

# Table des matières

|   |           |
|---|-----------|
| <b>1. Introduction</b> .....  | <b>1</b>  |
| <b>2. Problématique</b> .....   | <b>1</b>  |
| <b>2.1 Concepts</b> .....   | <b>3</b>  |
| 2.1.1 Vécu .....  | 3         |
| 2.1.2 Psychologique .....   | 3         |
| 2.1.3 Adulte .....  | 4         |
| 2.1.4 Transplantation.....  | 4         |
| 2.1.5 Cardiaque.....  | 4         |
| <b>3. Cadre théorique</b> .....   | <b>4</b>  |
| <b>3.1 La nature des transitions</b> .....  | <b>6</b>  |
| <b>3.2 Les conditions d'une transition</b> .....  | <b>7</b>  |
| <b>3.3 Les modèles de réponses</b> .....  | <b>8</b>  |
| <b>3.4 Les interventions infirmières</b> .....  | <b>8</b>  |
| <b>4. Méthodologie</b> .....  | <b>9</b>  |
| <b>4.1 Recherches sur la base de données CINAHL, PubMed et Cross-referencing</b> .....                            | <b>9</b>  |
| <b>4.2 Critères d'inclusion et d'exclusion</b> .....  | <b>10</b> |
| <b>4.3 Critique de la méthodologie</b> .....  | <b>10</b> |
| <b>5. Résultats</b> .....   | <b>12</b> |
| <b>5.1 Tableaux des études quantitatives</b> .....  | <b>12</b> |
| <b>5.2 Tableaux des études qualitatives</b> .....   | <b>14</b> |
| <b>6. Synthèse des résultats</b> .....  | <b>18</b> |
| <b>6.1 Nature des transitions</b> .....   | <b>18</b> |
| 6.1.1 Types de transition .....   | 18        |
| 6.1.2 Modèles .....   | 18        |
| 6.1.3 Propriétés .....  | 18        |
| <b>6.2 Conditions de transitions : facilitantes et entravantes</b> .....  | <b>20</b> |
| 6.2.1 Conditions personnelles .....   | 20        |
| 6.2.2 Conditions communautaires .....   | 22        |
| 6.2.3 Conditions sociétales.....  | 23        |
| <b>6.3 Les modèles de réponses</b> .....  | <b>24</b> |
| 6.3.1 Les indicateurs de processus .....  | 24        |
| <b>7. Discussion</b> .....  | <b>26</b> |
| <b>7.1 Validité et limites par étude</b> .....  | <b>26</b> |
| <b>7.2 Généralisation des principaux résultats et mise en perspective avec le cadre de référence choisi</b> ..... | <b>30</b> |
| <b>7.3 Résumé et confrontation des principaux résultats</b> .....   | <b>30</b> |
| Propriétés .....  | 30        |
| Conditions de vie facilitantes et entravantes .....   | 31        |
| Modèle de réponses .....  | 33        |
| Indicateurs de processus .....  | 33        |
| <b>7.4 Réponse à la question de recherche</b> .....   | <b>34</b> |
| <b>7.5 Recommandations pour la pratique</b> .....   | <b>36</b> |
| <b>7.6 Recommandations pour la recherche</b> .....  | <b>38</b> |
| <b>8. Conclusion</b> .....  | <b>38</b> |
| <b>9. Bibliographie</b> .....   | <b>40</b> |

**9.1 Articles..... 42**

## 1. Introduction

Pour ce travail de Bachelor en sciences infirmières, nous avons choisi d'aborder la thématique de la transplantation d'organes. C'est un sujet qui nous a toujours fortement intéressés de par sa particularité et sa diversité.

Nous avons décidé de concentrer notre travail autour d'un organe en particulier et auprès d'une population adulte afin de cibler au mieux nos recherches, et ainsi de trouver des articles plus spécifiques. L'organe que nous avons retenu est le cœur, car il constitue un organe noble et suscite bien souvent une connotation symbolique émotionnelle auprès des personnes.

Nous commencerons notre travail par introduire la problématique avec une définition de la transplantation, suite à quoi nous donnerons quelques chiffres sur les transplantations au niveau mondial et en Suisse. Nous ciblerons ensuite plus précisément la transplantation cardiaque en donnant des informations sur le suivi post-greffe, les risques, les complications et le vécu du receveur suite à cette intervention. Ces informations nous conduiront finalement à notre question de recherche, formulée grâce à l'outil PICOT.

Le cadre théorique correspondant sera alors exposé et l'utilisation de plusieurs articles scientifiques nous permettra ensuite de consolider notre question de recherche, et de pouvoir y répondre le plus précisément possible.

## 2. Problématique

Selon l'Office fédérale de santé publique (2015), la transplantation se définit par la substitution d'organe partiel ou complet, de tissus ou de cellules, d'une personne à une autre, le but étant de remplacer un organe qui ne fonctionne plus correctement (OFSP, 2015).

Il s'agit d'une avancée thérapeutique impressionnante qui s'est manifestée au cours des cinquante dernières années. La transplantation est considérée comme l'un des progrès les plus importants de la seconde moitié du XXe siècle (Morris, 2003).

La transplantation d'un organe est inconditionnellement liée à l'implantation d'un organe, comme le cœur, d'un donneur sur un malade receveur (Larousse Médicale, 2012). Cette intervention chirurgicale peut se montrer bénéfique pour le receveur, en lui permettant d'améliorer sa qualité de vie et ainsi de rester en vie. Cependant, une transplantation n'assure pas une guérison totale et absolue (OFSP, 2015). Les transplantations d'organes comme celles « du rein, du foie, du cœur, des poumons, du pancréas, des îlots de Langerhans et de l'intestin grêle » ont tendance à monter de façon considérable dans le monde entier (OFSP, 2015). Le progrès dans la science médicale et ses techniques a permis cette augmentation, permettant une espérance de vie plus longue, suite à une intervention d'une telle importance (OFSP, 2015).

Chaque année, 90'000 greffes d'organes sont réalisées dans le monde entier, soit plus de 10 chaque heure (Conso Globe, 2012). Les hôpitaux universitaires de Suisse effectuent environ 30 transplantations par an (CHUV, 2015). Les personnes sous la liste d'attente d'une transplantation cardiaque sont en constante augmentation. Durant l'année 2014, il y a eu 36 greffes de cœur face à une liste d'attente de 124 personnes (OFSP, 2015). Cette différence peut être justifiée par de faibles taux de donateurs en Suisse, en comparaison aux autres pays du monde (OFSP, 2015). Il semble important de préciser que le taux de survie suite à une transplantation cardiaque est plus faible que celui des autres transplantations d'organes en général (OFSP, 2015). En Suisse, sur les 29 personnes ayant reçu une greffe de cœur en 2007, 5 sont décédées au cours du mois suivant la transplantation (OFSP, 2015).

Dans le cas de la transplantation cardiaque, l'opération est importante et conséquente pour notre organisme (Carrier, 2009). Le suivi post-greffe est donc long et contraignant. En effet, le patient doit suivre un traitement médicamenteux à vie, lié principalement au risque de rejet, mais également aux risques de complications, telle que l'infection (Carrier, 2009). Sur le long terme, il existe trois dangers principaux suite à une transplantation cardiaque. Premièrement, le développement d'un cancer, lié au fait qu'il s'agit souvent de personnes âgées de plus de 50 ans et que les médicaments anti-rejets diminuent les défenses immunitaires de l'organisme. Deuxièmement, le développement de la maladie du greffon, qui correspond à une complication suite aux greffes de moelles et plus précisément à une attaque des lymphocytes du donneur sur le receveur à cause d'une incompatibilité entre antigènes (sur les cellules greffées) et anticorps (dans le plasma du receveur) (Carrier, 2009). Cette réaction peut avoir comme signes et symptômes une éruption cutanée, des crampes abdominales avec ou sans diarrhées, nausées et vomissements persistants, ainsi qu'une hépatite avec une élévation de la bilirubine et ses enzymes (Carrier, 2009). Et pour finir, le risque important de détérioration de la fonction rénale, liée aux traitements médicamenteux (Carrier, 2009).

La transplantation d'organes ne peut être assimilée à une opération courante étant donné qu'elle implique la présence de deux personnes : le donneur et le receveur. Au delà des conséquences physiques, elle comporte donc également un impact psychologique non négligeable. Le receveur est dépendant du don que le donneur est disposé à lui faire (OFSP, 2015). Par conséquent, un temps d'adaptation lui est nécessaire aussi avant qu'après l'opération. Au final, même si celle-ci est un succès, le receveur peut parfois montrer de la difficulté à accepter ce nouvel organe et, sur le court ou long terme, développer des troubles psychologiques (OFSP, 2015).

L'intervention chirurgicale d'une transplantation cardiaque est relativement rapide alors que l'impact psychique qu'implique une greffe peut être progressif et constant. Plusieurs problématiques soulèvent cet aspect, notamment la désillusion des receveurs face à la greffe (Gueniche, 2000). La transplantation cardiaque ne signifie pas forcément que le receveur est en bonne santé et apte à avoir une indépendance ainsi qu'une totale possibilité de travailler (Gueniche, 2000). Cet aspect plus spécifique à la notion du

social nous intéresse aussi grandement du fait que ces éléments sont liés à un programme thérapeutique contraignant suite à la transplantation, ainsi que le risque omniprésent d'un rejet (Gueniche, 2000). De plus, des conséquences au niveau familial s'avèrent être également présentes auprès des patients greffés (Gueniche, 2000). Les receveurs d'une greffe précisent que leur rôle est différent et ils ne se sentent plus véritablement faire partie de leur famille (Gueniche, 2000). Cet élément peut être mis en lien avec une longue hospitalisation et l'absence prolongée d'un patient auprès de sa famille, en raison de sa transplantation (pré-greffe et post-greffe).

Une greffe d'organe représente donc un changement de vie considérable auprès du receveur et de son entourage. Ce changement prend place dès l'annonce de la greffe et continue, suite à la transplantation, pour le reste de sa vie (Tschui, 2003). Il est souvent observé que les receveurs d'une greffe sont confrontés à un questionnement concernant leur propre identité (Tschui, 2003). D'autres acceptent l'organe du donneur sans trop de difficulté, grâce à leur facilité d'adaptation ou à un refoulement d'émotions (Tschui, 2003). Selon Dr. Carrier (2009), la dimension psychologique est plus difficilement perceptible et visible à la pratique. La transplantation cardiaque est adéquatement maîtrisée au niveau de la pratique médicale et chirurgicale, mais s'avère être un travail psychologique conséquent et non négligeable pour celui qui en subit l'expérience (Carrier, 2009).

Pour une prise en charge globale du patient, il serait donc judicieux de ne pas se limiter au suivi biologique, mais de développer la pratique infirmière vers un suivi d'ordre psychologique du receveur. Il est pour ce faire primordial de comprendre le vécu du receveur. Ce qui nous amène à nous demander :

*" Quel est l'impact d'une transplantation cardiaque sur l'état psychologique des receveurs adultes ? "*

## 2.1 Concepts

### 2.1.1 Vécu

Le vécu est défini comme l'expérience réellement vécue ; c'est un ensemble des faits, d'évènements de la vie réelle (Larousse, 2008). A notre avis, le vécu constitue l'ensemble des situations, des faits, des actions subies et effectuées dans une période de vie bien définie.

### 2.1.2 Psychologique

Il s'agit d'un ensemble de manières de penser, de sentir et d'agir, qui caractérise une personne, un groupe ou un personnage littéral (Larousse, 2008). La psychologie se définit, selon nous, comme tous les traits qui définissent une personne, et qui comprend les pensées de cette dernière, en lien à un sujet, une situation ou une expérience vécue.

### 2.1.3 Adulte

Il s'agit d'une personne parvenue à sa maturité physique, intellectuelle et psychologique (Larousse, 2008). Dans notre travail, l'adulte est défini comme un individu ayant plus de 18 ans (âge auquel la majorité est atteinte en Suisse).

### 2.1.4 Transplantation

Une transplantation est la greffe d'un organe, comportant un rétablissement de la continuité des vaisseaux sanguins et éventuellement des canaux (Larousse, 2008). Selon l'office fédéral de la santé publique (2016), la transplantation est définie comme un transfert d'organes, de parties d'organes, de tissus ou de cellules, d'un individu à un autre ou, dans certains cas, d'une partie du corps à une autre chez la même personne. Le but est de remplacer des organes, des tissus ou des cellules défectueux (OFSP, 2016). Delamare définit la transplantation d'une manière similaire : il s'agit d'une greffe d'un organe fonctionnel d'un individu à un autre avec un rétablissement de la continuité des gros vaisseaux (Delamare, 2012). Dans notre processus de recherche, nous nous baserons sur la définition donnée par l'Office fédérale de la santé publique, en indiquant qu'il s'agit d'une implantation d'un organe prélevé d'un individu (vivant ou décédé) dans un autre, au but de maintenir la continuité de l'homéostasie en remplaçant l'organe déficient par un autre et en rétablissant la continuité des principales structures de connexion.

### 2.1.5 Cardiaque

Il est défini comme tout ce qui est relatif au cœur (Larousse, 2008). Le cœur est un organe thoracique, creux et musculaire, de forme pyramidale, soit le moteur central de la circulation du sang (Larousse, 2008). Selon Garnier (2012), le cœur est un "organe musculaire creux, dont les contractions permettent la circulation du sang. Situé dans le médiastin, il est formé de trois tuniques : interne, l'endocarde ; intermédiaire, le myocarde ; externe, péricarde. Il comporte deux oreillettes et deux ventricules, droits et gauches séparées par une cloison ; chaque ventricule communique avec l'atrium correspondant et l'artère dans laquelle il évacue par un orifice valvulaire" (p.186). Selon l'Office fédérale de santé publique, le cœur est un organe musculaire creux, de la grosseur du poing. Il est situé derrière le sternum, légèrement sur la gauche chez la plupart des individus. Une paroi divise le cœur en deux moitiés, gauche et droite, comportant chacune une oreillette et un ventricule. Les battements cardiaques correspondent à l'alternance entre la contraction et la dilatation du muscle cardiaque, qui font circuler le sang dans l'organisme (OFSP, 2016). Pour résumer, le cœur est un organe noble, situé dans la cavité thoracique, qui permet d'assurer une homéostasie circulatoire dans le corps grâce à son anatomie particulière.

## 3. Cadre théorique

Pour l'élaboration de ce travail, nous avons choisi d'adopter la théorie intermédiaire de la Transition d' Afaf Ibrahim Meleis. Cette théorie va être utilisée comme cadre théorique afin de pouvoir articuler nos différents résultats.

La transition est décrite comme un changement dans l'état de santé, dans le rôle, dans les attentes ou capacités d'un individu (Meleis, 2007). Les changements dans le statut de santé peuvent accentuer des risques de maladies ou, au contraire, améliorer le bien-être et entraîner un processus de transition (Meleis, 2010). La transition entraîne un passage d'un état stable à un autre par une période de déséquilibre, délimitée dans le temps. Ces périodes sont connues pour être déséquilibrantes et bouleversantes, et aboutissent à nouveau à des périodes stables (Alligood & Tomey, 2010).

