

Table des matières

1	Résumé	
2	Remerciements.....	
3	Déclaration.....	
4	Abréviations et acronymes	
5	Introduction	1
5.1	Problématique	1
5.2	Question de recherche	3
5.3	But de la recherche	4
6	Cadre théorique.....	5
6.1	Dialyse péritonale lors d'insuffisance rénale chronique.....	5
6.1.1	Insuffisance rénale en général.....	5
6.1.2	Insuffisance rénale chronique	5
6.1.3	TraITEMENT de l'insuffisance rénale	6
6.1.4	Dialyse péritonale	7
6.2	Évaluation clinique de la péritonite	8
6.2.1	Définition de la péritonite	8
6.2.2	Facteurs de risque	8
6.2.3	Signes cliniques.....	9
6.2.4	Conséquences.....	9
6.2.5	Définition de l'évaluation clinique.....	9
6.2.6	Processus de l'évaluation clinique.....	10
6.2.7	Évaluation clinique de la DP à domicile.....	10
6.3	L'enseignement thérapeutique	11
6.3.1	Définition.....	11
6.3.2	La démarche de l'enseignement thérapeutique	12
6.3.3	Définition d'un diagnostic	12
6.3.4	Élaboration du programme d'éducation.....	12
6.3.5	La planification et mise en œuvre des séances.....	12
6.3.6	L'évaluation des compétences acquises	13
6.3.7	Enseignement au patient en dialyse péritonale	13
6.3.8	L'ETP pour prévenir l'infection.....	13

7 Méthode.....	14
7.1 Devis de recherche.....	14
7.2 Collecte de données	14
7.3 Sélection des études	15
7.4 Considérations éthiques	16
7.5 Analyse des données	16
8 Résultats	18
8.1 Description de l'Étude 1.....	18
8.1.1 Validité méthodologique	19
8.1.2 Pertinence clinique et utilité pour la pratique professionnelle.....	20
8.2 Description de l'étude 2	21
8.2.1 Validité méthodologique	22
8.2.2 Pertinence clinique et utilité pour la pratique professionnelle.....	23
8.3 Description de l'étude 3	24
8.3.1 Validité méthodologique	25
8.3.2 Pertinence clinique et utilité pour la pratique professionnelle.....	26
8.4 Description de l'étude 4	26
8.4.1 Validité méthodologique	27
8.4.2 Pertinence clinique et utilité pour la pratique professionnelle.....	28
8.5 Description de l'étude 5	29
8.5.1 Validité méthodologique	30
8.5.2 Pertinence clinique et utilité pour la pratique professionnelle.....	31
8.6 Description de l'étude 6	32
8.6.1 Validité méthodologique	33
8.6.2 Pertinence clinique et utilité pour la pratique professionnelle.....	34
8.7 Synthèse des principaux résultats.....	34
9 Discussion	36
9.1 Discussion des résultats.....	36
9.2 Discussion de la qualité et de la crédibilité des évidences.....	38
9.3 Limites et critiques de la revue de la littérature	39
10 Conclusions	40
10.1 Propositions pour la pratique	40
10.2 Propositions pour la formation	41
10.3 Propositions pour la recherche	41

11 Références bibliographiques	43
12 Annexes.....	50
Annexe I – Pyramide des preuves	50
Annexe II – Tableaux de recension.....	51
Annexe III – Glossaire méthodologique	57

4 Abréviations et acronymes

ASI	Association Suisse des infirmières et infirmiers
CAS	Certificate of Advanced Studies
DFG	Débit de filtration glomérulaire
DP	Dialyse péritonéale
DPA	Dialyse péritonéale automatisée
DPCA	Dialyse péritonéale continue ambulatoire
ESKD	End-stage kidney disease
ETP	Éducation thérapeutique au patient
HAS	Haute autorité de la santé
HD	Hémodialyse
HESAV	Haute École de Santé de Vaud
HEdS	Haute École de Santé de Sion
HTA	Hypertension artérielle
IR	Insuffisance rénale
IRA	Insuffisance rénale aiguë
IRC	Insuffisance rénale chronique
IRCT	Insuffisance rénale chronique terminale
ISPD	International Society for Peritoneal Dialysis
KDIGO	Kidney Disease Improving Global Outcomes
MNT	Maladies non transmissibles
OBSAN	Observatoire Suisse de la Santé
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
OFSP	Office fédéral de la santé publique
OMS	Organisation mondiale de la Santé
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences

5 Introduction

5.1 Problématique

Selon l'observatoire suisse de la santé (OBSAN), une des problématiques actuelles majeures de santé publique est l'augmentation des maladies chroniques. Cette augmentation est due principalement à la population vieillissante grandissante.

Ces pathologies, que l'on nomme aussi maladies non transmissibles (MNT), « tuent chaque année plus de 41 millions de personnes, ce qui représente 71% des décès dans le monde » (Organisation mondiale de la Santé [OMS], 2018). Les maladies chroniques les plus courantes sont les pathologies cardio-vasculaires, les cancers, les affections respiratoires chroniques ou encore le diabète. Différents facteurs augmentent le risque de succomber d'une de ces maladies : le tabagisme, le manque d'activité physique, la consommation abusive d'alcool et une mauvaise alimentation (OMS, 2018).

Selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS, 2018), « les maladies chroniques sont des affections de longue durée qui, en règle générale, évoluent lentement. Responsables de 63% des décès, les maladies chroniques sont la toute première cause de mortalité dans le monde ». D'après des estimations de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), en 2016, en Europe, 550'000 personnes sont décédées des suites d'une affection chronique.

En 2017, l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) compte 2,2 millions de personnes touchées par une MNT en Suisse, ce qui représente un quart de la population. Le Conseil fédéral en fait même une priorité dans les stratégies de prévention pour les années à venir. En effet, un mode de vie sain diminuerait les risques d'être atteint de ces maladies.

L'un des objectifs est de mieux ancrer la prévention dans le domaine des soins pour les personnes présentant un risque accru et les personnes atteintes de maladies chroniques, ce afin d'éviter ou de retarder l'apparition des maladies ainsi que de faciliter la vie des personnes touchées. (OFSP, 2017).

Ces maladies évoluent lentement et sur une longue durée. Le Haut Conseil de la santé publique spécifie que, pour parler de maladie chronique, il faut que la pathologie dure depuis plus de trois mois, qu'elle engendre des changements dans la vie quotidienne tels que :

Une limitation fonctionnelle des activités ou de la participation sociale, une dépendance vis-à-vis d'un médicament, d'un régime, d'une technologie médicale, d'un appareillage ou d'une assistance personnelle, la nécessité de soins médicaux ou paramédicaux, d'une aide psychologique, d'une adaptation, d'une surveillance ou d'une prévention particulière pouvant s'inscrire dans un parcours de soins médico-social. (Agrinier & Rat, 2010, p. 14).

Lorsque l'on fait des recherches sur les MNT, de nombreux articles traitent des pathologies cardio-vasculaires, du diabète, de dépression, mais rares sont ceux qui citent l'insuffisance rénale (IR) qui est pourtant une MNT induite par ces maladies. En effet, l'hypertension artérielle (HTA) est un facteur de risque important pouvant mener à une IR (HUG, 2016).

