

2m11.3177.9

Université de Montréal

L'intégrité des infirmières de salle d'opération face à l'intervention chirurgicale de  
prélèvement multi-organes selon le modèle de Roy

Par  
Martine Bouchard

Faculté des sciences infirmières

Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures en vue de l'obtention du grade de  
Maîtrise en sciences infirmières

Avril 2004

© Martine Bouchard, 2004



W4

5

U58

2004

v. 007

---

**Direction des bibliothèques**

**AVIS**

L'auteur a autorisé l'Université de Montréal à reproduire et diffuser, en totalité ou en partie, par quelque moyen que ce soit et sur quelque support que ce soit, et exclusivement à des fins non lucratives d'enseignement et de recherche, des copies de ce mémoire ou de cette thèse.

L'auteur et les coauteurs le cas échéant conservent la propriété du droit d'auteur et des droits moraux qui protègent ce document. Ni la thèse ou le mémoire, ni des extraits substantiels de ce document, ne doivent être imprimés ou autrement reproduits sans l'autorisation de l'auteur.

Afin de se conformer à la Loi canadienne sur la protection des renseignements personnels, quelques formulaires secondaires, coordonnées ou signatures intégrées au texte ont pu être enlevés de ce document. Bien que cela ait pu affecter la pagination, il n'y a aucun contenu manquant.

**NOTICE**

The author of this thesis or dissertation has granted a nonexclusive license allowing Université de Montréal to reproduce and publish the document, in part or in whole, and in any format, solely for noncommercial educational and research purposes.

The author and co-authors if applicable retain copyright ownership and moral rights in this document. Neither the whole thesis or dissertation, nor substantial extracts from it, may be printed or otherwise reproduced without the author's permission.

In compliance with the Canadian Privacy Act some supporting forms, contact information or signatures may have been removed from the document. While this may affect the document page count, it does not represent any loss of content from the document.

Université de Montréal  
Faculté des études supérieures

Ce mémoire intitulé :

L'intégrité des infirmières de salle d'opération face à l'intervention chirurgicale de  
prélèvement multi-organes selon le modèle de Roy

présenté par :

Martine Bouchard

a été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Jocelyne St-Arnaud  
présidente-rapporteur

Cécile Michaud  
directrice de recherche

Diane Simard  
membre du jury

## Le résumé

***L'intégrité des infirmières de salle d'opération face à l'intervention chirurgicale de prélèvement multi-organes selon le modèle de Roy***

*Mots clés : prélèvement multi-organes, salle d'opération, étude de cas, infirmières, croyances, valeurs*

Les infirmières sont souvent interpellées pour promouvoir le don d'organes. Québec Transplant (1999) a même développé plusieurs outils qui s'adressent particulièrement à elles, dont un aide-mémoire qui s'intitule *Infirmières en action. Ensemble pour le don*. Cependant, selon l'expérience de l'étudiante-chercheuse, plusieurs infirmières de salle d'opération ont plutôt tendance à encourager leurs collègues à ne pas signer leur carte de don d'organes. En effet, elles se disent inconfortables, dégoûtées, parfois même horrifiées par ce qu'elles voient à la salle d'opération lors d'une intervention chirurgicale de prélèvement multi-organes. Notre recherche est appuyée par divers auteurs qui soutiennent que les soins chirurgicaux pour don d'organes sont exigeants pour les infirmières de salle d'opération puisqu'elles ressentent des conflits affectifs et philosophiques (Crandall, 1987 ; Kawamoto, 1992 ; Lily & Langley, 1999). Notre étude a évalué en profondeur la situation vécue par une équipe d'infirmières québécoises de salle d'opération lors de l'intervention pour prélèvement d'organes multiples. Le devis de l'étude utilisé a été l'étude de cas, car ce type d'approche met l'accent sur l'analyse contextuelle détaillée d'un nombre limité de personnes, d'événements et la relation entre eux (Stake 1999). Nos questions ont été structurées en fonction du modèle de Roy qui fournit une organisation claire et explicite pour l'exploration de l'intégrité des infirmières québécoises de salle d'opération lors de l'intervention chirurgicale pour prélèvement de plusieurs organes. Nous nous sommes intéressé particulièrement aux stimuli, réponses et niveaux d'adaptation dans les trois modes ainsi qu'aux mécanismes d'adaptation, principalement le sous-système cognitif. Les infirmières ont décrit le stimulus focal comme un don de vie et un dépouillement. Elles décrivent la chirurgie pour prélèvement multi-organes comme étant une chirurgie exigeante et stimulante. Les stimuli contextuels gravitent autour de la déclaration de la mort cérébrale, de l'organisation du bloc opératoire et de l'atmosphère en phase pré, per et postopératoire. Les stimuli résiduels se résument par l'expression des valeurs entourant le don d'organes, les croyances associées à la mort cérébrale et à l'âme du donneur. Dans notre étude, les trois mécanismes d'adaptation utilisés par les infirmières interviewées se résument par la quête d'information, l'identification face à la personne donneuse d'organes ainsi que l'empathie. Les résultats de cette étude ne se veulent pas exhaustifs mais bien préliminaires et démontrent les besoins de soutien et d'éducation que les infirmières de salle d'opération doivent avoir afin de faire face à l'intervention chirurgicale pour prélèvement multi-organes.

### Summary

#### ***The integrity of operating room nurses in relation to the surgical intervention for multiple organ procurement based on the Roy model.***

Key words : organ procurement, operating rooms, case study, nurses, beliefs, values

Nurses are often solicited to promote organ donation. Quebec Transplant (1999) has developed numerous tools and guidelines for nurses, such as a memory reminder entitled *Nurses in action, Together for donation*. However, according to the student researcher's experience, many operating room nurses have the tendency to discourage colleagues in signing up for donation. In fact, they are uncomfortable, disgusted, even horrified by the scenes in the operating room, particularly when the surgical intervention is a multi organ procurement. These feelings were confirmed through published research and personal accounts (Crandall, 1987; Kawamoto, 1992 ; Lily & Langley, 1999). These authors believe that the surgical care for organ donation is demanding and they have experienced emotional and philosophical conflicts (Crandall, 1987 ; Kawamoto, 1992 ; Lily & Langley, 1999). Research confirms these testimonies (Kiberd & Kiberd, 1992 ; Sadala & Mendes, 2000 ; Wolf, 1999 ; Youngner, Allen, Bartlett, Cascorbi, Hau, Jackson, Mahowald, Martin, 1985). Our study has evaluated in depth the situation experienced by a team of Quebec operating room nurses performing a multi organ procurement intervention. The research method used was the case study, since this method focuses on the detailed contextual analysis of a limited number of people, events and the relationship between each other (Stake 1999). Our questions were structured in relation to the Roy model which provides a clear and explicit organization for the exploration of the integrity of Quebec operating room nurses during a multi organ procurement. We were particularly interested with the stimuli, the responses and the level of adaptation in all three modes as well as the adaptation mechanisms, especially the cognitive subsystems. The nurses described the focal stimulus as the gift of life but also as a carving. They described the multi organ procurement surgery as exciting and stimulating. The contextual stimuli were resumed as the brain death declaration, the organization in the operating room and the atmosphere in the pre, per and postoperative phase. The residual stimuli were expressed by the nurses interviewed through their values in relation to organ donation and their beliefs associated with the declaration of cerebral death. In our study, the adaptation mechanisms manifested by the nurses interviewed in caring for these patients were: the quest for information, the personal identification as well as feelings of empathy in relation to the person donating organs. These results are preliminary and demonstrate the educational and supporting needs of operating room nurses in order to face with integrity the multi-organ procurement surgery in Quebec.

## TABLE DES MATIÈRES

v

LE RÉSUMÉ EN FRANÇAIS	iii
LE RÉSUMÉ EN ANGLAIS	iv
TABLE DES MATIÈRES	v
LISTE DES TABLEAUX	vi
LISTE DES FIGURES	vii
LISTE DES ABBRÉVIATIONS	viii
DÉDICACE	ix
REMERCIEMENTS	x
AVANT-PROPOS	xi
CHAPITRE 1 <u>Le problème</u>	1
But de la recherche	8
Questions	9
CHAPITRE 2 <u>La recension des écrits</u>	10
1. Prélèvement d'organes et ses implications	11
1.1 Le don d'organes	12
1.2 La mort cérébrale	12
1.3 La chirurgie pour don d'organes	14
1.4 L'utilisation des organes prélevés	15
1.5 Les réactions des infirmières à la chirurgie pour don multiple d'organes	16
1.6 Les études qualitatives	17
1.7 Les études quantitatives	24
1.8 Les témoignages	29
2. Le modèle de Roy	35
2.1 Les stimuli	36
2.1.1 Le stimulus focal	37
2.1.2 Le stimulus contextuel	37
2.1.3 Le stimulus résiduel	37
2.2 Le niveau d'adaptation	38
2.3 Les réponses	40
2.4 Les modes d'adaptation	40
2.4.1 Le concept de soi	40
2.4.2 La fonction de rôle	41
2.4.3 Le mode d'interdépendance	42
2.5 Les mécanismes d'adaptation	42
CHAPITRE 3 <u>La méthode de recherche</u>	44
1. Choix du devis	45
2. Définition des termes	46
2.1 L'intégrité	47
2.2 Les stimuli	47
2.3 Les réponses d'adaptation	48

2.4	Les niveaux d'adaptation	49
2.5	Mécanismes d'adaptation	50
3.	Cas et participants	50
4.	Déroulement de l'étude	52
4.1	Accès et permission	52
4.2	Observation et description du contexte	55
4.3	Entrevues	56
4.4	<i>Member checking</i>	57
5.	Analyse des données	58
5.1	La transcription des données	58
5.2	Unité de signification	58
5.3	La correspondance et le caractère récursif	59
6.	Critères de qualité	59
7.	Considération éthiques	62
8.	Limites	63
CHAPITRE 4 <u>Les résultats</u>		65
1.	la description de la chirurgie pour prélèvement multi-organes	66
2.	Les stimuli décrits par les infirmières	69
2.1	Le stimulus focal	69
2.1.1	Don de vie et dépouillement	70
2.1.2	Expérience stimulante et exigeante	71
2.2	Les stimuli contextuels	73
2.2.1	La déclaration de la mort cérébrale	73
2.2.2	L'organisation au bloc opératoire	73
2.2.3	L'atmosphère de la salle d'opération	75
2.3	Les stimuli résiduels	78
2.3.1	Valeurs entourant le don d'organes	79
2.3.2	Croyances associées à la mort cérébrale et à l'âme du donneur	80
3.	Les réponses et les niveaux d'adaptation décrits par les infirmières	81
3.1	Réponses d'adaptation dans le mode de concept de soi	82
3.2	Réponses d'adaptation dans le mode de fonction de rôle	84
3.3	Réponses d'adaptation dans le mode d'interdépendance	87
4.	Les mécanismes d'adaptation décrits par les infirmières	91
4.1	La quête d'information sur la personne donneuse d'organes	91
4.2	L'identification face à la personne donneuse d'organes	92
4.2	L'empathie	93
4.3.1	La contagion empathique	94

4.3.2	La préoccupation empathique	94
4.3.3	L'empathie transposée	94
5.	Intégrité des infirmières	95
CHAPITRE 5 <u>La discussion</u>		101
1.	Les stimuli décrits par les infirmières	102
2.	Les réponses et les niveaux d'adaptation décrits par les infirmières	111
3.	Les mécanismes d'adaptation décrits par les infirmières	116
4.	Recommandations	121
5.	Recherches futures	123
LISTE DES RÉFÉRENCES		126
ANNEXE :		
<u>Annexe 1</u>		
	Résumé de l'observation	132
<u>Annexe 2</u>		
	Certificat d'éthique	138
<u>Annexe3</u>		
	Grille d'observation	141
<u>Annexe 4</u>		
	Grille d'entretien	148
<u>Annexe 5</u>		
	Formulaire de consentement	150
<u>Annexe 6</u>		
	Résumé des entrevues	155
<u>Annexe 7</u>		
	Rapport préliminaire	182
<u>Annexe 8</u>		
	Rapport final	192
<u>Annexe 9</u>		
	Curriculum vitae	202

## LISTE DES TABLEAUX

<u>Tableau I</u>	
Résumé des études qualitatives portant sur les réactions des infirmières (1985 à 2000)	19
<u>Tableau II</u>	
Résumé des études quantitatives portant sur les réactions des infirmières (1991 à 1994)	25
<u>Tableau III</u>	
Résumé des témoignages portant sur les réactions des infirmières (1987 à 1999)	31
<u>Tableau IV</u>	
Stratégies utilisées pour assurer la qualité des résultats	60
<u>Tableau V</u>	
Les principaux résultats de notre recherche	97

## LISTE DES FIGURES

<u>Figure 1</u>	
Représentation adaptée du modèle de Roy	39
<u>Figure 2</u>	
Déroulement de la collecte/analyse des données	54

## LISTE DES ABBRÉVIATIONS

x

C	celcius
D.C.C.N.B.	donneur cadavérique à cœur non battant
R.C.R	réanimation cardiaque
Sp <sup>3</sup>	formulaire de décès

## Dédicace

Je tiens à rendre hommage à quelques personnes qui m'ont entourée tout au long de ce parcours.

À Denis, mon fidèle compagnon, coéquipier, partenaire de vie, qui a su me soutenir tout au long de ce cheminement parfois nébuleux, quelques fois pénible mais toujours passionnant. Enfin, Denis, j'ai écrit une brique ! À toi, cher amour, merci.

À Alexandre, Raphaël, et Laurence trois petits amours qui m'entourent tous les jours. Cette maîtrise a débuté avec un garçon de trois mois et s'est terminé avec trois adorables enfants ! Pour vous, mes amours qui m'avez vu soir après soir travailler sur mon ordinateur, merci de votre patience. J'espère que j'aurai été une source d'inspiration pour vos futurs travaux. Imaginez ce que nous pourrions faire maintenant.

## Remerciements

Je désire exprimer ma reconnaissance envers plusieurs personnes sans qui ce mémoire n'aurait sûrement pas vu le jour.

À Cécile, chère Cécile, pour ta façon de m'apporter des nuances particulières, ta patience et surtout pour ton désir et plaisir de partager ton grand savoir. Merci Cécile, je ne crois pas avoir été capable d'effectuer cette somme de travail sans tes conseils, tes critiques, ta sagesse et ton énergie positive.

À Fabienne, pour qui mon admiration envers ses connaissances de français dépassent l'entendement, pour sa rapidité d'effectuer les tâches et pour son habileté d'exprimer ses commentaires. Merci Fabienne, je vous en serai à jamais, infiniment reconnaissante.

À toutes les infirmières œuvrant dans un bloc opératoire mais plus particulièrement aux infirmières participantes à l'étude, je vous remercie pour votre générosité, votre grand sens du dévouement envers votre profession et envers vos patients mais surtout pour votre désir d'amélioration constante. Merci à l'assistante infirmière chef et à l'infirmière chef du bloc opératoire, où s'est déroulée l'étude, pour leur volonté, leur désir et pour leur permission de libérer les infirmières participantes.

Finalement, ce mémoire de maîtrise a bénéficié de quatre bourses. Merci à tous :

AORN : Association of Operating Room Nurses des États Unis

CNA : Association des infirmières et infirmiers du Canada

ORIIM : Ordre régional des infirmières et infirmiers de la Montérégie

Université de Montréal : bourse de rédaction

## Avant-propos

Au tout début de mes études de maîtrise, un professeur nous informait, que le secret dans l'atteinte de l'obtention des lettres MSc s'avérait dans le choix judicieux d'une problématique. Cette problématique devait posséder certains critères particuliers : elle devait nous tenir à cœur, soulever des questionnements et être suffisamment sérieuse pour soutenir « la route ».

Ayant œuvré plusieurs années dans un bloc opératoire, j'ai été pendant plusieurs années en tant qu'infirmière soignante, puis par la suite, en tant qu'infirmière clinicienne et gestionnaire de salle d'opération confrontée au malaise vécu par les infirmières lors d'un prélèvement multi-organes. Après discussion avec une multitude de collègues, ce malaise n'était pas seulement perçu par moi-même mais aussi par la majorité des infirmières de salle d'opération que je côtoyais.

C'est avec cette idée que j'ai décidé d'entreprendre mon mémoire de maîtrise. Puisque, d'une part, je croyais et continue de croire que les infirmières de salle d'opération sont des actrices importantes pour promouvoir le don d'organes. D'autre part, je considère que les infirmières de salle d'opération ne sont pas appréciées à leur juste valeur et qu'elles ont un grand besoin de soutien dans cette expérience « par laquelle la mort donne la vie ».

J'ai choisi l'étude de cas comme devis de recherche, puisque la plupart des études existantes relatives aux prélèvements multi-organes, n'ont jamais exploré l'expérience des infirmières en temps réel par observation et par entrevues. De plus, la plupart des études effectuées étaient quantitatives, c'est-à-dire en effectuant des

sondages. Donc, la perception des infirmières et la validation de celles-ci n'ont jamais jusqu'à ce jour été effectuées.

Finalement, lors de mes recherches, j'ai eu la chance de trouver un poème qui m'a infiniment touché et que je désire partager :

*En souvenir de moi*

*Un jour viendra où mon corps reposera sur un drap blanc soigneusement replié sous les quatre coins d'un matelas, dans un hôpital où tout le monde s'affaire à soigner les vivants et les mourants. A un certain moment, un médecin déterminera que mon cerveau a cessé de fonctionner et, qu'en fait, ma vie s'est arrêtée.*

*Lorsque ce moment viendra, n'essayez pas d'insuffler à mon corps une vie artificielle à l'aide d'une machine. Faites plutôt en sorte que mon corps puisse aider à enrichir la vie de d'autres personnes.*

*Donnez mes yeux à l'homme qui n'a jamais vu le soleil se lever, le visage d'un enfant, ou l'amour dans les yeux d'une femme.*

*Donnez mon cœur à quelqu'un dont le propre cœur n'a été la source que d'interminables jours de souffrances.*

*Donnez mes reins au malade qui, de semaine en semaine, dépend d'une machine pour survivre.*

*Prenez mes os, tous mes muscles, chaque nerf et chaque fibre de mon être et trouvez le moyen de faire marcher un enfant handicapé.*

*Brûlez ce qui reste de moi et répandez mes cendres aux quatre vents afin d'aider les fleurs à croître.*

*Si vous devez enterrer quelque chose, que ce soit mes fautes, mes faiblesses et tous les préjugés contre mes semblables.*

*Si vous faites cela, ma vie ne s'arrêtera jamais.*

Robert N. Test

Chapitre premier  
Le problème

## Introduction

Au Québec, le nombre de transplantations rendues possibles par des donneurs d'organes, victimes d'accidents de la route, a décliné régulièrement au cours des dernières années. Cette diminution s'expliquerait par le renforcement des règles de sécurité routière, l'obligation du port de la ceinture de sécurité instituée en 1976 ainsi que le raffinement des outils technologiques sécuritaires mis en place par les manufacturiers d'automobiles. La majorité des personnes donneuses d'organes sont aujourd'hui des individus décédés à cause d'accidents vasculaires cérébraux, principalement de nature hémorragique (Québec Transplant, 2004).

Parallèlement, le nombre de personnes en attente d'une transplantation augmente d'année en année. Depuis 1997, Québec Transplant (2004) observe une stabilisation du nombre de candidats en attente pour la greffe cardiaque et la greffe cœur-poumons. Cependant, une augmentation des demandes est notée pour les organes tels que les poumons, le foie, le pancréas, le rein et la combinaison rein-pancréas. Le rein est l'organe le plus en demande. Étant donné que les personnes en attente de reins sont traitées grâce à la dialyse rénale, les décès recensés parmi les candidats potentiels se situent surtout chez les clients en attente d'un organe vital tel que le cœur, les poumons ou le foie.

### Le problème

Plus de 480 organes ont été transplantés, en 2003, au Québec (Québec Transplant, 2004). Même si le don d'organes est considéré comme un don de vie (Québec Transplant, 2004), la chirurgie de prélèvement d'organes est très éprouvante pour les infirmières de salle d'opération. Cette chirurgie est définie comme étant multi-organes lorsque la personne qui est donneuse offre au moins deux types d'organes, soit une combinaison du cœur et d'un rein ou d'un cœur et d'un poumon (ou les deux poumons) (Québec Transplant, 2004). Par contre, l'intervention chirurgicale pour prélèvement multi-organes peut également impliquer le prélèvement de plus de deux organes. Si tel est le cas, les organes qui ont été suffisamment perfusés et refroidis suivent cet ordre de prélèvement, déterminé par le temps d'ischémie optimal pour chaque organe (Lilly et Langley, 1999) et considéré comme une règle de l'art : le cœur est le premier, suivi des poumons, du foie, du pancréas et des reins. Le prélèvement de la peau et des os est effectué en dernier, une fois que l'abdomen est fermé, que les champs opératoires initiaux sont enlevés et que le corps de la personne donneuse d'organes est nettoyé.

Certains auteurs (Youngner, Allen, Bartlett, Cascorbi, Hau, Jackson, Mahowald, Martin, Barbara, 1985) estiment que peu d'attention a été consacrée aux effets dérangeants du prélèvement d'organes sur le moral des infirmières de salle d'opération, qui sont pourtant d'éventuelles promotrices du don d'organes.

D'autres (Crandall, 1987, Youngner et al, 1985) considèrent que les infirmières de salle d'opération ressentent des sentiments d'ambivalence et de confusion. Ces sentiments s'expliqueraient par des différences importantes dans les procédures et les rituels habituels en chirurgie majeure. La différence la plus importante survient quand l'anesthésiste ferme le respirateur et quitte la salle puisque les organes qui requéraient une bonne oxygénation ont été prélevés. Les chirurgiens qui n'ont pas quitté la salle avec les organes viables, ferment alors la cavité du corps, généralement avec un fil de rétention et de larges aiguilles. Habituellement, pour des chirurgies majeures, la fermeture de la cavité abdominale s'effectue sur divers plans anatomiques, c'est à dire le péritoine, les muscles, la graisse et, finalement, la peau en utilisant plusieurs couches de fils et des aiguilles fines. Après le prélèvement des organes, une ou deux infirmières nettoient le corps et le préparent pour le transport à la morgue. Ordinairement en phase postopératoire, les clients sont acheminés vers la salle de réveil ou vers les soins intensifs.

Youngner et al. (1985) mentionnent la présence de trois conflits moraux. Premièrement, une intervention chirurgicale habituelle est toujours justifiable pour le bien-être du client, même si elle peut être douloureuse, invasive et même mutilante, comme par exemple une amputation. L'intervention chirurgicale pour don d'organes ne procurera aucun bien-être au donneur. Deuxièmement, la personne a le droit au respect : elle doit être considérée

comme une fin en soi et non pas comme un moyen pour obtenir des organes. Troisièmement, le but d'une chirurgie habituelle est de préserver le tissu sain et non pas de l'extraire.

Un sondage (Kiberd et Kiberd, 1992) a été effectué auprès des infirmières des soins intensifs, de l'urgence et des salles d'opération, afin d'explorer les attitudes des infirmières par rapport au don d'organes, la transplantation et le prélèvement d'organes. Malgré des commentaires négatifs, l'appui pour le don d'organes a été presque unanime. Toutefois, les infirmières de salle d'opération sont moins enclines à donner leurs propres organes, comparativement aux infirmières d'urgence et des soins intensifs. Ainsi, la plupart des infirmières des unités précitées reconnaissent les bénéfices de la transplantation, soit la chance d'offrir à un individu de vivre une deuxième vie. Par ailleurs, les infirmières de salle d'opération rapportent que les coûts reliés à la transplantation sont excessivement élevés particulièrement dans un contexte de restriction budgétaire (Kiberd et Kiberd, 1992).

Wolf (1994) souligne que les infirmières de salle d'opération croient que les prélèvements d'organes aggravent une situation déjà difficile pour les familles. Les infirmières interviewées par Wolf (1994) relatent des situations horribles. Plus spécifiquement, leurs commentaires mentionnent le dégoût, le manque de respect ainsi que le manque de dignité face à la reconstruction du corps de la personne donneuse d'organes, à la suite du prélèvement. De plus, les

infirmières de salle d'opération perçoivent les différents chirurgiens comme étant peu affables, protégeant un organe spécifique et nécessaire à leurs fins. Les infirmières réagissent en souhaitant déchirer leur carte de don d'organes.

Plusieurs auteurs infirmières (Crandall, 1987, Kawamoto, 1992, Lily et Langley, 1999) ont décrit leur expérience personnelle et elles s'accordent pour dire que les soins chirurgicaux reliés au don d'organes sont exigeants pour les infirmières de salles d'opération. Cette exigence se manifeste surtout sur le plan psychologique. Le silence qui suit à la fin du prélèvement d'organes peut laisser un sentiment d'inquiétude et d'insécurité pour le personnel peu familier avec les soins post-mortem de la salle d'opération. Souvent, les infirmières sont attristées par cette perte de vie jamais banale et pleurent avec les familles des personnes donneuses d'organes (Lily et Langley, 1999). D'après Kawamoto (1992), les infirmières de salle d'opération accomplissent leurs tâches le plus rapidement possible et ce, afin d'oublier le scénario jusqu'à la prochaine fois. Crandall (1987) croit que l'exécution d'une intervention chirurgicale sur une personne morte cliniquement, à savoir un prélèvement d'organes, viole les normes d'une salle d'opération. D'abord parce qu'un décès est plutôt rare dans une salle d'opération. Ensuite, parce que cette situation est la seule qui requiert l'acheminement d'un patient décédé au bloc opératoire. De plus, la fermeture du respirateur lorsque les organes sont prélevés témoigne d'un cumul de scénarios déconcertants qui justifient, selon l'auteur, le questionnement des infirmières de

salle d'opération par rapport au moment précis du décès des patients donateurs d'organes.

Parmi les écrits recensés se rapportant aux infirmières de salle d'opération soignant des personnes donneuses d'organes, trois utilisent une approche quantitative. Plus précisément, Bidigare et Oermann (1991) utilisent une étude descriptive corrélationnelle alors que Kiberd et Kiberd (1992) et Van Da Walker (1994), une étude descriptive simple, par sondage. Les autres adoptent une approche qualitative, soit de type phénoménologique (Sadala & Mendes, 2000, Wolf, 1991), soit par groupe de discussion focalisé (Wolf, 1994). Finalement, des auteurs ont adopté des approches informelles plus proches de l'histoire vécue que de la recherche (Crandall, 1987, Kawamoto, 1992, Lily et Langley, 1999, Youngner et al, 1985). Ces auteurs rapportent tous le sentiment d'ambivalence vis-à-vis la déclaration de mort cérébrale ainsi que le conflit d'éthique relié au maintien en vie d'une personne pour la survie d'une autre. De plus, ils suggèrent d'étudier davantage les sentiments des infirmières en salle d'opération lors du prélèvement d'organes afin d'améliorer leur bien-être ainsi que leur capacité à soigner dans cette situation extrêmement difficile.

Roy et Andrews (1991, 1999) voient la personne comme un système adaptatif, en constante interaction avec son environnement interne et externe. L'environnement est une source de stimuli variés qui favorisent ou menacent l'intégrité psychique, spirituelle, relationnelle, et sociale de la personne. La

personne ne répond pas passivement aux stimuli environnementaux. Au contraire, elle tente de maintenir son intégrité selon ses propres objectifs.

En utilisant le vocabulaire de Roy, l'intervention chirurgicale pour donneurs de plusieurs organes peut être considérée comme le stimulus focal. La mort de la personne donneuse d'organes et les différences avec les chirurgies majeures peuvent représenter des stimuli contextuels. Quant aux valeurs, les croyances et les conflits moraux, ils constituent des stimuli résiduels. Les trois stimuli agissent ensemble et déterminent les réponses, les mécanismes et les niveaux d'adaptation pour les infirmières de salle d'opération. Roy classe les mécanismes d'adaptation en deux sous-systèmes, soit le sous-système régulateur et le sous-système cognitif. Le sous-système cognitif, comprend les processus émotionnels et cognitifs qui interagissent avec l'environnement. Ces mécanismes d'adaptation se comparent aux stratégies d'adaptation de Lazarus et Folkman (1984). Puisque l'observation directe des processus cognitifs et régulateurs s'avère impossible, Roy (1988) propose l'observation des réponses comportementales à travers des réponses d'adaptation. Pour notre étude, les réponses de concept de soi, de fonction de rôle, et d'interdépendance seront abordées. C'est à travers ces catégories que les réponses et les interactions avec l'environnement sont transmises et que le niveau d'adaptation peut être observé.

Notre étude propose l'exploration de l'intégrité d'infirmières lors de l'intervention chirurgicale pour prélèvement multi-organes selon le modèle de

Roy. Pour ce faire, il importe d'utiliser une méthode de recherche qui documente l'ensemble des stimuli ainsi que les réponses et les mécanismes d'adaptation des infirmières de salle d'opération, lors d'une chirurgie pour prélèvement multi-organes. L'étude de cas (Stake, 1995) décrit les participants dans leur contexte et leur milieu et permet de les comprendre en révélant le caractère unique et commun de leur expérience. Ainsi, pour promouvoir la santé des infirmières et pallier la pénurie actuelle d'organes et la demande future, il est nécessaire de procéder à l'étude d'un cas de chirurgie pour prélèvement multi-organes.

#### But de la recherche

Explorer l'intégrité psychique, spirituelle, relationnelle, et sociale d'infirmières québécoises de salle d'opération lors de l'intervention chirurgicale pour prélèvements multi-organes.

#### Questions de recherche

1. Quels sont les stimuli décrits par des infirmières de salle d'opération qui ont vécu récemment une intervention chirurgicale pour prélèvement d'organes ?
2. Quels sont les réponses et les niveaux d'adaptation décrits par les infirmières de salle d'opération qui ont vécu récemment une intervention chirurgicale pour prélèvement d'organes ?

3. Quels sont les mécanismes d'adaptation décrits par les infirmières de salle d'opération qui ont vécu récemment une intervention chirurgicale pour prélèvement d'organes ?

Chapitre 2  
La recension des écrits

Ce chapitre présente une recension des écrits sur le prélèvement d'organes et ses implications, ainsi que sur les réactions des infirmières de salle d'opération face à la chirurgie pour dons multiples d'organes. Le chapitre se termine avec la présentation du modèle d'adaptation de Roy, modèle qui, selon nous, saura mettre en lumière les stimuli auxquels les infirmières québécoises font face, ainsi que leurs réponses et leurs mécanismes d'adaptation face à l'intervention chirurgicale pour le prélèvement multi-organes.

#### Prélèvement d'organes et ses implications

Pour qu'un prélèvement d'un ou de plusieurs organe(s) soit possible, la personne donneuse d'organe doit avoir subi un traumatisme irréversible qui a provoqué la mort cérébrale et elle, ou un de ses proches, doit avoir consenti au don d'organes. Le prélèvement est alors réalisé lors d'une intervention chirurgicale qui rend disponible les organes pour la transplantation. Cette section sert à mettre en contexte les réactions des infirmières à la chirurgie pour don d'organes en résumant les connaissances concernant le don d'organes, la mort cérébrale, la chirurgie pour don d'organes et la transplantation.

### Le don d'organes

Depuis 1987, Québec Transplant a fait un effort particulier pour mieux rentabiliser le don d'organes en promouvant le don multi-organes aux dépens du don unique de reins. Le taux de donneurs multi-organes s'est ainsi accru régulièrement pour atteindre les 90% et plus au cours des dernières années (Québec Transplant, 2004). Cette progression reflète une meilleure utilisation des donneurs. Les donneurs uni-organe sont essentiellement des donneurs de foie et de reins, l'âge étant un critère beaucoup moins restrictif chez ces derniers (Québec Transplant, 2004).

### La mort cérébrale

Selon Québec Transplant (2002, p. 1), le diagnostic de mort cérébrale est effectué lorsque cinq critères sont présents. Dans un premier temps, «l'étiologie de la pathologie ayant causé la mort cérébrale doit être connue». Deuxièmement, «un coma profond de niveau (Glasgow 3) ou l'absence de réponses aux stimuli, de mouvements anormaux (décortication-décérébration-dyskinétiques) ou l'absence de convulsions doivent être présents ». Troisièmement, la personne donneuse d'organe, « doit démontrer une absence de réflexe du tronc cérébral ». Plus spécifiquement, le réflexe pupillaire (mésencéphale), le réflexe cornéen (protubérance), le réflexe oculo-pharyngé (bulbe supérieur) et le réflexe respiratoire (bulbe) doivent tous être absents. Quatrièmement, la personne donneuse d'organe, «doit être apnéique lors du test d'apnée ». Finalement, il doit y avoir absence de facteurs pouvant fausser le diagnostic de mort cérébrale, tels que

l'hypotension, l'hypothermie ( $\leq 32.2$  ° C), ou la présence de barbituriques lors des examens sanguins (Québec Transplant, 2002).

La Commission de Réforme de la Loi Canadienne (cité dans Québec Transplant, 1993, p. 44) souhaite que la définition d'une personne décédée soit énoncée telle quelle : « Une personne est morte lorsque survient une perte irréversible de toutes les fonctions cérébrales de cette personne. La perte des fonctions cérébrales peut être causée par l'absence prolongée des fonctions cardiaques et respiratoires spontanées ». Pour Youngner et Arnold (1993), le concept de l'irréversibilité de la mort a été constant et sans controverse depuis 1960, dans les débats philosophiques et les débats publics. D'autres (Truog et Robinson, 2003) soulèvent des inquiétudes face à la compréhension dans la définition de la mort. Selon eux, cette incertitude s'explique par le fait que le moment de la mort ne peut être dicté par des processus scientifiques ou logiques mais qu'il doit être choisi par un consensus social (Truog et Robinson, 2003). Wolf (1991) soulève le questionnement qu'ont les infirmières face à la définition clinique et légale de la mort cérébrale et comment cette définition se traduit pour les membres de la famille de la personne donneuse d'organe. Les infirmières de cette étude se questionnent également sur la distinction à faire entre la mort cérébrale et la mort/mort.

Le constat et la certification de la mort cérébrale s'effectuent avec la collaboration de deux médecins consultants qui ne sont pas nécessairement spécialistes en sciences neurologiques et qui n'ont aucun conflit d'intérêt

(aucun lien avec les receveurs et ne font pas partie de l'équipe de transplantation ou de prélèvement) (Québec Transplant, 2001).

### Chirurgie pour don d'organes

La personne qui est donneuse multi-organes offre au moins 2 types d'organes, soit une combinaison d'un cœur et d'un rein ou d'un cœur et d'un poumon (ou les deux poumons). La peau et les os peuvent également être prélevés lors d'une telle intervention (Québec Transplant 1999).

L'annonce du prélèvement d'organes survient presque toujours en situation semi-urgente car les personnes donneuses d'organes sont souvent instables sur le plan hémodynamique. Ainsi, le délai est très court pour la préparation psychologique et émotionnelle des infirmières de salle d'opération (Crandall, 1987).

La coutume, les techniques opératoires et les préférences subjectives des chirurgiens font en sorte que, dans la mesure du possible, lorsqu'un spécialiste doit transplanter un organe, il le prélève lui-même. Ainsi, si un patient du Nouveau-Brunswick a un besoin urgent d'un cœur (besoin déterminé par Québec Transplant, selon des critères précis), le chirurgien du Nouveau-Brunswick ira prélever le cœur à Montréal. Cette situation peu banale augmente et ce, de façon considérable, la tension et le stress éprouvés par les infirmières de salle d'opération puisqu'elles ne connaissent pas les chirurgiens qu'elles devront assister dans leurs techniques opératoires spécifiques et que ces derniers ont des nomenclatures, des techniques, des instruments, ou des méthodes qui leur sont propres.

---

### Utilisation des organes prélevés

Une transplantation est définie, selon Québec Transplant (1999, p. 7), comme étant une intervention chirurgicale au cours de laquelle un organe est greffé, comme un rein, par exemple. Un groupe d'organes peut être greffé en bloc, tel qu'un bloc cœur-poumons. Ainsi, lorsque deux ou plusieurs organes sont greffés à des sites différents lors de la même intervention, il y a deux ou plusieurs transplantations. À titre d'exemple, un rein-pancréas constituent deux transplantations.

Selon Québec Transplant (Transplant, 1999), le nombre de personnes en attente d'un organe augmente d'année en année. Les personnes en attente de reins sont les plus nombreuses. Québec Transplant (1999) observe cependant une stabilisation du nombre de candidats à la greffe cardiaque et de cœur-poumon en attente, tandis qu'une augmentation est notée au niveau des personnes en attente de poumons, de foie, de pancréas, de rein-pancréas et de reins. Ainsi, en 1999, comme antérieurement, les décès à déplorer se situaient surtout au niveau des personnes en attente d'un organe vital (cœur, poumons et foie) puisque les personnes en attente de reins continuent d'être traitées en dialyse (Québec Transplant 1999).

La première transplantation réalisée et enregistrée au Québec a été une transplantation rénale qui fut effectuée en 1958 (Québec Transplant 1999). Toujours selon la même source, plus de 6,000 organes, toutes catégories confondues, ont été transplantés au Québec jusqu'à tout récemment.

La technologie offre maintenant la possibilité de prélever les valves cardiaques des donneurs cadavériques et de les conserver par la cryopréservation. Or, les clients qui nécessitent présentement un remplacement de valves cardiaques se voient offrir le choix entre une valve porcine ou une valve mécanique. À défaut de «clonage» la cryopréservation pour les valves cardiaques offre une avenue intéressante pour ces clients. La recherche est aussi une destination possible pour certains organes ou tissus, à titre d'exemple : la colonne vertébrale est quelques fois prélevée pour les étudiants en médecine. Le département de pathologie demeure l'endroit pour expédier les organes qui ne seront pas utilisés. Finalement, l'extraction d'îlots de Langherans est aussi faite afin de créer des médicaments pour les individus souffrant de diabète.

Nous avons abordé les particularités du don d'organes au Québec, c'est-à-dire la rentabilité du don multi-organes aux dépens des dons uniques. De plus, nous avons abordé les cinq critères déterminants ainsi que la définition et le processus utilisé afin de confirmer un diagnostic de mort cérébrale. Finalement, la définition de la chirurgie pour don multi-organes ainsi que l'utilisation des organes prélevés ont été abordées.

La réalité des infirmières de salle d'opération à la suite de l'annonce de la chirurgie sera décrite dans la prochaine section.

#### Les réactions des infirmières à la chirurgie pour don multiple d'organes

Cette section présente les études et les témoignages qui soutiennent le caractère éprouvant de la chirurgie pour don multiple d'organes. Nous présenterons d'abord les études qualitatives, puis les études quantitatives

pour terminer avec les témoignages, en respectant la chronologie des publications.

### Les études qualitatives

Le résumé de ces études se trouve au tableau I. On retrouve les auteurs Youngner et al. (1985), Wolf (1991), Wolf (1994) et Sadala & Mendes (2000).

Youngner et al. (1985) estiment que peu d'attention a été donnée aux effets dérangeants du prélèvement d'organes sur les infirmières de salle d'opération qui sont pourtant d'éventuelles promotrices du don d'organes. Ils ont effectué des entrevues informelles auprès d'infirmières de salle d'opération, d'anesthésistes et de coordinateurs de transplantation (n=12) afin de connaître leurs expériences vécues lors d'un prélèvement d'organes. Youngner et al. (1985), tout comme Goodrich (1932), croient que les croyances des infirmières résident principalement dans le fait que «la société ne demande jamais de faire des actes destructeurs ou blessants », ainsi que dans le manque de soutien. A l'instar de Youngner et al., (1985), plusieurs auteurs croient que l'éducation et la compréhension du concept de la mort cérébrale sont indispensables (Crandall 1987, Kawamoto 1992, Sadala & Mendes 2000, Van Da Walker 1994, Wolf 1991).

Wolf (1991) a effectué une étude descriptive en utilisant une approche phénoménologique auprès de huit infirmières. Quatre infirmières œuvraient à de la salle d'opération (n = 4), trois infirmières provenaient d'agences de prélèvements (n = 3) et une infirmière travaillait aux soins intensifs (n =1). Le but de son étude était d'encourager les infirmières a

verbalisées de leurs expériences lorsqu'elles effectuent les soins post-mortem aux personnes donneuses d'organes à la suite d'un prélèvement d'organes. L'étude décrit le contexte des soins post-mortem effectués grâce au cadeau généreux de la famille de donner les organes de la personne, de la tragédie d'une blessure traumatique, fatale et du diagnostic de mort cérébrale prononcé pour des jeunes personnes, des personnes en santé et du prélèvement d'organes.

Les infirmières sont attristées par la mort de la personne donneuse d'organes et voient les soins post-mortem comme étant une opportunité de clore l'association qu'elles ont avec la personne. Les infirmières respectent le corps de la personne donneuse d'organes et voient la tâche des soins post-mortem comme des soins qui offrent un confort même après la mort. Cette étude décrit le rituel effectué pour les soins post-mortem. Les infirmières comparent ces soins à un bain. La personne donneuse d'organes est lavée de débris, de sang, de liquide antiseptique, d'excréta et de sécrétions afin d'être «présentable ». Les infirmières résistent à l'utilisation des attaches fournies dans le paquet du linceul pour attacher les bras, les jambes et la mâchoire de la personne donneuse d'organes, car, elles craignent de blesser la peau. Les infirmières croisent les poignets et les chevilles et utilisent des coussinets abdominaux doux pour protéger la peau. La plupart des infirmières nient la répugnance face à la manipulation d'un corps mort. Par contre, elles admettent leur aversion lorsque le corps de la personne donneuse d'organes est défigurée ou que le corps démontre des signes visibles de détresse.

Tableau I Résumé des études qualitatives portant sur les réactions des infirmières (1985 à 2000)

Auteur(s)	Type d'études	Population – Nombre	Résultats	Limites
Youngner et al (1985)	Étude informelle entrevue	N= ~12 inf. S.O. anesthésiste, et coordinateur de transplantation	<ul style="list-style-type: none"> <li>- difficultés vécues: peu d'avertissement dans l'annonce du prélèvement ou de la transplantation</li> <li>- programme de soutien, éducation sur le concept de mort cérébrale, reconnaissance de l'inconfort émotionnel, protection du personnel, considérer les familles.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- nombre de participants non mentionnés</li> <li>- méthode non mentionnée</li> <li>- l'étudiante chercheuse a dû communiquer avec l'auteur principal pour connaître les détails.</li> </ul>
Wolf (1991)	Étude phénoménologique	N=8 inf., 4 inf. S.O., 3 inf. agences, 1 inf. S.I.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- difficulté avec la mort de la personne donneuse d'organes pour les infirmières</li> <li>- rituel dans les soins post-mortem et signification que celles-ci y accordent</li> </ul>	
Wolf (1994)	Étude qualitative <i>focus group</i>	N=11 inf. deux institutions où sont effectués prélèvements et transplantations 3 inf. S.O., 1 inf. anesthésiste, et 7 inf. S.I.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- difficulté à soigner des donneurs cadavériques sans cœur battants; clients pourraient ne pas être déclarés morts</li> <li>- inf. S.O. croient que le prélèvement D.C.S.C.B. aggravera une situation déjà difficile.</li> <li>- inf. S.O. en service externe et interne ont été perturbées</li> <li>- témoin de l'attente pour les organes, de la reconstruction du corps du donneur, du départ de l'anesthésiste et des autres chirurgiens</li> </ul>	scénario comme base pour comprendre la situation d'un donneur cadavérique sans cœur battant. L'auteur témoigne que ceci a causé des réticences sur le processus de discussion de groupe focalisé. Étude qui traite des DCCNB qui est une réalité différente
Sadala & Mendes (2000)	Étude phénoménologique	N= 18, oeuvrant aux soins intensifs à Sao Paolo	<ul style="list-style-type: none"> <li>- habiletés techniques, scientifiques, habileté à gérer des situations souvent conflictuelles</li> <li>- inf. en conflits avec les aspects affectifs et philosophique du soins</li> <li>- résultat: enseignement spécifique sur le don d'organes et la transplantation</li> <li>- apprentissage des tâches et compétence dans la communication interpersonnelle</li> </ul>	

Wolf (1994) a effectué une étude qualitative en utilisant l'approche de discussion par groupe focalisé et a interviewé des infirmières oeuvrant aux soins intensifs (n = 7), des infirmières de la salle d'opération (n = 3) et une infirmière anesthésiste (n = 1). Le but de son étude était d'explorer leurs réactions face aux soins prodigués à des personnes qui sont donneurs à cœur non battant (DCNB). De plus, celle-ci a voulu décrire la signification accordée à leurs réactions et à leurs intentions.

