenti comme une menace (Brunet, Leblanc & Séguin, 2006). Face à cette menace perçue, l'individu ne possède pas les mécanismes de défense ou stratégies de *coping* suffisants pour réagir et vaincre la situation stressante (Brunet et al., 2006). Le *coping*,



défini dans le modèle transactionnel du stress de Lazarus et Folkman (1984), consiste en l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux déployés volontairement par un individu et destinés à gérer, réduire ou simplement tolérer la situation aversive (Quintard, 2001). Lazarus et Folkman (1984) mettent en évidence trois stratégies d'adaptation différentes et combinables (Piquemal-Vieu, 2001) :

- Le *coping* centré sur le problème dont le but est la résolution du problème et l'affrontement de la situation grâce à des efforts cognitifs et comportementaux.
- Le *coping* centré sur les émotions dont le but est la gestion émotionnelle en modifiant la signification de la situation stressante.
- La recherche de soutien social.

De plus, selon ses valeurs, sa culture, ses représentations ou encore son expérience de vie, l'individu réagit d'une manière unique et personnelle à la crise qu'il traverse. Le niveau de tolérance diverge donc d'une personne et d'une famille à une autre (Formarier & Jovic, 2009).

Dans le contexte du DO, l'infirmière en SI soutient les proches du donneur potentiel au travers de plusieurs crises qui s'enchaînent et se chevauchent tout au long du processus de don. La première crise est liée à la cause de l'hospitalisation du patient dont le transfert rapide en USI constitue la seconde crise. Viennent ensuite les crises suivantes : l'éventuel transfert en hôpital universitaire, l'annonce du diagnostic de mort cérébrale et la demande de DO. Ces crises sont alors à l'origine des transitions vécues par les proches.

Le terme de transition est défini par Afaf Ibrahim Meleis (2010) comme le passage complexe et multidimensionnel d'une étape de vie, d'une condition, d'un statut ou encore d'un état de santé à un autre. Ce modèle de soins infirmiers s'intéresse aux changements déclenchés par les événements, parfois simultanés, survenant au cours de la vie. Deux types de transition existent : les transitions indépendantes du contrôle de l'individu (ex : transition de la mort, transition liée à une demande de don) et les transitions dépendantes de la volonté de l'individu (ex : transition liée au consentement ou au refus de la demande de DO) (Meleis, 2010). Lors du processus de don, les infirmières en

SI sont confrontées aux crises vécues par les proches au cours de la prise en soins du donneur potentiel. Satisfaire les besoins des infirmières est indispensable pour qu'elles puissent assumer pleinement leur rôle auprès du patient décédé et de son entourage. Tolérer la souffrance des proches qui traversent une période de crises et de transitions et les soutenir constitue une tâche émotionnellement difficile pour les infirmières en SI. À leur tour, celles-ci peuvent se retrouver dans une situation épuisante et stressante perçue comme une menace et pouvant aboutir à un état de crise.

### **2.2.3. Advocacy**

Selon Formarier et Jovic (2009), « ... l'*advocacy* consiste à permettre au patient d'user de ses droits et d'exprimer ses choix. L'infirmière agit au nom de ceux qui n'ont pas le pouvoir en tentant d'influer sur les décisions de ceux qui le détiennent » (p.56).

En pratique, l'infirmière veille au respect de l'autodétermination de la personne, ce qui nécessite de nombreuses connaissances dans les domaines suivants : la communication, les droits du patient ainsi que leurs applications et leurs limites, les ressources disponibles, les moyens, les conséquences et les risques liés à la mise en œuvre de ce concept (Formarier & Jovic, 2009).

Dans son rôle d'*advocate*, l'infirmière défend et promeut les souhaits du patient en état de mort cérébrale. De plus, elle doit privilégier les intérêts préalablement définis par le patient de manière autonome au détriment de ceux qu'elle soutient sur la base du principe de bienfaisance (Blondeau, 1999). Le but est alors de veiller à ce que la volonté du patient décédé soit respectée par les proches. Dans cette situation de crise, l'infirmière devient alors la partenaire de soins des proches qui sont les représentants du patient dans la prise de décision (Blondeau, 1999). Promouvoir les intérêts du donneur nécessite une réelle autonomie professionnelle de la part de l'infirmière. L'*advocacy* encourage donc à l'affirmation de l'identité professionnelle. Toutefois, Segesten (1993) affirme que tous les professionnels ne bénéficient pas d'une estime de soi suffisamment importante pour représenter les intérêts du patient (Blondeau, 1999). Il identifie également la problématique du temps dans l'exercice de

l'*advocacy* qui nécessite en effet beaucoup de disponibilité et de patience pour ne pas négliger l'exercice de ce rôle. De même, selon Pence et Cantrall (1990), bien que l'*advocacy* consiste en une responsabilité intégrée au rôle infirmier, les infirmières ne peuvent assumer leur fonction d'*advocate* sans prendre un grand risque personnel (traduction libre de l'anglais par les auteures de ce travail) (Blondeau, 1999, p. 168). En effet, Blondeau affirme qu'elles « ... ne possèdent ni le pouvoir ni l'autorité pour agir dans les intérêts du patient ... » (p.168). Parmi les autres difficultés mises en évidence, Reckling (1997) souligne la peur éprouvée par les infirmières des conséquences économiques et sociales qu'elles pourraient subir dans le cas où les médecins ne reconnaîtraient pas leur rôle d'*advocate* du patient (Blondeau, 1999). Par conséquent, celles-ci minimisent l'importance de ce dernier par crainte des répercussions en adoptant une attitude passive.

Après avoir identifié ces différents obstacles, Blondeau (1999) rappelle donc qu'il est indispensable d' « assumer pleinement son identité professionnelle, avec les risques et les bénéfices qui y sont associés, s'employer à la promotion des intérêts du patient et travailler en interdépendance avec tous les professionnels de la santé au service unique du patient » (p.169).

### 3. Méthodologie

Ce Bachelor Thesis consiste en une revue étoffée de littérature, définie comme une « ... démarche scientifique rigoureuse de revue critique de la littérature consistant à rassembler, évaluer et synthétiser avec rigueur les études pertinentes et parfois contradictoires qui abordent un problème donné » (Nadot, N., 2009, p.1).

Ce type de revue permet d'améliorer ses connaissances sur un sujet, d'évaluer les interventions pratiques en vigueur dans les soins infirmiers, mais aussi de proposer des recommandations de changements en se basant sur les résultats probants d'études scientifiques (Loiselle, 2007). Afin de synthétiser les résultats probants concernant notre domaine d'intérêt, nous avons suivi la démarche suivante. La revue systématique de littérature a débuté par l'identification d'un problème de recherche actuel au travers des connaissances préétablies sur la thématique du DO. Puis, nous avons recherché et sélectionné les articles traitant de notre problématique à l'aide de *Mesh terms* introduits dans différentes bases de données (*Pubmed, Medline, Cinhal, Cochrane Library, Google Scholar*) de septembre 2013 à mai 2014. Suite aux recherches effectuées, nous avons modifié notre question de recherche afin de la rendre plus pertinente et mieux adaptée aux articles retenus. L'utilisation de critères d'inclusion et d'exclusion a permis la sélection des articles intéressants pour réaliser cette revue étoffée de littérature (Loiselle, 2007).

Critères d'inclusion :

- Échantillons composés d'infirmières travaillant en USI.
- Contexte des soins au donneur potentiel et à ses proches.
- Concept de mort cérébrale.
- Études s'intéressant aux besoins des infirmières en SI dans le cadre du processus de DO.
- Études traitant des attitudes et des perceptions des infirmières en SI.
- Études publiées entre 2003 et 2014.
- Études présentant une méthodologie rigoureuse.
- Études menées en Europe ou dans un pays anglophone.

Critères d'exclusion :

- Populations constituées essentiellement de professionnels de la santé autres que des infirmières d'USI.
- Populations d'infirmières ne travaillant pas en USI.
- Études publiées avant 2003.
- Études conduites dans un pays jugé culturellement trop éloigné de l'Europe (par exemple : pays asiatiques, pays du Moyen-Orient).
- Étude ne comprenant pas de méthodologie rigoureuse.

Les grilles d'analyse des articles scientifiques nous ont servi à analyser, à retenir les articles pertinents et à effectuer une synthèse de leur contenu (Nadot & Bassal, 2011). Étant donné que la question de recherche traite d'une thématique actuelle, il s'est avéré difficile de trouver un nombre approprié d'articles scientifiques. Cependant, les études sélectionnées, bien qu'en quantité restreinte, présentent des résultats probants généralement similaires. Enfin, les résultats obtenus ont été interprétés et catégorisés dans une grille que nous avons réalisée.

### **3.1. Stratégies de recherche**

Nous avons décidé de représenter l'interprétation des résultats de nos recherches sous forme de besoins au travers d'un tableau synthétique. Les bases de données qui ont abouti à une récolte d'articles pertinents sont *Pubmed* et *Medline*. De nombreux *Mesh terms*, choisis en fonction des critères d'inclusion et d'exclusion, ont permis la sélection de trois articles scientifiques dans *Pubmed*. Afin d'obtenir davantage d'études, nous avons introduit directement les termes scientifiques dans la banque de données, sans les identifier au préalable sous la forme de *Mesh terms*. Cette stratégie a permis de sélectionner huit nouveaux articles. Au final, le nombre total d'articles s'élève à dix après l'exclusion d'une étude ne respectant pas l'un des critères d'inclusion (service d'urgences). En raison de la difficulté de trouver exclusivement des articles traitant d'infirmières en SI des HU, nous avons étendu nos critères d'inclusion à tous types d'hôpitaux. À la suite de six stratégies différentes de recherche utilisées, 10 articles ont été retenus.

<b>Banque de données</b>	<b>Pubmed (5 stratégies)</b>
--------------------------	------------------------------

<b>Mesh Terms Termes scientifiques</b>	<b>Résultats</b>	<b>Études retenues</b>	<b>Devis de recherche</b>	<b>Pertinence<sup>3</sup></b>
Attitude [Mesh] AND Nurses [Mesh] AND Brain Death"[Mesh] AND Tissue Donors[Mesh]	9	ICU nurses' perceptions of responsibilities and organisation in relation to organ donation -- a phenomenographic study.	Étude qualitative phénoménographique	22/ 25
Perceptions Attitudes Organ donation ICU Nurses	16	A phenomenographic study of ICU - nurses' perceptions of and attitudes to organ donation and care of potential donors.	Etude qualitative phénoménographique	22/ 25
		Attitudes to organ donation among Swedish ICU nurses.	Etude quantitative	18/ 22
Intensive care Organ donation Nurses	89	Change of focus: from intensive care towards organ donation.	Etude qualitative	16/ 25
		Approaching families on the subject of organ donation: a phenomenological study of the experience of healthcare professionals.	Etude qualitative herméneutique phénoménologique	22/ 25
		The attitude and knowledge of intensive care physicians and nurses regarding organ donation in Hungary -- it needs to be changed.	Etude quantitative transversal	20/ 22

<sup>3</sup> Explication de l'échelle de pertinence à la fin de la page 25 du chapitre « 3.2. Démarche d'analyse et de synthèse des données ».

		Organ and tissue donation: a survey of nurse's knowledge and educational needs in an adult ITU.	Enquête (étude quantitative)	18/ 22
Nurse's Role [Mesh] AND Brain Death [Mesh] AND Family [Mesh] AND Tissue Donors [Mesh]	9	Intensive care nurses' perceptions of their professional competence in the organ donor process: a national survey.	Enquête transversale quantitative	20/ 22
Tissue and Organ Procurement [Mesh] AND Family [Mesh] AND Brain Death [Mesh] AND Intensive Care Units [Mesh]	20	Intensive care nurses' perceptions of brain death.	Etude quantitative naturaliste et descriptive	18/ 22

<b>Banque de données</b>	<b>Medline (1 stratégie)</b>
--------------------------	------------------------------

<b>Termes scientifiques</b>	<b>Résultats</b>	<b>Études retenues</b>	<b>Devis de recherche</b>	<b>Pertinence</b>
Organ procurement and nurses and brain death and attitudes	32	<p>Critical Care staffs' attitudes, confidence levels and educational needs correlate with countries' donation rates: data from the Donor Action database.</p> <p>Australian emergency doctors' and nurses' acceptance and knowledge regarding brain death: a national survey.</p>	<p>Etude quantitative de cohort</p> <p>Enquête nationale (étude quantitative)</p>	<p>18/ 22</p> <p>Exclue</p>

### 3.2. Démarche d'analyse et de synthèse des données

Afin de procéder au choix des articles scientifiques, nous avons tout d'abord sélectionné ceux dont le résumé se rapportait à la population, au contexte et au phénomène d'intérêt de notre question de recherche initiale. Puis, la structure de ces études a été analysée afin d'exclure celles qui ne présentaient pas de méthodologie adéquate. Cette première étape terminée, nous avons poursuivi par la lecture approfondie et la traduction simultanée des onze articles en anglais sélectionnés. La traduction libre des études s'est effectuée minutieusement afin de préserver le sens du texte initial et de restreindre au maximum tout risque d'erreur d'interprétation. C'est pourquoi elle a nécessité un temps considérable. Après s'être réparti la traduction des articles, nous les avons analysés ensemble à l'aide des grilles de lecture critique<sup>4</sup> de Loiselle et Profetto-McGrath (2007) revues par Bassal et Nadot (2011). Une fois les analyses terminées, la question de recherche initiale a été modifiée et adaptée aux résultats obtenus. Ainsi, l'étude incluant comme population les infirmières des urgences a finalement été exclue. En effet, nous pensions dans un premier temps élargir notre population à celle des infirmières des urgences. Cependant, les situations de mort cérébrale et de DO ne s'avèrent que peu traitées dans ce type de service. Il a donc été décidé de garder uniquement la population initiale constituée des infirmières en SI. Pour évaluer la pertinence des dix recherches, nous avons additionné les points obtenus à la fin de chaque grille qualitative (total sur 25 points) et quantitative (total sur 22 points). Finalement, une grille de synthèse de l'interprétation des résultats<sup>5</sup> des articles analysés a été élaborée afin de mettre en évidence les besoins des infirmières d'USI ainsi que les interventions proposées pour y répondre. À la fin de cette grille, nous avons rassemblé les études dont les résultats se rapprochaient.

---

<sup>4</sup> Annexe B : Grilles de lecture critique des 10 articles scientifiques

<sup>5</sup> Annexe C : Synthèse de l'interprétation des résultats des 10 articles scientifiques



## 4. Résultats

Cette revue étoffée de littérature comprend six études avec un devis quantitatif (n=6), dont deux enquêtes (n=2), une étude de cohorte (n=1), une étude transversale (n=1), une étude naturaliste descriptive (n=1) et une étude quantitative non détaillée (n=1). Les quatre autres études présentent un devis qualitatif (n=4) et consistent en des études phénoménographiques (n=2), une étude herméneutique phénoménologique (n=1) et une étude qualitative sans davantage de précisions (n=1). Le devis n'étant pas clairement décrit dans certains articles (Meyer & Bjork, 2007 ; Flodén, Persson, Rizell, Sanner & Forsberg, 2011b), nous avons eu quelquefois des difficultés à le définir.

Les études réalisées entre 2003 et 2013 ont été principalement menées en Europe : Suède (Flodén et al., 2011a ; Flodén & Forsberg, 2009 ; Flodén et al., 2011b), Norvège (Meyer & Bjork, 2008 ; Meyer, Bjork & Eide, 2012 ; Oroy, Stromskag & Gjengedal, 2013), Belgique et Pays-Bas (Roels, Spaight, Smits & Cohen, 2010), Hongrie (Smudla, Mihaly, Okros, Hegedus & Fazakas, 2012b), Royaume-Uni (Collins, 2005). Une des dix recherches incluse dans ce travail s'est déroulée en Australie (White, 2003), pays culturellement proche de la culture européenne.

L'échantillon, rassemblant les populations de neuf études, représente un total de 15'465 infirmières. La population de l'étude 3 (Meyer & Bjork, 2008) dont le nombre de participantes<sup>6</sup> n'est pas précisé, n'a pas été comptée dans cet échantillon. Certaines études (Roels et al., 2010 ; Oroy et al., 2013 ; Smudla et al., 2012b) comprennent un échantillon incluant, en plus des infirmières en SI, d'autres populations (3'613 médecins, 4 aumôniers, 2'138 personnel auxiliaire). Cependant, la population d'infirmières (14'096) demeure toujours majoritaire. Cinq études sur dix (Flodén et al., 2011a ; Flodén & Forsberg, 2009 ; Flodén et al., 2011b ; Meyer et al., 2012 ; White, 2003) précisent le genre de leur population. La proportion de femmes est alors nettement plus élevée que celle des hommes avec 1'202.8 infirmières pour 135.2 infirmiers. L'âge moyen des participantes mentionné dans six études (Flodén et al., 2011a ; Flodén &

---

<sup>6</sup> Le terme « participantes » est utilisé dans ce travail pour représenter les deux sexes afin d'en faciliter la lecture et la compréhension

Forsberg, 2009 ; Flodén et al., 2011b ; Meyer et al., 2012 ; Smudla et al., 2012b ; White, 2003) est de 43.3 ans. Les infirmières de cinq articles (Flodén et al., 2011a ; Flodén & Forsberg, 2009 ; Flodén et al., 2011b ; Meyer et al., 2012 ; White, 2003) présentent une expérience moyenne en SI de 12 ans. Cette donnée, traitée de manière peu claire dans l'étude 9 (Collins, 2005), n'a pas été incluse dans la moyenne. L'échantillon de 13'977 infirmières de l'article 5 (Roels et al., 2010), rédigé en Belgique et aux Pays-Bas, comprend une population européenne de 12'002 participantes et une population extra européenne de 7'535 participantes. La totalité des articles traite d'une population d'infirmières travaillant dans une USI. Certains auteurs précisent le type d'USI concerné, mais nous avons décidé de ne pas les différencier. C'est pourquoi nous utilisons dans ce travail le terme USI dans sa définition générale.

La synthétisation et la comparaison des résultats, qui a suivi l'analyse des dix articles scientifiques, nous ont permis de former des catégories. Ces dernières définissent les domaines dans lesquels les infirmières rencontrent des difficultés lors du processus de DO. Les trois catégories principales découlant de la mise en commun des résultats sont :

- 4.1. L'éducation et les connaissances des infirmières au sujet du DO.
- 4.2. Les perceptions et les attitudes des infirmières SI.
- 4.3. La communication et la relation avec les proches de donneurs potentiels.

Les catégories énoncées ci-dessus nous ont permis d'ordonner et de structurer la suite du chapitre « Résultats ».

#### **4.1. Éducation et connaissances des infirmières au sujet du DO**

Nombreux sont les auteurs qui relèvent un manque de connaissances des infirmières en SI concernant différents aspects du processus de DO. Il en résulte une altération de leurs perceptions et de leur compréhension du concept de mort cérébrale et de son diagnostic ainsi qu'une méconnaissance marquée des démarches institutionnelles en cours sur le lieu de travail et à plus large échelle.

Dans son enquête, Collins (2005) s'est intéressé au niveau de connaissances des infirmières concernant le DO en vue d'identifier les éventuels déficits. Afin de récolter les données, un questionnaire a été complété et commenté par 31 infirmières (83.3%). Les participantes, diplômées d'un niveau D à G<sup>7</sup>, sont à 67% spécialisées en SI. 81% de l'échantillon (n=25) ont déjà pris soin d'un donneur potentiel. Les résultats de cette étude révèlent que la majorité des infirmières de niveau D (67%) n'ont pas vécu cette expérience alors que toutes les diplômées de degré F et G l'ont expérimentée. Cependant, l'auteur souligne que plus de la moitié des infirmières se sentent insuffisamment préparées (39% sur 84%) ou incertaines (10% sur 84%) pour assumer leur rôle dans ce type de prise en soins. En ce qui concerne la compréhension de la mort cérébrale, seulement 61% des infirmières (n=19) s'estiment en mesure d'expliquer efficacement ce concept aux proches. La capacité à définir la notion de mort cérébrale et les tests associés à la pose de son diagnostic est corrélée avec le niveau de formation. En effet, les infirmières de niveaux F et G sont plus susceptibles d'effectuer cette tâche. 90% des participantes (n=28) sont prêtes à participer à une journée d'étude sur le DO, la mort cérébrale et ses tests, l'éthique et le rôle infirmier dans le processus de DO ainsi que sur les méthodes d'approche des familles.

Dans leur étude qualitative, Meyer et Bjork (2008) ont tout d'abord étudié l'éducation des infirmières d'USI au sujet du DO. Ensuite, elles ont cherché à comprendre leurs besoins de connaissances et de soutien au moment de la transition de la prise en soins du patient des SI à celle du donneur potentiel. Dans un premier temps, le matériel éducatif et les directives de pratique concernant le DO de 20 hôpitaux (sur 28) ont été retournés aux chercheurs. Puis, dans un second temps, des entretiens de groupes composés de trois à six infirmières ont permis l'acquisition de données supplémentaires. Quatre thèmes principaux, dont « l'importance des connaissances et des compétences professionnelles », ont émergé de l'analyse des données. Les résultats obtenus montrent une différence importante d'une USI à l'autre concernant l'utilisation et la mise à disposition de moyens éducatifs. Ceux-ci consistent en des directives

---

<sup>7</sup> Selon le courrier électronique de Schmidhaeusler (2014), le niveau D correspond à une infirmière nouvellement diplômée et le niveau G correspond à une infirmière présentant davantage de responsabilités au sein de l'équipe ou de l'unité.

propres à l'institution, des articles, des cours internes, de la littérature ainsi que des séminaires d'information (conférences). Les unités ne possédant pas de matériel éducatif ni de procédure ont signalé la nécessité de structurer les démarches liées au DO. L'instauration d'un programme éducatif semestriel est jugée nécessaire. En effet, les situations de don sont rares, et maintenir son expérience et ses connaissances à jour constitue un réel *challenge*.

Dans leur article, Meyer et Bjork (2008) ont également mis en avant l'importance des discussions en équipe pour acquérir des connaissances personnelles. En raison du manque de structures mises en place dans la formation et l'éducation au sujet du DO, nombreuses sont les infirmières qui se sont senties « jetées dans leur premier processus de don » (traduction libre de l'anglais par les auteures de ce travail) (Meyer & Bjork, 2008, p.137). C'est pourquoi un temps de réflexion s'avère nécessaire afin de favoriser le partage des connaissances entre les infirmières expérimentées et moins expérimentées. En effet, les résultats montrent que l'ensemble des groupes de participantes sont favorables à l'instauration de temps de débriefings. Toutefois, les auteurs ne fournissent pas de précisions concernant cette piste d'action.

Meyer et al. (2012) ont exploré les perceptions des infirmières en SI concernant leurs compétences professionnelles dans le processus de DO afin d'identifier leurs besoins éducatifs. Leur enquête transversale s'est déroulée auprès de 515 infirmières spécialisées en SI (90% de l'échantillon), provenant de 28 hôpitaux norvégiens. Les participantes estiment que leurs connaissances de médiation sociale sont plus élevées que leurs connaissances théoriques, pratiques et éthiques. Les connaissances théoriques sur le fonctionnement du don et le diagnostic de mort se sont révélées très faibles, même si les participantes ont fréquemment fait usage de protocoles sur le DO. Les infirmières ont aussi rapporté que l'éducation de base en milieu hospitalier, les séminaires éducatifs, les discussions en équipe et la lecture de la littérature constituent des facteurs influençant positivement leur niveau de compétences professionnelles. D'ailleurs, elles considèrent ces moyens comme indispensables au bon développement de leurs compétences. Lorsque les infirmières ont évalué leurs besoins éducatifs, elles ont souligné la nécessité de recevoir un enseignement sur la manière d'aborder les mauvaises nouvelles

(68.9%, n=354) et sur la poursuite du processus (68.3%, n=372). Enfin, 75% des participantes ont estimé bénéfique de participer à un cours annuel.

L'étude de cohorte de Roels et al. (2010) s'intéresse à étudier l'impact des attitudes des infirmières et des médecins d'USI envers le DO, leur acceptation du concept de mort cérébrale, ainsi que leurs compétences. Afin de récolter les données, les auteurs ont remis des questionnaires au personnel des SI (19'537 professionnels dont 3'422 médecins, 13'977 infirmières et 2'138 autres). Les données obtenues ont alors été introduites dans une base de données pour être analysées. Les résultats diffèrent significativement entre la population médicale et infirmière. En effet, les infirmières semblent moins à l'aise<sup>a</sup> et moins confiantes<sup>b</sup> dans l'explication de la mort cérébrale aux proches par rapport aux médecins (27.1% vs 58.1%,  $p < 0.0001^a$ ; 24% vs 51%,  $p < 0.0001^b$ ). Contrairement aux infirmières, les médecins sont plus nombreux à avoir reçu une formation appropriée sur les questions liées au DO (26.7% vs 19%,  $p = 0.0008$ ). Par conséquent, le personnel infirmier souhaite enrichir ses connaissances grâce à un complément de formation (54.3% vs 43.3% de médecins,  $p = 0.0025$ ).

Évaluant l'attitude et les connaissances des infirmières en SI concernant le DO au travers d'une étude transversale, Smudla et al. (2012b) font part de données intéressantes complétant celles précitées. Les données ont été récoltées au moyen de questionnaires auprès de 103 infirmières (36.5%) appartenant à un échantillon de 282 professionnels. Les résultats ont révélé que seulement 16.5% d'infirmières ont déjà suivi une instruction sur le DO avant l'étude ( $p = 0.000$ ). Parmi les autres infirmières, seules 34.9% se disent prêtes à y participer, sans en préciser les raisons. De plus, peu nombreux sont les professionnels (30.9% des médecins et des infirmières) qui ont déjà eu l'occasion de collaborer à la gestion du processus. Tout comme énoncé par Collins (2005), le niveau d'expérimentation du DO est corrélé significativement avec le degré de formation du personnel (participation à un cours sur le DO) ( $p = 0.002$ ). 87.3% d'infirmières sont informées sur la législation nationale du Royaume-Uni (consentement présumé) et 49.5% connaissent la voie juridique pour contester le prélèvement d'organes ( $p = 0.012$ ). Les infirmières ayant exercé à plusieurs reprises la gestion du don sont davantage familiarisées avec

les procédures en vigueur ( $p=0.025$ ). Les résultats de cette étude démontrent également que plus le niveau de formation est élevé, plus les connaissances sont importantes (OR : 2.52).

L'auteur Geoff White (2003) aborde dans son étude naturaliste descriptive la manière dont les infirmières en SI perçoivent la mort cérébrale. Afin d'obtenir les informations nécessaires, 40 infirmières de niveaux de formation différents ont participé à des entretiens structurés et répondu à un questionnaire. Les résultats dévoilent que 78% des infirmières ( $n=31$ ) conçoivent la mort cérébrale comme la conséquence d'une cause cérébrale et 80% ( $n=32$ ) reconnaissent le patient comme décédé. Le coma et la mort cérébrale sont deux états distincts pour 95% des infirmières ( $n=38$ ). En effet, la mort cérébrale consiste en l'arrêt des fonctions autonomes. Cependant, 48% des infirmières ( $n=19$ ) perçoivent l'état de mort cérébrale comme un état de mort incomplet. Concernant le moment officiel du décès du donneur d'organes, 77.2% des participantes ( $n=31$ ) estiment qu'il survient avant l'opération de prélèvement. Au sein de l'échantillon, l'arrêt des fonctions cardio-pulmonaires demeure le critère dominant de diagnostic de mort. Enfin, l'étude démontre que les infirmières, bénéficiant d'un niveau moins élevé de formation, sont plus susceptibles de présenter des perceptions ambiguës et confuses.

## **4.2. Perceptions et attitudes des infirmières en SI**

Les études traitées dans la catégorie précédente sont nombreuses à investiguer l'impact des perceptions et des attitudes des infirmières sur leur pratique du don. En effet, le niveau de connaissances et les perceptions individuelles sont fortement liés. Nous avons donc décidé de ressortir de ces mêmes articles uniquement les éléments pertinents traitant des perceptions et des attitudes des infirmières en SI.

Des entretiens individuels menés auprès de 15 infirmières, spécialisées en SI et ayant pris soins d'un donneur potentiel, ont permis aux auteurs Flodén et al. (2011a) d'obtenir les données nécessaires à leur recherche phénoménographique. Cette dernière s'intéresse aux perceptions qu'ont les infirmières de leurs responsabilités professionnelles, du rôle organisationnel de

l'unité ou de l'hôpital dans le processus de don, ainsi que de la mort cérébrale et de son diagnostic. Les catégories descriptives découlant de ces trois thématiques ont permis de regrouper les différentes données récoltées. Concernant la compréhension et l'acceptation du concept de mort cérébrale et de son diagnostic, quatre types de perceptions éprouvées par les infirmières sont mises en évidence (traduction libre de l'anglais par les auteures de ce travail) (Flodén et al., 2011a, p. 311-312) :

1. Croire au diagnostic de mort cérébrale indépendamment de la méthode utilisée : cette perception vaut pour les participantes qui, faisant confiance aux différentes méthodes diagnostiques, n'éprouvent pas le besoin d'être présentes lors de la pose du diagnostic de mort cérébrale afin d'en être convaincues.
2. Avoir confiance dans les moyens utilisés par les médecins : les participantes, adoptant une attitude de confiance face aux différents outils médicaux mobilisés, ne ressentent pas le besoin de participer aux examens cliniques effectués par les médecins.
3. Besoin d'être présentes durant la pose du diagnostic de mort cérébrale afin de l'accepter : cette perception est ressentie par les infirmières qui estiment indispensable leur participation à la pose du diagnostic pour le comprendre et l'accepter intellectuellement mais surtout émotionnellement.
4. Besoin de l'angiographie cérébrale afin d'être convaincues de la fiabilité et de la précision des diagnostics de mort cérébrale : selon la loi suédoise, l'examen clinique est la démarche standard appliquée pour confirmer un diagnostic de mort cérébrale. Toutefois, certaines participantes pensent que l'angiographie cérébrale est une méthode plus sûre permettant de visualiser l'arrêt circulatoire cérébral et ainsi d'accepter la mort cérébrale en tant que mort du patient.

Dans leur étude phénoménographique, Flodén et Forsberg (2009) étudient les perceptions des infirmières concernant leurs expériences et leurs attitudes envers le DO et la prise en soins des donneurs potentiels. La récolte des données s'est faite grâce à des entretiens individuels auxquels ont participé neuf infirmières, possédant une expérience avec un donneur potentiel. Les

réponses des participantes ont abouti à l'élaboration de catégories descriptives. Dans la partie « le DO comme une situation », les résultats de l'étude montrent que les infirmières perçoivent la situation de DO comme un fardeau porté par les proches. Ce fardeau est alors vécu soit comme une situation définitive (mort d'un proche), soit comme un double voire triple traumatisme (mort d'un proche, demande de DO et parfois inexpérimentation du médecin).

Dans la partie « le DO comme un phénomène », la première perception infirmière décrite est celle de l'incertitude et du malaise provoqués par la notion de mort cérébrale. Cette incompréhension peut affecter les professionnels lorsque leurs connaissances sur les tests de diagnostic clinique font défaut. Avoir conscience de son attitude est fondamentale car si l'infirmière d'USI doute, son incertitude et son manque de confiance dans le diagnostic influenceront à leur tour la perception des proches.

La deuxième perception montre que certaines participantes conçoivent le DO comme une opportunité de vivre une expérience professionnelle positive et significative pour les proches. En effet, ceux-ci ont la possibilité d'honorer la volonté de leur proche au travers de la demande de DO quelle qu'en soit l'issue. Toutefois, la mort est également perçue par certaines infirmières comme un échec. Cette troisième perception est expliquée de diverses façons : la mort cérébrale n'est pas naturelle, les soins au donneur potentiel sont inhumains dans le sens où « nous sommes censées nous occuper de la vie et non de la mort » (traduction libre de l'anglais par les auteures de ce travail), la mort est une défaillance de la part des professionnels (Flodén & Forsberg, 2009, p. 310).

La quatrième perception montre que les infirmières définissent différemment l'être humain. Certaines le voient comme une entité indivisible, certaines comme un ensemble où le corps, l'âme et l'esprit sont séparés et d'autres en tant que corps et âme difficilement séparables. Cette seconde partie contient une cinquième et dernière perception. Dans le cas d'un DO, les infirmières ressentent le besoin de procurer des soins caractérisés par une dignité absolue et un respect du donneur potentiel et de la situation en général. En effet, les



participantes soulignent l'importance d'une prise en soins harmonieuse de la famille tout au long du processus.

Flodén et Forsberg (2009) s'intéressent dans leur troisième partie descriptive aux perceptions que les participantes ont des attitudes infirmières envers le don, susceptibles d'influencer la décision finale des proches à une demande de don (traduction libre de l'anglais par les auteures de ce travail) (Flodén & Forsberg, 2009, p.311) :

1. « Je peux alléger les souffrances » : selon les participantes, les infirmières adoptant cette perception sont celles pour qui atténuer les souffrances dans toutes les situations de vie et de mort fait partie de leur rôle. Diverses perspectives existent pour soulager la souffrance, par exemple, procurer des soins dignes et respectueux au donneur et à ses proches.
2. « Mon devoir est de prendre soin de la vie et non de la mort » : cette attitude adoptée par certaines infirmières est interprétée par les participantes comme négative pour une situation de DO car elle risque d'augmenter la souffrance des personnes impliquées (proches comme soignants) et de négliger la volonté du défunt.
3. « La chose la plus importante est de rester neutre » : les infirmières dont l'attitude apparaît vacillante et passive envers le DO peuvent engendrer une incertitude chez les proches et un manque de soutien aux médecins. Par conséquent, la demande de DO est parfois omise.
4. « L'ensemble du processus est désagréable » : une telle attitude est le signe d'une insécurité et d'un malaise. Ces professionnels ont besoin d'aide et de soutien de la part de leurs collègues afin d'être déchargés de certaines tâches.