Cette théorie propose à l'infirmier d'analyser la situation de transition d'une personne à l'aide de quatre dimensions : la nature de transition (types, modèles et propriétés), les conditions d'une transition (facilitantes ou entravantes), les modèles de réponses (indicateurs de processus et de résultats) et les interventions infirmières associées (Meleis, 2010).

Les transplantés cardiaques vivent une période d'instabilité suite à la transplantation, que nous considérons comme une transition liée à l'expérience de la maladie. La transplantation engendrerait un changement considérable dans la vie du patient en raison de plusieurs facteurs, tels qu'un processus de deuil, un processus de prise de conscience, une acceptation de cette nouvelle situation ainsi qu'un engagement dans la thérapie (médicamenteuse). Un patient qui subit une transplantation cardiaque subit deux transitions séquentielles qui ont toutes les deux une nature de transition de type expérience de la maladie. La première transition est la maladie cardiaque de base avec toutes les conséquences qui lui sont induites. Et celle-ci engendrerait une deuxième transition liée à l'expérience de la maladie, soit la nécessité d'une greffe d'un nouveau cœur.

#### **Les méta-paradigmes de la théorie sont les suivants**

**Soins** : Les infirmiers sont les premiers aidants naturels des patients et des familles qui vivent une transition. La transition amène à un changement et le changement même est le résultat de la transition (Alligood, 2014). Les soignants vont être une ressource importante auprès des transplantés cardiaques en leur transmettant de nouvelles compétences afin de faciliter le processus de transition. De plus, ils auront un rôle à jouer auprès de l'entourage des transplantés, en leur transmettant des connaissances et en leur offrant du soutien (Meleis, 2010).

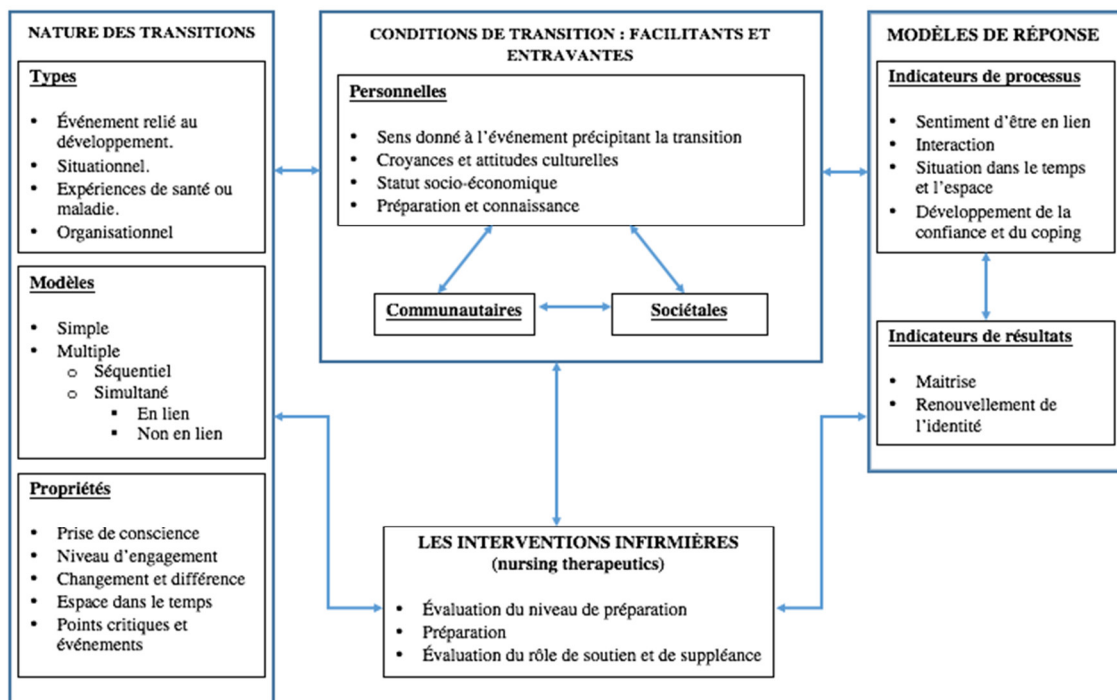
**Personne** : Les transitions impliquent un processus de mouvements et changements dans les habitudes essentielles de la vie, qui est manifesté par tous les individus. Les transitions causent un changement dans l'identité, les rôles, les relations, les habilités, et les habitudes du comportement. La vie quotidienne des patients, l'environnement et les interactions sont formés par la nature, les conditions, la pensée et les processus de leurs expériences de transition (Alligood, 2014). La transplantation cardiaque va avoir un impact sur l'identité, les rôles, les relations et les habitudes des transplantés. Les aspects biologiques, psychologiques, sociaux, culturels, spirituels vont être touchés et remaniés à travers le processus de la transplantation (Meleis, 2010).

**Santé** : Les transitions sont complexes et multidimensionnelles. Toute transition est caractérisée par un flux et mouvement au fil du temps (Alligood, 2014). La transplantation cardiaque aura donc un impact

sur la santé physique et psychique des transplantés. Le bien-être, la qualité de vie et les croyances sont des aspects qui peuvent être modifiés au travers du processus de la transplantation (Meleis, 2010).

**Environnement** : La vulnérabilité est reliée aux expériences de transition, les interactions et les conditions environnementales. Celles-ci exposent les individus à un danger potentiel, une longue hospitalisation (Alligood, 2014). La transplantation cardiaque sera donc vécue différemment en fonction de l'entourage, des habitudes de vies et les lieux de vies des transplantés.

### 3.1 La nature des transitions



Meleis précise qu'il existe différents types de transition et différents modèles (Meleis, 2010). Comme indiqué au préalable, la transplantation cardiaque est définie comme un type de transition lié à l'expérience de la maladie. Ce type de transition contient le processus de guérison, le congé de l'hôpital et le diagnostic de la maladie chronique (maladie cardiaque, transplantation cardiaque) (Favrat & Carminati, 2015).

Ensuite, les transitions sont classifiées selon des modèles. Elles peuvent être simples ou multiples, séquentielles ou simultanées (Meleis, 2010). Meleis suggère que plusieurs transitions peuvent se produire séquentiellement. Les associations entre les différents événements qui déclenchent plusieurs transitions doivent être observées en raison des complexités qui leur sont associées (Meleis, 2010). Il s'agit de transitions multiples et séquentielles lorsqu'il est question de la transplantation cardiaque.



Multiplés car les patients ont eu au préalable une maladie cardio-vasculaire chronique ou aigüe qui a engendré la nécessité d'avoir recours à une greffe cardiaque.

Toujours selon Meleis, il y a ensuite **les propriétés** d'une expérience de transition. Elles sont divisées en cinq sous-catégories : la prise de conscience, le niveau d'engagement, le changement et la différence, l'espace dans le temps, les points critiques et les événements (Meleis, 2010).

**La prise de conscience** est définie comme une perception, un savoir et une reconnaissance du processus de la transition. Elle influence **le niveau d'engagement** de la personne, soit son implication dans le processus de la transition. Des exemples de niveau d'engagement peuvent être la recherche d'information, l'utilisation des modèles de rôles et la préparation active (Meleis, 2010). Il faut donc que les transplantés prennent conscience de la nature de la transition qu'ils sont en train de vivre en lien avec la greffe d'un nouvel organe dans leur propre corps.

La notion de **changement et différence** fait référence au changement identitaire, de rôle, des relations, des aptitudes et des comportements. De plus la notion de différence peut s'exprimer par le fait de se sentir différent, d'être perçu différemment et de voir le monde d'une manière différente (Meleis, 2010).

**La notion de l'espace dans le temps** est importante dans le processus de la transition. Toutes les transitions sont définies par des changements constants dans le temps. Il y a une période d'anticipation, suivie d'une période d'instabilité et de confusion dans laquelle se retrouvent les transplantés cardiaques, et une période de retour à une certaine stabilité, soit un nouveau commencement (Meleis, 2010).

**Les points critiques et les événements** font référence à une naissance, un décès ou le diagnostic d'une maladie. Il s'agit plus spécifiquement de périodes de vulnérabilité, où les patients éprouvent des difficultés face aux auto-soins et aux prestations des soins (Meleis, 2010). Les transplantés cardiaques doivent faire face à l'annonce d'une nécessité d'une greffe cardiaque, suite à une maladie cardio-vasculaire connue depuis plus ou moins longtemps.

### 3.2 Les conditions d'une transition

Il s'agit plus précisément d'événements qui influencent la position de la personne au cours d'une transition. Il peut y avoir des conditions de transition facilitantes, ou à l'inverse, entravantes.

Ces conditions de transition sont influencées par des facteurs personnels, communautaires ou sociétaux (Meleis, 2010). Ces conditions sont une aide indispensable pour les infirmiers qui vont pouvoir les évaluer en tant que conditions facilitantes ou entravantes (Favrat & Carminati, 2015).

**Les facteurs personnels** font références au sens donné à l'évènement précipitant la transition, les croyances et les attitudes culturelles, le statut socio-économique, la préparation et la connaissance (Meleis, 2010). Une préparation anticipée face à la transplantation peut aider les patients à gérer l'incertitude, à s'investir davantage et acquérir de nouvelles connaissances. Un manque d'information peut être une difficulté considérable dans le processus de la transition (Meleis, 2010).

**Les facteurs communautaires et sociétaux** sont plus précisément des ressources qui viennent de l'entourage, soit la famille, les amis, ainsi que les professionnels de la santé. Le soutien est indispensable au cours du processus de transition. S'il n'est pas présent, des conflits peuvent apparaître (Meleis, 2010).

### 3.3 Les modèles de réponses

**Les indicateurs de processus et de résultats** permettent d'évaluer où se situe et où se dirige le patient, soit vers la santé, soit vers le risque. Ces indicateurs vont donc aider l'infirmier à évaluer et agir pour faciliter les transitions saines (Meleis, 2010).

**Les indicateurs de processus** permettent d'évaluer l'évolution de la transition. Il s'agit plus précisément d'anticiper la prise en charge afin d'instaurer, par la suite, des interventions adaptées au patient. Si le transplanté se sent en lien avec son entourage et les professionnels de la santé, s'il fait face à la transition (coping) de manière adéquate et qu'il ressent le besoin d'être en interaction avec autrui, il pourrait s'agir de processus de transition en santé (Meleis, 2010).

**Les indicateurs de résultats** permettent de confirmer l'atteinte ou non des résultats à la fin d'une transition. Ils permettent d'évaluer s'il s'agit d'une transition en santé. Ils comportent la maîtrise de nouvelles habilités et le renouvellement de l'identité (Meleis, 2010).

### 3.4 Les interventions infirmières

La théorie de la transition va permettre à l'infirmier d'avoir une vision globale de son patient, en tenant compte des particularités, du vécu et des conditions particulières à la personne.

Les interventions en soins infirmiers sont composées de trois dimensions à adopter durant la transition (Alligood & Tomey, 2010).

Premièrement, il s'agit d'une **évaluation du niveau de préparation** qui doit être basée sur une bonne connaissance et compréhension du patient et de sa situation.

Deuxièmement, il est question de **préparation du patient** face à la transition. Cette étape comporte **l'éducation** au patient (Alligood & Tomey, 2010). Il est important d'instaurer une relation de confiance et de transmettre des connaissances théoriques afin que l'éducation thérapeutique soit la plus adéquate et efficace possible (Alligood & Tomey, 2010).

Finalement, la notion de **l'évaluation du rôle de soutien et de suppléance** nécessite que l'infirmier fasse preuve d'une grande disponibilité, d'une ouverture d'esprit envers autrui et de soutien afin de répondre aux besoins et manques du patient, et de le stimuler dans son processus de transition (Alligood & Tomey, 2010).

Les interventions nécessaires dans une situation d'une transition liée à l'expérience de la maladie (transplantation) mobilisent plusieurs compétences infirmières, en particulier le rôle d'expert, de communicateur, de collaborateur, de professionnel et de promoteur de la santé. L'application de cette

théorie est donc importante pour le développement de la profession infirmière (Alligood & Tomey, 2010).

## 4. Méthodologie

### 4.1 Recherches sur la base de données CINHAL, PubMed et Cross-referencing

Ce chapitre retrace la méthode de recherche qui nous a permis de trouver les articles de recherche fondamentaux au bon développement de ce travail.

Nous avons effectué une recherche documentaire afin de parvenir à trouver des articles qui répondaient de la meilleure façon possible à notre question de recherche. Pour ce faire, nous avons utilisé les bases de données CINHAL (qui utilise le moteur de recherche Ovid), ainsi que le moteur de recherche PubMed (qui s'appuie sur la base de données Medline). CINHAL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature) est connue pour être une base de données qui présente des articles scientifiques au sujet de la santé, du biomédical et des soins infirmiers (EBSCO Industries, 2016). PubMed est un moteur de recherche de données bibliographiques qui concernent les domaines de la bio-médecine (National Center for Biotechnology Information, 2016).

Nous avons débuté avec une recherche généralisée dans les bases de données, en inscrivant des mots clés en lien avec les différents concepts centraux de notre recherche. Par exemple, pour la notion de “vécu”, nous avons utilisé des mots clés tels qu' “impacts”, “adaptation” ou encore “expérience”. Dans un deuxième temps, nous avons procédé à une recherche composée de combinaisons différentes, soit MeSh Terms et Subject Headings, en ajoutant “OR” ou “AND” pour obtenir des résultats combinés. Un exemple peut être la formule suivante : (MH "Heart Transplantation") AND ((MH "Psychological adaptation") OR (MH "Stress psychological")), qui nous a dirigée vers 40,442 résultats (Recherche en Avril 2015). Cette méthode nous a donné accès à des résultats plus ciblés mais toujours nombreux. Nous avons donc appliqué les critères d'inclusion et d'exclusion aux résultats. Suite à cette première sélection, nous avons effectué une lecture des différents titres. Ainsi, une dernière sélection a pu être mise en place et nous sommes parvenus à trouver des articles plus spécifiques à notre question de recherche.

Parmi les articles sélectionnés pour ce travail, deux ont été trouvés au moyen du « Cross referencing ». Lors de notre recherche dans les bases de données, nous avons trouvé plusieurs revues systématiques ciblant des questions de recherches différentes, mais qui comportaient dans leur bibliographie des articles pertinents pour l'élaboration de notre travail.

Au final, six études ont donc été retenues après cette sélection pour l'élaboration de notre revue littéraire:

1. **Preparation and support of patients through the transplant process: Understanding the recipients' perspectives** (Mauthner O., De Luca E., Poole J., Gewarges M., Abbey S.E., Shildrick M., & Ross H., 2012).
2. **Predictors of perceived social support in long-term survivors of cardiac transplant: The role of psychological distress, quality of life, demographic characteristics and clinical course** (Sirri L., Magelli C., & Grandi S., 2011).
3. **Dark-recovery experiences, coping strategies, and need of adult heart transplant recipients in Taiwan** (Lin C.S., Wang S.S., Chang C.L., & Shih F.J., 2010).
4. **Heart transplantation experiences: A phénoménologique approach** (Araújo Sadala M.L., & Groppo Stolf N.A., 2008).
5. **Emotional adjustment 5 years after heart transplant : A multisite study** (Rybarczyk B., Grady K.L., Naftel D.C., Kirklin J.K., White-Williams C., Kobashigawa J., Chait J., Young J.B., Pelegrin D., Czerr J., McLeod M., Rissinger J., Higgins R., & Heroux A., 2007).
6. **Somebody else's heart inside me: A descriptive study of psychological problems after a heart transplantation** (Kaba E., Thompson D.R., Burnard P., Edwards D., & Theodosopoulou E., 2005).