En fait, elle relate surtout l'expérience d'une infirmière de salle d'opération face à un prélèvement d'organes. Cette infirmière de salle d'opération a été très perturbée par le processus de prélèvement. Plus spécifiquement, ses commentaires soulignent la longue période d'attente, la reconstruction du corps du client donneur suite au prélèvement d'organes et le départ de l'anesthésiste ainsi que celui des autres chirurgiens. Ces réactions sont décrites :

"Some of these people are hanging over, waiting to get at this, "I'm here for the heart"; "I'm here for the kidneys." They're stepping over one another. It's so brutal...I wanted to go home and rip up my donor card" (Wolf, 1994, p. 980).

Les infirmières interviewées ont insisté sur leur difficulté à soigner des donneurs à DCNB parce que ces clients pourraient ne pas être déclarés mort d'une mort cérébrale selon les critères légaux. Les infirmières de salle d'opération croient que le prélèvement sur les donneurs avec cœur non battant aggravera une situation déjà difficile. Certaines limites énoncées par l'auteur mettent en évidence un scénario conçu par les infirmières de cette

étude pour comprendre la situation d'un donneur cadavérique sans cœur battant. L'auteur témoigne que ce scénario a causé des réticences de la part des infirmières sur le processus de discussion par groupe focalisé. Cette étude est intéressante et donne accès à des commentaires très pertinents provenant des infirmières de salle d'opération. Cependant, le contexte de cette étude diffère de la situation canadienne puisque seules les personnes en mort cérébrale sont acceptées comme donneuses d'organes.

Sadala et Mendes (2000) ont effectué une étude qualitative phénoménologique dans le but de recueillir la signification accordée de soigner des personnes donneuses d'organes par des infirmières des soins intensifs, (n =18), à Sao Paulo au Brésil. Ces auteurs rapportent que les infirmières sont attristées par le décès de jeunes personnes et, par conséquent, elles participent d'une certaine façon au deuil de ces familles. Dans cette étude, les auteurs nous démontrent l'ambiguïté des sentiments vécus par les infirmières, face à des personnes diagnostiqués de mort cérébrale. D'ailleurs, certaines infirmières décrivent les donneurs comme étant "...humans and must be treated as humans, but at the same time, it is not possible to perceive them as such. There are no traces of humanity" (Sadala et Mendes, 2000, p. 798). De toute évidence, les personnes donneuses d'organes sont perçues tout simplement comme étant des corps physiques avec des signes physiologiques et des données cliniques. L'impossibilité de communiquer avec ceux-ci ou de percevoir le moindre signe humain est mise en évidence.

Toujours selon ces mêmes auteurs, certaines infirmières cherchent désespérément à trouver un signe quelconque d'humanité, si infime soit-il, dans ces corps inanimés. D'autres continueront de parler aux donneurs. Indéniablement, quelques infirmières diront qu'elles soignent un cadavre mais continuent de percevoir ce cadavre comme un être humain. Les infirmières de cette étude, tout comme les infirmières de salle d'opération (Crandall, 1987), critiquent amèrement les autres professionnels de la santé qui ont tendance à ne pas traiter le cadavre comme un être humain.

Sadala et Mendes (2000) relatent les expériences vécues par des infirmières confrontées au fait qu'il y a plusieurs équipes médicales impliquées lors d'un prélèvement et que chacune de ces équipes s'intéresse à un organe particulier, soit le cœur, le foie, les reins, etc. Ce processus crée une dynamique particulière qui peut donner aux infirmières des sentiments d'inconfort face au partage des organes. Ainsi, une équipe médicale se concentre uniquement sur le foie, une autre sur les reins, le cœur, ainsi de suite, faisant abstraction de la personne dans sa globalité.

La mort des clients donneurs d'organes est unique en soi puisque le cœur bat toujours (Sadala et Mendes, 2000, Wolf, 1994). Cette personne décédée est un «cadavre maintenu en vie» qui a et qui continuera d'avoir une vie biologique tant et aussi longtemps que le prélèvement sera considéré comme nécessaire. Habituellement, la mort est un processus lent et graduel. Or, le donneur représente, pour la plupart, une personne en santé qui a disparu et ce, de façon traumatique (Sadala et Mendes, 2000). Ces auteurs estiment que faire face à un cadavre dont le cœur bat toujours est très difficile pour

les familles. De plus, les familles des donneurs croient que cette personne est toujours une personne jusqu'au moment où elle pourra mourir socialement. Ce dernier point est fondamental puisque ces auteurs soutiennent qu'il existe à ce moment précis une rupture entre les infirmières et la famille du donneur. Les professionnels impliqués dans le processus de transplantation, particulièrement les infirmières des soins intensifs, se sentent redevables envers la famille jusqu'au retour du donneur, après le prélèvement. Quelquefois, à la suite d'un prélèvement d'organes, la famille désire voir le personne avant que celui-ci ne soit transporté à la maison funéraire.

Ainsi, selon Sadala et Mendes (2000), les soins requis pour les donneurs d'organes seraient plus spécifiques et standardisés. Ces soins requièrent plus de vitesse, d'attention et d'exactitude. Les infirmières soutiennent également que le soin peut être considéré comme un acte mécanique, ce qui pourrait justifier le manque de sentiments éprouvé par les professionnels.

Les résultats de cette étude démontrent que le fait de soigner des personnes déclarés cliniquement morts mais gardés en vie afin de servir comme donneurs d'organes, demande des habiletés techniques et scientifiques ainsi qu'une aptitude à gérer des situations qui sont souvent en conflit avec les concepts traditionnels de soins infirmiers. Les infirmières sont anxieuses et ressentent des conflits entre les aspects affectifs et philosophiques de soigner un personne qu'elles appellent un "patient différent".

### Les études quantitatives

Les études quantitatives sont l'œuvre de Bidigare et Oermann (1991), de Kiberd et Kiberd (1992) et de Van da Walker (1994) qui ont tous utilisé l'approche par enquête. Elles sont résumées au tableau II.

Bidigare et Oermann (1991) ont effectué une étude descriptive corrélationnelle. Le but de cette étude était d'identifier les attitudes et les connaissances des infirmières en relation avec le prélèvement d'organes. L'échantillon principal (n = 60) comprenait des infirmières œuvrant aux soins intensifs (61%), des infirmières de salle d'urgence (10%) et (29%) qui travaillaient sur d'autres unités de soins non spécifiées. Les auteurs ont développé un questionnaire auto-administré. La première partie comportait des questions ayant trait aux attitudes subjectives des infirmières face aux dons d'organes. La deuxième partie évaluait la connaissance des infirmières du protocole pour les personnes donneuses d'organes dans un hôpital universitaire.

Ainsi, 94% des infirmières ont exprimé leur accord envers le prélèvement d'organes en général. Par contre, seulement 51% avaient pris des mesures concrètes pour faire le don personnel de leurs organes au moment de leur décès. Bidigare et Oermann (1991) interprètent ces résultats comme une divergence entre les valeurs des infirmières et leurs actions. Les infirmières approuvent le don d'organes en théorie mais ne le manifestent pas par une action concrète.

Tableau II Résumé des études quantitatives portant sur les réactions des infirmières (1991 à 1994)

Auteur(s)	Type d'études	Population – Nombre	Résultats	Limites
Bigare, & Oermann, (1991)	Enquête	n= 60, 61% S.I., 10% urgence, 29% autres département	<ul style="list-style-type: none"> <li>- réponses sur attitudes envers le don d'organes et sur connaissances d'un protocole du don d'organes</li> <li>- relation significative entre l'âge &amp; l'étendue d'influencer sa famille</li> <li>- relation positive significative entre la participation antérieure au soins d'un donneur et le degré de confort d'approcher les familles</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fiabilité de l'instrument de mesure n'a pas été établie.</li> </ul>
Kiberd & Kiberd (1992)	Enquête	n = 102, n= 21 S.I., n= 7 urgence, n= 20 salle d'op. n=54 autres unités	<ul style="list-style-type: none"> <li>- différentes unités re: don d'organe, transplantation: différence claire dans les attitudes</li> <li>- appui don d'organe presque unanime</li> <li>- inf. S. O. moins enclines à donner</li> <li>- inf. S.O. plus pessimiste re: survie des receveurs</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- inquiétudes subjectives des inf. pas explorées</li> <li>- aperçu superficiel du malaise vécu chez les inf. qui vivent avec le prélèvement.</li> <li>- 40 % réponse des inf. S.O.</li> </ul>
Van Da Walker (1994)	Enquête	N= 272 inf. salle d'opération	<ul style="list-style-type: none"> <li>- besoin de programme d'enseignement</li> <li>- cible le processus, les rôles, les responsabilités des inf., la déclaration de mort, la reconstruction, les soins post-mortem</li> <li>- information sur taux de succès des transplantations et la qualité de vie des receveurs</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Résultats sont divergents des autres études.</li> <li>- Intérêt pour programme d'enseignement.</li> </ul>

De plus, les résultats montrent une différence significative entre les infirmières oeuvrant sur les différentes unités. Les infirmières de soins intensifs ont démontré des réponses plus positives que leurs collègues de l'urgence quant à leur participation aux soins des personnes donneuses d'organes ( $F [6,53] = 3.61, p = 0.004$ ). Une relation positive et significative a été démontrée entre l'âge des infirmières et leur degré d'influence sur les membres de leurs familles respectives à donner leurs organes ( $r = 0.345, p = 0.004$ ). De plus, les infirmières qui en avaient déjà l'expérience étaient davantage favorables à soigner éventuellement une personne donneuse ( $r = 0.369, p = 0.002$ ). Le score le plus élevé sur le plan des connaissances a été obtenu par les infirmières qui avaient une attitude plus positive envers le don de leurs propres organes ( $r = 0.327, p = 0.005$ ), qui étaient plus favorables à soigner éventuellement une personne donneuse d'organes ( $r = 0.441, p = 0.0001$ ), et qui avaient le plus d'influence sur la décision de leurs proches concernant le don d'organes ( $r = 0.527, p = 0.0001$ ).

Les auteurs concluent que le fait d'offrir l'opportunité aux infirmières de soigner des personnes donneuses d'organes augmente leurs connaissances et peut promouvoir des attitudes positives envers le don d'organes. Gibson (1996) estime que l'étude de Bidigare et Oermann (1991) démontre que l'attitude des infirmières n'a pas changé depuis presque dix ans, en dépit des campagnes de sensibilisation. De plus, elle rapporte une convergence d'attitude entre les infirmières et le public.

Kiberd et Kiberd (1992) ont effectué un sondage auprès de 102 infirmières ontariennes. Plus spécifiquement, des infirmières de soins intensifs ( $n = 21$ ),

d'urgence (n = 7), de salle d'opération (n = 20) et d'unité de soins clinique variés (n = 54) ont été questionnées. Le but de cette étude était de déterminer les attitudes des infirmières envers le don d'organes, le prélèvement d'organes et la transplantation. Ainsi, toutes les infirmières s'accordent pour dire qu'elles soutiennent le don d'organes. Il existe des différences majeures d'attitudes et d'opinions entre les infirmières de salle d'opération et les autres infirmières oeuvrant sur les unités variées. Plus de la moitié des infirmières de salle d'opération, soit 61% ne seraient pas donneuses d'organes. De plus, 71 % d'entre elles placeraient des restrictions sur leur don. Or, 70% des infirmières de salle d'opération n'avaient pas signé leur carte de don d'organes. Lorsque les infirmières de salle d'opération ont décrit le prélèvement d'organes, des réponses telles que mutilation et manque de respect du défunt étaient fréquemment encerclées, comparativement aux infirmières de soins intensifs où l'événement était noté comme étant valorisant, déprimant mais rarement irrespectueux du défunt.

La plupart des infirmières de cette étude reconnaissent les bénéfices de la transplantation rénale. Cependant, les infirmières de salle d'opération rapportent que les coûts reliés à la transplantation sont excessivement élevés, particulièrement dans le contexte actuel de restriction budgétaire.

Par ailleurs, Kiberd et Kiberd (1992) notent que seulement 10 % des infirmières de salle d'opération se sentent soutenues lors de cette intervention chirurgicale. Les commentaires négatifs des infirmières de salle d'opération sont : le manque de personnel, l'absence de rétroaction sur les résultats de la transplantation, la procédure trop longue, le temps d'avis trop court, le manque de soutien psychologique, le

manque de formation, le manque de respect de la part des chirurgiens et médecins traitants en plus des sentiments d'inconfort à être laissées seules avec le défunt après le prélèvement. Les commentaires tels que: le manque de personnel et la nature imprévisible de l'intervention ont été corroborés par seulement 15% des infirmières d'urgence, de soins intensifs et d'autres oeuvrant sur différentes unités cliniques.

Les auteurs croient que les infirmières qui ont répondu supportent le don, la transplantation et le prélèvement d'organes. Ainsi, il est concevable, selon ces auteurs, que les réponses positives soient sur-représentées dû au fait que les infirmières qui soutiennent le don d'organes sont plus enclines à remplir le questionnaire.

Kiberd et Kiberd (1992) estiment que cette étude a servi à regarder les facteurs réversibles qui peuvent influencer les attitudes. Les bénéfices perçus, la rentabilité et les résultats ont démontré qu'à cet hôpital, il existe une corrélation entre l'engagement personnel et professionnel et le don d'organes. Kiberd et Kiberd (1992) ont trouvé que les infirmières de salle d'opération ont tendance à voir le côté noir du prélèvement et de la transplantation et manquent d'informations positives concernant les receveurs. Ces auteurs croient que ce scénario anéantit l'envie altruiste du don d'organes chez les infirmières de salle d'opération. Les infirmières de soins intensifs partagent la même exposition aux personnes donneuses d'organes, elles ont également la même information limitée quant aux taux de survie des transplantés. Par contre, 71% d'entre elles ont signé leur carte de don comparativement à 30% des infirmières de salle d'opération. Les auteurs croient que l'environnement de la salle d'opération peut être un facteur qui prédispose aux réticences face au prélèvement d'organes.

Van Da Walker (1994) a effectué un sondage auprès des infirmières de salle d'opération afin de découvrir leurs attitudes face au don d'organes. Sur 702 questionnaires, 272 (soit un taux de réponse de 39%) ont été remplis. La majorité des infirmières (80%) croient que les prélèvements d'organes devraient avoir priorité sur les interventions chirurgicales électives. Près de 60% ont rapporté avoir signé leur carte de don d'organes. Or, 82% seraient enclines à donner leurs propres organes au moment de leur décès, comparé à 39% avec l'étude de Kiberd et Kiberd (1992). Par contre, l'étude de Van Da Walker (1994) soulève plusieurs questionnements troublants. Il estime que cette population d'infirmières a besoin de savoir qu'aucune pression n'a été exercée auprès des personnes donneuses d'organes ainsi qu'auprès des familles et que tous ont été soignées avec compassion. De plus, 10% des infirmières de cette étude croient que la qualité de vie, à la suite d'une transplantation, est peu élevée. Ces infirmières sont troublées par la notion de mutilation reliée au prélèvement d'organes. Selon l'auteur, l'enseignement auprès de cette population d'infirmières se concentre principalement sur l'aspect cognitif et psychomoteur de la technique opératoire du prélèvement d'organes. Les sentiments et les émotions étaient et sont toujours négligés. L'auteur soutient que les infirmières de salle d'opération éprouvent des réponses émotionnelles profondes lors des prélèvements d'organes, chirurgies auxquelles elles sont requises pour participer.

### Les témoignages

Quelques infirmières ont raconté leur expérience de la chirurgie pour prélèvement de plusieurs organes. Crandall (1987) raconte son expérience personnelle, Kawamoto

(1992), l'expérience observée et Lily & Langley (1999), leur expérience mutuelle. Ces témoignages sont résumés au tableau III.

Crandall (1987) est une infirmière clinicienne oeuvrant en transplantation qui partage son vécu. L'auteur identifie les dilemmes perçus dans le fait de soigner une personne diagnostiqué d'une mort cérébrale et qui sera éventuellement un donneur d'organes à la salle d'opération. Elle croit que les inquiétudes des infirmières de salle d'opération convergent principalement sur deux points majeurs, à savoir la déclaration de la mort cérébrale et le respect du défunt.

Crandall (1987) perçoit une critique amère de la part des infirmières de salle d'opération par rapport aux autres professionnels de la santé qui ont tendance à ne pas traiter le cadavre comme un être humain. De plus, elle croit qu'une exacerbation des conflits peut être engendrée par des actions ou des propos tenus par les professionnels de la santé qui utilisent un humour inapproprié ou qui démontrent une attitude intransigeante, ceci dans le but de cacher leur propre inconfort (Crandall 1987).

Tableau III

Résumé des témoignages portant sur les réactions des infirmières (1987 à 1999)

Auteur(s)	Expérience infirmière clinique en transplantation	Résultats
Crandall (1987)		<ul style="list-style-type: none"> <li>- peu d'attention: sentiments troublants du prélèvement sur le personnel inf. de S.I. &amp; S. O.</li> <li>- attitude intransigeante du personnel</li> <li>- usage d'humour inapproprié</li> <li>- solution: éducation re: concept de mort cérébrale, désir de participer, soutien</li> </ul>
Kawamoto, (1992)		<ul style="list-style-type: none"> <li>- sentiments de tristesse et d'échec lorsque décès</li> <li>- inconfort à détresse extrême</li> <li>- inquiétude au fait que le donneur ne soit pas décédé</li> <li>- gère anxiété en effectuant la tâche le plus rapidement possible</li> </ul>
Lily & Langley (1999)		<ul style="list-style-type: none"> <li>- silence résultant du départ de l'équipe médicale laisse un sentiment non familier pour le personnel en plus des soins post-mortem</li> <li>- inf. attristées par la perte de vie peu banale</li> <li>- inf. frustrées avec équipes étrangères</li> <li>- inf. S.O. en colère de participer à processus qu'elles ne comprennent ou ne supportent pas.</li> <li>- inf. S.O. jouent rôle pivot</li> </ul>

Kawamoto (1992) est une coordinatrice clinique sur un département de chirurgie qui raconte, à partir de son expérience, l'implication d'un prélèvement d'organes pour les infirmières oeuvrant à la salle d'opération. Cet auteur estime que lorsqu'un décès survient dans la salle d'opération, le personnel réagit avec un sentiment irrésistible de tristesse et d'échec. Les sentiments varient entre l'inconfort et la détresse extrême. De plus, pour les cas de prélèvement d'organes, Kawamoto croit que les infirmières de salle d'opération peuvent avoir certaines inquiétudes, à savoir si le donneur est vraiment décédé.

D'après Kawamoto (1992), les infirmières de salle d'opération accomplissent leurs tâches le plus rapidement possible afin d'oublier le scénario jusqu'à la prochaine fois. L'auteur croit qu'une compréhension du concept de la mort cérébrale, en plus d'avoir une connaissance approfondie des dilemmes éthiques entourant ce concept, est essentielle avant d'entreprendre le prélèvement d'organes.

Kawamoto (1992) juge que plusieurs infirmières de salle d'opération éprouvent de la difficulté à accepter le moment précis de la mort de la personne donneuse d'organes puisqu'elles ne font pas partie du processus décisionnel entrepris aux soins intensifs. Elle estime que l'aspect émotionnel entourant le prélèvement d'organes est crucial pour les infirmières de salle d'opération et qu'un soutien émotionnel devrait être disponible immédiatement après le prélèvement. L'auteur suggère l'implication des coordinateurs de transplantation dans l'exécution des soins post-mortem. De

plus, cette personne pourrait répondre à toute question pertinente relative aux dons ou aux prélèvements d'organes.

Lily et Langley (1999) relatent des faits se basant sur leurs expériences respectives. Ces auteurs décrivent un aperçu du processus complet du don d'organes, à partir des heures précédant le prélèvement jusqu'aux étapes nécessaires au rétablissement. Pendant la phase périopératoire du prélèvement, Lily & Langley (1999) racontent que les équipes médicales quittent au fur et à mesure que les organes sont prélevés, de même que l'anesthésiste quitte après la fermeture du ventilateur. Le silence qui suit peut laisser un sentiment inquiétant et inhabituel pour le personnel de salle d'opération peu familier avec les soins post-mortem. Souvent, les infirmières sont attristées par cette perte de vie jamais banale et pleurent avec les familles de la personne donneuse d'organes. Selon ces auteurs, les infirmières de salle d'opération peuvent ressentir certaines frustrations face aux équipes étrangères, peu familières avec l'environnement du bloc opératoire. Lily et Langley (1999) croient que les infirmières de salle d'opération peuvent éprouver de la colère à participer à un processus qu'elles ne comprennent pas ou qu'elles ne supportent pas.

Ces mêmes auteurs estiment que les infirmières de salle d'opération jouent un rôle pivot dans le processus du don d'organes et comme personnes ressources dans la communauté, pendant et après un prélèvement d'organes. Comme il s'agit d'expériences personnelles, les informations ne sont pas corroborées de façon systématique par les infirmières de salle d'opération.

Parmi les écrits recensés, les études qualitatives de Youngner et al (1985), de Wolf (1994) et de Sadala et Mendes (2000) rapportent des difficultés vécues par les infirmières lorsqu'elles soignent des personnes ayant un diagnostic de mort cérébrale. Des réactions d'inconfort, de conflits affectifs et philosophiques face à la personne donneuse d'organes sont ainsi soulignées. Les études quantitatives de Bidigare et Oermann (1991), de Kiberd et Kiberd (1992) et Van Da Walker ont utilisé des méthodes d'enquêtes et ont répertorié les attitudes d'infirmières envers le don d'organes. Les valeurs et les croyances de certaines infirmières ont surgi avec les témoignages de Crandall (1987), Kawamoto (1992) et de Lily et Langley (1999). Outre l'étude de Sadala et Mendes (2000), aucune étude recensée n'a utilisé une approche holistique. Par ailleurs, plus d'une étude note l'environnement de la salle d'opération comme étant un facteur pouvant influencer la perception des infirmières qui soignent des personnes donneuses d'organes.

Dans notre étude, le modèle d'adaptation de Roy voit l'infirmière comme un système adaptatif, en constante interaction avec son environnement interne et externe. Selon Roy, l'environnement est une source de stimuli variés qui favorisent ou menacent l'intégrité psychique, spirituelle, relationnelle, sociale et la globalité de l'infirmière.

### Le modèle de Roy

Cette section aborde le modèle de Roy qui sera décrit à partir des concepts principaux, soit les stimuli, les réponses adaptatives, les modes adaptatifs et les mécanismes de coping ainsi que les niveaux d'adaptation.

Selon plusieurs théoriciennes, dont Roy (1999), les modèles de soins infirmiers en tant que description conceptuelle de soins sont basés sur des principes philosophiques et scientifiques. Les présupposés scientifiques du modèle d'adaptation de Roy sont principalement basées sur la théorie générale des systèmes de Von Bertalanffy (1968, cité dans Roy et Andrews, 1999) et la théorie d'adaptation de Helson (1964, cité dans Roy et Andrews, 1999 ). Le modèle a évolué par une combinaison de pensées déductive et inductive (Fawcett, 1995). La pensée déductive aurait servi à développer la conceptualisation de l'adaptation et les facteurs qui influencent le niveau d'adaptation. La pensée inductive aurait été utilisée pour identifier les quatre modes d'adaptation (Fawcett, 1995).

Les principes philosophiques du modèle sont associés à l'humanisme. L'humanisme est défini selon Roy (1988, 1997, Roy et Andrews, 1999, Roy et Hanna, 2001) comme un large mouvement psychologique et philosophique qui reconnaît la personne et les dimensions subjectives de l'expérience humaine comme étant centrales au savoir et à sa valorisation. De façon plus élaborée, les principales croyances humaniste de Roy sont que les humains, comme individu et dans un groupe de personnes :

- (a) partagent un pouvoir créateur, (b) se comportent avec un but déterminé,
- (c) possède une nature holistique inhérente et (d) s'efforcent de maintenir

leur intégrité et de réaliser leurs besoins relationnels (Roy et Hanna, 2001, p. 9).

Les principes philosophiques sont également associés à un terme que Roy a inventé : la «véritivité» (Roy 1988, 1997, 1999, Roy et Hanna, 2001). Les composantes de la véritévité sont (a) le but de l'existence humaine, (b) l'unité commune de l'humanité, (c) les activités et la créativité pour le bien de tous et (d) les valeurs et la signification de la vie (Roy et Andrews 1999, Roy et Hanna, 2001). Les valeurs à la base de la véritévité sont la conviction, l'engagement et le caring de la personne envers l'humanité (Roy, 1988).

Notre recherche s'attardera davantage sur cette composante de la véritévité, c'est à dire les valeurs et la signification de la vie qu'ont les infirmières de salle d'opération face à l'intervention chirurgicale de prélèvement multi-organes.

### Les stimuli

Un stimulus est défini comme étant ce qui provoque une réponse (Roy et Andrews, 1999). Les stimuli peuvent être internes ou externes et incluent toutes les conditions, circonstances et influences entourant ou affectant le développement et le comportement du système humain adaptatif (Roy et Andrews 1999 p. 72). Un stimulus peut être catégorisé selon qu'il est focal, contextuel ou résiduel. Mais un stimulus focal peut devenir contextuel et celui-ci peut devenir résiduel. Les stimuli identifiés sont dynamiques ; ils bougent et peuvent se modifier en cours de route. Sur ce,

l'image d'un kaléidoscope illustre bien le modèle de l'adaptation de Roy (Roy, 1986).

Le stimulus focal. Le stimulus focal est "le degré de changement précipitant" le comportement observé ; c'est le stimulus auquel la personne doit faire face de manière prépondérante et auquel elle doit s'adapter" ( Roy, 1986, p. 36). Ainsi, un comportement observé dans un mode peut, par conséquent, devenir le stimulus focal dans un autre mode (Roy, 1986, 1999). Dans notre étude, le stimulus focal est l'intervention chirurgicale pour donneur multi-organes.

Les stimuli contextuels. Les stimuli contextuels se rapportent à tous les autres stimuli environnementaux internes ou externes dans une situation (Roy et Andrews, 1999). Ils contribuent au comportement engendré par le stimulus focal. Les stimuli contextuels sont importants puisqu'ils sont souvent rattachés à la signification attribuée de la situation (Roy et Andrews, 1999). Donc, "les stimuli contextuels alimentent le comportement causé par le stimulus focal ; ce sont tous les autres stimuli présents ayant un effet sur le comportement observé" (Roy, 1986, p. 37). Les stimuli contextuels pourraient être les caractéristiques du donneur, la déclaration de mort cérébrale et l'atmosphère au bloc opératoire.

Les stimuli résiduels. Les stimuli résiduels peuvent modifier le comportement des personnes (Roy et Andrews, 1999). Ainsi, ces stimuli se rapportent aux "croyances, attitudes, expérience ou traits de caractère" qui ne se justifient pas (Roy, 1986, p. 38). Dans notre étude, les stimuli résiduels pour les infirmières de salle d'opération face au prélèvement

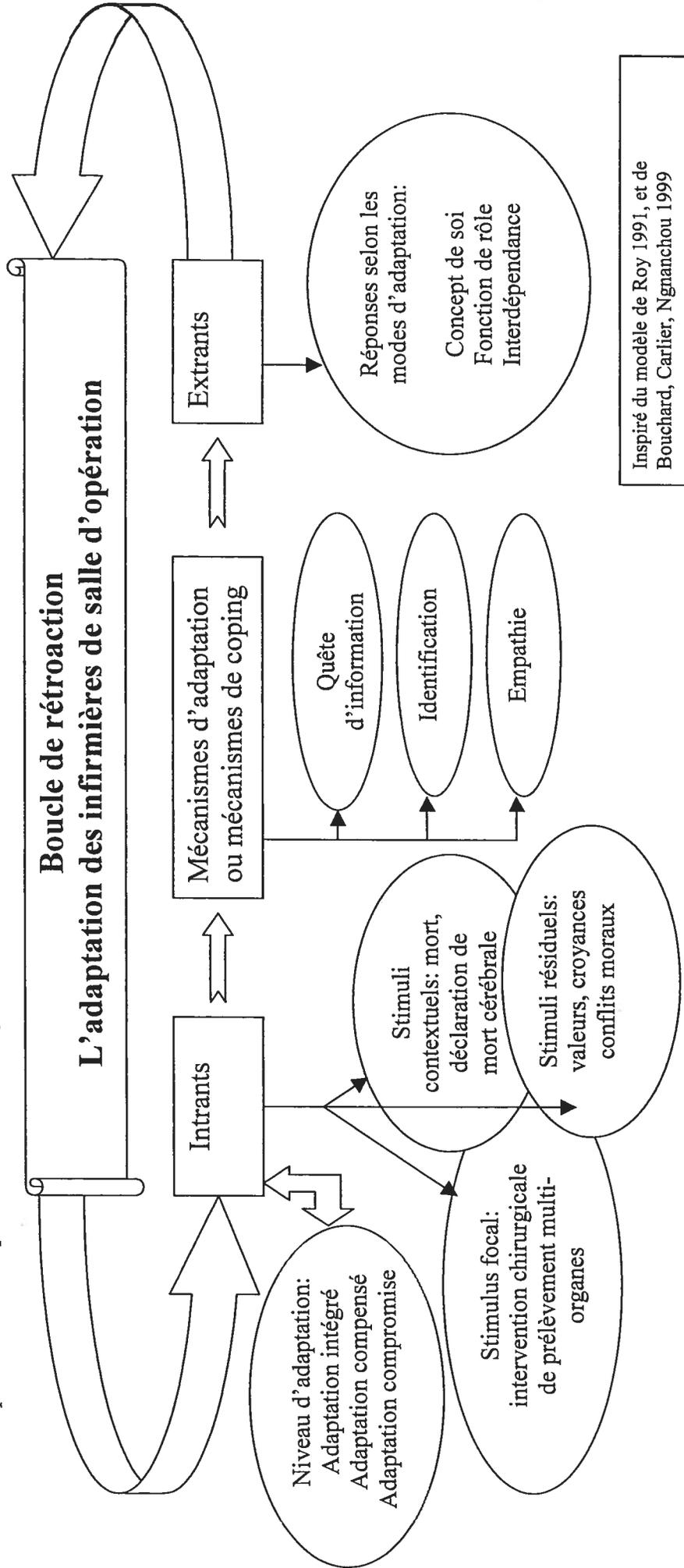
d'organes pourraient être les conflits moraux, leurs valeurs et leurs croyances face à cette intervention chirurgicale.

### Les niveaux d'adaptation

Roy et Andrews (1999) ont récemment bonifié le modèle d'adaptation de Roy. Antérieurement les composantes de la boucle de rétroaction comprenaient les intrants, les mécanismes d'adaptation ou de coping et les extrants. Maintenant, une autre composante, soit celle du niveau d'adaptation, s'ajoute à la boucle de rétroaction (voir figure 1). Les niveaux d'adaptation décrivent trois conditions possible dans le processus de vie du système humain adaptatif : l'adaptation intégrée, l'adaptation compensée et l'adaptation compromise (Roy et Andrews, 1999).

Le niveau d'adaptation intégré est défini, (Roy et Andrews, 1999, Roy et Hanna, 2001) comme étant le niveau d'adaptation par lequel les structures et les fonctions du processus de vie s'unifient pour rencontrer les besoins individuels. Un niveau d'adaptation intégré réfère à des mécanismes efficaces qui mène à la croissance morale, éthique et spirituelle. Un niveau d'adaptation est considéré compensatoire lorsque l'intégrité est menacée et que les mécanismes d'adaptation sont mis au défi. Le processus du deuil pourrait être considéré comme un niveau d'adaptation compensé. Finalement, le niveau d'adaptation est jugé compromis lorsque les mécanismes d'adaptation sont inadéquats et que la personne éprouve des problèmes d'adaptation. Un deuil non résolu ou un conflit de rôle pourrait se définir comme étant des niveaux d'adaptation compromis.

Figure 1  
Représentation adaptée du modèle de Roy



Inspiré du modèle de Roy 1991, et de Bouchard, Carlier, Ngnanchou 1999

### Les réponses

Le modèle d'adaptation de Roy propose une façon particulière d'observer les réponses humaines et l'expérience. Les réponses ne portent pas seulement sur les problèmes, besoins et lacunes, mais toutes les réponses du système adaptatif humain, incluant par le fait même les capacités, les attributs, les connaissances, les habiletés, et l'engagement. Ces réponses sont observées par les comportements (Roy et Andrews, 1999). Le comportement est défini au sens large, comme étant une action interne ou externe et une réaction donnée dans une circonstance spécifique (Roy et Andrews, 1999). Roy explique que des comportements qui sont individuels ou collectifs, peuvent être observés, quelquefois mesurés ou rapportés subjectivement. Puisque les mécanismes d'adaptation sont des processus internes et qu'ils ne peuvent être observés directement, leur manifestations s'expriment dans chacun des modes d'adaptation.

### Les modes d'adaptation

Les modes d'adaptation sont des indicateurs qui déterminent l'adaptation d'une personne en interaction avec son environnement (Roy et Whittemore, 2002). Les modes d'adaptation retenus pour notre étude sont les modes de concept de soi, de fonction de rôle et d'interdépendance

Le concept de soi. Le mode d'adaptation du concept de soi se rapporte aux caractéristiques psychologiques et spirituelles d'une personne

(Roy & Andrews 1999). Ainsi, le concept de soi est composée de l'ensemble des croyances et des perceptions qu'un individu a de lui-même. Le soi physique comprend les sensations corporelles (comment l'individu perçoit son propre corps) et l'image corporelle (manière dont l'individu voit son corps) (Roy, 1986, Roy et Hanna, 2001). Le soi personnel comprend les réactions d'un individu dans une situation particulière, l'idéal de soi, et le soi moral, éthique et spirituel qui se définit par l'ensemble des croyances et de la morale de la personne. L'intégrité psychique et spirituelle est le but de ce mode pour permettre à la personne d'être/d'exister dans la société avec un sentiment d'unité, de sens et de but.

La fonction de rôles. Le mode de la fonction de rôle se réfère aux rôles primaires, secondaires et tertiaires qu'une personne entretient. Le rôle primaire détermine la majorité des comportements qu'une personne peut exprimer pendant une période particulière de sa vie. Ce rôle est défini selon l'âge, le genre et l'étape de développement de la personne. Le rôle secondaire est celui qu'une personne assume afin de compléter les tâches associés au rôle primaire et aux étapes de développement. Ce rôle est associé à l'emploi et au statut familial, comme par exemple, être une infirmière et une maman. Le rôle tertiaire est relié aux rôles primaires et secondaires et représente les façons par lesquelles un individu rencontre les obligations associées à son rôle. Une femme pourrait être mère d'un enfant qui joue au soccer et jouer le rôle de coach par exemple.

L'intégrité sociale est le but du mode de fonction de rôle et s'exprime lorsqu'une personne connaît qui elle est par rapport aux autres et agit en conséquence (Roy et Andrews 1999, Roy et Hanna, 2001).

Le mode de l'interdépendance. Le mode de l'interdépendance fait référence à la capacité de recevoir et d'exprimer de l'amour, du respect et des valeurs (Roy et Andrews 1999). En général, ce genre d'échange comportemental arrive entre une personne et une autre, dite significative, ou entre une personne et son système de soutien. Le but de ce mode d'interdépendance est l'intégrité relationnelle (Roy et Andrews 1999). L'évaluation du mode d'interdépendance pourrait inclure la qualité et la nature des relations à l'intérieur du groupe, les relations de collaboration existant entre les groupes d'infirmières et les organisations extérieures, et la disponibilité des systèmes de soutien aux membres du groupe d'infirmières.

#### Les mécanismes d'adaptation (mécanismes de coping)

Les mécanismes d'adaptation sont définis selon Roy et Andrews (1999) comme étant des façons innées ou acquises d'interagir avec l'environnement changeant. Un mécanisme d'adaptation inné est déterminé génétiquement. De plus, il est ordinairement perçu comme étant un processus automatique et inconscient.

Les mécanismes d'adaptation acquis sont développés à travers des stratégies telles que l'apprentissage (Roy et Andrews 1999). Cette réponse est délibérée et consciente (Roy et Andrews 1999).

Lazarus et Folkman (1984, p. 141) décrivent le coping comme l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux toujours changeants

que déploie la personne pour répondre à des demandes internes ou externes spécifiques, évaluées comme très fortes et dépassant les ressources adaptatives de la personne. Ces auteurs distinguent une évaluation primaire et secondaire. L'évaluation primaire considère si l'événement présente une menace pour la personne. L'évaluation secondaire évalue des stratégies visant la maîtrise de l'événement.

L'évaluation cognitive porte sur plusieurs dimensions qui vont déterminer l'importance attribuée à un événement (Peeters, Buunk, Schaufeli, 1995). Lazarus et Folkman (1984) considèrent que la prévisibilité, l'incertitude d'un événement, les facteurs temporeux tels que la fréquence de l'événement, la durée, l'ambiguïté, le contrôle, l'attachement et la menace comme étant des facteurs qui influencent l'évaluation qu'une personne effectue pour un événement.

Peeters et al. (1995) estiment que les personnes préfèrent les situations stressantes lorsqu'ils peuvent la prévoir. Ces mêmes auteurs estiment que la capacité des personnes à contrôler leur environnement détermine comment elle réagiront face à des situations stressantes.

Nous avons abordé les différentes facettes du modèle d'adaptation de Roy, c'est-à-dire, le stimulus focal, les stimuli contextuels et résiduels. Nous avons également observé les niveaux d'adaptation à travers les réponses manifestées dans les modes d'adaptation. Finalement, nous avons conclu avec les mécanismes d'adaptation pour les infirmières (Figure 1).

---

**Chapitre 3**  
**La méthode**

Ce chapitre aborde le devis qui permettra d'explorer l'intégrité d'infirmières de salle d'opération lors de l'intervention chirurgicale pour prélèvements multi-organes, soit l'étude de cas selon Stake (1995). Les termes seront ensuite définis et le déroulement de l'étude décrit. Par la suite, le cas et le choix des participants seront présentés. L'analyse de données, la rigueur scientifique, les considérations éthiques et les limites de cette étude concluront ce chapitre.

#### Choix du devis

L'étude de cas a été choisie comme devis car elle met l'accent sur l'analyse contextuelle détaillée d'un nombre limité de personnes, d'événements et de leur relation. L'étude de cas vise habituellement à comprendre plutôt qu'à établir des distinctions (Stake, 1999). Classée parmi les approches dites qualitatives, l'étude de cas serait, selon Stake (1999), de nature holistique, empirique, interprétative et empathique. Holistique, parce qu'elle considère la personne comme un tout indivisible qui ne peut être expliqué par ses différentes composantes (physique, psychologique, psychique) considérées séparément. Empirique, parce qu'elle met l'accent sur l'observation des participants. Interprétative, parce que le chercheur démontre à travers son intuition qu'il existe une interaction entre le participant et le chercheur. Empathique, parce que le chercheur vise à faire connaître les perceptions et les valeurs des

participants. Stake (1999) estime que le rapport final apporte aux lecteurs une reconnaissance et une justification de leurs expériences.

House (1978, cité dans Madaus, Scriven, Stufflebeam, 1983) situe l'étude de cas telle que proposée par Stake dans les évaluations transactionnelles, évaluations influencées par l'épistémologie subjective. Cette épistémologie serait de nature intuitive, ce qui signifie que le chercheur intègre sa connaissance et son expérience du chercheur dans sa quête d'une vérité. Ainsi, le chercheur serait davantage intéressé à refléter à un auditoire précis l'évaluation d'une expérience particulière plutôt que d'arriver à une proposition d'une vérité absolue. Pour ce faire, le chercheur tente d'obtenir un aperçu valide du groupe avec lequel il travaille et se préoccupe davantage de la connaissance tacite plutôt que de la connaissance explicite. L'évaluation transactionnelle est donc basée sur une intention (le reflet d'une expérience à un auditoire précis) et elle est contextuelle (l'intégration du contexte et de l'interprétation qu'en font les participants). De l'avis de House (1978, cité dans Madaus, et al., 1983) et de Stake (1999), une telle étude de cas mène à une intégration rapide des résultats de recherche dans le milieu puisque la communication entre chercheurs et participants est ouverte et réciproque.

#### Définition des termes

Les termes à définir sont l'intégrité, les stimuli ainsi que les réponses, les modes, les niveaux et les mécanismes d'adaptation.

### L'intégrité

L'intégrité est définie, selon Roy et Andrews (1999), comme un état de plénitude résultant du processus d'adaptation aux changements de l'environnement. L'intégrité se manifeste par des réponses d'adaptation qui ont pour but la survie, la croissance, la reproduction et la maîtrise. C'est donc en étudiant les réponses d'adaptation que l'intégrité peut être évaluée en les mettant en lien avec les stimuli auxquels la personne doit s'adapter. Nous définirons donc ces stimuli, les réponses dans les différents modes d'adaptation ainsi que les niveaux et les mécanismes d'adaptation.

### Les stimuli

Un stimulus est ce qui provoque une réponse ou, en terme plus général, le point d'interaction du système humain et de l'environnement (Roy & Andrews 1999). Ils sont de trois types : le stimulus focal, les stimuli contextuels et les stimuli résiduels.

Stimulus focal. Le stimulus focal est défini comme le stimulus interne ou externe qui met le plus au défi l'adaptation de la personne ou qui confronte le plus directement le système humain (Roy & Andrews 1999). Dans la présente étude, l'intervention chirurgicale de prélèvement d'organes peut être considérée comme le stimulus focal. Un prélèvement multi-organes, selon Québec Transplant (1999), consiste en une intervention chirurgicale qui permet à une personne donneuse d'organes d'offrir au moins deux organes.

Stimuli contextuels. Les stimuli contextuels sont tous les autres stimuli qui existent dans une situation et qui enrichissent et contribuent aux effets du

stimulus focal. Les principaux stimuli reconnus sont les caractéristiques du donneur, la déclaration de mort cérébrale et l'atmosphère au bloc opératoire.

Stimuli résiduels. Les stimuli résiduels sont tous les autres phénomènes survenant dans l'environnement interne ou externe du système humain et qui peuvent avoir un effet sur le stimulus focal, mais dont les effets sont inconnus. Les valeurs, les croyances et les conflits moraux des infirmières de salle d'opération ont été classés dans les stimuli résiduels.

#### Les réponses d'adaptation

Les réponses d'adaptation affirment les besoins de la personne pour son intégrité physiologique, psychique et sociale. Elles se manifestent selon quatre modes : physiologique, concept de soi, fonction de rôle et interdépendance. Les réponses ne sont pas limitées aux problèmes, aux besoins, et aux déficiences, elles incluent par le fait même les capacités, les attributs, les connaissances, les habiletés et l'engagement. Ces réponses peuvent être adaptées ou inefficaces. Pour le cas à l'étude, les réponses d'adaptation, les modes de concept de soi, de fonction de rôle et interdépendance seront examinés.

Mode de concept de soi. Le mode de concept de soi se rapporte aux caractéristiques psychologiques et spirituelles d'une personne (Roy et Andrews 1999). Ainsi, le concept de soi est composé de l'ensemble des croyances et des perceptions qu'un individu a de lui-même. Pour notre cas à l'étude, le concept de soi a été relié à l'engagement face au don d'organes.

Mode de fonction de rôles. Le mode de la fonction de rôles se réfère aux rôles primaires, secondaires et tertiaires qu'une personne entretient dans une société.

Un rôle secondaire, comme unité fonctionnelle dans une société, est défini comme des "attentes d'une personne occupant une position par rapport à un autre occupant une autre position" (Roy 1984, traduit par Berger, 1986 p. 232). Pour le cas à l'étude, nous avons traité de la fonction de rôle secondaire selon les tâches remplies par les infirmières interviewées.