Flodén et al. (2011b) présentent dans leur étude quantitative des données sur les attitudes des infirmières en SI concernant la mort cérébrale et le DO. Ces données ont été récoltées au moyen d'un questionnaire complété par 702 infirmières provenant de différentes USI suédoises (69%). Les résultats dévoilent alors que l'approche utilisée par les infirmières pour aborder la thématique du DO varie. 48% des infirmières (n=339) ont déclaré présenter une

attitude neutre envers le don en laissant à l'entourage le libre choix de la décision. La posture pro-don est adoptée par 11% des participantes (n=74) qui, au cours de la conversation avec les proches, ont tenté d'éviter un refus précipité en leur offrant les conditions préalables à une décision mûrement réfléchie. Les 35% restants (n=248) s'avèrent incapables de décrire le type d'approche utilisé. Les résultats concernant les perceptions des infirmières de leur propre tension émotionnelle démontrent que 53% (n=369) ont vécu la demande de don comme un sentiment plutôt positif tandis que 9% (n=66) ont ressenti des émotions négatives. Indépendamment de l'expérience, la prise en soins d'un donneur potentiel constitue une charge émotionnelle pour 344 infirmières (49%).

Selon Roels et al. (2010), les infirmières présentent une attitude nettement moins positive que les médecins face à l'acceptation du concept de mort cérébrale ( $p < 0.0001$ ) et du DO en général (soutien au don, don de ses propres organes et de ceux de ses proches). En effet, l'origine principale d'une telle attitude semble être liée à un manque de confiance des infirmières en ce concept et à la complexité des tâches liées au don.

Comme affirmé ci-dessus dans l'étude de White (2003), un niveau de formation insuffisant peut impliquer des perceptions ambiguës de la part des infirmières au sujet de la mort cérébrale. Cinq catégories de perceptions sont alors mises en évidence :

1. Acceptation de la mort cérébrale sans ambiguïté, ni équivoque (25%, n=10).
2. Acceptation avec un discours parfois incohérent (27.5%, n=11).
3. Acceptation de la mort cérébrale uniquement en tant que notion médico-légale (12.5%, n=5) : les participantes perçoivent la mort cérébrale comme une forme incomplète de mort. Selon elles, le décès survient lors de l'arrêt des fonctions cardio-pulmonaires, associé parfois à la perte de l'esprit.
4. Acceptation ambiguë (22.5%, n=9) : les infirmières font part de perceptions contradictoires avec un rejet plus fréquent de la notion de mort cérébrale et un manque de connaissances médico-légales.

#### 5. Rejet de la mort cérébrale sans ambiguïté (12.5%, n=5).

En plus de la thématique précédemment abordée, les résultats de l'étude de Flodén et al. (2011a) traitent des perceptions qu'ont les infirmières de leurs responsabilités professionnelles et de l'organisation du DO. Trois catégories alimentent la thématique de la responsabilité professionnelle. « Faire son maximum » correspond à fournir des soins de qualité, être le porte-parole du patient ainsi qu'à assumer ses responsabilités. « Préserver les droits du patient » sous-entend inclure le DO dans sa pratique quotidienne, être informée sur les signes cliniques de la mort cérébrale, respecter le souhait du patient, prendre soin et traiter dignement le donneur, être un modèle pour ses collègues ainsi qu'offrir une attention particulière aux proches. Les participantes tentent de « soulager la souffrance » en étant présentes, honnêtes et soutenantes pour les proches, en laissant la responsabilité de la demande de don au médecin, en participant à la discussion sur le DO avec la famille, en répondant clairement aux questions des proches pour diminuer leur frustration et en leur offrant une atmosphère agréable.

Les perceptions au sujet de l'organisation du DO sont relatées au travers de trois autres catégories. « L'absence de *leadership* » entraîne de l'ambiguïté et un sentiment d'abandon lors de la prise en soins d'un donneur potentiel. C'est pourquoi les infirmières soulignent la nécessité qu'un membre du personnel de l'USI, de préférence un médecin, se préoccupe de la demande de don. Les infirmières attribuent au médecin un rôle décisif en le considérant hautement qualifié pour gérer l'équipe impliquée dans le processus de don. Son expérience et sa charge de travail vont alors influencer le dénouement de la situation de manière positive ou négative. Un manque de clarification des responsabilités de chaque professionnel intervenant dans la démarche constitue une entrave au DO. « Le manque de structures organisationnelles » est présenté sous diverses formes : manque de protocoles, de chartes sur l'organisation locale, de *check-lists* décrivant les différentes phases du processus de don (surtout la phase initiale), de débriefings et d'aides proposés par les chefs des SI, de feedback du coordinateur de transplantation ainsi qu'un manque de réflexion globale dans l'hôpital au sujet du DO.

Les infirmières affirment aussi que si la charge de travail est trop importante, les professionnels vont favoriser la prise en soins des patients en voie de guérison. De ce fait, la demande peut être omise. Finalement, il est reporté qu'aucune directive ne spécifie que le DO fait partie du cahier des charges de l'infirmière.

Flodén et Forsberg (2009) abordent, dans une des catégories des résultats intitulée « le DO comme une situation », les perceptions qu'ont les infirmières de leurs responsabilités. Face à une situation de don vécue comme dramatique et difficile, les infirmières jugent important de se sentir en sécurité dans leur rôle, de comprendre le sens de la mort cérébrale et de prendre conscience de leurs attitudes. Assumer leurs responsabilités tout au long du processus exige de leur part beaucoup d'énergie. En effet, le DO est perçu par les participantes comme un défi professionnel en termes de connaissances à mobiliser, en raison de la méconnaissance ou de la nouveauté du processus et d'une situation éthiquement difficile. Parmi les responsabilités que s'attribuent les infirmières, offrir une prise en soins digne et respectueuse apparaît primordial dans ce genre de situation. Celles-ci affirment qu'être présentes, humbles et professionnelles dans la relation avec les proches, fait partie de leur rôle, mais est essentiel pour se protéger elles-mêmes. Les perceptions récoltées décrivent aussi la situation de DO comme un événement délicat pour des raisons principalement éthiques, telles que les problèmes de communication ou un manque de sensibilité interculturelle.

L'un des quatre thèmes définis par Meyer et Bjork (2008) à la suite de l'analyse des données est « la responsabilité multidimensionnelle ». Au cours des discussions de groupe, les infirmières ont décrit plusieurs responsabilités dans le processus de DO, telles que la création d'un environnement propice au don et à la prise en soins du donneur potentiel et de ses proches. Les participantes trouvent difficile de réconforter et de soutenir les proches tout en donnant simultanément l'information nécessaire à une meilleure compréhension de la situation de don. Certaines participantes considèrent qu'introduire la question du DO est un devoir envers le patient. Les efforts menés par les infirmières afin de préserver la qualité des organes sont perçus comme significatifs et importants. La dignité et le respect doivent être au centre des soins prodigués au donneur et à sa famille. Malgré la présence du médecin, les infirmières

estiment que la protection du patient et de ses proches relèvent avant tout de leur responsabilité et requiert deux infirmières, une pour la prise en soins des proches et l'autre pour l'acquisition des organes.

Le deuxième thème ressortant de l'analyse des résultats est « le DO comme un processus » ; processus face auquel les proches et les professionnels de la santé doivent se préparer. C'est pourquoi les infirmières ont jugé la collaboration et la compréhension mutuelle au sein de l'unité comme essentielles. Améliorer le travail en équipe peut rendre la communication avec les proches plus aisée et plus ouverte. Infirmières et médecins doivent se mettre d'accord sur le moment de la demande et le type d'informations à leur donner. Nombreuses sont les participantes qui décrivent la transition des SI vers le DO comme un passage sans étapes distinctes ou encore un processus plus ou moins transparent. Durant cette transition, il est important d'offrir du temps aux proches afin de leur permettre de se préparer mentalement à la situation et de prendre une décision posée.

Flodén et al. (2011b) s'intéressent aux perceptions des infirmières concernant les ressources mises à disposition dans l'USI. Dans cette catégorie descriptive, il est reporté par les participantes qu'une augmentation du nombre de lits (47%, n=329) ainsi que du personnel (38%, n=267) dans l'unité n'impliquerait pas une élévation du taux de dons. 15% des répondantes (n=106) ont révélé qu'un manque de ressources ou de compétences a parfois entraîné l'omission des examens cliniques ou de l'angiographie cérébrale lors de la pose du diagnostic. En répondant au questionnaire, 2% des infirmières (n=16) ont apporté des propositions afin de faciliter le travail de l'infirmière dans le processus de DO : une coopération plus étroite avec le coordinateur (soutien, conseils), plus d'éducation et de listes de contrôle, une organisation interne avec des ressources supplémentaires (supervision, débriefing). Au final, 63% (n=442) ont indiqué que la contribution du coordinateur facilite considérablement la prise en soins du donneur potentiel, sans préciser pour autant les différents aspects de son rôle auprès de l'équipe infirmière et médicale.

### **4.3. Communication et relation avec les proches**

Connaissances, perceptions et relation représentent des notions bien différentes au premier abord mais qui se relient dans les résultats des dix articles analysés. En effet, la qualité de la communication et de la relation avec les proches est influencée par le niveau de formation de l'infirmière, les perceptions qu'elle possède de la mort cérébrale, du DO et de ses responsabilités dans le processus.

Dans la partie des résultats intitulée « le DO comme une situation », Flodén et Forsberg (2009) soulignent l'importance d'accomplir la volonté du défunt quelle qu'elle soit. Lors des entretiens individuels, les infirmières ont exprimé leurs préoccupations quant à la relation avec les proches dont la qualité pourrait être altérée s'ils se sentent sous pression. Quand la volonté du patient ne semble pas respectée par l'entourage, les infirmières ont jugé la situation difficile. Effectivement, celles-ci se sont senties frustrées en s'apercevant que le défunt a été privé de la possibilité de faire don de ses organes. Afin que la famille soit réceptive à la demande de don, il est indispensable qu'elle soit consciente et convaincue du décès de son proche.

Comme expliqué dans les résultats de l'étude de Meyer et Bjork (2008), lorsque le patient est décédé, il est important que les infirmières se tournent vers la famille durant les soins et qu'elles parlent du patient en tant que défunt. Ainsi, la distinction entre les deux phases (avant et après le décès) facilite la compréhension des proches quant à la fatalité de la situation. De plus, la participation de la famille aux tests cliniques favorise leur acceptation du diagnostic de mort cérébrale.

Oroy et al. (2013) ont mené une étude phénoménologique qui vise à explorer et à acquérir une meilleure compréhension des expériences des professionnels de la santé concernant leurs interactions avec les proches de donneurs. 16 infirmières, sur un échantillon de 32 participantes (12 médecins et 4 aumôniers), ont pris part aux entretiens. Pour obtenir davantage d'informations, les chercheurs ont effectué des observations de terrain. Une analyse thématique des données récoltées a permis l'élaboration de trois grandes

catégories : « le moment crucial », « les conversations difficiles » et « les attentes contradictoires ».

Trouver le meilleur moment possible pour aborder la demande de don est difficile car les infirmières doivent veiller à ne pas causer de détresse chez les proches. Selon leurs attitudes et leurs questions, ceux-ci semblaient plus ou moins disposés à parler de ce sujet. Pour favoriser la préparation de la famille face à une demande et éviter un conflit d'intérêt, une approche progressive du médecin est fondamentale. De même, l'espace et le temps offerts aux proches sont nécessaires afin qu'ils puissent se réorienter face à la situation après l'annonce du diagnostic. Le fait de savoir si le sujet a déjà été discuté en famille peut influencer la manière dont les professionnels vont l'aborder. Le vécu des conversations dans le contexte du DO est jugé difficile et représente un défi pour les professionnels de la santé. Malgré leur expérience, chaque situation est nouvelle, unique et douloureuse et ils doivent s'y adapter constamment. Bien que la collaboration soit généralement de bonne qualité, les infirmières requièrent parfois une plus grande implication et présence de la part des médecins. Transmettre les mauvaises nouvelles demande une attitude ouverte et honnête, une compréhension commune de la situation ainsi qu'un langage adapté. Les infirmières, présentes lors des conversations, ont pour tâche de reprendre les questions et les réponses des proches si nécessaire. Le respect des désirs du patient est primordial. Cependant, les proches doivent se sentir libres de les transmettre ou non. Placer le donneur au centre de la discussion peut aider la famille à comprendre son point de vue et ainsi favoriser une décision réfléchie, sans l'imposer ou l'influencer.

Il existe des attentes internes et externes parfois contradictoires à prendre en compte lors de la demande de don. Les attentes externes découlent de la législation et de la politique et peuvent augmenter la tension dans une situation déjà délicate. Les attentes internes proviennent du comportement altruiste des professionnels de la santé. Bien que les infirmières soient conscientes de la signification du DO, certaines considèrent cette demande comme inhumaine et brutale. Cependant, lorsque tout espoir de guérison est perdu, l'intérêt du receveur et la possibilité de lui offrir une « nouvelle vie » deviennent prioritaires.

## **5. Discussion**

Après avoir exposé les principaux résultats dans le chapitre précédent, nous en évaluerons la qualité. La synthétisation des résultats nous permettra ensuite de les confronter, puis de les interpréter à l'aide du cadre de référence, de concepts et de théories. Pour conclure ce chapitre, nous répondrons à notre question de recherche.

### **5.1. Qualité des résultats**

Cette revue de littérature est constituée de six études quantitatives et de quatre études qualitatives. La majorité des devis sont décrits par les auteurs. Sur les quatre articles qualitatifs présentant une méthodologie similaire, trois d'entre eux possèdent un devis phénoménographique ou phénoménologique. Les résultats obtenus par la méthode qualitative, au travers d'entretiens individuels ou de groupes, ont permis d'explorer divers phénomènes tels que les besoins éducatifs, l'expérience, les perceptions ou encore les attitudes des infirmières en SI dans le contexte du DO. Les études quantitatives, dont les devis sont différents, pourraient être perçues comme un facteur influençant négativement la fiabilité et la pertinence de nos résultats. Cependant, les résultats des dix études se rejoignent et se complètent. C'est pourquoi nous avons choisi de les garder. Parmi les méthodes de récolte de données quantitatives utilisées par les auteurs, nous retrouvons le questionnaire (9 études sur 10) ainsi que l'entretien pour l'une d'elles. En effet, Geoff White (2003) a combiné une méthodologie plutôt qualitative avec une analyse quantitative des données. Après mûre réflexion, nous avons choisi d'utiliser une grille d'analyse critique quantitative pour analyser cette recherche.

Concernant les données démographiques des participantes des dix études, leurs caractéristiques sont fortement similaires, comme par exemple, le genre. Étant donné que le métier d'infirmière reste majoritairement féminin, la proportion d'hommes dans nos études est nettement inférieure à celle des femmes, rendant l'échantillon moins homogène. Effectivement, les hommes peuvent, selon nous, présenter des perceptions et des attitudes divergentes. De plus, certaines études incluent un échantillon composé d'une population



infirmière et médicale. La séparation des données entre médecins et infirmières nous a permis de sélectionner celles liées à la population de notre question de recherche. La comparaison des deux types de résultats nous permettra d'enrichir notre discussion et les pistes d'action qui en découlent.

Tous les auteurs nous informent sur leur lieu de travail (universités, hôpitaux, instituts, fondations de DO, départements). Toutefois, seules trois études précisent clairement le cursus de chaque intervenant. Après de plus amples recherches, nous constatons que la majorité des auteurs ont un statut d'infirmières spécialisées, de Docteurs en sciences de la santé ou de Professeurs. Nous remarquons aussi que certains auteurs apparaissent à plusieurs reprises. Ceci montre leur implication dans la problématique du DO et leur intérêt pour la pratique infirmière et son évolution. Pour appuyer la qualité des articles sélectionnés, nous nous sommes intéressées aux types de revues dans lesquelles ils ont été publiés. Quatre études proviennent d'un journal reconnu dans le domaine des soins infirmiers (*Intensive and Critical Care Nursing*). Trois autres sont issus d'une revue spécifique traitant de la thématique du DO et de la transplantation (*European Society for Organ Transplantation, Ann Transplant*). Finalement, les journaux dans lesquels apparaissent les trois dernières études concernent le contexte des soins aigus et de la pratique avancée en soins infirmiers (*Journal of Clinical Nursing, Journal of Advanced Nursing, Australian Critical Care*).

Flodén et al. (2011a) et Flodén et Forsberg (2009) basent leur méthode d'entretien sur celle décrite par Marton (1981). Elle consiste à guider le cours de l'entrevue à l'aide d'un nombre limité de questions préformulées, tandis que la majorité des questions sont énoncées sur la base des réponses des participantes. Des catégories descriptives, décrivant comment le phénomène est perçu, ont été développées à la suite de sept étapes définies par Sjöström et Dahlgren (2002) (Flodén & Forsberg, 2009) : la familiarisation, la compilation, la condensation, le regroupement, la comparaison, la nomination, la comparaison contrastive. Ces catégories constituent les résultats de la recherche qui devraient, selon Marton (1981), pouvoir être discutés avec d'autres chercheurs (Flodén & Forsberg, 2009). Nous constatons par ces propos que Flodén et Forsberg (2009) ont mené une réflexion sur la façon dont

un entretien est dirigé. Les entretiens de groupe, menés par Meyer et Bjork (2007), ont permis d'exploiter la diversité de l'expérience des infirmières. L'analyse des données a été effectuée grâce à la méthode d'analyse qualitative de Kvale (1997) qui se déroule en trois niveaux (Meyer & Bjork, 2007) : la condensation des points de vue des participantes, l'interprétation et la fusion des significations en catégories plus larges, l'investigation des catégories dans un contexte théorique.

Flodén et al. (2011a) ont adapté et modifié un questionnaire de 34 items précédemment utilisé pour explorer l'attitude des médecins en lien avec le DO. Au cours de leur recherche, ils ont testé la fiabilité et la validité de ce nouvel instrument à l'aide de différentes échelles reconnues. Celui-ci s'est avéré valide en raison de la cohérence de ses réponses. Les variables (attitudes infirmières) ont été mesurées et analysées par des méthodes statistiques.

Roels et al. (2010) ont utilisé les outils du « *Donor Action Programm* » [DAP] pour collecter leurs données. Ceux-ci consistent en l'« *Hospital Attitude Survey* » [HAS] et le « *Medical Record Review* » [MRR]. L'HAS est un questionnaire de 32 items permettant d'évaluer différentes variables (attitudes, connaissances, participation au DO, compétences, ressenti) et d'identifier les besoins d'éducation et de soutien des infirmières dans le processus. Les données du HAS et du MRR ont été introduites dans le « *DA System Database* » [DA]. Les différences statistiques et les corrélations entre les sous-groupes professionnels ont été réalisées à l'aide d'instruments et de tests validés.

Un questionnaire de 22 items, incluant une échelle de Likert de cinq points, a été élaboré par Meyer et al. (2012) pour mesurer les différentes dimensions de la compétence professionnelle représentées par les connaissances théoriques, pratiques, éthiques et de médiation sociale. Cet outil a été pré testé auprès de neuf infirmières d'USI pour prouver sa pertinence et évaluer sa compréhension. Au moyen de statistiques descriptives et déductives, les chercheurs ont analysé les variables. La fiabilité et la validité des données ont été testées par l'alpha de Cronbach.

Dans l'étude d'Oroy et al. (2013), les instruments de récolte des données consistent en des observations de terrain et des entretiens individuels, guidés par des questions ouvertes. Ces observations contextualisent les données, augmentant ainsi la fiabilité des résultats. Une analyse thématique, telle qu'utilisée par Benner (1994) et van Manen (1990), a été menée pour saisir le sens des expériences vécues par les participantes et a abouti à l'élaboration de trois thèmes principaux (Oroy et al., 2013).

Concernant l'étude de Smudla et al. (2012b), les variables (connaissances, attitudes) ont été récoltées avec un questionnaire de 20 items, auto-administré et possédant une échelle de Likert de cinq points. Celles-ci ont été analysées à l'aide d'un ensemble de mesures statistiques et de modèles de régression validés.

Collins (2005) a conçu un questionnaire de 18 items pour identifier les connaissances et les manques éducatifs liés au DO, en partenariat avec l'infirmière-chef et les coordinateurs locaux de transplantation de l'USI. Ils ont formulé leurs questions sur la base du travail de Bidigare et Oermann (1991) et y ont ajouté de nouvelles questions (Collins, 2005). Une corrélation entre les résultats de son étude et ceux de Bidigare et Oermann (1991) a été effectuée. Collins (2005) nous informe alors que le recours à des entretiens aurait permis d'obtenir davantage d'informations sur la population concernée. Les résultats sont exprimés à l'aide de catégories et de pourcentages.

Pour sa part, White (2003) a mené des entretiens structurés à l'aide de questions fermées et posées sur la base de différents items. Les données quantitatives ont été analysées au travers de procédures statistiques descriptives, de divers tests et outils dont la fiabilité a déjà été approuvée.

Huit articles sur dix respectent les normes éthiques. Effectivement, les auteurs ont pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participantes en obtenant, par exemple, leur consentement libre et éclairé et/ou l'approbation d'un comité éthique. Roels et al. (2010) ne mentionnent pas dans leur étude si les démarches nécessaires au respect de la confidentialité des données et des droits des participantes ont été prises. Bien que Smudla et al. (2012b) ne précisent pas clairement cet aspect, il est affirmé dans leur recherche que leurs

données ont été récoltées au moyen d'un questionnaire anonyme, désigné par des sociétés reconnues.

Nous avons élaboré deux échelles de pertinence sur la base des grilles d'analyse des articles scientifiques<sup>8</sup>. Les moyennes obtenues avec les échelles des six articles quantitatifs et des quatre articles qualitatifs sont les suivantes :

<b>Types d'échelle</b>	<b>6 échelles quantitatives Total sur 22 points</b>	<b>4 échelles qualitatives Total sur 25 points</b>
<b>Moyenne en points</b>	18.67/ 22 points	20.50/ 25 points
<b>Moyenne en pourcents</b>	84.86%	82%
<b>Taux le plus bas – taux le plus haut</b>	18 – 20 81.82% - 90.91%	16 – 22 64% - 88%

Bien que l'article de Meyer et Bjork (2008) présente une pertinence de 64%, nous avons décidé de l'inclure pour différentes raisons. Premièrement, les auteures ont une expérience reconnue dans le domaine du DO (Meyer et al., 2012). Deuxièmement, nous avons sélectionné un autre de leurs articles dont la qualité est évaluée à 20 sur 22 sur notre échelle de pertinence (Meyer et al., 2012). Enfin, les résultats de l'article sont cohérents et en partie similaires à ceux des autres études analysées.

En résumé, nous constatons que l'ensemble des dix articles répondent de façon positive aux différentes questions de la grille de lecture critique. Nous en déduisons alors que les résultats sont de bonne qualité.

## **5.2. Synthèse des résultats**

Trois grandes catégories ressortent de l'analyse des dix études scientifiques. Celles-ci correspondent aux différents domaines dans lesquels les infirmières d'USI rencontrent des difficultés lors de situations de don.

---

<sup>8</sup> Annexe B : Grilles de lecture critique des 10 articles scientifiques

La première catégorie, représentée par les connaissances et l'éducation au sujet du DO, traite d'un manque de savoir théorique sur le fonctionnement du processus de don, la mort cérébrale et le diagnostic de mort en général. Les moyens actuels mis à disposition ne suffisent malheureusement pas à combler les déficits éducatifs des infirmières, relevés par les études analysées.

La seconde catégorie, abordant la problématique des perceptions et des attitudes infirmières, identifie différentes postures influençant positivement ou négativement l'approche du patient en état de mort cérébrale et de sa famille. Ces attitudes et perceptions sont fortement corrélées au niveau de formation et à l'expérience professionnelle. En termes de responsabilités et d'organisation, la prise en soins d'un donneur potentiel constitue un défi et une situation éthiquement difficile pour les infirmières d'USI. Le soutien et la collaboration entre collègues ainsi que le respect et la dignité du patient et de ses proches sont des facteurs aidant l'infirmière en SI à faire face aux situations de DO.

La communication et la relation avec les proches de donneurs potentiels nécessite une constante adaptation de la part des professionnels de la santé. En effet, cette troisième catégorie met en avant l'importance de l'accomplissement de la volonté du patient, du moment de la demande, de la compréhension mutuelle de la situation par toute l'équipe d'intervention, de la préparation de la famille à la demande ainsi que du respect de sa décision.

L'interprétation des résultats nous permettra de mettre en évidence les besoins infirmiers et les moyens pertinents pour y répondre ainsi que d'en discuter à l'aide du cadre de référence, de concepts, de modèles et de théories.

### **5.3. Interprétation des résultats**

#### **5.3.1. Connaissances et éducation**

Un besoin d'apprentissage émerge des résultats des études de Collins (2005), Meyer et Bjork (2008), Meyer et al, (2012) Roels et al. (2010), Smudla et al. (2012b) ou encore de White (2003). Effectivement, nous pouvons remarquer un manque conséquent de connaissances chez les infirmières en SI sur la thématique du DO dû à un déficit de formation.

Il nous apparaît indispensable que les infirmières développent alors de solides compétences professionnelles sur la base de connaissances théoriques, éthiques, pratiques, de médiation sociale (Meyer et al., 2012) et légales (procédures et directives institutionnelles).

Concernant les connaissances théoriques, les infirmières doivent être capables de mobiliser les différentes notions qui régissent le concept de mort cérébrale et son diagnostic. Afin d'améliorer la prise en soins du donneur potentiel et de ses proches, celles-ci doivent être en mesure de comprendre et de maîtriser les sept signes cliniques de la mort encéphalique<sup>9</sup> (ASSM, 2011) et les examens cliniques diagnostiques menés par les deux médecins responsables (Derkenne, 2014). Pour appuyer la nécessité de renforcer l'éducation des infirmières en SI, nous nous sommes intéressées aux propos de White (2003). Cet auteur évoque, dans son étude, la préoccupation des soignants et des familles face à l'apparence physique que le donneur potentiel renvoie. En effet, les fonctions cardio-pulmonaires sont maintenues de manière artificielle et peuvent induire de la confusion et de l'ambiguïté dans les perceptions de chacun, d'où l'importance d'un savoir suffisant (White, 2003). De plus, Collins (2005), White (2003) ou encore Smudla et al. (2012b) prouvent, grâce à leurs recherches, que la capacité des infirmières à décrire la mort cérébrale et son diagnostic est fortement corrélée avec leur niveau de formation. Nous soutenons donc les propos de Collins (2005) qui soulignent que plus l'infirmière est formée, plus elle sera apte à expliquer et à accepter la notion de mort cérébrale.

Le contenu de l'étude de Roels et al. (2010) rejoint celui de Collins (2005) en mentionnant que les infirmières disposent de connaissances plus limitées sur la mort cérébrale que les médecins et qu'elles semblent moins à l'aise dans l'explication de ce concept. Elles expriment donc la volonté d'enrichir leur formation. Leur acceptation de la mort cérébrale comme diagnostic de mort s'avère essentielle pour qu'elles se sentent plus confortables dans les tâches liées au DO. De plus, Roels et al. (2010) soulignent la forte association entre le niveau éducatif, les besoins en matière de DO et les taux de réussite des programmes de don. Il serait alors intéressant d'investiguer plus précisément

---

<sup>9</sup> Annexe D : Diagnostic de la mort dans le contexte de la transplantation d'organes (ASSM), p. 5-7 et p. 21-25

l'importance de cette corrélation ainsi que son réel impact sur la pratique du DO.

Au niveau éthique et légal, l'infirmière doit intégrer et appliquer les principes éthiques fondamentaux dans sa pratique et respecter les droits du patient dont celui à l'autodétermination (ASI, 2003, p.9 ; ASSM, 2005, p. 2). Pour honorer la mémoire du patient et respecter ses souhaits, l'infirmière a pour mission de récolter des informations auprès de sa famille sur sa volonté de faire don ou non de ses organes. Lorsque les souhaits de ce dernier sont méconnus, l'infirmière va alors exploiter ses connaissances au sujet des lois et des directives nationales, cantonales, régionales ou autre en vigueur afin d'éclaircir la situation et d'établir qui possède le pouvoir décisionnel (Canton de Vaud, Justice, S.d.). L'infirmière doit mobiliser, en plus de ses compétences relationnelles, un savoir plus spécifique afin d'informer adéquatement les proches, leur permettant ainsi une prise de décision libre et éclairée (Saint-Arnaud, 2009).

Concernant la loi sur le DO et la transplantation, Meyer et Bjork (2008) ainsi que Flodén et al. (2011b) évoquent les bénéfices du système espagnol (instauration du consentement présumé et d'un réseau de professionnels) qui présente un taux élevé de donneurs d'organes. Toutefois, Collins (2005) souligne que la majorité des infirmières ayant participé à son étude s'opposent au consentement présumé, sans donner plus de précisions. Pour leur part, Oroy et al. (2013) indiquent que les raisons de cette opposition sont principalement liées au respect de l'autonomie, principe éthique fondamental dans les sociétés occidentales. Effectivement, un conflit éthique peut émerger dans le cas où l'un des principes est négligé (ASI, 2003).

En Suisse, le modèle du consentement présumé, appliqué jusqu'en 2007, n'a pas prouvé son efficacité (Conseil fédéral, 2013). Lors de son application, aucune élévation du taux de donneurs n'a été observée. Le 20 septembre 2012, Laurent Favre a déposé une motion au Conseil national encourageant la réintroduction du consentement présumé en Suisse (L'Assemblée fédérale – Le Parlement suisse, S.d., p.1). Rejoignant les propos de Laurent Favre concernant la nécessité d'augmenter le taux de DO, le Conseil fédéral a lancé

un plan d'action, intitulé « Plus d'organes pour des transplantations », le 8 mars 2013 (L'Assemblée fédérale – Le Parlement suisse, S.d., p.1). Élaboré en collaboration avec Swisstransplant, les établissements de soins et les professionnels de la santé impliqués dans cette problématique, il constitue une alternative à la motion (L'Assemblée fédérale – Le Parlement suisse, S.d., p.1). En effet, pour des raisons éthiques, le Conseil fédéral et la Commission nationale d'éthique dans le domaine de la médecine humaine rejettent le modèle du consentement présumé, soutenu par Laurent Favre. Selon eux, celui-ci porte préjudice aux droits de la personnalité (L'Assemblée fédérale – Le Parlement suisse, S.d., p.2). Étant donné que les articles analysés ne traitent pas davantage du modèle du consentement présumé, nous avons décidé de ne pas plus nous y attarder dans la suite de notre discussion.

Dans son étude, Collins (2005) indique que les infirmières sont prêtes à participer à une journée d'étude sur la mort cérébrale, l'éthique ou encore le DO. Cet aspect nous paraît positif en vue d'améliorer les connaissances des infirmières à ce sujet. Cependant, nous nous questionnons sur son efficacité en raison de sa durée limitée dans le temps (un jour) qui, d'après nous, est insuffisante pour intégrer l'ensemble des notions nécessaires à la compréhension du DO. En effet, Meyer et Bjok (2008) soulignent l'importance d'effectuer une éducation systématique et répétée pour entretenir des connaissances et des compétences de qualité. Il nous semble donc primordial que les infirmières présentent une formation intégrant l'apprentissage d'un savoir sur le DO pour informer, rassurer et guider les proches de manière appropriée dans le processus. Les différents auteurs restent toutefois partagés quant au meilleur moment pour introduire des cours sur le DO dans la formation.

Meyer et al. (2012) soulignent que les infirmières présentent des connaissances de médiation sociale plutôt élevées par rapport aux connaissances théoriques, pratiques et éthiques. Cela nous indique qu'elles semblent posséder suffisamment de ressources communicationnelles. Toutefois, elles expriment leur besoin d'être mieux formées pour annoncer les mauvaises nouvelles (Meyer et al., 2012). Ces auteurs soutiennent également qu'une éducation semestrielle est nécessaire pour que les professionnels soient efficaces dans



leur pratique. De plus, Roels et al. (2012) affirment que la formation et l'expérience des infirmières renforcent leur confiance dans l'approche des familles, les rendant ainsi plus actives dans leur rôle.

La mise en place de certains moyens pouvant influencer positivement le niveau de compétences professionnelles des infirmières nous apparaît réalisable au sein d'une USI. Meyer et al. (2012) rapportent que l'éducation de base en milieu hospitalier, les séminaires éducatifs ou encore la lecture de la littérature sont des stratégies efficaces pour augmenter les connaissances des professionnels au sujet du DO. De plus, Meyer et Bjork (2008) complètent ces propositions avec les discussions en équipe sous la forme de débriefings ou de temps de réflexion. Celles-ci permettraient alors le partage de connaissances et d'expériences entre les infirmières plus expérimentées et moins expérimentées (Meyer & Bjork, 2008). Nous estimons aussi que ces moments d'échange en équipe pourraient renforcer la cohésion, le soutien, la collaboration et la compréhension entre médecins et infirmières d'USI.