## 4.2 Critères d'inclusion et d'exclusion

Au cours du processus de recherche, nous avons élaboré des critères d'inclusion et d'exclusion afin de cibler des articles pertinents et adaptés à notre question de recherche :

### Critères d'inclusion :

- Études publiées entre 2005 et 2015,
- Études spécifiques aux adultes (âge > 18 ans) ayant reçu une transplantation cardiaque,
- Études écrites en langue française ou anglaise.

### Critères d'exclusion :

- Études ne portant pas sur la discipline infirmière,
- Articles de types "Revue systématique".

Le premier travail de recherche par mots clés a été effectué au printemps 2015, et complété par la suite, en Mai 2016.

## 4.3 Critique de la méthodologie

Tout au long de notre recherche d'articles, nous avons rencontré plusieurs difficultés, principalement liées aux méthodes d'utilisation des bases de données. Tout d'abord, malgré l'utilisation de mots clés pour tenter de cibler la recherche, la quantité de résultats obtenus demeurait conséquente et nous a compliquée la tâche quant au tri. En effet, nous avons dû lire attentivement les titres et résumés d'une partie des articles afin de sélectionner ceux que nous pensions être les plus proches notre problématique.

Non seulement cette méthode s'est révélée coûteuse en temps, mais présentait aussi le risque de nous avoir fait passer à côté d'autres articles qui auraient pu se révélés pertinents pour notre travail. Un autre problème a été causé par la langue, étant donné que nous avons dû exclure certains articles écrits dans une langue autre que le français ou l'anglais.

## 5. Résultats

### 5.1 Tableaux des études quantitatives

| Sirri L., Magelli C., Grandi S. (2011). ITALIE   |  |   |  |
|--|--|---|--|
| But  | Devis/Méthode  | Participants  | Résultats  |
| Examiner les associations entre le soutien social perçu, la qualité de vie, les variables psychopathologiques, démographiques et cliniques chez les survivants d'une transplantation cardiaque à long terme. | <ul style="list-style-type: none"> <li>Etude quantitative transversale avec calcul de taux de survie par rapport à 6 ans auparavant</li> <li>Le recensement des données est effectué par trois questionnaires psychométriques, des données démographiques ont été collectées, les échelles ont été mesurées :               <ul style="list-style-type: none"> <li>“<i>Interpersonal Support Evaluation List (ISEL)</i>” composée de 4 sous-échelles de 10 items chacune mesurant la disponibilité de ressources en support social discerné. ISEL comprend quatre catégories évaluant les fonctions majeures du support social : appréciation, appartenance, support matériel et l'estime de soi.</li> <li>“<i>Symptom Questionnaire (SQ)</i>”, utilise quatre échelles avec 23 items pour saisir les dimensions globales de détresse psychologique : la peur, la dépression, la somatisation et l'hostilité</li> <li>“<i>World Health Organization Quality of Life-BREF (WHOQOL-BREF)</i>”, composé de 26 items de l'évaluation de quatre domaines de la qualité de vie (physique, psychologique, social, environnemental) Chaque élément est évalué sur une échelle de Likert à 5 points</li> </ul> </li> <li>Les données ont été analysées avec le logiciel statistique SPSS</li> <li>Evaluation statistique par le <i>test de corrélation de rang de Spearman</i> (lien entre variables), <i>test Mann-Whitney U</i> (distribution des scores ISEL selon une variable), <i>test de Kruskal-</i></li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>N= 95 recrutés (pour le calcul du taux de survie) 1 drop-out, 28 décès</li> <li>N= 66 pour l'étude transversale (âge : 62 +/- 9.1), ayant reçu une greffe cardiaque il y a minimum 6 ans et avoir plus que 18 ans</li> </ul> | <p><u>Corrélation entre ISEL et SQ</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Toutes les variables sont corrélées négativement ce qui veut dire que plus il y a de soutien social, plus la détresse psychologique diminue</li> <li>La variable de la dépression est la seule variable significative (<math>p &lt; 0.01</math>) sauf pour la variable du support matériel.</li> </ul> <p><u>Corrélation entre ISEL et WHOQOL-BREF</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Il s'agit d'une corrélation positive mais les valeurs sont plus faibles, ce qui nous indique tout de même que plus il y a du soutien social, mieux sera la qualité de vie.</li> <li>La variable appartenance (ISEL) en corrélation avec les variables physique et social (WHOQOL-BREF) sont les valeurs les plus significatives (<math>p &lt; 0.01</math>)</li> <li>L'estime de soi est significativement représenté (<math>p &lt; 0.01</math>) mais sa valeur est plus faible, ce qui veut dire que cette variable est moins utile pour décrire la qualité de vie.</li> </ul> <p><u>Association entre ISEL et les variables démographiques</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Les variables (ISEL) total (<math>p = 0.007</math>), appartenance (<math>p = 0.001</math>) et estime de soi (<math>p = 0.02</math>) sont significativement plus élevés chez les personnes mariées ou en couple que les personnes vivant seul.</li> </ul> <p><u>Association entre ISEL et les paramètres cliniques et instrumentale</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Les patients qui ont une mauvaise évolution clinique perçoivent un soutien social diminué</li> <li>La variable du cancer de la peau est fortement reliée au support matériel (<math>p = 0.02</math>) et total (<math>p = 0.05</math>). Les personnes atteintes du cancer de la peau ont une meilleure perception du soutien social</li> </ul> |

|  |   |  |   |
|--|---|--|---|
|  | <p>Wallis (distribution des scores ISEL selon une variable), <i>analyse de régression standard</i> (prédiction d'une variable).</p> |  | <p>que les personnes qui sont atteintes de maladies dangereuses ou handicapées.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>La disponibilité d'un environnement social est essentielle à toutes les étapes de transplantation</li> </ul> |
|--|---|--|---|

| <b>Rybarczyk B. et al. (2007). USA</b>  |   |   |  |
|---|---|---|--|
| <b>But</b>  | <b>Devis/Méthode</b>  | <b>Participants</b>   | <b>Résultats</b>   |
| <p>Tester les niveaux et les facteurs associés de la dépression ainsi que les humeurs (thymies) négatifs chez le receveur 5-10 ans après la greffe cardiaque.</p> | <p>Sous-étude quantitative transversale d'une étude perspective explorative multi-site. Les participants à l'étude principal ont complété 12 instruments d'auto-évaluation en lien à la qualité de vie tous les 6 mois, 5 à 10 ans après la transplantation cardiaque. Font objet de cette étude 5 de ces 12 instruments.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Cardiac depression scale (CDS) (26 items, 7 point scale, <math>\alpha</math> 0.9)</li> <li>Positive and negative affect schedule- Expanded form (PNAS-X)(uniquement 10 items d'<i>affect negative</i> des 52 items, 5 point scale, <math>r &gt; 0.51</math>)</li> <li>Sickness impact profile (SIP) (136 item, 3+2 points scale)</li> <li>Sous échelle de l'instrument Social support index (SSI) évaluant la satisfaction avec le soutien tangible (<math>\alpha</math> 0.78) et le soutien émotionnel (0.69) (15 items, 4 point scale, tangible)</li> <li>Heart transplant symptom checklist (HTSC) (89 items, 3 points scale, <math>\alpha</math> 0.95)</li> </ol> <p>Variables médicales (8)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Nombre de comorbidités médicales</li> <li>Hospitalisations dans les derniers 6 mois</li> <li>Présence de maladies coronariennes</li> <li>Complications cumulatives non-immunologiques de la transplantation</li> <li>Une composition des 4 complications immunologiques de la greffe</li> <li>Classification selon l'échelle NYHA</li> </ul> | <p><b>N =370</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Age moyenne : 54.3</li> <li>Ecart d'âge : 22-75</li> <li>78% masculins</li> </ul> <p>Les critères d'inclusion :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Avoir eu une transplantation cardiaque depuis au moins 4,5 ans</li> <li>Age minimale de 21 ans</li> <li>Capables de lire et écrire en anglais</li> <li>Ayant réussi le Wide Range Achievement Test</li> <li>Fiscalement aptes de participer</li> <li>Qui n'ont pas eu d'autres transplantations</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Les différentes variables ont été mises en corrélation avec la dépression (échelle CDS) et l'humeur (échelle PNAS-X).</li> <li>L'outil CDS a indiqué que le 19% des participants ont une dépression clinique. 10 sur 30 variables étaient significatives et cause du 53% de la variabilité. Les corrélations positives plus significatives en lien à la dépression sont les symptômes neurologiques, l'âge, le fonctionnement réduit dans les loisirs et une réduite satisfaction en lien au support émotionnel (<math>p &lt; .0001</math>).</li> </ul> <p><u>Humeurs négatif :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Avec l'outil PNAS-X 13 sur 32 variables étaient significatives et cause du 45% de la variabilité. Les corrélations plus importantes des variables avec l'humeur sont les symptômes neurologiques, la fonctionnalité motrice (<math>p &lt; .0001</math>) et l'incertitude dans la santé (<math>p &lt; .001</math>).</li> </ul> <p><u>Autres résultats:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>L'étude a aussi mis en évidence une corrélation significative (37-26%) entre les symptômes neurologiques (dont aussi la douleur) avec la dépression et l'humeur négatif. De plus il a indiqué que les adultes &lt;60 ans ont des plus hauts niveaux de dépression.</li> </ul> |

## 5.2 Tableaux des études qualitatives

| <b>Mauthner, O., De Luca, E., Poole, J., Gewarges M., Abbey, S. E., Shildrick, M., &amp; Ross, H. (2012). CANADA</b>  |  |   |   |
|---|--|---|---|
| <b>But</b>  | <b>Devis/Méthode</b>   | <b>Participants</b>   | <b>Résultats</b>  |
| <p>Explorer les réflexions et pensées des receveurs de greffe cardiaque en lien avec les aspects de leur préparation et du soutien reçu lors du processus de transplantation, dans le but de promouvoir l'engagement du patient et des soignants face à l'auto-gestion.</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Une étude qualitative exploratoire avec un devis phénoménologique existentielle unique (selon Merleau-Ponty et informé par le travail de Christian Heath et Sarah Rose, qui sont tous deux bien connus pour leur utilisation de la méthodologie visuelle).</li> <li>• Des entrevues pilotes ont été effectuées pour tester la méthodologie, en particulier le processus d'analyse.</li> <li>• Une équipe interdisciplinaire ayant une formation dans la recherche qualitative a contribué comme expert dans la conception de l'étude (deux infirmières en pratique avancée, un cardiologue, un travailleur social, un psychologue, un psychiatre et un philosophe).</li> <li>• Les données ont été récoltées au moyen d'entrevues filmées et enregistrées (durée 30-90 minutes).</li> <li>• La caméra était volontairement visible et statique afin de filmer les interactions.</li> <li>• Les entretiens ont été menés individuellement par une infirmière ayant eu une formation approfondie dans la recherche qualitative et aucune implication dans les soins cliniques des participants à l'étude.</li> <li>• Toutes les entrevues ont été consultées dans leur intégralité par l'équipe de recherche. Les vidéos et les transcriptions ont été analysées simultanément. Le codage a été informé par le travail des méthodologistes visuels rose et Heath, en utilisant NVivo8 pour organiser les données.</li> <li>• Toutes les données audio-visuelles ont été collectivement ré-examinées. Les grands thèmes ont été définis, discutés, débattus et convenus par l'équipe avant d'être regroupées en catégories.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 36 patients ont été approchés, 6 ont refusé de participer, et 3 n'ont pas donné suite après avoir signé le consentement</li> </ul> <p><b>N = 27</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 27 patients post-transplantés cardiaques, âgé d'au moins 18 ans, post-greffés de 1-10 ans, parlant anglais et médicalement stable.</li> </ul> | <p>Les thèmes les plus fréquemment énoncés :</p> <p><u>Le fait de ne pas être bien compris (56%)</u>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Les transplantés précisent que seulement les personnes qui sont passées par le processus de la transplantation peuvent vraiment comprendre la complexité de leur expérience. Ils précisent également que vivre suite à une transplantation ne peut être comparée à aucune autre condition médicale. Ils disent que c'est très émotionnel, pénible et difficile physiquement.</li> </ul> <p><u>Le maintien d'espoir (52%)</u>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Les transplantés précisent que maintenir une attitude positive est très importante.</li> </ul> <p><u>Les liens avec l'équipe soignante (52%)</u>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ils précisent l'importance du soutien de l'équipe soignante, les notions de protection et de bonne prise en charge sont importantes. Les transplantés précisent l'importance de pouvoir poser régulièrement des questions aux professionnels de la santé.</li> </ul> <p><u>La présence de la famille et des amis (20%)</u>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Les transplantés précisent qu'ils sont une partie importante de leur vie tout au long de l'expérience de la transplantation.</li> </ul> <p><u>Le mentorat (40%)</u>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Le programme de mentorat offre à chaque transplanté la possibilité d'être en contact avec quelqu'un qui a lui-même été un receveur de greffe. Lorsqu'il a été demandé aux transplantés quel était le meilleur moyen de soutenir les receveurs de greffe, 40 % ont spontanément parlé du programme de mentorat.</li> </ul> |



| But   | Devis/ Méthode  | Participants  | Résultats   |
|---|---|---|---|
| <p>Identifier les « expériences noires de l'hospitalisation » aperçues par les adultes receveurs d'une transplantation cardiaque, qui causent la plus grande souffrance après la transplantation. Explorer les difficultés spécifiques aux phases, les stratégies d'adaptation et les ressources aidantes des receveurs d'une transplantation cardiaque à Taiwan.</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Étude qualitative descriptive exploratoire.</li> <li>Les entrevues étaient face à face avec une guide semi-structurée.</li> <li>Les données récoltées ont été analysés avec une méthode d'analyse de contenus qualitatives.</li> </ul> | <p>N = 20</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Âge moyenne 46.95</li> <li>Écart d'âge : 32-70</li> <li>80% masculins</li> <li>Plupart mariée et tous actif professionnellement</li> <li>Ayant reçu une greffe cardiaque depuis un temps entre 3 mois et 2.10 ans</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Les participants ont reporté des « expériences noires » dans unité des soins intensifs, dans le service post-opératoire et aussi après le retour à domicile (RAD).<br/><i>4 difficultés principales</i> ont été reportées pendant les « expériences d'hospitalisation noires » : <ul style="list-style-type: none"> <li>Devenir un poids pour les familles (toutes les phases, 15%).</li> <li>Manque de familiarité avec les protocoles médicaux, l'environnement, politique (Soins intensifs (SI), 10%).</li> <li>Inconfort mental et physique causé par les examens médicaux invasifs et une condition de santé instable (d'après les SI jusqu'après RAD, 40%).</li> <li>Sens d'incertitude en lien à la progression de l'état de santé et la qualité de vie future (d'après les SI jusqu'après RAD, 75%)</li> </ul> </li> <li><i>4 stratégies d'adaptation</i> ont été utilisées pendant ces expériences noires : <ul style="list-style-type: none"> <li>Demander un soutien religieux (toutes les phases, 50%).</li> <li>Changer de mentalité et avoir des attitudes positives face à la vie avec ses difficultés (des SI jusqu'après RAD, 75%).</li> <li>Mettre en places des objectifs pour maintenir la santé (d'après les SI jusqu'après RAD, 50%).</li> <li>Planifier d'avoir un travail approprié dans le future post hospitalisation (à partir du RAD, 5%)</li> </ul> </li> <li><i>Les 4 ressources aidantes</i> dans les expériences négatives d'hospitalisation relevés par l'étude sont les suivantes : <ul style="list-style-type: none"> <li>Les familles et les figures religieuses (55%) ont été cités comme des ressources aidantes dans toutes les phases, mais aussi les soignants (50%) et les autres patients transplantés (15%) des SI jusqu'à après RAD, et enfin les structures de soutien sociales (20%) après le RAD.</li> </ul> </li> </ul> |