Mode d'interdépendance. Le mode de l'interdépendance fait référence aux mécanismes de « coping », c'est-à-dire la capacité de recevoir et de donner de l'amour, du respect et des valeurs (Roy et Andrews 1999). Pour notre cas à l'étude, l'interdépendance a été examinée sous l'angle de la relation avec la personne donneuse d'organes.

#### Les niveaux d'adaptation des infirmières

Le niveau d'adaptation est la nomenclature donnée pour décrire trois conditions possibles du processus de vie du système humain adaptatif : intégré, compensatoire ou compromis (Roy et Andrews, 1999).

Le niveau d'adaptation intégré. Le niveau d'adaptation est jugé intégré lorsque la personne éprouve un sentiment de croissance et de bien-être.

Le niveau d'adaptation compensatoire. Le niveau d'adaptation est considéré compensatoire lorsque les mécanismes d'adaptation sont sollicités et que la personne a le sentiment qu'ils sont mis au défi.

Le niveau d'adaptation compromis. Le niveau d'adaptation est compromis lorsque la personne éprouve des problèmes d'adaptation.

### Mécanisme d'adaptation

Les mécanismes d'adaptation sont de deux types : le sous-système régulateur qui est automatique et le sous-système cognitif. Seul ce dernier sous-système sera analysé. Il intègre l'information physique, psychologique et sociale pour soutenir, par voie cognitive ou émotive, des modifications qui assurent l'intégrité de la personne.

### Cas et participants

Cette partie abordera, dans un premier temps, comment "le cas" de l'étude a été choisi. Par la suite, dans un deuxième temps, la description, le choix des participants, les critères d'inclusion et d'exclusion de ceux-ci, ainsi que la stratégie utilisée pour les solliciter à participer à l'étude seront décrits.

Stake (1995) considère que le chercheur doit agir comme un connaisseur pour choisir « son » cas afin d'obtenir le meilleur éventail des personnes clés, des places et des occasions à saisir. Le terme "meilleur" est défini, selon cet auteur, comme étant tout (personnes, places et occasions) ce qui nous permet de mieux comprendre le cas, que ce soit un cas typique ou non.

Stake (1995) met l'accent sur quatre critères de sélection pour le cas. Premièrement, un cas devrait être choisi afin de maximiser ce que nous pouvons apprendre. Deuxièmement, vue la contrainte de temps imposée par l'étude, le cas devrait être facile d'accès et favorable à l'enquête car l'implication des participants pour commenter les résumés préliminaires est primordiale. Troisièmement, l'équilibre et la variété sont fondamentaux si le chercheur désire obtenir des perspectives différentes.

Dans la présente étude, le cas représente un événement, soit une chirurgie pour don de plusieurs organes. Cet événement déclenche un processus complexe que nous avons étudié de deux façons : l'observation de l'événement et les entrevues avec les infirmières qui ont participé à la chirurgie : quatre infirmières en service externe et deux infirmières en service interne. De plus, la coordinatrice de l'organisme Québec Transplant, présente lors de la chirurgie, a également été interviewée afin d'obtenir la vision de celle-ci de l'expérience vécue par les infirmières.

Ces infirmières ont répondu aux critères suivants:

- être d'accord pour prévenir l'étudiante-chercheuse lors d'une chirurgie pour don multiple d'organes ;
- être désireuse de partager son expérience;
- être d'accord pour être observée pendant la chirurgie ;
- avoir un an d'expérience en salle d'opération ;
- avoir participé à un prélèvement multi-organes dans sa totalité;
- être capables de s'exprimer en français ;
- travailler de jour/soir/nuit.

La stratégie pour solliciter des participantes à l'étude a été la suivante. L'étudiante-chercheuse a présenté son projet de recherche aux infirmières de salle d'opération du centre hospitalier, lors de leur séance hebdomadaire de formation. Une infirmière responsable de la formation a recueilli une liste d'infirmières volontaires.

Parmi la liste de volontaires, une de ces infirmières a communiqué avec l'étudiante-chercheuse le matin du 17 janvier 2003 pour lui annoncer l'arrivée d'un patient subissant l'intervention chirurgicale pour un prélèvement multi-organes. L'étudiante-chercheuse s'est présentée au centre hospitalier afin d'observer les stimuli, les réponses, les niveaux et les mécanismes d'adaptation des infirmières. Un résumé de l'observation (voir annexe 1) de l'étudiante-chercheuse fut rédigé.

#### Déroulement de l'étude

Cette partie aborde, en commençant par l'accès dans le milieu, le déroulement de l'étude, soit les différentes étapes du recueil des données. Bien que l'analyse des données soit réalisée au fur et à mesure que les données sont recueillies, la procédure d'analyse sera expliquée au point suivant. Ainsi, les données ont été recueillies et analysées sur un continuum (voir Figure 2 ), c'est à dire une entrevue suivi de son analyse et ainsi de suite. La collecte de données a débuté, dans un premier temps, par l'observation de l'intervention chirurgicale pour donneur multi-organes et la description du contexte. Un résumé de cette observation fut rédigé et présenté aux infirmières interviewées lors de la première partie de l'entretien. Les entrevues ont suivi.

#### Accès et permission

Un centre hospitalier universitaire de Montréal a été choisi principalement parce qu'on y procède en moyenne par année à des interventions sur plus de 30 personnes qui sont donneuses multi-organes. De plus, ce centre

est un des centres désignés dans la région de Montréal pour les prélèvements et les transplantations d'organes.

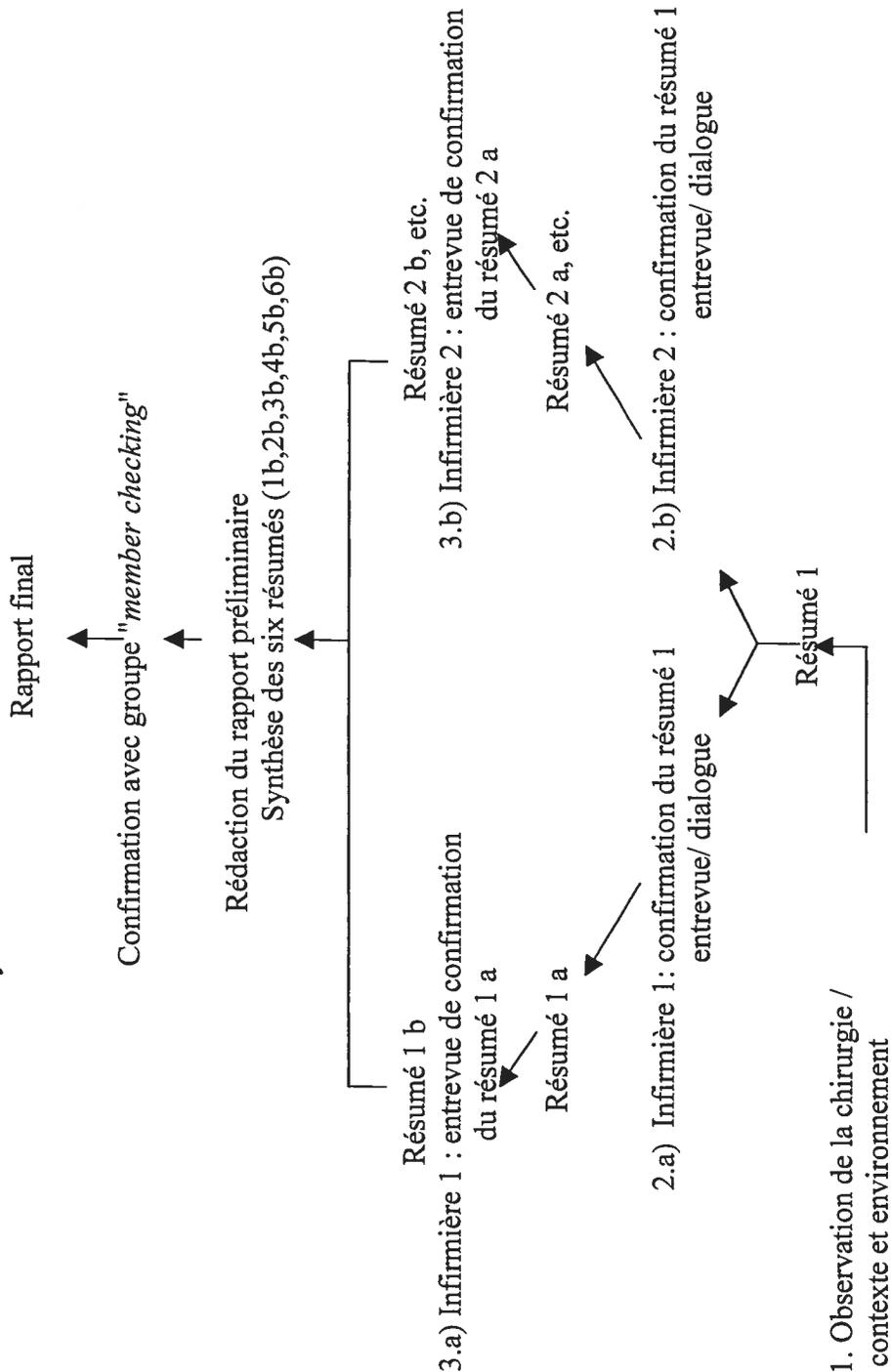
Stake (1995) insiste sur la quasi-transparence du chercheur dans le milieu où la recherche s'effectuera. Il estime que toutes les opportunités doivent être prises et ce, de façon précoce, pour se familiariser avec les gens, l'endroit, l'horaire et les problèmes du cas. Ainsi, le chercheur doit favoriser une entrée délicate et harmonieuse dans le milieu d'étude. De plus, Stake (1995) croit que :

« All researchers have a great privilege and obligation: the privilege to pay attention to what they consider worthy of attention and the obligation to make conclusions drawn from those choices meaningful to colleagues and clients. One of the principal qualifications of qualitative researchers is experience » (Stake, 1995, p. 49).

L'étudiante-chercheuse a occupé, pendant plus de trois ans, la fonction de coordonnatrice de la salle d'opération et de la salle de réveil dans un centre hospitalier montréalais. Elle a également agi pendant trois ans à titre d'infirmière clinicienne dans une salle d'opération. Antérieurement, l'étudiante-chercheuse avait œuvré en tant qu'infirmière soignante, un peu plus de cinq ans dans une salle d'opération. L'expérience et la connaissance du milieu de la chercheuse devraient favoriser une entrée discrète ce qui est, selon Stake (1995) et Glesne et Peshkin (1992 cités dans Stake, 1995), une qualité importante.

La permission d'entrer dans le milieu en tant qu'étudiante-chercheuse a été obtenue auprès du comité d'éthique de la recherche du centre (voir annexe 2) et auprès des responsables de la direction des soins infirmiers du centre hospitalier.

Figure 2  
 Déroulement de la collecte/analyse des données



### Observation et description du contexte

La cible de l'observation est, selon Stake (1995), le cas. Cet auteur soutient que le travail d'observation du chercheur permet une meilleure compréhension du cas. Le raffinement du plan d'observation est dirigé par un questionnement. La logique est la suivante: « We need observations pertinent to our issues » (Stake, 1995, p. 60).

Le déroulement de l'intervention ainsi que l'environnement de la salle d'opération pendant un prélèvement multi-organes ont été observés. L'étudiante-chercheuse a documenté les interactions non-verbales et verbales des infirmières pendant la totalité de la durée de l'intervention, soit pendant sept heures. L'observation s'est faite à l'intérieur même de la salle d'opération où s'est déroulée l'intervention chirurgicale pour prélèvement d'organes. Pendant l'observation l'étudiante-chercheuse s'est assurée de garder des fiches relatant les événements (voir grille d'observation en annexe 3).

Afin de développer une expérience qui sensibilisera le lecteur à l'environnement, le chercheur se doit de décrire les pièces, les corridors et le décor. Stake (1995) affirme qu'un équilibre doit exister entre l'exclusivité et le caractère ordinaire des lieux. Puisque le cas présent fut étudié à partir d'infirmières de salle d'opération, la relation qu'entretiennent ces infirmières avec leurs collègues professionnels, c'est-à-dire l'équipe médicale et l'équipe de soins infirmiers, a été brièvement décrite. De plus, une attention particulière a été portée aux signes visibles qui traitent du prélèvement d'organes ou qui

encouragent les dons d'organes comme les emblèmes qui incitent le don (broches vertes) ou les panneaux incitatifs.

Selon Stake (1995), la révision de certains documents pertinents est de mise. Ainsi, dans la présente étude, des documents décrivant la chirurgie pour prélèvement d'organes (protocoles, routines, instrumentation, etc.) ont été consultés.

L'observation de l'intervention et la description du contexte a donné lieu à un résumé de l'observation (résumé 1, annexe 1). Les entrevues ont eu lieu dans un deuxième temps, l'une à la suite de l'autre.

### Entrevues

L'interprétation et la description des participants font la force et l'utilité des études de cas, selon Stake (1995). L'entrevue est un moyen pour le chercheur d'obtenir différentes réalités. L'étudiante-chercheuse a préconisé les entrevues individuelles parce qu'elles offrent, dans un premier temps, la possibilité d'établir un dialogue de confiance, ce qui a permis de recueillir des éléments propres à chacun des participantes interviewées. De plus, l'entrevue individuelle semblait plus praticable, considérant la nature de l'unité de soins, l'urgence au moment de l'annonce de l'intervention, le système de garde qui prévaut, bref, une logistique des plus complexes.

Chaque entrevue a duré 60 à 90 minutes et était constituée de deux parties. Dans la première partie, l'infirmière a lu le résumé de l'observation et a dialogué avec l'étudiante-chercheuse sur son contenu. Dans la seconde partie, l'infirmière a été interviewée, de façon semi-structurée (voir grille d'entretien,

annexe 4). La première entrevue a eu lieu dix jours après l'intervention chirurgicale. Les entrevues subséquentes ont eu lieu l'une à la suite de l'autre, soit dans les deux semaines suivant la première. Seule la dernière entrevue s'est déroulée 60 jours après le prélèvement. Les formulaires de consentement à l'étude ont été signés et remis à l'étudiante-chercheuse lors des premières entrevues (voir annexe 5).

Chaque entrevue a donné lieu à un résumé (résumé de l'entrevue X correspondant à l'infirmière X) qui a été validé par l'infirmière interviewée lors d'une deuxième rencontre d'une durée de 45 minutes. Ce résumé a été présenté afin de valider les propos exprimés lors de la première rencontre et a permis aux infirmières interviewées de renchérir, si besoin. En tout, six résumés ont été produits puisque six infirmières ont été interviewées (voir annexe 6).

#### Member checking

Après les entrevues, un rapport préliminaire (voir annexe 7) a été rédigé puis présenté à un groupe d'infirmières de salle d'opération, un processus que Stake(1995) intitule *member checking*. Un moment propice pour le *member checking* est lors des rencontres hebdomadaires de formation. Ainsi une matinée a été identifiée, c'est-à-dire le 11 décembre 2003, puisque le tiers des infirmières de salle d'opération (soit vingt-neuf infirmières) y assistait. Un bloc de quarante-cinq minutes a été réservé à cette fin. Pour faciliter l'expression des commentaires, le rapport préliminaire a été présenté par l'étudiante-chercheuse. Le rapport final a été rédigé (annexe 8) en tenant compte des commentaires du groupe.

### Analyse de données

Stake (1995) considère qu'il n'y a pas de moment précis pour commencer l'analyse de données. Ce même auteur croit que l'analyse est une façon d'octroyer une signification à une première impression et à la compilation finale des données. L'analyse, pour lui, signifie essentiellement une décortication d'un phénomène.

L'analyse débute par la transcription des données. La transcription des données s'est faite à la suite de l'observation et des entrevues. Cette transcription a été faite par l'étudiante-chercheuse, en utilisant le traitement de textes comme proposé par Burnard (1994). Cette approche systématique d'analyse de données préconise l'analyse textuelle en divisant le texte par unité de signification, en développant un système de catégories et en regroupant les idées similaires pour en reconnaître la correspondance et le caractère récursif. Selon Burnard (1994), cette approche se distingue par l'utilisation d'un logiciel de traitement de textes tel que *WordPerfect* ou *Word* qui permet, entre autres, au chercheur de catégoriser le texte en ordre alphabétique, ligne par ligne ou paragraphe par paragraphe. Bien que les logiciels spécifiques d'analyse de données qualitatives donnent de bons résultats (Pope et Mays, 2000), certaines chercheuses chevronnées utilisent toujours une méthode d'analyse qui recourt à l'électronique pour le tri des données seulement, soit après la codification et la construction des catégories (Hewitt Taylor, 2001, cité dans Michaud, 2000).

Unité de signification. Chaque verbatim a été soigneusement relu et est divisé en unités de signification. Une unité de signification est définie comme

étant une phrase ou une série de phrases qui communique une idée ou un ensemble de perception (Mostyn 1985, cité dans Burnard, 1994). Les données ont été étiquetées en catégories et façonnées de sorte que le tri a permis de vérifier le caractère récuratif et le lien entre les données.

La correspondance et le caractère récuratif. La correspondance est définie telle un rapport logique entre un terme donné et un ou plusieurs termes. Le caractère récuratif est défini comme étant une correspondance observable des évènements répétés.

Cette analyse exhaustive et détaillée et nous a permis d'observer le contexte (environnementale et relationnel) dans lequel les infirmières de salle d'opération travail, pendant un prélèvement multi-organes.

#### Critères de qualité

Plusieurs critères sont utilisés pour évaluer l'étude de cas (Lincoln et Guba, 1985 ; Sandelowski, 1986, cité dans Munhall et Boyd, 1993 ). Selon ces auteurs, la fiabilité de l'étude nécessite l'atteinte de quatre objectifs ; la crédibilité, la transférabilité, la dépendance et la confirmation. Selon Michaud (2000), « ces critères ont été développés pour démontrer la scientificité des résultats, soit leur conformité avec les procédés rigoureux et précis des méthodes scientifiques, à l'instar des méthodes quantitatives » (Michaud, 2000, p.99). Nos critères choisis, décrits par (Lincoln et Guba, 1985 ; Sandelowski, 1986, cité dans Munhall et Boyd, 1993), sont la crédibilité, la dépendance et la confirmation (Tableau IV).

Tableau IV

Stratégies utilisées pour assurer la qualité des résultats

CRITERES	STRATEGIES
Crédibilité	Triangulation : 1.Observation de l'intervention chirurgicale dans sa totalité, rédaction d'un rapport d'observation, entrevue des six infirmières présentes Member checking : 1.Validation de l'observation et de l'entrevue 2.Validation auprès de toutes les inf.
Dépendance	Banque de donnée disponible : résumés des entrevues et du rapport en annexes
Confirmation	Rapport d'observation, rapport final

La crédibilité

La crédibilité utilise plusieurs techniques qui assurent des interprétations plausibles (Lincoln et Guba, 1985, cité dans Munhall et Boyd, 1993). Nous avons opté pour la triangulation et le member checking. Stake (1995) définit le processus de triangulation comme étant un processus qui vient corroborer l'essence d'une observation. Plusieurs auteurs (Munhall et Boyd, 1993 ; Ratcliff, 1995 ; Stake 1995) estiment que la triangulation augmente l'exactitude et la crédibilité (validité) de l'étude. L'observation de l'intervention chirurgicale dans sa totalité, la rédaction d'un rapport d'observation et les deux entrevues effectuées auprès de chacune des six infirmières participantes constituent les éléments permettant la triangulation pour notre étude.

Le *member checking* a permis aux infirmières interviewées de vérifier l'exactitude et la palpabilité des propos présentés. Le *member checking* a été effectué en deux volets. Dans un premier temps, pendant la première entrevue,

les infirmières ont validé le rapport d'observation de l'étudiante-chercheuse et, lors de la deuxième entrevue, elles ont validé leurs propres propos exprimés lors de la première entrevue. Dans un deuxième temps, le *member checking* a permis aux infirmières de la salle d'opération (interviewées ou non) de participer à la bonification du contenu du rapport préliminaire, lors de la présentation effectuée par l'étudiante-chercheuse. Ce rapport préliminaire était un rapport de synthèse des six entrevues effectuées.

#### La dépendance

La base de données d'une étude de cas consiste, entre autre, en notes d'observations, en bandes audio et en documents. Dans le but de permettre à d'autres chercheurs d'examiner l'évidence (les faits) sans être contraints uniquement au rapport de l'étude de cas, une banque de données récupérable est primordiale. Cette procédure augmente et ce, de façon substantielle, la dépendance (fiabilité) du projet en entier. Les résumés d'entrevue sont placés en annexe ainsi que le rapport d'observation.

#### La confirmation

La confirmation souligne que les résultats, la conclusion et les recommandations sont soutenus par les données et qu'il existe une congruence interne entre l'interprétation et les faits (Mariano, cité dans Munhall et Boyd, 1993, p. 331). De plus, plusieurs auteurs (Deslauriers, 1991 ; Guba et Lincoln, 1989 ; Laperrière et Sevigny, 1993 ; Mucchielli, 1991 ; Patton, 1991 ; Pourtois et Desmet, 1989 ; Van Manen, 1988 ; Van Manen, 1990, cité dans Michaud, 2000) s'entendent tous pour dire «qu'une description détaillée des participants et

des résultats » (Michaud, 2000, p.103) est fortement recommandée. Les résumés de l'observation et du rapport final sont placés en annexe.

### Considérations éthiques

Selon Munhall et Boyd 1993, un consentement éclairé dans une recherche qualitative précise le titre de la recherche, le but, les explications et les procédures à suivre. Polit et Hungler (1990) suggèrent que les bénéfices, la justice et la volonté de participer sont des principes d'éthique qui guident la recherche en soins infirmiers. Ainsi, les bénéfices font références aux risques et avantages potentiels de participer à l'étude. La justice fait référence à un traitement équitable pour les participants à l'étude et inclus le droit à la vie privée. Finalement, la participation volontaire émerge du respect à la dignité humaine. Les chercheurs doivent assurer que la participation à l'étude est volontaire grâce au consentement libre et éclairé (Polit et Hungler, 1990).

Ainsi, le consentement des participants a été éclairé (voir consentement en annexe 5) puisque les buts, les raisons qui ont poussé l'étudiante-chercheuse, ainsi que la méthode utilisée, ont été communiqués aux participants. Un énoncé a été émis indiquant au participant qu'il est libre de poursuivre ou de se retirer à n'importe quel moment. Le consentement a été expliqué aux infirmières lors de la présentation initiale du projet et une seconde lecture du consentement a été faite afin de clarifier commentaires ou questions avant la première entrevue. La confidentialité des noms des participants a été maintenue. De ce fait, l'utilisation de pseudonyme a été favorisée dans la rédaction des récits et du rapport final de mémoire de maîtrise. De plus, la permission d'enregistrer sur bande audio les

propos des participants a été sollicitée. Les bandes audio seront détruites après l'obtention de la maîtrise. Les avantages et les désagréments des participants ont été décrits. Finalement, la possibilité de contribuer ou non à l'étude a été faite sur une base volontaire et en respectant le retrait de ceux-ci au moment de leur choix. L'étudiante-chercheuse a obtenu un certificat d'éthique du comité d'éthique de la recherche du CHUM (voir annexe 2).

### Limites

Malgré les stratégies utilisées pour assurer la qualité et la fiabilité des résultats de l'étude et des critères de crédibilité, de dépendance et de confirmation, elle est touché par certaines limites méthodologiques et théoriques.

Puisqu'il s'agit d'un histoire de cas, un nombre important d'impondérables et de facteurs inconnus a pu influencer les participantes, l'environnement et les entrevues. Par ailleurs, puisque les entrevues étaient individuelles et une à la suite de l'autre, certaines infirmières ont eu la possibilité de discuter entre elles de leur entretien avec l'étudiante-chercheuse.

Les participantes à l'étude se composaient exclusivement de six infirmières de salle d'opération, donc cinq œuvrant dans un centre hospitalier universitaire et une travaillant pour un organisme externe. Le nombre limité de participante amène une réflexion sur la possibilité de généraliser les résultats à d'autres contextes de prélèvement d'organes .

Les questions de cette recherche reposent sur le modèle conceptuel de Roy. Aucune autre étude antérieure ne s'était intéressée à l'intégrité des infirmières de salle d'opération. Les résultats de cette étude représentent une tentative d'exploration d'intégrité des infirmières de salle d'opération face à l'intervention chirurgicale de prélèvement multi-organes. Cette étude de cas n'a pas de prétention de généralisation : elle vise plutôt à décrire en profondeur l'intégrité d'infirmières dans un contexte précis, un cas. Ce contexte a été décrit de façon à ce que les lecteurs éventuels puissent juger des éléments communs à leur propre contexte (Stake, 1995).

Nous croyons que notre étude permettra de révéler un savoir encore non exploré concernant l'expérience des infirmières lors de l'intervention pour prélèvement de plusieurs organes. Elle pourra servir de préalable à tout changement pour favoriser un niveau d'adaptation intégré des infirmières de salle d'opération.

**Chapitre 4**  
**Les résultats**

Ce chapitre présente les réponses aux trois questions de la recherche qui visent à révéler l'intégrité psychique, spirituelle, relationnelle, et sociale d'infirmières québécoises lors de l'intervention chirurgicale pour prélèvement multi-organes. Mais avant de répondre à ces questions, cette intervention sera décrite, telle qu'elle a été observée le 17 janvier 2003. Nous rapporterons ensuite le stimulus focal, les stimuli contextuels et résiduels, puis les réponses, les niveaux et les mécanismes d'adaptation tels qu'exprimés par les infirmières interviewées.

#### La description de la chirurgie pour prélèvement multi-organes

Le prélèvement multi-organes s'est effectué le 17 janvier 2003 dans une petite salle d'opération d'une superficie d'environ 3,7 mètres par 4,5 mètres (12 pieds x 15 pieds), éclairée avec des lampes fluorescentes. Cette description est un résumé de l'observation auquel s'ajoutent les commentaires des infirmières présentes qui en ont pris connaissance.

#### Avant le prélèvement.

La personne donneuse d'organes est installée sur la table d'opération située au centre de la pièce. Au pied, une table de type «Phélan», est couverte d'instruments divers. Une autre table au  $\frac{3}{4}$  perpendiculaire à la table «Phélan» est couverte de bassins prêts à recevoir d'éventuels organes. Une équipe de six infirmières, dont trois novices, est affectée à l'intervention chirurgicale. Malgré

le nombre important d'intervenants dans la salle, c'est-à-dire, une anesthésiste, une inhalothérapeute, six infirmières, l'atmosphère est plutôt calme. Le soir, la nuit ou la fin de semaine sont parfois vécues avec des restrictions importantes de personnel, ce qui augmente le stress face à l'intervention.

#### Pendant le prélèvement

L'intervention chirurgicale commence de la même manière que d'autres chirurgies majeures. Par contre, le stress est palpable dans la salle. La circulation de l'équipe de soins s'effectue rapidement sans contaminer les tables d'instruments. Le tout est très bien orchestré. Les infirmières bougent vite, ont la tête basse, se concentrent sur la tâche à effectuer. Peu de paroles sont échangées, seules les consignes essentielles sont verbalisées.

La participation de plusieurs équipes de chirurgiens est essentielle pour ce prélèvement multi-organes. La première équipe, soit l'équipe de chirurgie générale, est la seule connue par les infirmières parmi les quatre qui se présenteront. L'équipe cardiaque, l'équipe pour le prélèvement de la peau et l'équipe pour le prélèvement osseux proviennent tous de centres hospitaliers externes. Outre la méconnaissance des chirurgiens et de leurs instrumentations particulières, la barrière de la langue jumelée au stress du prélèvement cardiaque atteint son apogée pour l'infirmière « brossée » lorsque la scie sternale est activée. Par ailleurs, plus de dix-huit personnes circulent dans la petite salle. Le bruit et la tension augmentent, les mouvements des cinq infirmières en service externe se font plus rapidement, les gens parlent vite et

plus fort. Une deuxième infirmière experte se « brosse » pour remplacer la première infirmière en service interne qui quitte pour la journée.

Après le prélèvement cardiaque, les moniteurs hémodynamiques sont débranchés. L'anesthésiste, son équipe, l'équipe de chirurgiens cardiaques ainsi que les coordonnateurs de Québec Transplant attirés au prélèvement cardiaque quittent la salle. L'environnement redevient calme, la tension diminue. Le timbre de voix des infirmières est plus bas, presque un murmure. Après le prélèvement rénal et hépatique, l'infirmière en service interne demande à tous d'observer une minute de silence pour la patiente et quelques secondes sont allouées par toute l'équipe, sans questionnement. Le calme qui règne dans la salle témoigne du sentiment d'inconfort des infirmières vis-à-vis la personne donneuse d'organes.

Par ailleurs, un autre sentiment d'inconfort est décelé lorsqu'il y a annonce de prélèvement de la peau puisque peu d'infirmières présentes dans la salle ont, antérieurement, participé à ce prélèvement. Le prélèvement de la peau s'effectue après la reconstruction et au nettoyage du corps de la patiente, qui est dénudée. Une des infirmières en service externe recouvre systématiquement le corps. Elle estime qu'il existe un manque flagrant de respect envers les personnes et plus particulièrement envers les gens décédés. À ce point-ci, deux infirmières demeurent dans la salle, une en interne et une en externe. L'équipe de chirurgiens qui prélèvent la peau émet certains commentaires disgracieux quand à l'état de la peau de la patiente qui bouleverse l'infirmière en service interne et qui vient confirmer, selon elle, le manque de respect d'une personne

qui a eu le courage et la générosité de faire le don de ses organes. De plus, ce genre de commentaire justifie, selon elle, son incapacité à signer sa carte soleil pour le don d'organes.

Le dernier prélèvement de la journée a été le prélèvement osseux. La stérilité pour ce genre de prélèvement n'est pas aussi imposante qu'elle l'est pour les autres organes. Ces médecins sont gantés mais pas blousés et ne nécessitent pas l'aide d'infirmières en service interne. À ce point-ci, l'atmosphère est calme. Une infirmière demeure et voit au bon fonctionnement de la salle. À la fin du prélèvement osseux, les orthopédistes recouvrent le corps nu de la personne donneuse d'organes avec une couverture de flanelle.

#### Après le prélèvement

À la fin de cette intervention chirurgicale qui a duré six heures, l'infirmière effectue les soins post-mortem, appelle les préposés qui enveloppent le corps dans un linceul et le dirige vers la morgue.

#### Les stimuli décrits par les infirmières

Un stimulus est ce qui provoque une réponse. Ils sont de trois types : le stimulus focal, les stimuli contextuels et les stimuli résiduels.

#### Le stimulus focal

Dans la présente étude, l'intervention chirurgicale de prélèvement multi-organes est considérée comme le stimulus focal auquel sont confrontées les infirmières. Le prélèvement multi-organes est perçu par les infirmières interviewées comme ayant plusieurs facettes. Les infirmières décrivent l'intervention, à partir de la perspective du donneur, comme un véritable don de

vie et comme un dépouillement. Elles la décrivent aussi, à partir de leur propre perspective, comme étant une chirurgie exigeante et stimulante.

Don de vie et dépouillement La perspective du donneur est décrite par les infirmières (infirmières 1, 2, 3 et 5) d'abord et avant tout comme étant « un beau geste, « un grand geste », « un beau don, un don de vie ». D'ailleurs, l'une des infirmières interviewées (infirmière 2) décrit l'intervention du don d'organes comme étant une intervention de « la mort qui donne la vie ». Malgré la grandeur du don, ces infirmières interviewées (infirmières 1, 3 et 4) décrivent aussi le prélèvement multi-organes tel :

« Un dépouillement ... presque tous les organes sortent les uns à la suite des autres » (extrait du résumé no 1) « ils prennent tout, tout, tout », « ils se garochent sur le patient et veulent tout avoir et tout enlever ... « ils arrivent et ça presse, il faut qu'ils prennent, qu'ils prélèvent » (extrait du résumé no 3).

Ainsi, la dissection abdominale est longue et puis, « tout sort d'une claqué » (extrait du résumé no 1). Lorsqu'elle aborde le prélèvement osseux, plusieurs infirmières (infirmières 1, 3, 4 et 6) éprouvent une répulsion en imaginant un membre désossé. D'ailleurs, une infirmière (infirmière 4) parmi celles qui n'a jamais participé à un tel prélèvement va jusqu'à comparer l'arrivée de l'équipe d'orthopédie à l'arrivée de vautours,

« C'est quelque chose les os, c'est souvent en dernier, ils arrachent, ils viennent chercher la peau pis on dirait que c'est comme des carnivores qui viennent chercher le reste ... ils vont tout te charcuter, ça pas de bon sens, je voyais comme un poulet que tu désosses » (extrait du résumé no 4).

Pendant la séance de *member checking*, un infirmier avec expérience abonde en affirmant que l'arrivée de certains chirurgiens rime avec l'arrivée des vautours. De plus, il estime qu'on ne doit pas perdre de vue ce qui est fait, c'est-à-dire une intervention chirurgicale sur une personne décédée.

Par ailleurs, certaines infirmières expertes (*member checking*) ont insisté sur les différences d'un prélèvement osseux ou de la peau, comparées à d'autres prélèvements. Ces infirmières ont l'impression que la mutilation est plus grande lorsque le prélèvement laisse des traces. Certaines infirmières iront même jusqu'à dire que ces prélèvements « abîment le corps ». Par ailleurs, une infirmière avec 30 ans d'expérience estime qu'agir sur un corps pour une intervention chirurgicale traditionnelle est très différente que d'agir sur un corps décédé d'une mort cérébrale. Elle décrit :

« Les os ne saignent plus, les muscles sont bleus, il y a une odeur qui s'installe lorsqu'arrive le prélèvement des os et de la peau puisque la personne est morte depuis un certain temps, habituellement l'intérieur du corps est chaud alors que pour cette intervention il est froid, j'ai l'impression d'être en salle d'autopsie plutôt qu'en salle d'opération. ».

Expérience stimulante et exigeante. Les infirmières interviewées considèrent la chirurgie pour prélèvements multi-organes comme une expérience, à la fois stimulante, à la fois exigeante car déshumanisante.

D'une part, l'expérience de vivre l'urgence de l'intervention est très excitante. Cette urgence est reliée au temps d'ischémie qui est vital pour les organes et qui impose des règles quant à la séquence du prélèvement. Or, en dépit du niveau important de stress pour les infirmières de salle d'opération,

elles aiment l'intervention chirurgicale sur le plan technique « c'est l'opération qui me fait le plus tripper » (extrait du résumé no 3). Ce qu'elles n'aiment pas c'est « la façon dont les gens le font » (extrait du résumé no 3).

D'autre part, ce bouillonnement est exigeant, principalement à cause de la multitude d'intervenants souvent inconnus des infirmières et l'acheminement du donneur vers la morgue. Parmi les intervenants figurent les chirurgiens préleveurs. Dans le présent cas, seulement un chirurgien sur cinq travaillait dans l'établissement même, « Dr. B. même lui quand il est arrivé, ça fait pas tellement longtemps qu'il est là pis quand il est arrivé, ses pinces il les nommait différemment » (extrait du résumé no 3). Ce scénario familial interpelle une infirmière (infirmière 3) puisqu'elle estime que les infirmières doivent modifier, adapter et harmoniser les pratiques de soins afin de maximiser le rendement de l'intervention, « il y a trop de monde, de brouhaha, les machines qui font du bruit, deux ou trois préleveurs, plusieurs infirmières... à un moment donné on vient qu'on s'entend plus » (extrait du résumé no 3). De plus, la séquence de prélèvement des organes lors d'un prélèvement multiple peut varier selon l'état des organes de la personne donneuse. L'état des organes est confirmé à l'ouverture de l'abdomen et du thorax. Pour certaines infirmières plus novices, cette incertitude est éprouvante, " on commence-tu par le cœur, on commence-tu par les poumons, c'est par quoi qu'on commence pour un donneur multiple " (extrait du résumé no 4).

Après le prélèvement, le patient est acheminé vers la morgue plutôt que vers les soins intensifs ou la salle de réveil. Une infirmière (infirmière 3) décrit

qu'elle a eu l'impression qu'elle livrait un corps vide de ses organes au camion de la maison funéraire, « il faut aller le porter à la morgue parce que le camion l'attend (...) j'avais l'impression de me dépêcher pour aller vider ça tout de suite ». Elle estime que le côté humain est perdu dans l'intervention, ainsi elle exprime « tu as l'air charognard » (extrait du résumé no 3).

#### Les stimuli contextuels.

Les stimuli contextuels sont tous les autres stimuli qui existent dans une situation et qui enrichissent et contribuent aux effets du stimulus focal. Ainsi, pour le cas présent, les stimuli contextuels sont décrits principalement par la déclaration de la mort cérébrale, l'organisation du bloc opératoire et l'atmosphère en phase pré, per et postopératoire de la salle pendant un prélèvement multi-organes.

La déclaration de la mort cérébrale. Les caractéristiques du donneur sont particulières lors d'un prélèvement multi-organes puisque que le patient donneur d'organes est mort avant d'entrer à la salle d'opération. D'ailleurs, la déclaration de mort cérébrale se fait loin des yeux et de la conscience des infirmières de salle d'opération. En effet, la déclaration de mort cérébrale de la personne donneuse d'organes s'est effectuée aux soins intensifs du même hôpital, sans la présence d'infirmières de la salle d'opération.

L'organisation du bloc opératoire. L'organisation du bloc opératoire pendant un prélèvement multi-organes est complexe. Cette organisation exige un équilibre entre l'expertise et la disponibilité des infirmières en fonction des autres chirurgies en cours. En tout, six infirmières étaient affectées au

prélèvement multi-organes. Parmi celles-ci, trois auraient dû travailler en chirurgie générale, une agissait en tant qu'infirmière monitrice et une autre était affectée à une autre salle. Enfin, la sixième était de l'extérieur. L'intervention chirurgicale a duré six heures, sans compter le temps nécessaire à la préparation de la salle et des tables d'instruments en phase préopératoire et au nettoyage en phase postopératoire. Ceci perturbe l'organisation d'un bloc opératoire.

Plusieurs infirmières estiment qu'un prélèvement multi-organes est déstabilisant indépendamment du moment de la journée où il est effectué, parce qu'il bouscule le programme opératoire régulier et qu'il engendre un stress supplémentaire sur le personnel «c'est une grosse organisation» (extrait du résumé no 2). Toutefois, pendant le *member checking*, certaines infirmières estiment qu'un prélèvement multi-organes effectué les jours de semaine, pendant la journée, est un prélèvement effectué dans des conditions idéales. Un prélèvement multi-organes est plus souvent qu'autrement effectué le soir, la nuit ou la fin de semaine et est parfois vécu avec des restrictions importantes de personnel, ce qui augmente le stress face à l'intervention.

De plus, une d'entre elles (infirmière 3) croit que le manque de communication entre les divers professionnels de la santé contribue à l'apparence du manque de cohérence. La session du *member checking* a permis aux infirmières de commenter sur l'aspect du soutien nécessaire et absent de l'organisme de Québec Transplant. Les infirmières souhaitent que Québec Transplant les considère comme membres inhérents de l'équipe, contribuant à la réussite du prélèvement. À ce titre, elles soulèvent leur curiosité face au

dénouement du prélèvement et aimerait, « aller plus loin de ce qu'on voit ». Elles ont aussi exprimé le besoin de se faire entendre à la suite d'un prélèvement : « comment ont-elles vécu ça ». Les infirmières ont également élaboré sur leurs frustrations lorsque les organes sont placés au frigo et qu'une transplantation n'aura pas lieu. Elles expriment le sentiment de ne pas avoir fait leur travail.

L'atmosphère de la salle d'opération. L'atmosphère de la salle d'opération pré, per, et postopératoire pour un prélèvement multi-organes est inusitée, inhabituelle, et plutôt dérangeante pour les infirmières qui y travaillent.

La phase préopératoire se caractérise, pour une infirmière (infirmière 1), par un manque de chaleur à l'entrée du patient. Habituellement, les infirmières accueillent le patient à la salle d'attente de la salle d'opération en se présentant, le questionnent sur sa compréhension de la chirurgie, vérifient le consentement, les formules sanguines et les signes vitaux tout en lui inspirant confiance face à l'intervention chirurgicale, « je fais mon vrai travail d'infirmière c'est quand mon patient rentre je lui dis 'bonjour', je le rassure, je le réconforte avant qu'il aille se faire opérer, ça c'est mon travail d'infirmière soignante ». Or, le premier contact des infirmières de salle d'opération avec une personne donneuse d'organes se fait généralement aux soins intensifs et l'échange d'information concernant le statut hémodynamique du patient intubé et cliniquement mort est plutôt effectué d'infirmière à infirmière. Par ailleurs, une infirmière (infirmière 2) estime qu'elle entretient une relation spéciale avec cette personne

inconsciente et donneuse d'organes, à son entrée dans la salle. Elle exprime le désir de vouloir parler à cette personne et de l'emballoter encore plus, « quand je la reçois les quelques secondes que je la reçois, là j'aurais le goût de lui parler pis de l'emballoter encore plus, tu sais, elle est inconsciente là mais j'ai énormément de respect pis de reconnaissance de ce grand don-là » (verbatim no 2).

Pendant la phase peropératoire, le bruit des moniteurs et des professionnels de la santé qui interagissent est normal puisque, pour une chirurgie habituelle, un nombre restreint de gens est toléré. Or, ces barèmes sont quasi incontrôlables lors d'un prélèvement multi-organes, puisque le nombre des professionnels de la santé est augmenté et, par le fait même, les bruits qu'ils émettent.

Par contre, de façon générale, en salle d'opération, le silence témoigne d'un moment intense. Par exemple, lorsque le chirurgien canule une artère importante. Or, deux périodes silencieuses sont survenues lors du prélèvement multi-organes. Le premier silence brutal se manifeste à la fin des échanges entre chirurgiens et anesthésistes lorsque le respirateur et les signaux des moniteurs hémodynamiques arrêtent. Le deuxième silence arrive lorsque les infirmières effectuent les soins post-mortem.

Le silence est éprouvant.

« Sans avoir un espoir de vie pour le patient, c'est toujours quelqu'un qui a survécu, là il n'y a plus rien il n'y a plus de surveillant en haut, le moniteur est fermé, il n'y a plus rien, plus de son, plus de ce bruit-là que tu n'as plus, tu as les anesthésistes qui ne sont plus là, ils ne parlent plus, ils ne donnent plus d'indications pour l'héparine, ou si, ou ça. Le

chirurgien n'a plus à communiquer avec l'anesthésiste pour lui dire 'donne-lui telle affaire' » (extrait du résumé no 3).

Ainsi, une infirmière (infirmière 5) interviewée décrit la période où, «plus rien se passe» comme difficile. D'ailleurs, selon elle, ce moment précis est celui qui différencie l'intervention de toutes les autres. Elle décrit le contexte de l'arrêt du respirateur et des soins post-mortem comme étant particulièrement inhabituel pour une salle d'opération et soutient que les patients qui sont acheminés vers la salle d'opération le sont pour se faire opérer et retournent par la suite à leurs unités de soins respectifs : « la morgue n'est pas l'endroit où l'on envoie 99.9 % des gens » (extrait du résumé no 5). Pendant le *member checking*, à la mention des difficultés vécues par les infirmières de salle d'opération, deux infirmières sanglotaient et une a quitté la salle où s'effectuait la présentation. L'étudiante-chercheuse a par la suite appris que cette infirmière venait d'accepter qu'on ferme le respirateur de son enfant en mort cérébrale.