Smudla et al. (2012b) nous révèlent un fait plutôt surprenant. Seulement un cinquième des infirmières évoquent avoir suivi une formation sur la gestion du don et deux tiers ne comptent pas y participer, pour des raisons non détaillées dans cette étude. Les auteurs (Smudla et al., 2012b) proposent alors des moyens intéressants pour améliorer l'éducation des infirmières : instaurer des cours obligatoires, augmenter leur collaboration avec les médecins, établir des protocoles pour la gestion du DO, utiliser le « **VIDEO model** ». Ce dernier est un moyen approprié pour développer des compétences individuelles et se déroule de la manière suivante (Smudla et al., 2012b, p.101) :

- Visionnement de la présentation **V**isuelle d'une situation de don.
- Discussion **I**nteractive de la situation de **D**on entre les participantes.
- **E**xploration de la vidéo rétrospectivement dans le but d'**O**ptimiser l'enseignement.

Le « **VIDEO model** » intervient dans la première étape de la pyramide d'intervention décrite par Smudla et al. (2012b) dont le but est de diminuer les effets psychologiques négatifs du don ressentis par les proches (Fig.1).

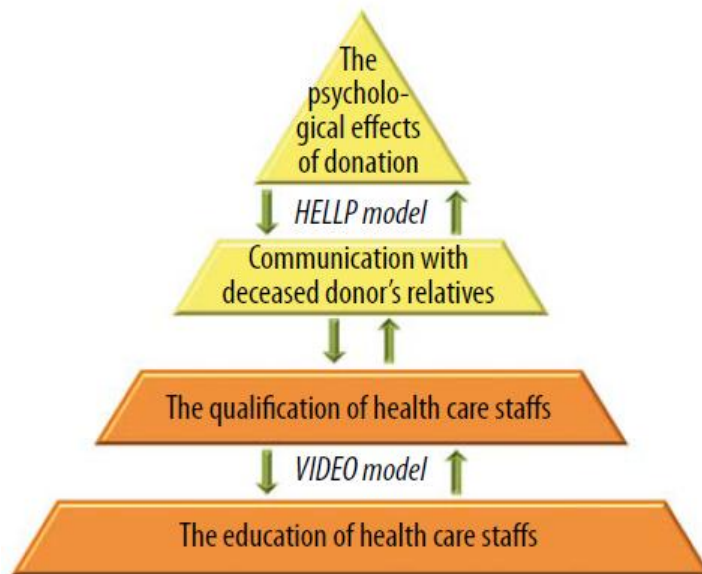


Fig. 1 : La pyramide d'intervention de Smudla et al. (2012b)

### 5.3.2. Perceptions et attitudes

Nombreux sont les auteurs (Flodén et al., 2011a ; Flodén & Forsberg, 2009 ; Flodén et al., 2011b ; Roels et al., 2011 ; White, 2003 ; Meyer & Bjork, 2008) qui révèlent les différences de perceptions que peuvent avoir les infirmières en SI dans le cadre d'une situation de DO.

Parmi les facteurs influençant leurs perceptions, Flodén et al. (2011a) énoncent leur niveau de confiance dans les diverses méthodes et moyens médicaux mobilisés pour faire l'examen clinique<sup>10</sup> diagnostique de la mort cérébrale. S'ajoute, pour certains professionnels, le besoin de participer à la pose du diagnostic dans le but de mieux l'accepter (Flodén et al., 2011a). De même, certaines infirmières souhaiteraient instaurer d'office l'angiographie cérébrale, car cette méthode diagnostique les aiderait à mieux accepter le décès du patient (Flodén et al., 2011a). Les recommandations suisses de l'ASSM (2011) expliquent que, dans le cas où les signes cliniques de la mort encéphalique et l'origine de la lésion cérébrale sont évidents, l'angiographie cérébrale n'est pas jugée nécessaire pour poser le diagnostic (p. 6).

White (2003) affirme que les connaissances et l'éducation sont à la base de la compréhension et d'une meilleure acceptation des concepts qui régissent la

<sup>10</sup> Annexe D : Diagnostic de la mort dans le contexte de la transplantation d'organes (ASSM), p.5-7 et p. 21-25.

mort cérébrale. C'est pourquoi nous pensons que l'éducation des infirmières en SI au sujet du DO est le domaine prioritaire à améliorer. En raison des coûts de l'angiographie cérébrale, nous jugeons peu pertinent d'effectuer ce test médical dans le but de convaincre le professionnel du décès du patient. Sa participation à l'examen clinique nous apparaît être un moyen plus approprié et plus facilement applicable à la pratique quotidienne des SI que ce soit d'un point de vue financier, relationnel (renforcement du lien avec l'entourage par son implication auprès du patient), psychologique et cognitif. Bien qu'émotionnellement difficile, cette étape peut permettre à l'infirmière de poser ses questions aux médecins et ainsi de diminuer ses doutes. En effet, Flodén et Forsberg (2009) explique que, lorsque les connaissances concernant les tests cliniques sont insuffisantes, l'incertitude et le malaise peuvent s'installer. En partageant leur savoir, les médecins qui effectuent l'examen clinique pourraient changer le regard que porte l'infirmière sur l'état du patient et ses représentations (Le Cardinal, 2002). Comme affirmé par Le Cardinal (2002), des « Différences de regards, différences de postures entraînent des différences de représentation, des différences dans l'action » (p.8). Ainsi, l'attitude de l'infirmière auprès des proches du donneur potentiel serait plus adaptée et moins confuse.

Flodén et Forsberg (2009) montrent qu'il est difficile pour certaines infirmières en SI d'être confrontée à la mort de leur patient. Elles la perçoivent alors comme un échec professionnel. De même, certaines estiment ne pas avoir pour rôle de s'occuper de la mort mais au contraire de préserver la vie (Flodén & Forsberg, 2009 ; Flodén et al., 2011b). Est-il alors éthiquement correct d'adopter une telle attitude ? Nous nous questionnons sur le concept d'égalité, lequel souligne que tout le monde doit avoir un accès égal aux soins (ASI, 2003). L'attitude visant à privilégier le vivant au défunt ne correspondrait-elle pas à réduire le second à un état d'humanité inférieur ? En considérant le fait que ces deux patients se trouvent aux SI, est-il alors équitable de traiter ces deux situations de manière différentes en favorisant la prise en soins de l'un d'eux (ASI, 2003) ? En agissant ainsi, est-ce que l'infirmière, dans son souci de faire le bien, ne risque-t-elle pas de porter atteinte aux droits du défunt, notamment à celui de devenir donneur d'organes (ASI, 2003) ? De plus, il est

important que l'infirmière soit consciente que l'existence d'un ou de plusieurs receveur(s) dépendra de l'issue de la prise en soins du donneur potentiel. De ce fait, il convient, selon nous, de ne pas sous-estimer l'impact de la qualité des soins donnés au patient décédé. L'attitude de privilégier le vivant au défunt nous apparaît alors ambiguë.

L'attitude adoptée par l'infirmière face au donneur potentiel nous semble être fortement corrélée aux représentations et aux croyances qu'elle a de l'être humain et de la mort en général. Comme le disent Flodén et Forsberg (2009), certaines le perçoivent comme une entité indivisible, certaines comme un ensemble où le corps, l'âme et l'esprit sont séparés et d'autres en tant que corps et âme difficilement séparables. Nous pensons que selon ses perceptions, l'infirmière se sentira plus à l'aise dans la relation avec le patient et ses proches. Cependant, pour revenir à notre cadre de référence, nous approuvons les propos de Le Cardinal (2002) selon lesquels l'infirmière, dans une perspective éthique, doit respecter le corps de l'être humain et porter son attention à ses défaillances et à sa mort (p.3). Privilégier la prise en soins d'un patient vivant à celle d'un patient décédé nous apparaît alors être contradictoire aux valeurs éthiques et au code déontologique de la profession infirmière. Nous estimons que tout être humain, décédé ou vivant, doit être considéré comme unique et bénéficier des mêmes conditions de prise en soins tant qu'il se trouve dans l'USI.

Notre opinion est appuyée par les études de Flodén et Forsberg (2009) et de Flodén et al. (2011b) qui relèvent diverses attitudes infirmières susceptibles d'influencer la décision des proches face à une demande de DO. Grâce aux propos récoltés auprès des infirmières, ces auteurs montrent qu'une attitude pro-don est plus adaptée qu'une attitude neutre lors de l'approche des familles. L'aide et le soutien apportés par les collègues peuvent soulager les infirmières qui présentent plus de difficultés dans ce genre de prise en soins (Flodén & Forsberg, 2009). Ainsi, en évitant une surcharge émotionnelle et grâce à la solidarité, nous pensons que l'attitude de certaines infirmières peut être favorablement influencée. Intégrer la promotion du DO dans le cahier des charges de l'infirmière en SI nous apparaît indispensable. En effet, l'attitude

neutre de l'infirmière peut entraîner une incompréhension de la part des proches et un manque de soutien aux médecins (Flodén & Forsberg, 2009).

Flodén et al. (2011b) décrivent la manière dont les infirmières perçoivent leurs responsabilités. Nous qualifions d'exemplaires les différentes données relevées par ces dernières, qui démontrent un réel souci d'intégrer le DO dans leur pratique quotidienne et de jouer un rôle actif dans le processus de don. Les responsabilités définies dans les catégories « faire son maximum », « préserver les droits du patient » ainsi que « soulager la souffrance » nous semblent tout à fait pertinentes et favorables à une attitude pro-don (Flodén et al., 2011b). En lien avec les perceptions que les infirmières ont de l'organisation de l'USI lors du processus de don, il est mis en évidence par Flodén et al. (2011b) que l'absence de *leader* pour guider le processus amène à l'insécurité. Le médecin, auquel les infirmières attribuent ce rôle, doit définir et assumer ses responsabilités afin que celles-ci puissent à leur tour assumer les leurs (Flodén et al., 2011b). Nous rejoignons les auteurs (Flodén et al., 2011b) concernant leurs propositions pour améliorer les structures organisationnelles des USI :

- Mettre en place des protocoles décrivant les différentes phases du processus de DO (en particulier la phase initiale).
- Rédiger des chartes pour définir l'organisation locale du DO.
- Introduire des moments de débriefings ou de feedbacks dirigés par le supérieur hiérarchique (médical ou infirmier) des SI et/ou le coordinateur local.
- Encourager une philosophie de soins axée sur l'intégration pratique du DO et sur la réflexion au sujet de cette problématique dans l'ensemble de l'hôpital.
- Spécifier dans le cahier des charges de l'infirmière spécialisée en SI que le DO et la détection de donneurs potentiels font partie de sa pratique quotidienne.
- Favoriser une coopération plus étroite avec le coordinateur afin de recevoir davantage de soutien et de conseils de sa part.
- Augmenter l'éducation au sujet du DO.

- Améliorer l'organisation interne de l'USI grâce à la supervision, par exemple du coordinateur local.

Pour répondre aux différents besoins infirmiers, nous pensons que les propositions précitées peuvent s'avérer être utiles pour la pratique (Flodén & Forsberg, 2009). En Suisse, le PLDO inclut dans ses tâches et ses missions, certaines de ces actions, telles que l'utilisation de protocoles et de procédures (HUG PLDO, 2012). Ce programme favorise également le soutien et la formation du personnel médical et infirmier ainsi que la réflexion autour des problématiques liées au DO (HUG PLDO, 2012). Les coordinateurs locaux ont pour rôles d'assurer la qualité du processus de don, de veiller à l'application des procédures ainsi que de participer à la formation et à la recherche sur le don (HUG PLDO, 2012).

Meyer et Bjork (2008) relèvent la difficulté perçue par les infirmières concernant leur responsabilité de prendre soin simultanément du patient décédé et de ses proches. Informer, soutenir, reconforter la famille en même temps que veiller à offrir des soins dignes et respectueux au défunt est loin d'être aisé pour les professionnels. En effet, nous comprenons le besoin de collaborer à deux infirmières pour assumer cette prise en soins complexe (Meyer & Bjork, 2008). Améliorer le travail en équipe par une collaboration et une compréhension mutuelle au sein de l'unité permettrait aux infirmières de se sentir rassurées dans leur rôle ainsi que moins seules et moins démunies face aux situations (Meyer & Bjork, 2008).

Dans leur discussion, Flodén et al. (2011b) évoquent « le modèle de la connaissance de soi » de Luft et Ingham (1955), connu également sous le nom de « Fenêtre Johari ». Cet instrument, utilisé en psychologie sociale, décrit différents modes de communication entre les individus (Flodén et al., 2011b). Il permet « ... par l'analyse des comportements dans un groupe, une meilleure connaissance de soi et des autres » (Baudon, 2004, p.2). Selon les résultats de Flodén et Forsberg (2009), il est important que les infirmières prennent conscience de leurs attitudes afin d'en évaluer l'influence sur la relation avec les proches. En analysant le mode de communication adopté par chaque intervenant de la situation de don, l'infirmière pourra approfondir sa

compréhension de ses propres attitudes. Ainsi, une meilleure connaissance d'elle-même et de ses comportements lui permettra d'adapter sa communication et d'améliorer la qualité de l'interaction avec l'entourage du donneur potentiel.

### **5.3.3. Compétences et techniques relationnelles**

Les difficultés infirmières énoncées dans les études de Flodén et Forsberg (2009), Meyer et Bjork (2008) ainsi que d'Oroy et al. (2013) nous orientent vers un troisième besoin. Ce dernier consiste en un besoin de développer des compétences relationnelles et des techniques d'approche des familles afin de faciliter l'introduction d'une demande de don auprès d'elles.

Flodén et Forsberg (2009) placent au centre de la relation infirmière - famille le respect de la volonté du patient. Il nous semble alors important que les infirmières possèdent des notions éthiques afin d'entreprendre correctement le dialogue avec les proches concernant les droits et les devoirs de chacun dans la situation de DO. Sensibiliser les infirmières aux principes définis par l'ASI (2003) (autonomie, non-malfaisance, bienfaisance et justice) nous semble être une façon de les encourager à se questionner sur les fondements de leur pratique et les valeurs qu'elles souhaitent promouvoir dans le contexte du don. Lors des échanges avec la famille, l'infirmière va se positionner et plaider en faveur du défunt dans un souci de promotion de son droit à l'autodétermination (Formarier & Jovic, 2009). Être le porte-parole du patient (Flodén et al., 2011a) suppose agir « ... au nom de ceux qui n'ont pas le pouvoir en tentant d'influer sur les décisions de ceux qui le détiennent » (Formarier & Jovic, 2009, p. 56). Dans son rôle d'*advocate* du patient, l'infirmière doit alors favoriser une décision réfléchie des proches, respectueuse de l'autonomie juridique du défunt. Nous comprenons alors que le concept d'*advocacy* rejoint le cadre de référence de l'éthique et favorise donc une pratique fondée sur la réflexion.

Cependant, nous sommes conscientes qu'une attitude bienveillante des professionnels de la santé ne suffit pas dans toutes les situations à privilégier l'autodétermination du donneur potentiel. Flodén et Forsberg (2009) expliquent que la négligence de la volonté de celui-ci par l'entourage est ressentie comme

frustrante pour les professionnels. La situation devient alors difficile à gérer. Le débriefing, moyen proposé par plusieurs auteurs dont Flodén et al. (2011b) et Meyer et Bjork (2008), pourrait alors être utile aux infirmières pour exprimer leur frustration et leur sentiment d'impuissance face à cette prise en soins. N'ayant pas plus d'informations de la part des auteurs concernant ce moyen, nous supposons toutefois que ce genre de discussion pourrait se dérouler soit en équipe (infirmières et médecins ensemble), soit en présence du coordinateur local ou encore avec un psychologue. En effet, l'un des rôles attribués au coordinateur consiste à offrir son soutien à l'équipe intervenant dans la prise en soins du donneur potentiel (CHUV, Service de médecine intensive adulte, 2014). En cas de conflit, le coordinateur peut aussi prendre le rôle de « tiers médiateur » (Le Cardinal, 2002, p. 10) pour rétablir la communication entre l'équipe d'intervention et les proches ainsi que pour permettre la reconstruction d'une relation de confiance. Tel que dit par Le Cardinal (2002), « la construction de la confiance se fait souvent à partir des erreurs à condition qu'elles soient reconnues et retravaillées ensemble » (p. 9).

Toujours dans un but de promotion et de respect des droits du patient, il est nécessaire que l'infirmière se renseigne sur les désirs de celui-ci. Les proches jouent alors un rôle central lorsqu'aucune directive anticipée n'a été rédigée ou qu'aucune carte de donneur n'a été mise à disposition de l'équipe des SI. Comme souligné par Oroy et al. (2013), l'infirmière doit investiguer avec sensibilité auprès de l'entourage afin de savoir si la thématique du DO a déjà fait l'objet d'une discussion. Effectivement, elle n'entrera pas en relation de la même manière avec des proches pleinement informés de la volonté du patient qu'avec des familles non renseignées ou indécises.

En lien avec cette troisième catégorie, nous jugeons important de rappeler que les personnes qui vivent le deuil d'un proche, et parfois simultanément une demande de don, sont confrontées à un stress émotionnel responsable de l'état de crise dans lequel elles se trouvent. Brunet et al. (2006) précise que la crise émerge dans le cas où le stress induit par la situation est perçu par l'individu comme une menace. Pour faire face, celui-ci va alors mettre en place des stratégies de *coping*, telles que définies par Lazarus et Folkman (1984) (Quintard, 2001). Il nous apparaît alors nécessaire que les infirmières observent



le type d'adaptation mis en place par les proches afin d'adopter une posture adéquate et d'éviter un conflit. Malheureusement, il se peut que les proches, confrontés à une crise, ne possèdent tout simplement pas de stratégies appropriées pour faire face à la situation aversive (Brunet et al., 2006). Adopter une attitude rogérienne favorisant une relation d'aide nous semble alors essentiel tout au long de la prise en soins. Dans son approche centrée sur la personne, Rogers (1972) encourage les professionnels de la santé à créer un climat de confiance en respectant certaines caractéristiques de la relation d'aide telles que la congruence, l'authenticité, le respect chaleureux, l'empathie, la sensibilité, le non-jugement et l'acceptation inconditionnelle. La théorie rogérienne, mobilisant les ressources de la personne en crise (Rogers, 1972), nous semble pertinente pour induire ou maintenir un sentiment de contrôle chez les proches (Oroy et al., 2013). Tout en se positionnant en faveur des intérêts du patient, l'infirmière doit aussi respecter les valeurs défendues par les proches et leur autonomie dans la décision finale afin d'éviter qu'ils ne perdent pied (Oroy et al., 2013). De plus, lorsque la volonté du patient est méconnue, la loi en Suisse attribue le pouvoir décisionnel à l'entourage dont l'opinion devient alors capitale pour un éventuel consentement au DO (Canton de Vaud, Justice, S.d.).

Comme expliqué précédemment, l'entourage se trouve dans une situation de crise provoquée par le décès d'un être cher. À ce stade, l'infirmière doit être capable d'entretenir une relation de confiance avec les proches. Dans son modèle interactionniste, Fornerod (2005) encourage chaque actant, infirmières et proches, à prendre conscience de l'intention de l'autre dans ce contexte particulier afin de co-construire ensemble. Dans une situation de don, l'infirmière doit, avant toute demande, s'assurer de la compréhension qu'a la famille de l'état du patient (Flodén & Forsberg, 2009). Ainsi, nous supposons qu'elle sera plus apte à percevoir son intention et la possibilité d'introduire une demande de don. Le DO ne peut représenter l'objet tiers (intention commune des actants) si l'intention de la famille est trop divergente de celle de l'infirmière, ne permettant pas de co-construction. Nous approuvons les propos de Flodén et Forsberg (2009) selon lesquels les proches ne peuvent être réceptifs à la demande dans le cas où elle n'est pas consciente et convaincue du décès du

patient. Nous préconisons alors, en lien avec le besoin d'apprentissage, que les infirmières développent de meilleures connaissances sur le concept de mort cérébrale et les tests menant à son diagnostic dans le but d'informer précisément les proches et de répondre à leurs questions. De plus, les médecins responsables des tests diagnostiques pourraient montrer à l'entourage des images, par exemple celles de l'angiographie cérébrale, afin de rendre cette réalité plus concrète. C'est seulement à ce moment-là que pourrait survenir la question du DO.

Afin d'approfondir les liens entre le modèle interactionniste de Fornerod (2005) et les propos de Flodén et Forsberg (2009), nous nous sommes intéressées à l'éthique de la communication (Le Cardinal, 2002). Dans l'interaction décrite par Fornerod (2005), nous y ajoutons désormais les notions d'autonomie et de liberté. Afin de ne pas privilégier ses préférences à celles du patient, l'infirmière doit co-construire une interaction éthique avec les proches (Le Cardinal, 2002). Une relation de solidarité pourra alors émerger si les infirmières et les proches identifient et tiennent compte des préférences et des libertés de chacun. L'infirmière, en communiquant des informations pertinentes, atténuera l'incertitude que pourrait ressentir l'entourage. En expliquant ses valeurs, ses émotions ainsi qu'en donnant de nouvelles informations, elle permettra à la famille de modifier ses représentations et ainsi d'évoluer tout en respectant sa liberté (Le Cardinal, 2002). La reformulation est un moyen qui peut aider l'infirmière à mieux comprendre leurs représentations et à éviter toute confusion sémantique (Le Cardinal, 2002). Après réflexion, l'objet tiers de l'interaction entre les proches et les infirmières apparaît être la réussite d'une coopération, basée sur une confiance mutuelle, et l'introduction du sujet du DO plutôt que l'aboutissement d'une demande de don. Dans les situations où les proches et les infirmières en SI se positionnent en faveur du DO, le consentement au don pourra alors devenir le fruit d'une représentation commune co-construite sur le respect des valeurs, des ressentis et du savoir de chacun.

Un aspect essentiel, sur lequel Meyer et Bjork (2008) ont porté leur attention, est la façon dont l'infirmière d'USI parle du patient à la famille. Non négligeable, cet élément peut d'après nous influencer positivement ou négativement la compréhension du concept de mort cérébrale par les proches. Selon eux, la

conception de la mort du patient est rendue difficile pour les proches si l'infirmière parle au patient décédé. C'est pourquoi la discussion lors des soins doit avoir lieu avec les proches et non avec le patient, lequel doit être nommé « défunt ». Cependant, nous souhaitons nuancer les propos de Meyer et Bjork (2008) qui ne tiennent pas suffisamment compte des aspects personnels de chaque individu, tels que la culture, la spiritualité ou encore la psychologie. Nous nous référons alors à Formarier et Jovic (2009) qui mentionnent clairement que chaque personne tolère différemment une situation de crise. En fonction de ses valeurs, de sa culture, de ses expériences et de ses représentations, elle réagira de façon unique et personnelle à la crise qu'elle traverse (Formarier & Jovic, 2009). C'est pourquoi nous remettons en question les résultats de Meyer et Bjork (2008). Pour certaines personnes, le fait de s'adresser au défunt pourrait être perçu comme aidant et soutenant. Toutefois, il est important de s'assurer de la compréhension qu'ont les proches de la mort du patient et de percevoir leurs représentations pour éviter d'adopter une attitude entraînant de l'ambiguïté et de la confusion (Le Cardinal, 2002). Poser ouvertement la question à la famille afin de connaître leur opinion à ce sujet, nous apparaît aussi être une solution. Nous avons également mis en lien le fait de parler au défunt avec un type de stratégies de *coping* centrées sur les émotions (Piquemal-Vieu, 2001). Les infirmières, tout comme les proches, pourraient les utiliser en vue de gérer les émotions suscitées par la situation de crise. Nous maintenons donc notre avis selon lequel parler à la personne décédée peut faire partie de l'accompagnement des proches et/ou consister en une technique de *coping*.

De plus, les propos de Meyer et Bjork (2008), encourageant les professionnels à nommer le patient « défunt » afin de diminuer toute ambiguïté de la part de la famille face à son apparence physique, peuvent être confrontés à ceux de Le Cardinal (2002). Cesser de nommer le patient par son nom équivaut à effacer son identité propre (Le Cardinal, 2002). En effet, « Un nom est la réalité symbolique qui nous permet de faire mémoire d'une personne, même quand elle n'est pas là » (Le Cardinal, 2002, p. 2). La négligence de cet aspect pourrait, d'après nous, rendre la prise en soins impersonnelle et ainsi entraîner le sentiment que l'humanité du patient n'est plus respectée. De plus, les

infirmières pourraient se sentir inconfortables dans la relation car cette technique relationnelle ne semble pas favoriser l'authenticité et l'empathie dans la relation.

Comme démontré par Oroy et al. (2013), le choix du moment pour effectuer la demande de DO est une étape décisive. Face à des familles en situation de crise, nous rejoignons l'avis des auteurs (Oroy et al., 2013) quant à l'importance d'une approche progressive et d'une attitude irréprochable des professionnels de la santé. Effectivement, les brefs délais et le caractère sensible de ces situations exigent de leur part une vigilance et une concentration particulière, une écoute soutenue et empathique ainsi que des capacités communicationnelles (Oroy et al., 2013). L'interaction avec les proches doit permettre à l'équipe médicale et infirmière d'évaluer le moment propice pour effectuer la demande de don. L'approche en deux temps, décrite par ces auteurs, nous semble adaptée à la pratique et indispensable pour respecter le rythme de la famille. Elle consiste à annoncer dans un premier temps le décès du patient puis, dans un second temps, à aborder la question du DO. Ces deux événements, survenant indépendamment du contrôle des proches, perturbent le cours de leur vie (Meleis, 2010). Afaf Ibrahim Meleis (2010) parle de transition afin de décrire ce passage complexe d'une étape ou d'une situation de vie à une autre. L'infirmière doit avoir conscience de ces deux étapes que vivent simultanément les proches. Il est primordial de leur offrir de l'espace et du temps pour qu'ils puissent se réorienter face à la situation après l'annonce du diagnostic (Oroy et al., 2013).

L'annonce des mauvaises nouvelles et la situation de DO en général constitue un moment difficile et pénible à gérer pour les professionnels de la santé. Malgré l'expérience, une adaptation constante pour chaque cas est essentielle car tous sont uniques, nouveaux et douloureux. Oroy et al. (2013) énoncent différents moyens revendiqués par les infirmières pouvant alléger la tension ressentie au cours des conversations avec les proches : une collaboration plus étroite avec l'équipe médicale, l'apprentissage d'un langage adapté ainsi qu'une compréhension commune de la situation de don. Dans le cas où la demande est rejetée, nous pensons que débriefer (Flodén et al., 2011a ; Meyer & Bjork, 2008) est une méthode permettant de prendre du recul sur la situation et

d'identifier si la raison du refus provient d'une approche inadéquate de la famille. L'équipe infirmière et médicale pourra alors remettre en question sa manière d'interagir et de communiquer en analysant la qualité de la relation établie avec les proches à l'aide des concepts, théories et modèles développés précédemment ou encore le « **HELLP** concept : *Help Earlier in parallel with Loss of Loved Person* » (Smudla et al., 2012b, p.101). Ce modèle, introduit après le « *VIDEO model* » dans la pyramide d'intervention de Smudla et al. (2012b), consiste à analyser le lien existant entre la communication avec les proches et leur réaction psychologique (Fig.1). Finalement, Smudla, A., Hegedus, K., Mihaly, S., Szabo, G. et Fazakas, J. (2012a) démontrent que la réaction psychologique des proches au DO est atténuée lorsque ceux-ci présentent une meilleure éducation. Il est donc important que les infirmières soient aptes à informer correctement l'entourage. Ainsi, en leur apportant un savoir, elles augmenteront leur confiance dans le diagnostic de mort cérébrale. Par ailleurs, il est prouvé qu'avec plus de confiance, ceux-ci présentent une réaction moins intense ( $p=0.20$ ) et moins de symptômes dépressifs ( $p=0.002$ ) (Smudla et al., 2012a).

#### **5.4. Réponse à la question de recherche**

La question de recherche de cette revue de littérature avait pour objectif d'explorer et de définir les besoins découlant des difficultés des infirmières travaillant en SI en vue d'améliorer la prise en soins du donneur potentiel et de ses proches. L'identification de ceux-ci au travers des résultats a permis une meilleure compréhension de leur vécu de la situation de don et la mise en évidence de moyens pouvant améliorer leurs compétences professionnelles et individuelles.

Les dix articles sélectionnés et analysés démontrent que les difficultés rencontrées par les infirmières dans leur pratique du don ont diverses origines : les connaissances et l'éducation, les perceptions et les attitudes, la communication et la relation. Les moyens mentionnés pour répondre directement ou indirectement aux besoins des infirmières en SI sont les suivants et ont pour buts :

- D'augmenter leur niveau de connaissances théoriques, éthiques, légales, relationnelles et pratiques à l'aide d'échanges d'expériences en équipe, de formations complémentaires (à intervalles réguliers) ou du « *VIDEO model* » (pyramide d'intervention).
- De prendre conscience de ses diverses perceptions et attitudes grâce à la participation aux tests diagnostiques, au débriefing, à la connaissance de soi (« Fenêtre Johari »), au soutien du coordinateur local et des collègues.
- D'améliorer ses compétences relationnelles et mettre en place des techniques de communication efficaces en respectant les droits du patient et de ses proches dans son rôle d'*advocate*, en mobilisant ses connaissances pour les informer, en étant sensibilisée à l'éthique de la communication et à la notion de crise, en adoptant une attitude rogérienne dans la relation, en intégrant l'intention des proches en vue de co-construire avec eux, en analysant l'interaction à l'aide du « *HELLP concept* » (pyramide d'intervention).

Aux moyens proposés pour répondre aux besoins des infirmières s'ajoutent toutefois certaines limites financières, éthiques, légales, organisationnelles et personnelles. En effet, la formation des infirmières en SI sur le DO et l'instauration de l'angiographie cérébrale d'office pour poser le diagnostic ont un coût ; de même que l'augmentation du personnel, l'implication d'un coordinateur local ainsi que l'amélioration de l'infrastructure des USI. De plus, les croyances et les droits de chacun sont à respecter malgré la volonté nationale d'élever le taux de dons.

## **6. Conclusion**

Dans notre conclusion, nous aborderons l'implication de ces résultats pour la pratique, les besoins de recherches futures dans ce domaine ainsi que les points forts et faibles de notre travail. Cette revue de littérature se terminera par le mot des auteures de cette dernière.

### **6.1. Implication pour la pratique**

Cette revue de littérature a permis d'identifier les difficultés et les besoins des infirmières d'USI concernant la prise en soins du donneur potentiel et de ses proches durant le processus de DO ainsi que divers moyens pertinents pour y répondre. Hormis la demande de don, généralement effectuée par un médecin, l'infirmière est vivement encouragée à participer activement aux différentes étapes du processus, tout en collaborant avec l'équipe médico-infirmière. Elle détient donc un rôle clé essentiel au bon déroulement de la prise en soins.

Les directions des établissements de santé pourraient se montrer passablement réticentes face à l'introduction de moyens pouvant répondre aux difficultés des infirmières, notamment en raison des coûts. Cependant, l'application de ces mesures permettrait d'agir positivement sur la finalité d'une demande de don et sur le vécu des différents intervenants impliqués dans le processus. En effet, Flodén et Forsberg (2009) soulignent que le manque de structures dans les USI est un facteur limitant pour mener à bien les procédures de DO. Il est donc important que les unités instaurent des directives officielles et des protocoles, afin que les infirmières disposent des meilleures conditions possibles pour mener à bien le processus (Meyer & Bjork, 2008).

Comme les perceptions sont corrélées au niveau de connaissances, il est primordial que les institutions renforcent l'éducation des infirmières pour qu'elles puissent mieux les comprendre et les adapter (Meyer & Bjork, 2008). White (2003) explique qu'il est important de reconnaître l'existence de perceptions divergentes, de faciliter l'exploration de leurs origines et de créer des environnements favorables permettant une adaptation de celles-ci.

Flodén et al. (2011b) ressortent différentes pistes d'action dans les domaines de l'éducation, des soins au donneur potentiel, de la législation, de la communication ou encore du soutien apporté aux proches, pouvant améliorer le processus de don. De même, la réflexion, la supervision au sein de l'équipe et l'utilisation de protocoles sont jugées nécessaires à la pratique infirmière pour induire une meilleure gestion du processus (Flodén et al., 2011b). Roels et al. (2010) soulignent également l'importance de la formation du personnel en SI pour augmenter leurs connaissances sur le DO. Meyer et al. (2012) estiment que davantage de connaissances théoriques au sujet du diagnostic de mort cérébrale, des procédures et du fonctionnement du don aideraient les infirmières à mieux informer les proches. Ces auteurs décrivent divers moyens pour y parvenir, tels que les séminaires, l'éducation de base, les cours *online* ou encore les groupes de réflexion. Ces propos sont soutenus par l'étude de Smudla et al. (2012b) qui encourage l'instauration de cours obligatoires et de perfectionnement sur la mort cérébrale, la gestion du don et la communication avec les proches.

Une relation de qualité basée sur la confiance est incontournable pour soutenir les proches dans cette situation de crise. C'est pourquoi les professionnels doivent démontrer des aptitudes relationnelles et certaines compétences comme la vigilance, la concentration, l'écoute et l'empathie dans la relation avec les proches (Oroy et al., 2013). De plus, selon Oroy et al. (2013), une approche des familles en deux temps (annonce du décès puis demande de don) est nécessaire pour augmenter leur bien être lors de l'interaction avec le soignant et pour introduire la demande.