À ce jour, l'insuffisance rénale chronique (IRC) touche environ 10 à 15% de la population mondiale adulte (Beaud, Pruijm & Peytremann-Bridevaux, 2015, p. 2085). En Suisse, 10% de la population adulte serait atteint de cette pathologie (Mehier, Burnier & Pruijm, 2017, p. 473). Selon l'OMS, « un adulte sur dix souffre d'une affection rénale, soit près de 600 millions de personnes dans le monde. L'OMS prévoit une augmentation de la prévalence de la maladie rénale chronique de 17 % dans les 10 ans à venir ». (Lefuel, 2017)

Toutes ces affections nécessitent donc un traitement à vie. Concernant l'IRC, il existe différents moyens de suppléer aux fonctions principales des reins qui sont la filtration, la réabsorption et la sécrétion (Marieb, 2015, p. 1137). Les traitements existants sont la greffe, l'hémodialyse (HD) ou encore la dialyse périctonale (DP). « On compte actuellement environ 2 millions de personnes en dialyse dans le monde, ce qui ne représente que 10% des personnes qui en ont besoin » (Schneider, Kissling, Saucy, Burnier & Pruijm, 2015, p. 514). Concernant la Suisse, en 2018, 5000 patients bénéficient d'un traitement de dialyse (Burnier & Martin, 2018, p. 403).

En Suisse, la dialyse périctonale « reste peu proposée aux patients en insuffisance rénale terminale avec une prévalence, en 2014, de 7,3 % comparée à 92,7% pour l'hémodialyse, malgré des indications similaires et plusieurs avantages » (Laperrousaz & Jotterand Drepper, 2016, p. 408).

En effet, selon l'article de Laperrousaz et Jotterand Drepper (2016), la DP offre différents avantages. Tout d'abord, la qualité de vie serait meilleure avec la DP, bien que moindre qu'avec une greffe. La flexibilité de la DP est un point clé pour une personne atteinte d'une maladie chronique et, de ce fait, ayant un traitement à vie. Les patients peuvent organiser leur quotidien comme ils le souhaitent et effectuer leur soin de manière

autonome, ce qui n'est pas le cas avec l'HD. Pour eux, il est possible de continuer à exercer leur activité professionnelle, leurs loisirs sans trop de contraintes.

D'un point de vue technique, la DP apporte une manière plus physiologique d'effectuer les échanges, car l'épuration et l'ultrafiltration sont effectuées de manière moins rapide et agressive qu'en HD où cela prend trois fois quatre heures par semaine. La fonction rénale résiduelle sera prise en compte pour chaque patient dans le but d'adapter le besoin d'épuration et donc la dose de dialyse en fonction du patient. Les échanges se font de manière continue ce qui permet d'éviter des changements hémodynamiques trop importants et de préserver cette fonction rénale résiduelle.

En ce qui concerne le taux de survie, il dépend de la technique de dialyse. « Plusieurs études démontrent que la survie à long terme des patients en DP est comparable à celle en HD, voire meilleure dans les deux / trois premières années après l'initiation du traitement » (Laperrousaz & Jotterand Drepper, 2016, p. 411).

Il est nécessaire de respecter au maximum les mesures d'hygiène (asepsie rigoureuse, port du masque, lavage et désinfection des mains, stockage du matériel dans un endroit propre, fenêtres fermées, nombre de personnes limitées dans la pièce) lors de la manipulation des appareils (dialysat, cycleur automatique) nécessaires au traitement pour ne pas induire une infection, qui pourrait altérer l'état de santé de manière conséquente. En effet, la complication la plus fréquente en DP est l'infection périctonale, dite périctonite. Le patient étant censé effectuer son soin de manière autonome, ce risque peut être accru (Boussier & Lecerf, 2003, p. 126).

Une étude de Tian et al. parue en 2016, met en avant cette complication (la périctonite) et la décrit comme étant la complication majeure et la principale cause d'échec du traitement de DP. Le péritoine étant modifié pour effectuer la DP, une infection est elle-même nocive pour le péritoine et peut induire des changements structurels dans la membrane. L'intensité, ainsi que la fréquence de l'inflammation, peuvent donc mener à une dysfonction de la perméabilité du péritoine et ainsi mener à l'échec de cette technique.

5.2 Question de recherche

La question de recherche qui découle de cette problématique est :

« Chez un adulte insuffisant rénal chronique en dialyse périctonale à domicile, une évaluation clinique des facteurs de risque ainsi qu'un enseignement thérapeutique rigoureux permettent-ils d'éviter une périctonite? »

5.3 But de la recherche

Les objectifs de cette revue de la littérature sont :

- Déterminer les rôles de l'infirmière dans le cadre de l'éducation thérapeutique d'un patient en DP.
- Rechercher les facteurs menant à une périctonite.
- Argumenter les actions infirmières pouvant diminuer le risque de survenue des complications en DP.

6 Cadre théorique

Afin d'aider à la compréhension du sujet de cette revue de littérature, il est nécessaire de développer différents concepts relatifs à la question de recherche. De ce fait, ce cadre traitera trois principaux sujets : la dialyse périctonale lors d'insuffisance rénale chronique, l'évaluation clinique de la périctonite et, enfin, l'enseignement thérapeutique.

6.1 Dialyse périctonale lors d'insuffisance rénale chronique

6.1.1 Insuffisance rénale en général

Afin de se représenter ce qu'est l'insuffisance rénale, il paraît important de rappeler le rôle des reins au sein de l'organisme.

Logés dans la région lombaire supérieure, les reins sont composés de néphrons. Chaque néphron contient un glomérule et leurs rôles sont « la filtration glomérulaire, la réabsorption tubulaire et la sécrétion tubulaire » (Marieb, 2015, p. 1163). Les reins sont donc indispensables pour maintenir l'équilibre électrochimique de l'organisme. Ils jouent un rôle dans la régularisation du volume d'eau dans le corps ainsi que dans la concentration en ions (sodium, potassium, calcium) dans le liquide extracellulaire. Ils maintiennent un équilibre entre acides et bases, éliminent les déchets métaboliques (créatinine, urée) ainsi que les médicaments, produisent les prostaglandines, activent la vitamine D (qui joue un rôle dans l'absorption du calcium et du phosphore dans l'intestin) synthétisent l'érythropoïétine et la rénine. Ces dernières sont essentielles pour la production de globules rouges ainsi que la régulation de la pression artérielle.

Ce sont donc près de 200 litres de plasma qui sont filtrés chaque jour par les reins, mais seulement 1,8 litre sera excrété sous forme d'urine, le reste étant renvoyé dans la circulation (Marieb, 2015, p. 1127-1164).

L'IR peut être aiguë (IRA), dans ce cas réversible, ou alors chronique et, dans ce cas, les lésions du parenchyme rénal sont irréversibles (Ryckelynck, 2003, p. 10). Cela signifie qu'il y a « une altération progressive et permanente des fonctions exocrines et endocrines du parenchyme rénal, résultat de lésions anatomiques irréversibles » (Dracon, 2003, p. 18).

6.1.2 Insuffisance rénale chronique

Selon l'organisation mondiale Kidney Disease Improving Global Outcomes (KDIGO, 2013), on parle d'insuffisance rénale chronique, lorsqu'il y a une diminution du débit de filtration glomérulaire (DFG), en dessous de 60mL/min/1,73m² (norme : 90mL/min/1,73m²), que la fonction rénale est affectée depuis plus de trois mois, qu'il y a une anomalie de la structure rénale et que cela a un impact sur la santé du patient (p. 5).

Pour déterminer le DFG, il faut prendre en compte la clairance de la créatinine. Pour ce faire, il est possible d'observer les résultats laboratoires de la créatinine sérique, de recueillir les urines sur 24 heures (pour doser l'albuminurie) ou encore d'utiliser la formule de Cockcroft et Gault. Le résultat de cette formule peut toutefois être altéré si le patient est obèse. Lorsque la clairance de la créatinine est inférieure à 10mL/min/1.73m², on parle alors d'insuffisance rénale chronique terminale (IRCT) (Kanfer, Kourilsky & Peraldi, 2001, p. 220). En effet, il existe 5 stades d'IRC : débutante, modérée, sévère, évoluée et terminale (Dracon, 2003, p. 20). Cette maladie étant insidieuse, les répercussions ne se manifestent que tardivement et les patients ne le découvrent généralement que lorsqu'ils ont atteint le dernier stade de l'IRC.