L'atmosphère de la salle en phase postopératoire, lors d'un prélèvement multi-organes, se vit avec beaucoup d'intensité et d'émotivité. Une autre période silencieuse a été observée et est soulignée par certaines infirmières (infirmière 3 et 5 ) lorsque les soins post-mortem sont effectués « quand c'est un donneur, pis qu'on enlève toutes les choses (tubes, intraveineuses, sondes) après, c'est comme silencieux »(extrait du résumé no 3). Une autre (infirmière 5) relate des moments où elle s'est retrouvée seule avec le patient, alors qu'il n'y a plus de bruit de moniteur hémodynamique et pendant qu'elle devait

«arranger le patient et le diriger vers la morgue »(extrait du résumé no 5). Cette infirmière explique difficilement les sentiments qu'elle éprouve à ce moment précis, «on sent comme un vide, je ne sais pas, il y a comme une absence, c'est dur à dire » (extrait du résumé no 5). Une autre infirmière (infirmière 1) relate des propos similaires concernant les soins post-mortem, « c'est très lourd, c'est comme si quelque chose venait nous écraser un petit peu »(extrait du résumé no 1). Par ailleurs, une infirmière (*member checking*) avoue prier pour la personne défunte lorsqu'elle effectue les soins post-mortem. D'autres (*member checking*) ont verbalisé le constat que les soins post-mortem sont effectués majoritairement par le même groupe d'infirmières, puisque peu d'entre elles sont confortables avec ses soins. Ces propos ont été corroborés par l'assistante infirmière chef et par l'infirmière chef.

Pour le cas à l'étude, l'infirmière (infirmière 2) a effectué les soins post-mortem seule (en présence de l'étudiante chercheuse), dans le silence, sans aucune plaisanterie et avec grande sobriété.

### Les stimuli résiduels

Les stimuli résiduels sont décrits comme étant tous les autres phénomènes survenant dans l'environnement interne ou externe pouvant avoir un effet sur le stimulus focal, mais dont les effets sont inconnus. Plus spécifiquement, les valeurs exprimées par les infirmières interviewées se concentrent particulièrement sur le geste du don d'organes comme tel. De plus, les croyances des infirmières de salle d'opération liées à l'âme de la personne

donneuse d'organes et à la mort cérébrale sont également abordées parmi les stimuli résiduels.

Valeurs entourant le don d'organes. En ce qui a trait au don d'organes, parmi les six infirmières interviewées, une seule (infirmière 1) était encline à donner, sans exception. D'ailleurs, elle est convaincue qu'à son décès, si son «don peut faire avancer la science, tant mieux» et que de toute façon elle se fera incinérer. Le manque de peau suite au prélèvement ne la préoccupe pas outre mesure, «que j'aie pas de peau où que j'en ai, dans la petite boîte, ça ne paraîtra pas » (extrait du résumé no 1).

Par contre, quatre d'entre elles (infirmières 3, 4, 5 et 6) ont exprimé le désir de donner leurs organes avec certaines exceptions. Les exceptions varient du refus de prélèvement de la peau (4/4) au refus de donner certains organes qui n'ont pas encore démontré de réussite probante en matière de greffe, tel que le pancréas ou le foie (2/4), « je ne suis pas d'accord avec tous les organes, surtout les greffes hépatiques, je ne me souviens pas d'en avoir vu survivre » (extrait du résumé no 5). Une seule infirmière (infirmière 2) refuse catégoriquement de faire le don de ses organes. Paradoxalement, elle sent qu'elle « participe à quelque chose de grand ». De plus, elle voit cette intervention comme «une journée de cadeaux» (extrait du résumé no 2). Toutefois, plusieurs infirmières interviewées s'accordent pour dire qu'elles appuient le principe de don d'organes dans le « fond » et non dans la « forme ». De plus, quelques infirmières (infirmières 2, 4) ont verbalisé leur réticence face à la promotion du

don d'organes, particulièrement lorsque la promotion s'adresse aux membres de leur famille.

Croyances associées à la mort cérébrale et à l'âme du donneur. Les croyances des infirmières interviewées portent sur la déclaration de la mort cérébrale et l'âme de la patiente.

Certaines infirmières (infirmières 1, 3 et 4) se questionnent sur le processus de la déclaration de la mort cérébrale. Deux infirmières (infirmière 1 et 3) ont l'impression et la crainte que le patient ne soit pas mort tant que le cœur et les poumons ne sont pas prélevés : « parce qu'on entend parler qu'il y a quelqu'un qui s'est fait débrancher pis qui est revenu » (extrait du résumé no 1). Une infirmière (infirmière 3) a la perception que tant que l'anesthésiste et son équipe sont présents dans la salle, à la tête du patient, c'est que « le patient est comme toujours vivant, qu'il a survécu » (extrait du résumé no 3). De plus, une infirmière (infirmière 4) croit que les familles des personnes donneuses d'organes ne comprennent pas toujours la déclaration de mort cérébrale. Elle estime que, pour ces familles, le patient « n'est pas vraiment mort » (extrait du résumé no 4) lorsqu'il quitte les soins intensifs pour le prélèvement multi-organes au bloc opératoire. Une infirmière (infirmière 1) a, par le passé, entendu des discussions avec divers professionnels de la santé : ces derniers mentionnaient que la mort cérébrale n'était pas encore déclarée et qu'ils devaient attendre la confirmation avant de procéder au prélèvement multi-organes. Cette même infirmière est plus dérangée avec la notion de la

déclaration de mort cérébrale qu'avec l'entrée de la personne donneuse d'organes dans la salle d'opération.

Une autre croyance est reliée à l'âme de la personne donneuse d'organes. Les infirmières (infirmières 3, 4 et 5) croient à différents degrés que l'âme de la personne donneuse d'organes est encore présente dans la salle. Pendant le *member checking*, les infirmières acquiesçaient d'un signe de tête aux paroles énoncées par l'étudiante-chercheuse, manifestant leur approbation. Certaines croient que l'âme flotte dans la pièce et une infirmière (infirmière 5) la perçoit dans la salle. Antérieurement, à l'étage, elle ouvrait la fenêtre de la chambre du défunt et laissait s'écouler deux heures avant de le déplacer afin de permettre à l'âme de s'envoler et à la famille d'être avec la personne. Or, les fenêtres au bloc opératoire sont scellées afin d'éliminer tout courant d'air et le patient est acheminé à la morgue à la suite des soins post-mortem. Une autre (infirmière 4) trouve difficile qu'une personne décède sans la présence de ses proches afin qu'ils « veillent le corps ».

#### Les réponses et les niveaux d'adaptation décrits par les infirmières

Afin de répondre à la deuxième question de recherche, nous traiterons des réponses et des niveaux d'adaptation tels que décrits par les infirmières interviewées.

Dans le cadre de notre étude, les réponses peuvent être considérées comme ayant atteint des réponses et un niveau d'adaptation inefficaces et ce, plus particulièrement pour le mode de concept de soi ainsi que pour le mode de l'interdépendance. D'autres révèlent des réponses et un niveau d'adaptation

intégré particulièrement dans le mode de fonction de rôle. Par ailleurs, les résultats témoignent d'un niveau d'adaptation compensatoire dans le mode d'interdépendance et dans le mode de concept de soi.

Réponses d'adaptation dans le mode de concept de soi.

Le mode de concept de soi se rapporte aux caractéristiques psychologiques et spirituelles d'une personne. Pour notre étude, ce mode reflète le désir d'engagement mitigé face au don d'organes pour les infirmières interviewées. Quatre infirmières (infirmières 1, 3, 5 et 6) sur six sont à l'aise avec la promotion du don auprès de leur proche (4/6). Deux infirmières (infirmières 2 et 4) n'en n'ont jamais discuté. D'ailleurs, une d'entre elles (infirmière 4) estime que le choix de donner leurs organes doit venir des personnes elles-mêmes, «il faut que ça vienne d'eux autres mêmes, c'est un choix personnel » (extrait du résumé no 4).

Une autre infirmière (infirmière 3) adhère à la notion de partage de ses organes à sa mort dans un but de sauver un être humain :

« si tes organes peuvent servir à quelqu'un (...) et que tu peux sauver ou prolonger la vie de quelqu'un de deux, cinq ou dix ans, je trouve que c'est un certain avantage (...) ils peuvent tout lui enlever une fois morte, par contre, j'aime moins ça quand je vois les gens à qui on enlève la peau, les os, les yeux (...) son corps ne lui sert plus à rien une fois morte, qu'elle a d'autres choses à vivre, dans une autre dimension (...) l'enveloppe charnelle ne me dérange pas » (extrait du résumé no 3).

D'ailleurs, cette infirmière (infirmière 3) avait signé sa carte de don d'organes bien avant de travailler à la salle d'opération. Depuis qu'elle y travaille, elle continue de vouloir donner ses organes. Par contre, une autre infirmière

(infirmière 4) interviewée admet s'être posée la question, « est-ce que moi j'ai toujours voulu donner mes organes? » et confesse ne plus savoir la réponse. Elle avait antérieurement signé sa carte de don. Elle n'a pas signé sa carte récemment renouvelée. Elle a été influencée négativement lors du prélèvement multi-organes effectué le 17 janvier dernier, surtout par le fait qu'on pouvait prélever des os. Sur sa carte soleil, elle pense inscrire prélèvement d'organes internes seulement. Paradoxalement, elle avoue avoir toujours dit, « qu'ils prennent ce dont ils ont de besoin...si ça peut servir à quelqu'un d'autre » (extrait du résumé no 4).

En dépit du fait qu'une infirmière (infirmière 3) n'a jamais vu de prélèvement osseux, elle décrit le prélèvement de la peau et des os comme étant agressant en se basant sur le témoignage d'infirmières qui l'ont vécu. Cette infirmière (infirmière 3) s'associe à la personne donneuse d'organes et imagine comment elle se sentirait « s'ils prélevaient mes os ». Elle imagine le corps avant et après le prélèvement d'os « il n'y a plus de tonus, il n'y a plus de rigidité » (extrait du résumé no 3) et ressent un peu de dégoût.

Une autre infirmière (infirmière 2) accompagne le patient avec intensité dans le bonheur ou le malheur de l'expérience de soins du patient. Ainsi, elle s'investit entièrement avec ses patients, antérieurement à la salle d'accouchement, maintenant à la salle d'opération. D'ailleurs, selon elle, afin de sauver sa peau dans cet univers de misère, elle se doit de lâcher prise sur le plan des émotions. Elle estime être « plus compétente » ainsi. À cinquante trois ans, c'est avec un certain recul qu'elle gère ses émotions. Après trente deux ans

de service, son vécu et ses expériences personnelles font qu'elle voit la vie autrement que lorsqu'elle était novice dans la profession. Cette infirmière (infirmière 2) éprouve un intense sentiment de respect et de reconnaissance face à la personne donneuse d'organes. Elle est immensément impressionnée par ce don de vie «que la famille ou elle-même ait décidé ça». Elle éprouve beaucoup d'admiration pour la personne donneur d'organes puisque que celle-ci a signé sa carte de don lorsqu'elle était consciente. Ainsi, elle exprime le fait qu'elle trouve la patiente «bien meilleure qu'elle» puisque elle n'a pas signé sa carte de don. Pour sa part, cette infirmière (infirmière 2) n'a pas le goût de vivre ça et ne se sent pas capable de se rendre jusque là.

#### Réponse d'adaptation dans le mode de fonction de rôle

Le mode de la fonction de rôle se réfère aux "attentes d'une personne occupant une position par rapport à une autre, occupant une autre position". La fonction de rôle que les infirmières interviewées occupaient a été clairement identifiée. Dans le cas étudié, deux infirmières se sont relayées pour les fonctions d'infirmière «brossée» en service interne et quatre, pour le service externe. Après l'annonce de l'intervention chirurgicale, une infirmière (infirmière 1) a effectué l'organisation des tables d'instruments, des bassins et des champs stériles pour couvrir le patient avec la collaboration des quatre infirmières en service externe. D'ailleurs, la première infirmière brossée (infirmière 1) a eu le sentiment «d'avoir accompli une grosse besogne» (extrait du résumé no 1).

La deuxième infirmière (infirmière 2) s'est « brossée » lors du prélèvement des organes jusqu'au prélèvement osseux. Elle s'est sentie très valorisée lorsque les infirmières présentes dans la salle l'ont accueillie avec grand soulagement démontrant ainsi une reconnaissance de ses compétences.

Pour notre cas à l'étude, la perception du groupe (infirmière externe et infirmière interne) par rapport à l'efficacité et l'imputabilité (performance de rôle) de celui-ci témoigne d'un niveau d'adaptation intégré dans le mode de fonction de rôle.

Parmi les infirmières en service externe, deux étaient moins expérimentées face à l'intervention chirurgicale. D'ailleurs, une d'entre elles (infirmière 4) n'avait jamais vu une intervention chirurgicale pour prélèvement multi-organes dans sa totalité. Elle avait effectué des séquences d'interventions fractionnées dans le temps. L'autre infirmière (infirmière 5) en était à sa toute première intervention en tant qu'infirmière en service externe, « je me sentais inutile, je tournais en rond » (extrait du résumé no 5). De plus, elle avoue son sentiment d'hésitation face à l'inconnu, relié aux étapes et au processus en général, de cette intervention. Ainsi, puisqu'elle en était à sa première expérience, elle ne s'attendait pas à la perfection dans ses gestes, ses actes et ses réflexes d'anticipation face aux besoins des chirurgiens et de l'infirmière en service interne. Les infirmières (infirmières 1, 4 et 5), les plus novices, se sont davantage concentrées sur la tâche et sur leurs performances « j'étais comme paniquée, j'avais peur de ne pas avoir tout ce qu'il me fallait » (extrait du résumé no 1), « (...) de me retrouver toute seule avec quelqu'un pas habitué

(...), on était deux pas habituées. Oh là ! On a moins aimé ça ! »(extrait du résumé no 4), « moi, étant donné que c'était la première fois, je me sentais stressée d'une part à cause de l'irrigation (...) »(extrait du résumé no 5). Toutefois, les infirmières plus novices interviewées ont exprimé un cheminement émotionnel entre les deux entrevues car elles ont pu participer à d'autres chirurgies pour prélèvement multi-organes. Ce cheminement a permis de canaliser le stress face à l'inconnu à un tel point qu'une infirmière (1) est maintenant sur la liste d'appel lorsqu'il y a une personne donneuse d'organes apte à subir un prélèvement multi-organes.

Par ailleurs, les infirmières (infirmières 2 et 3) plus expertes ont une vision du patient qui enveloppe le vécu, le décès et l'intervention chirurgicale de la personne donneuse d'organes. La personne donneuse d'organes est mise au premier plan dans leurs pensées plutôt que leurs performances face à l'intervention chirurgicale. Une de ces infirmières (infirmière 3) assistant en service externe pendant le prélèvement s'est sentie moins impliquée et plutôt comme une accompagnante, puisqu'elle n'agissait pas comme infirmière en service interne ni externe. Son rôle était un rôle de soutien et de vérification des connaissances auprès des infirmières novices dans la salle et elle a été présente dans la salle, de façon sporadique, pendant l'intervention.

Somme toute, plus d'une (infirmières 1,2 et 3) s'accordaient à dire que le cas effectué le 17 janvier « était bien structuré » (extrait du résumé no 1), « le prélèvement effectué cette journée-là s'est fait dans la règle de l'art » (extrait du résumé no 3).

### Réponses d'adaptation dans le mode d'interdépendance

Le mode de l'interdépendance fait référence aux mécanismes de coping, c'est-à-dire la capacité de recevoir et de donner de l'amour, du respect et des valeurs.

Dans notre étude, ce mode se traduit pour certaines infirmières (infirmières 2 et 3) interviewées par l'ambivalence dans l'art de soigner. Ainsi, ces infirmières, plus expertes et expérimentées semblent être tantôt détachées, tantôt liées face à leurs émotions et la personne donneuse d'organes. Or, une infirmière (infirmière 3) sent l'émotion et la douleur de la famille et estime être « plus marquée » lorsqu'elle voit la famille souffrir et pleurer sur la personne donneuse d'organes que lorsque la personne donneuse d'organes arrive à l'étage sans famille. Elle garde la tête froide lorsqu'il n'y a aucun membre de la famille présent. D'ailleurs, c'est grâce à cette froideur qu'elle fait face à cette intervention, « c'est un donneur cadavérique, c'est un patient comme les autres patients qu'on opère ». Elle estime que ce mantra lui permet d'accepter l'intervention chirurgicale. Par contre, ce jour-là, une autre infirmière (infirmière 2) a honte d'avouer qu'elle n'a ressenti aucune peine face à la personne donneuse d'organes. Elle ne veut plus ressentir de peine, « c'était fini, les cadeaux étaient tous là, c'était merveilleux, ils avaient été distribués et le reste ne m'appartient pas » (extrait du verbatim no 2).

La première réaction d'une autre infirmière (infirmière 3) est de dénoncer le manque de respect à la personne donneuse d'organes :

« je voudrais que tout le monde respecte ça de la même manière parce que je me dis toi vivante, qu'on endort, qu'on va opérer, je voudrais qu'on respecte ton corps, toi morte on va prélever tes organes. Je voudrais qu'on te respecte autant. Tu sais, c'est toujours le même respect à quelque part pis oui peut-être que ça va me déranger plus pis ça va me déranger qu'il le fasse à une personne vivante endormie, anesthésiée, ça va me déranger beaucoup mais encore plus que ça va peut-être venir me chercher, encore plus je vais peut-être me sentir plus insultée. Je vais dire, je vais dire bien c'est pas parce qu'il est mort que tu sais agir de telle façon » (extrait du verbatim 3b).

Cette infirmière (infirmière 3) aimerait que les professionnels de la santé traitent les patients comme si la personne étendue sur la table d'opération était une personne de leur famille. Elle déplore et trouve inacceptable qu'une personne soit laissée nue sur la table d'opération, sans raison. Ainsi, lorsqu'elle est entrée dans la salle et a vu la patiente complètement nue lors du prélèvement du 17 janvier 2003, elle l'a recouverte d'une couverture chaude. En pensant à ces expériences antérieures, elle relate le fait d'avoir été ridiculisée la première fois qu'elle avait fait un tel geste. Selon ses collègues, la patiente est morte. Elle déplore le manque d'éthique en général mais elle le dénonce davantage lorsque le patient est décédé.

Elles (infirmières 2, 3, 4 et 6) dénoncent « un manque d'éthique et de respect » des professionnels de la santé envers la personne donneuse d'organes, « ça rit fort, ça crie, ça se dit des choses, les succions marchent, tout le monde se parle de n'importe quoi, excepté du respect de la personne qui est là » (extrait du résumé no 2). Selon les infirmières (infirmières 2, 3, 4 et 6), le respect doit se manifester envers la personne donneuse d'organes, envers le corps humain et envers le grand geste du don de soi. Or, une infirmière interviewée (infirmière

2) n'aime pas la relation que les professionnels de la santé ont envers la personne donneuse d'organes et plusieurs (infirmières 2, 3, 4 et 6) sont profondément choquées par le manque de respect envers la personne. Selon une infirmière (infirmière 2), les personnes donneuses d'organes ne savent pas ce qu'elles s'en viennent « vivre » en signant la carte :

« c'est de l'inconnu et je les laisse là-dessus avec le don de générosité que malheureusement, j'ai perdu (...) peut-être que la patiente n'avait pas vu ce qui se passait dans la salle lorsqu'elle a signé»(extrait du résumé no 2).

Une infirmière (infirmière 2) juge que les professionnels de la santé sous-estiment le grand geste de don qu'effectue la personne puisque le contexte entourant l'intervention lors de la chirurgie même ne se prête pas à la grandeur du geste. Par contre, elle soutient aussi que les professionnels de la santé gèrent leurs émotions comme ils le peuvent. À titre d'exemple, elle est entrée un jour dans une salle, pendant que deux résidentes prélevaient la peau et que la musique était très forte, « CHOM FM », une station de musique rock. Elle s'est dite que c'était correct, que c'était leur façon de «dealer» avec ça, que ces «résidentes voyait sûrement les bénéfices de greffer la peau et que, malheureusement, ces bénéfices passaient par une partie moins intéressante » (extrait du résumé no 2), c'est-à-dire le prélèvement. Dans notre étude, la radio n'était pas en fonction. D'ailleurs, ce jour-là, hormis le bruit des machines, des moniteurs et des discussions des professionnels de la santé, le bruit dans la salle était très limité, le timbre des voix était calme, sobre et respectueux.

La qualité et la nature des relations à l'intérieur du groupe, les relations

de collaboration existant entre les groupes d'infirmières et les organisations extérieures témoignent du niveau d'adaptation compensatoire dans le mode d'interdépendance pour certaines infirmières interviewées.

Une infirmière (infirmière 2) estime avoir lâché prise sur une multitude de gestes et paroles exprimée par le personnel (infirmier et médical) et ce, afin de survivre. Malgré tout, elle éprouve un grand sentiment d'appartenance avec son milieu, son hôpital, ses chirurgiens. En fait, elle estime que toutes les infirmières présentes dans la salle sont « plus confortable quand c'est nos chirurgiens » (extrait du résumé no 2). Or, elle a apprécié la gentillesse et la chaleur humaine qui se dégageait de la chirurgienne qui prélevait la peau et qui provenait d'un centre hospitalier de l'externe, puisque celle-ci a aidé les infirmières de la salle à nettoyer le corps et à extuber la personne donneuse d'organes. Ces tâches ne sont pas habituellement pratiquées par la chirurgienne qui prélève la peau. L'infirmière (infirmière 2) a été plongée, « dans un climat de bien-être,... pour faire ce qu'on faisait ». Elle a également été grandement impressionnée par le geste des orthopédistes qui ont recouvert d'une couverture la patiente donneuse d'organes, dénudée après le prélèvement des rotules. Sur ce, elle estime ne pas « avoir vu la beauté d'un tel geste depuis belle lurette » (extrait du résumé no 2). De part ses expériences antérieures, c'est avec dissidence qu'une infirmière (infirmière 2) a vécu avec des émotions variées et avec le manque d'éthique de l'équipe pendant les interventions chirurgicales des prélèvements multi-organes. D'ailleurs, elle déplore les commentaires disgracieux entendus tout au long de sa carrière de la part de divers

divers professionnels de la santé. Elle estime que le geste de donner ses organes est tellement grand que certains commentaires la heurtent, tels que, «elle s'est-tu faite le poil (...) je ne peux prendre la peau là il y a plein de vergetures » (extrait du résumé no 2).

#### Les mécanismes d'adaptation décrits par les infirmières.

La troisième question de notre étude portait sur les mécanismes d'adaptation qui comprennent deux types de sous-système : cognitif et régulateur, définis comme des façons innées ou acquises d'interagir avec l'environnement changeant. Nous traiterons du sous-système cognitif qui intègre l'information physique, psychologique et sociale pour soutenir, par voie affective (les émotions), des modifications qui assurent l'intégrité de l'infirmière. Certaines stratégies d'adaptation de coping tels que le contrôle, l'attachement et l'intellectualisation tels que décrits par Lazarus et Folkman (1984) seront également abordés. Pour notre étude, la quête d'information (le contrôle), l'identification face à la personne donneuse d'organes (l'attachement) ainsi que l'empathie (l'intellectualisation) représentent les mécanismes d'adaptation pour les infirmières interviewées.

#### La quête d'information sur la personne donneuse d'organes.

L'information est un des principaux mécanismes d'adaptation car les infirmières interviewées (infirmières 1,2,4) craignent de connaître la personne donneuse d'organes. D'ailleurs, une infirmière (infirmière 1) regarde toujours l'âge et le nom du patient. Elle associe les jeunes donneurs d'organes avec certains membres de sa famille, c'est-à-dire ses neveux ou sa sœur en fonction

de l'âge et se dit incapable de faire face à une situation dans laquelle elle connaîtrait la personne donneuse d'organes. Malgré sa curiosité naturelle, elle n'en éprouve aucune concernant la cause du décès et ne pose jamais cette question.

Par contre, une autre infirmière (infirmière 2) est toujours curieuse de connaître la cause du décès de la personne donneuse d'organes. Selon elle, la situation familiale de la personne décédée est infiniment triste d'autant plus que, dans ce cas-ci, « la patiente avait 41 ans et des enfants ». Une autre infirmière (infirmière 4) cherche toujours à connaître l'âge et la cause du décès. Lorsqu'elle est assignée à la salle, elle cherche personnellement l'information dans le dossier du patient. Elle défend sa quête d'information comme étant au-delà de la curiosité et estime que cette prise de conscience d'information humanise l'intervention chirurgicale « ça rend le fait plus humanitaire ». De plus, elle avoue que même si elle n'est pas présente dans la salle au moment d'un prélèvement multi-organes, elle se renseigne sur la cause du décès et de l'âge. Les infirmières s'approprient l'information et contrôlent leur participation ou non de soigner la personne donneuse d'organes.

L'identification à la personne donneuse d'organes. Face à la personne donneuse d'organes, les infirmières font un retour sur soi, un retour sur leur vie. Ainsi, tout dépend de l'âge, de la cause du décès et pour une infirmière (infirmière 3) du genre (masculin versus féminin) du patient donneur, toutes les infirmières interviewées s'identifient à la personne décédée. D'ailleurs, si la personne donneuse d'organes est jeune, les infirmières l'associent à leur propre enfant ou

petit enfant. De par ses expériences antérieures, une infirmière (infirmière 6) a même été témoin d'infirmières qui ont versé des larmes, surtout lorsque le donneur est un jeune enfant. Or, si la personne donneuse d'organes est du même âge que les infirmières dans la salle, elles sont aussi touchées par sa mort et elles portent un regard introspectif sur leur propre vie. D'ailleurs, dans le cas à l'étude, une infirmière (infirmière 2) verbalise ainsi ce retour sur soi :

« la situation familiale de la personne décédée est infiniment triste d'autant plus que, dans ce cas-ci, la patiente avait 41 ans et des enfants(...) si la personne a dans la vingtaine, ça commence à rejoindre mes enfants pis je ne veux pas tout ça » (extrait du résumé no 2).  
 « On dirait que les hommes en tant que tels, ça me perturbe moins, les femmes et les jeunes ça va me perturber plus » (extrait du résumé no 3).

Une infirmière (inf. 4) pense que plus une personne donneuse d'organes est jeune, plus c'est désolant pour la famille qui reste : «c'est plate pour la famille, le jeune, lui, il est mort. Ça ne me dérange plus pour lui c'est eux qui sont autour, c'est ça surtout» (extrait du résumé no 4).

En s'identifiant à la personne donneuse d'organes, les infirmières touchent la douleur et la détresse du corps de la personne. Les infirmières débutent alors leur processus de deuil.

### L'empathie.

Parmi les mécanismes d'adaptation, les infirmières utilisent aussi l'empathie pour donner les meilleurs soins. Pour les infirmières interviewées, trois variables d'empathie se manifestent : la contagion émotionnelle, la préoccupation empathique et l'empathie transposée.

La contagion empathique. Une infirmière (infirmière 2) estime qu'elle entretient une relation spéciale avec la personne inconsciente et donneuse d'organes à son entrée dans la salle. Elle exprime le désir de vouloir parler à cette personne et de l'emballoter encore plus, « quand je la reçois les quelques secondes que je la reçois là j'aurais le goût de lui parler pis de l'emballoter encore plus. Tu sais, elle est inconsciente là mais j'ai énormément de respect pis de reconnaissance de ce grand don-là » (verbatim no 2).

La préoccupation empathique . Une (infirmière 3) déplore et trouve inacceptable qu'une personne soit laissée nue sur la table d'opération, sans raison et elle a recouvert la patiente lors de l'intervention. Elle déplore le manque d'éthique en général mais elle le dénonce davantage lorsque le patient est décédé. Cette même infirmière se dit peu dérangée par le prélèvement « si c'est bon pour quelqu'un et que ça peut sauver quelqu'un, ils me charcuteront s'ils le veulent, ça ne me dérange pas, je serai morte ». Elle considère que, « son corps ne lui sert plus à rien une fois morte, qu'elle a d'autres choses à vivre, dans une autre dimension », « l'enveloppe charnelle ne me dérange pas ». D'ailleurs, elle dit s'être répétée ce mantra à plusieurs reprises et croit que c'est la raison qui explique «qu'elle le prend mieux ».

L'empathie transposée. Une infirmière (infirmière 2) a été grandement impressionnée par le geste des orthopédistes qui ont recouvert d'une couverture la patiente donneuse d'organes, dénudée suite au prélèvement des rotules. Sur ce, elle estime ne pas « avoir vu la beauté d'un tel geste depuis belle lurette » (extrait du résumé no 2).

### Intégrité des infirmières

Nous avons exploré l'intégrité des infirmières québécoises de salle d'opération lors de l'intervention chirurgicale pour prélèvement multi-organes selon le modèle de Roy. On retrouve au tableau V les principaux résultats de notre recherche. Sur le plan des stimuli, les infirmières interviewées considèrent cette intervention comme étant une expérience stimulante, exigeante, déshumanisante et dépouillante. Par ailleurs, leur expérience est davantage troublante puisque le contexte dans lequel elle est vécue déstabilise à la fois le programme opératoire, le fonctionnement et la routine des patients habituellement opérés. L'intervention chirurgicale pour prélèvement multi-organes est unique puisqu'elle est effectuée sur des personnes cliniquement mortes. Ce bris de routine peu banal interpelle plusieurs infirmières dans leurs valeurs, leurs croyances et leurs pratiques de soins. Ainsi, les infirmières rebutent à donner tous leurs organes, une des infirmières refusant complètement. Elles considèrent qu'il s'agit d'un choix individuel. De plus, elles ressentent une ambivalence quant à la mort de la personne donneuse. Bien qu'elles comprennent rationnellement, le concept de mort cérébrale, la vie biologique cesse après le prélèvement du cœur et la vie spirituelle se poursuit même après que la chirurgie soit terminée. Ainsi, pour ces infirmières interviewées, des réponses adaptées ainsi que des niveaux d'adaptation intégrés se sont manifestés dans le mode de fonction de rôle puisque chacune d'entre elles occupait un rôle précis dans la dynamique du groupe. Somme toute, les infirmières interviewées se sont toutes accordées pour dire que l'intervention

s'est déroulée dans «la règle de l'art ». Toutefois, l'expertise des infirmières a été un facteur déterminant dans l'approche des soins de la personne donneuse d'organes ainsi que dans la gestion de l'intervention. Certaines, plus novices, se sont davantage concentrées sur la tâche et sur leurs performances. D'autres, plus expertes ont eu une vision du patient qui enveloppe le vécu, le décès et l'intervention chirurgicale de la personne donneuse d'organe.

Par ailleurs, les résultats démontrent que pour le mode de concept et d'image de soi, ainsi que pour le mode d'interdépendance, les réponses d'adaptation sont inefficaces et les niveaux d'adaptation sont compensatoires. Ainsi, parmi les six infirmières interviewées, une seule donne ses propres organes et ce, sans aucune exception. Quatre infirmières donnent avec l'exception des dons de tissus, deux donnent avec le refus de don de foie ou pancréas. Une infirmière refuse catégoriquement de faire le don, si minime soit-il, de ses organes.

Tableau V, Les principaux résultats de notre recherche

Question	Résultats globaux	Principaux thèmes
Stimuli	Stimulus focal vécu de façon paradoxale	Intervention chirurgicale pour don d'organes perçue paradoxalement comme : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Un don de vie et dépouillement</li> <li>- Une chirurgie stimulante et exigeante</li> </ul>
	Stimuli contextuels bouleversants sur les plans personnel, organisationnel et relationnel	Mort cérébrale déclarée hors de la conscience des infirmières Bouleversement de l'organisation du bloc opératoire et présence « d'étrangers » Atmosphère inconfortable en pré, per et postopératoire avec des silences tendus
	Stimuli résiduels menant à des prises de conscience individuelle	Choix individuels entourant le don d'organes, particulièrement certains organes Croyance en la vie du donneur : vie/mort biologique, mais vie spirituelle
Réponses et niveaux d'adaptation	Fonction de rôle <ul style="list-style-type: none"> <li>- Réponse intégrée</li> <li>- Niveaux intégrés</li> </ul>	Rôle précis effectué dans les règles de l'art et joué en fonction de la compétence : novices centrées sur les tâches et leur performance, expertes ouvertes à l'expérience globale.
	Concept et image de soi : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Réponse inefficace</li> <li>- Niveaux compensatoires</li> </ul>	Engagement mitigé du personnel dans le don d'organes Sentiment de dégoût ou dissociation entre les sentiments et les actions «pour survivre »
	Interdépendance <ul style="list-style-type: none"> <li>- Réponse inefficace</li> <li>- Niveaux compensatoires</li> </ul>	Ambivalence ou froideur vis-à-vis la personne donneuse, impression de manque de respect et d'éthique Grand sentiment d'appartenance envers l'équipe, malgré la reconnaissance de comportements jugés inacceptables
Mécanismes d'adaptation	Quête d'information	Besoin de connaître des détails sur la personne donneuse et peur de la connaître
	Identification	Identification à la personne donneuse selon ses caractéristiques et sympathie pour la famille Retrait, recul personnel face à ses propres valeurs
	Empathie	Partage d'émotion, préoccupation de la personne pour son bien-être, habileté de communiquer sujet émotionnel et sensible.

De plus, la qualité et la nature des relations à l'intérieur du groupe, les relations de collaboration existant entre les groupes d'infirmières et les organisations extérieures témoignent du niveau d'adaptation compensatoire dans le mode d'interdépendance pour certaines infirmières interviewées. D'ailleurs, une infirmière estime avoir lâché prise sur une multitude de gestes et paroles exprimées par le personnel (infirmier et médical) et ce, afin de survivre.

Parmi les mécanismes d'adaptation, certains furent plus rapides que d'autres chez les infirmières interviewées. Ces mécanismes d'adaptation se concentrent principalement autour de la quête d'information, l'identification face à la personne donneuse d'organes ainsi que de l'empathie manifesté par les infirmières pour la personne donneuse d'organes. La quête d'information gravite principalement autour des données nominatives du patient, c'est-à-dire son nom, son âge et la cause du décès. Plusieurs infirmières perçoivent cette quête comme une étape de justification importante face à l'intervention chirurgicale. D'ailleurs, elles estiment que l'information leur permet d'humaniser le prélèvement. De plus, elles s'accordent toutes pour dire que cette quête d'information les rassure davantage au fait qu'elles ne connaissent ni de loin ni de près la personne donneuse d'organes et leur donnent un sentiment de contrôle de participer ou non au prélèvement d'organes.

Un autre mécanisme d'adaptation manifesté chez les infirmières interviewées est l'identification des infirmières face à la personne donneuse d'organes. Les infirmières réagissent différemment selon l'âge et le vécu de la personne donneuse d'organes. Certaines pleurent lorsqu'il s'agit d'un enfant.

D'autres sont attristés lorsque la personne est une femme avec des jeunes enfants. Somme toute, les réactions sont chargées d'émotivité face à la personne donneuse d'organes et aux membres de sa famille. Les infirmières semblent réagir à différents degrés selon leur propre étape de vie.

Finalement, l'empathie manifestée par les infirmières interviewées pour les personnes donneuse d'organes est un autre mécanisme d'adaptation. Cette empathie se communique émotionnellement, c'est-à-dire que les infirmières expriment un souci de reconnaître le donneur comme une personne, malgré qu'elle soit morte en entretenant une relation spéciale avec la personne inconsciente et donneuse d'organes. La préoccupation empathique est manifestée dans l'exercice de leur fonction. D'ailleurs, une infirmière n'accepte pas qu'une patiente soit laissée nue sur la table d'opération sans raison et elle la recouvre systématiquement d'une couverture chaude, qu'elle soit vivante ou morte. Finalement, l'empathie transposée se manifeste par les agissements de l'équipe. D'ailleurs, cette journée-là, les orthopédistes ont recouvert d'une couverture la patiente donneuse d'organes, dénudée suite au prélèvement des rotules et certaines infirmières ont exprimées leur étonnement et réconfort avec certains professionnels face à cette action.

Pendant le *member checking*, un infirmier a exprimé son désaccord face au devis d'étude choisi par l'étudiante-chercheuse. Il a verbalisé son doute quant à la validité des résultats compte tenu qu'une seule observation de l'intervention chirurgicale pour prélèvement multi-organes a été faite. Toutefois, une infirmière de trente ans d'expérience a commenté que les

sentiments, les craintes, les appréhensions soulevées par l'étudiante-chercheuse se sont avérés des plus pertinents. Elle estime que les résultats reflètent l'expérience des infirmières de salle d'opération et que l'observation de plusieurs cas n'aurait pas changé ou invalidé les résultats évoqués et que les états d'âme sont les mêmes depuis son début de carrière. Une autre infirmière, a voulu dire devant tous qu'en dépit du fait que l'identité des infirmières participantes était anonyme, elle s'est dite fière d'avoir participé à une telle étude et qu'elle abondait dans le même sens, à savoir qu'une «observation d'un cas de a-z pendant sept heures, reflète la réalité». Elle ne croit pas que l'observation de plus d'un cas pourrait soulever plus de détails ou de sentiments que l'étude qui a été faite et elle remercie l'étudiante-chercheuse pour son intérêt sur le sujet.

Chapitre 5  
La discussion

Ce chapitre porte sur la discussion des résultats d'une étude de cas qui décrit l'intégrité des infirmières à la suite d'une intervention chirurgicale pour un prélèvement multi-organes. D'abord, les stimuli entourant le prélèvement multi-organes seront discutés, suivis des réponses, des niveaux et des mécanismes d'adaptation. Enfin, sont dégagées les recommandations potentielles de l'étude pour clore avec les pistes de recherches futures.

### Les stimuli

#### Le stimulus focal

Le stimulus focal représente l'intervention chirurgicale d'un prélèvement multi-organes, stimulus auquel les infirmières ont été confrontées dans leur pratique. Deux thèmes ont été soulevés. Le premier décrit l'intervention comme étant un don de vie et un dépouillement. Le deuxième considère l'intervention comme une expérience stimulante et exigeante.

Don de vie et dépouillement. Sur le plan émotionnel, l'intervention est vécue à différents degrés. D'une part, parmi les infirmières interviewées, toutes s'entendent pour dire que le prélèvement multi-organes est une intervention chirurgicale qui donne la vie. Plus d'une ont souligné la beauté du geste, la générosité gratuite de la personne donneuse d'organes. Cette générosité est d'autant plus importante aux yeux des infirmières que le don est effectué pour des étrangers. Klassen et Klassen (1996) appuient cette

notion du don généreux. D'autre part, plusieurs considèrent le prélèvement multi-organes comme un dépouillement et certaines infirmières interviewées comparent les orthopédistes qui viennent prélever les os, à des vautours. Les écrits de Wolf (1994) témoignent de réactions similaires, réactions d'horreurs de la part des infirmières de salle d'opération face au prélèvement multi-organes. D'ailleurs, ces infirmières décrivent l'emplacement physique des intervenants autour du patient « *from stem to stern* » (d'un bout à l'autre, traduction libre) et rapportent leur stupéfaction face aux préleveurs qui s'attardent seulement et uniquement à l'organe spécifique pour leur besoin. Les infirmières interviewées par Kiberd et Kiberd (1992) décrivent aussi le prélèvement multi-organes comme étant une intervention mutilante et irrespectueuse. Certaines infirmières sont dégoûtées par la nature mutilante des procédures, tels l'enlèvement des os ou de la peau. Ces mêmes auteurs rapportent que les infirmières de salle d'opération utilisent des termes telles la récolte ou la saisie quand elles parlent du prélèvement d'organes.

Expérience stimulante et exigeante. Nos résultats démontrent que sur le plan technique, cette intervention est fascinante pour les infirmières interviewées puisqu'elle combine plusieurs techniques chirurgicales majeures presque simultanément. Cette intervention constitue, donc un défi stimulant que des infirmières sont fières de relever avec brio. Ce résultat n'a pas été retrouvé chez d'autres auteurs. Wolf (1994) met l'accent sur la nature exigeante de l'intervention, tout comme les infirmières de notre étude. En effet, cet auteur décrit l'expérience d'une infirmière interviewée

comme étant plutôt « perturbante ». L'intervention dure pendant plusieurs heures avec la présence de plusieurs intervenants qui « se pilent sur les pieds » (Wolf, 1994, traduction libre, p. 980). Les infirmières de notre étude soutiennent également que la présence de chirurgiens d'origine culturelle différente de la leur contribue à la nature exigeante de l'intervention. Une étude récente (Regehr, Kjerulf, Popova, Baker, 2004) confirme le stress relié à la venue des différentes équipes de chirurgiens.

#### Les stimuli contextuels

Dans notre étude, trois thèmes ont été retenus pour décrire les stimuli contextuels. Le premier expose les craintes et l'incertitude des infirmières face à la déclaration de la mort cérébrale. Le deuxième décrit l'organisation du bloc opératoire pendant un prélèvement multi-organes. Finalement, le troisième rapporte l'atmosphère en phase pré, per et postopératoire.

La déclaration de la mort cérébrale. Les caractéristiques d'un donneur à la salle d'opération sont similaires à d'autres patients. La personne donneuse d'organes semble vivante puisqu'elle présente des signes vitaux stables, elle est intubée, reçoit plusieurs solutés, porte une sonde vésicale et sa peau est chaude au toucher. La différence est invisible : le diagnostic de mort cérébrale. Les infirmières de salle d'opération ont à composer avec ce diagnostic dès l'arrivée du patient (Kawamoto, 1992). Notre étude témoigne de questionnements et de craintes face au processus d'établissement du diagnostic de la mort cérébrale. Certaines infirmières iront même jusqu'à dire qu'elles craignent que la personne donneuse d'organes ne soit pas morte, tant que le cœur et les poumons ne sont pas

prélevés. Cette impression est renforcée par la présence de l'anesthésiste et de son équipe à la tête du patient. Par ailleurs, le diagnostic de mort cérébrale est généralement posé aux soins intensifs et les critères de décision ne sont pas communiqués aux infirmières de salle d'opération. D'ailleurs, Kawamoto, (1992) soutient qu'une des raisons expliquant la difficulté d'accepter la déclaration de la mort cérébrale est reliée au fait que les infirmières de salle d'opération ne participent pas au processus de la déclaration de la mort cérébrale. Plusieurs auteurs (Youngner et al, 1985, Crandall, 1987, Callender et Mathews, 1998, Kawamoto, 1992) s'accordent pour souligner l'incompréhension, le questionnement et l'inconfort des infirmières entourant le diagnostic de mort cérébrale. Truog et Robinson (2003) mentionnent que la déclaration de mort cérébrale est un dilemme qui est à la fois résolu et à la fois remis en question. Ces auteurs allèguent que l'incertitude face au moment du décès ne peut être résolue par un processus scientifique ou logique mais reflète un consensus social. D'autres (Callender et Mathews 1998, Crandall, 1992, Youngner et al, 1985) indiquent que les infirmières comprennent le concept de déclaration de mort cérébrale, mais seulement au niveau intellectuel. Au niveau émotionnel, elles trouvent difficile de faire abstraction des signes de vie apparents. Wolf (1991) décrit que les infirmières différencient la mort d'une personne du fait que celle-ci devienne une personne donneuse d'organes. La distinction de ces deux événements en deux entités permet aux infirmières de compartimenter et de «dealer» avec le dilemme qu'elles ont face à la déclaration de la mort cérébrale.

L'organisation du bloc opératoire. Des interventions chirurgicales urgentes surviennent assez fréquemment dans une unité spécialisée comme un bloc opératoire. Pourtant, l'imprévisibilité demeure un facteur de stress pour les infirmières. Les infirmières de notre étude se disent confortées dans la routine du déroulement de leur journée, grâce au programme opératoire régulier. Elles se sont dites déconcertées lorsque la routine organisationnelle est bousculée et qu'il y a annonce d'un prélèvement multi-organes. De plus, le type de prélèvement effectué (cœur, foie, etc.) détermine quel spécialiste sera appelé. Ce spécialiste est souvent inconnu du personnel infirmier. Cette notion peu banale alimente le stress des infirmières qui, dans un premier temps, ne connaissent pas toujours le nom ou le type d'instruments que certains spécialistes utilisent puisqu'il peut varier d'un centre hospitalier à un autre. Dans un deuxième temps, certaines techniques opératoires diffèrent d'un chirurgien à un autre. Regehr et al (2004) corroborent ce stress vécu par les infirmières face à la variété dans la nomenclature des instruments utilisés. Les écrits de Crandall (1992) et de Youngner et al (1985) corroborent l'impact de l'annonce sur l'organisation et sur l'atmosphère du bloc opératoire. De par l'urgence de l'intervention chirurgicale, l'annonce laisse peu de place à la préparation émotionnelle des infirmières et au choix ou non d'y participer. Crandall (1992) ira jusqu'à suggérer que la création d'une équipe désireuse d'être attitrée à cette intervention plutôt que l'assignation des infirmières réticentes. De plus, cet auteur est persuadé qu'une gestionnaire ne devrait jamais obliger les infirmières à participer à l'intervention si elles ne le désirent pas.