| <b>Sadala MLA, Stolf NAG. (2008). BRESIL</b>   |   |  |   |
|--|---|--|---|
| <b>But</b>   | <b>Devis/Méthode</b>  | <b>Participants</b>  | <b>Résultats</b>  |
| Comprendre l'expérience de la transplantation cardiaque par le descriptif des patients | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Une approche phénoménologique</li> <li>• Entretiens individuels enregistrés avec comme question : "Que signifie pour vous : l'expérience de vivre avec un cœur de donneur"</li> <li>• Les entretiens se sont déroulés sur une période donnée (entre mars 2003 et mars 2004)</li> <li>• Les entretiens ont été transcrits et analysés en trois étapes : <ul style="list-style-type: none"> <li>• analyse idiographique</li> <li>• analyse individuelle</li> <li>• analyse nomothétique</li> </ul> </li> <li>• Les rubans respectifs ont été détruits</li> </ul> | <p><b>N = 26</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Critères d'inclusion : transplantation cardiaque entre 1990 et 2004</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Les résultats ont été séparés en trois catégories. <ul style="list-style-type: none"> <li><u>Le temps vécu par le receveur :</u></li> <li>• Situation d'être malade</li> <li>• Période difficile à vivre, changement des habitudes de vie, fatigue, douleurs</li> <li>• Situation en attente d'un cœur</li> <li>• Période d'incertitude</li> <li>• Situation après la greffe</li> <li>• Période de renaissance : gratitude envers la technologie des professionnels ; projet futur d'un avenir professionnel ; retrouvent une certaine indépendance physiologique.</li> <li>• Difficultés :</li> <li>• Compliance médicamenteuse, restriction alimentaire, interventions supplémentaires engendrées par les médicaments</li> <li>• Vivre avec le cœur de quelqu'un d'autre</li> <li>• Période d'adaptation : certains sont émerveillés de vivre avec le cœur de quelqu'un d'autre alors que d'autres personnes n'arrivent pas à y faire face, se sentent différents.</li> <li><u>Le donneur, la famille et les soignants :</u></li> <li>• Culpabilité réduite par les médecins et infirmières, la famille est un soutien important, recours à la foi pour continuer de vivre</li> <li><u>Les réflexions sur l'expérience vécue :</u></li> <li>• Expérience unique, consciente des contraintes, projet de vies futures envisagées, se concentrer sur l'avenir et oublier les mauvaises périodes passées.</li> </ul> </li> <li>• Tous les participants confirment une amélioration de leur qualité de vie</li> <li>• La vie après la transplantation nécessite un soutien et un suivi structuré pour le reste de leur vie</li> <li>• Le développement de la maladie cardiaque est un processus long et lent</li> <li>• Une amélioration des symptômes physiques, émotionnels et du bien être général.</li> <li>• Une grande satisfaction est ressentie même pour les personnes qui doivent subir une nouvelle transplantation (greffe rénale).</li> <li>• Les patients se sentent guéris lorsqu'ils retrouvent le contrôle de leur vie et de leur corps</li> </ul> |

**Kaba, E., et al. (2005). ECOSSE**

| But   | Devis/Méthode  | Participants   | Résultats   |
|---|--|--|---|
| <p>Le but de cette recherche est d'explorer les problèmes psychologiques vécus par les transplantés cardiaques.</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Une étude qualitative basée sur la théorie ancrée de Glaser et Strauss (1967). Cette étude ancrée comprend l'échantillonnage théorique, la méthode comparative constante et l'utilisation du paradigme de codage. Cette étude est faite sur une période de temps prolongée et les participants ont été mis en contact avec les interviewers bien avant la collecte de données.</li> <li>• Les données ont été récoltés au moyens d'entretiens non structurés et enregistrés, d'une durée de 30-40 minutes, où il est demandé aux transplantés de parler librement de problèmes, sentiments, pensées, attitudes et façon de faire, face à leur transplantation.</li> <li>• Les participants ne doivent pas considérer la personne qui les interviews comme faisant partie de l'équipe médicale impliquée dans leur traitement.</li> <li>• Les enregistrements ont ensuite été totalement transcrits, codés ligne par ligne afin d'identifier les concepts clés.</li> <li>• Les catégories émergentes ont ensuite été comparé à l'autres catégories. Les concepts ressortis ont été comparés à la littérature.</li> </ul> | <p><b>N = 42</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 42 patients transplantés cardiaques (35 hommes et 7 femmes) dans un centre en Ecosse, âgés entre 32 et 61 ans, parlent anglais et ont donné un consentement afin de participer à l'étude.</li> <li>• Les patients ont reçu leur transplantation cardiaque il y a 2 à 24 mois.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Les quatre catégories élaborées :             <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Le récit d'«une expérience traumatisante»</li> <li>2. L'aspect d'«un petit prix à payer pour être en vie»</li> <li>3. L'impact d'avoir « le cœur de quelqu'un d'autre à l'intérieur de moi»</li> <li>4. La notion de «faire face».</li> </ol> </li> <li>• Les résultats démontrent :             <ul style="list-style-type: none"> <li>• Des préoccupations face aux donneurs (affecter sa propre personnalité, sentiments de culpabilité et de gratitude envers la famille du donneur).</li> <li>• Des préoccupations au sujet de leur propre cœur (que c'est-il passé de mon ancien cœur ?).</li> <li>• Des préoccupations concernant l'acceptation du nouveau cœur (les représentations de l'organe, la notion de démi).</li> <li>• Des suggestions sont proposées pour des interventions infirmières futures :                 <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fournir des informations nécessaires.</li> <li>• Elaborer des stratégies d'adaptation</li> <li>• Réduire les sources de stress</li> <li>• Les aider à utiliser leur compétence (capacité d'adaptation, ressources).</li> <li>• Avoir un esprit positif</li> <li>• Faciliter le dialogue.</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul> |

## 6. Synthèse des résultats

Nous avons adopté la théorie de la Transition d' Afaf Meleis pour le développement de la recherche ainsi que l'élaboration de la synthèse des résultats. Les résultats vont donc être répartis selon les concepts présents dans cette théorie.

### 6.1 Nature des transitions

#### 6.1.1 Types de transition

Selon la théorie de Meleis, il est nécessaire de commencer par définir sa nature, c'est-à-dire le type de transition (Meleis, 2010). Dans le cadre de notre travail, le type de transition en question est une expérience de maladie, soit la transplantation cardiaque.

#### 6.1.2 Modèles

Les transitions peuvent être classifiées comme simples ou multiples, séquentielles ou simultanées (Meleis, 2010). On parle de transitions multiples et séquentielles lorsqu'il est question de la transplantation cardiaque. Comme exposé auparavant, lors de l'élaboration du cadre théorique, les transitions sont multiples et séquentielles car les transplantés cardiaques ont eu au préalable une maladie cardio-vasculaire chronique ou aiguë, qui a engendré la nécessité d'avoir recours à une greffe cardiaque.

#### 6.1.3 Propriétés

Les propriétés ont une influence directe sur le processus de la transition. Elles exposent les éléments propres au processus d'une transition spécifique (Meleis, 2010). Nous allons transcrire les résultats des articles retenus qui illustrent ces propriétés et leur influence. La mise en évidence des propriétés les plus courantes va nous aider à cibler les éléments récurrents repérés auprès des transplantés cardiaques.

##### La prise de conscience

Il s'agit de la perception, du savoir et de la reconnaissance de l'expérience de la transition. Ces éléments influent sur le niveau d'engagement (Meleis, 2010).

Dans l'étude qualitative de type phénoménologique de Kaba et al. (2005) (n=42), qui a pour but d'explorer les problèmes psychologiques vécus par les transplantés cardiaques, l'aspect de la prise de conscience est mis en évidence. Il s'agit plus précisément de la difficulté à entamer le processus de transition par un manque de prise de conscience. Cette étude indique que les participants à l'étude ont souvent exprimé lors des entretiens la notion du déni, en précisant qu'ils évitaient toute pensée ou sentiment se rapportant au donneur. Certains participants ont nié les émotions qu'ils éprouvaient envers les donneurs inconnus, ajoutant qu'il n'y avait aucune raison de parler de la greffe ou du donneur (Kaba et al., 2005).

La mise en évidence de ces aspects dans cette étude qualitative se fait à travers les récits de certains participants qui ont précisé ne pas vouloir parler du donneur, ni en savoir plus, ou encore qui n'ont jamais parlé de lui, ni posé de questions à son sujet (Kaba et al., 2005). De plus, l'un d'entre eux a comparé son

cœur à une pompe à eau dans une voiture, en mettant de côté tous les aspects émotionnels qui lui sont associés (Kaba et al., 2005).

Ces données peuvent être mises en relation avec les résultats d'une deuxième étude qualitative phénoménologique, effectuée par Sadala et al. (2008) (n=26). Celle-ci a pour but de comprendre l'expérience de la transplantation cardiaque par le descriptif des patients. En effet, cette étude précise que vivre avec le cœur de quelqu'un d'autre n'est pas habituel et que l'acceptation prend un certain temps. Plusieurs participants ont dit être émerveillés de vivre avec un nouveau cœur, alors que d'autres ne sont pas arrivés à y faire face. De plus, lors du processus de prise de conscience, les transplantés cardiaques se sont montrés ambivalents face à leur situation et ont éprouvé différents ressentis, notamment la joie, l'incertitude, la culpabilité, ainsi que la discrimination (Sadala et al., 2008).

Certains participants de la même étude ont évoqué le besoin de suivre des consultations psychologiques afin d'accepter le fait de vivre avec le cœur d'une personne décédée (Sadala et al., 2008). Les consultations constitueraient donc une aide pour entamer le processus de la transition en prenant conscience de leur situation, et les aideraient à parvenir à y faire face.

#### La notion du changement et différence

La notion du changement et différence fait référence aux changements identitaires, rôles, relations, aptitudes ainsi qu'aux comportements. Elle peut démontrer le fait que les personnes puissent se sentir différentes, voir les choses différemment, à travers le processus de transition (Meleis, 2010).

Dans l'étude qualitative de type descriptive de Kaba et al. (2005), le thème de "Est-ce que le nouveau cœur me change ?" est présent et saturé dans les résultats. Les participants à l'étude se sont demandés s'ils avaient changé, s'ils étaient devenus des personnes différentes, ou encore s'ils avaient des sentiments différents suite à la transplantation cardiaque. Ils se sont questionnés sur les différences qui pourraient apparaître, tout en étant conscients du fait que les sentiments, la personnalité ainsi que l'identité ne proviennent pas du cœur.

Ces données sont appuyées par les résultats de l'étude phénoménologique de Sadala et al. (2008), qui met en évidence l'aspect de la perte d'identité en lien avec le changement identitaire que peut engendrer une transplantation cardiaque. Les participants de l'étude ont dit se sentir différents et appartenir à une autre personne. Ce sentiment est justifié notamment par le fait que certains ont exprimés devoir s'habituer à un nouveau battement de cœur, qu'ils ne percevaient pas auparavant.

De plus, dans cette même étude, certains participants ont dit avoir le sentiment d'être malade, ils ont vécu une période difficile en lien avec les changements d'habitudes de vie, la fatigue et la douleur. En effet, les inconvénients qu'engendrent une transplantation cardiaque sont mis en évidence, notamment en lien avec la difficulté face à la compliance médicamenteuse, aux restrictions alimentaires et aux interventions supplémentaires engendrées par la médication.

L'étude de Lin et al. (2010) (n=20), qui vise à explorer les difficultés spécifiques aux différentes phases, les stratégies d'adaptation et les ressources aidantes des receveurs d'une transplantation cardiaque, précise que 40% des participants à l'étude ont invoqué l'inconfort mental et physique causé par les examens médicaux invasifs qui font suite à la transplantation cardiaque, ainsi que la notion d'une condition de santé instable comme faisant partie des difficultés principales.

Un autre aspect retenu est la mise en évidence d'interactions entre des variables et la dépression ainsi que l'humeur négative auprès des transplantés cardiaques dans l'étude quantitative de Rybarczyk B. et al. (2007) (n=370). Celle-ci a pour but de tester les niveaux et les facteurs associés à la dépression ainsi qu'aux humeurs négatives lors d'une transplantation cardiaque. Les résultats des corrélations précisent que certains des plus significatifs mettent en lien la dépression avec les symptômes neurologiques et l'âge. Parallèlement, d'autres résultats des corrélations mettent en lien l'humeur négative avec les symptômes neurologiques et la fonction motrice ( $p < 0.0001$ ). Nous plaçons ces résultats sous ce concept étant donné que la dépression ainsi que l'humeur négative sont des changements qui apparaissent fréquemment auprès des transplantés cardiaques. De plus, cette étude nous permet de mettre en évidence des interactions propres à ces phénomènes.

## 6.2 Conditions de transitions : facilitantes et entravantes

Les conditions ont également une influence sur la transition. La théorie de la transition permet aux infirmiers de valoriser et conserver les conditions facilitantes. Pour ce qui est des conditions entravantes, leur mise en évidence permet de les identifier pour mieux pouvoir les changer (Meleis, 2010).

### 6.2.1 Conditions personnelles

#### Sens donné à l'évènement précipitant la transition

Le sens que la personne dans le processus transitionnel donne aux évènements qui précipitent la transition, et à la transition elle-même, peut faciliter ou entraver une transition saine (Alligood & Tomey, 2010).

Dans une étude qualitative phénoménologique de Sadala et al. (2008), les résultats démontrent que la transplantation cardiaque peut être considérée comme une renaissance suite à laquelle la vie revient à la normale. Il s'agit d'une expérience où les transplantés cardiaques ont pu retrouver la vie et récupérer leur santé malgré les contraintes qu'engendre une telle opération. De plus, certains participants ont affirmé se considérer comme des personnes différentes et ressuscitées. Les transplantés cardiaques se sont projetés dans leur vie, notamment par le fait de vouloir avoir des enfants, de retrouver un travail, d'avoir une place dans la société. Ils ont donné du sens au fait de traverser un processus de transition.

#### Croyances et attitudes culturelles

Les croyances culturelles, ainsi que la stigmatisation avec une expérience de transition, peuvent influencer cette dernière (Alligood & Tomey, 2010).

Dans l'étude de Kaba et al. (2005), les participants ont mentionné être très reconnaissants envers la personne qui leur a donné le cœur. La notion de reconnaissance et de gratitude envers le donneur d'organe et sa famille est mise en évidence. L'article montre que les participants éprouvent tous de la culpabilité au sujet de la mort du donneur (Kaba et al., 2005).