GFR categories in CKD		
GFR category	GFR (ml/min/1.73 m ²)	Terms
G1	≥ 90	Normal or high
G2	60-89	Mildly decreased*
G3a	45-59	Mildly to moderately decreased
G3b	30-44	Moderately to severely decreased
G4	15-29	Severely decreased
G5	< 15	Kidney failure

Figure 1. Tirée de Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO), 2013, p. 5

6.1.3 Traitement de l'insuffisance rénale

Le traitement de l'IRC doit répondre à deux principes de base. Tout d'abord, prévenir et réduire les conséquences cliniques qu'induit l'urémie. Pour cela, il est important de réguler la tension artérielle, d'adopter un régime pauvre en sel, potassium et protéines, d'utiliser des hypophosphorémiants ainsi que de la vitamine D. Cela a pour but de freiner la réaction parathyroïdienne et, finalement, de ne pas utiliser de médicaments néphrotoxiques. Dans un deuxième temps, il est important de préparer le patient au futur traitement (Dracon, 2003, p. 23).

Le patient doit donc avoir recours à un traitement secondaire pour assurer sa fonction rénale. Les principaux moyens thérapeutiques à disposition sont l'hémodialyse, la greffe rénale ou encore la dialyse périctonale (Dracon, 2003, p. 14).

6.1.3.1 Hémodialyse et greffe

L'hémodialyse consiste à filtrer et à purifier le sang du patient à travers une machine. Les échanges s'effectuent par diffusion et ultrafiltration (Précigout, 2003, p. 47). Ces principes seront abordés dans le concept « Dialyse périctonale – Définition ».

La transplantation rénale est le seul traitement qui permettra au patient insuffisant rénal chronique de vivre sans dialyse. Il devra cependant respecter un traitement de corticoïdes et d'immunosuppresseurs à vie (Dracon, 2003, p. 26).

6.1.4 Dialyse périctonéale

6.1.4.1 Définition

La dialyse périctonéale répond à deux principes de base : la diffusion et l'ultrafiltration. Durant la diffusion, qui est passive, les déchets du sang seront éliminés en contact du dialysat. En effet, ce dernier va induire un équilibre grâce à sa différence de concentration. L'ultrafiltration sert à éliminer les liquides, en mettant en contact le sang avec le dialysat. La teneur en glucose de ce dernier induit une différence de pression et entraîne les échanges (Ryckelynck, 2003, p. 114-115).

Simon (2007) complète cette définition en précisant que le dialysat est un liquide pouvant être isotonique, hypertonique riche ou non en glucose, pauvre en calcium ou encore enrichi en acides aminés. La solution est choisie en fonction du patient et de son état de santé. Tous ces solutés ont pour but d'éliminer les déchets et de maintenir l'homéostasie hydro-électrolytique. L'objectif est de maintenir le patient à son poids sec, c'est à dire « sans signe de rétention hydrosodée (HTA, oedèmes) ni de déshydratation (hypotension) » (Simon, 2007, p. 132-136).

Pour effectuer la DP, il est nécessaire que le patient soit porteur d'un cathéter, qui sera mis en place de manière chirurgicale dans le cul-de-sac de Douglas. Cette dialyse se fait en trois étapes. Durant la première, le dialysat est administré dans le péritoine par le cathéter. Pendant la stase, qui est la deuxième étape, le liquide doit avoir le temps de reposer pour pouvoir effectuer les échanges qui provoquent l'épuration. Enfin, durant la dernière étape, le liquide de dialyse est drainé du péritoine. Le patient peut le faire soit manuellement sur la journée, soit durant la nuit, branché à un automate (Vakilzadeh, Burnier & Halabi, 2013, p. 446). Le principe de la dialyse périctonéale est donc d'utiliser le péritoine comme filtre pour éliminer les déchets du sang (Léon, 2016, p.109). Le péritoine est la membrane qui enveloppe les viscères abdominaux. Si cette dernière s'infecte, on parle alors de périctonite (Doyon, 2016, p. 475).

6.1.4.2 Risques et complications de la dialyse périctonéale

Dans l'ouvrage de Simon (2007), les complications de la DP sont classées en quatre rubriques : mécaniques, pathologiques, conséquences d'une inadaptation de l'épuration ou du métabolisme et complications (p. 137). Cependant, pour de nombreux auteurs, la complication principale durant ces dialyses reste l'infection, que ce soit du péritoine (périctonite), de l'émergence du cathéter ou encore du trajet sous-cutané (Boussier & Lecerf, 2003, p. 125-127).

Ainsi, Freida (2003) partage ce point de vue. Toutefois, il avance d'autres désagréments. Tout d'abord, les douleurs abdominales ou le mauvais drainage dus au

positionnement ou au déplacement du cathéter. De plus, les fuites, par une mauvaise pose du cathéter ou par traction sur ce dernier, peuvent entraîner un arrêt temporaire du traitement (p. 117-118).

Kanfer et al. (2001) rajoutent la dénutrition. En effet, notamment chez les personnes âgées, l'apport de glucose par le dialysat peut engendrer une perte d'appétit. De ce fait, les risques de péritonite sont accrus. Paradoxalement, cet apport en glucose peut également amener à une obésité et une hypertriglycéridémie (p. 252).

Les nombreuses années de traitement associées à de multiples épisodes de péritonite peuvent provoquer une perte de la perméabilité de la membrane péritonéale. De ce fait, une évaluation clinique infirmière de ces épisodes infectieux est primordiale.

6.2 Évaluation clinique de la péritonite

6.2.1 Définition de la péritonite

L'une des complications les plus observées lors d'une dialyse péritonéale est la péritonite (Kanfer et al., 2001, p. 250). Si cette dernière se réitère, elle peut mener à une diminution de la perméabilité de la membrane du péritoine et donc altérer le traitement (Kourilsky, 1997, p. 271). Kanfer et al. (2001) confirment cette affirmation et rajoutent que la répétition des péritonites peut mener à abandonner la pratique. Cette complication arrive à raison de 0.6 fois par année et par patient (Léon, 2016, p. 115). Dans la plupart des cas, un germe va entrer en contact avec l'organisme, plus précisément le péritoine, suite à un manque d'asepsie lors d'une manipulation. Simon (2007) précise que, trois fois sur quatre, ce germe pénètre dans l'organisme par le cathéter¹ (p. 140). Il est donc primordial de connaître les facteurs de risque pouvant mener à une péritonite.

6.2.2 Facteurs de risque

La principale complication de la DP étant l'infection, il est primordial d'adopter une certaine rigueur lors des différentes manipulations. Boussier et Lecerf (2003) attestent que le principal facteur de risque est l'hygiène. Que cela concerne les locaux, le matériel, le patient et le soignant, il existe des règles importantes à appliquer qui seront abordées dans le concept d'enseignement thérapeutique. Par ailleurs, l'émergence du cathéter représente également un facteur de risque. En effet, s'il s'infecte, il devient une porte d'entrée aux germes, ce qui peut mener à une infection. Il en est de même pour le tunnel sous-cutané (p. 126-127). D'autres auteurs (Kanfer et al., 2001) partagent ce point de vue en affirmant que « dans la plupart des cas, les germes pénètrent dans le péritoine à la

¹ Autres voies : hématogènes, lymphatiques et viscères abdominaux

suite d'une faute d'asepsie lors des manipulations » (p. 251). Les signes d'une infection périctonale sont alors à connaître afin de pouvoir réagir rapidement en cas de périctonite.