L'atmosphère de la salle d'opération. L'atmosphère à la salle d'opération en phase préopératoire pour un prélèvement multi-organes diffère des interventions régulières. Dans notre étude de cas, deux périodes silencieuses sont survenues pendant le prélèvement multi-organes : lorsque le respirateur est fermé et lors des soins post-mortem. Ces silences soulignent le caractère solennel de ces moments. Wolf (1991) estime que certaines infirmières vivent avec des sentiments dichotomiques puisque la vie et la mort se côtoient chez la même personne en phase préopératoire et intraopératoire.

En phase peropératoire, les infirmières se disent troublées par l'arrêt du respirateur, puisque certaines attribuent cet arrêt au moment du décès de la personne. Pour les infirmières interviewées, la différence majeure entre une chirurgie habituelle et l'intervention chirurgicale pour prélèvement multi-organes est l'arrêt du respirateur et la continuation de la chirurgie malgré cet arrêt, donc sur une personne dont l'absence de vie est alors manifeste. D'autres estiment que ce moment intense témoigne du point de rupture pour la personne donneuse, puisque la personne ne pourra plus jamais vivre. Il n'y a plus d'espoir de vie. Les écrits reflètent cet inconfort face au moment précis de la mort. Wolf (1994) corrobore les inquiétudes des infirmières face à la fermeture de respirateur. Ces infirmières, tout comme les infirmières de notre étude, attribuent le décès de la personne donneuse d'organes à cette fermeture. Wolf (1991) témoigne d'une différence importante face à la mort de la personne donneuse d'organe. Les infirmières ne sont pas touchées par le prélèvement des reins. Par contre,

elles sont frappées par l'espace vide de la cage thoracique lorsque le cœur et les poumons sont prélevés. Les infirmières considèrent alors que la personne donneuse d'organes est définitivement morte. Youngner et al (1985) estiment que les infirmières de salle d'opération vivent une dissonance cognitive, c'est-à-dire l'exécution d'une intervention inhabituelle sur une personne cliniquement morte. S'ajoute à ce scénario, le transport de la personne à la morgue plutôt qu'à la salle de réveil ou aux soins intensifs.

Par ailleurs, en phase postopératoire, une deuxième période silencieuse s'est produite lorsque les soins post-mortem ont été effectués par les infirmières. Les infirmières relatent un inconfort face aux soins post-mortem et face à la mort. Un petit groupe composé des mêmes infirmières effectuent toujours les soins post-mortem. Lors du *member checking*, certaines infirmières ont avoué prier pour la personne défunte. Lilly et Langley (1999) rapportent une période silencieuse suite au départ des chirurgiens et anesthésistes. Selon ces auteurs, cette période silencieuse est également accompagnée d'un sentiment d'inconfort relié aux soins post-mortem et au fait que les infirmières sont laissées seules avec une personne défunte. Wolf (1991) parle plutôt d'un changement dans le rituel des soins post-mortem effectués par les infirmières à la suite d'un prélèvement d'organe. Les infirmières témoignent du silence lorsque les soins post-mortem sont effectués. Certaines infirmières admettent bloquer leurs émotions pour faire face à la mort et aux soins post-mortem. D'autres, témoignent de la difficulté de toucher les effets de violence et de trauma sur le corps d'une personne morte. Implicitement, les soins post-mortem

enlèvent les signes de souffrance et la saleté de la mort (Wolf, 1991). Le nettoyage du corps transmet une attitude de respect et de caring pour le corps, pour la personne et pour la famille (Wolf, 1991).

### Les stimuli résiduels

Dans notre étude, deux thèmes ont été retenus pour décrire les stimuli résiduels. Le premier expose les valeurs des infirmières face au don d'organes. Le deuxième décrit les croyances face à l'âme de la personne donneuse d'organes.

Valeurs entourant le don d'organes. Dans notre étude, une seule infirmière est prête à donner ses organes et ce, sans exception. Quatre autres infirmières ont exprimé le désir de les donner avec certaines exceptions. Une seule refuse catégoriquement de faire don de ses organes. D'ailleurs, cette dernière avoue vivre un paradoxe puisqu'elle croit participer à quelque chose de grand lors de la chirurgie pour prélèvement d'organes et reconnaît son incapacité à accepter de faire le don de ses organes. Ces réticences ont aussi été notées dans les écrits de Kiberd et Kiberd (1992). Les infirmières de salle d'opération sont les moins enclines à faire le don de leurs organes comparativement à leurs collègues sur d'autres unités de soins. Kiberd et Kiberd (1992) attribuent cette réticence à l'environnement de la salle d'opération, puisque la description du contexte entourant l'intervention chirurgicale pour prélèvement multi-organes faite par les infirmières dénote le manque de respect et est décrite comme étant mutilante.

Le prélèvement de la peau est retenu presque unanimement comme exception du don d'organes, par les infirmières qui ressentent un sentiment

de dégoût et de répulsion face à ce prélèvement. Les infirmières interviewées ont l'impression que le corps est davantage mutilé lorsqu'il y a prélèvement de la peau et des os puisque ces prélèvements sont apparents à l'œil nu. Elles sont aussi mal à l'aise vis-à-vis l'évaluation de la peau que font les chirurgiens et y dénotent un manque de respect. Les infirmières se disent plus émotionnelles concernant la mort de la personne donneuse d'organes que les chirurgiens qui agissent avec une objectivité clinique Wolf (1991).

De plus, selon les réactions obtenues lors du *member checking*, elles ont l'impression de faire face à une autopsie plutôt qu'à une chirurgie puisque lorsque la peau et les os sont prélevés, le corps est froid et les muscles sont bleus. Youngner et al (1985) mentionnent, eux aussi, la surprise de certaines infirmières vis-à-vis la nature mutilante du prélèvement de la peau et des os.

Croyances associées à l'âme du donneur. Certaines infirmières interviewées croient que l'âme de la personne demeure dans la pièce un certain temps pendant la chirurgie de prélèvement d'organes et que cette âme voit son corps et la façon dont les soins sont prodigués dans la salle d'opération. Les écrits de Youngner et al (1985) et de Wolf (1991) corroborent que certaines personnes perçoivent la présence ou l'âme de la personne donneuse d'organes dans la salle. D'autres infirmières sont perturbées par le fait que la personne donneuse d'organes est seule, sans famille, entourée d'étrangers alors qu'elle «vit» une étape importante de sa

vie, c'est-à-dire, sa mort. Cette croyance n'a pas été retrouvée dans les écrits.

Nous avons discuté des stimuli face à l'intervention chirurgicale pour prélèvement multi-organes tel que décrits par les infirmières interviewées. Ces stimuli sont souvent perçus de façon paradoxale. Nous verrons maintenant comment les infirmières réagissent à ces stimuli et leurs niveaux d'adaptation.

### Réponses et niveaux d'adaptation

La deuxième question de notre recherche porte sur les réponses et les niveaux d'adaptation des infirmières interviewées face au prélèvement multi-organes. Les réponses et les niveaux d'adaptation se sont manifestés à travers trois modes. Le premier mode est le mode de concept de soi, dans lequel les réponses manifestées par les infirmières ont été inefficaces et les niveaux d'adaptation compensatoire. Le deuxième mode est le mode de fonction de rôle, pour lequel les réponses et les niveaux d'adaptation ont été intégrés et le troisième est le mode d'interdépendance, dans lequel les réponses ont été inefficaces et les niveaux d'adaptation compensatoire

### Réponses d'adaptation dans le mode de concept de soi

Les réponses d'adaptation dans le mode de concept de soi ont été observées à partir des opinions des infirmières concernant le don d'organes. Les résultats de notre étude démontrent que les infirmières répondent au mode de concept de soi, de façon partagée. Plusieurs sont à l'aise avec la promotion auprès de leurs proches alors que d'autres disent ne pas en avoir

discuté. D'ailleurs, certaines d'entre elles se questionnent sur la signature éventuelle de leur carte d'assurance-maladie, autorisant le don d'organes. Ce questionnement est survenu, chez une infirmière, à la suite du prélèvement multi-organes, effectué le 17 janvier 2003. Les écrits de Kiberd et Kiberd (1992) témoignent de cette ambivalence. Même si elles approuvent le don d'organes, les infirmières sont réticentes à en parler aux membres de leurs familles et à signer leur carte d'assurance-maladie autorisant le prélèvement.

Nos résultats témoignent d'un niveau d'adaptation compensatoire pour le mode de concept de soi. Les résultats démontrent que les infirmières sont grandement éprouvées lorsqu'il y a prélèvement de la peau et des os. Ainsi, les infirmières s'identifient à la personne donneuse d'organes et imaginent le manque de tonus et de rigidité à la suite du prélèvement des os. Une infirmière en particulier se sent incapable de signer sa carte autorisant le don de ses organes. Ainsi, elle vit un paradoxe entre sa logique et ses émotions, ce que Roy et Andrews (1999) appellent une dissonance cognitive. D'une part, elle est impressionnée par le geste du don et est consciente du bien-fondé que ces organes apportent aux patients en besoin. D'autre part, elle a perdu ce don de générosité en raison de sa perception d'un manque de respect et d'éthique de l'équipe dans la salle d'opération.

Selon Roy et Andrews (1999), le besoin de base de ce mode est l'intégrité psychique et spirituelle. Dans notre étude, cette intégrité est dite compensatoire pour les infirmières qui connaissent l'importance et les

bienfaits du don d'organes, mais qui pour certaines demeurent incapables de signer leur carte permettant le don de leurs organes.

### Réponses d'adaptation dans le mode de fonction de rôle

Les réponses d'adaptation dans le mode fonction de rôle varient selon l'expérience des infirmières. Ainsi, les infirmières plus novices s'attardent davantage à la performance de la tâche pendant l'intervention, alors que les infirmières plus expertes soignent dans une perspective holistique propre à Roy. Cette variation d'expertise entre les infirmières novices et expertes est appuyée par les travaux de Patricia Benner (1995). Benner (1995) décrit l'infirmière novice comme étant une infirmière à qui « les règles imposent (...) un comportement typique extrêmement limité et rigide » (Benner, 1995, p.23). Par ailleurs, elle considère l'infirmière experte comme étant une infirmière qui « ne s'appuie plus sur un principe analytique (règle, indication, maxime) pour passer du stade de la compréhension de la situation à l'acte approprié » (Benner, 1995 p. 32). Selon les écrits de Youngner et al (1985), les infirmières plus novices sont plus vulnérables. Notre étude nous a permis de constater que la période qui suit la première intervention chirurgicale pour prélèvement multi-organes pour les infirmières novices est une période inconfortable : elles sont dans un état de choc. Par contre, parmi les infirmières novices, une d'entre elle a avoué un cheminement personnel depuis la première intervention chirurgicale pour prélèvement multi-organes et depuis la première entrevue. Elle compte parmi les infirmières volontaires sur la liste de rappel lorsqu'il y a un prélèvement multi-organes.

Nos résultats démontrent que les infirmières vivent un niveau d'adaptation intégré dans le mode de fonction de rôle. Selon Roy et Andrews (1999), le besoin de base du mode de fonction de rôle est l'intégrité sociale. Cette intégrité est manifestée par la personne lorsque celle-ci réalise qu'elle est face aux autres, par le rôle qu'elle occupe en relation avec les gens qui l'entourent, ainsi que par des attentes sociales qui y sont associées pour qu'une personne agisse de façon appropriée (Roy et Andrews 1999). Toutes les infirmières interviewées connaissaient et respectaient leurs rôles face à cette intervention chirurgicale. Malgré le fait que les infirmières plus novices mettaient l'accent sur la performance et la tâche, elles ne s'attendaient pas à la perfection. Par ailleurs, les résultats témoignent que les infirmières plus expertes possèdent une vision plus globale de la personne donneuse d'organes. Ces infirmières considèrent la personne comme un tout, ayant vécu une vie, un décès et subissant une intervention chirurgicale. En ce sens, elles démontrent qu'une infirmière de salle d'opération est plus qu'une instrumentiste, leur expertise et leur savoir est bien au-delà d'un échange d'instruments.

#### Réponses d'adaptation dans le mode d'interdépendance

Les résultats de notre étude démontrent des réponses inefficaces dans le mode d'interdépendance, principalement manifestées par une ambivalence dans l'art de soigner. Par ailleurs, certaines infirmières plus expertes semblent hésiter entre l'attachement et le détachement ou la dépersonnalisation face à la personne donneuse d'organes. Les écrits de Sadala et Mendes (2000) démontrent que certaines infirmières des soins

intensifs éprouvent le même comportement face aux soins des personnes donneuses d'organes. Certaines parlent aux patients et d'autres prodiguent des soins de façon mécanique. Nos résultats démontrent la présence de cette hésitation, surtout lorsque des membres de la famille pleurent la personne donneuse d'organes dans le corridor des soins intensifs. Les infirmières disent ressentir leur douleur. Certaines admettent garder une froideur en l'absence de famille. L'une d'entre elles se répète que ce patient n'est pas différent des autres patients. Les résultats de l'étude démontrent que les infirmières adoptent un niveau d'adaptation compensatoire pour le mode d'interdépendance, c'est à dire que certains mécanismes d'adaptation sont sollicités et qu'elles ont le sentiment d'être mis au défi. D'ailleurs, certaines d'entre elles estiment avoir lâché prise vis-à-vis les gestes et les paroles de certains professionnels de la santé. Une infirmière attribue sa survie psychologique à cette attitude. Les infirmières se sentent constamment confrontées au manque d'éthique et de respect pour la personne donneuse d'organes et estiment que le geste de donner ses organes est d'une telle envergure qu'elles se refusent d'entendre des commentaires disgracieux. Selon Roy et Andrews (1999), le besoin de base de ce mode est l'intégrité relationnelle. Une des composantes de l'intégrité relationnelle est un processus que Roy et Andrews (1999) nomme « affectional adequacy ». Ce processus est relié au besoin de donner et de recevoir de l'amour, du respect et des valeurs satisfaisantes manifestées par une communication efficace (Roy et Andrews, 1999, p. 474). Cette intégrité est définie comme étant compensatoire pour les infirmières de notre étude puisqu'elles témoignent

abondamment du manque de respect des professionnelles de la santé envers la personne donneuse d'organes et qu'elles ont choisi de ne pas en tenir compte. Cependant, dans le cas étudié, une chirurgienne a fait preuve de respect en nettoyant le corps avant d'effectuer le prélèvement de la peau. Les chirurgiens orthopédiques ont également fait preuve de respect en recouvrant le corps dénudé à la suite du prélèvement osseux. Malgré le fait que ces gestes ne compensent pas les gestes de non-respect dont les infirmières ont été témoins, ils viennent néanmoins placer un baume sur un épisode difficile.

Nous avons discuté des réponses et des niveaux d'adaptation des infirmières interviewées pour les modes de fonction de rôle, de concept et d'image de soi et d'interdépendance. Nous verrons maintenant par quels mécanismes les infirmières réagissent aux stimuli avec ces réponses.

#### Les mécanismes d'adaptation

La troisième question de notre recherche porte sur les mécanismes d'adaptation des infirmières de salle d'opération face au prélèvement multi-organes. Trois mécanismes d'adaptation ont été retenus. Le premier décrit la quête d'information sur la personne donneuse d'organes. Le deuxième expose l'identification personnelle que font les infirmières interviewées face à la personne donneuse d'organe. Finalement, le troisième mécanisme d'adaptation rapporte l'empathie qu'éprouvent les infirmières pour la personne donneuse d'organes.

La quête d'information sur la personne donneuse d'organes. Les infirmières recherchent de l'information sur la personne donneuse. La

crainte des infirmières de reconnaître un jour la personne donneuse d'organes demeure importante. Certaines iront même jusqu'à questionner les circonstances du décès, l'âge et le nom afin de s'assurer qu'elles n'entretiennent aucune relation de proche ou de loin avec la personne. D'autres défendent leur quête d'information en invoquant que la connaissance des détails humanise l'intervention et place un nom, une personne, plutôt que de percevoir une enveloppe (le corps) subissant un dépouillement pour subvenir à d'autres fins.

Ce mécanisme d'adaptation est d'ordre cognitif et est efficace puisque la quête d'information donne un sentiment de contrôle aux infirmières. Lazarus et Folkman (1984) estiment que la croyance illusoire ou réaliste qu'une personne a sur son habileté de contrôler un événement influence comment cet événement sera évalué.

L'identification face à la personne donneuse d'organes. Les infirmières réagissent à la chirurgie en faisant le retour sur soi, soit en comparant leur situation ou celle de leurs proches avec la situation de la personne donneuse. L'âge, la cause du décès et le sexe sont des facteurs déterminants dans la façon dont les infirmières vont réagir. Boswell (1996) affirme que certaines infirmières sont vidées d'émotions à la suite d'un prélèvement multi-organes et qu'elles doivent faire un retour sur soi afin d'être mieux préparées face à une intervention chirurgicale pour prélèvement multi-organes. De plus, Boswell (1996), Pelletier (1992), Sadala et Mendes (2000) et Wolf (1991), constatent qu'effectivement les infirmières s'identifient à la personne donneuse d'organes.

Ce mécanisme d'adaptation d'identification est efficace puisqu'il lie les infirmières à la personne donneuse d'organe. Ce que Lazarus et Folkman appellent l'attachement. Conséquente avec l'étude de Wolf (1991), les infirmières sont attristées par la mort de la personne et elles veulent donner les meilleurs soins dans le respect de la personne. L'identification qu'elles font avec la personne donneuse d'organes leur permet de vivre le deuil de la personne donneuse d'organes. Contrairement aux infirmières de soins intensifs, les infirmières de salle d'opération rencontrent pour la première fois, la personne donneuse d'organes à la suite de son décès dans le contexte du prélèvement d'organes et elles rencontrent très rarement les membres de la famille. Par conséquent, elles s'attachent à la personne donneuse d'organes en prenant connaissance des détails personnels de celle-ci et en touchant la violence faite au corps.

### L'empathie

Notre étude démontre la présence d'empathie parmi les mécanismes d'adaptation chez les infirmières interviewées. Trois types d'empathie ont été retenus. La contagion émotionnelle, la préoccupation empathique et l'empathie transposée.

La contagion émotionnelle. Les résultats de notre étude démontrent que les infirmières entretiennent une relation de soins avec la personne donneuse d'organes et ce, malgré le fait qu'elle soit cliniquement morte. L'échange verbal et les gestes non verbaux témoignent d'une émotion chargée d'empathie. Omdahl et O'Donnell (1999) décrivent ce partage d'émotion comme étant «la contagion émotionnelle» et considèrent qu'il

existe un partage ou une prise en charge d'émotion envers une autre personne. Les infirmières interviewées éprouvent des sentiments de respect, de reconnaissance et d'admiration pour la personne qui vient faire le don de sa vie. Plusieurs expriment le désir de lui parler. Ce désir de parler aux personnes donneuses d'organes est également rapporté dans les écrits de Sadala et Mendes (2000).

La préoccupation empathique. Notre étude démontre qu'une infirmière doit compartimenter ses états d'âme dans le but d'être une meilleure technicienne et, par conséquent, être plus compétente. Dans notre étude, une infirmière démontre de l'empathie et déplore la nudité évitable et recouvre systématiquement le corps de la personne donneuse d'organes d'une couverture chaude, lorsqu'elle peut. Sadala et Mendes (2000) et Wolf (1991) ont également observé ce fait parmi les infirmières interviewées. Certaines refusent de s'impliquer pour une personne qui n'existe plus. Les mêmes auteurs rapportent que d'autres ne s'associent pas avec la personne donneuse d'organes donc, il n'y a aucun engagement pour elles envers le corps. Sadala et Mendes (2000) soutiennent que les infirmières travaillant aux soins intensifs cherchent des traces d'humanité dans un corps inerte et continuent d'expliquer au patient les raisons pour lesquelles elles effectuent certains soins. Pelletier (1992) décrit aussi de réactions variées : « les infirmières vont de la dépersonnalisation jusqu'au monologue ».

Empathie transposée. Notre étude témoigne d'un moment particulier vécu à la salle d'opération. Une équipe d'orthopédistes prélevant les deux rotules ont recouvert la patiente nue à la suite de leur prélèvement. Bien que

simple, ce geste a réconforté une infirmière envers sa profession et envers l'équipe médicale. Elle s'est sentie respectée par cette marque de respect envers la personne donneuse d'organes. Les écrits recensés ne vont pas dans le même sens. Sadala et Mendes (2000) relatent plutôt de sentiments de mépris envers l'équipe médicale, puisque les infirmières estiment que l'équipe médicale ne s'en tient qu'à l'organe désiré, et non à la personne. Selon ces auteurs, les infirmières croient que l'équipe médicale se préoccupe d'abord d'obtenir le consentement de la famille pour ensuite se préoccuper de préserver les organes nécessaires. Notre étude nous a permis de constater que des infirmières interviewées ont vécu à travers des situations différentes des mépris.

Ce mécanisme d'adaptation d'intellectualisation est d'ordre cognitif et est efficace selon Lazarus et Folkman (1984). L'intellectualisation permet aux infirmières impliquées de «s'évader» temporairement des implications émotionnelles de la mort et du caractère éprouvant relié au contexte entourant le prélèvement d'organes.

Notre étude nous a permis de constater que, malgré les résultats d'études précédentes, les infirmières interviewées sont réconfortées avec leur profession. Elles expriment un niveau d'intégrité qui semble supérieur car malgré le sentiment de dépouillement que les infirmières éprouvent envers l'intervention chirurgicale, elles décrivent l'expérience comme étant stimulante et exigeante. Les valeurs, les croyances face au moment de la déclaration de la mort cérébrale combiné au contexte du prélèvement

témoigne du besoin exprimé par les infirmières de communiquer leur état d'âme post prélèvement. Cette étude nous a également permis de constater que les infirmières manifestent trois mécanismes d'adaptation, à savoir, la quête d'information, l'identification et l'empathie envers la personne donneuse d'organes, dans le but d'humaniser l'intervention chirurgicale pour prélèvement multi-organes.

### Recommandations

Notre étude a été à notre connaissance, la première étude qualitative explorant l'intégrité, selon le modèle conceptuel de Roy, des infirmières de salle d'opération face à l'intervention chirurgicale pour prélèvement multi-organes. Le modèle conceptuel de Roy s'est avéré un cadre de référence utile et son utilisation permet de développer des connaissances propres aux sciences infirmières (Pepin, Ducharme, Kérouac, et al., 1994).

L'étude démontre que les infirmières de salle d'opération ont des réponses d'adaptation et des niveaux d'adaptation intégrés pour le mode de fonction de rôle. Par contre, l'intégrité des infirmières de salle d'opération est menacé pour les modes de concept de soi et pour le mode d'interdépendance puisque les réponses et les niveaux d'adaptation se sont avérés compensatoires. Certains facteurs expliquent ces résultats, tels que la nature mutilante, exigeante et stimulante de l'intervention chirurgicale et la nature et la qualité des relations entre professionnels.

Cette étude révèle des besoins de soutien, d'encouragement, de reconnaissance, de « coaching » et d'éducation que les infirmières de salle d'opération doivent avoir afin de faire face à l'intervention chirurgicale pour

prélèvement multi-organes au Québec, puisqu'elles ont un rôle clé à jouer dans la promotion du don d'organes. Dans cette section, nous allons illustrer les recommandations applicables à la pratique, à la formation et à la recherche en sciences infirmière.

#### Pour la pratique des soins infirmiers

Notre étude démontre que les infirmières qui interviennent lors d'une intervention pour don d'organes multiples réagissent de façon intégrée au niveau de leurs fonctions de rôle. Cette constatation nous amène à encourager les moyens déjà pris pour faciliter cette adaptation. Notons l'accompagnement exceptionnel des nouvelles infirmières qui sont initiées, progressivement, à cette intervention. Ces infirmières voient alors cette chirurgie comme un stimulus qu'elles trouvent exigeant, mais aussi stimulant car il met au défi leur compétence.

Cependant, leur réponse est inefficace au niveau du concept de soi et de l'interdépendance. Deux indices mènent à croire que des modifications des stimuli contextuels, notamment dans la déclaration de la mort cérébrale, pourraient améliorer leur réponse d'adaptation. D'abord, les infirmières éprouvent un grand sentiment d'appartenance à l'équipe. Ensuite, elles considèrent avec respect et admiration tant le don que la personne donneuse.

Ainsi, la présence ponctuelle d'une infirmière de l'équipe de la salle d'opération pendant le processus de la déclaration de la mort cérébrale, pourrait être un atout pour atténuer les craintes qui entourent cette déclaration. La déclaration de la mort cérébrale pourrait aussi être rendue

plus limpide et explicite en facilitant l'accessibilité et la disponibilité d'une «feuille infirmière » indiquant clairement le moment précis du décès, c'est-à-dire de l'établissement de la mort cérébrale, en plus du formulaire médical «sp3 » qui existe présentement.

La quête d'information est un des mécanismes d'adaptation valorisée par les infirmières qui ont, de plus, exprimé le besoin de discuter entre elles après l'expérience, dans le cadre d'une séance de «debriefing ». Ce besoin d'échange entre professionnels de la santé suggère une recommandation pour la pratique infirmière. Une rencontre avec les infirmières présentes lors du prélèvement multi-organes et du coordinateur de l'organisme Québec Transplant permettrait une rétroaction sur le déroulement de l'intervention, les problèmes soulevés et des pistes de solution à court, moyen et long terme. Plus spécifiquement, cette rétroaction pourrait avoir une influence sur les inquiétudes, les niveaux de stress et les facteurs pouvant améliorer la perception des prélèvements dans le futur. Kiberd et Kiberd (1992) estiment que les infirmières de salle d'opération voient le côté obscur de l'intervention et ont un besoin criant d'informations concernant les receveurs. L'organisme Québec Transplant pourrait jouer ce rôle de rétroaction puisque les coordinateurs sont présents tout au long du processus de l'intervention chirurgicale.

#### Pour la formation

La formation est un moyen formel pour formaliser la quête d'information qui est un des mécanismes d'adaptation des infirmières qui vivent l'expérience de la chirurgie du don d'organes multiples. Dans notre

étude, les infirmières se disent particulièrement préoccupées par le processus de la déclaration de la mort cérébrale. Une formation pourrait être incluse à l'intérieur des sessions de certification annuelles telles que le RCR, etc.

Toutes les infirmières s'entendent pour décrire la nature inhabituelle de cette intervention chirurgicale. Une formation pointue portant sur des mécanismes d'adaptation, comme le processus de deuil, semble tout à fait appropriée. Les décès sont rares au bloc opératoire : par conséquent, les infirmières y travaillant sont peu préparées à vivre cette situation.

#### Pour la recherche en sciences infirmières

Pour la recherche en sciences infirmières, cette étude amène à recommander l'utilisation du modèle de Roy pour guider une étude de cas. D'une part, le modèle de Roy s'est révélé, à la fois suffisamment global, à la fois suffisamment spécifique pour organiser les concepts entourant l'intégrité des infirmières de salle d'opération lors d'une chirurgie pour don de plusieurs organes. D'autre part, la méthode de l'étude de cas, bien que peu employée en sciences infirmières permet d'étudier une panoplie de réactions et d'émotions de participants dans leur contexte et leur environnement.

Le but de cette recherche n'était pas d'offrir des généralisations qui pourraient s'appliquer à d'autres infirmières intervenant au cours d'une chirurgie pour prélèvement multi-organes. Il visait plutôt à obtenir une description riche et dense de l'expérience vécue par des infirmières afin de pouvoir intégrer l'ensemble des dimensions. Bien que les infirmières

présentes à la séance de *member checking* aient indiqué que les résumés des entrevues validaient leurs états d'âme, sentiments et perceptions pendant un prélèvement multi-organes, il serait recommandé de reprendre cette étude dans d'autres milieux afin de vérifier si ces résultats seraient reproduits.

Des recherches ultérieures pourraient approfondir les mécanismes d'adaptation des infirmières ou les paradoxes exprimés dans le cadre de cette étude. De plus, des études seraient indiquées avant de généraliser les recommandations émises par exemple le processus de rétroaction d'un organisme, tel Québec-Transplant, et des résultats de cette rétroaction sur l'intégrité des infirmières face aux prélèvements multi-organes.

## Références

- Artinian, N., T., Roy, C. (1990). Strengthening the Roy adaptation model through conceptual clarification : commentary and response. *Nursing Science Quarterly*, 3(2), 64-66.
- Bidigare, S., A., Oermann, M., H. (1991). Attitudes and knowledge of nurses regarding organ procurement. *Heart & Lung*, 20 (1), 20-24.
- Boswell, S. (1996). Cadaver organ donation and moral distress : a staff nurse's perspective. *Seminars in Perioperative Nursing*, 5 (2), 98-101.
- Burnard, P. (1994). Searching for meaning : a method of analysing interview transcripts with a personal computer. *Nurse Education Today*, 14 (2), 111-117.
- Callender, S., Matthews, S. (1998). Caring for the carers during transplant surgery. *Seminars in Perioperative Nursing*, 4 (4), 227-233.
- Crandall, B.C. (1987). Identifying dilemmas in caring for brain-dead organ donors in the O.R. *AORN Journal*, 46 (5), 943-946.
- Dixon, E., L.(1999). Community health nursing practice and the Roy adaptation model. *Public Health Nursing*, 16 (4), 290-298.
- Fawcett, J. (1995). *Analysis and Evaluation of Conceptual Models of Nursing*. 3<sup>rd</sup> edition. Philadelphia : F.A. Davis company.
- Gibson, V. (1996). The factors influencing organ donation: a review of the research. *Journal of Advanced Nursing*, 23 (2), 353-356.

- Goodrich, A. W. (1932). *The social and ethical significance of nursing; a series of addresses*. New York: The Macmillan Co.
- Kawamoto, K.L. (1992). Organ procurement in the operating room: implications for perioperative nurses. *AORN Journal*, 55 (6), 1541-1546.
- Kiberd, M.C., Kiberd, B.A. (1992). Nursing attitudes towards organ donation, procurement, and transplantation. *Heart & Lung*, 21 (2), 106-111.
- Klassen, A.C., Klassen, D. (1996). Who are the donors in organ donation? The family's perspective in mandated choice. *Annals of Internal Medicine*, 125 (1), 70-73.
- Lazarus, R. S., Folkman, S.(1984). *Stress, Appraisal and Coping*. New York: Springer Publishing Company.
- Lilly, K., T., Langley, V., L. (1999). The perioperative nurse experience and the organ donation experience. *AORN Journal* 69, (4), 779- 791.
- Lincoln, Y., S., Guba, E., G.(1985). *Naturalistic Inquiry*. Beverly Hills: Sage Publications Inc.
- Madaus, G. F., Scriven, M., Stufflebeam, L. D. (1983). *Evaluation Models, Viewpoints on Educational and Human Services Evaluation*. Hingham, MA: Kluwer-Nijhoff Publishing.
- Michaud, C. (2000). *Apprentissages de parents et d'infirmières lors de l'application du PRIFAM, Programme précoce d'interventions familiales à la naissance d'un enfant avec une déficience*. Thèse de doctorat non publié, Université de Montréal, Montréal.

- Munhall, P., Boyd Oiler, C. (1993). *Nursing Research : A Qualitative Perspective. 2<sup>nd</sup> edition*. New York : National League for Nursing Press.
- Omdahl, B., O'Donnell, C. (1999). Emotional contagion, empathic concern and communicative responsiveness as variables affecting nurses' stress and occupational commitment. *Journal of Advanced Nursing*, 29, (6), 1351-1359.
- Peeters, M.C.W., Buunk, B.P., Schaufeli, W.B. (1995). A micro-analytic exploration of the cognitive appraisal of daily stressful events at work : The role of controllability. *Anxiety, Stress and Coping*, 8, 127-139.
- Pelletier, M.L. (1992). The organ donor family members' perception of stressful situation during the organ donation experience. *Journal of Advanced Nursing*, 17 (1), 90-97.
- Pelletier-Hibbert, M. (1998). Coping strategies used by nurses to deal with care of organ donors and their families. *Heart and Lung*, 27 (4) : 230-237.
- Pepin, J., Ducharme, F., K rouac, S., Lévesque, L., Ricard, N., Duquette, A., (1994). Développement d'un programme de recherche basé sur une conception de la discipline infirmière. *Canadian Journal of Nursing Research*, 26, (1), 41-53.
- Polit, D.F., Hungler, B.P. (1990). *Essentials of Nursing Research: Methods, Appraisal, and Utilization* (2<sup>nd</sup> Ed). Phil.: Lippincott Williams & Wilkins.
- Pope, C., Mays, N. (2000). Qualitative research in health care : Analysing qualitative data. *British Medical Journal*, 320 (7227), 114-116.

- Québec Transplant (2004). Les statistiques comparatives pour le Québec.  
Document téléaccessible le 27 juillet 2004 au
- Québec Transplant (1993). Définition et objectifs. Document non publié.  
Montréal.
- Ratcliff, D., (1995). Validity and reliability in qualitative research. Document  
téléaccessible le 27 juillet 2004 au
- Regehr, C., Kjerulf, M., Popova, S., R., Baker, A. (2004). Trauma and  
tribulation: the experience and attitudes of operating room nurses  
working with organ donors. *Journal of Clinical Nursing*, 13, 430-437.
- Roy, C. (1986). *Introduction aux soins infirmiers : Un modèle de l'adaptation*.  
Boucherville. Gaëtan Morin éditeur.
- Roy, C. (1988). An explication of the philosophical assumptions of the Roy  
Adaptation Model. *Nursing Science Quarterly*, 1, 26-34.
- Roy, C. (1997). Future of the Roy Model : Challenge to redefine adaptation.  
*Nursing Science Quarterly*, 10 (1), 42-48.
- Roy, C., Andrews, H.A., (1991). *The Roy Adaptation Model : The definitive  
statement*. Toronto :Prentice Hall of Canada.
- Roy, C., Andrews, H.A. (1999). *The Roy Adaptation Model 2<sup>nd</sup> edition*.  
Stamford: CT: Appleton & Lange.
- Roy, C., Hanna, (2001). Roy Adaptation Model and perspectives on the family.  
*Nursing Science Quaterly*, 14 (1), 9-13

- Roy, C., Wittemore, R.(2002). Adapting to diabetes mellitus : A theory synthesis. *Nursing Science Quarterly*, 15 (4), 311-317
- Sadala, M., L. A., Mendes, H.W. B. (2000). Caring for Organ Donors: The intensive Care Unit Nurses' View. *Qualitative Health Research*, 10 (6), 788-805
- Stake, R.E. (1995). *The Art of Case Study Research*. Thousand Oaks: CA: Sage Publications Inc.
- Stake, R. E. (1999). The case study method in social inquiry. Document téléaccessible le 27 juillet 2004 au
- Truog, R., Robinson, W.M. (2003).Role of brain death and the dead-donor rule in the ethics of organ transplantation. *Critical Care Medicine*, 31 (9), 2391-2396.
- Youngner, S.J., Allen, J., Bartlett, M., Cascorbi, E.T., Hau, E. T., Jackson, T., Mahowald, D., Martin, M.B., Barbara, J. (1985). Psychological and ethical implications of organ retrieval. *The New England Journal of Medicine*, 313 (5), 321-324.
- Youngner, S.J., Arnold, R.M. (1993). Ethical, psychological, and public policy implications of procuring organs from non-heart-beating cadaver donors. *The Journal of the American Medical Association*, 269 (21), 2769-2774.
- Van Da Walker, S., G. (1994). The attitudes of operating room nurses about organ donation. *Journal of Transplant Coordination*, 4 (2), 75-78.

- Wolf, Z.R.(1994). Nurses' responses to organ procurement from nonheartbeating cadaver donors. *AORN Journal*, 60 (6), 968-981.
- Wolf, Z.R.(1991). Nurses' experience giving postmortem care to patients who have donated organs: a phenomenological study. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice: An International Journal*, 5 (2), 73-87.

**Annexe 1**  
**Résumé de l'observation**

### **Prélèvement multi-organes (yeux, genoux, peau, cœur, rein, foie) le 17 janvier 2003**

Contexte :

Prélèvement multi-organes effectué le 17 janvier 2003. La salle d'opération est petite d'une superficie de ~12 pieds x 15 pieds, les murs sont recouverts de tuiles beiges, il y a une fenêtre, la pièce est éclairée avec des lampes fluorescentes au plafond. Deux feuilles de papier sont collées sur une armoire en acier inoxydable décrivant des procédures à suivre. Les infirmières communiquent avec un système d'interphone. Un poste de radio est présent mais il n'est pas branché. L'étudiante chercheuse est située à la proximité d'une des deux portes d'entrée de la salle.

Les équipes de soins infirmiers et de soins médicaux sont présentes, c'est-à-dire une infirmière en service interne, cinq infirmières en service externe. Une anesthésiste, une résidente en anesthésie, une inhalothérapeute s'affairent avec les médicaments à administrer et la vérification des moniteurs hémodynamiques. Ces moniteurs hémodynamiques sont branchés avec les bruits réguliers qu'ils émettent. L'infirmière monitrice parle avec l'infirmière en service interne et la rassure. Celle-ci n'a jamais participé à un prélèvement multi-organes à titre d'infirmière en service interne et elle semble tendue.

Le patient est recouvert d'une couverture et placé sur la table opératoire. Au centre de la pièce, une table de type « Phélan » carrée d'une surface horizontale de trois pieds par trois pieds et haute de quatre pieds est recouverte de champs de papier stériles bleus et de l'instrumentation nécessaire à l'intervention. Cette table est placée au pied du patient. Une autre table  $\frac{3}{4}$  superpose celle-ci et est recouverte de champs papier stérile bleus et de deux bassins en acier inoxydable prêts pour recevoir la glace nécessaire à préserver les organes. Une machine à glace est placée à la droite de ces tables. Cette machine doit être assez proche de l'infirmière en service interne pour lui permettre de brasser la solution glacée de temps à autre. Le patient donneur d'organes est de sexe féminin. On peut fixer l'âge de la patiente entre 40-60 ans.

L'intervention chirurgicale débute d'une façon semblable à d'autres chirurgie majeures. Par contre, le stress est palpable dans la salle. La circulation de l'équipe de soins s'effectue rapidement sans contaminer les tables d'instruments. Le tout est très bien orchestré. Les infirmières bougent vite, ont la tête basse, se concentrent sur la tâche à effectuer. Peu de dialogue est entretenu. Seules les consignes essentielles sont verbalisées. L'infirmière en service interne réorganise sa table d'instruments et écoute les conseils de la monitrice. Trois des cinq infirmières en service externe ont peu d'expertise avec l'intervention chirurgicale. Elles sont toutes attentives aux étapes à suivre.

L'équipe de chirurgiens du centre hospitalier, c'est-à-dire un chirurgien et une résidente, débute l'intervention sans complications. La dissection abdominale se déroule telle une intervention normale. Le ton de la salle est sérieux, aucune plaisanterie n'est émise entre ou avec l'équipe de soins. Lorsque l'équipe d'un autre centre hospitalier entre, le stress est perceptible. Malgré le fait que les chirurgiens se présentent en français, l'accent est perceptible. Le stress de l'infirmière en service interne est noté, elle regarde l'infirmière monitrice en disant qu'au moins ils parlent un peu français. Le chirurgien du centre rassure l'infirmière interne. Plusieurs personnes intègrent la salle simultanément. Le chirurgien cardiaque, son résident, la coordinatrice dédiée pour le cœur de Québec Transplant avec une personne qu'elle oriente et un autre résident pour la chirurgie générale. Ainsi, plus de dix-huit personnes circulent dans la salle. Le bruit et la tension augmentent, les mouvements des cinq infirmières en service externe se font plus rapidement, les gens parlent vite et plus fort. La scie sternale est activée et le prélèvement du cœur est débuté. Le chirurgien de l'équipe du cœur demande parfois ses instruments en anglais, parfois en français. L'infirmière en service interne se fait rassurer par la monitrice. La monitrice guide l'infirmière en service interne pour la pince appropriée. Celle-ci apporte six pinces près d'elle pour se rassurer. Elle dit que tout ce qu'elle veut, c'est de s'en aller. Une deuxième infirmière se brosse pour le remplacement du dîner.

Lorsque le cœur est prélevé, les deux chirurgiens cardiaques quittent avec la coordinatrice et la personne qu'elle orientait de Québec Transplant. C'est à ce moment que les moniteurs hémodynamiques sont débranchés et que l'anesthésiste et son équipe quittent la salle. L'environnement redevient calme, la tension est diminuée. Le timbre des voix des infirmières est plus bas, presque un murmure. L'opération se poursuit. Le foie et les reins sont les prochaines organes prélevés. Mise à part la crainte des infirmières de manquer de solution Belzer, solution qui irrigue les organes et de glace pour conserver les organes prélevés, celles-ci sont relativement calmes. Or, l'infirmière en service interne demande à tous d'observer une minute de silence pour la patiente. Quelques secondes sont allouées par toute l'équipe sans questionnements.

Un sentiment d'inconfort est à nouveau décelé lorsque la coordinatrice de Québec Transplant informe l'équipe que la peau sera prélevée. Deux infirmière en service externe discutent et l'une d'entre elles quitte pour aller chercher les fournitures requises à cet effet. Les autres infirmières en service externe nettoient la salle des écoulements de sang et replacent les fournitures à leurs endroits préétablis.

Une infirmière entre dans la salle pour le remplacement des pauses de l'après-midi et demande à l'infirmière en service interne si l'âme de la patiente a quitté son corps. Celle-ci répond par la négative.

Lorsque les organes abdominaux sont prélevés et que la fermeture de la cavité abdominale s'effectue, l'infirmière en service interne demande de faire un décompte. La chirurgienne pour prélever la peau questionne cette pratique. Une infirmière en service externe lui explique les raisons légales. À ce point-ci, trois infirmières soit une infirmière en service interne, deux en service externe, une chirurgienne ainsi que sa résidente sont dans la salle. La salle est très calme. Le ton des voix est bas. Peu de tension est perceptible.

À la fermeture complète de la cavité abdominale, le corps de la patiente est nettoyé par la chirurgienne prélevant la peau. De plus, cette chirurgienne « extube » la patiente. L'infirmière en service interne discute avec celle-ci des nouvelles techniques de prélèvement de peau. Suite à la discussion avec la chirurgienne, l'infirmière en service interne aide au prélèvement de la peau. La peau des bras, des jambes et du tronc est prélevé. L'infirmière en service interne se « déblouse » et sort ses instruments. Elle s'affaire un peu plus tard à la mise à jour de son livre de protocole.

La patiente est totalement nue. L'infirmière monitrice entre et couvre la patiente d'une couverture chaude. Celle-ci dit avoir été ridiculisée pour avoir effectué un geste semblable sur un autre patient défunt. Elle informe l'étudiante-chercheuse que si un défunt membre de sa famille était sur la table d'opération, elle aimerait qu'une infirmière effectue un geste similaire.

Il reste seulement deux infirmières, l'infirmière qui a travaillé en service interne et l'infirmier qui commence son quart de travail de soir. Une dit à l'étudiante-chercheuse qu'elle en a pour son argent. Que l'étudiante-chercheuse avait raison dans sa présentation quand elle disait que les infirmières de salle d'opération signent peu ou pas leur carte de don d'organes. Elle dit à l'étudiante-chercheuse qu'elle trouve qu'il y a un manque de respect, La chirurgienne pour la peau a dit « ...ne prends pas la peau de l'abdomen, elle a des vergetures... ».

L'équipe d'orthopédie entre. Ils sont trois. La rotule des deux genoux est prélevée. La stérilité pour cette intervention n'est pas aussi imposante qu'elle l'est pour les autres organes. Ces médecins sont gantés pas blousés et ne nécessitent pas l'aide d'infirmières en service interne. L'atmosphère est calme. Une infirmière demeure et voit au bon fonctionnement de la salle. Elle discute avec l'étudiante-chercheuse de ses propres difficultés avec l'intervention les cinq première années.