Les trois grands axes que nous avons relevés sont l'éducation, les perceptions et les attitudes infirmières ainsi que la relation avec les proches. Ces trois domaines, mis en évidence par l'interprétation des résultats de nos articles scientifiques, nécessitent des changements dans la pratique infirmière en vue d'améliorer la gestion du DO. Afin de les instaurer dans les USI, les directions des hôpitaux devront investir du temps et de l'argent. Une adaptation sera alors nécessaire de la part des professionnels de la santé face à ces changements.



## 6.2. Besoins de recherches futures

La problématique du DO, plus spécifiquement les besoins des infirmières d'USI, est un sujet d'actualité qui nécessite de plus amples recherches. Effectivement, le nombre restreint d'études incluses dans notre travail souligne le manque de recherches existantes à ce sujet.

Concernant l'*advocacy*, Flodén et al. (2011a) encourage l'élaboration de nouvelles études afin de mieux comprendre le rôle *d'advocate* de l'infirmière dans le processus de don et son bénéfice pour la prise en soins du donneur potentiel et de ses proches. De même, une meilleure compréhension des attitudes infirmières impliquées dans la relation avec ces derniers serait nécessaire.

Afin de répondre aux besoins des infirmières et de proposer des interventions pertinentes, les résultats obtenus par Flodén et Forsberg (2009) devraient être soutenus par une étude plus vaste basée sur une approche déductive. Celle-ci permettrait alors de déterminer la prévalence des attitudes et des perceptions, ressenties par les neuf participantes de cette étude, dans un large échantillon d'infirmières en SI. L'étude de cohorte de Roels et al. (2010), incluant un échantillon significatif de 13'977 infirmières, constitue la plus grande étude internationale. Elle traite des attitudes, du niveau de confiance et des besoins éducatifs des infirmières et répond, selon nous, en partie au besoin de recherches supplémentaires cité ci-dessus par Flodén et Forsberg (2009). De plus, Roels et al. (2010) soulignent la forte association existant entre le niveau éducatif, les besoins en matière de DO et les taux de réussites des programmes de don. Cependant, il serait intéressant d'investiguer davantage cette corrélation et son impact sur la pratique du don.

Les barrières organisationnelles au don, traitées par Flodén et al. (2011b), sont également à investiguer au travers de nouvelles recherches scientifiques. Les résultats obtenus relèvent un manque d'éducation et de compétences relationnelles pour annoncer les mauvaises nouvelles, un besoin de soutien des professionnels et d'informations sur la législation en vigueur. Bien que l'étude inclue un échantillon important de 702 infirmières, ces résultats devraient être

approfondis par des recherches plus poussées. Le but serait alors de mieux comprendre la signification de ces résultats et les besoins de changements dans la pratique du don. En effet, ces résultats ont soulevé des préoccupations quant à la situation des infirmières en SI dans la prise en soins du donneur potentiel.

Relevant l'importance d'une éducation complémentaire pour renforcer les compétences des infirmières, Meyer et al. (2012) encouragent l'utilisation de leur questionnaire de 22 items pour de futures investigations. Celui-ci explore les différentes dimensions de la compétence professionnelle afin d'évaluer les effets à long terme des séminaires de formation sur cette dernière.

Les résultats d'Oroy et al. (2013) concernant l'approche des familles de donneurs potentiels ont découlé d'une analyse basée principalement sur l'interprétation des données. Selon les auteurs, l'interprétation des observations de terrain et des données récoltées lors des entretiens par d'autres chercheurs pourraient permettre une exploration plus approfondie de ce phénomène d'intérêt et ainsi offrir de nouvelles pistes d'action pour la pratique du DO.

Dans le but d'évaluer le besoin en structures pour assurer la qualité de la formation infirmière et leur niveau de connaissances en matière de DO, Collins (2005) recommande qu'une vaste étude randomisée soit entreprise. En effet, l'échantillon ne concernait que 31 infirmières et ne provenait que d'une seule USI. L'auteur met en avant la nécessité d'investiguer davantage la problématique de l'éducation, car le fait de trouver une réponse aux besoins éducatifs des infirmières est essentiel au bon développement de leurs compétences professionnelles et de leurs connaissances sur le contexte du DO.

Les dix études sélectionnées abordent trois grands domaines, cités ci-dessus, dans lesquels les infirmières d'USI rencontrent des difficultés et desquels découlent leurs besoins. Cependant, nous nous demandons si les auteurs de ces articles ont pensé à élargir ces domaines d'intérêt à d'autres catégories telles que la qualité de la relation infirmière – médecin au cours du processus ou encore l'utilisation de théories de soins, de cadres de référence ou de concepts dans la pratique du DO. Effectivement, il serait intéressant, d'après

nous, d'interroger les infirmières quant aux domaines dans lesquels elles ressentent le plus de difficultés ainsi que d'aborder directement leurs besoins.

Aucune étude effectuée de 2003 à 2013 ne traite directement des besoins infirmiers dans la prise en soins des donneurs potentiels et de leurs proches, à l'exception des besoins éducatifs (Roels et al., 2010). Il nous apparaît donc important que davantage d'études investiguent les différentes facettes du travail infirmier dans le DO afin de proposer des interventions fondées et applicables à la pratique du don.

### **6.3. Forces et faiblesses du Bachelor Thesis**

Comme expliqué ci-dessus, les dix recherches scientifiques sélectionnées dans cette revue de littérature ont permis d'identifier les besoins des infirmières en SI dans le processus de DO, mais aussi de mettre en évidence différents moyens pertinents pour y palier. Ce point fort a contribué à répondre à notre question de recherche découlant de la problématique. Respectée de façon rigoureuse, la méthodologie de ce travail constitue alors un autre point fort. Le fait que les études, aux devis particulièrement différents, aient des résultats semblables représente une force de notre Bachelor Thesis. Le taux de pertinence considérablement élevé des dix études analysées est un autre avantage de notre travail.

Le nombre restreint d'articles scientifiques en lien avec notre question de recherche constitue le point faible central de notre revue de littérature. Effectivement, il s'est avéré impossible de trouver quinze articles datés de 2003 à 2014 traitant des difficultés des infirmières en SI dans le contexte du DO. Par conséquent, la quantité de résultats obtenus est moins abondante. En Suisse, quelques études actuelles concernent la problématique du don, mais ne s'intéressent pas spécifiquement à la pratique infirmière, d'où l'absence de recherche helvétique dans notre revue de littérature.

Les devis très diversifiés de nos dix études représentent, selon nous, un autre point faible de ce travail. L'interprétation simultanée des résultats des études quantitatives et qualitatives nous a semblé être plus périlleuse que si un seul type de devis avait été dominant. De même, les méthodes de récolte et

d'analyse des données sont apparues différentes selon le type de devis utilisé. De ce fait, nous avons veillé à retranscrire de manière précise les résultats ainsi qu'à les catégoriser et à en discuter, sans distinguer leur devis.

De langue maternelle française, nous présentons un niveau d'anglais équivalent à celui de la maturité gymnasiale. La traduction libre des dix articles anglophones constitue alors une limite de notre travail. La fiabilité en est diminuée en raison de possibles omissions ou erreurs non volontaires de notre part. De plus, les catégories, ressorties sous la forme de différents besoins infirmiers, découlent de notre interprétation personnelle des résultats des articles analysés. Les moyens proposés par leurs auteurs permettent de mettre en évidence des solutions face aux difficultés infirmières, mais leur diversité est limitée et leur efficacité non prouvée.

#### **6.4. Le mot des auteures**

Intéressées spécialement par le domaine des soins aigus, nous avons investigué différentes problématiques actuelles touchant aux services des urgences et des SI. Le DO a fait durant l'année 2013 l'objet de nombreux articles dans l'actualité helvétique. À la suite de ces recherches, nous avons effectué l'état des connaissances suisses et mondiales à ce jour sur le DO afin d'en ressortir diverses problématiques relevées dans la pratique infirmière. L'intérêt porté à cette thématique provient également de notre attrait personnel pour ce domaine et notre sensibilité face à l'augmentation croissante du nombre de personnes sur la liste d'attente pour une greffe.

La réalisation de cette revue de littérature nous a permis de prendre conscience de la complexité d'une situation de DO. La lecture et l'analyse des articles traitant en particulier du rôle infirmier nous ont aidées à mieux comprendre le vécu qu'ont les infirmières du processus de don. Nous avons alors réalisé la difficulté que peut représenter la prise en soin d'un patient en état de mort cérébrale ainsi que le dilemme éthique que suscite cette situation. La relation de confiance que l'infirmière co-construit avec les proches constitue, selon nous, une riche expérience professionnelle mais aussi un *challenge* dans le sens où elle est difficile à mettre en place et à entretenir. Effectivement, nous

percevons cette relation comme fragile, en lien avec l'état de crise dans lequel la famille est plongée et à la surcharge émotionnelle à laquelle elle doit faire face.

Effectuant pour la première fois un travail de cette ampleur, nous avons traversé des périodes de doutes et de découragement, particulièrement au cours de l'analyse des articles et au début de la rédaction des chapitres principaux. Cependant, nous avons trouvé les ressources nécessaires pour poursuivre avec motivation et avec confiance. Le partage et la confrontation des idées ainsi que le soutien apporté l'une envers l'autre nous ont été bénéfiques tout au long de ce travail.

Chacune des trois grandes phases de l'élaboration de cette revue de littérature nous a apporté de nouvelles compétences et connaissances. La consultation des bases de données nous a appris à les utiliser de manière adéquate et à varier nos stratégies de recherche. La sélection d'articles scientifiques, rédigés par des auteurs majoritairement européens, nous a permis de découvrir la pratique infirmière dans d'autres pays que la Suisse. L'analyse des données a nécessité un grand investissement de notre part en temps et en réflexion. Elle a débuté par la traduction longue et complète des dix études scientifiques, s'est poursuivie par la synthétisation des données en catégories et a abouti à l'interprétation des résultats. Comme nos connaissances sont restreintes en anglais, nous avons investi beaucoup d'heures et d'énergie dans la traduction des articles et lors de la transcription des données dans les grilles d'analyse critique. Toutefois, nos bases anglophones nous ont permis d'effectuer ce travail sans aide extérieure.

En conclusion, nous avons eu du plaisir à effectuer ce travail ensemble et à apprendre à connaître les qualités et les difficultés de chacune. Nous avons pu ainsi optimiser nos compétences personnelles mais aussi communes en tirant profit des connaissances et des capacités de chacune. Pour mener à bien et à temps ce travail, nous avons dû faire preuve d'une organisation structurée et rigoureuse. Finalement, notre Bachelor Thesis nous apporte un savoir théorique, scientifique, méthodique et réflexif qui nous servira pour notre future carrière professionnelle.

## Liste des références bibliographiques

### Ouvrages

- Blondeau, D. (1999). *Éthique et soins infirmiers*. Québec : Les Presses de l'Université de Montréal.
- Brunet, A., Leblanc, L. & Séguin, M. (2006). *Intervention en situation de crise et en contexte traumatique*. Québec : Gaëtan morin.
- Carrier, M. (2009). *Comment va mon nouveau cœur ? Histoires de greffe*. Montréal : CHU Sainte-Justine.
- Comité National du Don d'Organes. (2012). *Rapport d'étude : Variation des taux de don d'organes en Suisse : étude de cohorte prospective de donneurs potentiels (SwissPOD)*. Berne : (s.n.).
- Durand, G. (2005). *Introduction générale à la bioéthique : Histoire, concepts et outils*. Québec : Editions Fides.
- Formarier, M. & Jovic, L. (2009). *Les concepts en sciences infirmières*. Lyon : Mallet Conseil.
- Fornerod, P. (2005). *La pratique du soin infirmier au XXIe siècle : Repères conceptuels d'une pratique réflexive*. Cahiers de la sélection des sciences de l'éducation n°106. Genève : Université.
- Loiselle, C.G. & Profetto-Mc Grath, J. (2007). *Méthodes de recherches en sciences infirmières*. Québec : ERPI.
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions Theory, Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice*. New York: Springer Publishing Company.
- Rogers, C. (1972). *Le développement de la personne*. Paris : Dunod.
- Saint-Arnaud, J. (2009). *L'éthique de la santé : Guide pour une intégration de l'éthique dans les pratiques infirmières*. Québec : Gaëtan morin.

Swisstransplant, Fondation nationale Suisse pour le don et la transplantation d'organes. (2013). *Rapport annuel 2012*. Bern : Stämpfli.

## Articles périodiques

Chevrolet, J.-C., Chioléro, R., Revelly, J.-P., Heidegger, C.-P., Eckert, P. & Moretti, D. (2008). Programme latin de don d'organes: les intensivistes se mettent en réseau. *Revue Médicale Suisse*, 4, 2682-2685.

Collins, T. J. (2005). Organ and tissue donation: a survey of nurse's knowledge and educational needs in an adult ITU. *Intensive and Critical Care Nursing*, 21, 226-233.

Floden, A. & Forsberg, A. (2009). A phenomenographic study of ICU-nurses' perceptions of and attitudes to organ donation and care of potential donors. *Intensive and Critical Care Nursing*, 25, 306-313.

Floden, A., Berg, M. & Forsberg, A. (2011a). ICU nurses' perceptions of responsibilities and organisation in relation to organ donation – A phenomenographic study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 27, 305-316.

Floden, A., Persson, L.-O., Rizell, M., Sanner, M. & Forsberg, A. (2011b). Attitudes to organ donation among Swedish ICU nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 20, 3183-3195.

Le Cardinal, G. (2002). Éthique de la communication : Distinguer ce qu'on a en commun et partager ce que l'on est d'unique pour une communication féconde. *Communication et organisation*, 21, 1-12.

Meyer, K. & Bjork, I. T. (2008). Change of focus : from intensive care towards organ donation. *European Society for Organ Transplantation*, 21, 133-139.

Meyer, K., Bjork, I. T. & Eide Hilde. (2012). Intensive care nurses' perceptions of their professional competence in the organ donor process: a national survey. *Journal of Advanced Nursing*, 68(1), 104-115.

- Oroy, A., Stromskag, K. E. & Gjengedal, E. (2013). Approaching families on the subject of organ donation: A phenomenological study of the experience of healthcare professionals. *Intensive and Critical Care Nursing*, 29, 202-211.
- Piquemal-Vieu, L. (2001). Concepts, Stress, Coping : Le coping une ressource à identifier dans le soin infirmier. *Recherche en soins infirmiers*, 67, 84-98.
- Quintard, B. (2001). Le concept de stress et ses méthodes d'évaluation. *Recherche en soins infirmiers*, 67, 46-67.
- Roels, L., Spaight, C., Smits, J. & Cohen, B. (2010). Critical Care staff's attitudes, confidence levels and educational needs correlate with countries' donation rates: data from the Donor Action database. *European Society for Organ Transplantation*, 23, 842-850.
- Smudla, A., Hegedus, K., Mihaly, S., Szabo, G. & Fazakas, J. (2012a). The HELLP concept – relatives of deceased donors need the Help Earlier in parallel with Loss of a Loved Person. *Ann Transplant*, 17(2), 18-28.
- Smudla, A., Mihaly, S., Okros, I., Hegedus, K. & Fazakas, J. (2012b). The attitude and knowledge of intensive care physicians and nurses regarding organ donation in Hungary – It needs to be changed. *Ann Transplant*, 17(3), 93-102.
- Spring, A. & Hess, S. (2012). Loi : le don d'organes au centre de la politique suisse. *Swisstransplant news*, 18, 4-6.
- White, G. (2003). Intensive care nurses' perceptions of brain death. *Australian Critical Care*, 16(1), 7-14.

## **Brochures**

- Académie Suisse des Sciences Médicales, Directives médico-éthiques. (2011). *Diagnostic de la mort dans le contexte de la transplantation d'organes* [Brochure]. Bâle : ASSM.



Académie Suisse des Sciences Médicales, Principes médico-éthiques. (2005). *Droit des patientes et patients à l'autodétermination* [Brochure]. Bâle : ASSM.

Association suisse des infirmières et infirmiers. (2003). *L'éthique dans la pratique des soins* [Brochure]. Berne : SBK ASI.

## **Cours et supports de cours**

Derkenne, M.-F. (2014). *Processus du don d'organes et de la transplantation* [Polycopié]. Accès <https://ged.hefr.ch/dsfr/forma/bsc2011/modf/12/Documents%20de%20cours/Transplantations.pdf>

Nadot, N. (2009). *La « revue systématique de littérature » (systematic review)* [Polycopié]. Accès [https://ged.hefr.ch/dsfr/forma/bsc2009/modf/archi/15/Documents%20de%20cours/Methodo\\_Seminaires/Revue\\_Litt\\_NNA\\_AKL/Revue\\_Systematique\\_NNA\\_Alprimer.pdf](https://ged.hefr.ch/dsfr/forma/bsc2009/modf/archi/15/Documents%20de%20cours/Methodo_Seminaires/Revue_Litt_NNA_AKL/Revue_Systematique_NNA_Alprimer.pdf)

Nadot, N & Bassal, C. (2011). *Grille de lecture critique d'un article scientifique* [Polycopié]. Accès <https://ged.hefr.ch/dsfr/forma/bsc2011/modf/16/SitePages/Accueil.aspx>

## **Supports multimédias – sites internet**

Baudon, D. (2004). *La fenêtre Johari, Dynamique du groupe*. Accès <http://www.fichier-pdf.fr/2010/02/12/3sp6m17/johari.pdf>

Canton de Vaud, Justice. (S.d.). *Protection de l'adulte et de l'enfant*. Accès <http://www.vd.ch/themes/etat-droit-finances/justice/reformes-judiciaires-codex-2010/protection-de-ladulte-et-de-lenfant/>

CHUV, .Service de médecine intensive adulte. (2014). « *Nous sommes là pour accompagner le don* ». Accès <http://www.chuv.ch/soinsintensifs/sia-temoignage-don.htm>

Conseil fédéral suisse. (2013). *Message concernant la modification de la loi sur la transplantation*. Accès <http://www.admin.ch/opc/fr/federal-gazette/2013/2057.pdf>

HUG PLDO. (2012). *Missions et objectifs*. Accès [http://pldo.hugge.ch/qui\\_sommes\\_nous/mission.html](http://pldo.hugge.ch/qui_sommes_nous/mission.html)

L'Assemblée fédérale – Le Parlement suisse. (S.d.). Curia Vista – Objets parlementaires. Accès [http://www.parlament.ch/f/suche/pages/geschaefte.aspx?gesch\\_id=20123767](http://www.parlament.ch/f/suche/pages/geschaefte.aspx?gesch_id=20123767)

Soins-Infirmiers.com. (2008). *L'éthique*. Accès <http://www.soins-infirmiers.com/ethique.php>

### **Courrier électronique (personnel)**

Schmidhaeusler, R. *Classification niveau D à G* (2014, 10 juin). [Courrier électronique à Sylvie Baeriswyl], [En ligne]. [sylvie.baeriswyl@hefr.ch](mailto:sylvie.baeriswyl@hefr.ch)

## **Annexes**

### **Annexe A : Déclaration d'authenticité**

« Nous déclarons avoir réalisé nous-mêmes ce travail conformément aux directives imposées par la Haute École de Santé de Fribourg. Les références aux divers auteurs et documents intégrées dans cette revue de littérature sont identifiées et nommées de manière précise. »

Marie Deillon et Aurélie Rouiller

## Annexe B : Grilles de lecture critique des 10 articles scientifiques

ARTICLE 1: Approche qualitative					
ICU nurses' perceptions of responsibilities and organization in relation to organ donation – A phenomenographic study					
Anne Flodén, Marie Berg, Anna Forsberg					
Intensive and Critical Care Nursing (2011a) 27, 305-316, Sweden					
Aspects du rapport	Questions	Oui	Non	Peu Clair*	Commentaires
<b>Titre</b>	-Permet-il de saisir le problème de recherche ?	X			Le titre permet de cibler le phénomène de recherche. Cette étude phénoménographique (traduction libre) vise à étudier les perceptions des infirmières d'unité de soins intensifs (USI) concernant leurs responsabilités et l'organisation en lien avec le don d'organes (DO). Le contexte et la population ciblée y sont clairement définis.
<b>Résumé</b>	-Synthétise-t-il clairement les principales parties de la recherche (par ex., l'introduction, le cadre théorique, la méthodologie, etc.)?	X			Le résumé est divisé en 4 parties bien distinctes : les objectifs, la méthode, les résultats et la conclusion. Le devis de recherche y est également indiqué. La structure de l'article scientifique est clairement annoncée dans le résumé.
<b>Introduction</b> Enoncé du problème	-Le problème ou phénomène étudié est-il clairement défini ?	X			Le problème étudié est clairement défini dans l'introduction et découle de la recension des écrits. Le but de cette étude est donc d'étudier comment les infirmières perçoivent leurs responsabilités et l'organisation en lien avec le DO.
Recension des écrits	-Résume-t-elle les connaissances sur le problème ou phénomène étudié ?	X			Les auteurs recensent les écrits déjà publiés en lien avec la problématique et soulignent le fait que les recherches effectuées concernent principalement l'attitude de l'équipe de soins intensifs (SI) et celle des médecins mais n'offrent aucune réponse quant à l'influence des attitudes des infirmières d'USI sur le processus de don. Les recherches antérieures indiquent aussi un manque d'informations aux proches, une difficulté des professionnels à définir le concept de mort cérébrale et une différence dans les pratiques permettant la déclaration de la mort cérébrale ; d'où l'intérêt des auteurs porté sur les perceptions des infirmières d'USI concernant leurs responsabilités et l'organisation en lien avec le DO.
Cadre théorique ou	-La base philosophique, la tradition, le cadre conceptuel ou l'orientation			X	Le cadre théorique n'est pas clairement établi et aucune définition de concept n'est citée.

conceptuel	idéologique sont-ils définis ?				Toutefois, l'orientation idéologique est perçue au travers de la recension des écrits.
Question de recherche	-Les questions de recherche sont-elles clairement formulées ?	X			Les auteurs définissent clairement leurs 3 questions de recherche qui traitent des responsabilités professionnelles lors de la prise en soin d'un donneur potentiel, du rôle de l'organisation locale de l'USI et de l'hôpital ainsi que de la mort cérébrale et son diagnostic.
	-Découlent-elles de l'état des connaissances (théories, concepts, idéologie et recherches antérieures) ?	X			Les questions découlent totalement de l'état des connaissances.
<b>Méthodes</b> Tradition et devis de recherche	-Le devis de recherche est-il décrit ? -Les méthodes utilisées pour recueillir et analyser les données correspondent-elles à la tradition de recherche ? -Les temps passés sur le terrain est-il en adéquation avec les devis de recherche ?	X X		X	Le devis est clairement explicité. Cet article scientifique consiste en une étude phénoménographique basée sur une méthode qualitative. Les méthodes de collecte et d'analyse des données correspondent parfaitement à la tradition de recherche et sont clairement décrites.  La durée de l'étude s'étend de 2006 à 2010. Cependant, aucune précision concernant les temps passés sur le terrain n'est donnée par les auteurs. En 2006, 9 participantes ont été incluses dans la recherche afin d'étudier leurs perceptions du DO. En 2010, pour intégrer des données concernant les responsabilités et l'organisation propre à chaque hôpital, de nouveaux entretiens, impliquant 6 participantes, ont été menés dans diverses zones géographiques.
Population et contexte	-La description du cadre et de l'échantillon est-elle détaillée ?	X			La population de cette étude est représentée par des infirmières spécialisées en SI bénéficiant d'un diplôme et avec une solide base de recherche en sciences infirmières. 14 infirmières et 1 infirmier, provenant de 6 hôpitaux suédois différents, ont été sélectionnés. Les participantes doivent avoir une expérience auprès d'un donneur potentiel. Leur âge varie de 36 à 65 ans et leur expérience de 3 à 32 ans.
	-Les chercheurs ont-ils saturé les données ?		X		Aucune information n'est donnée au sujet de la saturation des données.
Collecte des données et mesures	-Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ?	X			La récolte des données repose sur des entretiens individuels composés d'un nombre limité de questions ouvertes pré formulées mais dont la majorité des questions sont basées sur les réponses des participantes.
	-Y-a-t-il une adéquation entre le phénomène étudié, la question de recherche et les instruments de collecte des données ?	X			Parfaitement, le phénomène étudié, la question de recherche qui en découle et les instruments utilisés sont en adéquation et clairement expliqués par les auteurs.

Déroulement de l'étude	-La procédure de recherche est-elle décrite ?  -A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?	X  X		<p>La procédure de recherche est détaillée par les auteurs : description par les participantes de leur passé, leur expérience en tant qu'infirmière d'USI et de la prise en soin de donneurs potentiels ou réels, puis explication de leur volonté de participer à l'étude. Les entretiens, de 50 à 70 minutes, ont été enregistrés sur bande audio, retranscrits, analysés séparément par les auteurs et enfin comparés.</p> <p>Selon la loi suédoise, une permission n'est pas requise pour interviewer les participantes. De plus, les infirmières ont offert leur consentement écrit et leur retrait de la recherche était possible à tout moment. Leurs droits sont ainsi préservés.</p>
Rigueur	-Les chercheurs ont-ils suffisamment étayé le déroulement de l'étude afin que leurs conclusions soient crédibles et transférables ?	X		Les chercheurs ont suffisamment étayé le déroulement de leur étude. Malgré un nombre restreint de participantes, leurs conclusions nous apparaissent crédibles et transférables à d'autres USI.
<b>Résultats</b> Traitement des données	-Les méthodes de traitement des données ont-elles été suffisamment décrites ?	X		L'analyse des données s'est déroulée en 7 étapes (familiarisation, compilation, condensation, regroupement, comparaison, nommage et comparaison contrastive) et a abouti à la formation de catégories descriptives qui constituent les résultats de la recherche.
Présentation des résultats	-Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires, tableaux, graphiques, etc.) ?	X		<p>Les résultats ont été structurés en 3 parties, sur la base de 3 principales questions de recherche. Les catégories de ces 3 parties ont été présentées dans des tableaux et commentées par les auteurs. La 1<sup>ère</sup> partie concerne la responsabilité professionnelle et est constituée de 3 catégories (faire son maximum, préserver les droits du patient, soulager la souffrance). La 2<sup>ème</sup> partie traite de l'organisation dans le processus de DO et se compose aussi de 3 catégories (l'absence de leadership, le rôle décisif du médecin, le manque de structure organisationnelle). La 3<sup>ème</sup> partie porte sur les perceptions des infirmières des SI concernant la mort cérébrale et son diagnostic et est formée d'une seule catégorie (la compréhension et l'acceptation de la mort cérébrale). De cette dernière ressortent 4 perceptions principales différentes séparant les participantes entre :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Celles qui croient en le diagnostic de mort cérébrale indépendamment de la méthode.</li> <li>-Celles qui ont besoin d'avoir confiance dans les outils du médecin afin de croire au diagnostic.</li> <li>-Celles qui ont besoin d'assister à la procédure de pose du diagnostic afin d'être confiantes intellectuellement mais surtout émotionnellement du décès du patient.</li> <li>-Celles qui perçoivent l'angiographie cérébrale comme nécessaire pour être convaincues du</li> </ul>

				diagnostic.
<b>Discussion</b> Intégration de la théorie et des concepts	-Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir de l'approche philosophique, ainsi que des recherches antérieures ?	X		<p>Les principaux résultats sont interprétés à l'aide des recherches antérieures :</p> <p><u>La mort cérébrale et son diagnostic</u> : pour informer et soutenir efficacement les proches, l'infirmière doit comprendre le concept de mort cérébrale et son diagnostic ainsi qu'être au courant des politiques et protocoles nationaux, régionaux et locaux régissant les tests de mort cérébrale. Les stratégies de gestion du stress mises en place par les infirmières (ex. parler avec le patient car apparence d'être vivant) sont parfois en contradiction avec la pose du diagnostic de mort cérébrale.</p> <p><u>La responsabilité professionnelle</u> comprend : prendre soin du donneur potentiel pour le bien du receveur, offrir une présence aux proches, être un modèle pour ses collègues, maintenir les organes dans des conditions optimales, adopter une attitude adéquate et agir au nom du patient (<i>advocacy</i>). Le concept d'<i>advocacy</i> et les besoins de Virginia Henderson sont deux excellents cadres pour les infirmières pour travailler avec compétence dans le processus de DO.</p> <p><u>Les structures organisationnelles</u> : l'organisation nationale et locale est méconnue ou perçue comme inexistante par les participantes. toutefois, il n'est pas possible d'évaluer l'impact du manque d'organisation sur le DO dans cette étude.</p>
	-La recherche tient-elle compte de la question de généralisation des conclusions ?	X		Les auteurs jugent la transférabilité des résultats aux autres infirmières des SI comme bonne. Toutefois, des recherches quantitatives sont nécessaires pour généraliser les résultats de cette étude.
	-Les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	X		Les limites de l'étude sont clairement exprimées. La 1 <sup>ère</sup> limite pourrait être le décalage de 4 ans entre la 1 <sup>ère</sup> et la 2 <sup>ème</sup> récolte des données. Toutefois, les auteurs ne signalent pas de changements significatifs entre ces deux périodes qui auraient pu affecter la perception des participantes de la mort cérébrale. La 2 <sup>ème</sup> limite pourrait être le choix de participantes majoritairement positives à l'égard du DO.
<b>Perspectives</b>	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique et sur les travaux de recherche à venir ?	X		Les perspectives en lien avec la pratique clinique sont explicitées dans la conclusion. L'éducation et l'organisation dans le cadre du don d'organes devraient inclure désormais la législation, le diagnostic de la mort cérébrale, le soutien dans la transition des soins au patient en fin de vie à ceux au donneur potentiel ainsi que le soutien et la communication aux proches. Ainsi, le DO pourrait être augmenté. Par la suite, il est nécessaire d'investiguer les caractéristiques de l' <i>advocacy</i> en lien avec le DO et d'approfondir la compréhension des attitudes impliquées dans la prise en soin du donneur.

<b>Questions générales</b> Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X			Selon nous, cet article présente une structure claire avec suffisamment de détails pour mener une analyse critique minutieuse. De plus, le nombre de participantes, qui nous apparaissait restreint, est conforme à une étude phénoménographique.
Evaluation globale	-L'étude procure-t-elle des résultats probants susceptibles d'être utilisés dans la pratique infirmière ou de se révéler utiles pour la discipline infirmière ?	X			Cette étude aboutit à des résultats probants, clairement explicités sous forme de catégories, que nous jugeons utiles pour la discipline infirmière relative au DO.
<b>Pertinence</b>	-Total de 25 points (1 point/ question) : <b>22/ 25</b>				

## ARTICLE 2: Approche qualitative

### A phenomenographic study of ICU-nurses' perceptions of and attitudes to organ donation and care of potential donors

Anne Flodén, Anna Forsberg

Intensive and Critical Care Nursing (2009) 25, 306-313, Sweden

Aspects du rapport	Questions	Oui	Non	Peu Clair*	Commentaires
<b>Titre</b>	-Permet-il de saisir le problème de recherche ?	X			Le titre permet de cibler clairement le phénomène d'intérêt de la recherche qui concerne les perceptions des infirmières et leurs attitudes à l'égard du DO et des soins prodigués au donneur potentiel. Le devis, la population et le contexte sont annoncés.
<b>Résumé</b>	-Synthétise-t-il clairement les principales parties de la recherche (par ex., l'introduction, le cadre théorique, la méthodologie, etc.)?	X			Le résumé explique le contenu de l'article qui va suivre (recension des écrits, objectif de l'étude, méthode utilisée, population, analyse et résultats, conclusion) mais n'est pas structuré adéquatement en différentes parties propres à une recherche scientifique.
<b>Introduction</b> Enoncé du problème	-Le problème ou phénomène étudié est-il clairement défini ?	X			Le problème est clairement défini dans l'introduction. De nombreux facteurs influencent la décision des proches malgré la volonté connue du patient décédé en faveur d'un DO. Le facteur d'influence le plus important est l'attitude du personnel des SI à l'égard du DO, dont celle des infirmières qui n'a été actuellement que peu investiguée dans les recherches



				antérieures.
Recension des écrits	-Résume-t-elle les connaissances sur le problème ou phénomène étudié ?	X		La recension des écrits résume clairement le phénomène étudié. Elle traite des facteurs influençant le consentement au DO, de la loi suédoise concernant la transplantation mais surtout de l'importance de l'infirmière par sa proximité avec le patient et ses proches. La difficulté pour l'infirmière est de savoir comment offrir un soutien psychologique adéquat aux proches en même temps qu'une demande de DO a été soulevée. Les situations de DO étant rares, il est donc difficile d'acquérir de l'expérience et nécessaire de comprendre les perceptions des infirmières.
Cadre théorique ou conceptuel	-La base philosophique, la tradition, le cadre conceptuel ou l'orientation idéologique sont-ils définis ?	X		Les concepts centraux sont définis par les auteurs. Le concept de proche est synonyme de celui de proche parent, de membre de la famille ou encore de famille. Le concept de donneur potentiel désigne un patient ventilé dans une USI en fin de vie ou en état de mort cérébrale mais pour lequel la décision d'un DO n'a pas encore été prise.
Question de recherche	-Les questions de recherche sont-elles clairement formulées ?	X		La question de recherche primaire est énoncée à la fin de la recension des écrits : comment les infirmières perçoivent-elles le DO en tant que phénomène, sur la base de leur expérience de la prise en soin de donneurs potentiels ?
	-Découlent-elles de l'état des connaissances (théories, concepts, idéologie et recherches antérieures) ?	X		L'état des connaissances permet clairement la mise en évidence de la question de recherche.
<b>Méthodes</b> Tradition et devis de recherche	-Le devis de recherche est-il décrit ?			X
	-Les méthodes utilisées pour recueillir et analyser les données correspondent-elles à la tradition de recherche ?	X		
	-Les temps passés sur le terrain est-il en adéquation avec les devis de recherche ?	X		
Population et contexte	-La description du cadre et de l'échantillon est-elle détaillée ?	X		L'échantillon et le cadre sont clairement détaillés. 9 infirmières, ayant pris soin de donneurs potentiels, de 3 USI de différents hôpitaux suédois ont été sélectionnées pour l'étude. Leurs caractéristiques sont les suivantes : âge de 36 à 53 ans, expérience en SI de 3 à 27 ans, pas d'infirmier dans ces 3 USI. Le manager de l'USI a été chargé soit de sélectionner lui-même les infirmières, soit d'en sélectionner parmi celles intéressées par l'étude.