Les sentiments de gratitude et de culpabilité sont plus précisément des attitudes que peuvent adopter les transplantés cardiaques envers le donneur et son entourage. Ils peuvent avoir des impacts sur le processus de la transition, qu'ils soient facilitants ou entravants (Meleis, 2010)

Ces sentiments de gratitude et de culpabilité apparaissent également dans l'étude de Sadala et al. (2008). Mais cette dernière cible également la notion d'acceptation de l'organe en lien avec les périodes d'ambivalences auxquelles les transplantés cardiaques peuvent passer. Les participants à l'étude ont dit traverser des périodes de joie, d'incertitude, de culpabilité ainsi que de discrimination, en lien avec le sentiment d'être différent et d'être perçu comme quelqu'un distinct d'autrui (Sadala et al., 2008).

Une mise en évidence de la notion d'incertitude peut être faite avec l'étude de Rybarczyk et al. (2007). Celle-ci donne comme variable significative en lien aux humeurs négatives, la notion d'incertitude dans la santé ( $p < 0.001$ ).

L'aspect culturel n'est pas mis en évidence dans ces résultats, il s'agit plus spécifiquement d'attitude en général qu'ont pu adopter les participants suite à une transplantation cardiaque.

L'étude de Lin et al. (2010), précise que 15% des patients de l'étude ont eu le sentiment de devenir un poids, une charge supplémentaire pour leur famille. Il s'agirait là d'une condition entravante au processus de la transition. Pour finir, 75% ont estimé ressentir un sentiment d'incertitude en lien avec la progression de l'état de santé et la qualité de leur vie future. Selon Meleis (2010), la qualité de vie est une perception individuelle. Raison pour laquelle ce résultat apparaît ici.

En lien avec le concept des croyances, selon l'étude de Kaba et al. (2005), certains participants (résultats non saturés) ont éprouvé de l'inquiétude face à leur ancien cœur. Quelques-uns des participants à l'étude ont développé des réactions de deuil en réponse à la perte de leur organe. Ils ont dit s'inquiéter de ce qui était arrivé à leur ancien cœur, un organe qui leur était propre, en lien avec des croyances et religions.

### Préparation et connaissance

Une préparation anticipée ou un manque de préparation peuvent faciliter ou inhiber les expériences de transition des patients (Alligood & Tomey, 2010).

La préparation ainsi que les connaissances ont des rôles importants dans la prise de décision et l'implication dans le traitement médicamenteux. Si elles sont présentes, elles peuvent faciliter les transitions (Favrat et Carminati, 2015).

L'étude de Lin et al. (2010), met en évidence l'aspect de la préparation et des connaissances à travers le fait que le 10% des participants ont précisé qu'il y avait un manque de familiarité avec les protocoles médicamenteux, l'environnement et la politique.

Mauthner et al. (2012) (n=27), dont le but est d'explorer les réflexions et pensées des receveurs d'une transplantation cardiaque en lien avec les aspects de leur préparation et du soutien reçu lors du processus de transplantation, afin de promouvoir leur engagement dans l'autogestion, précisent que les transplantés cardiaques ont évoqué l'importance des contacts réguliers avec les professionnels de la santé afin d'assurer leurs soins médicaux continus. De plus, les soignants sont aptes à répondre à leur questionnement et problèmes de manière adéquate et rapide.

Les mêmes auteurs précisent que les transplantés cardiaques ont stipulé que les anciens transplantés sont les plus aptes à les préparer et les soutenir lors du processus de la transplantation. Un participant à l'étude a évoqué dans son récit que l'éducation est importante mais qu'il faut parvenir à vivre à travers pour comprendre. Il faisait donc référence aux anciens transplantés cardiaques.

### 6.2.2 Conditions communautaires

Les conditions communautaires sont plus spécifiquement le soutien que peut recevoir le patient, qu'il soit apporté par la famille, les amis, l'entourage, les professionnels de la santé ou l'environnement (Meleis, 2010).

- **Importance des relations qu'entretiennent les transplantés cardiaques avec les professionnels de la santé.**

Selon Sadala et al. (2008), les soignants, qu'il s'agisse des médecins ou des infirmiers, aident les transplantés cardiaques à réduire leur sentiment de culpabilité. Les participants précisent que la qualité des soins améliore grandement leur gratitude. De plus, les résultats de l'étude spécifient que les médecins occupent une place encourageante et rassurante dans la prise de décision de la greffe.

Lin et al. (2010), précisent que 50% des participants à l'étude ont évoqué l'importance du soutien de la part des soignants. Il s'agirait donc d'une condition facilitante à la transition.

Les auteurs Mauthner et al. (2012), énoncent dans leurs résultats que 13 participants, soit 52%, ont précisé que des liens importants avec les professionnels de la santé étaient très rassurant dans le processus de la transplantation. Des fragments d'interviews mettent en évidence la notion de soutien, de protection, de sentiment d'être prise en charge, de réponses rapides à leur questionnement et problèmes.

- **Importance des relations qu'entretiennent les transplantés cardiaques avec les anciens transplantés.**

Lin et al. (2010), précisent que 15% des transplantés cardiaques participants à l'étude ont évoqué l'importance du soutien des anciens transplantés cardiaques au cours de leur prise en charge. Il s'agit d'une autre condition communautaire facilitante.

L'étude de Mauthner et al. (2012), dit que le sentiment de ne pas être compris est un aspect important de la part des participants. 14 participants à l'étude, soit 56%, ont précisé que seules les personnes qui sont passées par le processus de la transplantation peuvent vraiment comprendre la complexité de leur



expérience. Les personnes ayant déjà reçu une transplantation cardiaque étaient selon ces participants les plus aptes à les préparer et les soutenir. Selon les transplantés cardiaques, la vie suite à la transplantation ne peut être comparée à aucune autre condition médicale. Des fragments d'interviews mettent en évidence à travers le discours d'un participant à l'étude que l'éducation est importante mais parfois il faut vivre à travers une épreuve pour la comprendre.

Cette notion peut être mise en lien avec les programmes de mentorat présents dans les résultats de la même étude qui stipulent qu'ils offrent la possibilité aux participants/transplantés cardiaques d'être en contact avec une personne qui a déjà reçu une transplantation cardiaque. 10 participants à l'étude, soit 40%, ont parlé spontanément du programme de mentorat lors de des interviews. Ils ont précisé qu'il s'agissait d'un soutien et d'une manière de pouvoir partager leur expérience. Les participants ayant refusé le programme de mentorat ont tous précisé qu'ils pensaient que cela aurait été effectivement bénéfique par la suite.

- **Le soutien familial et la religion**

Selon Sadala et al. (2008), le conjoint encourage le patient et l'aide à comprendre sa situation. Cette étude précise que certains participants ont aussi eu recours à la foi et précise que Dieu leur permet de continuer à vivre avec ce nouvel organe.

En parallèle, l'étude qualitative de Lin et al. (2010), met en évidence que 55% des participants ont évoqué l'importance des familles et des figures religieuses comme ressource aidante. L'auteur pointe également que 50% des participants ont démarré un soutien religieux suite à leur transplantation.

Et pour finir, selon les résultats de l'étude de Mauthner et al. (2012), 20% des participants ont mis en évidence que les membres de la famille et les amis sont considérés comme essentiels et occupent une place importante dans leur vie tout au long de l'expérience. Parmi les fragments d'interviews, le récit d'un homme parlant de son épouse démontre combien il est important d'avoir du soutien d'un proche pour faire face à cette épreuve de transplantation. Un autre témoignage fait ressortir la relation entre une femme transplantée et son mari. Cette dernière exprime l'importance du soutien de celui-ci face au processus de la transplantation (Sadala et al., 2008).

### 6.2.3 Conditions sociétales

Les conditions sociétales (comme aussi les conditions communautaires), comme par exemple l'émargination des migrants dans le pays qui les reçoit, peuvent être facilitateurs ou inhibiteurs des transitions (Allgood & Tomey, 2010).

Lin et al. (2010), énoncent que 20% des participants mettent en évidence les aspects positifs des structures de soutien social.

Cet élément peut être mis en comparaison avec l'étude qualitative de Sadala et al. (2008), dans laquelle des aspects sociétaux sont abordés, notamment en lien avec la notion de discrimination qu'éprouvent

certaines transplantés cardiaques dans la recherche d'emploi. Ces données sont donc en lien avec les conditions sociétales.

## 6.3 Les modèles de réponses

Les modèles de réponses donnent des repères concernant l'évolution de la transition. Ils nous permettent de savoir si la transition évolue en santé ou non (Meleis, 2010).

### 6.3.1 Les indicateurs de processus

Ces indicateurs permettent d'évaluer où se dirige et se situe le patient, soit vers la santé soit vers le risque dans le processus de la transition. Ils permettent d'anticiper la prise en charge afin d'instaurer des interventions adaptées (Meleis, 2010).

#### Le sentiment d'être en lien

Le sentiment d'être en lien fait référence aux besoins relationnels et peut être relié aux conditions facilitantes, notamment les conditions communautaires définies préalablement (Meleis, 2010).

Dans l'étude Mauthner et al. (2012), les participants ont fait référence au maintien de l'espoir ou une attitude positive comme condition essentielle pour pouvoir aller de l'avant. Cet aspect aurait été bénéfique pour 13 participants à l'étude, soit un pourcentage de 52%. De plus, des fragments d'interviews ont été reportés par écrit. Une participante a abordé l'importance de l'encouragement auprès des transplantés cardiaques et celle de ne jamais décourager les personnes.

Un autre participant a parlé du fait que l'expérience d'une transplantation cardiaque est difficile mais qu'il ne partageait les résultats positifs qu'avec les autres transplantés cardiaques. Le maintien de l'espoir se fait à travers l'entourage des transplantés cardiaques, raison pour laquelle cet aspect est placé dans "le sentiment d'être en lien".

#### Interaction

Dans l'interaction, l'idée de transition et les comportements développés en réponse à une transition peuvent être découverts, clarifiés, et acquis, ce qui mène normalement à une transition saine (Alligood & Tomey, 2010).

Selon l'étude de Sirri et al. (2011) (n=66), qui a pour but d'examiner les associations entre le soutien social perçu, la qualité de vie, les variables psychopathologiques, démographiques et cliniques chez les survivants d'une transplantation cardiaque à long terme, la corrélation entre le soutien social et la détresse psychologique apparaît à travers le fait que toutes les variables sont corrélées négativement. Cet élément démontre que plus il y a de soutien social auprès des transplantés cardiaques, plus la détresse psychologique diminue.

La variable de la dépression s'avère être significative ( $p < 0.01$ ), ce qui signifie que la dépression peut aggraver la satisfaction du soutien social des patients (Sirri et al., 2011).

L'étude de Rybarczyk et al. (2007) présente également la variable de la dépression comme étant significative en lien avec la réduction des loisirs et la réduction de la satisfaction du support émotionnel ( $p < 0.0001$ ). Ce qui signifie que la dépression peut aussi aggraver la satisfaction dans les loisirs ou la satisfaction du support émotionnel.

L'étude de Sirri et al. (2011), souligne que la corrélation entre le soutien social et la qualité de vie est positive, même si les liens sont plus faibles. Cette corrélation positive signifie que plus il y a de soutien social, mieux sera la qualité de vie physique et sociale, ces valeurs étant les plus significatives ( $p < 0.01$ ). L'estime de soi est significativement représentée ( $p < 0.01$ ), même si sa valeur est plus faible. Elle constitue donc une donnée moins utile pour décrire la qualité de vie mais s'avère tout de même présente (Sirri et al., 2011).

La même étude ajoute que les variables du soutien social total ( $p = 0.007$ ), l'appartenance ( $p = 0.001$ ) et l'estime de soi ( $p = 0.02$ ) sont significativement plus élevés auprès des personnes mariées ou en couple qu'auprès des personnes vivant seules. L'état civil (marié ou en couple) semble favoriser le sentiment d'appartenance et l'estime de soi auprès des transplantés cardiaques (Sirri et al., 2011).

Finalement, cette recherche menée par Sirri et al. (2011), met en évidence les associations entre le soutien social et les paramètres cliniques instrumentaux. Les patients ayant une mauvaise évolution clinique perçoivent un soutien social diminué. Cet aspect peut être mis en lien avec la variable du cancer de la peau qui est fortement relié au support matériel ( $p = 0.02$ ) et le soutien total ( $p = 0.05$ ). Le cancer de la peau est une possible complication qui requiert une surveillance clinique fréquente.

### Situation dans le temps et espace

Dans la notion d'espace, le fait d'être situé en termes de temps, et les relations sont souvent des facteurs importants dans la plupart des transitions, ils permettent d'indiquer si la personne est en train de se diriger vers une transition saine (Alligood & Tomey, 2010).

Dans l'étude qualitative de Lin et al. (2010), dont 50% des participants ont mis en place des objectifs pour maintenir leur santé, seul 5% ont planifié de trouver un travail approprié post-transplantation.

Dans l'étude phénoménologique de Sadala et al. (2008), ayant pour but de comprendre l'expérience de la transplantation cardiaque à travers le descriptif des patients, il ressort que les participants ont des projets de vie future, notamment en lien avec l'envie de retourner travailler, de parvenir à se réinsérer dans la vie normalement, d'avoir une place dans la société, avec le projet d'un éventuel mariage ou d'enfants. Cependant l'aspect des contraintes qu'engendre la transplantation cardiaque n'est pas oublié, notamment en lien avec les obligations médicamenteuses.

### Le développement de la confiance et du coping

Les autres dimensions qui reflètent la nature du processus de transition sont la notion du développement de confiance et les stratégies pour réussir la prise de décision concernant sa situation (Meleis, 2010).

Le développement du coping est considéré comme un indicateur de processus étant donné qu'il démontre que le patient entreprend quelque chose à travers son processus de transition (Allgood & Tomey, 2010). Effectivement, Lin et al. (2010), ont mis en évidence dans leurs résultats que 75% des participants ont évoqué l'importance de changer de mentalité et d'avoir des attitudes positives face à la vie et les difficultés que celle-ci engendre.

Cependant, selon l'étude de Rybarczyk et al. (2007), 19% des participants développent une dépression clinique suite à leur transplantation. Il s'agirait alors d'une stratégie de coping inefficace.

## 7. Discussion

Dans ce chapitre, en premier lieu, la validité ainsi que les limites des articles choisis seront discutés. S'en suivra une généralisation, une mise en perspective ainsi qu'une confrontation des principaux résultats avec le cadre de recherche et la problématique. Et pour terminer, nous élaborerons une esquisse de réponse à notre question de recherche initiale. La possibilité d'une application des résultats à la recherche et la pratique infirmière sera également abordée.