Une fois l'intervention complétée, l'infirmière appelle les préposés. Trois entrent et enveloppent le corps dans un linceul et préparent le corps pour le transport à la morgue.

**Annexe 2**  
**Certificat d'éthique**



**CENTRE DE RECHERCHE**

Comité d'éthique de la recherche Hôtel-Dieu du CHUM

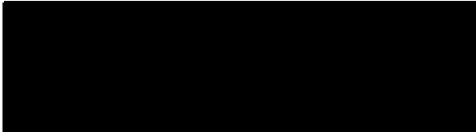
Édifice Cooper

3981 St-Laurent, Mezzanine 2, Bureau M-205

Montréal (Québec) H2W 1Y5

Téléphone : (514) 890-8000 poste 14030 Télécopieur : (514) 412-7134

Le 12 décembre 2002



**Objet : (HD 02.073)**  
**L'intégrité des infirmières de salle d'opération face à l'intervention chirurgicale de prélèvement multiorganes selon le modèle de Roy.**

Madame,

J'ai pris connaissance du projet en titre et de la documentation annexée. J'ai aussi considéré les informations supplémentaires reçues lors de notre récente conversation.

En vertu des pouvoirs qui me sont délégués par le Comité d'éthique de la recherche du CHUM (procédure d'évaluation accélérée), j'approuve votre projet puisqu'il s'agit d'un projet se situant en dessous du seuil de risque minimal.

Je vous retourne sous pli une copie du formulaire de consentement (version du 5 décembre 2002), portant l'estampille d'approbation du comité. **Seul ce formulaire devra être utilisé pour signature par les sujets.**

Le tout est valide pour un an à compter du 12 décembre 2002. **Je vous rappelle que toute modification au protocole et/ou au formulaire de consentement en cours d'étude doit être approuvée par le comité d'éthique.**

Le comité est constitué et suit les règles selon l'énoncé de politique des 3 conseils et des Bonnes pratiques cliniques de la CIH.

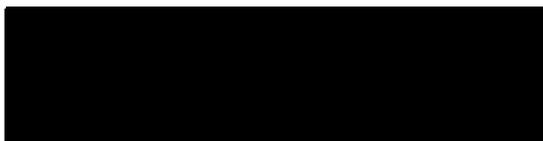
**CENTRE HOSPITALIER DE L'UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL**

**HÔTEL-DIEU** (Siège social)  
3840, rue Saint-Urbain  
Montréal (Québec)  
H2W 1T8

**HÔPITAL NOTRE-DAME**  
1560, rue Sherbrooke Est  
Montréal (Québec)  
H2L 4M1

**HÔPITAL SAINT-LUC**  
1058, rue Saint-Denis  
Montréal (Québec)  
H2X 3J4

Vous souhaitant la meilleure des chances dans la poursuite de vos travaux, je vous prie d'accepter, Madame, mes salutations les meilleures.



MARIE-CLAIRE MICHOU, Ph.D.  
Vice-présidente  
Comité d'éthique de la recherche  
Hôtel-Dieu du CHUM

MCM/lf

Pièce jointe : Formulaire de consentement français approuvé et estampillé

Annexe 3  
Grille d'observation

## GRILLE D'OBSERVATION DE LA CHIRURGIE

Heure	Stimuli	Comportements des infirmières
11 :00	Patient donneur d'organe dans la salle Préparation des tables d'instruments, 1 infirmière en service interne, 2 infirmières en service externe	Infirmière en service interne ++ stressée, elle n'a aucune expérience avec une chirurgie pour prélèvement multi-organes, par contre elle a 4 ans d'expertise au bloc opératoire. La coordinatrice de Québec Transplant informe l'équipe que le cœur sera prélevé par les chirurgiens d'un hôpital externe. L'infirmière interne dit à l'infirmière monitrice qu'elle ne parle pas l'anglais et qu'elle ne sait déjà pas quel instrument donné encore moins dans une autre langue. L'infirmière monitrice se veut rassurante et l'informe qu'elle sera à ses côtés. Sentiment de stress très perceptible dans la salle.
11 :15	F. demande qu'on appelle le chirurgien	LR. et MV. Discutent de la technique de perfusion. Toutes planifient les heures du dîner. Discussion calme. Environnement tendu
11 :20		Explication à ML. Par LR. De la technique de perfusion des organes et des implications pour celle-ci. M.L. se dit anxieuse.
11 :25	Entrée des chirurgiens de l'hôpital	Echange avec MV. re : badigeonnage de la peau du patient et de la solution. ML.et MV. Prépare la table pour le badigeon. Discussion à voix basse.
	Installation de table pour badigeon de la peau du patient	ML. blouse le chirurgien. MV surveille la technique du blousage et du badigeonnage. Aucun comportement inhabituel
11 :27	Désinfection de la peau par MD	MV. aide md. avec la table de badigeon, ML blouse autre md.
11 :30	Coordinatrice de Québec Transplant réitère que le prélèvement des os sera effectué.	Discussion entre infirmière re : prélèvement des os. MV. dit ... le pire c'est les os. Elle semble anxieuse, bouge vite dans la salle. Elle m'informe qu'elle n'a pas beaucoup d'expérience avec les prélèvements.
	Le résident demande comment se fait le prélèvement des os	MV et FG disent que c'est dégueulasse. MV répète que ... « le pire c'est les os ». autres infirmières dans la salle ne confirment ni infirment les propos. F.G. demande si l'équipe de cœur a été demandée.
	Installation des champs stériles sur le patient	ML. aide chirurgien avec le drappage, MV. donne champs supplémentaires. Ton des voix normal.
11 :35		MV. consulte le livre de protocole pour le prélèvement d'organes, semble anxieuse
11 :37		Installation des tubes de succion, cordes de cautères, ML. MV. , FG., placent les tables d'instruments. LR. Se fait rassurante auprès de ML. Environnement calme, ton de voix calme.
11 :38	Début de l'intervention : incision de la peau	ML. LR discutent des préparatifs re : connexion, perfusion. L.R., enseigne à C. infirmière observatrice des interventions à effectuer.
	Succion ne fonctionne pas, ML. demande à FG d'arranger le problème.	FG., MV. , ML. régularise problème.
	MV. demande à FG de l'eau	
	Forte odeur de cautère (chair brûlée), aucune musique, ton des voix moyen, atmosphère	Infirmières s'affairent toutes à leurs travail, pas de blague, ni de discussion autre que nécessaire pour

	plutôt calme.	l'intervention.
11 :40	Coordinatrice de QT. Informe chirurgiens que les surrénale et l'aorte sont prélevées pour des fins de recherche.	FG., discute avec coordinatrice de QT. Re : implication de recherche. FG. met à jour son protocole dans son livre. FG dit que tout change tellement rapidement qu'elle n'a pas le temps de s'ajuster.
	3 résidents entrent dans la salle et discutent entre eux	
		ML. brasse la glace qui servira aux organes
11 :45	Ton des voix très calme, presque silencieux, dissection des couches de graisses	ML. est à l'écoute et anticipe les étapes de la dissection. MV. , LR. , sont à l'écoute des besoins de l'équipe. FG. discute avec coordinatrice de QT. Et retranscrit son livre de protocole
11 :46	Préposé entre dans la salle et demande si son aide est requise	FG. le remercie gentiment de sa présence et le questionne sur le fonctionnement de la succion. FG. me dit que c'est vrai ce que j'ai dit dans ma présentation... « je n'ai pas signé ma carte de don d'organes et je ne la signerai pas ». Elle dit que sa fille trouve ça beau ce qu'elle fait et que sa fille a signé mais qu'elle ne peut pas vue ce qui arrive au patient.
11 :50	Environnement calme	Infirmière volontaire se brosse afin d'aider ML., avec les multiples sacs de solution Belzer. Discussion entre infirmières en service externe re : prélèvement des os. Explications à C. re : organes prélevés. Enseignement de FG., à C.. démonstration du livre de protocole. ML. suit l'opération et discute avec les chirurgiens.
11 :55	Environnement calme	Préparation des bassins à glace par C., explications de FG., bruit fait pour casser la glace avec marteau.
12 :05	6 infirmières dans la salle, 2 chirurgiens, remplacement pour le dîner, reste 4 infirmières et 2 chirurgiens, 1 inhalothérapeute, 1 résidente en anesthésie, 1 anesthésiste	FG., enseigne C.V., re : perfusion, ML., écoute et suit l'opération. , C. brise la glace, ton des voix calme.
121 :10	2 chirurgiens cardiaques entrent dans la salle, saluent, se présentent en français et vont se broser. Environnement calme	Infirmière interne et externe disent qu'au moins ils parlent un peu en français
12 :20	1 résidente en chirurgie générale, 1 résident en chirurgie cardiaque, 1 chirurgien cardiaque entre, 1 coordinatrice Q.T. avec autre coordinateur en orientation (pour l'équipe cardiaque)entrent, 1 coordinatrice Q.T. pour les autres organes, 1 chirurgien en chirurgie générale, 1 résidente en chirurgie générale, 2 infirmières en service interne, 2 infirmières en service externe, 1 inhalothérapeute, 1 résidente en anesthésie, 1 anesthésiste, moi, présent dans la salle. +++ stress	Infirmière ML. +++ stressée, ton des voix augmente .
12 :22	Chirurgiens prêts pour l'ouverture du sternum. Demande de brancher la scie sternale. Bruit de la scie.	Prélèvement du cœur débute, infirmières attentives au besoin,
12 :30	Coordonatrice de QT. enseigne à sa recrue, 7 personnes brossées, 8 personnes non brossées dans la salle	Infirmière en service interne ++ stressée, coordinatrice de QT. parle avec elle

12 :35	Coordinatrice de QT. , demande au chirurgien cardiaque si elle doit appeler les policiers pour le transport du cœur. Le chirurgien cardiaque demande que les policiers soient présente à 13 :15, environnement calme	ML., suit l'opération, infirmière en service externe est à l'écoute des besoin de l'équipe. timbre des voix bas LR. , informe l'infirmière de la pince nécessaire pour cœur, ML., apporte 6 pinces près d'elle (en blague) « pour me rassurer » ++ stressée
12 :50	Biopsie hépatique faite par MD	ML., prend spécimen du chirurgien général et l'achemine avec la coordinatrice de QT. MV., s'occupe des requêtes avec spécimens.
12 :52	Ton de voix augmente avec la coordinatrice de QT pour la greffe du cœur	CV. quitte avec biopsie. md. Demande instrumentation en anglais. ML. stressé, gros yeux, regarde LR. Qui la rassure et reste près d'elle
12 :55	Retour des dîners	FG. informe ML. qu'elle va la remplacer. ML., demande à FG., si elle veut ses lunettes protectrices, ML., dit... « tout ce que je veux, c'est m'en aller »
	Chirurgien cardiaque demande instrumentation en français et en anglais	ML. fait des gros yeux, elle ne sait pas quel instrument le chirurgien demande. FG. est brossée et prend la pince demandée. FG. effectue le décompte des instruments. FG. inquiète vu le nombre limité de glace présente. FG. regarde LR. avec des gros yeux FG. dit à LR. « c'est tout ce tu as ! » LR. Demande du sérum glacé via intercom, me dit « on ne s'entend plus » stress dans la salle est perceptible. ++ bruits
13 :00		Retour de MV., ML., reste pour compter compresses. C. brise sac de glace, bruit++, préposé entre dans la salle et questionne LR. Re : sérum glacé,
13 :07	Dissection cardiaque en cour	ML., se débrosse, elle se frotte les mains sur ses cuisses et regarde la table d'opération en disant, ... « je suis fier de moi », elle quitte la salle
13 :10	Autre chirurgien entre dans la salle, questionne le chirurgiens présent	LR. est responsable de la perfusion artérielle des organes. Elle est placée à l'arrière des sacs. Les 2 autres infirmières en externe sont inquiètes pour elle. LR. dit... « ont ne voit pas le sérum avec ses sacs de pression là» elle le répète 3 fois. Elle me regarde et me dit que ses collègues sont inquiètes pour elle
13 :20		3 infirmières en service externe surveillent la perfusion (CV.,LR.,MV.), FG., suit l'opération. environnement tendu.
13 :21	Chirurgien cardiaque a le cœur dans les mains, il l'apporte sur une table ¾ avec bassin remplie de glace.	C. aide chirurgien à envelopper le cœur dans les sacs stériles prévus à cet effet. FG., demande alaise pour déposer au côté de la table d'opération. FG. donne instrumentation au chirurgien cardiaque qui est au pied du patient et au chirurgien général qui prélève le foie.
13 :30	Cœur quitte la salle avec les 2 chirurgiens cardiaque. Il reste 3 chirurgiens (1 staff, 2 résidents). Anesthésiste quitte la salle avec inhalothérapeute et résidente en anesthésie	FG., discute avec chirurgiens et suit l'opération. C. est situé à la table au pied du patient et brasse la glace. MV., CV., s'occupent de la perfusion. Stress diminué, timbre des voix diminué. Infirmières parlent à voix basse
13 :37	Foie prélevé, donné à FG.	FG. place le foie sur la table au pied du patient. C., CV., MV., font la perfusion. Environnement calme.
13 :40	Chirurgien pour les yeux entre dans la salle	MV., lui recommande de sortir de la salle et de réintégrer via la porte à la tête du lit du patient.
13 :45	3 résidents entrent en discutent, me	

	demandent quels organes seront prélevés	
13 :47	3 résidents sortent	
13 :50	Coordinatrice de QT. Informe les infirmières que la peau sera prélevée et seulement les genoux	CV. quitte la salle pour assembler les fournitures nécessaires au prélèvement d'os. atmosphère très calme. Ton de voix calme et bas.
13 :55	Reins prélevés	FG., et C. s'affairent avec les reins, les emballent dans les sacs prévus à cet effet.
14 :00	Chirurgien en chirurgie générale quitte la salle et laisse la résidente fermer la cavité abdominale, bruit de succion	Diane, infirmière en externe vient remplacer pour un café. FG. demande à Diane plusieurs fils de sutures. Diane ne sait pas où trouver les fils. FG. lui dit que la boîte est libellée « donneur »
14 :05	Dr.D. entre dans la salle pour le prélèvement de la peau	FG., MV., discutent avec md. Re :nouvelle procédure pour le prélèvement de la peau. FG. aide résidente avec la fermeture de la cavité. Dr. D. demande à MV. si on doit faire un décompte quand même. MV répond que « oui » même si patient décédé vues les implications légales.
14 :07	Dr. D. quitte la salle et informe les infirmières qu'elle sera dans le salon des MD, que ce sera long avant la fin de la fermeture	FG continue d'aider la résidente. CV., MV, nettoie la salle et ne discute pas. FG. demande à MV. de faire appeler le chirurgien général parce qu'il a oublié de nettoyer le foie. MV va visiter autre salle et revient en disant qu'un tel md est a côté et qu'il est « gentil et agréable ».
14 :10	Chirurgien général entre dans la salle, se brosse	MV., enseigne à C. les réquisitions à remplir. FG. demande qui va compter avec elle pour le décompte final. FG. demande une minute de silence dans la salle, les autres infirmières acquiescent. Par contre la minute n'est pas respecté. MV baise la tête vers le plancher. Décompte s'effectue
14 :20	Effectue décompte	FG., MV., décompte complet effectué. C., CV., nettoie la salle, FG. aide la résidente avec la fermeture finale de la cavité abdominale. Timbre des voix bas. Pas de bruit de moniteur, son presque un murmure
14 :25	Dr. D. entre dans la salle, se questionne quoi faire avec un spécimen de la rate	LR., emporte le spécimen en patho., FG. demande 2 grosses soies pour la peau
14 :30	Dr. D. aide à nettoyer le patient, enlève tubulures	FG., C. démantèlent les instruments et ne parlent pas. FG. aide la résidente à fermer la peau. Coordinatrice de QT quitte la salle et remercie l'équipe. 5 infirmières présentent. 1 résidente pour la fermeture de la peau, DR. D. pour le prélèvement de la peau. LR., discute et veut savoir qui est responsable pour enlever tubulures d'anesthésie. FG dit que les inhalo. le sont. Dr. D. enlève les tubes. Environnement calme et courtois
14 :35		Diane entre dans la salle et demande à FG. si l'âme de la patiente est sortie. FG. dit non. Les deux infirmières se regardent mais sans plus. MV. est sortie pour son café
14 :40	Inhalo entre dans la salle et nettoie l'équipement. Dr. D. attend son tour	FG demande à DR.D si elle veut que les infirmières nettoient la peau de la patiente. DR.D. dit qu'elle le fera.
14 :45	Champ stérile enlevé, patiente complètement	FG., MV., CV., nettoient la salle sans discuter. FG.,

	nue, résidente en chirurgie général quitte. Résidente pour la peau entre	enlève la sonde vésicale. Résidente pour la peau rase les jambes de la patiente. CV. Nettoie la salle FG sort l'instrumentation de la salle avec l'aide d'un préposé. Environnement non tendu
14 :50	DR.D nettoie le corps de la patiente pour le prélèvement de la peau. Dr. P entre dans la salle et fait des farces avec Dr.D. re : biopsie sans risque, porte de la salle d'opération grande ouverte, patiente nue. DR.D attend	Diane et CV montent la table avec l'instrumentation nécessaire pour le prélèvement de la peau. D ferme la porte
14 :55	4 autres résidents entrent et sortent presque immédiatement	D. prépare DR.D pour le badigeonnage de la peau.
15 :00	Résidente badigeonne la peau	D. veut savoir si MV va revenir, elle dit qu'elle était en cardiaque et qu'elle veut y retourner. Qu'elle n'apprécie pas avoir fait une faveur et d'être laissée seule
15 :05	Champs stériles placés sur la patiente	FG aide md. avec positionnement des champs. D. semble choquée et mal à l'aise d'être laissée seule dans la salle. MV entre et D. quitte
15 :15	Padget dermatome activé, bruit de rasoir	MV., CV présentent dans la salle et regardent le prélèvement, infirmières semblent tristes, FG demande si md. a besoin d'aide
15 :30		FG se blouse pour aider md. Elle tient les tissus de peau avec une pince, semble concentrée sur sa tâche, ne parle pas
	DR.D. dit que la résidente effectue de belles coupes, Dr.D dit de prendre la peau des jambes, des bras et des flancs mais pas du ventre vue que celle-ci a des vergetures	FG aide les md., S. arrive avec le changement de quart de travail. FG me dit.. « tu en as pour ton argent, hein ! ». S nettoie la salle. S. travaille de soir et me dit que rare sont les fois où les donneurs d'organes sont faits de soir.
15 :45	Seul le bruit du dermatome est présent	
15 :50	Prélèvement de la peau terminé	FG., S. aident à mettre la peau dans les bocaux
16 :00	Equipe d'orthopédie entre, 3 MD, il n'est pas requis d'être stérile pour prélever les os	LR. entre dans la salle et voit la patiente complètement nue sur la table. Elle recouvre la patiente d'une couverture chaude et me dit qu'elle avait été ridiculisée la première fois qu'elle avait recouverte le corps d'un défunt avec une couverture chaude. Elle me dit que si c'était un proche qu'elle aimerait qu'on le traite ainsi. 16 :15, Table monté par FG et S., 16 :25, FG. vient s'asseoir à mes côtés, les chirurgiens n'ont pas besoin d'une infirmière en service interne pour cette procédure. Elle me dit qu'elle a eu de la difficulté pendant les cinq premières années de son travail avec le prélèvement d'organes. Qu'elle pleurait à toutes les fois parce qu'elle trouvait qu'il y avait un manque de respect flagrant pour le donneur. Elle a réussi à « coper » avec ça en se disant qu'elle était technicienne avant tout et devait effectuer son travail. Un jour, elle est rentrée dans une salle où deux résidente prélevait la peau. La musique était très forte, CHOM FM, elle s'est dit que c'était correct. Leurs façon de dealer avec ça. Que ces résidentes voyaient sûrement les bénéfices de greffer la peau et que malheureusement ces bénéfices passaient par une partie moins



Annexe 4  
Grille d'entretien

## Grille d'entretien pour les infirmières de salle d'opération

- 1- **Décrivez moi comment vous avez vécu l'intervention pour prélèvement d'organes multiple qui a eu lieu le ....**
  - 1.a) **Comment ça s'est passé à partir de l'annonce de la chirurgie?**
  - 1.b) **Qui a décidé de votre participation ? Quel rôle avez-vous joué ?**
  - 1.c) **Dans quel état d'esprit étiez-vous au cours de la chirurgie ?**
  1. d) **Comment vous sentiez-vous physiquement ? au début, à la mi-temps, à la fin de la chirurgie?**
  - 1.e) **Quel a été le plus grand défi auquel vous avez eu à faire face au cours de l'intervention?**
  - 1 f) **Qu'avez-vous fait quand l'intervention s'est terminée ?**
  - 1 g) **Comment ça s'est passé avec vos collègues au cours de la chirurgie, après la chirurgie ?**
  - 1 h) **Pouvez-vous continuer à décrire votre journée ? Et quand vous avez quitté le bloc, qu'avez-vous fait ? Dans quel état physique et d'esprit étiez-vous ?**
  
- 2- **Quels sentiments éprouvez-vous face à la personne donneur d'organes ?**
  
- 3- **A quelle chirurgie, pourriez-vous comparer la chirurgie pour prélèvement d'organes ? Comment cette chirurgie s'en distingue-t-elle ? Quels sont les points communs ?**
  - 3 a) **Si l'interviewée répond « à aucune ». Demandez : « Qu'est-ce que la chirurgie pour prélèvement d'organes a d'unique ? de particulier ? »**
  
- 4- **Quelle différence feriez-vous entre vos réactions à la chirurgie pour prélèvement d'organes et celles que vous pouvez observer chez vos collègues infirmières ? Quels sont les points communs ?**
  
- 5- **Comment l'équipe s'est-elle distinguée des autres équipes avec lesquelles vous avez travaillé dans un même contexte ?**
  
- 6- **Quels sont les facteurs, qui selon vous, ont une influence sur votre façon de réagir à la chirurgie pour prélèvement d'organes ? Quelles seraient vos suggestions de changement ?**
  
- 7- **Quelle est votre opinion concernant le don d'organes ?**
  
- 8- **Quelle mesure avez-vous pris concrètement pour mettre en application votre opinion concernant le don d'organe?**
  
- 9- **Quel conseil donneriez-vous à un proche concernant le don d'organes?**

**Annexe 5**

**Formulaire de consentement**

Annexe 6  
Résumé des entrevues

### *Résumé de l'entrevue avec Nancy, inf.1 b*

Nancy était l'infirmière en service interne pendant le prélèvement multi-organes effectué le 17 janvier 2003. Elle a été "brossée" du début de l'intervention de 10:00 jusqu'à 13:00, soit pendant la dissection abdominale majeure. Aucun organe n'était prélevé à son départ. L'entrevue, qui a duré soixante minutes, s'est déroulée une semaine après le prélèvement d'organes et a eu lieu dans le bureau de la monitrice clinique, de la salle d'opération.

Nancy a surtout mis l'accent sur le fait qu'elle était contente, fière et «péppée» de sa performance pendant l'intervention chirurgicale. Par la suite, elle a parlé de sa crainte de commettre une erreur, du niveau d'expertise des infirmières qui étaient présentes dans la salle et de son plus grand défi lors de l'intervention, soit la canulation. Les dimensions de la mort, de sa crainte de connaître, un jour, la personne donneuse d'organes, des moments morbides de l'intervention et de la déclaration de la mort cérébrale, ont été abordées après des questions plus spécifiques. Nancy a conclu l'entrevue sur cette dernière dimension: elle encourage le don auprès de ses proches et de sa famille.

Selon Nancy, les fonctions d'infirmière en service interne et externe sont déterminées à partir de la distribution des tâches réalisées le matin par les infirmières responsables au poste.

Celles-ci attribuent le rôle au personnel de chaque salle d'opération. Si une infirmière est désignée pour être en service interne, elle le demeurera de 07 : 30 jusqu'à 13 : 00. La fin de semaine, ces règles sont un peu plus souples, c'est-à-dire que les infirmières décident entre elles de leur rôle respectif durant l'intervention chirurgicale. Nancy était, ce matin-là, l'infirmière en service interne, en chirurgie générale. Donc, lorsque l'infirmière responsable au poste a annoncé l'interruption du programme opératoire régulier pour un prélèvement multi-organes via «interphone» dans la salle, elle savait pertinemment qu'elle occuperait la fonction de service interne. Généralement, les infirmières en chirurgie générale sont celles qui effectuent les prélèvements multi-organes. Elle savait également que les infirmières en service externe avaient peu d'expertise avec cette intervention, étant toutes novices à la salle d'opération.

Nancy craint toujours d'effectuer un prélèvement d'organes en situation d'urgence, c'est-à-dire le soir, la nuit ou la fin de semaine, sur appel, puisqu'il y a beaucoup moins de personnel clé disponible. Concernant son état d'âme du 17 janvier, Nancy était très paniquée, stressée et tendue puisqu'elle en était à sa première intervention chirurgicale de prélèvement d'organes en tant qu'infirmière en service interne. Nancy craint aussi de reconnaître un jour un donneur et regarde toujours l'âge et le nom du patient. D'ailleurs, elle se dit incapable de faire face à cette situation. Ainsi, elle associe les jeunes donneurs d'organes avec certains membres de sa famille, c'est-à-dire ses neveux ou sa sœur en fonction de l'âge. Malgré sa

curiosité naturelle, elle n'en éprouve aucune concernant la cause du décès et ne pose jamais cette question.

Concernant son rôle d'infirmière, Nancy a l'impression que si elle fait une erreur, il y aura perte d'organes. Elle craint de manquer de glace. Elle décrit les fournitures nécessaires à l'intervention comme des ingrédients nécessaires pour compléter une recette à la maison. Selon Nancy, l'infirmière en service interne doit maîtriser et ce, parfaitement, la technique et l'anticipation des besoins des chirurgiens lors de cette intervention chirurgicale. Toutefois, malgré l'explication des autres infirmières et du réconfort apportés par celles-ci, Nancy dit que l'expérience en temps réel dépasse ce qui est dit dans les livres. Ainsi, elle tente de prévoir aux besoins futurs sans toutefois savoir quels seront ces besoins. Elle est consciente des conséquences de commettre une erreur qui risquerait la perte d'un organe. Par contre, elle est moins inquiète de ces risques avec un donneur en mort cérébrale qu'avec un donneur vivant. En effet, Nancy considère que la perte d'un organe appartenant à un donneur avec mort cérébrale ne causerait pas de préjudices à ce dernier.

Le plus grand défi pour Nancy fut lorsque les chirurgiens ont canulé parce que, d'une part, elle n'avait pas encore «effectué sa rotation en cardiaque» et, d'autre part, elle avait entendu parler ses collègues de l'importance de ce moment. Ainsi, elle s'est rassurée en approchant près d'elle six clamps vasculaires au lieu d'une seule. Nancy décrit le moment de la canulation comme étant très tendu. D'ailleurs, selon Nancy, le stress des chirurgiens était palpable dans la salle.

La première réaction de Nancy est la fierté. Nancy s'est dit contente que tous les organes étaient encore «en marche» avant son départ. Elle était contente et «péppée» de partir puisqu'elle avait le sentiment d'avoir surmonté une épreuve, c'est-à-dire d'avoir gardé son calme malgré le stress et l'inconnu de l'intervention chirurgicale. Elle était tellement fière de sa performance qu'elle a discuté de son expérience toute la soirée. Selon elle, en dépit du stress important, de l'exigence psychologique et physique qu'occasionne cette intervention, elle ne s'est pas énervée et a réussi à garder son calme et son sang froid. Elle a eu le sentiment «d'avoir accompli une grosse besogne».

Nancy se décrit comme étant une personne joviale qui aime s'amuser en travaillant. Par contre, cette intervention chirurgicale était sérieuse, elle la décrit d'ailleurs comme étant «de la grosse bière».

Pendant le prélèvement d'organes, Nancy s'est dite très attentive aux moindres détails concernant sa table, ses instruments et son environnement immédiat, de sorte qu'elle voyait le prélèvement sans toutefois voir le patient comme tel. Elle se décrit comme étant fermée. Elle ne se voit pas là, elle est dans sa bulle. À l'intérieur, cependant, Nancy ressentait de la panique et de la peur de manquer de fournitures. Elle avait aussi peur «de ne

pas faire correct, de ne pas faire comme il faut». Nancy est agacée par le fait de ne pas connaître par cœur sa table d'instrument pour un prélèvement multi-organes, comme elle est capable avec une table pour une chirurgie de vésicule biliaire, par exemple. Elle attribue ceci au fait que les prélèvements ne sont pas effectués tous les jours comme les autres chirurgies.

Nancy doit se fier à l'expertise et aux connaissances des infirmières en service externe qui doivent réunir toutes les fournitures requises pour l'intervention et qui doivent aussi la guider. Elle s'est dite que les infirmières en service externe arriveraient à réaliser leurs tâches respectives, malgré leur peu d'expérience avec ce type de chirurgie. Cependant, elle n'était pas complètement rassurée et, avant l'entrée du donneur d'organes dans la salle, elle ressentait «une grosse panique». En fait, tout s'est enchaîné et, plus encore « ça a été comme coulant », quand une experte s'est jointe à elles. Malgré tout, Nancy a déjà travaillé dans des situations où les tâches étaient mieux définies. Nancy estime qu'un stress supplémentaire est exercé lorsque les infirmières présentes dans la salle sont moins expérimentées avec un prélèvement multi-organes, faute d'expérience. De plus, elle décrit cette situation comme étant plutôt « fatigante ».

Selon Nancy, il n'y avait pas d'infirmière chef d'équipe dans la salle et ceci a contribué au léger désordre avec le placement des tables et la distribution des tâches à tous et chacun. Nancy croit que le stress vécu chez les nouvelles infirmières est relié au fait qu'elles sont très conscientes qu'elles sont novices, donc sans expertise. Elle a déjà vu la structure beaucoup plus organisée. Suite à la présence de deux infirmières expertes en service externes, elle s'est décrite en synergie avec elles. Elle se sentait en parfaite confiance avec elles. Ainsi, elle me confie qu'elle a même oublié les infirmières en externe puisque celles-ci n'étaient pas vraiment sa priorité.

Nancy ne connaissait pas beaucoup le chirurgien spécialiste en chirurgie générale. Étant nouvelle et jeune, elle se demande comment le chirurgien la voit. Jugera-t-il sa performance en tant qu'infirmière en service interne correcte ou parfaite ?

Quand Nancy compare les réactions de ses pairs vis-à-vis de la chirurgie pour prélèvement d'organes, elle a l'impression qu'il y a des différences. Elle signale que certaines infirmières qui travaillent en salle d'opération, mais pas dans la salle au moment du prélèvement, disent que cette chirurgie est banale « une chirurgie c'est une chirurgie, une bedaine c'est une bedaine ». Nancy ne s'identifie pas du tout avec cette notion des infirmières plus expérimentées.

En réfléchissant à des expériences passées dans un rôle d'infirmière en service externe, Nancy songe à la mort du donneur. D'ailleurs, Nancy a l'impression et la crainte que le patient n'est pas mort tant que le cœur et les poumons ne sont pas prélevés. À ce moment précis, qualifié de « morbide »,

elle se sent triste « au coton », elle est déroutée et elle perd sa concentration. Elle se dit que le patient est mort « que c'est fini ». De plus, elle n'aime pas le silence des moniteurs hémodynamiques d'anesthésie. Nancy décrit l'atmosphère de la salle à ce moment comme étant « très lourd c'est comme si quelque chose venait nous écraser un petit peu ». Elle a, par le passé, entendu des discussions avec divers professionnels de la santé, où la mort cérébrale n'était pas encore déclarée et qu'ils devaient attendre la confirmation avant de procéder au prélèvement multi-organes. Nancy est plus contrariée avec la notion de la déclaration de mort cérébrale qu'avec l'entrée du donneur d'organes dans la salle d'opération. Paradoxalement, elle se dit confiante que le patient est vraiment mort à l'entrée dans la salle d'opération puisque « des grosses têtes ont décidé que c'était correct ». Ainsi, malgré le fait qu'elle ait signé la carte de don pour elle et pour ses deux enfants, elle éprouve toujours de l'inquiétude face à la déclaration de la mort cérébrale et se questionne toujours quand au moment du décès du patient, « parce qu'on entend parler qu'il y a quelqu'un qui s'est fait débranché pis qui est revenu ».

Selon Nancy, le prélèvement effectué cette journée-là s'est fait dans la règle de l'art. Les gens étaient respectueux et personne ne plaisantait. Par contre, elle exprime le manque de chaleur à l'entrée du patient. Habituellement, les infirmières accueillent le patient à la salle d'attente de la salle d'opération en se présentant, le questionnent sur sa compréhension de la chirurgie, vérifient le consentement, les formules sanguines et les signes vitaux tout en lui inspirant confiance face à l'intervention chirurgicale. Or, l'accueil des infirmières de salle d'opération pour une personne donneuse d'organes se fait généralement aux soins intensifs et l'échange d'informations concernant le statut hémodynamique du patient intubé et cliniquement mort est plutôt effectué d'infirmière à infirmière.

En se référant à ses expériences passées, Nancy décrit le prélèvement multi-organes comme étant un « dépouillement ». La différence avec le prélèvement d'organes et d'autres chirurgies majeures semble être due au fait que tout presse, qu'il y a « une quantité industrielle de monde » dans la salle et que presque tous les organes sortent les uns à la suite des autres. Ainsi, la dissection abdominale est longue et puis « tout sort d'une claque ». D'ailleurs, elle a aussi trouvé sa première observation en tant qu'infirmière en service externe très paniquante lorsqu'elle a vu « sortir les organes ». Elle compare le prélèvement d'organes à une chirurgie de greffe d'organes par rapport aux moments urgents et pressants de l'intervention. Selon elle, la chirurgie cardiaque peut également se comparer au prélèvement d'organes parce qu'ils utilisent la scie sternale, qu'il y a des moments lourds et des préparatifs importants.

Nancy voit la personne donneuse d'organes comme une personne qui fait un don « c'est le cas de le dire c'est un beau don, un don de vie ». Elle encourage le don d'organes sans égard à l'âge de la personne. D'ailleurs, elle a eu des discussions avec sa belle-mère et l'a informée qu'en dépit de

son âge avancé, elle pouvait faire le don de ses yeux ou de sa peau. Nancy est convaincue qu'à son décès, si son «don peut faire avancer la science tant mieux» et que, de toute façon, elle se fera incinérer. Le manque de peau, suite au prélèvement, ne la préoccupe pas outre mesure «que j'ai pas de peau ou que j'en ai, dans la petite boîte, ça ne paraîtra pas ».

### *Résumé de l'entrevue avec Ginette, inf. 2b*

Ginette est l'infirmière qui a relayé la première infirmière «brossée» en service interne pendant le prélèvement multi-organes effectué le 17 janvier 2003. Son quart de travail, pour cette journée, a débuté à 10:00 jusqu'à 18:00. Ainsi, en tant qu'assistante infirmière chef responsable de la chirurgie générale, Ginette a été en service externe de 10:00 jusqu'à 12:00, fonction où elle a pris en charge la salle avec le placement des tables, fournitures et l'attribution des dîners ainsi que des pauses avec le personnel. Elle a également joué un rôle d'accompagnatrice auprès des infirmières présentes dans la salle. Par la suite, elle a travaillé en service interne de 13:00 jusqu'à 17:00. Le prélèvement d'organes a débuté dès son début de service. Le cœur, les reins, le foie, les surrénales, les yeux, la peau et les deux rotules ont été prélevés. Pendant cette intervention chirurgicale, Ginette a de nouveau occupé la fonction d'infirmière en service externe, c'est-à-dire de 17:00 à 18:00. L'entrevue a duré soixante minutes et s'est déroulée dix (10) jours après le prélèvement d'organes. L'entretien a eu lieu dans le bureau de la monitrice clinique de la salle d'opération.

Ginette a surtout mis l'accent sur le privilège qu'elle a de vivre une telle expérience, elle est «contente dans toute», elle aime la partie technique de l'intervention, du début à la fin. Par la suite, elle a parlé de son sentiment de participer à quelque chose de grand, de la tristesse éprouvée pendant l'intervention chirurgicale, du sentiment de respect et de reconnaissance qu'elle éprouve pour la personne défunte donneuse d'organes. Les dimensions de la mort, du manque de respect pour le défunt par les professionnels de la santé et sa nouvelle façon de gérer ses émotions, ont été abordées après des questions plus spécifiques. Ginette a conclu l'entrevue sur la dimension de la passion et du feu sacré qu'elle éprouve toujours et ce, après trente deux ans de service, lorsqu'un donneur vivant ou un receveur d'organes cadavérique arrive à la salle d'opération pour une intervention chirurgicale.

Au tout début de sa carrière, Ginette a travaillé à la salle d'accouchement. D'ailleurs, elle relie cette expérience qui, bien que très heureuse dans 99% des cas, demeure des plus éprouvantes lorsqu'elle est désastreuse. Elle avoue avoir toujours été très intense dans sa façon de soigner des patients. Ginette accompagne le patient avec cette intensité dans le bonheur ou le malheur de l'expérience de soins du patient. Ainsi, elle s'investit entièrement avec ses patients, anciennement à la salle d'accouchement et présentement à la salle d'opération.

Maintenant, en chirurgie générale, Ginette est aussi appelée à soigner des patients pour différentes formes de cancer. Malgré le fait qu'elle trouve que l'opération est «constructive» elle est déchirée avec des sentiments de tristesse pour l'expérience que vivent les patients et leur familles : «le cancer du sein j'en fais deux jours par semaine, les femmes quand tu leur tiens la main avant de s'endormir, disent j'ai deux petits enfants, des affaires

comme ça, tu aurais le cœur qui tomberait là ». Ainsi, selon Ginette, afin de sauver sa peau dans cet univers de misère, elle se doit de lâcher prise avec ses émotions. Selon elle, elle devient, « plus compétente ».

À cinquante trois ans, c'est avec un certain recul que Ginette gère ses émotions. Après trente deux ans de service, son vécu et ses expériences personnelles font qu'elle voit la vie autrement que lorsqu'elle était novice dans la profession. Au début, comme infirmière à la salle d'opération, Ginette relate le sentiment d'avoir été beaucoup touchée par l'intervention chirurgicale pour prélèvement multi-organes. En se référant à ses expériences antérieures, Ginette relate ses difficultés pendant les cinq premières années de son travail avec le prélèvement d'organes. Elle pleurait toutes les fois parce qu'elle trouvait qu'il y avait un manque de respect flagrant pour le donneur. Elle a réussi à « copier » avec ça en se disant qu'elle était technicienne avant tout et devait effectuer son travail. Un jour elle est rentrée dans une salle où deux résidentes prélevaient la peau. La musique était très forte « CHOM FM », elle s'est dite que c'était correct que c'était leur façon de « dealer » avec ça. Que ces « résidentes voyaient sûrement les bénéfiques de greffer la peau et que, malheureusement, ces bénéfiques passaient par une partie moins intéressante », c'est-à-dire le prélèvement. C'est avec dissidence qu'elle a vécu avec des émotions variées et avec le manque d'éthique de l'équipe pendant les interventions chirurgicales des prélèvements multi-organes. Selon elle, le fait d'être profondément touchée lui enlevait de la compétence. De plus, elle vivait ça, "d'une façon émouvante psychologiquement". D'ailleurs, Ginette décrit l'intervention du don d'organes comme étant une intervention qui permet « la mort qui donne la vie » et décrit que, outre la partie technique de l'intervention, il y a une implication émotionnelle qui relie la mort du donneur à la vie du receveur. Selon Ginette, le fait de compartimenter ses états d'âme lui a permis d'être une excellente technicienne et, par ricochet, d'être plus compétente.

Concernant son rôle d'infirmière, elle n'estime jamais que l'intervention multi-organes soit une corvée. Au contraire, elle sent qu'elle participe à quelque chose de grand. Ginette voit cette intervention comme « une journée de cadeaux ». Elle est toujours curieuse de connaître la cause du décès de la personne donneuse d'organes. Selon elle, la situation familiale de la personne décédée est infiniment triste d'autant plus que, dans ce cas-ci, la patiente avait 41 ans et des enfants. Ginette ose espérer que la patiente a passé un beau Noël avec ses proches qui l'aimaient et qui ont profité de sa présence avant qu'elle ne les quitte. Ginette est bouleversée par toutes ses émotions incompréhensibles de la vie. Elle trouve la mort subite tellement troublante qu'elle ne se laisse pas atteindre par ces émotions, selon elle « ça m'enlève de la compétence ». Elle préfère tasser sa tristesse et redevenir technicienne. D'ailleurs, elle a réussi à gérer ses émotions qui ne lui appartiennent pas « elle n'est pas de ma famille, je ne pleure pas sur elle, je n'ai pas perdu quelqu'un de proche, et ce n'est pas ma peine à moi ». Par contre, elle est très touchée si la personne donneuse d'organes est jeune, c'est

à dire dans la vingtaine : «si la personne a dans la vingtaine, ça commence à rejoindre mes enfants pis je ne veux pas tout ça». Ginette relate des situations humainement tragiques, dues à la maladie et elle affirme «se déconnecter» une fois sortie de l'hôpital. Aujourd'hui, elle se dit bien avec cette façon de voir les choses.

Ginette trouve qu'un prélèvement multi-organes est toujours stressant : «c'est une grosse organisation». Ainsi, les rôles et responsabilités sont attribués par l'infirmière responsable qui gère, «qui va où», dans les salles respectives. Habituellement, une personne expérimentée travaille en équipe avec deux infirmières plus novices et désireuses d'apprendre. Ce jour-là, Ginette s'est sentie très valorisée lorsque les infirmières présentes dans la salle l'ont accueillie avec grand soulagement puisqu'elle fut reconnue par ses pairs pour sa grande expertise. Ginette trouve que le personnel, surtout de garde, appréhende toujours la venue d'un patient donneur d'organes, puisque les ressources sont limitées. Or, selon Ginette, suite à l'intervention chirurgicale, les gens sont généralement contents de leurs performances et aiment donner une rétroaction le lendemain suivant.

Ginette éprouve un immense sentiment de respect et de reconnaissance face à la personne donneuse d'organes. Elle entretient une relation spéciale avec cette personne inconsciente et donneuse d'organes dès son entrée dans la salle. Ginette se décrit comme étant «une personne qui n'est pas dénuée de sentiment». Elle est très émue à l'invocation de cette phrase et a les yeux plein d'eau. Elle exprime le désir de vouloir parler à cette personne et de l'emballoter encore plus. Ginette est immensément impressionnée par ce don de vie «que la famille ou elle-même ait décidé ça». Elle éprouve beaucoup d'admiration pour la personne donneuse d'organes puisque celle-ci a signé sa carte de don lorsqu'elle était consciente. Ainsi, Ginette exprime le fait qu'elle trouve la patiente «bien meilleure qu'elle» puisque Ginette n'a pas signé sa carte de don. Selon elle, «peut-être que la patiente n'avait pas vu ce qui se passait dans la salle lorsqu'elle a signé». Pour sa part, Ginette n'a pas le goût de vivre ça et ne se sent pas capable de se rendre jusque là. Ainsi, Ginette vit un paradoxe entre sa logique et ses émotions. D'une part, elle est impressionnée par le geste du don et est consciente du bien-fondé que ces organes apportent aux patients nécessitants mais, d'autre part, elle a perdu ce don de générosité relié principalement au manque de respect et d'éthique de l'équipe dans la salle.

Elle n'aime pas la relation que les professionnels de la santé ont envers la personne donneuse d'organes, ce qui explique pourquoi elle n'encourage pas les gens à signer leur carte de don d'organes. Selon Ginette, les gens ne savent pas ce qu'ils s'en viennent vivre en signant la carte : «c'est de l'inconnu et je les laisse là-dessus avec le don de générosité que, malheureusement, j'ai perdu». Elle est très émue et est pleine d'admiration pour une de ses filles qui a signé sa carte de don. En aucun temps, Ginette a tenté de la dissuader ou de la court-circuiter dans sa décision. Au contraire,

Ginette est deux fois plus émerveillée par ce geste, puisqu'elle connaît la personne, soit sa fille.