6.2.3 Signes cliniques

Les signes cliniques observables en cas de périctonite sont nombreux : nausées, vomissements, fièvre, diarrhées, douleurs abdominales (Kanfer et al., 2001, p. 252). Boussier et Lecerf (2003) confirment que ces signes sont précurseurs, mais qu'ils ne sont pas forcément toujours présents. Il est donc important de vérifier le liquide de dialysat après chaque drainage. Un liquide trouble est le signe d'une probable infection. Concernant l'émergence du cathéter ainsi que le tunnel sous-cutané, les signes cliniques sont les mêmes que pour tout processus inflammatoire: rougeur, chaleur, induration et douleur (p. 127).

6.2.4 Conséquences

Comme dans tout mécanisme inflammatoire, la périctonite a pour conséquences une hyperméabilité des capillaires et un amas de cellules phagocytaires. L'accumulation de fibrine va engendrer une baisse du rôle de la membrane périctonale et donc de l'ultrafiltration, principe de base de la DP (Simon, 2007, p. 140). Ainsi, la sévérité de l'infection peut être mise en relation avec une prise de poids.

Kanfer et al. (2001) précisent que la diminution de l'ultrafiltration associée à un liquide de dialysat trouble induit un examen cytobactériologique dont dépendra le traitement. Celui-ci comprend notamment des lavements périctonaux et une antibiothérapie par voie générale ou intrapérictonale. En moyenne, 7 à 10 jours de traitement suffisent à maîtriser l'infection. Dans la plupart des cas, la guérison survient sans complication (p. 251). Toutefois, la répétition de ces épisodes infectieux pouvant entraver le principe de base de la DP, il est nécessaire d'avoir recours à une évaluation clinique adaptée.

6.2.5 Définition de l'évaluation clinique

L'évaluation clinique est un élément essentiel de la profession infirmière. Cette évaluation comporte deux points clés : une anamnèse et un examen physique. Ce procédé est donc utile pour « l'établissement d'un profil de la situation de santé d'une personne » (Jarvis, 2015, p. 4).

Selon Brûlé et Doyon (2002), cette évaluation permet d'observer le patient, d'évaluer son état de santé, de relever les signes et symptômes pouvant l'affecter et de retranscrire ces informations. Suite à ces observations, il est possible de déceler un changement ou une péjoration de la situation (p. 4). Cette évaluation est donc primordiale, car elle englobe l'état de santé physique et mental du patient, ainsi que son environnement physique et social. Le but de cette évaluation est donc de « reconnaître toute détérioration

éventuelle, de déceler toute complication ou situation requérant l'intervention d'un autre professionnel et d'ajuster le plan thérapeutique infirmier² » (Guitard & Michaud, 2011, p. 51).

6.2.6 Processus de l'évaluation clinique

L'examen physique n'étant pas le sujet de ce travail, il ne sera pas développé. L'anamnèse, par contre, est au centre des occupations de l'auteure.

L'anamnèse vise à faire une synthèse de l'histoire de vie et de santé du patient pour le découvrir dans sa globalité et faire ressortir ses forces et faiblesses. Pour ce faire, l'infirmier a pour but de recueillir des données précises et chronologiques. Il peut également développer sa capacité d'enseignement et de prévention en exerçant son rôle de promoteur de la santé. Un climat de confiance et la création d'un lien thérapeutique sont essentiels à l'élaboration d'une anamnèse complète (Jarvis, 2015, p. 41-42).

6.2.7 Évaluation clinique de la DP à domicile

Pour ce point, l'auteure se base sur les écrits de Boussier et Lecerf (2003). Pour une prise en charge optimale, l'évaluation clinique de la DP requiert l'implication du médecin et de l'infirmier. Ce travail se basera uniquement sur la discipline infirmière.

La DP étant une dialyse qui se réalise de manière autonome et à domicile, il est nécessaire de pouvoir y faire une évaluation clinique. En s'y rendant, l'infirmier peut ainsi effectuer un examen clinique dans le but d'apprécier la qualité de vie du patient. Cet examen clinique se base sur des points essentiels à analyser :

Une fatigabilité anormale, l'insomnie, l'anorexie voire les nausées et les vomissements, un teint de peau pâle ou grisâtre, une haleine « forte », caractéristique, un prurit, une impression de « jambes sans repos » que l'on veut mobiliser en permanence, sont autant de signes cliniques qui révèlent l'insuffisance de dialyse. (Boussier & Lecerf, 2003, p. 128).

La périctonite peut causer des douleurs aiguës. Doyon (2016) aborde différents points à suivre : l'inspection, l'auscultation, la percussion et la palpation (p. 456). Concernant la périctonite, ce qui permet de la déceler en premier lieu est l'inspection et la palpation. L'inspection permet à l'infirmier d'évaluer la nature des douleurs (continue, à la marche, secondaire à une position non antalgique) (Doyon, 2016, p. 458). Pour ce faire, il existe trois examens: « la douleur à la décompression brusque, la douleur à l'ébranlement abdominal, ou signe de Markle, et la douleur provoquée par la toux » (Doyon, 2016, p.

² Dans ce travail, le terme neutre de la profession est appliqué

475). Lors de la palpation, en temps normal, l'abdomen devrait être souple et non algique (Doyon, 2016, p. 471). Selon le Dictionnaire médical de l'Académie de Médecine (2016), en cas de péritonite, il y aurait une « contracture permanente et douloureuse de la musculature abdominale », que l'on nomme également « ventre de bois ».

L'anamnèse va se centrer, elle, sur d'autres aspects. Il est important, avant tout, de connaître le patient : son âge, sa situation familiale, son degré d'étude, sa profession, ses habitudes de vie, ses loisirs, son hygiène alimentaire. Ensuite, garder une trace écrite de cette évaluation clinique va ensuite permettre d'orienter la prise en charge et d'élaborer une stratégie d'enseignement (Boussier, 2003, p. 135).

6.3 L'enseignement thérapeutique

6.3.1 Définition

Dans ce concept, différents termes seront utilisés pour parler d'éducation thérapeutique, mais tous visent au même but : la formation au patient. En 1998, l'OMS donne une définition de l'éducation thérapeutique au patient (ETP) que la Haute Autorité de la Santé (HAS) reprend en 2007 :

L'éducation thérapeutique du patient vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. Elle fait partie intégrante et de façon permanente de la prise en charge du patient. Elle comprend des activités organisées, y compris un soutien psychosocial, conçues pour rendre les patients conscients et informés de leur maladie, des soins, de l'organisation et des procédures hospitalières, et des comportements liés à la santé et à la maladie. Ceci a pour but de les aider (ainsi que leurs familles) à comprendre leur maladie et leur traitement, collaborer ensemble et assumer leurs responsabilités dans leur propre prise en charge dans le but de les aider à maintenir et améliorer leur qualité de vie. (Naudin, Margat & Rolland, 2016, p. 13).

L'origine de l'ETP est ancienne et elle est, à ce jour, un processus centré sur le patient. Le but de l'ETP n'est plus simplement de transmettre une information. Elle tend à aider le patient à gagner en autonomie. De ce fait, il est important de chercher à connaître les besoins du patient, ses compétences, mais aussi de faire une évaluation de l'éducation fournie et de répondre aux attentes du patient (Burlet & Le Neurès, 2011, p. 129).

6.3.2 La démarche de l'enseignement thérapeutique :

Selon Burlet et Le Neurès (2011), l'éducation thérapeutique comprend quatre étapes distinctes : la définition d'un diagnostic, l'élaboration d'un programme d'éducation, la planification et la mise en œuvre des séances, enfin, l'évaluation des compétences acquises (p. 141-142).