### 7.1 Validité et limites par étude

**Rybarczyk et al. (2007) :** Cette étude a été menée aux USA. Les résultats de cette étude quantitative sont transférables à la Suisse. L'auteur utilise dans son processus de recherche des outils testés et valides. L'échantillon pris en examen est décrit de façon précise avec l'aide d'un tableau indiquant les caractéristiques principales. Les données démographiques (principalement âge et pourcentage du genre) sont comparables avec celles de Suisse, durant la même période (OFSP, 2015). L'auteur a mis en place plusieurs stratégies pour réduire l'incidence des possibles biais et pertes de données, qui incluent entre autres l'utilisation d'outils informatiques pour l'analyse et un remboursement pour chaque donnée rendue. L'étude démontre une bonne cohérence dans les différentes parties de la recherche. L'auteur énonce des limites rencontrées, comme le fait que les méthodes statistiques utilisées dans cette étude exploratoire utilisent des analyses de régressions multiples, nécessitant d'être réajustées dans des études futures afin d'éviter le risque augmenté d'erreurs de type 1 (résultats par chance). En deuxième lieu, l'auteur indique comme limite le fait que l'étude n'utilise pas de méthodologie longitudinale. La tendance de causalité ne peut donc pas être déterminée. Il relève aussi que l'évaluation de l'ajustement de l'humeur négative ne tient pas compte de l'ajustement positif et du bien être (du fait qu'ils n'ont pas utilisé l'outil dans sa totalité). Il en résulte donc que l'absence d'humeur négative ne signifie pas forcément un effet positif. Finalement, l'auteur indique comme limite la carence de population afro-américaine dans l'échantillon, ce qui rend les résultats peu représentatifs de la population américaine dans son ensemble. L'auteur n'effectue aucun ouvrage éthique de l'étude et n'indique pas l'utilisation d'un cadre théorique qui l'aurait aidé à guider son travail.

**Sirri et al. (2011) :** Cette étude quantitative a été effectuée en Italie. Une généralisation des résultats est possible si l'on compare la population italienne à celle de la Suisse. Un tableau détaille les données démographiques des participants de manière complète. Les questionnaires utilisés sont présentés de façon exhaustive, l'auteur indique leur validation en plus de leur fidélité, cependant aucun alpha Cronbach n'est identifié, tout comme le résultat du test r-test. Les items des questionnaires ne sont pas directement en lien avec la transplantation cardiaque ; l'un des résultats premiers concerne la dépression qui nous informe que les personnes présentant des symptômes dépressifs perçoivent moins bien le soutien social. Aucune information n'est donnée sur l'origine de cette dépression, si elle résulte de la transplantation cardiaque ou d'un autre facteur. L'échantillon est un échantillon de convenance ; par sa petite taille, l'auteur indique que le manque de résultat significatif serait dû à la taille de l'échantillon, qui lui-même n'a pas été justifié par l'auteur. L'étude montre tout de même des résultats concluants et évoque l'importance d'évaluer le soutien social perçu. La nature transversale de l'étude peut être un biais ; rien ne peut prouver que les personnes qui n'ont pas survécu à la première étude, ont reçu moins de soutien après leur greffe par rapport à ceux qui ont survécu. En ce qui concerne les résultats, tous les tableaux ne sont pas représentés. Cette absence n'est pas justifiée par l'auteur mais la présentation de résultats par texte reflète l'essentiel. L'étude a obtenu l'approbation éthique locale, elle a aussi été réalisée en conformité avec les principes éthiques universels. L'auteur ne présente pas non plus de cadre théorique qui aurait pu aider à guider l'étude.

**Kaba et al. (2005) :** Cette étude a été effectuée en Ecosse. La généralisation des résultats est donc possible en comparaison avec la Suisse. L'auteur a indiqué le nombre d'hommes et de femmes au sein de la population de l'étude, la moyenne d'âge, la langue et le temps écoulé depuis la greffe. L'étude ne prend cependant pas en compte les différences culturelles ou socioculturelles présentes dans l'échantillonnage. La méthode de recherche est présente et détaillée. Celle-ci est définie et il est précisé que la méthodologie de la théorie ancrée utilisée diffère des autres méthodes qualitatives, étant donné que chaque élément de données est comparé à tous les autres (la méthode comparative constante). Grâce à cette méthode de recherche, l'auteur a pu sélectionner les sujets, faire la collecte de données et analyser les expériences des transplantés cardiaques, au moyen d'entrevues, d'observations, d'enregistrements et de codages. La saturation des données a été atteinte jusqu'à ce que les données obtenues soient riches et significatives, et que les réponses deviennent redondantes. Cependant, cette étude veut que les participants à l'étude confirment les données analysées pour éviter les interprétations. Cette étape n'est pas présente dans l'article. De plus, il est spécifié qu'un chercheur a mené l'étude sans que l'on puisse avoir davantage de détail à son sujet. L'étude a reçu l'approbation éthique à été accordée par le Comité d'éthique de recherche locale. L'auteur précise les limites de son étude en spécifiant qu'il était difficile de savoir si les transplantés cardiaques racontaient leur histoire avec sincérité, selon leur vrai vécu. Cependant, des mesures ont été prises pour éviter les biais, notamment le fait que les transplantés cardiaques devaient être volontaires pour participer à l'étude et que la personne qui les interrogeait ne

devait pas être perçue comme un membre de l'équipe médicale. Les données ont été recueillies au moyen d'entrevues non-structurées. Les participants parlaient librement. De ce fait, ils n'ont pas obligatoirement parlé des mêmes sujets. Tous les thèmes n'ont pas été abordés par l'ensemble des participants, ce qui peut être problématique pour l'élaboration d'une conclusion. Des notions de problèmes, sentiments, pensées et attitudes, et façon de faire face, en lien à la transplantation, ont été traités dans cette étude. Cependant, les questions posées aux transplantés cardiaques ne sont pas ciblées et les interviews restent un peu floues quant au contenu qui aurait été abordé.

Néanmoins, les catégories émergeant des résultats ont été comparées à d'autres catégories afin de percevoir les préoccupations majeures des transplantés cardiaques. Les concepts qui en sont ressortis ont été par la suite comparés avec les concepts établis dans la littérature afin d'appuyer leur validité.

**Sadala et al. (2008) :** Cette étude s'est déroulée au Brésil. Les résultats de l'étude sont applicables à la Suisse. Il est toutefois important de tenir compte des différences culturelles. L'auteur décrit l'échantillon avec un tableau contenant des informations sur le nom (nom d'emprunt), âge, état civil, parcours scolaire, profession, cause et année de leur transplantation. La taille de l'échantillon est adéquate pour une étude de type qualitative. L'approche phénoménologique est justifiée en se basant sur la théorie du philosophe Merleau Ponty. Les analyses et les interprétations se sont déroulées selon la procédure suivante : une analyse idiographique, une analyse individuelle et une analyse nomothétique pour atteindre l'essence du phénomène. L'auteur n'indique pas le nombre de personnes ayant participé à cette transcription, ce qui pourrait se révéler être un biais. Les entretiens ont été menés par la même personne, ce qui limite la possible source de biais. Les résultats ont été divisés en trois catégories permettant une lecture structurée et aisée. Il aurait été intéressant d'avoir quelques pourcentages pour savoir combien de personnes sont concernées par un résultat car l'auteur a tendance à généraliser, appliquant les résultats à tous les patients, alors qu'il est précisé dans la méthode que chaque personne a une perception unique pour décrire un phénomène. Cette généralisation est toutefois justifiée mais des indications statistiques auraient pu aider à mieux cibler les résultats. L'auteur ne présente pas de cadre théorique qui aurait pu aider à guider l'étude.

**Lin et al. (2010) :** Cette étude a été effectuée à Taiwan. Dans cette étude, une généralisation des résultats est possible seulement partiellement car l'auteur décrit son échantillon de population en indiquant l'âge et les occupations des participants, sans aucune information supplémentaire et sans indiquer la méthode d'échantillonnage. Avec les informations disponibles, nous pourrions donc appliquer les résultats à la population suisse, mais le manque d'information nous permet difficilement de faire une comparaison absolue. De plus, il faut tenir compte des possibles différences culturelles. Les impacts explorés sont en lien avec les examens invasifs (principalement la biopsie myocardique) effectués dans les différentes phases (quatre) de l'hospitalisation des patients greffés. Ces phases et les interventions sont également systématiquement effectuées en Suisse (Yerly et al. 2009). L'auteur n'est pas du tout clair concernant

la méthode de recherche utilisée. De plus, les informations qu'il apporte sont insuffisantes. Plusieurs informations insérées dans l'extrait de la recherche ne sont pas présentes dans le développement de l'étude. De ce fait, l'étude manque de crédibilité et de cohérence. De plus, l'auteur n'indique pas les limites repérées, ni les stratégies mises en oeuvre pour réduire les biais. L'auteur n'effectue aucun ouvrage éthique de l'étude et n'indique pas une possible utilisation d'un cadre théorique qui aurait pu guider l'étude.

**Mauthner et al. (2012)** : Cette étude a été menée au Canada. Les résultats de cette étude qualitative pourraient être transférable à la Suisse en raison des différentes ethniques présentes au sein de la population de l'étude et la culture des soins qui peut être comparable entre ces deux pays. Les informations concernant l'échantillon pris en étude sont présentes. La taille de l'échantillon est conforme à des études des recherches qualitatives similaires et le recrutement a été arrêté dès l'atteinte de la saturation théorique. L'étude présente sa méthodologie visuelle de recherche unique orientée vers un travail phénoménologique déjà existant. De plus, il est précisé que la méthode visuelle est une technique distincte de la recherche phénoménologique traditionnelle. La validité de cette méthode de recherche est justifiée par des entrevues pilotes qui ont été entreprises au préalable pour tester la méthodologie, en particulier le processus d'analyse. L'étude a été approuvée par le Comité d'éthique de la recherche. L'auteur précise les limites de son article en spécifiant que le plan ethnique et socioéconomique sont diversifiés mais les participants à l'étude ont tous été recrutés dans un seul établissement de soins. De plus, bien que tous les participants aient eu les mêmes questions, les entretiens n'étaient pas totalement dirigés. Ceci a permis aux conversations d'évoluer librement, mais les participants n'ont donc pas forcément parlé des mêmes sujets. Cela représente une difficulté pour conclure les résultats et peut être une source de biais. Les entrevues ont été consultées dans leur intégralité par l'équipe interdisciplinaire de recherche ayant eu une formation à la recherche qualitative. Ils se sont tous rencontrés dans une même pièce tout au long du processus d'analyse. Les vidéos ont été analysées simultanément avec l'utilisation de support informatique pour organiser les données. Nous n'avons cependant pas plus de précision concernant l'organisation des données.

Des stratégies pour contrôler les biais ont été mises en place. Malgré tout, 2 vidéos ont été compromises en lien à une défaillance de l'enregistrement audio. Par conséquent, sur 27, seules 25 vidéos ont été analysables. Il pourrait s'agir d'une source de biais possible.

L'étude estime que le temps écoulé depuis la transplantation n'a pas d'importance et que les participants sont aptes à communiquer leur expérience avec clarté malgré l'intervalle entre la transplantation et l'application de l'étude. L'utilisation d'une caméra vidéo volontairement visible pourraient représenter un impact négligeable sur les participants. Selon l'équipe de recherche son utilisation n'est pas neutre mais serait un élément fondamental à la production de connaissance. De plus, ils précisent que lors des entretiens, la caméra est devenue discrète pour l'interviewer et le participant.

## 7.2 Mise en perspective avec le cadre de référence choisi

Le cadre théorique nous a permis de classer et de mettre en lien les résultats de nos six articles sélectionnés. Le classement des résultats est réparti en trois thèmes principaux, selon la théorie intermédiaire d'Afaf Meleis : les priorités de la transition, les conditions de transitions ainsi que les modèles de réponses. Les priorités font références à la prise de conscience où les transplantés cardiaques éprouvent de la difficulté à accepter leur situation et de ce fait, prennent un certain temps avant d'entamer le processus de transition. La notion de changement et différence est également présente et fait référence aux changements qu'engendrent la greffe d'un nouveau cœur, qu'ils soient liés à l'identité, aux sentiments, aux habitudes, aux conditions physiques et psychiques. Les patients présentent également des conditions personnelles. Les conditions qui ont été retenues sont le sens donné à l'évènement précipitant la transition, qui peut aider les transplantés cardiaques à accepter leur situation et parvenir à retrouver à un équilibre dans leur vie. La notion de croyances et attitudes culturelles est relevée et fait notamment référence à la gratitude et la culpabilité que peuvent ressentir les transplantés cardiaques envers le donneur et son entourage. De plus, la notion d'incertitude des patients concernant leur état de santé est un aspect récurrent. La préparation et connaissance s'avèrent être indispensables et sont apportées au moyen des conditions communautaires qui comprennent les professionnels de la santé, les anciens transplantés cardiaques ainsi que la famille. De plus, les bénéfices du soutien spirituel sont abordés. Finalement, le fait de se sentir en lien, d'avoir des interactions avec autrui et le développement de la confiance et de stratégies de *coping* permettraient aux transplantés cardiaques de parvenir à avoir une transition en santé.

## 7.3 Résumé et confrontation des principaux résultats

### Propriétés

#### La prise de conscience

La perception et la reconnaissance de l'expérience de la transition sont des éléments qui vont influencer le niveau d'engagement des patients. Une étude de type qualitative a relevé la notion de déni présent auprès de certains transplantés cardiaques, en précisant qu'ils évitaient toute pensée ou sentiment se rapportant au donneur (Kaba et al., 2005). Une autre étude de type qualitative rejoint ce résultat en démontrant la difficulté qu'éprouvent les transplantés cardiaques à accepter cette nouvelle situation et le temps d'adaptation que celle-ci demande. Dans cette même étude, la possibilité d'avoir recours à des consultations psychologiques afin d'accepter de vivre avec le nouveau cœur est explorée (Sadala et al., 2008).

Nous avons soulevé dans la problématique que même si l'opération de la transplantation est un succès, le receveur éprouve souvent de la difficulté à accepter l'organe et peut, par la suite, développer des troubles psychologiques (OFSP, 2015).

Il semble donc important de tenir compte des différentes étapes dans la prise de conscience des transplantés cardiaques. Nous mettons en évidence que les patients utilisent des mécanismes de défense



afin de faire face à la transplantation. De plus, ils ont besoin de temps et de soutien pour parvenir à s'engager dans l'acceptation du nouvel organe.

### La notion du changement et différence

La transplantation cardiaque engendre indéniablement des changements dans la vie des transplantés. Ces changements amènent le patient à se sentir différent. Deux études de type qualitatives mettent en évidence que les patients se questionnent concernant leur différence et changement identitaire, en lien avec la transplantation d'un nouvel organe (Kaba et al., 2005 ; Sadala et al., 2008).

Nous avons spécifié dans la problématique que les receveurs d'une greffe font face à un questionnement concernant leur propre identité (Tschui, 2003).

Deux études de type qualitatives précisent les changements d'habitude de vie qu'engendrent la transplantation cardiaque en lien avec les nombreux inconvénients qui lui sont associés, notamment les interventions médicales supplémentaires, invasives et inconfortables suite à l'intervention chirurgicale (Sadala et al., 2008 ; Lin et al., 2010).

Selon Sadala et al. (2008), la compliance médicamenteuse et les restrictions alimentaires sont également des changements et inconvénients non négligeables suite à la transplantation cardiaque.

Enfin, une dernière étude de type quantitative, ayant pour but de tester les niveaux et les facteurs associés à la dépression ainsi qu'aux humeurs négatives lors d'une transplantation cardiaque, met en évidence que la dépression ainsi que l'humeur négative sont des changements qui apparaissent fréquemment auprès des transplantés cardiaques (Rybarczyk et al., 2007).