	-Les chercheurs ont-ils saturé les données ?		X		Aucune précision n'est donnée par les auteurs concernant la saturation des données.
Collecte des données et mesures	-Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ?	X			Les auteurs ont utilisé les entretiens individuels avec un nombre limité de questions ouvertes pré-formulées tandis que la majorité des questions ont été formulées à partir des réponses des participantes.
	-Y-a-t-il une adéquation entre le phénomène étudié, la question de recherche et les instruments de collecte des données ?	X			Le phénomène étudié, la question de recherche posée par les auteurs et les outils utilisés pour récolter les données sont clairement en lien.
Déroulement de l'étude	-La procédure de recherche est-elle décrite ?	X			Les entretiens ont débuté par une question d'introduction : « quelles associations viennent à vous lorsque je vous énonce les mots DO ? ». Puis, les participantes ont décrit leur passé, leurs expériences de la prise en soin de donneurs potentiels et en SI ainsi que la raison de leur participation.
	-A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?	X			Selon la loi suédoise, une permission n'est pas requise pour interviewer les participantes. De plus, celles-ci ont consenti de manière écrite et pouvaient se retirer à tout moment.
Rigueur	-Les chercheurs ont-ils suffisamment étayé le déroulement de l'étude afin que leurs conclusions soient crédibles et transférables ?	X			Le déroulement de l'étude est clairement étayé par les auteurs et les conclusions en découlent logiquement.
<b>Résultats</b> Traitement des données	Les méthodes de traitement des données ont-elles été suffisamment décrites ?	X			Les auteurs décrivent précisément les méthodes qui ont permis de traiter les données. Tout d'abord, les entretiens ont été enregistrés sur bande audio et retranscrits. Puis, les données ont été analysées au travers de 7 étapes (familiarisation, compilation, condensation, regroupement, comparaison, nomination et comparaison contrastive) qui ont abouti à la formation de catégories descriptives correspondant aux résultats de la recherche.
Présentation des résultats	-Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires, tableaux, graphiques, etc.) ?	X			Les résultats sont clairement commentés et présentés sous forme d'une figure et de 2 tableaux regroupant les différentes catégories descriptives. Le 1 <sup>er</sup> tableau concerne le « DO en tant que situation » et se forme de 3 catégories (porter le fardeau, prendre des responsabilités, accomplir la volonté du défunt). Le 2 <sup>ème</sup> tableau traite du « DO comme phénomène » et présente 5 catégories (incertitude et malaise, la mort comme une opportunité, la mort comme un échec, les différentes perspectives de l'être humain, l'être humain digne). Enfin, la figure met en évidence 4 attitudes différentes des infirmières des SI vis-à-vis du DO :

				<p>1. « Je ne peux soulager la souffrance ».</p> <p>2. « Mon devoir est de prendre soin de la vie et non de la mort ».</p> <p>3. « La chose la plus importante est de rester neutre ».</p> <p>4. « L'ensemble du processus est désagréable ».</p>
<p><b>Discussion</b></p> <p>Intégration de la théorie et des concepts</p>	<p>-Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir de l'approche philosophique, ainsi que des recherches antérieures ?</p>	X		<p>Les auteurs interprètent les principaux résultats à l'aide des recherches antérieures. Il en ressort les éléments suivants :</p> <p>-Afin d'être en mesure d'aider d'autres personnes, les infirmières doivent prendre conscience de leur attitude dans les situations de DO et de son influence dans la relation avec les proches.</p> <p>-La question du DO ne doit pas être omise et la volonté du patient doit être respectée.</p> <p>-Les collègues qui présentent une attitude neutre sont moins proactifs dans la promotion du DO.</p> <p>-3 attitudes des médecins, la neutralité, la pro donation et l'ambivalence, ont eu un impact dans les situations de DO dans lesquelles la volonté du défunt n'était pas connue. Les médecins pro dons ont une attitude visant non seulement à prévenir un refus mais aussi à aider les proches à prendre une décision soigneusement réfléchie.</p> <p>-Dans la prise en soin d'un donneur potentiel, l'infirmière doit assumer ses responsabilités pour que « tout aille pour le mieux », éviter de provoquer un conflit éthique (par ex. promouvoir le DO avant que la famille soit informée du décès du patient), faire preuve de respect et d'honnêteté, préserver la dignité, conduire correctement le processus de DO et adopter une posture professionnelle.</p> <p>-Les 4 attitudes différentes adoptées par les infirmières ont une influence sur la décision des proches à l'égard d'un DO. La 1<sup>ère</sup> attitude vise et permet d'atténuer les souffrances des personnes impliquées. La 2<sup>ème</sup> attitude est susceptible d'être nuisible pour le DO et d'augmenter la souffrance. La 3<sup>ème</sup> attitude, consistant à rester neutre, est aussi négative pour le DO car une attitude incertaine des infirmières pourrait être projetée sur les proches qui se mettront à douter à leur tour. Les infirmières adoptant la 4<sup>ème</sup> attitude ont besoin d'aide et de soutien afin d'être déchargées de certaines tâches du processus.</p> <p>-Le manque d'équipes d'USI structurées est un facteur limitant pour mener les procédures du DO.</p>

	-La recherche tient-elle compte de la question de généralisation des conclusions ?			X	Les études antérieures confirment les perceptions et approches identifiées dans les résultats de cette étude. Toutefois, la question de généralisation des conclusions n'est pas abordée par les auteurs.
	-Les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	X			Deux limites sont associées à la méthode phénoménographique de l'entretien :  -Les infirmières ont choisi volontairement de participer à l'étude car celles-ci considèrent la question du DO comme importante. Les participantes présentent donc majoritairement une attitude positive envers le DO.  -La compréhension du chercheur de ce que les participantes tentent de communiquer. En effet, le chercheur doit interpréter la déclaration du participant en évitant tout malentendu.
Perspectives	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique et sur les travaux de recherche à venir ?	X			En effet, cette étude a soulevé de nouvelles questions concernant les facteurs d'influence d'un possible DO. La prochaine étape consistera en une étude, basée sur une approche déductive, visant à déterminer la prévalence de ces perceptions parmi un large échantillon d'infirmières en SI en Suède. Cette nouvelle recherche permettra la mise en place d'un programme d'intervention pédagogique pour les infirmières en USI.
<b>Questions générales</b> Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X			Nous trouvons que l'article est suffisamment structuré et détaillé (malgré l'organisation peu claire du résumé) pour offrir une bonne compréhension de son contenu et de son objectif.
Evaluation globale	-L'étude procure-t-elle des résultats probants susceptibles d'être utilisés dans la pratique infirmière ou de se révéler utiles pour la discipline infirmière ?	X			Les résultats de l'étude nous apparaissent intéressants et susceptibles d'être utilisés pour développer et améliorer la pratique en soins infirmiers dans le domaine du DO. Toutefois, comme mentionné dans la conclusion, une nouvelle recherche avec un échantillon plus large permettrait de généraliser les résultats de cette étude.
<b>Pertinence</b>	-Total de 25 points (1 point/ question) : <b>22/ 25</b>				

**ARTICLE 3: Approche qualitative****Change of focus : from intensive care towards organ donation**

Käthe Meyer and Ida T. Bjork

European Society for Organ Transplantation 21 (2008) 133-139, Norway

Aspects du rapport	Questions	Oui	Non	Peu Clair*	Commentaires
<b>Titre</b>	-Permet-il de saisir le problème de recherche ?			X	Le titre, « Changement de <i>focus</i> : des SI au DO », ne définit pas clairement le type de population concernée, ni le problème de recherche. Toutefois, le contexte de l'étude y apparaît.
<b>Résumé</b>	-Synthétise-t-il clairement les principales parties de la recherche (par ex., l'introduction, le cadre théorique, la méthodologie, etc.)?			X	Dans le résumé, les auteurs synthétisent le contenu de leur étude scientifique. Cependant, les parties principales ne sont pas clairement structurées et nécessitent la lecture du résumé pour les repérer.
<b>Introduction</b> Enoncé du problème	-Le problème ou phénomène étudié est-il clairement défini ?	X			Le phénomène a étudié est clairement exposé par les auteurs et découle de la recension des écrits. Les objectifs de l'étude sont d'étudier l'éducation au niveau du DO dans les 28 hôpitaux norvégiens donateurs et la compréhension des besoins des infirmières des SI concernant les connaissances et le soutien requis lors de la transition de leur <i>focus</i> des SI au processus de DO.
Recension des écrits	-Résume-t-elle les connaissances sur le problème ou phénomène étudié ?			X	La recension des écrits permet une bonne vision et compréhension du phénomène étudié. En effet, le passage de l'identification d'un donneur potentiel en USI à la mise en œuvre efficace du processus de don constitue un processus difficile pour toutes les personnes impliquées. Les infirmières doivent faire face à la fois aux soins du donneur potentiel mais aussi répondre aux besoins affectifs, cognitifs et pratiques des proches. Les études précédentes montrent que le niveau de connaissances et d'expérience de l'infirmière influencent la confiance qu'elle aura dans le processus du DO. Il est aussi souligné que le personnel des SI doit s'exercer à la communication avec les proches et connaître les directives de pratique du DO afin d'introduire correctement une demande de don. Le groupe norvégien traitant du DO, nommé NOROD, organise des séminaires mais il n'existe aucune directive générale concernant l'éducation et la formation des infirmières des SI liée au changement d'orientation des SI vers un processus d'acquisition.

Cadre théorique ou conceptuel	-La base philosophique, la tradition, le cadre conceptuel ou l'orientation idéologique sont-ils définis ?		X		Dans cette étude, aucune base philosophique ou cadre conceptuel n'est développé et défini par les auteurs.
Question de recherche	-Les questions de recherche sont-elles clairement formulées ?			X	Aucune question de recherche n'est clairement formulée. Cependant, à la fin de l'introduction, les auteurs de l'article énoncent les objectifs de leur recherche cités ci-dessus.
	-Décourent-elles de l'état des connaissances (théories, concepts, idéologie et recherches antérieures) ?	X			Étant donné qu'aucune question de recherche n'est citée, il est difficile de répondre clairement à ce point. Toutefois, l'état des connaissances permet d'introduire le phénomène étudié et le but de cette recherche.
<b>Méthodes</b> Tradition et devis de recherche	-Le devis de recherche est-il décrit ?	X		X	Le devis de recherche n'est pas clairement défini mais les méthodes utilisées pour récolter et analyser les données correspondent à une approche qualitative. En effet, les auteurs ont utilisé les entretiens de groupe afin de collecter des données qu'ils ont ensuite analysées à l'aide des 3 niveaux d'analyse qualitative de Kvale.  Les entretiens ont duré de 1h à 1h30. Aucune autre notion de temps n'est fournie par les auteurs de l'article.
	-Les méthodes utilisées pour recueillir et analyser les données correspondent-elles à la tradition de recherche ?				
Population et contexte	-Les temps passés sur le terrain est-il en adéquation avec les devis de recherche ?	X			
	-La description du cadre et de l'échantillon est-elle détaillée ?			X	L'échantillon n'est pas clairement décrit car aucune information n'est donnée sur le nombre exact de participantes. Toutefois, le cadre est défini par les auteurs. Les infirmières de 3 hôpitaux, certifiées en SI qui ont au moins expérimenté un processus de DO, ont été invitées à participer aux groupes de discussion.
Collecte des données et mesures	-Les chercheurs ont-ils saturé les données ?		X		La saturation des données n'est pas abordée par les auteurs de cet article.
	-Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ?	X			Les auteurs décrivent clairement les instruments de collecte des données qui consistent en des documents (directives, matériel éducatif) mis à disposition par les USI et des entretiens de groupe.
	-Y-a-t-il une adéquation entre le phénomène étudié, la question de recherche et les instruments de collecte des données ?	X			Les instruments de collecte des données choisis par les auteurs sont en adéquation avec le phénomène à étudier et permettent une approche qualitative de ce dernier.

Déroulement de l'étude	-La procédure de recherche est-elle décrite ?  -A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?	X  X			<p>Tout d'abord, les USI des 28 hôpitaux norvégiens donateurs ont été invitées à envoyer leur matériel éducatif et leurs directives de pratique concernant le DO. 20 des 28 hôpitaux ont répondu et les documents mis à disposition ont été analysés.</p> <p>Des entretiens de groupe ont également servi à la récolte des données afin d'exploiter la diversité de l'expérience des infirmières. Les groupes de discussion, composés de 3 à 6 infirmières, ont été formés dans 2 hôpitaux universitaires et un petit hôpital. Un guide d'entretien semi-structuré a été élaboré afin de couvrir le phénomène étudié (collaboration parmi le personnel, soins aux proches, acquisition des organes, besoins de connaissances et procédures pédagogiques).</p> <p>Le projet a été accepté par la direction des services et un consentement a été demandé aux participantes recrutées par les <i>leaders</i> en soins infirmiers. De plus, les données transcrites ont été traitées de manière confidentielle et conformément à la réglementation des « Norwegian Social Science Data Services ».</p>
Rigueur	-Les chercheurs ont-ils suffisamment étayé le déroulement de l'étude afin que leurs conclusions soient crédibles et transférables ?	X			Le déroulement de l'étude est, selon nous, suffisamment détaillé pour que les conclusions des auteurs soient crédibles malgré certains éléments ne respectant pas la structure traditionnelle de l'article scientifique.
<b>Résultats</b> Traitement des données	Les méthodes de traitement des données ont-elles été suffisamment décrites ?	X			Les auteurs décrivent clairement l'analyse de données qualitatives de Kvale qui se déroulent en 3 étapes bien distinctes : la condensation des points de vue des participantes, l'interprétation et la fusion des significations en catégories (résultats), l'investigation de ces catégories dans un contexte théorique (discussion).
Présentation des résultats	-Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires, tableaux, graphiques, etc.) ?	X			Les résultats de l'étude sont présentés sous forme de commentaires. Premièrement, les auteurs font part des éléments concernant la documentation reçue des USI sur les directives pratiques et le matériel éducatif. Puis, ils traitent des résultats ressortant des entretiens de groupe et les catégorisent en 4 grands thèmes : la responsabilité multidimensionnelle, le DO comme un processus, le moment de la mort comme un tournant, l'importance des connaissances et des compétences professionnelles.
<b>Discussion</b> Intégration de la théorie et des concepts	-Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir de l'approche philosophique, ainsi que des recherches antérieures ?	X			<p>Les auteurs utilisent les résultats des recherches antérieures afin d'interpréter leurs propres résultats. Les résultats principaux mis en évidence dans la discussion sont :</p> <p>-L'esprit de collaboration au sein de l'équipe des SI, comprenant une compréhension mutuelle de la situation, une stratégie d'équipe pour aborder et informer les proches, est essentiel au bon déroulement du processus.</p>

					<p>-La création d'un environnement de travail basé sur le soutien et le respect mutuel facilite les discussions sur les intentions post mortem.</p> <p>-Un manque de directives officielles dans les hôpitaux donateurs, notamment au sujet du type d'informations à donner aux proches et du moment idéal pour les transmettre, a été signalé par les participantes.</p> <p>-Les études soulignent l'utilité des protocoles et des systèmes de contrôle de qualité dans l'amélioration du processus de DO. Définir et coordonner clairement les responsabilités de chaque professionnel, mettre en place un programme proactif de détection des donneurs potentiels, permettraient de réduire les imprécisions et les conflits.</p> <p>-Plusieurs auteurs mettent en avant l'importance des infirmières dans l'identification et dans les soins au donneur potentiel ainsi que dans le soutien émotionnel des proches.</p> <p>-Afin de créer une relation de confiance avec les proches, il est important que les professionnels présentent des connaissances et des compétences et les entretiennent grâce à une éducation systématique et répétée.</p> <p>-L'apport professionnel et le partage des connaissances peuvent être acquis grâce aux débriefings et à des cours en milieu hospitalier traitant, entre autres, du DO, de la transplantation et de la communication avec les proches.</p>
	-La recherche tient-elle compte de la question de généralisation des conclusions ?			X	La généralisation des conclusions n'est pas abordée par les auteurs de cette étude. Toutefois, leurs conclusions sont en lien avec celles des études antérieures.
	-Les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?		X		Aucune limite n'est exposée par les auteurs.
Perspectives	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique et sur les travaux de recherche à venir ?	X			Cette étude amène différentes conclusions au sujet des améliorations qui pourraient être faites dans le domaine du DO. En effet, les auteurs mettent en avant divers aspects de la formation des infirmières en SI et de l'organisation du processus de DO qui pourraient être mieux adaptés. D'autres investigations sont nécessaires pour explorer les attitudes et les connaissances des médecins au sujet du DO dans les hôpitaux norvégiens ainsi que pour explorer l'expérience des proches du processus de DO.
Questions générales	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X			Selon nous, l'article pourrait être davantage structuré et détaillé afin de mieux répondre aux critères de notre grille d'analyse. Cependant, le contenu de l'article apporte des données intéressantes sur la pratique infirmière en lien avec notre question de recherche.



Présentation					
Evaluation globale	-L'étude procure-t-elle des résultats probants susceptibles d'être utilisés dans la pratique infirmière ou de se révéler utiles pour la discipline infirmière ?	X			Les résultats de cette étude rejoignent ceux d'études antérieures et nous semblent tout à fait susceptibles d'être utilisés dans la pratique infirmière en vue de l'améliorer.
<b>Pertinence</b>	<b>-Total de 25 points (1 point/ question) : 16/ 25</b>				

#### ARTICLE 4: Approche quantitative

##### Attitudes to organ donation among Swedish ICU nurses

Anne Flodén, Lars-Olof Persson, Magnus Rizell, Margareta Sanner and Anna Forsberg

JCN Journal of Clinical Nursing (2011b), 20, 3183-3195, Sweden

Aspects du rapport	Questions	Oui	Non	Peu Clair*	Commentaires
<b>Titre</b>	-Permet-il de saisir le problème de recherche ?	X			Le titre permet de saisir le problème étudié, la population ciblée ainsi que le contexte. Nous comprenons effectivement que cette étude va traiter des attitudes des infirmières suédoises d'USI envers le DO.
<b>Résumé</b>	-Contient-il les principales parties de la recherche (par ex., l'introduction, le cadre théorique, la méthodologie, etc.)?	X			Les auteurs ont structuré leur résumé de manière claire à l'aide de sous-titres comprenant les buts et objectifs, l'état des connaissances, le modèle (l'instrument), la méthode, les résultats, les conclusions et enfin la pertinence de ses résultats pour la pratique clinique. La structure de l'article est précisément annoncée.
<b>Introduction</b> Enoncé du problème	-Le problème de recherche est-il énoncé clairement ?	X			Le problème étudié est clairement défini dans l'introduction et découle de l'état des connaissances. L'objectif de cette étude est de présenter des données sur les attitudes des infirmières suédoises en SI envers le DO et la mort cérébrale ainsi que de tester un questionnaire destiné à explorer la validité et la fiabilité de ses résultats.
Recension des écrits	- Résume-t-elle les connaissances	X			La recension des écrits résume clairement les connaissances sur les variables étudiées. Après avoir expliqué en général la problématique du DO, les auteurs abordent les variations

	sur les variables étudiées ?				de taux en Europe et les bénéfices du système espagnol. En effet, l'expérience espagnole démontre que des changements organisationnels et une approche professionnelle des proches ont le potentiel d'augmenter le taux de donateurs. De même, l'Union Européenne (UE) appelle à des programmes efficaces de contrôle national de qualité dans l'ensemble du processus du DO et de la transplantation. Les auteurs soulignent ensuite l'importance du rôle de l'infirmière dans la relation avec les proches, dans l'identification d'un donneur potentiel et dans la discussion autour d'une demande de DO. Diverses études traitent aussi de l'influence des attitudes des médecins et du personnel des SI sur la décision des proches concernant un DO mais ne fournissent aucune information relative à l'influence des attitudes des infirmières des SI, d'où l'objectif de cette recherche.
Cadre théorique ou conceptuel	-Les principales théories et concepts sont-ils définis ?		X		Les principales théories et concepts de cette recherche ne sont pas clairement définis par les auteurs de cet article scientifique.
Hypothèses	-Les hypothèses sont-elles clairement formulées ?			X	Aucune hypothèse n'est clairement posée par les auteurs. Toutefois, le problème étudié ainsi que le but des chercheurs découlent de manière logique de la recension des écrits qui relatent au travers des études précédentes diverses barrières au DO dont l'attitude du personnel d'USI.
	-Découlent-elles de l'état des connaissances (théories et recherches antérieures ?			X	L'état des connaissances permet la mise en évidence du problème étudié par les auteurs de la recherche qui n'ont cependant énoncé aucune hypothèse.
<b>Méthodes</b> Devis de recherche	-Le devis de recherche est-il décrit ?			X	Le devis n'est pas décrit par les auteurs. Toutefois, les méthodes utilisées pour récolter et analyser les données nous orientent vers une approche quantitative. En effet, les auteurs utilisent un questionnaire pour recueillir les données et une méthode statistique pour les analyser. Par conséquent, les chercheurs ne passent pas de temps sur le terrain contrairement à la méthode qualitative de récolte de données.
Population et contexte	-La description de l'échantillon est-elle suffisamment détaillée ?		X		L'échantillon englobe des infirmières travaillant en USI généraux (USI), neurologiques (USIN), thoraciques (USIT) et pédiatriques (USIP), en Suède. Les participantes ont été sélectionnées aléatoirement grâce au registre de l'Association Suédoise des Professionnels de la Santé (SAHP) qui enregistre notamment les infirmières. Au final, après deux rappels, 702 sur 1013 participantes (69%) ont répondu et proviennent en majorité d'USI généraux. 90% des participantes sont des femmes âgées en moyenne de 45 ans et avec une expérience moyenne en SI de 14 ans.
	-La taille de l'échantillon est-elle adéquate par rapport au contexte de		X		L'échantillon, incluant la moitié de toutes les infirmières des SI suédois de diverses régions du pays grâce à l'utilisation d'un échantillon aléatoire du registre SAHP, est jugé représentatif de

	la recherche ?			la population infirmières des SI.
Collecte des données et mesures	-Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ?	X		L'outil utilisé pour la récolte des données est un questionnaire de 34 items adapté et modifié par les chercheurs afin de permettre l'étude du problème de cette étude. Bien que basé sur un questionnaire précédemment utilisé pour explorer l'attitude des médecins en lien avec le DO, sa validité n'a pas été prouvée avant la recherche. Toutefois, cet instrument a été validé du fait de la cohérence de ces réponses.
	-Les variables à mesurer sont-elles décrites et opérationnalisées ?	X		Les auteurs ont clairement décrit et opérationnalisé les variables mesurées.
Déroulement de l'étude	-La procédure de recherche est-elle décrite ?	X		Les auteurs décrivent leur procédure de recherche et ont pris les mesures éthiques appropriées afin de préserver les droits des participantes.
	-A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?	X		Le SAHP a géré la distribution des questionnaires aux 1013 infirmières constituant l'échantillon ainsi que leur récolte. À l'aide des 702 questionnaires retenus, des données démographiques incluant l'âge, le sexe, l'expérience en SI, le type d'hôpital et le type d'USI, ont été récoltées.  Les 34 différents items du questionnaire ont été divisés en 3 parties. La 1 <sup>ère</sup> partie, composée de 15 items, concerne les aspects organisationnels. La 2 <sup>ème</sup> partie, comprenant 12 items, traite de l'approche des proches. La 3 <sup>ème</sup> partie de 7 items s'intéresse aux croyances personnelles. Certains items du questionnaire ont été notés sur une échelle de Likert de 5 points en fonction de la pertinence du répondant. Les autres items présentent 4 choix de réponse.  Selon la loi suédoise au moment de l'étude, l'approbation d'un comité éthique n'était pas nécessaire car la recherche n'impliquait pas de patients. Toutefois, les aspects éthiques de l'étude sont conformes à la Déclaration d'Helsinki et aux directives éthiques pour la recherche en soins infirmiers dans les pays nordiques.
<b>Résultats</b> Traitement des données	-Des analyses statistiques ont-elles été entreprises pour répondre à chacune des hypothèses ?	X		La version 15.0 du SPSS et le programme d'analyse multi trait ont permis de traiter les données. Le test Chi-carré a été utilisé pour comparer les proportions entre les USIN et les trois autres USI. Les USIN ont été séparées des autres types d'USI du fait de leur spécialisation en neurologie, donc dans le diagnostic de mort cérébrale. La limite significative de $p = 0.05$ a été utilisée pour l'analyse des résultats. L'analyse exploratrice des composantes principales ainsi que l'analyse de confirmation multi trait ont permis l'exploration de la validité et de la fiabilité de l'échelle du questionnaire qui constitue le 2 <sup>ème</sup> objectif de cette étude. La validité a été testée en calculant les corrélations entre les items qui doivent être d'au moins 0.40. L'échelle de fiabilité a utilisé l'alpha de Cronbach qui devrait être au moins supérieur à

				0.70. Les corrélations de Pearson ont été calculées pour investiguer les relations entre chacun des 4 facteurs vérifiés et les items simples acceptant un niveau de $p = 0.05$ .
<b>Présentation des résultats</b>	-Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires, tableaux, graphiques, etc.) ?	X		Les auteurs présentent leurs résultats de façon claire sous forme de pourcentages à l'aide de 6 tableaux et de 6 figures. Le 1 <sup>er</sup> tableau offre des données démographiques sur les infirmières d'USI suédoises. Les données descriptives concernant l'expérience et la confiance des professionnels dans les diagnostics de mort cérébrale ainsi que l'approche et la discussion sur le DO sont étudiées dans le tableau 2. Le 3 <sup>ème</sup> tableau et les figures 1 à 3 résument les données descriptives en lien avec les réactions et la compréhension des proches concernant la mort cérébrale et le DO. Le tableau 4 traite les données sur les perceptions qu'ont les participantes de la tension émotionnelle provoquée par les soins au donneur ainsi que de la souffrance des proches et du donneur potentiel. Puis, viennent des informations au sujet des perceptions des infirmières quant à l'attitude des collègues et de l'organisation du DO. La figure 4 révèle les données concernant les perceptions des infirmières quant aux ressources mises à disposition (environnement, personnel). À leur tour, les figures 5 et 6 nous informent sur la volonté des infirmières de devenir donneur et de faire don des organes de leurs proches. En explorant les 34 items de l'analyse, 4 facteurs composés de 11 items sur les 34 de base, ont révélé une validité satisfaisante. Le tableau 5 met en évidence les 11 items et les 4 facteurs ainsi que leur niveau de corrélation. Enfin, le tableau 6 présente les 7 obstacles au DO.
<b>Discussion</b> Intégration de la théorie et des concepts	-Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir du cadre théorique et conceptuel, ainsi que des recherches antérieures ?	X		Les principaux résultats sont énoncés de manière structurée et claire : <ul style="list-style-type: none"> <li>-Les infirmières en USIN présentent la plus grande expérience de la prise en soin de patients en état de mort cérébrale et dans la participation aux discussions avec les proches sur le DO.</li> <li>-Moins de la moitié des infirmières d'USI ont confiance dans le diagnostic clinique de mort cérébrale sans angiographie cérébrale de confirmation. Ce manque est probablement lié à un défaut de connaissances sur les différentes formes de mort ou à leurs attitudes envers le DO et la capacité des médecins à poser le diagnostic.</li> <li>-La majorité des infirmières des SI présente une attitude neutre ou sont incapables de décrire l'approche utilisée dans les discussions sur le DO avec les proches. Alors qu'une approche proactive a un effet positif sur le DO, l'attitude neutre du personnel des SI influence négativement le DO.</li> <li>-Près de la moitié des infirmières ont estimé que la prise en soin d'un donneur potentiel sous ventilation mécanique tout en accompagnant les proches dans leur deuil constitue une lourde</li> </ul>

				<p>charge émotionnelle.</p> <p>-25% des répondants ont indiqué que la ventilation mécanique a été retirée afin de réduire la souffrance du patient et que la question du DO n'a jamais été posée.</p> <p>-Au total, 39% ont vécu des situations où la question du DO n'a jamais été soulevée avec les proches. Le droit à l'autodétermination du patient est donc souvent ignoré.</p> <p>-Le modèle de Luft et Ingham (1955) nommé « fenêtre de Johari » ou « modèle de la connaissance de soi » est utilisé en psychologie sociale pour décrire différents modes de communication.</p> <p>7 obstacles ont été identifiés dans cette étude : la pénurie de lits en USI, le manque de confiance dans les diagnostics, le manque de connaissances sur la législation actuelle, le manque de prise de conscience de sa propre approche du DO, le manque de clarté organisationnelle et de politique commune dans les différentes USI, des compétences communicationnelles inadéquates lors de l'annonce de la mort aux proches, la perception de la situation comme exigeante et stressante émotionnellement.</p>
	-Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?	X		<p>Les auteurs n'abordent pas directement la question de la généralisation des conclusions. Toutefois, ils affirment que l'échantillon est représentatif de toutes les infirmières d'USI et que ces dernières, étant tenues de participer au DO, sont donc incluses dans les résultats de l'étude.</p>
	-les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	X		<p>Les auteurs ont identifié plusieurs limites. Tout d'abord, le questionnaire destiné à mesurer les attitudes des médecins n'est pas nécessairement applicable aux infirmières en dépit du même contexte et des mêmes situations. De plus, sur les 34 items, seuls 11 items étaient dotés d'une structure fiable et valide. Cependant, les 23 autres items ont fourni des données descriptives de valeur indiquant un manque de connaissances et de confiance.</p>
Perspectives futures	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique et sur les travaux de recherche à venir ?	X		<p>Les auteurs ressortent diverses pistes d'amélioration telles que :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-L'éducation au diagnostic de mort cérébrale et aux soins des donneurs potentiels pour tous les étudiants en formation en soins infirmiers intensifs.</li> <li>-La formation axée sur la rencontre des personnes en situation de crise et douloureuse et sur l'annonce des mauvaises nouvelles aux proches afin d'apporter un certain soulagement aux infirmières impliquées dans le processus.</li> <li>-La réflexion, le soutien professionnel et la supervision pour aider les infirmières à mieux gérer la tâche difficile qu'est la prise en soin d'un donneur potentiel.</li> </ul>

					<p>-Une meilleure connaissance de la législation et de la manière de l'utiliser dans la pratique.</p> <p>-Les auteurs signalent que des recherches complémentaires sont nécessaires pour identifier les barrières organisationnelles dans le DO ainsi que pour évaluer quelles interventions infirmières sont impliquées dans ce contexte. Des recherches plus poussées sont aussi nécessaires pour mieux comprendre les résultats. En effet, ceux-ci ont soulevé des préoccupations quant à la situation des infirmières en SI lors de la prise en soin de donneurs potentiels.</p>
<b>Questions générales</b> Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X			Cet article respecte une structure claire et logique. Les détails donnés par les auteurs sont suffisamment précis pour effectuer une analyse critique minutieuse. Par contre, nous avons eu davantage de difficultés pour la compréhension de l'analyse des données et des instruments techniques qui y sont mentionnés et utilisés.
Evaluation globale	-L'étude procure-t-elle des résultats probants susceptibles d'être utilisés dans la pratique infirmière ou de se révéler utiles pour la discipline infirmière ?	X			Les résultats de cette étude apportent des éléments probants et pertinents pouvant être mis en pratique dans les USI et permettre ainsi une évolution des soins infirmiers dans le processus du DO.
<b>Pertinence</b>	-Total de 22 points (1 point/ question) : <b>18/ 22</b>				