Naudin et al. (2016), rajoutent que, pour répondre au mieux aux besoins du patient, il est nécessaire de le voir dans sa globalité et de procéder par une approche systémique. C'est un processus qui peut être représenté comme une boucle qu'il faudra sans cesse réévaluer pour observer l'impact de l'enseignement et décider s'il est nécessaire de le répéter avec le patient. Il faut tout d'abord cibler les besoins du patient, déterminer ses compétences ainsi que celles que l'on désire lui faire atteindre, choisir la technique d'éducation et évaluer ce processus (p. 17). Le but de l'ETP est que le patient agisse de manière autonome et surtout sécuritaire. Cela sous-entend qu'il est important d'analyser régulièrement l'enseignement fourni pour proposer, au besoin, des ajustements.

6.3.3 Définition d'un diagnostic :

Un diagnostic éducatif sert à mieux connaître le patient. Par un entretien, il faut définir les besoins, les attentes ainsi que la réceptivité du patient. Il va servir à distinguer les facteurs pouvant faciliter ou au contraire entraver l'éducation. De ce recueil découlera un programme d'éducation personnalisé. Ensuite, à partir de ces diagnostics, il sera possible d'établir des objectifs (D'Ivernois & Gagnayre, 2008, p. 65-70).

6.3.4 Élaboration du programme d'éducation

En élaborant le programme d'enseignement, il est nécessaire de fixer des objectifs avec le patient. Un objectif doit aboutir à « la formulation avec le patient des compétences d'auto-soins à acquérir » (Burlet & Le Neurès, 2011, p. 177). Un objectif peut être général, spécifique, opérationnel ou éducatif. La notion importante à définir dans ce cadre est l'objectif éducatif.

L'objectif éducatif tend à amener le patient à acquérir de nouvelles compétences. Il peut amener le patient à travailler son savoir théorique, son savoir-faire ainsi que son savoir-être. Pour qu'ils soient de qualité, ces objectifs doivent être précis, spécifiques, mesurables, atteignables et définis dans le temps. Ils prennent en compte les dimensions physiques, sociales, psychiques et cognitives du patient (Burlet & Le Neurès, 2011, p. 55-56).

6.3.5 La planification et mise en œuvre des séances

Durant cette étape, l'infirmier va définir le contenu à transmettre au patient au cours des séances d'enseignement. Il va proposer des méthodes et techniques

d'apprentissage, un lieu de cours, dans le cas de la DP, à domicile, et va réaliser ensuite les séances. Ces dernières se déroulent soit avec le patient, s'il est autonome pour son soin, soit avec un proche aidant (Burlet & Le Neurès, 2011, p. 141-142).

6.3.6 L'évaluation des compétences acquises

Cette dernière étape sert à visualiser l'évolution du patient suite à l'enseignement apporté. C'est un bilan qui met en avant les transformations opérées, les apprentissages acquis. Selon le résultat, il est possible de réajuster l'enseignement ou de rafraîchir les connaissances (Burlet & Le Neurès, 2011, p. 141-142).

6.3.7 Enseignement au patient en dialyse péritonéale

En DP, le but est que le patient soit autonome et puisse être acteur de son soin. Il importe donc d'entamer une démarche d'enseignement thérapeutique. L'infirmier joue un rôle crucial dans la formation de ce dernier (Kourilsky, 2007, p. 279). Que ce soit au niveau de l'instauration d'un climat de confiance, de la communication ou encore de l'anamnèse infirmière, la prise en charge doit être holistique (Boussier, 2003, p. 134-137).

L'ETP comprend deux possibilités en DP : soit le patient est autonome, soit il ne peut réaliser le soin. Si tel est le cas, l'enseignement est dispensé à un membre de la famille ou à un infirmier indépendant. L'éducation portera sur différents thèmes comme l'IR, le matériel nécessaire à la DP, l'asepsie ainsi que la diététique. Ces derniers représentent la partie théorique de l'ETP. L'enseignement de la pratique s'effectue en trois étapes. Tout d'abord, l'infirmier expose le soin au patient qui observe. Ensuite, le patient répète le soin. Enfin, il effectue le soin, en étant observé par l'infirmier (Boussier, 2003, p. 136).

6.3.8 L'ETP pour prévenir l'infection

La péritonite étant un processus infectieux, les règles d'hygiène à enseigner sont strictes. L'infirmière doit sensibiliser le patient à effectuer sa dialyse dans un endroit propre, portes et fenêtres fermées et sans animaux de compagnie. Il est aussi préférable que la personne soit seule si elle est capable d'effectuer le soin de manière autonome. Le matériel de DP doit aussi répondre à ces normes. Il doit être stocké dans un endroit propre et fermé. De plus, il faut rendre les patients attentifs à contrôler les dates de péremption du dialysat. Le patient doit aussi faire attention à son hygiène corporelle, car le cathéter débouche sur son abdomen. Durant le soin, il est obligatoire que le patient et l'infirmier portent un masque de manière à ce que la bouche et le nez soient couverts. Les mains doivent être propres et sèches. (Boussier & Lecerf, 2003, p. 126)

7 Méthode

7.1 Devis de recherche

Cette revue de la littérature étudie le rôle infirmier en DP. Elle a comme but d'explorer si la prévention et l'éducation thérapeutique diminuent le risque de périctonite. Quatre des six études sélectionnées sont disciplinaires, les deux autres étant interdisciplinaires, issues du domaine médical. Cela amène une vision pluridisciplinaire du sujet.

Les études sélectionnées pour cette revue sont de nature qualitative, quantitative et mixte. Les paradigmes qui y font référence sont, respectivement, le paradigme naturaliste et positiviste. Selon Fortin (2010), le paradigme naturaliste « rejette la notion qu'il existe une seule réalité pouvant être connue. La position naturaliste part du principe que la réalité sociale est multiple et qu'elle se construit à partir de perceptions individuelles susceptibles de changer avec le temps » (p. 25). Le paradigme positiviste, lui, « suppose qu'il existe une réalité objective indépendante de l'observation humaine, mais que cette réalité ne peut être connue qu'imparfaitement » (Fortin, 2010, p. 25).

7.2 Collecte de données

La recherche d'articles s'est effectuée une première fois en mai 2017 pour s'assurer de la disponibilité d'études sur le sujet. La seconde fois, une recherche plus assidue a été réalisée dans le courant de novembre 2017 jusqu'à avril 2018. Les bases de données consultées sont CINAHL, PubMed et Cochrane Library. Les mots clés utilisés ont été : « Peritonitis », « Peritoneal Dialysis », « Nurse », « Nurse research », « Nursing research », « Registered nurse », « Health education », « Patient education », « Prevention », « Continuous ambulatory peritoneal dialysis ». Les opérateurs booléens « AND » et « OR » ont permis de lier les mots clés afin de favoriser une recherche complète. L'opérateur MeSH n'a pas été essentiel dans la recherche de mots clés.

Les filtres appliqués à la recherche ont été, tout d'abord, la date d'apparition. Celle-ci devait intervenir entre 2013 et aujourd'hui. De plus, pour pouvoir consulter les articles dans leur entier, la case « PDF Full text » a été cochée. Des articles retenus dans un premier temps ne répondant finalement pas à la problématique se sont toutefois avérés utiles pour la rédaction de la problématique et du cadre théorique. Le nombre total d'études sélectionnées dans cette revue de la littérature est de six.

Les tableaux suivants démontrent le nombre d'études trouvées et retenues pour chaque mot clé et opérateur booléen utilisé.