Dans la problématique, la notion de changement de vie considérable auprès du receveur et de son entourage avait été énoncée. Au moyen de ces articles, nous avons pu mettre en évidence des changements spécifiques et récurrents que vivent les transplantés cardiaques.

### Conditions de vie facilitantes et entravantes

#### Les conditions personnelles

##### Sens donné à l'événement précipitant la transition

Un seul article dans notre travail touche à la notion du sens donné à l'évènement. Selon Sadala et al. (2008), la transplantation cardiaque peut être considérée comme une renaissance. Les transplantés cardiaques disent récupérer la vie et leur santé malgré les contraintes que la transplantation engendre. Ce sens donné à l'évènement peut avoir une influence positive sur les ressentis et attitudes des transplantés cardiaques (Meleis, 2010). Il peut, selon notre avis, amener les patients à être reconnaissant de leur nouvelle situation et parvenir à l'accepter.

##### Croyance et attitude culturelle

Deux études de notre travail exposent les sentiments de gratitude et de culpabilité que peuvent ressentir les receveurs envers le donneur et la famille de ce dernier (Kaba et al., 2005 ; Sadala et al., 2008). L'étude de Kaba et al. (2005) évoque un aspect intéressant d'une de leur précédente étude datant de 2001. Celle-ci précisait que les patients américains à l'étude avaient la possibilité de communiquer anonymement

par lettre avec la famille du donneur. Cet élément avait été retenu comme bénéfique pour certains transplantés cardiaques car ils avaient eu l'occasion de remercier l'entourage du donneur. Nous pouvons émettre l'hypothèse que la possibilité d'avoir un contact minime avec l'entourage du donneur pourrait être une condition facilitante au processus de la transition des transplantés cardiaques.

Un autre aspect retenu en lien avec les attitudes est le sentiment d'incertitude dans la progression de l'état de santé que peuvent éprouver les patients suite à leur transplantation cardiaque. Cette incertitude est présente dans trois études de notre travail (Sadala et al., 2008 ; Rybarczyk et al., 2007 ; Lin et al., 2010). La notion d'incertitude pourrait être mise en lien avec des aspects soulevés dans la problématique, notamment le fait que le suivi post-greffe est long et contraignant. De plus, il était précisé que les transplantés cardiaques doivent faire face à des dangers suite à la transplantation, tels que le développement de maladie, le rejet de l'organe ou encore la détérioration possible de fonctions de l'organisme (Carrier, 2009).

En lien avec le concept d'attitude, selon Lin et al. (2008), certains transplantés cardiaques ont le sentiment de devenir une charge supplémentaire pour leur famille. Il s'agirait donc d'une condition entravante dans le processus de la transition. Nous avons relevé dans la problématique que des conséquences au niveau familial peuvent être présentes auprès des patients greffés, notamment en lien avec le changement de rôle ressenti par les transplantés (Gueniche, 2000).

Pour finir, la notion de croyance est mise en avant dans un seul article. Il est précisé que les participants à l'étude s'inquiètent de leur ancien organe, en lien avec des croyances propres. Certains participants à l'étude développent des réactions de deuil face à celui-ci (Kaba et al., 2008). Selon Kaba et al. (2008), le deuil d'une perte entraîne différentes réactions et une prise de conscience croissante. Il est donc important en tant que professionnel de la santé de bien connaître les différentes phases du deuil, et les valeurs et croyances associés à l'organe, qui s'avèrent être propres à chacun (Kaba et al., 2008).

### Préparation et connaissance

L'étude de Mauthner et al. (2012), démontre que les professionnels de la santé aident les transplantés cardiaques dans leur préparation et connaissance face à la transplantation en proposant des contacts réguliers, en répondant à leurs questionnements et problèmes de manière efficace. De plus, cette étude met en évidence que les anciens transplantés cardiaques sont les plus aptes à les préparer, étant donné qu'ils ont déjà vécu cette expérience (Mauthner et al., 2012).

En comparaison, l'étude de Lin et al. (2010) stipule que les participants à l'étude disaient manquer de familiarité avec les protocoles médicamenteux, l'environnement ainsi que la politique. Le fait de manquer de préparation ainsi que de connaissances concernant la prise en charge et l'environnement, pourrait être un condition entravante dans le processus de la transition.

### Les conditions communautaires

Les résultats de plusieurs études de type qualitatives précisent l'importance des relations et du soutien des professionnels de la santé (Sadala et al., 2008 ; Lin et al., 2010 ; Mauthner et al., 2012). Des liens

importants avec les soignants sont rassurants par l'apport de soutien, de protection et d'une prise en charge adéquate (Mauthner et al., 2012).

Deux études mettent en évidence l'importance des relations et du soutien avec les anciens transplantés cardiaques (Lin et al., 2010 ; Mauthner et al., 2012). Le sentiment de ne pas être compris est un aspect présent chez les transplantés cardiaques. Les participants à l'étude précisent que seule une personne ayant déjà vécu une transplantation cardiaque peut comprendre la complexité de l'expérience (Mauthner et al., 2012). Cette même étude évoque la mise en place de programme de mentorat, offrant la possibilité aux receveurs de greffes cardiaques d'être en contact avec d'anciens transplantés. Ce programme leur permettrait de pouvoir partager leur expérience et serait une source de soutien importante (Mauthner et al., 2012).

Trois études désignent la famille comme étant un soutien essentiel auprès receveurs de greffes cardiaques (Sadala et al., 2008 ; Lin et al., 2010 ; Mauthner et al., 2012). Le conjoint aussi occupe une place spécifique, il soutient et encourage le patient dans l'expérience de sa maladie (Sadala et al., 2008 ; Mauthner et al., 2012).

Deux études mettent en évidence l'importance du soutien religieux (Sadala et al., 2008 ; Lin et al., 2010). Certains transplantés cardiaques ont recours à la foi, ce qui leur permet de continuer à vivre avec le nouvel organe (Sadala et al., 2008).

### Les conditions sociétales

L'étude de Sadala et al. (2008) précise que les structures sociétales sont des conditions bénéfiques et positives pour les transplantés cardiaques. Cependant, l'étude de Lin et al. (2010), stipule que les transplantés cardiaques éprouvent de la discrimination dans la recherche d'emploi. Cet élément mettrait en contradiction les avantages et les injustices présentes dans la société auprès des transplantés cardiaques et plus généralement auprès des patients ayant des maladies chroniques.

L'aspect du travail avait été soulevé dans la problématique, spécifiant que la transplantation cardiaque ne signifie pas directement que le receveur est en bonne santé et apte à avoir une indépendance et une totale possibilité de travailler. Cet élément avait été mis en lien avec les contraintes et risques qu'engendrent une greffe (Gueniche, 2000).

### Modèle de réponses

#### Indicateurs de processus

##### Sentiment d'être en lien

Un des indicateurs de processus d'une transition en santé est le sentiment d'être en lien. Cet indicateur fait référence aux besoins relationnels. Il peut être relié aux conditions communautaires soit aux conditions facilitantes du processus de la transition. Cette précision concernant cet indicateur nous amène à la réflexion que les résultats des études retenues placées sous les conditions communautaires pourraient également trouver leur place dans ce paragraphe. La théorie de la transition d'Affaf Meleis

propose des concepts qui sont tous inter-reliés, raison pour laquelle des repositionnements et aménagements pourraient être envisageables (Meleis, 2010).

L'étude de Mauthner et al. (2012), évoque le maintien de l'espoir et une attitude positive comme étant une condition essentielle pour progresser et évoluer suite à la transplantation. Cette notion est placée sous cet indicateur car l'espoir et l'attitude positive peut être apportée par les professionnels de la santé, les anciens transplantés ou encore l'entourage du patient.

### Interaction

L'étude de Sirri et al. (2011) précise que plus il y a de soutien social auprès des transplantés cardiaques, plus la détresse psychologique diminue et meilleure sera ainsi la qualité de vie physique et sociale. Inversement proportionnel, les transplantés cardiaques ayant une mauvaise évolution clinique perçoivent un soutien social diminué. Cette étude met également en évidence que plus la qualité de vie sera estimée bonne, plus l'estime de soi sera élevée. De plus, le soutien social, le sentiment d'appartenance ainsi que l'estime de soi sont supérieurs auprès des personnes mariées ou en couple (Sirri et al., 2011).

Deux études évoquent que la dépression peut aggraver la satisfaction du soutien social et émotionnel perçu par les transplantés cardiaques (Sirri et al., 2011 ; Rybarczyk et al., 2007). De plus, l'étude de Rybarczyk et al. (2007) précise que la dépression peut également diminuer la satisfaction dans les loisirs des transplantés cardiaques.

### Situation dans le temps et l'espace

L'étude de Lin et al. (2010) stipule que les transplantés cardiaque mettent en place des objectifs afin de maintenir leur état de santé. Deux études de type qualitative mettent en évidence que les transplantés cardiaques ont des projets de vies futures notamment avec le fait d'avoir envie de retourner travailler, d'avoir une place dans la société, soit parvenir à se réinsérer dans la vie normale (Sadala et al., 2008) où le fait de planifier d'avoir un travail approprié suite à leur transplantation (Lin et al., 2010). L'étude de Sadala et al. (2008) précise également que les transplantés cardiaques désirent se marier, avoir des enfants et les voir grandir malgré le fait qu'ils soient conscients des contraintes qu'engendrent la transplantation, notamment les contraintes médicamenteuses.

### Le développement de la confiance et du coping

L'étude de Lin et al. (2010) évoque l'importance de changer de mentalité et de maintenir une attitude positive suite à la transplantation cardiaque et face aux difficultés qu'elle génère. Cependant, un certain nombre de transplantés cardiaques développent une dépression clinique suite à la transplantation (Rybarczyk et al., 2007). Il s'agirait donc d'une stratégie de coping inefficace.

## 7.4 Réponse à la question de recherche

*" Quel est l'impact d'une transplantation cardiaque sur l'état psychologique des receveurs adultes ? "*

La recension des écrits est composée de six études ainsi que des points critiques présents dans le chapitre validité et limites des études, il en résulte que les résultats ne sont pas exhaustifs. Une réponse précise et complète ne peut pas être envisagée. Néanmoins, les résultats des différentes études présentes dans notre travail nous permettent d'avoir une idée générale de l'impact psychologique que peut avoir une transplantation cardiaque auprès des transplantés. De plus, ces résultats nous apportent des pistes de réflexions concernant les possibles interventions infirmières applicables à ces situations.

La transplantation cardiaque est définie comme une expérience complexe, unique, difficile et traumatisante. De nombreux transplantés cardiaques évoquent la notion de ne pas être bien compris à travers leur expérience. Ils précisent que les professionnels de la santé et leur entourage peuvent difficilement comprendre leur vécu et l'impact que la transplantation cardiaque engendre, à moins qu'ils aient eux-mêmes vécu cette situation (Kaba et al., 2005).

Nous avons pu mettre en évidence que cette expérience est non seulement difficile physiquement, liée aux nombreuses contraintes médicales et médicamenteuses qu'elle stipule mais est également délicate et complexe au niveau émotionnel (Kaba et al., 2005 ; Lin et al., 2010).

La transplantation cardiaque est donc une expérience difficile émotionnellement liée au fait que les transplantés cardiaques doivent à la fois faire face à la perte d'un organe et à l'acceptation d'un nouveau cœur. C'est une épreuve psychologiquement lourde où des perturbations émotionnelles peuvent être identifiables (Kaba et al., 2005).

Certains patients développent notamment des réactions de deuil face à leur organe perdu (Kaba et al., 2005).

En parallèle, l'acceptation du nouvel organe peut être considéré comme une menace pour le concept de soi. Les transplantés cardiaques peuvent ressentir de la culpabilité et de la gratitude envers le donneur et son entourage (Kaba et al., 2005 ; Sadala et al., 2008).

Un autre aspect est que la symbolique du cœur peut considérablement compliquer l'acceptation du nouvel organe. Effectivement, le cœur est souvent associé à la vitalité, aux émotions ainsi qu'à l'âme (Kaba et al., 2005 ; Sadala et al., 2008). Ses connotations vitales et sentiments peuvent donc avoir un impact physiologique considérable auprès des transplantés.

Les mécanismes de défense ont été relevés dans les résultats des études choisies. Ils peuvent être entrepris afin de pouvoir faire face aux impacts psychologiques encore trop difficilement acceptables (Kaba et al., 2015). Le déni a été relevé dans l'étude de Kaba et al. (2005), il s'agit de la première étape du processus de la perte et du deuil. De plus, une variété de mécanisme de défense peut être utilisée. Notamment la dépersonnalisation du cœur du donneur, par exemple le fait de considérer qu'il ne s'agit que d'une pompe ou encore la répression, où le transplanté cardiaque précise ne jamais penser au donneur ou à son entourage (Kaba et al., 2005). L'acceptation de cette nouvelle situation demande du temps et l'acquisition d'une stabilité psychologique est indispensable pour parvenir à entamer le processus de prise de conscience et d'acceptation du nouvel organe (Kaba et al., 2005).

D'autres impacts psychologiques ont été relevés dans les études choisies pour l'élaboration de ce travail. Notamment, l'étude de Lin et al. (2010) évoque le fait que les transplantés cardiaques ont le sentiment d'être un poids pour leur famille.

La notion d'incertitude concernant leur état de santé est présente et peut avoir des impacts sur le psychisme et la qualité de vie des transplantés cardiaques (Lin et al., 2010 ; Sadala et al., 2008).

De plus, la notion de discrimination ressentie auprès de certains transplantés cardiaques peut être considérée comme un impact psychologique (Sadala et al., 2008).

La dépression, la détresse psychologique et les humeurs négatives sont également des impacts psychologiques retenus auprès des transplantés cardiaques (Rybarczyk et al., 2010 ; Sirri et al., 2011).

### 7.5 Recommandations pour la pratique

Cette revue littéraire ne propose pas directement d'interventions infirmières. Cependant, les résultats obtenus proposent des pistes de réflexion pour une prise en considération dans la pratique infirmière.

Les résultats des articles nous ont permis d'avoir une idée générale de l'impact psychologique sur les receveurs d'une greffe cardiaque. En ayant connaissances des répercussions psychologiques qu'implique une transplantation cardiaque, les infirmiers pourront mettre en place des interventions afin de prévenir les conséquences qui leur sont associées. Ainsi, les infirmiers peuvent mettre en place des mesures de soutien et garantir, par la suite, des soins spécifiques aux besoins des patients vivant ce genre de situation. Le but étant de fournir des soins de qualité et d'offrir une prise en charge personnalisée.

Selon deux articles de notre travail, les receveurs d'une transplantation cardiaque développeraient une dépression. Selon Lin et al. (2010), la psychothérapie est essentielle dans le suivi post-greffe ; cette intervention permet au patient d'exprimer ses ressentis afin d'être mieux compris et ensemble de trouver des stratégies pour pallier cette dépression. L'infirmière effectue une évaluation systématique afin de déceler les expériences négatives lors de l'hospitalisation, ceci favorise l'amélioration de la qualité des soins. Cette procédure permettrait aux soignants d'intégrer d'avantage chaque phase d'hospitalisation afin de mieux comprendre les réels besoins de chaque patient et d'offrir de l'aide pour réduire une éventuelle souffrance pendant une période difficile lors de son séjour à l'hôpital. Pour Sirri et al. (2011), une surveillance clinique constante et systématique peut contribuer à diminuer l'isolement social des patients. Comme vu dans l'article, un manque de soutien social pourrait développer une dépression.