<b>ARTICLE 5: Approche quantitative</b>					
<b>Critical Care staffs' attitudes, confidence levels and educational needs correlate with countries' donation rates: data from the Donor Action database</b>					
Leo Roels, Caroline Spaight, Jacqueline Smits and Bernard Cohen					
European Society for Organ Transplantation 23 (2010) 842-850, Belgium and the Netherlands					
Aspects du rapport	Questions	Oui	Non	Peu Clair*	Commentaires
<b>Titre</b>	-Permet-il de saisir le problème de recherche ?	X			Le titre nous indique et nous informe clairement sur la population concernée, le problème de recherche, le contexte ainsi que sur le type d'approche utilisée. Nous percevons effectivement que l'étude vise à étudier l'impact des attitudes des équipes des SI envers le DO, leur

				acceptation du concept de mort cérébrale, leurs compétences auto-déclarées et leurs besoins de formation en lien avec les taux de DO des pays.
<b>Résumé</b>	-Contient-il les principales parties de la recherche (par ex., l'introduction, le cadre théorique, la méthodologie, etc.)?	X		Les auteurs n'énoncent pas à l'aide de sous-titres les différentes parties qui vont structurer l'article scientifique. Cependant, ils résument clairement les éléments pertinents, nous annonçant ainsi le contenu de leur recherche.
<b>Introduction</b> Enoncé du problème	-Le problème de recherche est-il énoncé clairement ?	X		Le problème de recherche est brièvement mais clairement posé par les auteurs dans le résumé de l'étude. De même, le but qui est d'investiguer l'impact des attitudes des équipes de SI envers le DO, leur acceptation du concept de mort cérébrale, leurs compétences et leurs besoins de formation sur les taux de dons nationaux, y est énoncé par les chercheurs.
Recension des écrits	- Résume-t-elle les connaissances sur les variables étudiées ?	X		L'introduction, brève et claire, expose la problématique liée aux taux insuffisants de DO, certaines raisons de ce manque mises en évidence par les recherches antérieures ainsi que les efforts entrepris pour accroître le DO de donneurs décédés dont l'initiative « the Donor Action Programm ». La recension des écrits résume ainsi les connaissances sur les variables étudiées.
Cadre théorique ou conceptuel	-Les principales théories et concepts sont-ils définis ?		X	Les auteurs ne donnent aucune définition pour préciser les théories ou les concepts centraux utilisés.
Hypothèses	-Les hypothèses sont-elles clairement formulées ?		X	Dans l'introduction, nous retrouvons principalement des informations au sujet de la problématique du DO mais aucune hypothèse n'est directement et précisément formulée par les auteurs. Cependant, il est aisé de formuler les hypothèses sous-entendues par les auteurs.
	-Découlent-elles de l'état des connaissances (théories et recherches antérieures ?	X		Les éléments énoncés sont clairement en lien les uns avec les autres. De même, les hypothèses sous-jacentes découlent de l'état des connaissances.
<b>Méthodes</b> Devis de recherche	-Le devis de recherche est-il décrit ?	X		Cette recherche scientifique consiste en une étude de cohorte avec une analyse quantitative des données.
Population et contexte	-La description de l'échantillon est-elle suffisamment détaillée ?	X		Les auteurs de l'article détaillent clairement l'échantillon et la population. Les données utilisées proviennent de 19'537 relevés remplis et renvoyés par le personnel de SI (3'422 médecins, 13'977 infirmières et 2'138 du personnel auxiliaire) de 245 hôpitaux de 11 pays différents (Australie, Belgique, Croatie, Finlande, France, Israël, Italie, Japon, Norvège, Pologne, Suisse). Les pays hors de l'Europe incluent 7'535 professionnels tandis que plus de

				<p>la moitié de l'échantillon (12'002) concernent des professionnels européens. L'étude s'est déroulée entre novembre 2006 et octobre 2008. Finalement, l'analyse a été limitée à 3'422 médecins (19.7%) et 13'977 infirmières (80.3%), le personnel auxiliaire n'ayant pas été inclus.</p> <p>Les auteurs précisent également le type d'USI concernée : 60.7% USI généraux, 14.5% USI chirurgicaux, 9.8% USI neurologiques et neurochirurgicaux, 8.7% Unités d'accidents et d'urgences ou de traumatologie, 3.7% USI en néonatalogie ou en pédiatrie. Certains petits hôpitaux incluent différentes spécialisations en une seule USI. D'un pays à l'autre, le type moyen d'une USI demeure le même.</p>
	-La taille de l'échantillon est-elle adéquate par rapport au contexte de la recherche ?	X		La taille de l'échantillon est tout à fait adéquate par rapport au contexte de la recherche. En effet, cette étude est la plus grande étude internationale et inclut donc un échantillon significatif.
Collecte des données et mesures	-Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ?	X		Les auteurs nous informent clairement sur les instruments mobilisés pour récolter les données de l'étude. « The Donor Action Programm » (DAP), effort conjoint de 3 organisations de premier plan dans le domaine du DO, évalue les différents rendements individuels des hôpitaux concernant le DO et suggère les domaines à améliorer dans le processus. Il inclut trois outils pour saisir, analyser les données et pour les reporter dans les résultats : « Hospital Attitude Survey » (HAS), « Medical Record Review » (MRR) and « DA System Database » (DA). L'HAS consiste en un questionnaire de 32 questions disponibles en plusieurs langues qui est remis au personnel des SI effectuant une MRR. Ce questionnaire permet d'évaluer les attitudes, les connaissances, la participation au DO, les compétences acquises et le ressenti des participantes dans les tâches relatives au DO. De plus, il indique l'aide reçue et identifie les besoins d'éducation dans le processus.
	-Les variables à mesurer sont-elles décrites et opérationnalisées ?	X		Les auteurs décrivent les moyens utilisés pour opérationnaliser les variables à mesurer.
Déroulement de l'étude	-La procédure de recherche est-elle décrite ? -A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?	X	X	Les auteurs décrivent clairement le programme DAP ainsi que ses trois outils (HAS, MRR, DA). Les données HAS et MRR, une fois récoltées, ont été introduites dans la base de données DA. Pour comparer les performances de DO des pays avec les résultats des HAS, les chercheurs ont utilisé « The Procurement Efficiency Index » (PEI). Divers instruments (StatView) ou tests (Chi-carré, test de Fischer, t-test, Z-tests) ont aussi été utilisés afin de calculer les différences statistiques entre les pays ou entre les sous-groupes professionnels ainsi que les corrélations. Les moyennes sont exprimées en moyenne + ou – écart-type. Il n'est malheureusement pas mentionné dans l'étude si les démarches nécessaires de protection et de préservation des droits des participantes ont été prises par les auteurs de



				cette recherche.
<b>Résultats</b> Traitement des données	Des analyses statistiques ont-elles été entreprises pour répondre à chacune des hypothèses ?	X		En effet, les auteurs ont entrepris des analyses statistiques afin de répondre à la problématique de recherche.
Présentation des résultats	-Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires, tableaux, graphiques, etc.) ?	X		Les résultats sont rédigés clairement sous la forme de 4 tableaux et de 4 figures ainsi qu'au travers de commentaires. Le 1 <sup>er</sup> tableau illustre le calcul PEI de chaque pays, basé sur les taux de mortalité, le nombre d'organes récupérés et transplantés dans chaque pays en 2007. La France et la Belgique présentent les taux PEI les plus élevés. Les auteurs nous renseignent ensuite sur les données démographiques des répondants à l'étude en les comparant entre les différents pays. Dans le 2 <sup>ème</sup> tableau sont présentées les attitudes du personnel médical et infirmier à l'égard du DO dans les pays participants. Dans cette partie de l'HAS, 4 questions interrogent les participantes sur leur volonté de faire don de leurs propres organes ou de ceux d'un proche. Les réponses du personnel infirmier se sont révélées nettement moins positives que celles des médecins. Les taux de réponses (médecins et infirmiers ensemble) sont les plus hauts en Finlande et en Belgique et sont fortement corrélés au PEI du pays (figure 1). La figure 2 présente la corrélation entre le PEI et le pourcentage d'acceptation du concept de mort cérébrale comme un moyen valide de détermination de la mort. Ce pourcentage se révèle significativement plus bas parmi le personnel infirmier. Le tableau 3 résume les réponses aux 4 questions sur les niveaux de confiance dans la transmission de l'identification d'un donneur potentiel à la personne adéquate (ex : coordinateur), l'explication de la mort cérébrale au proche, l'introduction du DO et l'obtention du consentement. Le niveau de confort ressenti par le personnel infirmier est significativement plus bas que celui du personnel médical. À nouveau, les taux de PEI et les taux de confiance dans les différentes étapes et tâches relatives au DO sont significativement corrélés (figure 3). Le tableau et la figure 4 traitent des besoins éducatifs. Il ressort dans chaque pays que le personnel infirmier souhaite davantage recevoir un complément de formation que le personnel médical.
<b>Discussion</b> Intégration de la théorie et des concepts	-Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir du cadre théorique et conceptuel, ainsi que des recherches antérieures ?	X		Les résultats de cette étude et des recherches antérieures se rejoignent dans leurs conclusions. Tout d'abord, les auteurs confirment les anciennes données selon lesquelles les infirmières des SI, plus confortables pour répondre aux questions des proches, obtiennent plus facilement leur consentement. L'acceptation du concept de mort cérébrale comme diagnostic valable de la mort est une condition essentielle pour se sentir à l'aise dans les tâches liées au DO. Il est aussi souligné que les attitudes du personnel, susceptibles de correspondre à celles du grand public, sont influencées par des obstacles socioculturels et

				religieux et influencent les performances de DO. Les résultats de cette étude mettent en avant l'attitude significativement moins positive envers le don des infirmières d'USI, leur confiance amoindrie envers le concept de mort cérébrale et envers les tâches liées au DO par rapport aux médecins. Du fait que le corps médical se juge responsable de l'approche de la famille et des demandes de DO, les infirmières pourraient hésiter à jouer un rôle proactif afin d'éviter la dissonance cognitive au sein de l'équipe. Pour diminuer les attitudes négatives face au DO, des feedbacks réguliers des cas de succès et des problèmes de transplantation pourraient contribuer à atténuer les fausses idées. L'étude actuelle démontre la forte association entre le niveau éducatif, les besoins en matière de DO en lien avec les tâches à accomplir et les taux de réussite des programmes de DO. Il est aussi suggéré que les connaissances et les attitudes sont interdépendantes et vont alors influencer les résultats du processus de DO. De plus, la formation et l'expérience renforcent la confiance dans l'approche des proches. Le programme européen de l'enseignement hospitalier (EDHEP), conçu à l'origine par Eurotransplant, constitue un programme efficace pour répondre aux besoins éducatifs des professionnels à l'aide d'ateliers interactifs animés par des formateurs qualifiés et des psychologues.
	-Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?	X		Cette étude est la première et la plus grande étude internationale confirmant mathématiquement les hypothèses faites plus tôt et les conclusions isolées d'un lien entre les attitudes des professionnels, l'acceptation du concept de mort cérébrale, les niveaux de confiance et une conversion réussie du donneur potentiel en donneur réel. C'est pourquoi, nous estimons que ces conclusions sont généralisables.
	-les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?		X	Certaines associations n'ont pas pu être prouvées dans cette étude, par exemple, du fait d'une information insuffisante sur le nombre de lits dotés en SI par service dans les hôpitaux interrogés. Toutefois, aucune limite clairement définie n'a été énoncée par les auteurs.
Perspectives futures	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique et sur les travaux de recherche à venir ?	X		Les auteurs préconisent au travers du programme DAP l'EDHEP comme l'une des mesures d'amélioration de la formation des professionnels sur le DO. De plus, ils encouragent à ce que les mesures visant à améliorer la performance de dons des pays se concentrent sur la formation du personnel des SI de manière à s'assurer que tous les praticiens aient une connaissance suffisante et soient à l'aise avec les questions liées au DO.
<b>Questions générales</b> Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X		Bien que l'échantillon inclut une population mondiale et ne se limite pas à l'Europe, nous avons décidé de garder cette recherche car elle concerne en majorité des pays européen et touche également la Suisse. De plus, l'étude est suffisamment détaillée pour se prêter à une analyse critique pertinente.

Évaluation globale	-L'étude procure-t-elle des résultats probants susceptibles d'être utilisés dans la pratique infirmière ou de se révéler utiles pour la discipline infirmière ?	X			Cet article nous apparaît en général pertinent et ces résultats permettent de confirmer de nombreuses conclusions posées auparavant par d'autres études. Ceux-ci sont susceptibles d'être utilisés dans la pratique pour améliorer la discipline infirmière des SI.
<b>Pertinence</b>	-Total de 22 points (1 point/ question) : <b>18/ 22</b>				

<b>ARTICLE 6: Approche quantitative</b>					
<b>Intensive care nurses' perceptions of their professional competence in the organ donor process: a national survey</b>					
Käthe Meyer, Ida Torunn Bjork & Hilde Eide					
Journal of Advanced Nursing (2012) 68(1), 104-115, Norway					
Aspects du rapport	Questions	Oui	Non	Peu Clair*	Commentaires
<b>Titre</b>	-Permet-il de saisir le problème de recherche ?	X			Le titre permet de cibler le problème de recherche qui concerne les perceptions des infirmières concernant leurs compétences professionnelles dans le processus de DO. La population et le contexte sont clairement cités.
<b>Résumé</b>	-Contient-il les principales parties de la recherche (par ex., l'introduction, le cadre théorique, la méthodologie, etc.)?	X			Le résumé reprend les 5 parties essentielles de la recherche avec les objectifs, l'introduction, la méthode, les résultats et la conclusion. Il donne une bonne vision d'ensemble de la structure de l'article.
<b>Introduction</b> Énoncé du problème	-Le problème de recherche est-il énoncé clairement ?	X			Le problème de recherche est clairement énoncé dans l'introduction. En raison de l'écart croissant entre l'offre et la demande, il est nécessaire d'avoir plus d'informations sur les compétences professionnelles des infirmières en SI pour développer un programme de formation visant à aider les infirmières dans le processus de DO. L'objectif de cette étude est donc d'explorer les perceptions des infirmières en SI concernant leurs compétences professionnelles afin d'identifier leurs besoins éducatifs.
Recension des écrits	- Résume-t-elle les connaissances	X			La recension des écrits reprend les connaissances déjà établies dans le contexte du DO au

	sur les variables étudiées ?				<p>Le sujet des besoins des proches, de la responsabilité des infirmières en SI dans le processus de DO et de leurs compétences professionnelles. Les différents auteurs cités transmettent la dure réalité du rôle infirmier dans le processus de DO et soulignent le manque de connaissances et d'expérience face à ce type de situations.</p>
Cadre théorique ou conceptuel	-Les principales théories et concepts sont-ils définis ?	X			<p>Du point de vue théorique, les auteurs définissent la compétence professionnelle. Elle implique l'acquisition de divers types de connaissances et leur application de manière appropriée dans la pratique. L'apprentissage s'effectue par de nombreux processus cognitifs et émotionnels influencés par les expériences professionnelles et personnelles. En lien avec le DO, d'autres concepts sont présents mais pas décrits par les auteurs.</p>
Hypothèses	-Les hypothèses sont-elles clairement formulées ?			X	<p>L'étude ne contient pas d'hypothèses mais des questions de recherche. Celles-ci sont clairement énoncées sous forme de 4 questions principales.</p>
	-Découlent-elles de l'état des connaissances (théories et recherches antérieures ?	X			<p>Oui, elles découlent de l'état des connaissances et permettront de répondre à l'objectif de l'étude.</p>
<b>Méthodes</b> Devis de recherche	-Le devis de recherche est-il décrit ?	X			<p>Il s'agit d'une enquête transversale quantitative.</p>
Population et contexte	-La description de l'échantillon est-elle suffisamment détaillée ?	X			<p>L'échantillon est suffisamment détaillé. Il comprend des infirmières spécialisées en SI travaillant dans une USI d'un hôpital norvégien donateur. Au final 572 participantes dont 515 infirmières (90%) provenant de 7 hôpitaux universitaires et de 21 hôpitaux régionaux ont pris part à l'enquête. Les participantes ont un âge moyen de 45 ans et une expérience moyenne en SI de 11 ans après spécialisation. 62.5% (n=352) sont employés dans des hôpitaux universitaires.</p>
	-La taille de l'échantillon est-elle adéquate par rapport au contexte de la recherche ?	X			<p>La taille de l'échantillon est adaptée au contexte.</p>
Collecte des données et mesures	-Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ?	X			<p>Les chercheurs ont utilisé un questionnaire de 22 items explorant les différentes dimensions de la compétence professionnelle. Les données ont été récoltées d'octobre 2008 à janvier 2009. Deux rappels ont permis une augmentation du taux de réponse de 20%. Les questions ont été numérisées et les données entrées dans la version SPSS 16.0.</p>
	-Les variables à mesurer sont-elles décrites et opérationnalisées ?	X			<p>Les variables sont décrites et opérationnalisées. Il s'agit d'évaluer les connaissances théoriques, pratiques, éthiques et de médiation sociale. Des variables démographiques et</p>

				contextuelles (âge, sexe, expérience, lieu de travail) sont décrites et analysées.
Déroulement de l'étude	-La procédure de recherche est-elle décrite ?  -A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?	X  X		La procédure est décrite : chaque participant a reçu une enveloppe contenant le questionnaire, une enveloppe timbrée pré-adressée et un document d'informations relevant le but de l'étude et les conditions de confidentialité. Le retour du questionnaire équivaut à un consentement éclairé du participant. Afin d'explorer les différentes compétences professionnelles, les auteurs ont utilisé une échelle de Likert de 5 points. Les questions ont été pré-testées par 9 infirmières de SI pour prouver leur pertinence et évaluer leur compréhension. Deux questions sur les connaissances éthiques et les facteurs influençant le développement professionnel ont été incluses. Les questions au sujet de l'expérience comprennent les soins au donneur potentiel et la participation à la demande de DO.  Au niveau éthique, l'étude a été approuvée par « The Norwegian Social Science Data Services (NSD) ». Les directeurs de tous les hôpitaux concernés ont été informés des objectifs du projet et ont accordé l'accès à leurs employés. Les données ont été traitées de manière confidentielle, conformément à la réglementation du NSD.
<b>Résultats</b> Traitement des données	-Des analyses statistiques ont-elles été entreprises pour répondre à chacune des hypothèses ?	X		À l'aide de statistiques descriptives et déductives, les auteurs ont analysé les données récoltées. Celles-ci ont alors permis d'évaluer l'association entre les variables démographiques et contextuelles et les compétences professionnelles dans le processus de DO. De plus, l'analyse a permis l'exploration des prédicteurs des compétences professionnelles. La fiabilité et la validité des données ont été testées avec l'alpha de Cronbach.
Présentation des résultats	-Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires, tableaux, graphiques, etc.) ?	X		Les résultats sont commentés et présentés de manière claire dans des tableaux et des figures.  -Tableau 1 : la formation est plus importante dans les hôpitaux régionaux, alors que l'expérience professionnelle est plus présente chez les infirmières travaillant dans les hôpitaux universitaires.  -Tableau 2 : les infirmières percevaient leurs connaissances théoriques, pratiques et éthiques comme inférieures à leurs connaissances de médiation sociale. Du point de vue théorique, les connaissances sur le fonctionnement du processus de don et du diagnostic de mort cérébrale sont perçues comme très faibles. Une position positive du patient ou des proches à ce sujet aide les infirmières à s'engager dans le processus de don.  -Tableau 3 : il n'existe aucune corrélation entre les perceptions des compétences professionnelles et l'âge ou le sexe. Les variables prédictives, les soins au donneur et aux

				<p>proches, la participation à la demande de DO et l'expérience en USI, influencent significativement les perceptions des infirmières concernant leurs compétences professionnelles.</p> <p>-Figure 1 : L'éducation de base en milieu hospitalier, les discussions au sein du service et la lecture de la littérature sont des facteurs qui influencent les compétences professionnelles. Ces derniers, complétés par des séminaires NOROD (cours sur le DO), sont importants pour le développement continu des compétences.</p> <p>-Tableau 4 : Les besoins éducatifs prioritaires concernent l'annonce des mauvaises nouvelles, le passage du donneur potentiel au donneur réel, le traitement médical ou encore l'obtention du consentement au don.</p>
<p><b>Discussion</b></p> <p>Intégration de la théorie et des concepts</p>	<p>-Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir du cadre théorique et conceptuel, ainsi que des recherches antérieures ?</p>	X		<p>Les principaux résultats sont interprétés en lien avec le cadre théorique et les concepts et comparés avec ceux des études antérieures.</p> <p>Éléments importants de la discussion :</p> <p>-Un manque de confiance dans le processus de don est lié à un manque de connaissances et pourrait être amélioré par une collaboration renforcée entre médecins et infirmières.</p> <p>-La transmission du savoir par les collègues expérimentés serait bénéfique pour les autres membres de l'équipe.</p> <p>-La participation des infirmières moins expérimentées au processus de don est nécessaire mais pas en tant que professionnel prioritaire.</p> <p>-Le soutien des collègues est une notion importante dans les situations difficiles à gérer. Toutefois, l'inquiétude face aux réactions des collègues peut entraver la communication au sujet du DO.</p> <p>-Les discussions au sein de l'équipe favorisent la réflexion et la compréhension mutuelle dans la pratique professionnelle.</p> <p>-Les soins au donneur et aux proches sont jugés difficiles par les infirmières.</p> <p>-Après l'annonce du diagnostic de mort cérébrale et du consentement des proches, la communication était facilitée.</p> <p>-Les connaissances de médiation sociale étant élevées, les infirmières devraient être à l'aise d'initier des discussions au sein de l'équipe quant à la possibilité d'un DO. Être capable de communiquer ouvertement peut être bénéfique pour répondre aux besoins émotionnels et</p>

				<p>d'information des proches.</p> <p>-Davantage de connaissances théoriques au sujet du diagnostic de mort, des procédures et du fonctionnement du don, permettraient aux infirmières de mieux répondre aux besoins d'informations des proches au cours du processus de décision.</p> <p>-Pour offrir des soins appropriés au donneur, il est nécessaire de développer des connaissances approfondies sur la mort cérébrale, les principes de préservation des organes et la législation au travers de séminaires, d'un enseignement hospitalier de base, de cours online ou encore de groupes de réflexion.</p> <p>-L'éducation est nécessaire pour être plus confortable dans la pratique et devrait être renouvelée tous les 6 mois pour être efficient.</p> <p>-Les rencontres entre les infirmières et les médecins des hôpitaux universitaires et régionaux leur seraient bénéfiques.</p>
	-Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?		X	Les auteurs ne parlent pas de généralisation des conclusions. Cependant, en raison de la grande taille de l'échantillon, les résultats pourraient être appliqués aux autres USI.
	-les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	X		Les chercheurs font part des limites de leur recherche. En effet, le questionnaire présente une faible validité interne au niveau des connaissances éthiques. Les connaissances concernant la médiation sociale présente une consistance interne acceptable mais pas suffisamment bonne. Le questionnaire doit encore être développé pour une utilisation ultérieure dans de nouvelles études. Le fait que certaines données au sujet du refus de participer n'ont pas été relevées a pu influencer les résultats.
Perspectives futures	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique et sur les travaux de recherche à venir ?	X		<p>Les chercheurs tiennent compte des conséquences de l'étude sur la pratique et présentent des perspectives utiles pour le développement des compétences professionnelles des infirmières en SI.</p> <p>Le questionnaire de cette étude pourrait être utilisé au niveau national et international dans des investigations futures sur les effets au long terme des séminaires de formation sur les compétences professionnelles.</p>
<b>Questions générales</b> Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X		L'article est bien structuré et écrit dans un langage scientifique compréhensible. Toutefois, les auteurs décrivent la méthode avec des termes plus complexes et parfois difficiles à retranscrire en français.

Évaluation globale	-L'étude procure-t-elle des résultats probants susceptibles d'être utilisés dans la pratique infirmière ou de se révéler utiles pour la discipline infirmière ?	X			Les résultats nous apparaissent intéressants et applicables dans la pratique.
<b>Pertinence</b>	-Total de 22 points (1 point/ question) : <b>20/ 22</b>				

<b>ARTICLE 7: Approche qualitative</b>					
<b>Approaching families on the subject of organ donation: A phenomenological study of the experience of healthcare professionals</b>					
Aud Oroy, Kjell Erik Stromskag, Eva Gjengedal					
Intensive and Critical Care Nursing (2013) 29, 202-211, Norway					
Aspects du rapport	Questions	Oui	Non	Peu Clair*	Commentaires
<b>Titre</b>	-Permet-il de saisir le problème de recherche ?	X			Le titre permet de cibler le problème de recherche qui concerne l'expérience des professionnels de la santé de l'approche des familles dans le contexte du DO. Le devis de recherche est introduit dans le titre. Cependant, la population n'est pas clairement ciblée.
<b>Résumé</b>	-Synthétise-t-il clairement les principales parties de la recherche (par ex., l'introduction, le cadre théorique, la méthodologie, etc.)?	X			Les différentes parties de la recherche ne sont pas nommées mais présentées sous forme d'un texte continu qui permet de comprendre les points clés de la recherche. On y retrouve : les objectifs, la méthode, les résultats et la conclusion. Le devis de recherche et les outils de collecte et d'analyse des données sont également indiqués.
<b>Introduction</b> Énoncé du problème	-Le problème ou phénomène étudié est-il clairement défini ?	X			Le phénomène étudié est clairement défini dans l'introduction et découle de la recension des écrits. L'importance de l'interaction des professionnels de la santé avec les proches est déjà bien documentée. Cependant, un manque de connaissances sur la manière dont les professionnels de la santé expérimentent leurs interactions avec les familles des donneurs potentiels est rapporté ; d'où l'objectif de cette étude qui vise à explorer et à acquérir une meilleure compréhension des expériences des professionnels à ce sujet.
Recension des écrits	-Résume-t-elle les connaissances sur	X			La recension des écrits résume les connaissances déjà établies au sujet du DO et de la



	le problème ou phénomène étudié ?				relation entre les professionnels de la santé et les familles. Elle traite de la législation actuelle en Norvège, du manque de formation en communication des professionnels avec les proches ainsi que de l'importance de la collaboration au sein de l'équipe pour répondre aux besoins des familles.
Cadre théorique ou conceptuel	-La base philosophique, la tradition, le cadre conceptuel ou l'orientation idéologique sont-ils définis ?	X			L'étude est basée sur la philosophie d'Heidegger (1927/1962) interprétée par Dreyfus (1991) et développée dans les travaux de Brenner (1994), Brenner et al. (1996) et Brenner et Wrubel (1989).
Question de recherche	-Les questions de recherche sont-elles clairement formulées ?			X	Aucune question de recherche n'est directement formulée mais les chercheurs mentionnent la présence de questions qui ont guidé leur interprétation des résultats.
	-Découlent-elles de l'état des connaissances (théories, concepts, idéologie et recherches antérieures) ?	X			La problématique découle de l'état des connaissances actuelles sur le sujet.
<b>Méthodes</b> Tradition et devis de recherche	-Le devis de recherche est-il décrit ?  -Les méthodes utilisées pour recueillir et analyser les données correspondent-elles à la tradition de recherche ?  -Les temps passés sur le terrain est-il en adéquation avec les devis de recherche ?	X  X  X			Il s'agit d'une étude herméneutique phénoménologique permettant d'explorer l'expérience des professionnels de la santé dans leurs interactions avec les familles. Les méthodes de collecte et d'analyse des données correspondent à la tradition de recherche de cette étude qualitative.  Les temps passés sur le terrain (94 à 123h) ainsi que la durée des entretiens (25 à 150 minutes) nous apparaissent en adéquation avec le devis de recherche. La récolte des données s'étend d'avril 2006 à octobre 2007.
Population et contexte	-La description du cadre et de l'échantillon est-elle détaillée ?	X			L'échantillon est suffisamment détaillé. Il comprend 32 professionnels de la santé dont 16 infirmières (8 infirmières diplômées, 8 infirmières en SI), 12 médecins et 4 aumôniers, provenant de 2 USI d'un hôpital universitaire norvégien. Ces participantes proviennent de 12 situations différentes de DO durant lesquelles elles ont interagi avec divers membres de la famille.
	-Les chercheurs ont-ils saturé les données ?			X	Il n'y a aucune information à ce sujet.
Collecte des données et mesures	-Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ?	X			Les instruments de collecte des données sont décrits et comprennent :  -Des observations avec des notes de terrain qui se sont concentrées sur la manière dont les professionnels de la santé abordaient les familles et menaient leurs interactions avec elles.

				<p>-Des entretiens face à face (n=26) ou téléphoniques (n=6) menés en profondeur à l'aide d'un guide d'entretiens et de questions ouvertes, enregistrés sur bande audio puis transcrits textuellement. Les entretiens exploraient les expériences professionnelles des participantes.</p> <p>-La combinaison de ces 2 méthodes a permis d'obtenir la compréhension des 12 situations.</p>
	-Y-a-t-il une adéquation entre le phénomène étudié, la question de recherche et les instruments de collecte des données ?	X		Oui, le phénomène étudié, l'objectif de la recherche et les instruments de collecte des données sont en adéquation.
Déroulement de l'étude	-La procédure de recherche est-elle décrite ?  -A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?	X  X		<p>La procédure de recherche est décrite par les auteurs. Lorsqu'un cas de donneur potentiel se présentait et une fois l'accord de la famille obtenu pour participer à l'étude, les infirmières et les médecins avertissaient le chercheur. Ce dernier suivait les professionnels dans leurs interactions avec les familles et s'entretenait avec eux en privé. Le chercheur était présent soit durant toutes les étapes de l'approche, soit lors de la demande de DO, soit durant les conversations de suivi.</p> <p>L'approbation éthique a été obtenue par divers représentants et instances reconnus dans le milieu de la recherche et de l'éthique. De plus, les professionnels de la santé et les familles ont donné un consentement écrit pour leur participation à la recherche et l'enregistrement des données.</p>
Rigueur	-Les chercheurs ont-ils suffisamment étayé le déroulement de l'étude afin que leurs conclusions soient crédibles et transférables ?	X		Le déroulement de l'étude est suffisamment détaillé pour que les conclusions soient crédibles et en partie transférables.
<b>Résultats</b> Traitement des données	-Les méthodes de traitement des données ont-elles été suffisamment décrites ?	X		Une analyse thématique (Benner, 1994 ; van Manen, 1990) a été utilisée pour saisir le sens des expériences vécues par les participantes. Tout d'abord, les notes d'observations et les transcriptions des entretiens ont été lues pour obtenir une vision d'ensemble. Puis, celles-ci ont permis d'extraire des thèmes préliminaires qui ont abouti à l'interprétation des observations du chercheur. Enfin, 3 thèmes essentiels comprenant des sous-thèmes ont émergé. Le processus analytique est illustré à l'aide de la figure 1.
Présentation des résultats	-Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires, tableaux, graphiques, etc.) ?	X		<p>Les résultats sont commentés et présentés de manière claire dans des tableaux et des figures. Les thèmes essentiels et sous-thèmes identifiés sont présentés dans la figure 2 :</p> <p>-Le moment crucial dont les sous-thèmes sont le moment idéal et moment « trop prématuré ».</p> <p>-Les conversations difficiles comprenant la préparation pour une situation unique, la</p>

				<p>transmission de mauvaises nouvelles, le respect des souhaits du patient et des décisions des familles.</p> <p>-Les attentes contradictoires composées des attentes externes et internes</p>
<p><b>Discussion</b></p> <p>Intégration de la théorie et des concepts</p>	<p>-Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir de l'approche philosophique, ainsi que des recherches antérieures ?</p>	X		<p>Les principaux résultats sont interprétés à partir de la base philosophique et des recherches antérieures. Les éléments suivants ont été soulignés :</p> <p>-Trouver le meilleur moment pour aborder les familles au sujet d'une demande de DO représente un défi pour les professionnels.</p> <p>-Les brefs délais et le caractère sensible des situations exigent des professionnels : une vigilance et une concentration particulière, une écoute soutenue et empathique, des capacités communicationnelles, un dialogue avec les proches permettant de percevoir le moment propice pour effectuer la demande.</p> <p>-Pour maintenir le sentiment de contrôle de la famille, le respect de son autonomie et des souhaits du patient est primordial.</p> <p>-Une approche en deux temps (annonce du décès puis demande de don) de la famille permet d'augmenter le consentement de la famille.</p> <p>-Les professionnels se remettent en question lorsque la demande de DO est rejetée par la famille.</p>
	<p>-La recherche tient-elle compte de la question de généralisation des conclusions ?</p>		X	<p>Les auteurs ne parlent pas de généralisation des conclusions.</p>
	<p>-Les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?</p>	X		<p>Les limites de l'étude sont clairement expliquées par les auteurs. Tout d'abord, comme l'interprétation est subjective, elle peut différer d'une personne à l'autre. De plus, des données peuvent manquer en raison de l'absence des chercheurs à certains entretiens et du fait que certaines participantes n'ont pas été interrogées. Enfin, la provenance des participantes limitée à un seul hôpital norvégien peut constituer une limite à la transférabilité des résultats.</p>
<p>Perspectives</p>	<p>-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique et sur les travaux de recherche à venir ?</p>	X		<p>Les auteurs font part de leurs conclusions et de leur impact sur la pratique clinique. Selon eux, des interprétations divergentes pourraient permettre une exploration plus approfondie du phénomène d'intérêt de cette étude.</p>

<b>Questions générales</b> Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X			L'article est bien rédigé et structuré. Suffisamment de détails, malgré l'absence des questions de recherche, permettent une bonne compréhension de son contenu.
Evaluation globale	-L'étude procure-t-elle des résultats probants susceptibles d'être utilisés dans la pratique infirmière ou de se révéler utiles pour la discipline infirmière ?	X			Les résultats nous apparaissent intéressants pour la pratique infirmière dans le domaine du DO et offrent des perspectives d'amélioration susceptibles d'être appliquées dans les USI.
<b>Pertinence</b>	-Total de 25 points (1 point/ question) : <b>22/ 25</b>				

<b>ARTICLE 8: Approche quantitative</b>					
<b>The attitude and knowledge of intensive care physicians and nurses regarding organ donation in Hungary – It needs to be changed</b>					
Aniko Smudla, Sandor Mihaly, Ilona Okros, Katalin Hegedus, Janos Fazakas					
Ann Transplant (2012b); 17 (3): 93-102, Hungary					
<b>Aspects du rapport</b>	<b>Questions</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>	<b>Peu Clair*</b>	<b>Commentaires</b>
<b>Titre</b>	-Permet-il de saisir le problème de recherche ?	X			Le titre énonce clairement le problème de recherche, la population ainsi que le contexte de l'étude. En effet, cette recherche traite du besoin de changement au niveau de l'attitude et des connaissances des médecins et infirmières des SI en lien avec le DO en Hongrie.
<b>Résumé</b>	-Contient-il les principales parties de la recherche (par ex., l'introduction, le cadre théorique, la méthodologie, etc.)?	X			Le résumé est structuré en paragraphes clairs : l'introduction, le matériel et la méthode, les résultats, la conclusion. Le devis y est aussi précisé. Au final, le résumé, très bien synthétisé, permet d'avoir une vue rapide et claire de l'ensemble de l'article.
<b>Introduction</b> Enoncé du problème	-Le problème de recherche est-il énoncé clairement ?	X			L'introduction, très brève mais synthétique, énonce la problématique du DO. De nombreux facteurs dont l'attitude et les connaissances de l'équipe des SI influencent le consentement au don des proches et la qualité du processus, d'où le but de cette étude d'évaluer l'attitude et les

				connaissances des professionnels des SI. De plus, bien que la formation sur la mort cérébrale et le DO fasse partie de la formation initiale des médecins, elle reste facultative pour les infirmières.
Recension des écrits	- Résume-t-elle les connaissances sur les variables étudiées ?	X		La recension des écrits résume très brièvement les connaissances sur les variables étudiées dans cette recherche.
Cadre théorique ou conceptuel	-Les principales théories et concepts sont-ils définis ?		X	Bien que les concepts centraux ressortent de l'introduction, ceux-ci ne sont pas clairement définis par les auteurs.
Hypothèses	-Les hypothèses sont-elles clairement formulées ?	X		L'hypothèse, selon laquelle l'éducation des professionnels de la santé au sujet du DO peut influencer positivement leur attitude et leurs connaissances, apparaît dans l'introduction.
	-Décourent-elles de l'état des connaissances (théories et recherches antérieures ?	X		Cette hypothèse découle de l'état des connaissances sur le DO et ces facteurs d'influence.
<b>Méthodes</b> Devis de recherche	-Le devis de recherche est-il décrit ?	X		Le devis de recherche est clairement énoncé dans le résumé ainsi qu'au début de la description de la méthode. La recherche consiste en une étude transversale avec une analyse quantitative des données.
Population et contexte	-La description de l'échantillon est-elle suffisamment détaillée ?	X		Les auteurs détaillent précisément leur échantillon qui inclut au total 282 participantes dont 179 médecins (63.5%) et 103 infirmières (36.5%) travaillant dans des hôpitaux universitaires (26.3%), de la capitale (25.5%), régionaux (27.3%) et urbains (20.9%). L'âge moyen des participantes est 42.78 ans.
	-La taille de l'échantillon est-elle adéquate par rapport au contexte de la recherche ?	X		L'échantillon concerne une population suffisamment importante pour être représentative et en adéquation avec le contexte de la recherche.
Collecte des données et mesures	-Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ?	X		Un questionnaire anonyme, formé de 20 items et auto administré, a permis dans un premier temps la collecte des données démographiques (âge, formation, place de travail). Ensuite, les participantes ont été interrogées sur leur présence aux cours sur le DO ainsi que sur leur nombre de participations par année. Leur attitude face au DO, leurs connaissances sur le consentement présumé et leurs opinions sur la pratique hospitalière sont aussi traitées au travers du questionnaire. De plus, une échelle de 5 points a permis d'évaluer diverses connaissances en lien avec le DO.
	-Les variables à mesurer sont-elles décrites et opérationnalisées ?	X		Les auteurs de l'étude décrivent clairement les variables qui vont être mesurées par le questionnaire et l'échelle de 5 points.