Tableau 1. Base de données CINAHL

Combinaisons des mots clés et des opérateurs booléens	Études trouvées	Études retenues
« Nurse » AND « Peritonitis » AND « Peritoneal dialysis »	163	4
« Prevention » AND « Peritonitis » AND « Peritoneal dialysis »	144	1
« Nursing research » OR « Registered nurse » AND « Peritoneal dialysis »	830	6
« Nursing research » OR « Registered nurse » AND « health education » OR « Patient education » AND « Continuous ambulatory peritoneal dialysis »	114	1

Tableau 2. Base de données PubMed

Combinaisons des mots clés et des opérateurs booléens	Études trouvées	Études retenues
« Nurse » AND « Peritoneal dialysis »	79	2
« Nurse » AND « Peritoneal dialysis » AND « Peritonitis »	20	1
« Patient education » AND « Peritoneal dialysis » AND « Peritonitis »	19	1
« Therapeutic education » AND « Peritoneal dialysis » AND « Peritonitis »	43	2

Tableau 3. Base de données Cochrane Library

Combinaisons des mots clés et des opérateurs booléens	Études trouvées	Études retenues
« Nurse » AND « Peritoneal dialysis »	10	0
« Nurse » AND « Peritonitis »	7	0

Deux des six études se sont retrouvées à la fois sur CINAHL et sur PubMed. De plus, les différentes combinaisons de mots clés ont fait que des études sont apparues plusieurs fois sur la même base de données. De ce fait, le nombre d'études retenues est supérieur à six.

7.3 Sélection des études

Une vingtaine d'articles ont été présélectionnés pour l'élaboration de cette revue de la littérature. Ces études devaient répondre à différents critères d'inclusion. Tout d'abord, il

fallait que quatre des six études soient issues du domaine infirmier, et donc disciplinaire. Toutes devaient dater au maximum de moins de cinq ans auparavant. De plus, il devait s'agir d'études primaires, qui traitent de dialyse péritonéale, de prévention infirmière et de péritonite.

Une population comprenant des enfants, des expériences de péritonite dans un autre domaine que la DP à domicile ainsi que traitement par hémodialyse ont été des critères d'exclusion.

7.4 Considérations éthiques

Toutes les études ont reçu une approbation éthique excepté celle de Firanek, Sloand et Todd (2013), dans laquelle ce n'est pas mentionné. Les auteurs ne mentionnent pas de critère ni de comité d'éthique. De plus, les études de Garcia Meza, Carrillo Cervantes, Villarreal Reyna et Delabra Salinas (2015) ; Brentano Timm, Beuter, Oliveira Girardon-Perlini, Pauletto, Oliveira dos Santos et Backes (2017) et Baillie et Lankshear (2015) ont toutes fait signer un consentement éclairé aux participants.

7.5 Analyse des données

Pour analyser les articles, ce sont, dans un premier temps, le titre, le résumé ainsi que les résultats de chaque étude qui ont été consultés. Si ces derniers correspondaient en partie à la question de recherche, ils ont été traduits puis lus intégralement. Les données ont ensuite été recensées dans des tableaux de recension (Annexe II). Ceux-ci permettent d'organiser les données, de juger leur pertinence clinique et leur utilité pour la pratique professionnelle. Afin de déterminer la validité de chaque étude, la pyramide de la Haute Autorité de Santé (HAS) a été consultée (Annexe I).

Tableau 4. Récapitulatif des six études retenues

N°	Auteurs	Titre	Années de publication	Bases de donnée	Niveau de preuve
1	García Meza, W. M., Carrillo Cervantes, A. L., Villarreal Reyna, M. A., & Delabra Salinas, M. M.	Theoretical knowledge and adherence to peritoneal dialysis procedure by the patient or a family member.	2015	Cinahl	IV
2	Figueiredo, A. E., de Souza Urbanetto, J., Bernardini, J., & Lameira Vieira, K.	Continuing Nursing Education. Determining Nurse Staffing for Peritoneal Dialysis Care.	2016	Cinahl	IV
3	Brentano Timm, A. M., Beuter, M., Oliveira Girardon-Perlini, N. M., Pauleto, M. R., Oliveira dos Santos, N., & Backes, C	(Re)organization strategies of the family that lives with a family member in peritoneal dialysis at home.	2017	Cinahl	IV
4	Baillie, J., & Lankshear, A.	Patients' and relatives' experiences of peritonitis when using peritoneal dialysis.	2015	Cinahl PubMed	IV
5	Firanek, C. A., Sloand, J. A., & Todd, L. B.	Training Patients for Automated Peritoneal Dialysis: A Survey of Practices in Six Successful Centers In the United States.	2013	Cinahl	IV
6	Paudel, K., Namagondlu, G., Samad, N., McKitty, K., & Fan, S. L.	Lack of motivation: a new modifiable risk factor for peritonitis in patients undergoing peritoneal dialysis?.	2015	Cinahl	IV

8 Résultats

8.1 Description de l'Étude 1

García Meza, W. M., Carrillo Cervantes, A. L., Villarreal Reyna, M. Á., & Delabra Salinas, M. M. (2015). Theoretical knowledge and adherence to peritoneal dialysis procedure by the patient or a family member. *Enfermería Nefrológica*, 18(2), 130-136. Accès <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=8&sid=24478794-13df-41f8-a169-1fe44de06247%40pdc-v-sessmgr01>

Cette étude quantitative descriptive transversale s'est déroulée au Mexique. Elle a pour but de déterminer le niveau des connaissances théoriques et l'adhésion à la procédure de dialyse du patient ou de la famille. Le recensement des participants s'est fait dans l'hôpital tertiaire Saltillo, Coahuila. Pour être inclus dans cette étude, les participants devaient déjà être formés, ne pas vivre en institution et utiliser le TwinBag Ultra Bag de Baxter®. Ainsi, 24 participants ont été sélectionnés. Ils ont ensuite été divisés en deux groupes : le groupe « patient » comptant 11 membres (GP=11) et le groupe « famille » où des proches effectuent la procédure de DP, en comptant 13 (GF=13).

Les données ont été collectées suite à une visite à domicile durant la procédure de DP. Un questionnaire de 38 items à choix multiples a été rédigé, puis un entretien préparé. Ces questionnaires se sont appliqués à mesurer les connaissances théoriques basées sur le Guide d'induction au patient en DP et évaluées par des experts de l'unité de dialyse. Ils contenaient 4 dimensions : les connaissances générales, l'alimentation, les médicaments et la configuration du système de sac double Ultra Bag Baxter®.

Les résultats mettent en avant que la dimension des connaissances a été plus touchée (GP 45,45% et GF 46,15%) que les autres (régime: GP 72,72% et GF 76,92%; médicaments: GP 65,65% et GF 66,66%; et la configuration de l'équipement; GP 86,01 et GF 74,55). En connaissance théorique, l'indice correct obtenu était modéré; le GP a obtenu en moyenne 75,35% et 71,45% de la GF. En ce qui concerne l'identification des symptômes d'infection de l'orifice et le fait de savoir comment réagir en cas de problème, le GP obtient 72,7% et le GF 76,9%. De plus, 63,6% de GP et 76,9% de GF connaissent les symptômes de la périctonite. 36,4% du GP ont présenté des signes d'atteinte à l'intégrité de la peau (rougeur, sécrétions et croûtes) au niveau de l'orifice du cathéter contre 38,5% du GF. Dans le groupe GP, constitué à 63,6% d'hommes, trois patients ont subi des épisodes de périctonite, ce qui représente 27,3%. Dans le GF, constitué à 69,2% de femmes, six patients (46,2%) ont présenté une périctonite et trois d'entre eux (23,1%) ont connu des récidives.

En ce qui concerne les erreurs de technique, 72,7% du GP et 84,6% du GF n'ont pas vérifié l'équipement complet avant de commencer à dialysier; 53,8% du GP et 81,7% du GF ne nettoient pas systématiquement la surface de travail; 9,1% du GP et 15,4% du GF utilisent mal le masque; 63,6% de GP et 38,5% de GF effectuent de manière incorrecte le lavage des mains ou l'omettent; 46,2% du GF et 27,3% du GF ne vérifie pas que le bouchon contient de l'iodopovidone (antiseptique).