Toujours dans l'article de Sirri et al. (2011), les personnes mariées ou en couple perçoivent un meilleur soutien social. Il est du devoir de l'infirmière de sensibiliser et d'intégrer la famille du receveur dans la prise en charge médicale du patient pour viser un soutien optimal.

Pour Sadala et al. (2008), l'expérience de la transplantation est un phénomène unique. Chaque personne va vivre cette expérimentation différemment ce qui aura une répercussion sur les besoins individuels et les difficultés qui varient d'un receveur à un autre. Un suivi infirmier post-greffe est important dans cette période d'ambivalence, l'infirmière aidera à réorienter le patient en répondant à ses questions, ses

craintes, ses doutes. La culpabilité est ressentie par certains receveurs, l'infirmière aide à réduire ce sentiment en convaincant le receveur qu'il doit penser à lui car sa vie en dépend.

Selon l'article de Mauthner et al. (2012), les soignants ont avant tout un rôle important dans l'éducation et le soutien auprès des transplantés cardiaques. Lors des entretiens la gestuelle des participants communiquait une souffrance qui était difficile à exprimer verbalement. Cette souffrance indicible reste souvent aveugle aux yeux des soignants, il serait important d'aborder le sujet de comprendre cette souffrance et de trouver ensemble des stratégies pour la diminuer. Les transplantés cardiaques ne se sentent pas compris par la plupart des professionnels de la santé qui jouent un rôle important dans la prise en charge médicale. Seule une personne ayant reçu une transplantation est capable de comprendre le receveur. L'élaboration d'un réseau de soutien comportant un programme de mentorat permet au receveur d'être compris, considéré et accompagné. Une amélioration des connaissances des professionnels de la santé sur les aspects existentiels de la transplantation cardiaque peut être bénéfique pour la compréhension de l'expérience que vivent les transplantés.

Mauthner et al. (2012) introduit la notion d'espoir qui est essentielle dans le traitement ou la maladie des expériences qui changent la vie. Le concept d'espérance fournit un mécanisme d'adaptation face à ce que les gens peuvent ressentir lors d'une crise. Dans la transplantation cardiaque l'espoir est vu comme une attente, le receveur n'espère pas que des symptômes ou des événements spécifiques se produisent au cours de la maladie. La recherche reconnaît que les soignants doivent être conscients de ce cette compréhension de l'espoir pour mieux soutenir le patient car il est possible que de faux espoirs nuisent à la récupération

Pour Kaba et al. (2005), les soignants connaissent l'existence des problèmes qui résultent de la crise de la transplantation cardiaque. Leur rôle est de préparer le receveur ainsi que sa famille aux expériences susceptibles de leur arriver en les aidant à développer des stratégies d'adaptation comme des programmes de prévention qui aident à réduire le stress et qui renforce leurs compétences personnelles. L'article indique que la population féminine est plus à risque de développer une détresse psychologique. Les infirmières peuvent fournir un soutien psychologique efficace pour les femmes en se focalisant sur les préoccupations individuelles ce qui favorise le sens d'adaptation positivement (Kaba et al., 2005).

Les facteurs psychologiques peuvent avoir une influence sur l'atteinte des résultats et le développement d'une détresse psychologique est possible. L'infirmière permet d'élaborer avec le patient des stratégies qui permettent de déceler la détresse psychologique. Des évaluations régulières de la santé mentale lors des consultations post-greffe des receveurs permettent de prévenir cette détresse (Kaba et al., 2005).

Les infirmières ont un rôle essentiel pour aider les gens à reconnaître les stratégies qu'ils utilisent pour faire face à des menaces spécifiques et de promouvoir l'application des stratégies existantes ou nouvelles pour faire face à leurs difficultés perçues (Kaba et al., 2005).



## 7.6 Recommandations pour la recherche

Les résultats de cette revue littéraire nous fournissent également une base pour de possibles recherches futures, notamment par la création ou le développement d'interventions infirmières auprès de transplantés cardiaques en lien avec les aspects psychologiques associés.

Plusieurs études ont exploré l'impact psychologique touchant les patients suite à une transplantation cardiaque. Cette revue littéraire nous a permis de mettre en évidence les répercussions les plus développées. Les résultats analysés peuvent être utiles pour fournir une base de départ d'études futures plus approfondies sur le thème de l'impact psychologique post-transplantation. Le fait d'approfondir ces recherches pourrait permettre aux chercheurs d'acquérir plus d'informations concernant ce sujet, qui touche une partie de la population toujours plus importante. De plus, il serait utile et avantageux de parvenir à développer de nouveaux outils pour la pratique infirmière ainsi que médicale afin d'être mieux préparé à ce genre de problématique. Le but étant de pouvoir garantir une prise en charge plus adaptée à la typologie des patients.

Il serait utile de pouvoir faire des recherches plus élargies, avec des critères d'inclusion et d'exclusion moins strictes. Ceci permettrait de prendre en compte un plus grand nombre d'études dans les bases de données concernant ce sujet. Le but serait de pouvoir avoir une revue littéraire avec des résultats plus significatifs et représentatifs de la situation actuelle. De plus, il serait possible d'avoir une réponse plus exhaustive à la question de recherche.

Afin de mettre en perspective notre travail avec la littérature plus récente, nous avons effectué une nouvelle recherche, le 20.06.16. Nous avons utilisé une base de données avec les mêmes mots clés utilisés pour nos équations de recherche lors de notre méthodologie. La recherche n'a pas ressorti d'articles scientifiques plus récents en lien à la question de recherche de ce travail.

## 8. Conclusion

Le but de cette revue littéraire était de pouvoir explorer l'impact psychologique des transplantés cardiaques. Les répercussions psychologiques suite à une transplantation cardiaque ont été étudié à plusieurs reprises durant ces dernières années. Nous avons donc pu trouver des articles en lien avec notre question de recherche. Nous sommes parvenus à avoir des résultats satisfaisants et à répondre à notre question de recherche.

La théorie intermédiaire de la transition d' Afaf Ibrahim Meleis a été un support et un guide certain pour l'élaboration de notre travail. Nous avons pu effectuer un triage des résultats parmi les différents concepts de la théorie, en les travaillant, discutant et synthétisant. Nous avons vu s'élargir notre vision, de manière plus complète et globale, concernant les résultats et les possibles implication de la transition sur les patients ayant une greffe cardiaque. De ce fait, grâce à l'utilisation de la théorie de la transition, nous avons pu mettre en évidence ses différentes étapes, ses impacts les plus marqués en lien avec nos résultats, et finalement cibler le processus type auprès des transplantés cardiaques. De plus, nous avons



pu identifier les moments les plus emblématiques de la transition où la discipline infirmière pourrait avoir un rôle à jouer. Elle pourrait notamment agir en réduisant ou évitant une partie des impacts psychologiques néfastes pour les transplantés cardiaques.

Les résultats qui ressortent de cette revue littéraire nous permettent de donner aux professionnels de la santé, ainsi qu'aux chercheurs du domaine infirmier, une description généralisée de l'impact psychologique possible. Ceux-ci pourraient être utiles comme base de connaissance pour l'élaboration de la mise en place d'interventions infirmières ciblées aux problèmes ressortis.

Ces résultats, certainement non exhaustifs, ne sont cependant pas négligeables dans la pratique et la recherche, et ont un impact positif sur ces derniers. Les listes d'attentes pour des transplantations cardiaques sont de plus en plus longues, et les patients greffés vont (selon les disponibilités de dons) également être de plus en plus nombreux dans les hôpitaux. Nous considérons donc essentiel que les connaissances à ce sujet continuent de se développer, dans la but de pouvoir offrir à ce type de patient des soins de qualité et dispensés sur des bases scientifiques.

## 9. Bibliographie

- Alligood, M. R. (2014). *Nursing Theorists : and their work* (8<sup>ème</sup> édition). St. Louis, USA : Elsevier Mosby.
- Alligood, M. R., & Tomey, A. M. (2010). *Nursing Theorists : and Their Work* (7<sup>ème</sup> édition). Riverport Lane, USA : Mosby Elsevier.
- Carrier, M. (2009). *Comment va mon nouveau cœur ? : Histoires de greffe*. Montréal, Canada : Editions CHU Sainte-Justine.
- CHUV, Centre de transplantation d'organes (2015). *Dans quels cas la transplantation est-elle recommandée ?*. Repéré à <http://www.chuv.ch/transplantation/cto-patients-familles-coeur>
- Conso Globe (2012). *Dons et greffes d'organes dans le monde*. Repéré à <http://www.planetoscope.com/Le-corps-humain/1722-dons-et-greffes-d-organes-dans-le-monde.html>
- EBSCO Industries, Inc. (2016). CINHAL complete : *Access the Best and Most Current Nursing and Allied Health Literature*. Repéré à <https://www.ebscohost.com/nursing/products/cinahl-databases/cinahl-complete>
- Favrat, D. & Carminati, E. (2015). *La prise de décision par les patients atteints de cancer concernant leur traitement médical* (Travail de bachelor inédit). Hesav – Hes-SO, Suisse.
- Fortin, M. F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche : Méthodes quantitatives et qualitatives* (2<sup>ème</sup> édition). Montréal, Canada : Chenelière Éducation.
- Garnier, M., Delamare, V., Delamare, J., & Delamare, T. (2012). *Dictionnaire illustré des termes de médecine* (31<sup>ème</sup> édition). Paris, France : Éditions Maloine.
- Gueniche, K. (2000). *L'énigme de la greffe : Le je, de l'hôte à l'autre*. Paris, France : L'Harmattan.
- Jacobson, D. A., & Vogelsang, G. B. (2007). *Acute graft versus host disease*. Repéré à <http://www.ojrd.com/content/2/1/35>
- Larousse (2012). *Larousse médical*. Repéré à <http://www.larousse.fr/archives/medical>

- Meleis, A. I. (2007). *Theoretical Nursing : Developement & Progress* (4<sup>ème</sup> édition). Philadelphia, USA : Lippincott Williams & Wilkins.
- Meleis, A. I. (2010). *Transition Theory : Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Reseach and Practice*. New York, USA : Springer Publishing Compagny.
- Morris, P. (2003). *Les transplantations*. Strasbourg, France : Editions du Conseil de l'Europe.
- National Center for Biotechnology Information (2016). *PubMed*. Repéré à <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>
- Office fédéral de la santé publique (2015). *Faits et chiffres : transplantation du cœur*. Repéré à <http://www.bag.admin.ch/transplantation/00692/00941/04751/index.html?lang=fr>
- Office Fédéral de la Statistique (2016). *Structure de la population résidente permanente : 1970-2014*. Repéré à [http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/01/02/blank/key/frauen\\_und\\_maenner.html](http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/01/02/blank/key/frauen_und_maenner.html)
- Parker, M. E. (2005). *Nursing Theories & Nursing Practice*. Philadelphia, USA : F.A. Davis Company.
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2006). *Essentials of Nursing Research : Methods, Appraisal, and Utilisation* (6<sup>ème</sup> édition). Philadelphia, USA : Lippincott Williams & Wilkins
- Saks, M. & Allsop, J. (2013). *Researching Health : Qualitative, Quantitative and Mixed Methods* (2<sup>ème</sup> édition). London, UK : SAGE Publications Ltd.
- Sandoz, L. & Hauzaree, L. (2014). *Comment intervenir auprès des personnes âgées présentant une dépression lorsqu'elles expriment ou manifestent un désir de mort* (Travail de bachelor inédit). Hesav – Hes-SO, Suisse.
- Smith, M. J. & Liehr, P. R. (2014). *Middle Range Theory for Nursing* (3<sup>ème</sup> édition). New York, USA : Springer Publishing Company.
- Stora, J. B., (2005). *Vivre avec une greffe : Accueillir l'autre*. Paris, France : Odile Jacob

Taylor, B. & Francis, K. (2013). *Qualitative Research in the Health Sciences : Methodologies, methods and processes*. Abingdon, UK : Routledge.

TPE cœur artificiel. (2010). *La transplantation cardiaque*. Repéré à <http://tpe2010cœurartificiel.e-monsite.com/pages/la-transplantation-cardiaque/la-transplantation-cardiaque.html>

Tschui, M. (2003). *Le don d'organes : Donneurs, greffés et soignants témoignent*. Paris, France : Editions Anne Carrière.

Yerly, P., Hullin, R., Rotman, S., Von Segesser, L., Pascual, M., Mach, F., Kalangos, A., Michel, C., Nemitz, I., Schafer, D., Schmid, C., & Wandeler, J.-M. (2009). Suivi du patient après transplantation cardiaque : monitoring et adaptation de l'immunosuppression. *Revue Médicale Suisse*, 205 (5), 1214-1220. Repéré à : <http://www.revmed.ch/rms/2009/RMS-205/Suivi-du-patient-apres-transplantation-cardiaque-monitoring-et-adaptation-de-l-immunosuppression>

## 9.1 Articles

Kaba, E., Thompson, D. R., Burnard, P., Edwards, D., & Theodosopoulou, E. (2005). Somebody else's heart inside me : A descriptive study of psychological problems after a heart transplantation. *Issues in Mental Health Nursing*, 26, 611-625. DOI : 10.1080/01612840590959452

Lin, C. S., Wang, S. S., Chang, C. L., & Shih, F. J. (2010). Dark-recovery experiences, coping strategies, and needs of adult heart transplant recipients in Taiwan. *Transplantation Proceedings*, 42, 940-942. DOI : 10.1016/j.transproceed.2010.3.021.

Mauthner, O., De Luca, E., Poole, J., Gewarges, M., Abbey, S. E., Shildrick, M., & Ross, H. (2012). Preparation and support of patients through the transplant process : Understanding the recipients' perspectives. *Nursing Research and Practice*. DOI : 10.1155/2012/547312.

Rybarczyk, B., Grady, K. L., Naftel, D. C., Kirklin, J. K., White-Williams, C., Kobashigawa, J., Chait, J., Young, J. B., Pelegri, D., Czerr, J., McLeod, M., Rissinger, J., Higgins, R., & Heroux, A. (2007). Emotional adjustment 5 years after heart transplant : A multisite study. *Rehabilitation Psychology*, 52 (2), 206-214. DOI : 10.1037/0090-5550.52.2.206.

Sadala, M. L. A., & Stolf, N. A. G. (2008). Heart transplantation experiences : a phenomenological approach. *Journal of Nursing and Healthcare of Chronic Illness in association with Journal of Clinical Nursing*, 17 (7b), 217-225. DOI : 10.1111/j.1365-2702.2007.02206.x

Sirri, L., Magelli, C., & Grandi, S. (2011). Predictors of perceived social support in long-term survivors of cardiac transplant: The role of psychological distress, quality of life, demographic characteristics and clinical course. *Psychology and Health*, 26 (1), 77-94. DOI : 10.1080/08870440903377339.

Citation du début travail repéré à :

Romagnoli, S. (2016). *L'impacte de la greffe sue le patient : Enjeux identitaires dans la transplantation*. [Présentation PowerPoint]. Repéré à <https://cyberlearn.hes-so.ch/course/view.php?id=6743>