Dérroulement de l'étude	<p>-La procédure de recherche est-elle décrite ?</p> <p>-A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?</p>	X	X	<p>Les instruments de récolte et d'analyse des données sont précisément définis. Cependant, les auteurs nous donnent peu d'informations sur la procédure de recherche utilisée. En effet, nous savons uniquement que les questionnaires ont été complétés en 2011 lors du Congrès de la Société Hongroise d'Anesthésiologie et de Soins Intensifs.</p> <p>Au niveau éthique, il n'est pas précisé clairement si les auteurs ont pris les mesures appropriées pour préserver les droits des participantes. Toutefois, il est mentionné que le questionnaire est anonyme et a été désigné par des sociétés reconnues. Nous jugeons donc que les auteurs ont respecté ce critère.</p>
<b>Résultats</b> Traitement des données	Des analyses statistiques ont-elles été entreprises pour répondre à chacune des hypothèses ?	X		Une fois récoltées par le questionnaire, les données ont été analysées à l'aide d'un ensemble de mesures statistiques incluant des statistiques descriptives et divers tests. L'analyse des variables et des différences statistiques entre deux variables s'est faite grâce à différents tests (ANOVA, Rho de Spearman, U de Mann-Whitney, Kruskal-Wallis, Pearson Chi-carré). Des modèles de régression ont été créés pour analyser le vécu des familles et les facteurs influençant les connaissances au sujet de la transplantation. Le degré significatif est fixé à $p < 0.05$ .
Présentation des résultats	-Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires, tableaux, graphiques, etc.) ?	X	X	<p>Les auteurs regroupent et présentent clairement leurs résultats à l'aide de 6 tableaux. Les données concernant les médecins sont séparées de celles des infirmières. Les principaux résultats au sujet des infirmières sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Uniquement 16.5% des infirmières ont participé à un cours sur le DO avant l'étude.</li> <li>-34.9% des infirmières, n'ayant pas encore eu de cours, sont prêtes à en suivre un. L'âge des infirmières n'a pas d'influence à ce niveau-là.</li> <li>-24.1% des infirmières impliquées dans la formation sont employées dans un hôpital universitaire. Le taux le plus faible concerne les hôpitaux régionaux.</li> <li>-30.9% du personnel des SI n'a jamais été impliqué dans une situation de DO.</li> <li>-Le nombre de DO n'est pas influencé par l'âge ou le type de personnel. Cependant, l'activité de don est plus importante chez le personnel ayant suivi un cours sur cette thématique.</li> <li>-87.3% des infirmières connaissent la législation du consentement présumé et nombreuses sont celles qui l'approuvent. Ces connaissances sont plus élevées chez le personnel avec une plus haute activité de dons.</li> <li>-66% du personnel approuve la pratique hospitalière qui requière le consentement des membres de la famille du donneur pour un prélèvement d'organes (ceci en raison d'un</li> </ul>

				<p>manque de connaissances sur la législation ou par respect des droits du patient).</p> <p>-49.5% des infirmières connaissent la voie juridique pour protester le prélèvement d'organes.</p> <p>-95.1% des infirmières consentent au prélèvement de leurs organes après leur mort.</p>
<b>Discussion</b>				
Intégration de la théorie et des concepts	-Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir du cadre théorique et conceptuel, ainsi que des recherches antérieures ?	X		<p>La discussion met en lien les résultats de la recherche avec les connaissances antérieures. Cette étude révèle que plus de 4/5 des infirmières n'ont jamais participé à une formation sur la gestion du DO et que 2/3 ne comptent pas y participer. Ceci souligne la nécessité d'introduire des cours obligatoires afin d'augmenter leurs connaissances dans ce domaine spécifique. L'éducation des infirmières et la formation interdisciplinaire avec les médecins peuvent être améliorées grâce à la coopération entre médecins et infirmières. De plus, un protocole pré établi pour la gestion du DO pourrait augmenter l'efficacité de l'équipe. L'étude montre que l'activité du don augmente lorsque la formation sur la gestion du don des médecins et infirmières en SI est plus élevée. En effet, meilleure est la formation, meilleures sont les attitudes des professionnels, la communication avec les proches, la gestion du don et l'identification des donneurs. Les études antérieures soulignent aussi la nécessité d'améliorer les compétences communicationnelles. De même, l'impact psychologique de la communication à long terme sur les proches est un aspect à prendre en compte. « The Pyramid Intervention » (figure 1) permet de prévenir les processus psychologiques négatifs induits par le DO et d'augmenter le don. « The VIDEO model » développe les compétences individuelles. De même, le HELLP concept souligne l'importance d'une communication adéquate comme premier soutien pour les proches puis le développement d'un réseau de soutien social pour les aider à surmonter le deuil.</p>
	-Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?		X	<p>Les auteurs n'abordent pas la question de généralisation des conclusions.</p>
	-les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	X		<p>Les auteurs rendent compte des limites de leur étude. En effet, les questionnaires ayant été remplis lors de l'événement le plus important de Hongrie, les résultats ont pu être influencés par des situations spécifiques qui se sont produites en Hongrie.</p>
Perspectives futures	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique et sur les travaux de recherche à venir ?	X		<p>Cette étude encourage l'instauration de cours obligatoires ainsi que de cours de perfectionnement sur la mort cérébrale, la gestion du don et la communication avec la famille. Ses résultats aident à mieux définir les besoins du personnel en SI.</p>
<b>Questions</b>	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé	X		<p>Cet article est écrit et structuré de manière claire et synthétique. Malgré certaines parties de l'article (par exemple : recension des écrits, procédure de recherche) très brièvement</p>

<b>générales</b> Présentation	pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?				développées, celui-ci reste tout à fait pertinent et se prête à une analyse critique minutieuse.
Evaluation globale	-L'étude procure-t-elle des résultats probants susceptibles d'être utilisés dans la pratique infirmière ou de se révéler utiles pour la discipline infirmière ?	X			Nous trouvons que les résultats de cette recherche sont en accord avec ceux déjà découverts dans d'autres études. Ils permettent de cibler les besoins des infirmières en SI. Leur application dans la pratique permettrait une augmentation de l'activité du DO.
<b>Pertinence</b>	-Total de 22 points (1 point/ question) : <b>20/ 22</b>				

<b>ARTICLE 9: Approche quantitative</b>					
<b>Organ and tissue donation: a survey of nurse's knowledge and educational needs in an adult ITU.</b>					
Timothy J. Collins					
Intensive and Critical Care Nursing (2005) 21, 226-233, United Kingdom					
<b>Aspects du rapport</b>	<b>Questions</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>	<b>Peu Clair*</b>	<b>Commentaires</b>
<b>Titre</b>	-Permet-il de saisir le problème de recherche ?	X			Le titre permet de saisir le problème de recherche qui concerne la connaissance et les besoins éducatifs des infirmières en SI. Le devis, la population et le contexte y sont explicités clairement.
<b>Résumé</b>	-Contient-il les principales parties de la recherche (par ex., l'introduction, le cadre théorique, la méthodologie, etc.)?	X			Dans le résumé, les principales parties de la recherche ne sont pas distinctement énoncés mais présentées sous la forme d'un texte. Cependant, il permet d'avoir un aperçu global des éléments traités dans l'étude. Il comprend les buts, le devis, les résultats ainsi que la conclusion.
<b>Introduction</b> Enoncé du problème	-Le problème de recherche est-il énoncé clairement ?	X			Le problème de recherche est clairement énoncé dans l'introduction. Étant donné que les professionnels de la santé manquent de connaissances essentielles et de compréhension concernant le DO, des programmes éducatifs sont recommandés pour combler leurs déficits. Les professionnels de la santé jouent un rôle essentiel dans l'identification des donneurs potentiels, dans l'approche des familles, lors des soins au patient ainsi que dans l'éducation



					du public. Malheureusement, ce rôle n'est parfois pas assumé de manière efficace par les infirmières, ce qui impacte sur le nombre de donneurs identifiés et indirectement sur le taux de DO. Les buts de cette enquête sont donc d'établir le niveau de connaissances des infirmières concernant le DO et de tissus et d'identifier leurs manques à ce niveau-là.
Recension des écrits	- Résume-t-elle les connaissances sur les variables étudiées ?	X			Le chercheur recense les connaissances existantes sur la problématique du DO et souligne le manque de littérature récente au Royaume-Uni au sujet des connaissances et des besoins éducatifs des infirmières relatifs au DO. En effet, la plupart des études préexistantes s'intéressent aux attitudes des infirmières dans le processus du DO et à leur variation. Il en ressort que les attitudes positives sont favorisées par de meilleures connaissances sur le DO. Malheureusement, les infirmières manquent de connaissances essentielles liées aux procédures de prélèvement, à l'identification des donneurs, aux critères de mort cérébrale et aux soins prodigués aux donneurs. Des programmes éducatifs, introduits dans l'enseignement de base des infirmières, amélioreraient considérablement les connaissances des infirmières et ainsi leurs attitudes envers le DO et leur confiance dans l'approche des familles en vue d'un consentement.
Cadre théorique ou conceptuel	-Les principales théories et concepts sont-ils définis ?			X	L'auteur ne décrit pas clairement les théories ou concepts qui régissent sa recherche.
Hypothèses	-Les hypothèses sont-elles clairement formulées ?			X	Aucune hypothèse n'est clairement formulée. Toutefois, il est sous-entendu qu'un manque de connaissances influence l'attitude des professionnels concernant le DO.
	-Découlent-elles de l'état des connaissances, théories et recherches antérieures ?	X			Les hypothèses sous-jacentes découlent de l'état des connaissances actuelles et des recherches antérieures.
<b>Méthodes</b> Devis de recherche	-Le devis de recherche est-il décrit ?	X			Le devis est indiqué. Il s'agit d'une enquête avec une méthode de traitement des données quantitatives.
Population et contexte	-La description de l'échantillon est-elle suffisamment détaillée ?	X			L'échantillon est convenablement détaillé. 31 infirmières (83.3%) travaillant dans un département de SI adultes ont participé à l'étude. Leur expérience en SI varie de quelques semaines à plusieurs années. Les infirmières possèdent des diplômes de différents niveaux (D à G) dont 67% une spécialisation en SI.
	-La taille de l'échantillon est-elle adéquate par rapport au contexte de la recherche ?			X	Aucune donnée ne traite de la taille de l'échantillon et de son adéquation avec le contexte. Cependant, elle nous semble adaptée.

Collecte des données et mesures	-Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ?	X			Les données ont été collectées à l'aide d'un questionnaire comprenant 18 questions permettant d'identifier les connaissances et les manques éducatifs liés au DO. Cet outil a été conçu en partenariat avec l'infirmière-cheffe et les coordinateurs locaux de transplantation. Les questions sont basées sur le travail de Bidigare et Oermann (1991), dans lequel ils ont identifié le manque de connaissances des infirmières sur la gestion du don, la mort cérébrale et l'approche des familles. D'autres questions ont été conçues pour évaluer les connaissances des infirmières sur ces thématiques et pour établir une corrélation avec les résultats du travail de Bidigare et Oermann (1991).
	-Les variables à mesurer sont-elles décrites et opérationnalisées ?	X			Les variables à mesurer sont décrites et opérationnalisées.
Déroulement de l'étude	-La procédure de recherche est-elle décrite ?	X			La procédure est expliquée brièvement. 31 des 37 infirmières qui ont reçu le questionnaire l'ont complété. Celui-ci comprend des questions ouvertes favorisant la liberté d'expression ainsi que des questions fermées avec un nombre fixe de réponses. De plus, les participantes ont la possibilité de faire des commentaires supplémentaires pour fournir de plus amples informations.
	-A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?	X			Des mesures appropriées ont été prises pour préserver les droits des participantes. En effet, les chercheurs ont suivi les recommandations éthiques de la NHS.
<b>Résultats</b> Traitement des données	-Des analyses statistiques ont-elles été entreprises pour répondre à chacune des hypothèses ?	X			L'auteur utilise une méthode quantitative d'analyse des données. En effet, les résultats de sa recherche sont exprimés à l'aide de pourcentages.
Présentation des résultats	-Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires, tableaux, graphiques, etc.) ?	X			Les résultats sont présentés dans des tableaux et des figures. Ceux-ci sont commentés et directement interprétés à partir de recherches antérieures, d'où l'absence de discussion. Le tableau 1 présente le moment du processus durant lequel les familles devraient être abordées et questionnées sur le DO. La figure 1 concerne le sentiment des infirmières envers le DO, si elles l'acceptent ou non et le niveau d'acceptation ou de désaccord. La figure 2 traite de la préparation pour les soins au donneur potentiel. La figure 3 dévoile le nombre de tissus et de contre-indications identifiées par les infirmières pour le don de tissus. Au final, les thèmes principaux ressortant sont le sentiment envers le DO, l'éducation et la préparation dans les soins au donneur, l'approche des familles, les connaissances sur le DO et de tissus.
<b>Discussion</b> Intégration de la	-Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir du cadre théorique et conceptuel, ainsi que des	X			La discussion est, selon nous, intégrée dans la partie résultats car ces derniers sont interprétés par l'auteur à partir des recherches antérieures. Les éléments suivants sont présentés :

théorie et des concepts	recherches antérieures ?			<p>-81% des infirmières ont déjà soigné un donneur d'organes aux SI ; les infirmières de niveaux F et G ont, quant à elles, déjà toutes soigné un donneur.</p> <p>-Plus les infirmières ont un niveau de formation élevé, plus elles acceptent le DO.</p> <p>-Lorsque les infirmières ont une attitude positive envers le DO, elles sont plus susceptibles d'obtenir le consentement des familles.</p> <p>-Les aspects négatifs et positifs du don ont été identifiés par les infirmières :</p> <p>-Les aspects négatifs concernent surtout les proches : conflits, tristesse en cas du rejet du greffon, décision difficile à prendre et pouvant être regrettée, incompréhension du concept de mort cérébrale, sentiment de pression et de culpabilité.</p> <p>-Les aspects positifs soulignent le réconfort apporté aux familles et le fait de « sauver des vies ».</p> <p>-La majorité des infirmières ne s'estime pas suffisamment préparées à assumer leur rôle dans les soins au donneur. Effectivement, des études antérieures soulignent le manque de connaissances et d'éducation des professionnels de la santé dans les soins aux donneurs d'organes.</p> <p>-Améliorer l'éducation concernant le DO et de tissus dans la formation infirmière, effectuer des journées d'éducation à ce sujet ainsi qu'enseigner des méthodes de communication pour aborder les familles sont des éléments qui permettraient aux infirmières d'être préparées plus efficacement à soigner des donneurs potentiels d'organes.</p> <p>-Un manque de connaissances concernant la notion de mort cérébrale et ses critères a été détecté et corrélé avec le niveau de formation des participantes. Les infirmières de niveaux élevés sont plus susceptibles d'expliquer cette notion aux proches ainsi que les examens diagnostiques.</p> <p>-61% des participantes ont estimé que la demande devait être effectuée après la première série de tests permettant le diagnostic de la mort cérébrale.</p> <p>-Un besoin d'apprentissage dans l'approche des familles pour le consentement au don a été identifié chez les infirmières de tous les niveaux. La majorité sont d'accord de participer à une journée d'étude sur le DO et de tissus.</p> <p>-La majorité des infirmières sont contre le concept de consentement présumé.</p>
	-Les chercheurs abordent-ils la		X	Le chercheur ne fournit aucune information concernant la généralisation des conclusions.

	question de la généralisation des conclusions ?				Cependant, le fait que les infirmières manquent de connaissances, de confiance et de préparation dans le domaine du DO évoque un besoin essentiel de formation et revient dans plusieurs études récentes.
	-les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	X			L'auteur expose les limites de l'étude. L'échantillon est petit et provient d'une seule USI. Effectivement, ce dernier devrait être randomisé et inclure plusieurs USI du Royaume-Uni. De plus, la recherche a été effectuée au sein d'une USI en neurochirurgie comprenant un plus grand pourcentage de diagnostics de mort cérébrale. Le recours à des entretiens aurait permis d'obtenir plus d'informations sur la population. En raison du manque de recherches récentes, des études de 1990 et plus anciennes provenant pour la plupart des USA ont été incluses. Du fait des différences sociales, politiques et culturelles existant entre les deux pays, les études américaines utilisées ne sont pas forcément applicables à la pratique au Royaume-Uni.
Perspectives futures	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique et sur les travaux de recherche à venir ?	X			L'auteur recommande qu'une vaste étude randomisée soit entreprise pour évaluer pleinement le niveau de connaissances des infirmières en matière de DO. De plus, d'autres recherches devraient également être réalisées pour examiner le nombre et le type d'établissements de formation existants pour les étudiants et les infirmières au Royaume-Uni. Les besoins éducatifs sont essentiels pour fournir des connaissances et des compétences en communication pour aider les professionnels de la santé.
<b>Questions générales</b> Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X			L'article est bien écrit et structuré et permet une bonne compréhension du contenu de l'étude. Toutefois, il manque des informations quant à la procédure et à la méthode d'analyse des données. La discussion semble, pour sa part, intégrée dans les résultats.
Evaluation globale	-L'étude procure-t-elle des résultats probants susceptibles d'être utilisés dans la pratique infirmière ou de se révéler utiles pour la discipline infirmière ?	X			Les résultats démontrés par cette étude nous paraissent intéressants et susceptibles d'être utilisés dans la pratique infirmière.
<b>Pertinence</b>	-Total de 22 points (1 point/ question) : <b>18/ 22</b>				

ARTICLE 10: Approche quantitative					
Intensive care nurses' perceptions of brain death.					
Goeff White					
Australian Critical Care (2003) 16(1), 7-14, Australia					
Aspects du rapport	Questions	Oui	Non	Peu Clair*	Commentaires
<b>Titre</b>	-Permet-il de saisir le problème de recherche ?	X			Le titre permet de cibler le problème de recherche qui concerne les perceptions des infirmières en SI concernant la mort cérébrale. Le devis n'est pas cité.
<b>Résumé</b>	-Contient-il les principales parties de la recherche (par ex., l'introduction, le cadre théorique, la méthodologie, etc.)?	X			Le résumé expose le contenu de la recherche et ses principales parties mais sans les différencier de manière distincte. Il contient l'introduction, les objectifs, le devis, la méthode de recherche et les résultats.
<b>Introduction</b> Enoncé du problème	-Le problème de recherche est-il énoncé clairement ?	X			Le problème de recherche est clairement défini dans l'introduction. Il existe une importante confusion ou un manque d'acceptation du concept de mort cérébrale chez les infirmières et les médecins. Ce sujet, n'étant encore que peu traité par les scientifiques, constitue la thématique de cette étude qui se concentre donc sur les perceptions des infirmières en SI concernant la mort cérébrale. Problématique importante à étudier car les infirmières jouent un rôle essentiel dans le processus de DO en fournissant les premiers soins au patient, en informant et en soutenant ses proches.
Recension des écrits	- Résume-t-elle les connaissances sur les variables étudiées ?	X			L'auteur recense les connaissances existantes sur la problématique étudiée et les manques. Même si les professionnels de la santé sont devenus mieux informés sur le concept de mort cérébrale, il existe toujours une importante confusion, des malentendus et des perceptions contradictoires à ce sujet. Les infirmières en SI présentent une incertitude concernant les nombreux aspects de la mort cérébrale les rendant parfois incapables d'intégrer ce concept. De plus, les rares réflexes spinaux encore présents chez certains patients sont parfois interprétés comme signes de vie par les infirmières. Il est donc important d'étudier les perceptions de la mort cérébrale détenues des personnes qui y sont confrontées régulièrement.
Cadre théorique ou conceptuel	-Les principales théories et concepts sont-ils définis ?			X	Le cadre théorique n'est pas précisé et les concepts ne sont pas clairement définis. L'auteur souhaite conceptualiser d'une manière cohérente et uniforme la notion de mort cérébrale.

Hypothèses	-Les hypothèses sont-elles clairement formulées ?	X			Aucune hypothèse n'est énoncée par les auteurs mais deux questions de recherche. Celles-ci traitent des perceptions de la mort cérébrale chez le patient ventilé présentes chez les infirmières en SI et des relations existantes entre leurs perceptions et diverses variables (religion, expérience en SI, expérience en lien avec la mort cérébrale, connaissances et confiance dans les procédures diagnostiques, cadre éducatif, connaissance de la loi australienne).
	-Décourent-elles de l'état des connaissances (théories et recherches antérieures ?	X			L'objectif de l'étude est défini. Il s'agit d'étudier la manière dont les infirmières en SI perçoivent la mort cérébrale comme une conception significative de mort.
<b>Méthodes</b> Devis de recherche	-Le devis de recherche est-il décrit ?	X			Il s'agit d'une étude naturaliste et descriptive avec une méthode d'analyse des données majoritairement quantitative.
Population et contexte	-La description de l'échantillon est-elle suffisamment détaillée ?	X			L'échantillon est suffisamment décrit. En effet, 33 infirmières et 7 infirmiers provenant de 7 USI ont participé à l'étude. L'échantillon comprend 18 infirmières diplômées d'État (RN), 18 infirmières cliniciennes spécialisées (CNS) et 4 infirmières responsables (ACN). L'âge moyen des participantes est de 32 ans et leur expérience moyenne en SI varie entre 0 et 5 ans (62.5% des participantes). 35% des infirmières ont soigné entre 2 à 5 patients en état de mort cérébrale et 17% entre 11 et 15 patients.
	-La taille de l'échantillon est-elle adéquate par rapport au contexte de la recherche ?		X		Le chercheur n'a donné aucune précision quant à l'adéquation de la taille de l'échantillon par rapport au contexte. Cependant, l'échantillon semble adapté au cadre.
Collecte des données et mesures	-Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ?	X			Les instruments de récolte des données sont définis et expliqués. Des entretiens structurés d'1h comprenant 38 instructions verbales et non verbales ont été menés. Ceux-ci ont débuté par des questions fermées, puis par des questions posées sur la base de différents items. De plus, un dossier accompagnait chaque entrevue.
	-Les variables à mesurer sont-elles décrites et opérationnalisées ?	X			Les variables à mesurer sont décrites et opérationnalisées par les chercheurs à l'aide de données statistiques.
Déroulement de l'étude	-La procédure de recherche est-elle décrite ?	X			La procédure est décrite par l'auteur. Les participantes ont été sélectionnées volontairement en répondant à une invitation présentée sur des affiches ou à une annonce parue dans une revue professionnelle. Un protocole d'entretien structuré, comprenant des instructions verbales et visuelles, des études de cas, des scénarios hypothétiques et différents types de tâches, a été utilisé pour mener les entrevues. Celles-ci ont été entreprises dans des contextes familiers aux participantes pour favoriser leur confort. Les données quantitatives ont
	-A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?	X			

				<p>été analysées à l'aide de procédures statistiques descriptives standards, de distributions de fréquence, de tableaux transversaux, de tests Chi-carré, de t-tests, d'analyses de variance (ANOVA) et discriminatoires.</p> <p>L'approbation éthique a été obtenue par l'Université et les « Hospital Research Ethics Review Committes ».</p>
<b>Résultats</b> Traitement des données	-Des analyses statistiques ont-elles été entreprises pour répondre à chacune des hypothèses ?	X		Des analyses statistiques ont permis à l'auteur de répondre à la problématique, aux hypothèses sous-entendues ainsi qu'à l'objectif de sa recherche.
Présentation des résultats	-Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires, tableaux, graphiques, etc.) ?	X		<p>Les résultats sont présentés sous forme de tableaux et commentés à l'aide d'items de manière claire :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Tableau 1 : expérience des participantes en SI.</li> <li>-Tableau 2 : expérience dans les soins aux patients en état de mort cérébrale.</li> <li>-Tableau 3 : description de la mort cérébrale (pour 80% des participantes le patient est décédé, pour 10% son cerveau est endommagé et entraînera une impotence, pour 10% dans le coma).</li> <li>-Tableau 4 : explication de la mort cérébrale aux familles (pour 70% elle est synonyme d'arrêt des fonctions autonomes, pour 43% de coma prolongé, 43% donnent des explications contradictoires et pour 30% le patient n'est pas décédé).</li> <li>-Tableau 5 : moment du décès du donneur (pour 77.2% le décès survient avant l'opération de prélèvement, pour 15% pendant, pour 7.5% après).</li> <li>-Tableau 6 : perceptions de la mort cérébrale (5 catégories allant de l'acceptation totale (25%) au rejet total (12.5%)).</li> <li>-90% des participantes estimaient que le patient était déjà décédé en répondant au questionnaire. Cependant, lors de l'entretien, 30% pensaient que ce dernier était vivant. Les infirmières moins formées sont plus susceptibles de présenter des perceptions ambiguës et confuses concernant la mort cérébrale. L'arrêt cardio-pulmonaire était vu par les participantes comme la notion dominante et fondamentale de mort.</li> </ul>
<b>Discussion</b> Intégration de la	-Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir du cadre théorique et conceptuel, ainsi que des	X		Le fait que le patient en état de mort cérébrale présente une apparence physique d'être vivant préoccupe les soignants ainsi que les familles, entraînant un conflit entre le diagnostic et

théorie et des concepts	recherches antérieures ?			<p>l'apparence donnée par le patient ventilé.</p> <p>Plusieurs sources d'ambiguïté ont été identifiées concernant la notion de mort cérébrale : l'importance de distinguer le corps de la personne (organes vivants mais patient décédé), la mort comme synonyme de mort du cerveau exclusivement ou du patient dans sa totalité par la perte des fonctions cérébrales, la confusion entre la mort cérébrale décrivant un état actuel du patient et en même temps un état futur prédit.</p> <p>La présence des fonctions cardio-pulmonaires représente un signe de vie pour les participantes qui ont refusé de voir le patient en état de mort cérébrale comme décédé. Cela témoigne de l'influence de la notion de mort biologique. Cependant, il est important de comprendre que les fonctions vitales sont soutenues de manière artificielle.</p> <p>95% des participantes n'ont pas reconnu la procédure de diagnostic de mort cérébrale comme un test légalement approuvé.</p> <p>Il est important de ne pas égaler le manque d'acceptation au manque de connaissances concernant les aspects cliniques de la mort cérébrale.</p>
	-Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?		X	Le chercheur ne parle pas de la généralisation des conclusions. Cette étude a confirmé le caractère problématique du concept de mort cérébrale, avec une importante confusion et ambiguïté exprimées par environ la moitié des participantes. Cependant, le manque d'acceptation ne doit pas être assimilé à une ignorance ou une confusion. Un réel problème de formation et d'éducation des infirmières persiste ne permettant pas d'envisager un changement conceptuel en faveur d'une acceptation totale de cette notion.
	-les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?		X	Les limites de l'étude ne sont pas citées par l'auteur.
Perspectives futures	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique et sur les travaux de recherche à venir ?	X		Enfin, l'auteur explique qu'il est important de reconnaître l'existence de ces perceptions alternatives, de faciliter l'exploration des fondements de celles-ci, de créer des environnements favorables pour les infirmières vivant ce type de perceptions et de leur fournir des possibilités de les expliquer. Le chercheur ne propose pas clairement de nouvelles pistes de recherche à approfondir dans de nouvelles études.
<b>Questions générales</b> Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X		L'article est bien rédigé et structuré pour permettre une analyse critique de cette étude. Elle donne une vision globale des différentes perceptions détenues par les différentes infirmières.



Évaluation globale	-L'étude procure-t-elle des résultats probants susceptibles d'être utilisés dans la pratique infirmière ou de se révéler utiles pour la discipline infirmière ?	X			L'étude procure des résultats qui peuvent être utilisés dans la pratique infirmières. Cependant, les perceptions sont personnelles et peuvent varier d'une population à l'autre.
<b>Pertinence</b>	-Total de 22 points (1 point/ question) : <b>18/ 22</b>				

\*Peu Clair : Information incomplète. Explication : Dans le cadre d'une revue de littérature systématique, si l'information fournie dans l'article de recherche par leurs auteurs est incomplète / peu claire, les reviewers (chercheurs qui effectuent la revue de littérature) prennent contact avec les auteurs de la recherche en vue de clarifier les points manquants.