8.1.1 Validité méthodologique

L'échantillon est composé de deux groupes, le groupe « patient » et le groupe « famille ». Il y a en tout 24 participants, dont 11 pour le GP et 13 pour le GF. Ils ont tous été sélectionnés selon les mêmes critères (cités plus haut), ont répondu au même questionnaire et ont été évalués sur les mêmes items, ce qui renforce la validité interne. Cependant, les auteurs n'ont pas précisé de quelle manière ils ont contacté les participants. Ils n'ont pas non plus cité de critères d'exclusion ce qui peut laisser penser à un biais d'échantillonnage. De plus, les patients devaient tous utiliser les sacs jumeaux Ultra Bag de Baxter®, ce qui laisse supposer un biais de sélection. Les observations ont été réalisées de manière transversale, en une seule visite. C'est un risque de sous-représentation du vécu des patients.

La validité externe n'est pas optimale, compte tenu d'une limite de cette étude : la petite taille de l'échantillon ($n=24$). On peut en déduire que la puissance statistique n'est pas atteinte et il n'est pas possible d'en tirer des conclusions définitives. Le fait que les participants aient tous été recrutés dans un seul hôpital de niveau tertiaire y contribue aussi. Cependant, les chercheurs comparent tout de même leurs résultats avec d'autres recherches.

Concernant l'analyse des données, elle a été réalisée à l'aide du programme statistique Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) V19. Ce dernier met en avant des fréquences et des pourcentages. Les auteurs de la recherche ont utilisé des mesures de statistiques descriptives. Ils ne citent pas avoir eu recours à des tests, ce qui peut représenter un biais lié à l'utilisation d'une seule méthode d'analyse. Pour préparer les outils de recueil de données, les chercheurs se sont basés sur le Guide d'induction au patient en DP. Ils ont ensuite été évalués par des experts de l'unité de dialyse. Cela donne une structure à la récolte des données ainsi qu'une certaine qualité. Les chercheurs sont allés faire leurs observations à domicile ce qui leur permet d'avoir une représentation directe de l'environnement des patients ainsi que de leur pratique.

Par souci de fidélité, les chercheurs ont évalué séparément la procédure de changement du sac de dialysat et l'ajout du médicament, car tous les participants ne l'ont pas appliqué. Les chercheurs se sont mis d'accord pour ne compter les étapes correctes

que si ces dernières étaient complètement exécutées et de la bonne manière. Par ailleurs, la validité ainsi que la fidélité du questionnaire n'ont pas été rapportées ce qui peut représenter un biais quant à la récolte des données. Les chercheurs n'ont pas spécifié avoir eu recours à un chercheur indépendant pour vérifier les résultats. Cela peut entraver la validité interne ainsi que la neutralité de cette étude.

Tous les participants ont accepté de prendre part à cette étude en signant un consentement éclairé conformément au règlement de la Santé générale dans le domaine de la recherche du Ministère de la Santé et la déclaration d'Helsinki. Pour finir, les données sont restées anonymes.

8.1.2 Pertinence clinique et utilité pour la pratique professionnelle

Cette étude apporte des solutions à la question de recherche de cette revue de la littérature. En effet, selon les auteurs, les patients, ainsi que les membres de leur famille, perdent des connaissances essentielles pour la DP à domicile. Ils suggèrent que les infirmiers fassent une supervision des connaissances théoriques et pratiques lors de visites à domicile. De ce fait, ils pourraient prévenir les complications. En effet, en faisant des évaluations cliniques à domicile, les infirmiers peuvent réaliser un bilan des points faibles observés, mais aussi des bonnes exécutions et du respect des techniques d'asepsie. Ces points sont importants pour la pratique, car c'est le rôle même de l'infirmier. Cet aspect ressortirait également dans la pratique infirmière en Suisse. L'évaluation au domicile serait primordiale avant de commencer un traitement de DP. Ce résultat serait donc transférable, car il ferait partie du cahier des charges de l'infirmier spécialisé en DP.

De plus, les chercheurs comparent leurs résultats avec d'autres études (Gonzalez-Zamudio, 2013 ; Sayed, 2013 ; Dong, 2010 ; Cidoncha, 2002; Carballo-Monreal, 2008) et il en ressort des similarités et divergences. En effet, concernant les défauts techniques, notamment pour l'asepsie, le manque d'inspection du sac et d'enregistrement des liquides drainés, Sayed (2013) et Dong (2010) ont obtenu des résultats similaires. Par ailleurs, les études de Cidoncha (2002) et Carballo-Monreal (2008) soutiennent que les participants présentent un niveau de connaissances théoriques ainsi qu'une réalisation technique adéquate, ce qui diffère des résultats de cette étude.

Les chercheurs expliquent ces similitudes et contrastes par la différence dans l'instrument d'évaluation, l'âge moyen de l'échantillon, le temps de dialyse périctonale continue ambulatoire (DPCA), la taille de l'échantillon, le type et la classification de l'évaluation ainsi que la différence de l'équipement de dialyse utilisé (l'étude de Carballo-Monreal prenait en compte le matériel Fresenius Medical Care).

Par ailleurs, au vu de la taille de l'échantillon et du fait que le recrutement ne s'est fait que dans un seul centre au Mexique, les chiffres des résultats obtenus sont difficilement généralisables à toute la population. Il serait intéressant d'effectuer une étude similaire en Suisse afin d'observer puis de faire des comparaisons entre les chiffres qui en ressortiraient.

8.2 Description de l'étude 2

Figueiredo, A. E., de Souza Urbanetto, J., Bernardini, J., & Lameira Vieira, K. (2016). Continuing Nursing Education. Determining Nurse Staffing for Peritoneal Dialysis Care. *Nephrology Nursing Journal*, 43(5), 419-427. Accès <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=11&sid=24478794-13df-41f8-a169-1fe44de06247%40pdc-v-sessmgr01>

Cette étude mixte à prédominance quantitative a été réalisée au Brésil. Elle a deux buts distincts. Le premier est d'identifier les activités de soins quotidiens menées par l'infirmière en DP et le temps estimé nécessaire pour les effectuer. Le second est de produire une formule permettant de déterminer le rapport approprié infirmière/patient en DP, conformément aux caractéristiques de l'unité et du pays.

Le recensement des participants s'est déroulé en quatre réunions avec un modérateur, un observateur et quatre infirmières. Au total, l'échantillon a compté quatre infirmières et 47 patients. Pour être incluses dans l'étude, les infirmières devaient avoir une spécialisation en néphrologie ainsi qu'une expérience minimale de deux ans en DP.

La collecte des données s'est produite en deux phases. La première était une approche qualitative (conception observationnelle descriptive) en collaboration avec un groupe de discussion. Ce dernier a énuméré les soins aux patients et les activités connexes ainsi que le type de soins (directs ou indirects). Un outil a ensuite été élaboré à partir des activités identifiées par le groupe pour mesurer le temps passé sur chaque soin ainsi que la fréquence des activités. La deuxième phase a été une conception transversale et quantitative. Sur une période de quatre mois, le temps consacré aux activités, réalisées par les infirmiers de l'unité de DP de l'hôpital de São Lucas, a été observé pendant les heures de travail par des étudiantes infirmières formées pour la tâche. Le temps moyen déterminé (en minutes) a ensuite été fixé pour chaque activité. Au cours du cinquième mois de l'étude, le nombre d'occurrences par activité a été quantifié en supposant que c'était un mois de travail type. Compte tenu du taux d'abandon de la technique de DP, les chercheurs ont dû prévoir une moyenne de deux nouveaux patients dans le programme mensuel afin de le maintenir à la même taille.