La première réaction de Ginette est de dénoncer le manque d'éthique dans la salle d'opération face à la personne donneuse d'organes. Elle déplore les commentaires disgracieux dans la salle, émis par les divers professionnels de la santé. Ginette estime que le geste de donner ses organes est tellement grand que, selon elle, des commentaires tels que «elle s'es-tu faite le poil, (...) je ne peux prendre la peau là il y a plein de vergetures» la heurtent et viennent entacher le grand geste du don d'organes. Elle a lâché prise sur une multitude de gestes et paroles exprimés par le personnel et ce, afin de survivre. Ginette déplore aussi le manque d'éthique qui est reflété dans l'atmosphère de la salle, de sorte qu'elle dénonce les gens qui parlent trop fort et de n'importe quoi : «ça rit fort, ça crie, ça se dit des choses, les succions marchent, tout le monde se parle de n'importe quoi, excepté du respect de la personne qui est là». Elle se rappelle du temps où les Sœurs étaient les principales soignantes au chevet « ils en avaient, là (de l'éthique). Comment ça se fait qu'on peut plus la retrouver cette éthique-là ? ». Ginette serait heureuse si seulement la moitié de l'éthique au temps des Sœurs était retrouvée. Elle se revoit patiente il y a trois ans, hospitalisée à l'urgence, amochée, sous de fortes doses de médicaments et consciente des discussions du personnel parlant de tout, sauf des conditions médicales des patients. Elle ne peut pas concevoir que le personnel soignant et ce, à travers l'hôpital, ait perdu cette minutieuse notion du savoir : savoir faire et savoir être. Ginette compare la situation dans la salle d'opération à l'exposition du corps au salon funéraire. Elle explique mal et trouve déplacé que certains gens vont pleurer avec la personne qui leur est proche et, deux minutes plus tard, des rires se font entendre au fond du salon : «je trouve ça effrayant, je me dis sortez, faites quelque chose mais ne manquez pas de respect comme ça». Autrefois, Ginette essayait d'encourager les professionnels de la santé dans la salle d'opération « on peut tu parler moins fort ». Par contre, elle sentait qu'elle « buggait bien gros le monde en faisant ça, pis j'ai comme lâché prise là-dessus, je te dis, on dirait qu'il n'y a pas moyen ». Aujourd'hui, avec sa nouvelle philosophie, Ginette se permet de parler fort tout en essayant de ne pas manquer de respect envers la personne donneuse d'organes. En dépit de tout, elle aime l'intervention chirurgicale sur le plan technique : « c'est l'opération qui me fait le plus tripper ». Ce qu'elle n'aime pas c'est «la façon dont les gens le font». Malgré tout, Ginette éprouve un grand sentiment d'appartenance avec son milieu, son hôpital, ses chirurgiens. En fait, elle estime que toutes les infirmières présentes dans la salle sont « plus confortables quand c'est nos chirurgiens ».

Le jour du prélèvement multi-organes, Ginette a honte d'avouer qu'elle n'a ressenti aucune peine face à la personne donneuse d'organes. Elle ne veut plus ressentir de peine «c'était fini, les cadeaux étaient tous là, c'était merveilleux, ils avaient été distribués et le reste ne m'appartient pas».

Selon Ginette, les chirurgiens qui viennent de l'extérieur sont imposants de par leur présence, mais elle n'est pas facilement impressionnée. Elle trouve que les infirmières sont plus confortables avec les chirurgiens internes de l'hôpital. Par contre, selon Ginette, les chirurgiens de l'externe sont des visiteurs et elle va jusqu'à croire qu'ils sont «peut être plus fins qu'ils le sont dans leur propre milieu». Ginette a apprécié la gentillesse et la chaleur humaine qui se dégageait de la chirurgienne qui prélevait la peau, elle provenait d'un centre hospitalier de l'externe. Ginette a été plongée «dans un climat de bien-être (...) pour faire ce qu'on faisait». Elle a été grandement impressionnée par le geste des orthopédistes, qui ont recouvert d'une couverture, la patiente donneuse d'organes, dénudée suite au prélèvement des rotules. Elle n'a pas vu la beauté d'un tel geste depuis belle lurette. Selon Ginette, tout ce qu'il fallait faire a été fait, «le linceul, la civière : les infirmières ont tout défait ce qu'il y avait à défaire». Elle a quitté ce jour-là, vidée : «j'étais vidée quand je suis partie, j'étais vidée».

En dépit du fait que Ginette fait continuellement de l'enseignement par rapport à l'intervention chirurgicale multi-organes, elle estime que les besoins d'apprentissage sont grandissants et sans fin. Avec le roulement de personnel et le crescendo imprévisible des interventions multi-organes, les défis demeurent grands. Or, malgré ceci, Ginette fait son enseignement et s'est sentie valorisée lorsque l'équipe de novices l'a accueillie ce jour-là. Ginette a un profond désir de faire son travail pour ensuite quitter avec un sentiment de l'avoir bien fait. Elle se décrit comme une fille très rationnelle qui voit les choses de façon ordonnées, comme l'alphabet. Elle dit voir la vie avec des lunettes qui ne voient jamais les tons de gris «c'est blanc ou c'est noir». D'ailleurs, elle a conçu un livre de protocoles pour les prélèvements multi-organes où les étapes consécutives de toute l'équipe y sont inscrites en détail. Ainsi, Ginette a même prévu, dans son livre de protocole, différents scénarios schématisés pour le placement des tables. De plus, toutes les fournitures sont préparées d'avance pour le prochain donneur.

Ginette conclut l'entrevue sur sa passion et son feu sacré encore présents, lorsqu'un donneur vivant est cédulé pour une greffe. Elle connaît toujours les détails un jour d'avance puisque le programme opératoire est produit au moins une journée d'avance et elle appelle le matin de la chirurgie au département de la salle d'opération pour faire préparer la salle. Elle insiste pour être l'infirmière qui les reçoit et leur exprime «mon dieu qu'il y a de l'amour, c'est des beaux cadeaux d'amour... si on ne croyait plus à l'amour on y croit ce matin». Elle vit cette journée comme si huit heures n'étaient que deux. Elle trouve l'intervention chirurgicale tout aussi emballante lorsqu'un receveur arrive avec un organe cadavérique : « je trouve ça emballant de faire ça, j'adore la greffe ! C'est ma spécialité préférée dans la chirurgie générale ».

### *Résumé de l'entrevue avec Monique, inf. 3b*

Monique est l'infirmière qui était monitrice lors de l'intervention de prélèvement multi-organes. Elle s'est sentie moins impliquée et plutôt comme une accompagnante. Ainsi, elle n'agissait pas comme infirmière en service interne ni externe. Son rôle était un rôle de soutien et de vérification des connaissances auprès des infirmières novices dans la salle. Elle a été présente dans la salle, de façon sporadique, pendant l'intervention de 10:30 jusqu'à 16:00. L'entrevue, qui a duré une soixantaine de minutes, s'est déroulée 11 jours après le prélèvement d'organes. Elle a eu lieu dans son bureau à la salle d'opération.

Monique a surtout mis l'accent sur l'aspect émotionnel avant, pendant et après un prélèvement multi-organes d'après ses expériences antérieures en tant qu'infirmière en service interne et externe à la salle d'opération. Par la suite, elle a parlé de ses sentiments de tristesse suite au départ de l'équipe d'anesthésie, de sa difficulté à gérer la présence des nombreux intervenants présents simultanément dans la salle et des barrières linguistiques qu'ont certains médecins provenant de l'extérieur. Les dimensions du manque de respect, de la mort, de la vision des images visuelles troublantes ont été abordées après des questions plus spécifiques. Monique a conclu l'entrevue sur cette dernière dimension: la crainte que son fils ne décède d'un accident automobile, suite à son obtention de permis de conduire, ainsi que sur les discussions de don d'organes avec lui et ses proches.

De par son expérience, Monique est consciente que certaines interventions chirurgicales pour prélèvement multi-organes effectuées le soir ou la fin de semaine sont faites de façon plus cahoteuse puisque la balance d'expertise en soins infirmiers n'est pas toujours équilibrée. Cela dit, elle a trouvé que le prélèvement du 17 janvier 2003 était bien structuré. Toutefois, Monique estime qu'une chirurgie pour donneur d'organes est déstabilisant, indépendamment du moment dans la journée au cours de laquelle il est effectué, puisqu'il bouscule d'abord le programme opératoire régulier et, d'autre part, parce qu'il engendre un stress supplémentaire sur le personnel. De plus, elle croit que le manque de communication entre les divers professionnels de la santé contribue à l'apparence du manque de cohérence. D'ailleurs, elle estime que les coordinateurs de Québec Transplant sont d'une aide inestimable dans la planification et l'exécution de la distribution des organes prélevés.

La première réaction de Monique est de qualifier le don d'organes comme étant « un beau geste ». Par contre, elle possède « une image visuelle » troublante. Elle a la vive impression que la personne potentiellement donneuse d'organes est « quasiment vivante lorsqu'elle signe sa carte, elle écrit "oui je veux donner mes organes" et, d'un coup, elle tombe morte ». Nonobstant, elle a signé sa carte de dons d'organes bien avant de travailler à la salle d'opération. De plus, depuis qu'elle travaille au bloc opératoire, elle

continue à vouloir donner ses organes. Malgré le fait qu'elle trouve « qu'ils se garochent sur le patient et qu'ils veulent tout avoir et tout enlever ». Monique est contre les gens qui arrivent autour « ils arrivent et ça presse, il faut qu'ils prennent, qu'ils prélèvent ». Malgré le fait qu'elle n'ait jamais vu de prélèvement d'os, elle décrit le prélèvement de la peau et des os comme étant agressant. Monique relate des propos d'infirmières qui témoignent du sentiment d'être dérangées par le prélèvement de tissus et d'os. Elle s'associe à la personne donneuse d'organes et imagine comment elle se sentirait « s'ils prélevaient mes os ». Elle imagine le corps avant et après le prélèvement d'os « il n'y a plus de tonus, il n'y a plus de rigidité ». Monique estime être dérangée par l'action de prélever la multitude d'organes et de tissus face au corps. Elle est étonnée de voir les possibilités et les besoins de la recherche « ils font ça ! Ça va apporter un bien mais ça dérange ». Elle se souvient d'une situation pénible où la maison funéraire a téléphoné dans la salle d'opération avant même que le prélèvement multi-organes soit terminé. Suite au prélèvement, elle a eu l'impression qu'elle livrait un corps vide de ses organes au camion de la maison funéraire « il faut aller le porter à la morgue parce que le camion l'attend (...) j'avais l'impression de me dépêcher pour aller vider ça tout de suite ». Monique ne veut plus jamais vivre cette situation, situation traumatisante qu'elle se rappellera toute sa vie. Elle estime que le côté humain est perdu dans l'intervention, ainsi elle exprime « tu as l'air charognard ».

Elle trouve qu'il y a un manque d'éthique et de respect de la part du personnel soignant envers la personne donneuse d'organes. Monique aimerait que les gens traitent les patients comme si la personne étendue sur la table d'opération était une personne de leur famille. Elle déplore et trouve inacceptable qu'une personne soit laissée nue sur la table d'opération, sans raison. Ainsi, lorsqu'elle est entrée dans la salle et a vu la patiente complètement nue lors du prélèvement du 17 janvier 2003, elle l'a recouverte d'une couverture chaude. En pensant à ses expériences antérieures, elle relate le fait d'avoir été ridiculisée la première fois qu'elle avait fait un tel geste. Selon ses collègues, la patiente est morte. Elle déplore le manque d'éthique en général mais elle le dénonce lorsque le patient est décédé « ça va venir me chercher encore plus, je vais me sentir insultée, je me dis "bien c'est parce qu'il est mort que tu agis de telle façon" ».

Monique a la perception que tant que l'anesthésiste et son équipe sont présents dans la salle à la tête du patient c'est que « le patient est comme toujours vivant, qu'il a survécu ». La mort du patient la frappe lorsqu'elle s'aperçoit que l'équipe d'anesthésie n'y est plus. Selon Monique, cet instant marque un moment définitif pendant lequel elle considère que « sans avoir un espoir de vie pour le patient, c'est toujours quelqu'un qui a survécu, là il n'y a plus rien, il n'y a plus de surveillant en haut, le moniteur est fermé, il n'y a plus rien, plus de son, plus de ce bruit-là que tu n'as plus, tu as les anesthésistes qui ne sont plus là, ils ne parlent plus, ils ne donnent plus d'indications pour l'héparine, ou ci, ou ça. Le chirurgien n'a plus à communiquer avec l'anesthésiste pour lui dire "donne-lui telle affaire" ».

Elle trouve ces moments plutôt difficiles. De plus, elle décrit l'atmosphère de la salle lorsque les soins post-mortem sont effectués comme étant plutôt silencieux « quand c'est un donneur, pis qu'on enlève toutes les choses après, c'est comme silencieux ». D'ailleurs, elle explique ce silence par l'éducation reçue face à la mort.

De plus, Monique est davantage touchée si elle a aperçu la famille du donneur d'organes pleurant la mort de l'être cher aux abords des couloirs de la salle d'opération. Les soins intensifs sont situés dans le même couloir que l'entrée de la salle d'opération et la plupart des personnes donneuses d'organes arrivent par les soins intensifs. Elle comprend la présence des divers intervenants aux soins intensifs : l'infirmière responsable du don d'organes et de tissus et des médecins. Elle sent l'émotion et la douleur de la famille et estime être « plus marquée » lorsqu'elle voit la famille souffrir et pleurer sur la personne donneuse d'organes que lorsque le donneur d'organes arrive à l'étage sans famille. Elle garde la tête froide lorsqu'il n'y a aucun membre de la famille présent. D'ailleurs, selon elle, c'est grâce à cette froideur qu'elle fait face à cette intervention « c'est un donneur cadavérique, c'est un patient comme les autres patients qu'on opère ». Elle estime que la configuration d'un seul corridor reliant les soins intensifs au bloc opératoire est inhumaine. Ainsi, « ils partent des soins intensifs, ils s'en viennent à la salle d'opération pis quand ils ressortent, on a qu'un seul corridor pour ressortir à l'extérieur du bloc opératoire pis au lieu de s'en aller à la cafétéria, on s'en va de l'autre côté pour aller le conduire à la morgue ». Elle associe la direction prise à la fin du corridor à la destinée du patient « on dirait que tu as comme un sens, à droite pour la vie, pis à gauche pour la morgue ». Elle exprime qu'elle n'a aucun désir de tourner à gauche à moins d'y être obligée. Monique n'a pas peur de la mort et n'a aucune répulsion envers le corps défunt « je n'ai pas peur que ce soit froid, j'ai pas peur de toucher mais ça me perturbe émotionnellement ». Cette perturbation émotionnelle est surtout exacerbée si elle est plus fatiguée.

Monique éprouve de la difficulté lorsque plusieurs intervenants sont simultanément présents, dans la salle. Elle a l'impression qu'elle ne sait plus ce qu'ils veulent « il y a trop de monde, de brouhaha, les machines qui font du bruit, deux ou trois préleveurs, plusieurs infirmières... à un moment donné on vient qu'on s'entend plus ». Elle trouve qu'il y a quelques difficultés de communication. Notamment, lorsque les chirurgiens venant de l'extérieur parlent une autre langue et lorsqu'ils nomment les pinces et les fournitures différemment « c'est toujours un petit peu un problème de langue, un moment donné, parce que les gens ne comprennent pas toujours l'anglais... Moi-même, des fois... Des pinces... Mon Dieu ! J'arrivais de Toronto, un moment donné, pis j'étais en interne mais c'est juste un problème de communication parce que tu n'entend pas toujours. Tu as deux équipes qui travaillent pis tu es toute seule à fournir ». Malgré le stress associé au prélèvement d'organes, elle aime les techniques chirurgicales, « d'aller prendre les reins » et apprécie aussi les répercussions du prélèvement, c'est-à-dire la distribution des organes à divers endroits pour

des transplantations « ça, ça va servir à telle personne dans tel hôpital ». Ainsi, elle relate des propos avec un chirurgien nouvellement arrivé d'un autre centre québécois qui nommait les pinces à chirurgie avec une nomenclature différente « Dr. B., même lui quand il est arrivé, ça fait pas tellement longtemps qu'il est là, pis quand il est arrivé, ses pinces il les nommait différemment. »

Suite à un prélèvement multi-organes, Monique se sent fatiguée et plutôt songeuse. Lorsque les gens qui l'entourent la questionnent, elle décrit son état d'âme tel « être sur le carreau (...) j'ai eu un donneur et ce n'était pas le « fun » parce que c'était un jeune homme et ça m'a dérangé ». Monique estime que l'âge et le sexe du patient donneur d'organes sont des facteurs importants qui déterminent son recul face à l'intervention chirurgicale. Elle est émotionnellement perturbée par la présence d'un jeune homme de dix-huit, dix-neuf ans et par des jeunes femmes de quarante ans ayant subi des HSA (hémorragie sous-arachnoïdienne). Monique associe les jeunes hommes à son fils. Ainsi, elle explique « on dirait que les hommes en tant que tels, ça me perturbe moins, les femmes et les jeunes ça va me perturber plus. Je vais m'en aller chez moi et je vais y penser ».

Monique a vécu une gamme d'émotions lorsque son jeune fils a obtenu son permis de conduire à seize ans. Elle a discuté du don d'organes avec lui. Elle relate des explications données à celui-ci sur le corps humain, une fois décédé. Ainsi, Monique croit qu'une fois mort, l'être humain n'est qu'une âme. Selon elle, une fois enterré, le corps se désagrège et ne sert plus à rien. Par contre, elle considère que « si tes organes peuvent servir à quelqu'un et que tu peux sauver ou prolonger la vie de quelqu'un de deux, cinq ou dix ans, je trouve que c'est un certain avantage ». Monique est une personne qui n'est « pas égoïste » et qui ne veut pas mourir en enterrant tous ses organes surtout s'ils peuvent servir à autrui. Ainsi, elle estime qu'ils peuvent tout lui enlever une fois morte « par contre, j'aime moins ça quand je vois les gens à qui on enlève la peau, les os, les yeux ». Ceci dit, elle donnerait sans hésitation ses yeux à son frère ou sa sœur qui souffrent tous deux de la maladie de Hoshier, une maladie de rétinite pigmentaire. Monique admet discuter avec ses proches du don d'organes mais pas avec ses parents. Elle estime que leur âge avancé est un facteur déterminant qui n'offre pas d'option sur le don d'organes. Monique est consciente du besoin grandissant des organes pour les receveurs en attente. Par contre, elle croit que la raison de la pénurie est due au fait que le processus du don d'organes laisse à désirer « la façon n'est très positive ». En expliquant sa pensée plus profondément, Monique croit que l'action d'approcher les familles en deuil d'un être cher, potentiellement donneurs d'organes, n'est pas encore « une action qui est habituelle, c'est pas une action qui est là depuis des années et des années ».

Monique se dit peu dérangée par le prélèvement « si c'est bon pour quelqu'un et que ça peut sauver quelqu'un, ils me charcuteront s'ils le veulent, ça ne me dérange pas, je serai morte ». Elle considère que « son

corps ne lui sert plus à rien une fois morte, qu'elle a d'autres choses à vivre, dans une autre dimension ». Selon Monique « l'enveloppe charnelle ne me dérange pas ». D'ailleurs, elle dit s'être répétée ce mantra à plusieurs reprises et croit que c'est la raison qui explique «qu'elle le prend mieux ».

### *Résumé de l'entrevue avec Nicole inf. 4b*

Nicole était l'infirmière en service externe pendant le prélèvement multi-organes effectué le 17 janvier 2003. Elle a « circulé » sporadiquement du début de l'intervention de 10:00 jusqu'à 15:00, puisqu'elle a remplacé pour des cafés dans d'autres salles. Elle a été présente pendant le prélèvement des organes, à l'exception du prélèvement des deux rotules et des soins post-mortem. L'entrevue qui a duré trente cinq minutes, s'est déroulée 11 jours après le prélèvement d'organes et a eu lieu dans le bureau de la monitrice clinique, de la salle d'opération.

Nicole a surtout mis l'accent sur le fait qu'elle en était à ses débuts en tant qu'infirmière en service externe pour un prélèvement multi-organes. Par la suite, elle a parlé de sa stupéfaction et de son sentiment de dégoût envers le prélèvement de la peau et des os et ce, malgré le fait qu'elle n'ait jamais assisté à ce type de prélèvement. Les dimensions de la mort et de sa croyance à la présence de l'âme, du manque de respect du corps et de sa crainte de connaître un jour une personne donneuse d'organes ont été abordées après des questions plus spécifiques. Nicole a conclu l'entrevue sur cette dernière dimension : elle n'encourage pas le don d'organes, elle estime que le don doit venir des gens « il faut que ça vienne d'eux autres même, c'est un choix personnel ».

Concernant son rôle d'infirmière, Nicole était très stressée le 17 janvier 2003 puisqu'elle n'avait jamais fait une intervention chirurgicale pour prélèvement multi-organes dans sa totalité. Elle avoue son incompréhension et son étonnement face au prélèvement du premier organe et son inhabileté d'anticiper les besoins « on commence-tu par le cœur, on commence-tu par les poumons, c'est par quoi qu'on commence pour un donneur multiple ». Elle ne pouvait concevoir le prélèvement du cœur en premier, puisque le cœur est celui qui distribue le flux sanguin pour irriguer les reins. Elle admet qu'une de ses collègues, également novice en service externe, alimentait son stress et son inquiétude face à la technique et face à la solution «Belzer» de perfusion des organes « ça coûte cher, il ne faut pas en gaspiller ». Par contre, Nicole concède que la situation aurait été d'autant plus insécurisante si elle n'avait pas été entourée de deux autres infirmières expertes dans la salle.

Nicole estime que le prélèvement multi-organes ne la perturbe pas émotionnellement. D'ailleurs, elle cherche toujours à connaître l'âge et la cause du décès. Selon elle, l'équipe de soins dans la salle vit sous le silence la cause du décès du patient donneur d'organes. Selon Nicole, l'équipe ne discute pas trop des détails entourant la mort de la personne donneuse d'organes. Lorsqu'elle est assignée à la salle, Nicole cherche personnellement l'information dans le dossier du patient. Elle défend sa quête d'information comme étant au-delà de la curiosité et estime que cette prise de conscience d'information, humanise l'intervention chirurgicale « ça rend le fait plus humanitaire ». Nicole avoue que même si elle n'est pas

présente dans la salle au moment d'un prélèvement multi-organes, elle se renseigne sur la cause du décès et de l'âge. Ainsi, elle justifie sa quête d'information en réclamant que «je trouve au moins que lui, il fait ça pour une bonne cause». De plus, elle pense que plus une personne donneuse d'organes est jeune, plus c'est désolant pour la famille qui reste. «C'est plate pour la famille, le jeune, lui, il est mort. Ça ne me dérange plus pour lui ; c'est eux qui sont autour, c'est ça surtout».

Sans apporter plus de détails précis, Nicole croit que la façon dont les professionnels de la santé se comportent dans la salle limite la gratification du don de la personne subissant le prélèvement multi-organes. Elle trouve désolant que le geste du don de vie se passe sous le silence. Toutefois, sans préciser comment, Nicole estime que quelqu'un, même un receveur, devrait gratifier les familles donneuses d'organes.

Suite au prélèvement, Nicole estime qu'il ne reste plus grand chose « ils prennent tout, tout, tout ». D'ailleurs, elle trouve que l'intervention ne favorise pas le respect du corps, malgré le fait qu'elle n'ait jamais assisté aux soins post-mortem en salle d'opération « j'imagine bien, on va la mettre, on va l'emballer pis on l'envoie, je suppose ». Habituellement, lorsque un être cher décède, sa famille l'entoure et « veille le corps ». Elle trouve déplorable qu'un être cher décède sans proche. Or, la personne donneuse d'organes est sans famille dans la salle d'opération. Nicole croit que l'esprit du défunt n'est pas loin, qu'il flotte dans la pièce. Elle croit que l'âme de la personne décédée est encore présente dans la salle. De plus, elle questionne les connaissances et la compréhension de la famille du défunt, du concept de la déclaration de la mort cérébrale. D'ailleurs, elle estime que, pour la famille, le patient « n'est pas vraiment mort » lorsqu'il quitte les soins intensifs pour le prélèvement multi-organes au bloc opératoire.

Nicole admet s'être posée la question « est-ce que moi j'ai toujours voulu donner mes organes? » et confesse ne plus savoir la réponse. Elle avait antérieurement signé sa carte de don, mais elle n'a toutefois pas encore signé la carte récemment renouvelée. Elle a été influencée négativement par le dernier prélèvement d'organes. Elle avoue avoir été perturbée par le prélèvement des os, malgré le fait qu'elle n'était pas présente. Le fait de savoir qu'on pouvait prélever les os, l'a confrontée à des images mentales des plus désagréables « c'est quelque chose les os, c'est souvent en dernier, ils arrachent, ils viennent chercher la peau pis on dirait que c'est comme des carnivores qui viennent chercher le reste ». Nicole a perçu le prélèvement des os comme de la charcuterie « ils vont toute te charcuter, ça pas de bon sens, je voyais comme un poulet que tu désosses ». Elle compare l'arrivée de l'équipe d'orthopédie à l'arrivée des vautours. Elle se dit en accord avec le don pour donner une deuxième vie à autrui mais pas tout à fait en accord avec le don pour la recherche. Par contre, elle exprime son manque de connaissance face au prélèvement des os et ajoute que, si elle en apprenait les raisons, l'utilité et le bienfait éventuel, elle pourrait «peut être » acquiescer au don des os pour elle. Cependant, elle refuse le don des os pour

sa fille ou pour un membre de sa famille. Sur sa carte soleil, Nicole pense inscrire prélèvement d'organes internes seulement. D'ailleurs, elle avoue avoir toujours dit « qu'ils prennent ce dont ils ont de besoin...si ça peut servir à quelqu'un d'autre ». Elle approuve le don de la peau pour aider les grands brûlés, le don des yeux et le don des reins.

Par contre, Nicole déplore l'acharnement thérapeutique et l'abus. De par ses expériences antérieures, Nicole a vu des chirurgiens prélever des poumons chez des personnes âgées de soixante-dix ans pour les donner à d'autres personnes souffrant de pathologie importante. Elle désapprouve la transplantation d'organes «chez des personnes à moitié mortes», geste qu'elle dénonce avec ardeur puisque comme Nicole l'affirme : «il y a assez de monde qui attendent en chirurgie ». Elle se dit contre cette pratique et est résolue au fait que l'«on meurt toute ». Elle trouve déplorable que des gens survivent quatre ou cinq ans supplémentaires avec une piètre qualité de vie, «je ne suis pas d'accord pour donner mon organe, pour faire survivre quelqu'un avec difficulté pendant ces quatre, cinq ans ».

Nicole conclut l'entrevue en avouant qu'elle n'encourage pas le don d'organes auprès de membres de sa famille ou de ses proches. Elle estime que le choix de donner leurs organes doit venir d'eux-mêmes, «il faut que ça vienne d'eux autres mêmes, c'est un choix personnel ». Sa fille, âgée de treize ans, ne s'intéresse pas aux soins infirmiers et encore moins au prélèvement d'organes. Malgré tout, Nicole admet avoir déjà discuté avec sa famille de son propre désir de donner ses organes «j'avais dit à ma famille : ça fait longtemps que je voulais donner mes organes ».

## Résumé de l'entrevue avec Diane, inf. 5b

Diane était une des infirmières en service externe pendant le prélèvement multi-organes effectué le 17 janvier 2003. Elle a «circulé » du début de l'intervention de 10:00 jusqu'à 15:00. Elle a été présente pendant le prélèvement des organes, à l'exception du prélèvement de la peau, des deux rotules et des soins post-mortem. L'entrevue, qui a duré trente minutes, s'est déroulée le 28 janvier, soit 11 jours après le prélèvement d'organes et a eu lieu dans le bureau de la monitrice clinique de la salle d'opération.

Diane a surtout mis l'accent sur le fait qu'elle était à ses débuts en tant qu'infirmière en service externe pour un prélèvement multi-organes. Par la suite, elle a parlé du stress ressenti face à la technique de perfusion des organes, de la crainte de placer les organes dans les mauvaises glacières pour la distribution de ceux-ci aux hôpitaux prédestinés et de sa croyance face au succès des organes transplantés. Les dimensions de la mort, des soins post-mortem, de la présence de l'âme du défunt dans la salle ont été abordées après des questions plus spécifiques. Diane a conclu l'entrevue sur cette dernière dimension : elle est très à l'aise avec l'intervention chirurgicale pour prélèvement multi-organes et elle n'a pas de difficulté à promouvoir le don d'organes.

Avant l'intervention et selon les directives des infirmières en charge au poste, Diane a été celle qui a rapatrié toutes les fournitures requises au prélèvement et, plus tard dans la journée, elle a rapatrié les fournitures requises pour le prélèvement de la peau, selon les instructions écrites dans le « kardex » de l'assistante en chirurgie générale. Selon Diane, le « kardex » n'est pas tout à fait clair concernant les fournitures spécifiques reliées au prélèvement de la peau. D'ailleurs, Diane estime qu'elle a perdu son temps à chercher les items nécessaires. Par contre, elle admet que son manque d'expérience face aux besoins pointus des chirurgiens a probablement contribué à la perte de temps dans sa recherche des fournitures.

Concernant son rôle d'infirmière, Diane était stressée le 17 janvier 2003, puisqu'elle en était à sa toute première intervention en tant qu'infirmière en service externe : «je me sentais inutile, je tournais en rond ». Diane n'a jamais été en service interne pour cette intervention «je ne l'ai pas encore fait mais j'imagine que ça m'énerverait ». Elle avoue son sentiment d'hésitation face à l'inconnu, relié aux étapes et au processus en général de cette intervention. Ainsi, puisqu'elle en était à sa première fois, elle ne s'attendait pas à la perfection dans ses gestes, ses actes et ses réflexes d'anticipation face aux besoins des chirurgiens et de l'infirmière en service interne. De plus, la présence de deux infirmières novices dans la salle a contribué, selon Diane, à un «niveau de stress qui était plus élevé ». D'ailleurs, Diane estime que les rôles des infirmières en service externe n'étaient pas clairement déterminés ce jour-là et que ceci a eu un impact

négalif sur la gestion du temps de tous. Elle propose que les rôles soient déterminés avant de débiter l'intervention chirurgicale.

La première réaction de Diane a été sa crainte concernant la technique de perfusion des organes. D'une part, parce qu'elle n'avait jamais exécuté cette technique et, d'autre part, parce qu'elle avait peur de la présence de bulle dans la ligne de perfusion. Elle craint les répercussions d'une mauvaise technique de perfusion sur les organes prélevés et admet être restée proche afin d'éviter toute faille puisqu'elle devait attendre, selon ses collègues et contre sa propre initiative, jusqu'au dernier moment avant de changer de sac «j'ai tellement peur qu'il y ait des bulles (...) je reste assez près pour pas que ça arrive ». Elle relate des propos antérieurs de collègues infirmières concernant cette technique et le stress qu'elle occasionne «parce qu'on entend parler de ça, il y des choses qui nous stresse, veut, veut pas, tant que tu ne l'as pas fait. C'est ça, il y a la perfusion qui me stressait ». Toutefois, Diane a démystifié cette technique en l'effectuant une première fois.

Une autre étape importante, selon Diane, est le moment où les organes sont transférés de la main du chirurgien à celle de l'infirmière en service interne. Elle estime que, outre la manipulation du cœur ou du rein en mains propres, l'infirmière doit placer l'organe spécifique dans les glacières appropriées. Or, malgré le fait qu'elle n'a pas encore été l'infirmière en service interne pour cette intervention, Diane imagine ce moment comme «un stress supplémentaire ».

Le plus grand défi pour Diane a été de «passer à travers ». De par ses expériences antérieures, Diane décrit le moment où le respirateur arrête comme difficile : «plus rien se passe ». D'ailleurs, selon elle, ce moment précis est celui qui différencie l'intervention de tous les autres. Elle décrit le contexte de l'arrêt du respirateur et des soins post-mortem comme étant particulièrement inhabituel pour une salle d'opération. Selon Diane, les patients qui sont acheminés vers la salle d'opération le sont pour se faire opérer et retournent par la suite à leurs unités de soins respectives. Ainsi, la morgue n'est pas «l'endroit où on envoie 99.9 % des gens ». Elle croit que le fait de voir sortir tous les organes a « probablement un impact psychologique, ça fait quand même spécial, tu vois le cœur sortir ». Elle place surtout l'accent sur la fin de l'intervention quand les soins post-mortem sont effectués. Diane relate des moments où elle s'est retrouvée seule avec le patient, alors qu'il n'y a plus de bruit de moniteur hémodynamique et lorsqu'elle a dû «arranger le patient et le diriger vers la morgue ». Diane explique difficilement les sentiments qu'elle éprouve à ce moment précis : «on sent comme un vide, je ne sais pas, il y a comme une absence, c'est dur à dire ». Diane perçoit l'âme de la patiente dans la salle. Antérieurement, à l'étage, elle ouvrait la fenêtre de la chambre du défunt et laissait s'écouler deux heures afin de permettre à l'âme de s'envoler et de permettre à la famille d'être avec la personne. Or, les fenêtres au bloc opératoire sont scellées afin d'éliminer tout courant d'air non contrôlé et le patient est acheminé à la morgue à la suite des soins post-mortem. Sans

toutefois préciser des détails, elle a déjà été témoin à l'étage d'un manque de respect face à la personne donneuse d'organes. Elle estime être touchée davantage par ce manque de respect puisqu'elle croit que l'âme de la personne « est là, pis c'est normal ». Toutefois, elle n'a pas observé un manque de respect à la personne défunte présente au bloc opératoire.

Suite à l'intervention, Diane se sent fatiguée. Cette fatigue a été plus accentuée pour l'intervention effectuée le 17 janvier 2003 puisqu'elle ne savait pas anticiper les besoins et les étapes. Or, cette fatigue était une fatigue psychologique et non pas physique. Par contre, Diane « vit bien » avec l'intervention chirurgicale de prélèvement multi-organes et avec la personne donneuse d'organes. Mais, elle n'est pas très confortable si le patient est jeune. D'ailleurs, elle estime que l'âge est un « gros, gros facteur ». Plus la personne est jeune, plus Diane est touchée : « si je vois que c'est une personne qui est très jeune, ça vient me chercher un peu plus parce que je me dis qu'il n'a pas vécu ». Elle estime qu'une personne plus âgée peut faire bénéficier d'autres gens « c'est comme ça que je le vis ». De plus, elle regarde la cause du décès dans le dossier de la personne donneuse d'organes et est touchée à différents niveaux, selon l'histoire de celle-ci. Antérieurement, Diane a travaillé à l'unité de transplantation. Lorsqu'elle « était curieuse » face au décès du donneur, elle regardait la feuille de consentement dans le dossier du receveur. Cette feuille décrit la cause du décès. Elle est bouleversée par les causes de décès : « traumatisés crâniens, la plupart du temps en bas âge, ça vient me chercher... J'étais vraiment mal de regarder juste la feuille ». Par ailleurs, elle a confiance en l'électroencéphalogramme et croit au processus décisionnel de la déclaration de la mort cérébrale. Une étape de la décision dans le processus de la déclaration de la mort est effectuée par deux médecins qui ne sont pas impliqués dans le dossier. Diane a confiance en l'objectivité de cette démarche.

Diane croit au don d'organes mais émet certaines exceptions quand aux organes qu'elle désire donner. Ainsi, elle exprime sa désapprobation face au don de foie puisqu'elle estime que les patients transplantés n'ont pas un bon taux de réussite « je ne suis pas d'accord avec tous les organes, surtout les greffes hépatiques, je ne me souviens pas en avoir vu survivre ». Elle est également en désaccord avec le don de pancréas « jamais je ne donnerais mon pancréas, j'ai comme pas confiance que ça puisse fonctionner ». Elle approuve le don pour les organes qui ont fait leurs preuves tels que les reins et le cœur. Par contre, elle déplore que les greffes soient effectuées sur des patients qui sont « tellement dans un piteux état ». Elle croit que les greffes sont effectuées trop tard, soit lorsque le patient n'a qu'entre 24 et 48 heures à vivre. Paradoxalement, elle a signé sa carte de don d'organes avec seule exception de ses yeux puisqu'elle « les aime pis je veux qu'ils restent avec moi ».

Diane avoue avoir déjà discuté avec des proches du don d'organes. Sans rentrer dans les détails, elle tente de « mettre les gens en confiance par

rapport à ce qui se passe avec la déclaration de la mort cérébrale et que ce n'est pas une vie qui a été enlevée pour en donner à un autre et après à l'unité de transplantation ». Elle n'a aucune difficulté à promouvoir le don d'organes.

---

### *Résumé de l'entrevue avec Nathalie 6 a*

Nathalie a été la coordonatrice de Québec Transplant pendant le prélèvement multi-organes effectué le 17 janvier 2003. Elle a été présente dans la salle de 10:30 à 14:30. Ainsi, en tant que coordonatrice des organes, elle s'assure que les procédures et protocoles de recherche sont respectés. En outre, elle est responsable du transport des organes aux destinations préétablies. Cette journée-là, elle a effectué de la formation pour les infirmières présentes dans la salle. Nathalie a été présente pour le prélèvement du cœur, des reins, des surrénales et du foie. L'entrevue a duré soixante minutes et s'est déroulée 60 jours après le prélèvement d'organes. Elle a eu lieu dans la salle de conférence au bureau de Québec Transplant à Montréal.

Nathalie a surtout mis l'accent sur le fait que le personnel de Québec Transplant dérange le personnel du bloc opératoire lorsqu'il annonce la venue d'un prélèvement multi-organes. Par la suite, elle a parlé de l'inconfort vécu par les infirmières. D'une part, parce que les infirmières ont un manque de connaissances et, d'autre part, parce qu'elles sont «dérangées», dépendamment de l'âge de la personne donneuse d'organes. Elle a invoqué le respect des personnes soignantes envers la personne donneuse d'organes et a parlé de son impression face au prélèvement de la peau et des os. Les dimensions de la mort ont été abordées après des questions plus spécifiques. Nathalie a conclu l'entrevue sur ses croyances face aux dons d'organes.

Avant d'être coordonatrice pour Québec Transplant, Nathalie a été infirmière soignante aux soins intensifs. Comme «infirmière de chevet», elle se questionnait sur le but de soigner une personne donneuse d'organes, «je me disais ça donne quoi de prendre soin d'un mort». Elle relate son dilemme de l'époque et estime avoir cheminé face à cette situation. Le ratio des infirmières soignantes étant deux patients pour une infirmière, Nathalie trouvait que les soins d'un donneur exigeaient beaucoup, d'autant plus que «le patient à côté a besoin de moi». Selon Nathalie, les infirmières de soins intensifs estiment que le «don d'organes, c'est de la pourriture» puisqu'elles voient toujours les patients très hypothéqués et qu'aussitôt que leur état de santé s'améliore, ils sont transférés sur d'autres unités. Donc, la perception du personnel soignant est plutôt négative puisque celles-ci ne voient que «le pire, elles voient le donneur pis elles voient le patient quand il ne va pas bien». De plus, elle croit que «la connaissance fait qu'un moment donné, les perceptions changent». Par contre, malgré son changement de perception, elle sympathise avec les infirmières qui soignent toujours les personnes donneuses d'organes et qui continuent de se questionner tout comme elle le faisait, puisqu'elle estime que celles-ci sont «là juste pour un temps X dans le processus pis, selon moi, c'est le temps le plus difficile où le monde retire les organes pis les tissus, c'est sûrement très lourd à porter quand tu ne fais que ça pis t'as pas l'opportunité de voir l'après». Ainsi, elle relate l'exemple d'Émile, comment les gens

étaient tous touchés et explique qu'il a survécu parce qu'un autre enfant est mort.

La première réaction de Nathalie est de trouver qu'un prélèvement multi-organes «dérange» la routine habituelle d'un bloc opératoire. Elle déplore le manque de communication. Selon Nathalie, l'annonce de l'intervention chirurgicale au personnel du bloc opératoire ne relève pas de ses responsabilités. Or, concrètement, elle est souvent celle qui est appelée à annoncer le prochain donneur d'organes. Nathalie est consciente que cette annonce bouleverse le programme opératoire régulier et place une «surcharge» de travail, en plus d'être «une charge émotive» sur les infirmières déjà taxées. Ainsi, l'organisation du programme et des urgences qui s'en suivent demeure importante : «un donneur c'est bien dur à caser, surtout le jour, parce qu'on va déranger plusieurs salles, surtout s'il y a des transplantations après, quand c'est un multi». Elle a eu l'impression que les infirmières étaient plutôt novices avec l'intervention chirurgicale. Plus spécifiquement, elle a trouvé que les infirmières présentes cette journée là avaient les deux pieds dans la «merde» et décrit le fait qu'il «fallait qu'elle ait des yeux partout» puisque ses deux mains ne suffisaient pas à la tâche. Nathalie croit qu'un donneur amène un inconfort qui déstabilise plusieurs, de sorte qu'elles sont «moins habiletés à fonctionner» que lorsqu'elles sont dans une salle de chirurgie régulière. De plus, elle perçoit que les infirmières qui peuvent être parachutées dans la salle ne sont pas toujours enchantées à l'idée de poursuivre leur journée avec une personne donneuse d'organes plutôt qu'avec une chirurgie thoracique, par exemple.

Nathalie est toujours questionnée sur la cause du décès de la personne donneuse d'organes par les infirmières. Elle trouve que le questionnement est accentué si la personne est plus jeune. Elle perçoit la quête d'information des infirmières comme une justification du décès de la personne donneuse d'organes. Nathalie associe le niveau de difficulté émotionnelle, de l'intervention à l'âge du patient : «quand tu as un poupon de deux ans et demi, quatre ans, sept ans, dix ans pis que tu as des enfants de cet âge-là c'est difficile, bien difficile». Antérieurement, elle se souvient des instants où certaines infirmières pleuraient dans la salle à l'arrivée de l'enfant.

En reflétant sur ses expériences antérieures, Nathalie se questionne sur les raisons qui motivent le bouleversement des infirmières lorsqu'il y a un donneur d'organes. Selon elle, le fait de ne pas connaître les étapes à suivre, qui plus est «de rentrer un cadavre pis de ressortir un cœur non battant» peut contribuer à la perturbation émotionnelle des infirmières dans la salle. Elle décrit le don d'organes comme étant «bien, bien particulier, c'est unique, tu les rentres mort, les patients». D'ailleurs, elle craignait le don de ses yeux jusqu'au jour où elle s'est résolue à assister à un prélèvement des yeux «j'ai déjà assisté à un prélèvement parce que j'étais curieuse, parce que j'avais comme une crainte par rapport à ça mais, finalement, je n'ai pas vu quand il a prélevé, sauf que j'ai vu l'œil et ça, comme tout enlevé». Elle pense que ce sentiment de «je ne sais quoi», peut être répandu chez

certaines infirmières lorsque les tissus sont prélevés. De plus, elle attribue l'inconfort des infirmières au fait qu'elles ne voient pas les démarches encourues pour obtenir la déclaration de la mort cérébrale. Nathalie croit qu'au-delà de la surcharge de travail et de l'urgence de la situation, les infirmières de bloc opératoire se demandent «ça va servir à quoi ». Elle pense que le fait de «voir des receveurs qui vont bien » et qui sont actifs pour la société peut avoir «un impact positif à long terme » puisque la perception des gens sera de voir qu'il y a une finalité pour le prélèvement d'organes, autre que l'action de placer un organe dans une glacière. Elle comprend que, pour le personnel infirmiers, il n'y a pas de différence entre l'action d'emballer l'organe pour la glacière ou de l'emballer pour la pathologie.