Références bibliographique : Loiseleur, C.G. & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec : ERPI

## Annexe C : Synthèse de l'interprétation des résultats des 10 articles scientifiques

<p><b>Etude 1</b></p> <p><b>Cursus des auteurs</b></p> <p><b>Devis</b></p>	<p>Floden, A., Berg, M. &amp; Forsberg, A. (2011a). ICU nurses' perceptions of responsibilities and organisation in relation to organ donation – A phenomenographic study. <i>Intensive and Critical Care Nursing</i>, 27, 305-316.</p> <p>RN, MScN, PhD Student, Transplant Coordinator – Professor in Health and Care Sciences, master degree, PhD– RN, PhD, Associate Professor</p> <p>Étude phénoménographique</p>
<p><b>Besoins des infirmières d'USI</b></p>	<p>Les auteurs identifient différents besoins des infirmières pour se sentir plus efficace et plus à l'aise dans leur rôle lors d'un processus de DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Besoin de connaissances : meilleure compréhension du concept de mort cérébrale, de son diagnostic, des politiques et protocoles nationaux, régionaux et locaux régissant les tests de mort cérébrale.</li> <li>Besoin de prendre conscience des stratégies de gestion du stress (<i>coping</i>) mobilisées face au donneur potentiel et ses proches.</li> <li>-Besoin de définir clairement ses responsabilités professionnelles : prendre soin du donneur potentiel pour le bien du receveur, offrir une présence aux proches, être un modèle pour ses collègues, maintenir les organes dans des conditions optimales, adopter une attitude adéquate et agir au nom du patient (<i>advocacy</i>).</li> <li>-Besoin d'information sur les structures organisationnelles : investiguer la structure de l'organisation nationale et locale.</li> </ul>
<p><b>Interventions proposées par les auteurs</b></p>	<p>Utilisation de cadres théoriques adéquats pour développer des compétences dans le processus du DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Apprentissage de la notion d'<i>advocacy</i> et des principes qui en découlent en lien avec le DO.</li> <li>-Prise en soin du donneur potentiel basée sur la théorie de Virginia Henderson (satisfaction des 14 besoins).</li> </ul> <p>Inclusion, dans l'éducation des infirmières d'USI, de notions théoriques au sujet de :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-La législation sur le DO en vigueur.</li> <li>-Le concept de mort cérébrale et de ces différents diagnostics.</li> <li>-Les techniques de communication (avec les proches de donneurs potentiels).</li> </ul> <p>Mise en place, dans l'organisation de l'USI dans le cadre du DO, de :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Un soutien aux infirmières lors de la transition des soins au patient en fin de vie à ceux au donneur potentiel afin de mieux comprendre ses attitudes.</li> </ul>

	<p>-Un soutien adéquat aux proches de donneurs potentiels.</p> <p>Selon, les auteurs de cette étude et les recherches antérieures, une amélioration de ces différents aspects permettrait une augmentation du taux de DO.</p>
<p><b>Etude 2</b></p> <p><b>Cursus des auteurs</b></p> <p><b>Devis</b></p>	<p>Floden, A. &amp; Forsberg, A. (2009). A phenomenographic study of ICU - nurses' perceptions of and attitudes to organ donation and care of potential donors. <i>Intensive and Critical Care Nursing</i>, 25, 306-313.</p> <p>RN, MScN, PhD Student, Transplant Coordinator – RN, PhD, Associate Professor</p> <p>Étude phénoménographique</p>
<p><b>Besoins des infirmières d'USI</b></p>	<p>Selon ces deux auteurs, les infirmières présentent différents besoins :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Besoin d'avoir conscience de ses propres attitudes dans les situations de DO et de leur influence dans la relation avec les proches : « Je ne peux soulager la souffrance », « Mon devoir et de prendre soin de la vie et non de la mort », « La chose la plus importante est de rester neutre », « L'ensemble du processus est désagréable » (4 attitudes).</li> <li>-Besoin de se positionner en faveur de la volonté du patient ; pour ceci, aborder la question du DO.</li> <li>-Besoin de connaître ses responsabilités et de les assumer afin d'éviter un conflit éthique.</li> <li>-Besoin d'une équipe d'USI structurée pour mener à bien les procédures de DO.</li> </ul>
<p><b>Interventions proposées par les auteurs</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Développer une attitude proactive qui favorise une bonne posture professionnelle dans le processus du DO.</li> <li>-Adopter une attitude de respect, d'honnêteté et de dignité dans la relation avec le donneur potentiel et ses proches.</li> <li>-Mettre en place un programme d'intervention pédagogique afin d'augmenter les compétences et les connaissances des infirmières d'USI.</li> </ul>
<p><b>Etude 3</b></p> <p><b>Cursus des auteurs</b></p> <p><b>Devis</b></p>	<p>Meyer, K. &amp; Bjork, I. T. (2008). Change of focus : from intensive care towards organ donation. <i>European Society for Organ Transplantation</i>, 21, 133-139.</p> <p>MSc, RN, ICN, Transplant Coordinator – PhD, RN, Professor</p> <p>Étude qualitative (sans précision)</p>
<p><b>Besoins des infirmières d'USI</b></p>	<p>Différents besoins infirmiers émanent de cette recherche :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Besoin de collaboration au sein de l'équipe des SI : compréhension de la situation, stratégie d'équipe pour aborder et informer les proches.</li> <li>-Besoin d'un environnement de travail basé sur le soutien et le respect mutuel afin de faciliter les discussions sur les intentions post mortem.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Besoin de définir les responsabilités de chaque professionnel dans le processus de DO.</li> <li>-Besoin d'un soutien dans la détection des donneurs potentiels et dans l'organisation du processus de DO.</li> <li>-Besoin de connaissances et de compétences afin de créer une relation de confiance avec les proches.</li> <li>-Besoin d'échanger sur leur vécu et sur le déroulement des situations de DO.</li> </ul>
<b>Interventions proposées par les auteurs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Instaurer un programme proactif de détection des donneurs potentiels dans les USI.</li> <li>-Introduire des directives officielles dans les hôpitaux donateurs concernant le type d'informations à donner aux proches et le moment idéal pour les transmettre.</li> <li>-Définir des protocoles et mettre en place des systèmes de contrôle de qualité.</li> <li>-Favoriser une éducation systématique et répétée au travers de cours en milieu hospitalier afin d'améliorer et maintenir les connaissances et les compétences des professionnels. Ces cours porteront en outre sur le DO, la transplantation et la communication avec les proches.</li> <li>-Instaurer des moments de débriefing pour permettre le partage des connaissances entre professionnels.</li> </ul>
<b>Etude 4</b>	Floden, A., Persson, L.-O., Rizell, M., Sanner, M. & Forsberg, A. (2011b). Attitudes to organ donation among Swedish ICU nurses. <i>Journal of Clinical Nursing</i> , 20, 3183-3195.
<b>Cursus des auteurs</b>	RN, MScN, PhD Student, Transplant Coordinator – PhD, Associate Professor – MD, PhD – DMSc, PhD, Associate Professor – RN, PhD, Associate Professor
<b>Devis</b>	Étude quantitative (sans précision)
<b>Besoins des infirmières d'USI</b>	<p>Divers besoins infirmiers ressortent de cette étude :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Besoin de confiance dans le diagnostic clinique de mort cérébrale lorsque l'angiographie cérébrale de confirmation n'est pas effectuée.</li> <li>-Besoin de connaissances sur les différentes formes de mort.</li> <li>-Besoin de prendre conscience de leurs attitudes (neutre, proactive) envers le DO et de confiance dans la capacité des médecins à poser le diagnostic.</li> <li>-Besoin d'exprimer leur ressenti face à la lourde charge émotionnelle induite par la prise en soins d'un donneur potentiel et par l'accompagnement simultané des proches.</li> <li>-Besoin de respecter le droit d'autodétermination du patient.</li> <li>-Besoin de connaissances sur la législation actuelle.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Besoin de clarté organisationnelle et de politique commune dans les différentes USI.</li> <li>-Besoin de meilleures compétences communicationnelles pour annoncer le décès du patient à ses proches.</li> </ul>
<b>Interventions proposées par les auteurs</b>	<p>Les auteurs ressortent diverses pistes d'amélioration :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Éducation au diagnostic de mort cérébrale et aux soins des donneurs potentiels pour tous les étudiants en formation en soins infirmiers intensifs.</li> <li>-Formation axée sur la rencontre des personnes en situation de crise et douloureuse et sur l'annonce des mauvaises nouvelles aux proches afin d'apporter un certain soulagement aux infirmières impliquées dans le processus.</li> <li>-Réflexion, soutien professionnel et supervision pour aider les infirmières à mieux gérer la tâche difficile qu'est la prise en soin d'un donneur potentiel.</li> <li>-Enseignement sur la législation en vigueur concernant le DO et la manière de l'appliquer dans la pratique.</li> <li>-Utilisation du modèle de Luft et Ingham (1955) nommé « fenêtre de Johari » ou « modèle de la connaissance de soi » pour prendre conscience de ses modes de communication connus ou inconnus dans le but de développer une meilleure compréhension entre les membres de l'équipe d'USI.</li> </ul>
<b>Etude 5</b> <b>Cursus des auteurs</b> <b>Devis</b>	<p>Roels, L., Spaight, C., Smits, J. &amp; Cohen, B. (2010). Critical Care staff's attitudes, confidence levels and educational needs correlate with countries' donation rates: data from the Donor Action database. <i>European Society for Organ Transplantation</i>, 23, 842-850.</p> <p>Docteurs</p> <p>Étude de cohorte</p>
<b>Besoins des infirmières d'USI</b>	<p>Les conclusions de cette étude au sujet des besoins des infirmières sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Besoin de comprendre et d'accepter le concept de mort cérébrale comme diagnostic valable de la mort.</li> <li>-Besoin d'identifier les obstacles socioculturels et religieux qui influencent les performances de DO.</li> <li>-Besoin de prendre conscience de leurs attitudes envers le DO, de leur niveau de confiance envers le concept de mort cérébrale et envers les tâches liées au DO.</li> <li>-Besoin d'un niveau éducatif adéquat.</li> </ul>
<b>Interventions proposées par les auteurs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Instaurer des feedbacks réguliers des cas de succès et de problèmes de transplantation afin d'atténuer les fausses idées.</li> <li>-Renforcer la confiance dans la relation avec les proches par la formation et le partage de l'expérience entre les professionnels des USI.</li> <li>-Introduire des ateliers interactifs animés par des formateurs qualifiés et des psychologues pour répondre aux besoins éducatifs des professionnels.</li> </ul>

<b>Etude 6</b>  <b>Cursus des auteurs</b>  <b>Devis</b>	Meyer, K., Bjork, I. T. & Eide Hilde. (2012). Intensive care nurses' perceptions of their professional competence in the organ donor process: a national survey. <i>Journal of Advanced Nursing</i> , 68(1), 104-115.  MSc, RN, ICN, Transplant Coordinator – PhD, RN, Professor - MA Psych, PhD, RN, Associate Professor  Enquête transversale
<b>Besoins des infirmières d'USI</b>	<p>Au travers de leur étude, les auteurs mettent en avant de façon directe ou indirecte plusieurs besoins des infirmières des SI pour améliorer l'efficacité de leur rôle dans le processus de DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Besoin d'une formation équivalente dans tous les hôpitaux du pays (régionaux, universitaires et autres types d'hôpitaux).</li> <li>-Besoin de connaissances (théoriques, pratiques et éthiques) sur le fonctionnement du processus de DO et sur le diagnostic de mort cérébrale.</li> <li>-Besoin de prendre conscience de ses perceptions concernant ses propres compétences dans le domaine du DO.</li> <li>-Besoins éducatifs prioritaires : l'annonce de mauvaises nouvelles, la gestion du passage des soins au donneur potentiel à ceux au donneur réel, le traitement médical et l'obtention du consentement au DO.</li> <li>-Besoin de connaissances pour augmenter la confiance dans le processus de DO.</li> <li>-Besoin de définir correctement et logiquement le rôle de chaque professionnel (infirmière expérimentée, moins expérimentée) impliqué dans le processus de DO.</li> <li>-Besoin d'expérimenter les soins au donneur potentiel et l'approche de la famille.</li> <li>-Besoin de soutien et de compréhension au sein de l'équipe et entre collègues.</li> <li>-Besoin de s'exprimer sur son vécu des soins au donneur potentiel et de la relation avec les proches.</li> <li>-Besoin de connaissances pour répondre aux besoins d'information des proches au cours du processus de décision.</li> </ul>
<b>Interventions proposées par les auteurs</b>	<p>Les pistes d'action proposées par les auteurs sont les suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Améliorer les compétences professionnelles par une éducation de base procurée en milieu hospitalier, par des discussions au sein du service favorisant la réflexion et par la lecture de la littérature scientifique au sujet du DO.</li> <li>-Maintenir les connaissances et les compétences ainsi que les développer de manière continue grâce à des séminaires (cours sur le DO).</li> <li>-Renforcer la collaboration entre médecins et infirmières (également entre les différents hôpitaux) afin de palier au manque de connaissances.</li> <li>-Permettre la transmission du savoir des collègues expérimentés au reste de l'équipe grâce à des moments d'échange.</li> </ul>

	<p>-Faire participer les infirmières moins expérimentées au processus de DO mais pas en tant que professionnel prioritaire.</p> <p>-Se soutenir entre collègues et permettre une communication respectueuse des opinions d'autrui au sein de l'équipe.</p> <p>-Favoriser la compréhension mutuelle au sein de l'équipe grâce à des moments de partage.</p> <p>-Instruire les infirmières sur le diagnostic de mort cérébrale, les principes de préservation des organes, la législation, les procédures et le fonctionnement du DO pour leur permettre de répondre au besoin d'informations des proches ; les moyens proposés pour fournir cette instruction sont les séminaires, un enseignement hospitalier de base, des cours online ou encore des groupes de réflexion.</p> <p>-Renouveler tous les 6 mois l'éducation au DO.</p>
<p><b>Etude 7</b></p> <p><b>Cursus des auteurs</b></p> <p><b>Devis</b></p>	<p>Oroy, A., Stromskag, K. E. &amp; Gjengedal, E. (2013). Approaching families on the subject of organ donation: A phenomenological study of the experience of healthcare professionals. <i>Intensive and Critical Care Nursing</i>, 29, 202-211.</p> <p>MD, PhD, Professor, RN, PhD, Associate Professor</p> <p>Étude herméneutique phénoménologique</p>
<p><b>Besoins des infirmières d'USI</b></p>	<p>Cet article met en avant certains besoins infirmiers :</p> <p>-Besoin de reconnaître et cibler le moment propice pour aborder les proches au sujet d'une demande de DO.</p> <p>-Besoin de développer des compétences telles que l'écoute, l'empathie, la vigilance et la concentration, des capacités communicationnelles afin de créer un dialogue avec les proches permettant de percevoir le moment propice pour faire une demande.</p> <p>-Besoin de remise en question et de temps de réflexion lors d'un rejet d'une demande de DO.</p>
<p><b>Interventions proposées par les auteurs</b></p>	<p>Mettre en place des stratégies pour aborder les proches au sujet d'une demande de DO telle que l'approche en deux temps (annonce du décès puis plus tard demande de don). Ceci permet une augmentation du consentement des proches.</p>
<p><b>Etude 8</b></p> <p><b>Cursus des auteurs</b></p> <p><b>Devis</b></p>	<p>Smudla, A., Mihaly, S., Okros, I., Hegedus, K. &amp; Fazakas, J. (2012b). The attitude and knowledge of intensive care physicians and nurses regarding organ donation in Hungary – It needs to be changed. <i>Ann Transplant</i>, 17(3), 93-102.</p> <p>Docteurs (MD, PhD)</p> <p>Étude transversale</p>
<p><b>Besoins des infirmières d'USI</b></p>	<p>Les principaux besoins des infirmières de SI mis en avant par cet article scientifique sont :</p> <p>-Besoin d'une harmonisation du niveau de formation dans les différents types d'hôpitaux.</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Besoin de vivre un processus de DO afin de gagner en expérience.</li> <li>-Besoin d'être impliquée dans le processus de DO afin d'augmenter ses connaissances. En effet, l'activité de don est plus haute chez les personnes mieux formées. Notre hypothèse est que les autres professionnels, avec moins d'expérience et de savoir à ce sujet, sont mis à l'écart et moins impliqués.</li> <li>-Besoin pour certaines infirmières d'améliorer leurs connaissances au sujet de la législation.</li> <li>-Besoin d'éducation et de formation interdisciplinaire avec les médecins.</li> <li>-Besoin d'être mieux former sur la gestion du DO et d'être motivée à participer à une formation.</li> <li>-Besoin de meilleures compétences communicationnelles et de connaître l'impact de sa communication sur l'état psychologique des proches à long terme.</li> </ul>
<b>Interventions proposées par les auteurs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Introduire des cours obligatoires et de perfectionnement sur la mort cérébrale, la gestion du don et la communication avec les proches.</li> <li>-Augmenter la coopération entre médecins et infirmières afin d'améliorer l'éducation des infirmières et la formation interdisciplinaire avec les médecins.</li> <li>-Améliorer l'efficacité de l'équipe de SI grâce à l'instauration de protocoles pré établis sur la gestion du DO.</li> <li>-Améliorer les attitudes des professionnels, la communication avec les proches, la gestion du don et l'identification des donneurs potentiels par la formation.</li> <li>-Prévenir les processus psychologiques négatifs des soignants et des proches à l'aide de « The Pyramid Intervention ».</li> <li>-Développer les compétences individuelles à l'aide du « The VIDEO model ».</li> <li>-Utiliser le HELLP concept afin de favoriser une communication adéquate pour soutenir les proches.</li> <li>-Développer un réseau de soutien social pour aider les proches à surmonter le deuil.</li> </ul>
<b>Etude 9</b>	Collins, T. J. (2005). Organ and tissue donation: a survey of nurse's knowledge and educational needs in an adult ITU. <i>Intensive and Critical Care Nursing</i> , 21, 226-233.
<b>Cursus des auteurs</b>	Docteur
<b>Devis</b>	Enquête
<b>Besoins des infirmières d'USI</b>	Différents besoins ressortent de l'article :



	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Besoin de connaissances afin de pouvoir davantage expérimenter les soins au donneur potentiel.</li> <li>-Besoin de prendre conscience de son attitude envers le DO afin de développer une attitude positive pour obtenir le consentement des proches.</li> <li>-Besoin de s'interroger sur les aspects négatifs et positifs du DO.</li> <li>-Besoin de connaissances et d'expérience dans le but d'être mieux préparée à assumer son rôle dans les soins au donneur.</li> <li>-Besoin de connaissances concernant la notion de mort cérébrale et ses critères ainsi qu'en communication.</li> <li>-Besoin d'apprentissage pour approcher de manière appropriée les familles lors d'une demande de don.</li> </ul>
<b>Interventions proposées par les auteurs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Améliorer l'éducation des infirmières concernant le DO et de tissus dans la formation au travers de journées d'éducation.</li> <li>-Enseigner des méthodes de communication pour aborder les familles afin de préparer efficacement les infirmières aux soins du donneur potentiel.</li> <li>-Explication de notions théoriques sur la mort cérébrale par les infirmières expérimentées aux autres infirmières.</li> <li>-Organiser des journées d'étude sur le contexte du DO et de tissus.</li> </ul>
<b>Etude 10</b> <b>Cursus des auteurs</b> <b>Devis</b>	<p>White, G. (2003). Intensive care nurses' perceptions of brain death. <i>Australian Critical Care</i>, 16(1), 7-14.</p> <p>BAppSci (RMIT), DipEd Med, Stud, PhD</p> <p>Étude naturaliste descriptif</p>
<b>Besoins des infirmières d'USI</b>	<p>Quelques besoins ont été identifiés dans cette étude :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Besoin de connaissances sur les aspects cliniques de la mort cérébrale afin de lever l'ambiguïté existant entre l'apparence physique du donneur et son diagnostic de mort.</li> <li>-Besoin de prendre conscience de ses perceptions concernant l'état de mort cérébrale et de leurs fondements.</li> </ul>
<b>Interventions proposées par les auteurs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Discuter des différentes sources d'ambiguïté concernant la notion de mort cérébrale : distinguer le corps de la personne (organes vivants grâce à des moyens artificiels, mais patient décédé), comprendre la définition de la mort cérébrale en tant que synonyme de mort du patient dans sa totalité.</li> <li>-Instruire les professionnels sur les aspects cliniques de la mort cérébrale.</li> <li>-Créer des environnements favorables pour les infirmières vivant des perceptions contradictoires afin de leur fournir la possibilité de les expliquer.</li> </ul>

#### Liens entre les études scientifiques analysées

À l'exception de l'étude 2, toutes rapportent un manque de connaissances sur le concept de mort cérébrale et le processus de DO lié principalement à une formation insuffisante.

Le besoin de définir les responsabilités infirmières dans le processus de DO est repris dans les études 1, 2, 3 et 6.

Les études 1, 2 et 4 portent leur intérêt sur l'organisation dans le processus de don.

L'importance d'investiguer ses attitudes, ses perceptions et leurs influences sur le DO est soulignée dans les études 2, 4, 5, 6, 9 et 10.

Le besoin de collaboration, d'échange et de soutien au sein de l'équipe interdisciplinaire des SI est traité dans les études 3, 4, 5, 7, 8,

Un besoin de communication est rapporté dans les études 3, 4, 5, 6, 8 et 9.

Les études 5, 8 et 9 relatent le besoin des infirmières d'exercer et de pratiquer les tâches liées au processus de DO.

## Annexe D : Diagnostic de la mort dans le contexte de la transplantation d'organes (ASSM), p. 5-7 et p. 21-25

### II. Directives

#### 1. Critères de la mort<sup>4</sup>

---

Un être humain est mort lorsque l'ensemble des fonctions du cerveau, y compris du tronc cérébral, a subi un arrêt irréversible.<sup>5</sup> Par la défaillance irréversible des fonctions cérébrales, un être humain perd de manière définitive l'organe central de son organisme. S'en suit la mort inéluctable de tous les organes, tissus et cellules.

La mort peut être due aux causes suivantes:

- une défaillance irréversible du cerveau, y compris du tronc cérébral, due à une lésion ou maladie primaire affectant le cerveau;
- un arrêt circulatoire persistant, qui diminue ou interrompt la circulation sanguine cérébrale suffisamment longtemps pour provoquer une défaillance irréversible du cerveau et du tronc cérébral et donc la mort (mort après arrêt circulatoire).

#### 2. Diagnostic de la mort

---

##### 2.1. Mort due à une lésion primaire affectant le cerveau

Le diagnostic de la mort est établi après un examen clinique qui doit prouver les sept signes cliniques suivants de façon cumulative:

1. coma;
2. pupilles en mydriase bilatérale, sans réaction à la lumière;
3. absence des réflexes oculo-céphaliques (cervico-oculaires et vestibulo-oculaires);
4. absence des réflexes cornéens;
5. absence de réaction cérébrale à des stimuli douloureux;
6. absence des réflexes de toux et oropharyngés;
7. absence d'activité respiratoire spontanée (test d'apnée).

4 Ce critère de la mort concerne uniquement les situations susceptibles d'aboutir à un don d'organes. Dans tous les autres cas, la mort est constatée par un médecin selon les règles générales de l'art médical. Dans ce cas, l'arrêt cardio-pulmonaire irréversible qui conduit à la mort constitue le critère principal de la mort.

5 Art. 9 LTx et art. 7 Ordonnance LTx (ci-après OTx).

L'examen clinique est réalisé par deux médecins (principe des quatre yeux); l'un de ces médecins ne doit pas être directement impliqué dans la prise en charge du patient.

Les deux médecins qui établissent le diagnostic de la mort doivent justifier d'une qualification correspondante (voir chapitre 2.4.).

Si l'origine de la défaillance du cerveau est évidente et si les circonstances et modalités selon l'annexe<sup>6</sup> sont respectées, le diagnostic se limite aux signes cliniques.<sup>7</sup>

Lorsque la défaillance du cerveau n'est pas suffisamment expliquée par des lésions structurelles démontrées par l'imagerie, on ne peut exclure l'éventualité de facteurs potentiels réversibles ou lorsqu'un examen clinique des fonctions des nerfs cérébraux est impossible, l'absence d'irrigation du cerveau doit être démontrée à l'aide d'un examen complémentaire approprié.

Les procédures énumérées ci-après peuvent alors être engagées:

- ultrasonographie Doppler transcrânienne à codage couleur;
- angiographie par tomographie axiale computerisée (CTA);
- soustraction angiographique intraartérielle (IA-DSA);
- tomographie et angiographie par résonance magnétique.

Les conditions relatives aux différents procédés techniques sont consignées en annexe<sup>8</sup>.

## **2.2. Décès après arrêt circulatoire persistant**

En cas d'arrêt circulatoire persistant, la mort est également définie par la défaillance irréversible des fonctions du cerveau et du tronc cérébral, conformément à la Loi sur la transplantation. Dans ce cas, la mort est causée par l'interruption persistante de l'irrigation du cerveau, faisant suite à un arrêt circulatoire. Après la constatation de l'arrêt circulatoire (absence d'activité cardiaque) par échographie trans-thoracique (ETT) par la vue des 4 cavités du cœur ou en position sousxiphœdienne, avec

6 III. Annexe, chapitre A. Signes cliniques de la mort.

7 La fiabilité des signes cliniques est reconnue généralement (cf. la bibliographie en annexe). Il n'existe aucun indice démontrant que la répétition des examens après un temps d'observation donne de meilleurs résultats, dans la mesure où le premier examen a été réalisé dans les règles de l'art.

8 III. Annexe, chapitre B. Examens techniques complémentaires.

un temps d'observation d'au moins 10 minutes sans effectuer de mesures de réanimation, les signes cliniques suivants sont vérifiés; ceux-ci doivent tous être présents:

1. coma;
2. pupilles sans réaction à la lumière;
3. absence des réflexes oculo-céphaliques (cervico-oculaires et vestibulo-oculaires);
4. absence des réflexes cornéens;
5. absence de réactions cérébrales à des stimuli douloureux;
6. absence des réflexes de toux et oropharyngés;
7. absence d'activité respiratoire spontanée.

L'examen clinique est réalisé par deux médecins ayant les qualifications requises (principe des quatre yeux); l'un de ces médecins ne doit pas être directement impliqué dans la prise en charge du patient. Des examens complémentaires ne sont pas nécessaires, car l'arrêt circulatoire documenté au moyen d'une ETT pendant dix minutes exclut une irrigation suffisante du cerveau.<sup>9</sup>

#### A. Signes cliniques de la mort

---

L'examen clinique visant à constater les signes de défaillance des fonctions cérébrales revêt une importance capitale pour établir le diagnostic de la mort. Les circonstances et modalités de cet examen sont décrites comme suit:

1. *Coma d'origine connue*: Un coma est d'origine connue lorsque des lésions cérébrales structurelles prouvées par l'imagerie en fournissent une explication claire.  
A condition que la température du corps soit supérieure à 35°C, que le patient ne soit pas en état de choc et que son état ne soit pas dû à des troubles métaboliques ou des influences médicamenteuses ou toxiques. Dans toutes les autres situations, un examen technique complémentaire est nécessaire.
2. *Pupilles en mydriase bilatérale, sans réaction à la lumière*: Une dilatation incomplète des pupilles ou une anisocorie n'exclut pas le diagnostic de mort, pour autant que les pupilles ne réagissent pas à des stimuli lumineux.
3. *Absence des réflexes oculo-céphaliques (cervico-oculaires et vestibulo-oculaires)*: Les réflexes oculo-céphaliques sont supprimés lorsqu'aucun mouvement oculaire ne peut être induit par une rapide rotation passive, une extension ou une flexion de la tête. Ces manipulations ne doivent être pratiquées que si l'on a pu, au préalable, exclure un traumatisme de la colonne cervicale. Le réflexe vestibulo-oculaire sera recherché (eau glacée).
4. *Absence de réflexes cornéens*: Les réflexes cornéens seront recherchés par un attouchement de la cornée avec un coton-tige.
5. *Absence de toute réaction à des stimuli très douloureux*: Cette réaction doit être recherchée par une pression exercée avec force sur l'émergence d'un nerf trijumeau sur le rebord orbitaire. En effet, il arrive qu'une réaction de retrait des membres supérieurs ou inférieurs persiste lors de la stimulation douloureuse exercée à l'extérieur de la région du nerf trijumeau. Des réflexes complexes d'origine spinale à des stimuli peuvent subsister chez une personne décédée. Des mouvements spontanés et réflexifs à des sti-

muli n'excluent donc pas la mort cérébrale (comme par ex.: des réflexes abdominaux; des réflexes crémastériens; des soubresauts isolés des extrémités supérieures; des mouvements unilatéraux d'extension et de pronation). En cas de doutes, un examen technique supplémentaire doit être réalisé (de préférence une ultrasonographie Doppler transcrânienne à codage couleur non-invasive).<sup>25</sup>

6. *Absence du réflexe de toux et du réflexe oropharyngé*: Le médecin consultant recherche le réflexe de toux et le réflexe oropharyngé par stimulation de la paroi postérieure du pharynx et de la muqueuse trachéobronchique.
7. *Absence d'activité respiratoire spontanée*: L'absence d'activité respiratoire spontanée doit être démontrée par un test d'apnée.

La réalisation d'un test d'apnée présuppose une fonction neuromusculaire normale. Dans le cas où l'on a administré des agents myorelaxants au patient, l'intégrité de la fonction neuromusculaire doit être démontrée par un monitoring neuromusculaire.

Le test d'apnée s'effectue selon les étapes suivantes:

- analyser les gaz du sang artériel pour mesurer les valeurs initiales de la PaCO<sub>2</sub>, le pH artériel et pour établir la corrélation entre la PaCO<sub>2</sub> et le CO<sub>2</sub> téléexpiratoire;
- ventiler pendant dix minutes avec une fraction inspirée de 100% d'oxygène;
- surveiller continuellement le patient au moyen de la mesure de saturation transcutanée de l'O<sub>2</sub>;
- hypoventilation sous contrôle du CO<sub>2</sub> téléexpiratoire ou du pCO<sub>2</sub> transcutané avec 0.5–2 L/min jusqu'à ce qu'une PaCO<sub>2</sub> de 60–70 mm Hg (8–9.35 kPa) peut être attendue;
- contrôle de la gazométrie artérielle pour documenter une PaCO<sub>2</sub> en-dessus de 60 mm Hg (8 kPa) et d'un pH<sub>a</sub> en-dessous de 7,30;

- déconnecter le patient du respirateur. L'oxygénation est assurée par un débit continu d'oxygène de deux à quatre litres par minute administré au moyen d'une sonde dans le tube endotrachéal (chez les enfants: au maximum deux litres en présence d'un tube à petit calibre); pour éviter un barotrauma, la sonde ne doit pas être placée trop profondément;
- constater l'absence de mouvements respiratoires;
- reconnecter le patient au respirateur en maintenant les paramètres ventilatoires initiaux.

Si la saturation transcutanée de l'oxygène tombe en dessous de 80%, le test d'apnée doit être arrêté.

Chez les patients présentant des perturbations significatives de l'oxygénation ou une insuffisance du cœur gauche marquée, on peut procéder comme décrit ci-dessus, mais sans déconnexion, pour éviter des perturbations circulatoires dangereuses:

- mettre le ventilateur en mode spontané (CPAP sans assistance ventilatoire, sans sécurité d'apnée etc.) afin de pouvoir détecter des mouvements respiratoires spontanés. Il est à considérer qu'un trigger de flux réglé à un niveau trop sensible peut avoir comme conséquence que l'activité cardiaque peut déclencher des insufflations du ventilateur;
- constater l'absence de mouvements respiratoires spontanés;
- réinstallation de la ventilation mécanique avec les paramètres antérieurs.

Chez les enfants de moins de un an, les valeurs indicatives suivantes sont définies pour le test d'apnée: PaCO<sub>2</sub> 90 mm/Hg (12 kPa<sup>26</sup>) et un pH en-dessous de 7,25, en installant un CPAP sans ventilation ou une hypoventilation contrôlée, la saturation en oxygénation ne devant pas descendre en-dessous de 80%.

Si le test d'apnée ne peut pas être conduit d'une façon conclusive, par ex. lors d'une hypercapnie chronique sévère, un examen technique supplémentaire doit être effectué, en analogie avec un examen non-conclusif des nerfs crâniens.

## B. Examens techniques complémentaires<sup>27</sup>

Des examens techniques complémentaires dans le cadre du diagnostic de la mort sont introduits lorsque l'étiologie de la défaillance n'est pas claire. Le but des examens techniques complémentaires est de prouver l'arrêt de la circulation cérébrale. La valeur de preuve des examens techniques complémentaires dépend de la pression artérielle moyenne pendant les examens. Elle est donnée lorsque la pression artérielle moyenne au moment de l'examen est de plus de 60 mmHg chez les adultes et les enfants et d'au moins 45 mmHg chez les nourrissons. La pression artérielle moyenne au moment de l'examen doit figurer obligatoirement dans les résultats des examens.

Les examens techniques complémentaires suivants sont adaptés pour établir l'arrêt de la circulation cérébrale:

1. Ultrasonographie Doppler transcrânienne à codage couleur
2. Tomographie axiale computerisée
3. Tomographie à résonance magnétique
4. Soustraction angiographique digitale

### 1. Ultrasonographie Doppler transcrânienne à codage couleur

L'examen comprend: l'ultrasonographie extracrânienne Doppler de l'artère carotide interne, présentée au moyen d'une échographie B et d'un Doppler couleur; l'examen transcrânien transtemporal bilatéral à codage couleur de l'artère cérébrale moyenne (échographie – profondeur de 5565 mm), au moyen d'une dérivation des signaux Doppler. Un arrêt circulatoire cérébral est caractérisé par un flux pendulaire des deux côtés ou des spectres de basse fréquence (max. 50 cm/s, courte durée < 200 ms).

### 2. Tomographie axiale computerisée (TC)

La tomographie axiale computerisée avant et après injection d'un produit de contraste permettant de montrer et de quantifier la perfusion cérébrale (perfusion TC) ainsi que de montrer les vaisseaux du cou et intracérébraux irrigant le cerveau (angiographie par tomographie axiale computerisée) peut apporter la preuve d'un arrêt circulatoire cérébral.

### 3. Tomographie à résonance magnétique (RM)

L'angiographie RM et la perfusion RM après l'injection intraveineuse de Gadolinium comme moyen de contraste peuvent prouver un arrêt circulatoire cérébral. Toutefois, leur application est fortement limitée par la disponibilité restreinte, la possible incompatibilité des ustensiles utilisés chez le patient (tube, sondes, câble etc.) ainsi que par la contre-indication des examens en cas de présence de corps étrangers métalliques chez le patient.

### 4. Soustraction angiographique digitale (DSA)

Pour apporter la preuve d'un arrêt circulatoire cérébral, les deux artères carotides communes et au moins l'artère vertébrale dominante doivent être cathétérisées de façon sélective. Lors de l'injection dans chaque artère carotide commune, un remplissage de l'artère carotide externe et ses branches doit être réalisé, ainsi que, potentiellement, de la partie cervicale et intracrânienne/extradurale de l'artère carotide interne. Si le remplissage de l'une des artères vertébrales fait suspecter une hypoplasie de cette artère, une visualisation de l'artère vertébrale opposée s'impose en plus. On considère qu'il y a un arrêt circulatoire cérébral, et par conséquent mort, lorsque les artères et les veines cérébrales (c'est-à-dire intracrâniennes/intradurales) ne peuvent être visualisées après injection du produit de contraste ni dans le compartiment supratentorial, ni dans le compartiment infratentorial.