Pendant le prélèvement d'organes, Nathalie soutient que, de façon générale, «il y a du respect pour la vie et pour le patient qui est décédé ». Outre un incident vécu récemment, Nathalie décrit le professionnalisme observé de tous et le respect qu'ils ont les uns envers les autres. De plus, elle associe le savoir-faire avec le savoir être «plus les gens sont habiles, plus ils sont à l'aise avec la procédure, la technique, mieux c'est de façon générale ». Elle perçoit un niveau de stress inférieur dans la salle lorsque l'habileté des gens est omniprésente.

Concernant son opinion par rapport au don d'organes, Nathalie soutient avoir toujours été pour le don d'organes. Or, elle a signé sa carte de don avec une mention d'exception, à savoir la peau et les os «la peau et les os, c'est hors de question ». Elle estime avoir «toujours eu de la difficulté à traiter les brûlés, ça vient me chercher aux tripes ». Nathalie a une tante qui est décédée brûlée. Ainsi, malgré le fait qu'elle n'ait jamais assisté à un prélèvement de la peau et des os, elle estime que la procédure est «très mutilante » et est convaincue que les infirmières le voient comme tel. En toute honnêteté de cause, elle avoue ses scrupules face à sa signature pour la carte de don d'organes de sa fille de deux ans, en dépit du fait qu'elle «a les deux pieds dedans ». Elle admet ne pas être confrontée à cette situation et souhaite ne jamais l'être, puisqu'elle «n'embarquerait pas là-dedans ». Par contre, elle admet qu'elle «signerait sans hésitation » si sa mère, ses frères, où même son conjoint décède. Elle a des remises en question par rapport à cette situation et explique que sa prise de position est justifiée par la force du lien qu'elle entretient avec sa fille. Cette force est d'autant plus fortifiée puisque Nathalie a vécu deux deuils «in utero » avant sa fille «c'est bien sûr qu'il y a le lien qui est très fort entre elle et moi (...) j'en ai perdu deux avant elle ». Par ailleurs, lorsqu'elle rencontre les futures familles des personnes donneuses d'organes elle «n'apporte pas de couleur » face à ses propres exceptions au don d'organes. Elle leur donne les possibilités d'organes à prélever, leur demande s'ils sont à l'aise et s'ils veulent verbaliser des exceptions quant aux organes à prélever. Nathalie est «très honnête » et si les familles venaient à la questionner sur ses propres réticences, elle ne saurait mentir. Par ailleurs, elle a tendance à s'identifier aux familles par rapport au deuil qu'elles vivent. Ainsi, par respect pour eux

et pour la personne défunte, Nathalie ne rentre jamais dans les détails du prélèvement. Elle place plutôt l'accent sur l'apparence non modifiée de la personne, suite au prélèvement «jamais j'irais donner des détails du prélèvement...je leur dis, il n'y a rien qui va paraître ». Nathalie encourage le don d'organes avec les gens de son entourage mais conseille à ceux qui hésitent d'y réfléchir puisque « c'est un geste que tu poses ou que tu ne poses pas et tu vas devoir vivre avec ça le restant de tes jours ». Elle croit que les gens doivent être tout à fait confortables avec les décisions et elle est là pour les éclairer, s'ils hésitent.

*Annexe 7*  
**Rapport préliminaire**

## Rapport préliminaire

Décembre 2003

L'intervention chirurgicale pour prélèvement multi-organes a débuté un vendredi avant-midi, soit le 17 janvier 2003. Le prélèvement s'est effectué avec l'expertise variée de six infirmières. Trois d'entre elles étaient plus novices face à cette intervention. Malgré le fait que certaines ont ressenti des sentiments de stress face à leur rôle respectif, elles s'entendent toutes pour dire que ce prélèvement s'est effectué dans «les règles de l'art». Chacune des infirmières présentes dans la salle ce jour-là a participé à une entrevue individuelle, divisé entre deux parties et d'une durée de 60 à 90 minutes.

Dans la première partie, l'infirmière a lu le résumé de l'observation et a dialogué avec l'étudiante-chercheuse sur son contenu.

Dans la seconde partie, l'infirmière a été interviewée de façon semi-structurée, c'est-à-dire avec des questions préétablies. La première entrevue a eu lieu dix jours après l'intervention chirurgicale. Les entrevues subséquentes ont eu lieu l'une à la suite de l'autre.

Chaque entrevue a donné lieu à un résumé (résumé de l'entrevue X correspondant à l'infirmière X) qui a ensuite été validé par l'infirmière interviewée pendant 45 minutes, lors d'une deuxième rencontre. Ce résumé a été présenté afin de valider les propos exprimés lors de la première rencontre et a ainsi permis aux infirmières interviewées de renchérir au besoin. Suite aux six infirmières interviewées, un total de six résumés ont été produits.

Les infirmières les plus novices ont surtout mis l'accent sur leur niveau de satisfaction personnelle face à leur performance, sur leur crainte de commettre des erreurs potentiellement fatales pour la survie d'un organe et de leur niveau d'expertises d'infirmière.

Tout d'abord, elles ont discuté des dimensions de la mort, de la déclaration de la mort cérébrale, de leur croyance quant à la présence de l'âme de la personne dans la salle et de leur crainte de reconnaître un jour la personne donneuse d'organes. Les infirmières plus expertes ont mis l'accent sur le privilège qu'elles ont de vivre une telle expérience et de leur plaisir d'exécuter la partie technique de l'intervention. Ensuite, elles ont discuté des moments de tristesse éprouvés pendant l'intervention, suite au départ de l'équipe d'anesthésie, ainsi que du sentiment de respect et de reconnaissance qu'elles éprouvent face à la personne donneuse d'organes. Les dimensions de la mort, du manque de respect pour le défunt par les professionnels de la santé, de vision d'images visuelles troublantes pour une infirmière en particulier et de leur appréhension face au prélèvement de la peau et au prélèvement osseux ont également été abordés.

Les premières réactions des infirmières sont d'abord de décrire le geste de donner et ensuite de décrire l'intervention chirurgicale. La perspective du donneur est d'abord et avant tout décrite par les infirmières comme étant «un beau geste», «un grand geste», «un beau don, un don de vie». L'intervention du don d'organes est décrite, quand à elle, comme étant une intervention pour «la mort qui donne la vie».

Par contre, malgré la grandeur du don, ces infirmières interviewées décrivent aussi le prélèvement multi-organes tel que :

« Un dépouillement ... presque tous les organes sortent les uns à la suite des autres » ; «ils prennent tout, tout, tout », «ils se garochent sur le patient et veulent tout avoir et tout enlever ... » ; «ils arrivent et ça presse, il faut qu'ils prennent, qu'ils prélèvent ».

Les réactions évoquées par certaines infirmières plus novices se situent plus au niveau personnel telles qu'en témoigne la fierté dans la performance pour l'une, la crainte d'une mauvaise technique exécutée pour l'autre et la crainte de reconnaître un jour la personne donneuse d'organes. Une infirmière était fière d'avoir surmonté une épreuve, d'avoir gardé son calme malgré le stress et l'inconnu des étapes de l'intervention. Une autre relate des craintes face à la technique de perfusion des organes et les

répercussions néfastes qu'occasionnerait une mauvaise technique sur ceux-ci.

Parmi les réactions émotives les plus vives suscitées chez les infirmières interviewées, celle de la crainte de reconnaître un jour la personne donneuse d'organes demeure importante. D'ailleurs, une infirmière regarde toujours l'âge et le nom du patient. Elle associe les jeunes donneurs d'organes avec certains membres de sa famille, c'est-à-dire ses neveux ou sa sœur en fonction de leur âge, et se dit incapable de faire face à une situation où elle connaîtrait la personne donneuse d'organes. Elle n'est pas curieuse concernant la cause du décès et ne pose jamais cette question.

Par contre, une autre infirmière est toujours curieuse de connaître la cause du décès de la personne donneuse d'organes. Selon elle, la situation familiale de la personne décédée est infiniment triste d'autant plus que, dans ce cas-ci, «la patiente avait 41 ans et des enfants». Une autre infirmière cherche toujours à connaître l'âge et la cause du décès. Lorsqu'elle est assignée à la salle, elle cherche personnellement l'information dans le dossier du patient. Elle défend sa quête d'informations comme étant au-delà de la curiosité et estime que cette prise de conscience d'informations humanise l'intervention chirurgicale, «ça rend le fait plus humanitaire».

Par ailleurs, face à la personne donneuse d'organes, les infirmières font une introspection personnelle de leur propre vie. Ainsi, tout dépend de l'âge, de la cause du décès et, pour une infirmière, du genre du patient donneur. Toutes les infirmières interviewées s'identifient à la personne subissant un prélèvement multi-organes.

En outre, les infirmières plus expertes considèrent la chirurgie pour prélèvement multi-organes comme une expérience à la fois stimulante et exigeante car déshumanisante. L'expérience de vivre l'urgence de l'intervention est très excitante puisqu'elle est reliée au temps d'ischémie qui est vital pour les organes et qui impose des règles quant à la séquence du prélèvement. Or, en dépit du niveau important de stress pour les infirmières de salle d'opération, elles aiment l'intervention chirurgicale sur le plan technique : «c'est l'opération qui me fait le plus tripper». Ce qu'elles

n'aiment pas c'est «la façon dont les gens le font ». L'infirmière dénonce le manque d'éthique dans la salle d'opération face à la personne donneuse d'organes et déplore les commentaires disgracieux émis par les divers professionnels de la santé dans la salle. Elle estime que le geste de donner ses organes est tellement grand que, selon elle, des commentaires tels que : «elle s'est-tu faite le poil ? » ou « je ne peux prendre la peau là, il y a plein de vergetures» la heurtent et viennent entacher le grand geste du don d'organes. Elle déplore le manque d'éthique en général mais elle le dénonce lorsque le patient est décédé : « ça va venir me chercher encore plus », « je vais me sentir insultée », « je me dis que « c'est parce qu'il est mort que tu agis de telle façon » ».

Pendant le prélèvement multi-organes, les infirmières plus novices admettent s'attarder davantage aux moindres détails concernant les instruments, l'environnement immédiat, la perfusion de l'organe en particulier, plutôt que le patient comme tel. Ces infirmières verbalisent également leur sentiment de frustration face aux étapes ultérieures inconnues de l'intervention. D'ailleurs, selon une infirmière, cette frustration se vit intensément puisqu'elles doivent maîtriser, et ce parfaitement, la technique et l'anticipation des besoins des chirurgiens. Toutefois, malgré l'explication des autres infirmières et du réconfort apporté par celles-ci, une infirmière dit que l'expérience en temps réel dépasse ce qui est dit dans les livres. Ainsi, elle tente de prévoir aux besoins futurs, sans toutefois savoir quels seront ces besoins.

L'ambivalence dans l'art de soigner est manifestée par certaines infirmières interviewées. Ainsi, ces infirmières plus expertes et expérimentées semblent être tantôt détachées, tantôt liées face à leurs émotions et à la personne donneuse d'organes. Or, une infirmière sent l'émotion et la douleur de la famille et estime être «plus marquée» lorsqu'elle voit la famille souffrir et pleurer sur la personne donneuse d'organes que lorsque le donneur d'organes arrive à l'étage sans famille. Elle garde la tête froide lorsqu'il n'y a aucun membre de la famille présent. D'ailleurs, c'est grâce à cette froideur qu'elle fait face à cette intervention :

«c'est un donneur cadavérique, c'est un patient comme les autres patients qu'on opère ». Elle estime que ce mantra lui permet d'accepter l'intervention chirurgicale. Par contre, ce jour-là, une autre infirmière a honte d'avouer qu'elle n'a ressenti aucune peine face à la personne donneuse d'organes. Elle ne veut plus ressentir de peine : «c'était fini, les cadeaux étaient tous là, c'était merveilleux, ils avaient été distribués et le reste ne m'appartient pas». D'ailleurs, une infirmière estime avoir lâché prise sur une multitude de gestes et paroles exprimées par le personnel (infirmier et médical) et ce, afin de survivre. Malgré tout, elle éprouve un grand sentiment d'appartenance avec son milieu, son hôpital, ses chirurgiens. En fait, elle estime que toutes les infirmières présentes dans la salle sont «plus confortables quand c'est nos chirurgiens ». Or, pendant le cas, elle a apprécié la gentillesse et la chaleur humaine qui se dégageait de la chirurgienne qui prélevait la peau, cette dernière provenant d'un centre hospitalier de l'externe. Cette même infirmière a été plongée «dans un climat de bien-être,(...) pour faire ce qu'on faisait». Elle a également été grandement impressionnée par le geste des orthopédistes, qui ont recouvert d'une couverture la patiente donneuse d'organes, dénudée suite au prélèvement des rotules. Sur ce, elle estime ne pas «avoir vu la beauté d'un tel geste depuis belle lurette ».

De façon générale, en salle d'opération, le silence témoigne d'un moment intense lorsque le chirurgien canule, par exemple, une artère importante. Or, deux périodes silencieuses surviennent lors d'un prélèvement multi-organes. Le premier silence brutal se manifeste à la fin des échanges entre chirurgiens et anesthésistes lorsque le ventilateur et les signaux des moniteurs hémodynamiques s'arrêtent. Le deuxième silence arrive lorsque les infirmières effectuent les soins post-mortem.

Le silence brutal qui suit le prélèvement d'organes est éprouvant. Ce silence se manifeste par l'arrêt du ventilateur et la fin des échanges entre médecins. La personne qui donnait ses organes n'est plus qu'un corps vidé.

«Sans avoir un espoir de vie pour le patient, c'est toujours quelqu'un qui a survécu, là il n'y a plus rien, il n'y a plus de surveillant en haut, le moniteur est fermé, il n'y a plus rien, plus de son, plus ce bruit-là

que tu n'as plus, tu as les anesthésistes qui ne sont plus là, ils ne parlent plus, ils ne donnent plus d'indications pour l'héparine ou si, ou ça. Le chirurgien n'a plus à communiquer avec l'anesthésiste pour lui dire « donne-lui telle affaire » ».

D'ailleurs, selon une infirmière, ce moment précis est celui qui différencie l'intervention de tous les autres. Elle décrit le contexte de l'arrêt du ventilateur et des soins post-mortem comme étant particulièrement inhabituels pour une salle d'opération et soutient que les patients qui sont acheminés vers la salle d'opération le sont pour se faire opérer et retournent par la suite à leur unité de soins respective : « la morgue n'est pas l'endroit où l'on envoie 99.9 % des gens ».

L'atmosphère de la salle en phase postopératoire lors d'un prélèvement multi-organes, se vit avec beaucoup d'intensité et d'émotivité. Une autre période silencieuse est soulignée par certaines infirmières lorsque les soins post-mortem sont effectués, « quand c'est un donneur, pis qu'on enlève toutes les choses (tubes, intraveineuses, sondes), après, c'est comme silencieux ». Une autre infirmière relate des moments où elle s'est retrouvée seule avec le patient alors qu'elle devait « arranger le patient et le diriger vers la morgue et qu'il n'y a plus de bruit de moniteur. Cette infirmière explique difficilement les sentiments qu'elle éprouve à ce moment précis, « on sent comme un vide, je ne sais pas, il y a comme une absence, c'est dur à dire ». Une autre infirmière relate des propos similaires : « c'est très lourd, c'est comme si quelque chose venait nous écraser un petit peu ».

Suite aux prélèvements, le patient est acheminé vers la morgue plutôt que vers les soins intensifs ou la salle de réveil. Une infirmière décrit qu'elle a eu l'impression qu'elle livrait un corps vide de ses organes au camion de la maison funéraire :

« Il faut aller le porter à la morgue parce que le camion l'attend (...) j'avais l'impression de me dépêcher pour aller vider ça tout de suite ». Elle estime que le côté humain est perdu dans l'intervention. Ainsi elle exprime : « tu as l'air charognard ».

Parmi les croyances des infirmières interviewées, les plus importantes sont celles reliées à la déclaration de la mort cérébrale et à l'âme de la patiente. Or, certaines infirmières se questionnent sur le processus de la déclaration de la mort cérébrale et deux infirmières ont l'impression et la crainte que le patient n'est pas mort tant que le cœur et les poumons ne sont pas prélevés « parce qu'on entend parler qu'il y a quelqu'un qui s'est fait débranché pis qui est revenu ». Une infirmière a la perception que, tant que l'anesthésiste et son équipe qui sont présents dans la salle sont à la tête du patient, « le patient est comme toujours vivant, qu'il a survécu ».

Une autre croyance est reliée à l'âme de la patiente donneuse d'organes. Les infirmières croient à différents degrés que l'âme de la personne donneuse d'organes est encore présente dans la salle. Certaines croient que l'âme flotte dans la pièce et une infirmière la perçoit dans la salle. Antérieurement, à l'unité de soins, elle ouvrait la fenêtre de la chambre du défunt, laissait s'écouler deux heures afin de permettre à l'âme de s'envoler et à la famille d'être avec la personne. Or, les fenêtres du bloc opératoire sont scellées afin d'éliminer tout courant d'air non contrôlé et le patient est acheminé à la morgue à la suite des soins post-mortem. Une autre trouve difficile qu'une personne décède sans la présence de ses proches afin qu'ils « veillent le corps ».

En dépit du fait qu'une infirmière n'a jamais vu de prélèvements d'os, elle décrit le prélèvement de la peau et des os comme étant agressant. Par ailleurs, plusieurs infirmières partagent cette répulsion face aux prélèvements osseux en imaginant un membre désossé. D'ailleurs, une des infirmières qui n'a jamais participé à un tel prélèvement va jusqu'à comparer l'arrivée de l'équipe d'orthopédie à l'arrivée de vautours :

« C'est quelque chose les os, c'est souvent en dernier, ils arrachent, ils viennent chercher la peau pis ont dirait que c'est comme des carnivores qui viennent chercher le reste ... ils vont tout te charcuter, ça n'a pas de bon sens, je voyais comme un poulet que tu désosses ».

Une infirmière s'associe à la personne donneuse d'organes et imagine comment elle se sentirait «s'ils prélevaient mes os ». Elle imagine le corps avant et après le prélèvement d'os, «il n'y a plus de tonus, il n'y a plus de rigidité » et ressent un peu de dégoût.

C'est avec un certain recul qu'une infirmière, plus experte, gère ses émotions et voit la vie autrement que lorsqu'elle était novice à la profession. Cette infirmière éprouve un immense sentiment de respect et de reconnaissance face à la personne donneuse d'organes. Elle est immensément impressionnée par ce don de vie, «que la famille ou elle-même ait décidé ça». Elle éprouve beaucoup d'admiration pour la personne donneuse d'organes puisque celle-ci a signé sa carte de don lorsqu'elle était consciente. Ainsi, elle exprime le fait qu'elle trouve la patiente «bien meilleure qu'elle», puisqu'elle n'a pas signé sa carte de don. Pour sa part, cette infirmière n'a pas le goût de vivre ça et ne se sent pas capable de se rendre jusque là.

Or, plusieurs infirmières interviewées s'accordent pour dire qu'elles appuient le principe de don d'organes dans le « fond » et non dans la « forme ».

Annexe 8  
Rapport final

## Rapport final

11 décembre 2003

Un rapport préliminaire a été rédigé résumant les six entrevues des infirmières observées. Ce rapport a été présenté à un groupe d'infirmières de salle d'opération le 11 décembre 2003 : vingt-neuf infirmières y assistaient. Le but de cet exercice est de permettre aux infirmières non interviewées de vérifier l'exactitude et la palpabilité des propos afin d'y apporter des correctifs ou des ajouts. Un bloc de quarante-cinq minutes a été réservé à cette fin. Stake (1995) intitule ce processus le *member checking*. Pour faciliter l'expression des commentaires, le rapport préliminaire a été présenté par l'étudiante-chercheuse. Le rapport final a été rédigé (annexe 8) en tenant compte des commentaires du groupe.

L'intervention chirurgicale pour prélèvement multi-organes a débuté un vendredi avant-midi, soit le 17 janvier 2003. Le prélèvement s'est effectué avec l'expertise variée de six infirmières. Trois d'entre elles étaient plus novices face à cette intervention. Malgré le fait que certaines ont ressenti des sentiments de stress face à leur rôle respectif, elles s'entendent toutes pour dire que ce prélèvement s'est effectué dans «les règles de l'art ». Toutefois, certaines infirmières estiment qu'un prélèvement multi-organes effectué les jours de semaine, pendant la journée, est un prélèvement effectué dans des conditions idéales. Le soir, la nuit ou la fin de semaine sont parfois vécues avec des restrictions importantes de personnel, ce qui augmente le stress face à l'intervention.

Chacune des infirmières présentes dans la salle ce jour-là a participé à une entrevue individuelle, divisé entre deux parties et d'une durée de 60 à 90 minutes. Dans la première partie, l'infirmière a lu le résumé de l'observation et a dialogué avec l'étudiante-chercheuse sur son contenu. Dans la seconde partie, l'infirmière a été interviewée de façon semi-structurée, c'est-à-dire avec des questions préétablies. La première entrevue a eu lieu dix jours

après l'intervention chirurgicale. Les entrevues subséquentes ont eu lieu les unes à la suite des autres. Chaque entrevue a donné lieu à un résumé (résumé de l'entrevue X correspondant à l'infirmière X) qui a ensuite été validé par l'infirmière interviewée pendant 45 minutes, lors d'une deuxième rencontre. Ce résumé a été présenté afin de valider les propos exprimés lors de la première rencontre et a ainsi permis aux infirmières interviewées de renchéir au besoin. Suite aux six infirmières interviewées, un total de six résumés ont été produits.

Les infirmières les plus novices ont surtout mis l'accent sur leur niveau de satisfaction personnelle face à leur performance, sur leur crainte de commettre des erreurs potentiellement fatales pour la survie d'un organe et de leur niveau d'expertises d'infirmière. Tout d'abord, elles ont discuté des dimensions de la mort, de la déclaration de la mort cérébrale, de leur croyance quant à la présence de l'âme de la personne dans la salle et de leur crainte de reconnaître un jour la personne donneuse d'organes. Les infirmières plus expertes ont mis l'accent sur le privilège qu'elles ont de vivre une telle expérience et de leur plaisir d'exécuter la partie technique de l'intervention. Ensuite, elles ont discuté des moments de tristesse éprouvée pendant l'intervention, suite au départ de l'équipe d'anesthésie, ainsi que du sentiment de respect et de reconnaissance qu'elles éprouvent face à la personne donneuse d'organes. Les dimensions de la mort, du manque de respect pour le défunt par les professionnels de la santé, de vision d'images visuelles troublantes pour une infirmière en particulier et de leur appréhension face au prélèvement de la peau et au prélèvement osseux ont également été abordés.

De plus, certaines infirmières expertes ont insisté sur les différences d'un prélèvement osseux ou de la peau, versus d'autres prélèvements. Ces infirmières ont l'impression que la mutilation est plus grande lorsqu'elle est apparente. Certaines iront même jusqu'à dire qu'elles « abîment le corps ». Par ailleurs, une infirmière avec 30 ans d'expérience estime qu'agir sur un corps pour une intervention chirurgicale traditionnelle est très différente que d'agir sur un corps décédé d'une mort cérébrale. Elle décrit :

« Les os ne saignent plus, les muscles sont bleus, il y a une odeur qui s'installe lorsqu'arrive le prélèvement des os et de la peau puisque la personne est morte depuis un certain temps, habituellement l'intérieur du corps est chaud alors que pour cette intervention il est froid, j'ai l'impression d'être en salle d'autopsie plutôt qu'en salle d'opération. ».

Les premières réactions des infirmières interviewées sont d'abord de décrire le geste de donner et ensuite de décrire l'intervention chirurgicale. La perspective du donneur est d'abord et avant tout décrite par les infirmières comme étant «un beau geste », «un grand geste », «un beau don, un don de vie ». L'intervention du don d'organes est décrite, quand à elle, comme étant une intervention pour «la mort qui donne la vie ». Par contre, malgré la grandeur du don, ces infirmières interviewées décrivent aussi le prélèvement multi-organes tel que :

« Un dépouillement ... presque tous les organes sortent les uns à la suite des autres » ; «ils prennent tout, tout, tout », «ils se garochent sur le patient et veulent tout avoir et tout enlever ... » ; «ils arrivent et ça presse, il faut qu'ils prennent, qu'ils prélèvent ».

Les réactions évoquées par certaines infirmières plus novices se situent plus au niveau personnel telles qu'en témoigne la fierté dans la performance pour l'une, la crainte d'une mauvaise technique exécutée pour l'autre et la crainte de reconnaître un jour la personne donneuse d'organes. Une infirmière était fière d'avoir surmonté une épreuve, d'avoir gardé son calme malgré le stress et l'inconnu des étapes de l'intervention. Une autre relate des craintes face à la technique de perfusion des organes et les répercussions néfastes qu'occasionnerait une mauvaise technique sur ceux-ci.

Parmi les réactions émotives les plus vives suscitées chez les infirmières interviewées, celle de la crainte de reconnaître un jour la personne donneuse d'organes demeure importante. D'ailleurs, une infirmière regarde toujours l'âge et le nom du patient. Elle associe les jeunes donneurs d'organes avec certains membres de sa famille, c'est-à-dire ses

neveux ou sa sœur, en fonction de leur âge, et se dit incapable de faire face à une situation où elle connaîtrait la personne donneuse d'organes. Elle n'est pas curieuse concernant la cause du décès et ne pose jamais cette question.

Par contre, une autre infirmière est toujours curieuse de connaître la cause du décès de la personne donneuse d'organes. Selon elle, la situation familiale de la personne décédée est infiniment triste d'autant plus que, dans ce cas-ci, «la patiente avait 41 ans et des enfants». Une autre infirmière cherche toujours à connaître l'âge et la cause du décès. Lorsqu'elle est assignée à la salle, elle cherche personnellement l'information dans le dossier du patient. Elle défend sa quête d'informations comme étant au-delà de la curiosité et estime que cette prise de conscience d'informations humanise l'intervention chirurgicale, «ça rend le fait plus humanitaire».

Par ailleurs, face à la personne donneuse d'organes, les infirmières font une introspection personnelle de leur propre vie. Ainsi, tout dépend de l'âge, de la cause du décès et, pour une infirmière, du genre du patient donneur. Toutes les infirmières interviewées s'identifient à la personne subissant un prélèvement multi-organes.

En outre, les infirmières plus expertes considèrent la chirurgie pour prélèvement multi-organes comme une expérience à la fois stimulante et exigeante car déshumanisante. L'expérience de vivre l'urgence de l'intervention est très excitante puisqu'elle est reliée au temps d'ischémie qui est vital pour les organes et qui impose des règles quant à la séquence du prélèvement. Or, en dépit du niveau important de stress pour les infirmières de salle d'opération, elles aiment l'intervention chirurgicale sur le plan technique : «c'est l'opération qui me fait le plus tripper». Ce qu'elles n'aiment pas c'est «la façon dont les gens le font». L'infirmière dénonce le manque d'éthique dans la salle d'opération face à la personne donneuse d'organes et déplore les commentaires disgracieux émis par les divers professionnels de la santé dans la salle. Elle estime que le geste de donner ses organes est tellement grand que, selon elle, des commentaires tels que : «elle s'est-tu faite le poil ? » ou « je ne peux prendre la peau là, il y a plein de vergetures » la heurte et viennent entacher le grand geste du don

d'organes. Elle déplore le manque d'éthique en général mais elle le dénonce lorsque le patient est décédé : « ça va venir me chercher encore plus », « je vais me sentir insultée », « je me dis que “ c'est parce qu'il est mort que tu agis de telle façon ” ».

Pendant le prélèvement multi-organes, les infirmières plus novices admettent s'attarder davantage aux moindres détails concernant les instruments, l'environnement immédiat, la perfusion de l'organe en particulier, plutôt que le patient comme tel. Ces infirmières verbalisent également leur sentiment de frustration face aux étapes ultérieures inconnues de l'intervention. D'ailleurs, selon une infirmière, cette frustration se vit intensément puisqu'elles doivent maîtriser, et ce parfaitement, la technique et l'anticipation des besoins des chirurgiens. Toutefois, malgré l'explication des autres infirmières et du réconfort apporté par celles-ci, une infirmière dit que l'expérience en temps réel dépasse ce qui est dit dans les livres. Ainsi, elle tente de prévoir aux besoins futurs, sans toutefois savoir quels seront ces besoins.

L'ambivalence dans l'art de soigner est manifestée par certaines infirmières interviewées. Ainsi, ces infirmières plus expertes et expérimentées semblent être tantôt détachées, tantôt liées face à leurs émotions et à la personne donneuse d'organes. Or, une infirmière sent l'émotion et la douleur de la famille et estime être « plus marquée » lorsqu'elle voit la famille souffrir et pleurer sur la personne donneuse d'organes que lorsque le donneur d'organes arrive à l'étage sans famille. Elle garde la tête froide lorsqu'il n'y a aucun membre de la famille présent. D'ailleurs, c'est grâce à cette froideur qu'elle fait face à cette intervention : « c'est un donneur cadavérique, c'est un patient comme les autres patients qu'on opère ». Elle estime que ce mantra lui permet d'accepter l'intervention chirurgicale. Par contre, ce jour-là, une autre infirmière a honte d'avouer qu'elle n'a ressenti aucune peine face à la personne donneuse d'organes. Elle ne veut plus ressentir de peine : « c'était fini, les cadeaux étaient tous là, c'était merveilleux, ils avaient été distribués et le reste ne m'appartient pas ». D'ailleurs, une infirmière estime avoir lâché prise sur une multitude de

gestes et paroles exprimées par le personnel (infirmier et médical) et ce, afin de survivre. Malgré tout, elle éprouve un grand sentiment d'appartenance avec son milieu, son hôpital, ses chirurgiens. En fait, elle estime que toutes les infirmières présentes dans la salle sont «plus confortables quand c'est nos chirurgiens ». Or, pendant le cas, elle a apprécié la gentillesse et la chaleur humaine qui se dégageait de la chirurgienne qui prélevait la peau, cette dernière provenant d'un centre hospitalier de l'externe. Cette même infirmière a été plongée «dans un climat de bien-être, (...) pour faire ce qu'on faisait». Elle a également été grandement impressionnée par le geste des orthopédistes, qui ont recouvert d'une couverture la patiente donneuse d'organes, dénudée suite au prélèvement des rotules. Sur ce, elle estime ne pas «avoir vu la beauté d'un tel geste depuis belle lurette ».

De façon générale, en salle d'opération, le silence témoigne d'un moment intense lorsque le chirurgien canule, par exemple, une artère importante. Or, deux périodes silencieuses surviennent lors d'un prélèvement multi-organes. Le premier silence brutal se manifeste à la fin des échanges entre chirurgiens et anesthésistes lorsque le ventilateur et les signaux des moniteurs hémodynamiques s'arrêtent. Le deuxième silence arrive lorsque les infirmières effectuent les soins post-mortem. Le silence brutal qui suit le prélèvement d'organes est éprouvant. Ce silence se manifeste par l'arrêt du ventilateur et la fin des échanges entre médecins. La personne qui donnait ses organes n'est plus qu'un corps vidé.

«Sans avoir un espoir de vie pour le patient, c'est toujours quelqu'un qui a survécu, là il n'y a plus rien, il n'y a plus de surveillant en haut, le moniteur est fermé, il n'y a plus rien, plus de son, plus ce bruit-là que tu n'as plus, tu as les anesthésistes qui ne sont plus là, ils ne parlent plus, ils ne donnent plus d'indications pour l'héparine ou si, ou ça. Le chirurgien n'a plus à communiquer avec l'anesthésiste pour lui dire « donne-lui telle affaire » ».

D'ailleurs, selon une infirmière, ce moment précis est celui qui différencie l'intervention de tous les autres. Elle décrit le contexte de l'arrêt du ventilateur et des soins post-mortem comme étant particulièrement

inhabituels pour une salle d'opération et soutient que les patients qui sont acheminés vers la salle d'opération le sont pour se faire opérer et retournent par la suite à leur unité de soins respective : « la morgue n'est pas l'endroit où l'on envoie 99.9 % des gens ».

L'atmosphère de la salle en phase postopératoire lors d'un prélèvement multi-organes, se vit avec beaucoup d'intensité et d'émotivité. Une autre période silencieuse est soulignée par certaines infirmières lorsque les soins post-mortem sont effectués « quand c'est un donneur, pis qu'on enlève toutes les choses (tubes, intraveineuses, sondes), après, c'est comme silencieux ». Une autre infirmière relate des moments où elle s'est retrouvée seule avec le patient alors qu'elle devait « arranger le patient et le diriger vers la morgue et qu'il n'y a plus de bruit de moniteur ». Cette infirmière explique difficilement les sentiments qu'elle éprouve à ce moment précis « on sent comme un vide, je ne sais pas, il y a comme une absence, c'est dur à dire ». Une autre infirmière relate des propos similaires : « c'est très lourd, c'est comme si quelque chose venait nous écraser un petit peu ».

Suite aux prélèvements, le patient est acheminé vers la morgue plutôt que vers les soins intensifs ou la salle de réveil. Une infirmière décrit qu'elle a eu l'impression qu'elle livrait un corps vide de ses organes au camion de la maison funéraire :

« Il faut aller le porter à la morgue parce que le camion l'attend (...) j'avais l'impression de me dépêcher pour aller vider ça tout de suite ». Elle estime que le côté humain est perdu dans l'intervention. Ainsi elle exprime : « tu as l'air charognard ».

Par ailleurs, une infirmière avoue prier pour la personne défunte lorsqu'elle effectue les soins post-mortem. D'autres ont verbalisé le constat que les soins post-mortem sont effectués majoritairement par le même groupe d'infirmières, puisque peu d'entre elles sont confortables avec ses soins. Ces propos ont été corroborés par l'assistante infirmière chef et par l'infirmière chef.

Parmi les croyances des infirmières interviewées, les plus prédominantes sont celles reliées à la déclaration de la mort cérébrale et à

l'âme de la patiente. Or, certaines infirmières se questionnent sur le processus de la déclaration de la mort cérébrale et deux infirmières ont l'impression et la crainte que le patient n'est pas mort tant que le cœur et les poumons ne sont pas prélevés « parce qu'on entend parler qu'il y a quelqu'un qui s'est fait débrancher pis qui est revenu ». Une infirmière a la perception que, tant que l'anesthésiste et son équipe qui sont présents dans la salle sont à la tête du patient, « le patient est comme toujours vivant, qu'il a survécu ».

Une autre croyance est reliée à l'âme de la patiente donneuse d'organes. Les infirmières croient à différents degrés que l'âme de la personne donneuse d'organes est encore présente dans la salle. Certaines croient que l'âme flotte dans la pièce et une infirmière la perçoit dans la salle. Antérieurement, à l'unité de soins, elle ouvrait la fenêtre de la chambre du défunt, laissait s'écouler deux heures afin de permettre à l'âme de s'envoler et à la famille d'être avec la personne. Or, les fenêtres du bloc opératoire sont scellées afin d'éliminer tout courant d'air non contrôlé et le patient est acheminé à la morgue à la suite des soins post-mortem. Une autre trouve difficile qu'une personne décède sans la présence de ses proches afin qu'ils « veillent le corps ».

En dépit du fait qu'une infirmière n'a jamais vu de prélèvement d'os, elle décrit le prélèvement de la peau et des os comme étant agressant. Plusieurs infirmières partagent cette répulsion face aux prélèvements osseux en imaginant un membre désossé. D'ailleurs, une des infirmières interviewée qui n'a jamais participé à un tel prélèvement va jusqu'à comparer l'arrivée de l'équipe d'orthopédie à l'arrivée de vautours :

« C'est quelque chose les os, c'est souvent en dernier, ils arrachent, ils viennent chercher la peau pis on dirait que c'est comme des carnivores qui viennent chercher le reste ... ils vont tout te charcuter, ça n'a pas de bon sens, je voyais comme un poulet que tu désosses ».

Un infirmier avec expérience abonde en affirmant que l'arrivée de certains chirurgiens rime avec l'arrivée des vautours. De plus, il estime

qu'on ne doit pas perdre de vue ce qui est fait, c'est-à-dire une intervention chirurgicale sur une personne décédée.

Une infirmière s'associe à la personne donneuse d'organes et imagine comment elle se sentirait «s'ils prélevaient mes os». Elle imagine le corps avant et après le prélèvement d'os «il n'y a plus de tonus, il n'y a plus de rigidité» et ressent un peu de dégoût.

C'est avec un certain recul qu'une infirmière, plus experte, gère ses émotions et voit la vie autrement que lorsqu'elle était novice à la profession. Cette infirmière éprouve un immense sentiment de respect et de reconnaissance face à la personne donneuse d'organes. Elle est immensément impressionnée par ce don de vie «que la famille ou elle-même ait décidé ça». Elle éprouve beaucoup d'admiration pour la personne donneuse d'organes puisque celle-ci a signé sa carte de don lorsqu'elle était consciente. Ainsi, elle exprime le fait qu'elle trouve la patiente «bien meilleure qu'elle», puisqu'elle n'a pas signé sa carte de don. Pour sa part, cette infirmière n'a pas le goût de vivre ça et ne se sent pas capable de se rendre jusque là.

Toutefois, plusieurs infirmières interviewées s'accordent pour dire qu'elles appuient le principe de don d'organes dans le «fond» et non dans la «forme». De plus, les infirmières ont verbalisé leur appréhension face à la promotion du don d'organes, particulièrement lorsque la promotion s'adresse aux membres de leur famille.

La session du «member checking» a permis aux infirmières de renchérir le rapport préliminaire et de commenter sur l'aspect du soutien nécessaire et absent de l'organisme de Québec Transplant. Les infirmières souhaitent que Québec Transplant les considère comme membres inhérents de l'équipe, contribuant à la réussite du prélèvement. À ce titre, elles soulèvent leur curiosité face au dénouement du prélèvement et aimerait, «aller plus loin de ce qu'on voit». Elles ont aussi exprimé le besoin de se faire entendre à la suite d'un prélèvement «comment ont-elles vécu ça». Les infirmières ont également élaboré sur leur frustrations vécues lorsque

les organes sont placés au frigo et qu'une transplantation n'aura pas lieu. Elles expriment le sentiment de ne pas avoir fait leur travail.

Finalement, un infirmier a exprimé son désaccord face au devis d'étude choisi par l'étudiante-chercheuse. Il a verbalisé son doute quant à la validité des résultats compte tenu qu'une seule observation de l'intervention chirurgicale pour prélèvement multi-organes a été faite. Toutefois, une infirmière de trente ans d'expérience a commenté que les sentiments, les craintes, les appréhensions soulevés par l'étudiante-chercheuse se sont avérés des plus pertinents. Elle estime que les résultats reflètent l'expérience des infirmières de salle d'opération et que l'observation de plusieurs cas n'aurait pas changé ou invalidé les résultats évoqués et que les états d'âme sont les mêmes depuis son début de carrière. Une autre infirmière a voulu dire devant tous qu'en dépit du fait que l'identité des infirmières participantes étaient anonymes, elle s'est dite fière d'avoir participé à une telle étude et qu'elle abondait dans le même sens, à savoir qu'une « observation d'un cas de a-z pendant sept heures, reflète la réalité ». Elle ne croit pas que l'observation de plus d'un cas pourrait soulever plus de détails ou de sentiments que l'étude qui a été faite et elle remercie l'étudiante-chercheuse pour son intérêt sur le sujet.

**Annexe 9**  
**Curriculum vitae**

## Curriculum Vitae

Martine Bouchard  
 Langues parlées : français, anglais  
 Langues écrites : français, anglais

### Formation Académique

En cours  
 administrateur en  
 ambulatoire (AORN, États-Unis)

Programme de certification pour  
 chirurgie

Dépôt avril 2004

Maîtrise es Sciences infirmières  
 Université de Montréal

Décembre 1997  
 infirmières

Baccalauréat spécialisé en Sciences  
 Université de Montréal

Juillet 1997  
 Canada

Certification en Soins périopératoires au

Mai 1996  
 palliatifs

Attestation de stage à l'unité des soins

Hôpital Royal Victoria

Juin 1991

Certificat en Santé communautaire  
 Université de Montréal

Décembre 1987

D.E.C. en techniques infirmières  
 C.E.G.E.P. John Abbott

### Expérience professionnelle

De juillet 2002  
 Jusqu'à maintenant  
 Fonction

Hôpital du Haut-Richelieu

Chef du secteur ambulatoire

Description de tâches	Responsable de l'organisation, la planification et le fonctionnement des cliniques externes, de la chirurgie d'un jour, de la chirurgie mineure, de l'endoscopie, de la médecine de jour et de la pré-admission.
De mai 1999 à McGill, Juin 2002	C.U.S.M./ Centre Universitaire de santé Hôpital Royal Victoria
Fonction	<b>Gestionnaire et Coordinatrice du bloc opératoire et de la salle de réveil (cadre intermédiaire)</b>
Description de tâches	Responsable pour la gestion de la salle d'opération et pour la salle de réveil. Plus spécifiquement, je suis responsable pour la planification à court et à long terme de l'utilisation approprié des ressources personnelles, du matériel et de l'aspect financier. Gestionnaire d'un budget annuel de quinze millions de dollars. Responsable d'une équipe de 75 infirmières, 15 perfusionnistes, (7 assistantes infirmières chefs et 1 infirmière chef).
D'août 1996 à McGill, Mai 1999	C.U.S.M./ Centre Universitaire de Santé Hôpital Royal Victoria
Fonction <b>l'enseignement</b>	<b>Infirmière clinicienne, chargée de clinique (poste cadre)</b>
Description de tâches	Bloc opératoire, Centre des naissances, Cystoscopie, Bloc opératoire de l'Hôpital Neurologique de Montréal.  - Responsable de la mise en place, de l'élaboration et de l'évaluation des programmes d'éducation pour les employés, basé sur des principes andragogiques fondamentaux.

De juillet 1991 à  
juillet 1996 McGill

C.U.S.M./ Centre Universitaire de  
Hôpital Royal Victoria

Fonction

**Infirmière soignante**

Description de tâches

- Responsable de l'organisation des soins périopératoires en salle d'opération.

De janvier 1989 à  
Juin 1991

Hôpital des Anciens Combattants

Fonction

**Assistante infirmière chef**

Description de tâches

- Supervision de l'état de santé de 64 patients
- Supervision du travail de 3-4 brancardiers.

### Autres Expériences

- Dirigeante élue siégeant sur le Conseil d'administration de la Caisse Populaire de Chambly, 1998 jusqu'à maintenant (troisième mandat).
- Présidente du comité liaison du Conseil des Infirmiers et Infirmières de l'Ordre des infirmières et infirmiers de la Montérégie (O.R.I.I.M.) (jusqu'au 31 mars 2004).
- Consultante pour L'Association des infirmières et infirmiers du Canada : développement des compétences, élaboration des questions pour l'examen de 2001 en soins périopératoires du Canada, 1999 et 2000. Traductrice de l'examen 2003.
- Infirmière évaluatrice pour le Bureau d'Inspection Professionnel de l'Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec, 2001,2002.
- Conférencière au 4<sup>e</sup> Colloque Alice Girard de l'Université de Montréal, 2000.
- Conférencière pour l'Association de Gestion en Approvisionnement des établissements de santé du Québec, 2000.
- Conférencière invitée par la faculté de Nursing de McGill pour la promotion des soins périopératoires, 1998.

- Élaboration et mise en œuvre d'un programme d'intégration pour les infirmières de salle d'opération redéployées, 1998.
- Élaboration et mise en œuvre d'un programme de formation pour les infirmières de salle d'opération de l'Hôtel-Dieu de St Jérôme, 1998.
- Élaboration d'un groupe d'étude pour la certification en soins périopératoires du Canada, 1999.
- Formation de pointe en informatique donnée par Per-Sé (Chapel Hill, Caroline du Nord), 1999.

#### Autres renseignements

- Boursière de l'Université de Montréal, 2003
- Boursière de L'Ordre des infirmières et infirmiers de la Montérégie, 2002.
- Boursière de l'A.O.R.N. (Association of perioperative registered nurses), U.S, 2002.
- Boursière de la Fondation des infirmières et infirmiers du Canada, 2001.
- Membre en règle de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec.
- Certifié en Soins périopératoire pour le Canada.
- Membre de A.O.R.N. (Association of perioperative registered Nurses, Inc.).
- Excellentes aptitudes en communication.
- Bilingue (français et anglais).