Les résultats obtenus lors de la première phase ont permis de créer un outil qui incluait toutes les activités de soins ($n=47$) impliquées dans les compétences de soins infirmiers en DP. Ainsi, la formule qui en découle a permis de mesurer le temps moyen par année et par patient dont une infirmière a besoin.

Il en ressort que la formation des patients à la DP est l'activité qui exige le troisième temps de soins le plus élevé, précédée par l'assistance pendant l'hospitalisation ainsi que la consultation mensuelle. Ils estiment, dans leur unité, une moyenne de 473,64 heures par an consacrées à cette formation avec une moyenne de huit séances de formation comptant une heure par session et par patient, parent et/ou soignant. Certaines activités, moins fréquentes, n'ont pas atteint le critère estimé de six à neuf observations. Il s'agissait, notamment, des visites à domicile qui ne sont pas quotidiennes et n'ont été pratiquées que dans des cas spécifiques. Il en ressort aussi que, pour maintenir les patients en sécurité avec la DP, il est nécessaire de réévaluer les patients. Dans leur programme, 13,28 jours y ont été consacrés au moins une fois par an.

8.2.1 Validité méthodologique

Durant la première phase, celle où l'outil a été élaboré, quatre infirmières ainsi qu'un modérateur et un observateur ont collaboré. Cependant, les chercheurs ne donnent pas de détails concernant l'échantillonnage. Il n'est donc pas possible de savoir comment les participants ont été recrutés. Ce qui est noté, c'est que ceux-ci devaient néanmoins répondre aux critères d'inclusion cités plus haut. Le fait que les critères d'exclusion n'aient pas été spécifiés peut représenter un biais d'attribution.

La validité interne de cette étude a été appuyée par différents points. Tout d'abord, le groupe de discussion a énuméré ensemble les soins et autres activités liées aux patients. Les chercheurs ont développé l'outil pour mesurer le temps passé sur chaque activité ainsi que la fréquence de ces dernières. Ils ont utilisé le même outil pour chaque observation. Deux infirmières de la recherche travaillent dans l'hôpital où a été réalisée l'étude ce qui renforce sa validité interne. Le fait d'utiliser deux approches de récolte, l'une qualitative, l'autre quantitative renforce aussi la qualité de l'étude. L'observation s'est déroulée sur quatre mois et ils ont utilisé le même outil d'évaluation pour chaque infirmière.

La validité externe n'est pas optimale. En effet, les observations ont été réalisées dans un seul hôpital, celui de São Lucas, ce qui ne peut être représentatif de la population générale et empêche donc une transférabilité. De plus, l'échantillon composé de quatre infirmières est faible. Le potentiel de variation des interventions/activités infirmières ainsi que le degré d'expérience de ces dernières est une limite de cette étude. Cela empêche de généraliser les données.

Concernant l'analyse des données, les chercheurs ont utilisé des statistiques descriptives simples avec des fréquences et une variabilité absolues (moyennes et écart-type). Le ratio infirmier/patient a été calculé en fonction du temps passé à la tâche. Ils ont défini un minimum de six et un maximum de neuf observations liées au temps passé à l'exécution d'une procédure pour chaque activité. Un même infirmier a été évalué plusieurs fois dans la même procédure ce qui appuie la fidélité des résultats. De plus, ils ont considéré un niveau de signification à 5% ($\alpha = 0.05$), une puissance d'échantillon à 80% ($\beta = 0.20$) et une marge d'erreur de 30%. Le fait de fixer le niveau de risque à 0.05 renforce la valeur statistique de la recherche.

Les chercheurs n'ont pas précisé avoir eu recours à un chercheur externe pour vérifier les résultats, ce qui n'apporte pas d'informations quant à la neutralité des résultats.

La commission scientifique ainsi que le comité d'éthique de la recherche de l'hôpital de São Lucas de l'université catholique pontificale de Rio Grande do Sul ont donné leur approbation quant à la réalisation cette étude.

8.2.2 Pertinence clinique et utilité pour la pratique professionnelle

Cette étude apporte quelques résultats importants à cette revue de la littérature, notamment quant au temps nécessaire pour la formation de DP et les soins associés. Toutefois, les limites de cette étude ne permettent pas de généraliser les données. Tout d'abord, la taille de l'échantillon est faible. De plus, les données n'ont été récoltées que dans un centre au Brésil. Les conditions de travail n'étant pas similaires à celles en Suisse, les chiffres des résultats obtenus ne peuvent être totalement représentatifs. De plus, les chercheurs avancent qu'il existe des études concernant les scores d'activités infirmières dans d'autres contextes, mais aucune dans le domaine de la DP, ce qui ne permet pas de comparer les résultats obtenus.

Par ailleurs, l'étude a énumérée les activités infirmières en DP et identifié celles qui demandaient le plus de temps. La formation aux patients se situe en troisième position. Les chercheurs citent que Barone et al. (2011) ont également étudié le temps estimé pour la formation des patients en DP et l'ont corrélé, eux, avec des épisodes de périctonite. La recherche avance donc que les patients doivent être réévalués au moins une fois par an afin de garantir leur sécurité. C'est un aspect pertinent pour la pratique infirmière et, ce, aussi en Suisse, afin d'évaluer les compétences et, au besoin, apporter des ajustements.

Enfin, l'étude met l'accent sur la nécessité de pouvoir effectuer des évaluations et une formation solides. Il est aussi rapporté que les visites à domicile sont essentielles à l'évaluation et la sécurité des patients. Ces résultats concernant la pratique infirmière donnent des pistes pertinentes et il serait envisageable de les appliquer en Suisse.

8.3 Description de l'étude 3

Brentano Timm, A. M., Beuter, M., Oliveira Girardon-Perlini, N. M., Pauletto, M. R., Oliveira dos Santos, N., & Backes, C. (2017). (Re)organization strategies of the family that lives with a family member in peritoneal dialysis at home. *Revista De Pesquisa: Cuidado E Fundamental*, 9(3), 696-704. doi:10.9789/2175-5361.2017.v9i3.696-704

Cette étude qualitative descriptive exploratoire a été réalisée au Brésil. Elle a différents buts. Tout d'abord, elle décrit les stratégies de réorganisation des familles vivant avec un proche effectuant de la DP ; ensuite, elle enquête sur l'organisation des familles. Enfin, elle explore le rôle infirmier pour aider la famille à résoudre ses problèmes ainsi que stimuler les membres à utiliser leurs propres forces et ressources internes et externes.

L'échantillon sélectionné est composé de 15 sujets, âgés de 31 à 79 ans. Il y a, en tout, 7 familles, comprenant chacune un membre (dans six familles) et deux (dans une famille) en plus. Le lien familial qui les unit est d'être conjoint (4), fille (2), mère (1) et gendre (1). Pour être inclus dans l'étude, les patients ont dû répondre à différents critères : avoir plus de 18 ans et un membre effectuant la DP à domicile. Les participants ont été informés de la recherche et il leur a été demandé leur consentement pour fournir leurs données téléphoniques au chercheur afin qu'il puisse les inviter à participer à l'étude. Les familles ont accepté de communiquer par téléphone et de recevoir l'information et l'invitation. Cela a permis au chercheur d'identifier la disponibilité probable et l'intérêt des personnes contactées pour l'étude.

La collecte des données s'est déroulée de mars à mai 2012, chez les participants, en une seule entrevue. Les dates et heures des rencontres étaient préprogrammées suite à un contact téléphonique établi par le chercheur. Au moment de l'entretien, il fallait la présence de deux personnes au minimum, c'est-à-dire le patient et un membre de la famille. L'instrument de production des données a été une interview. Cette dernière a été préparée à partir de la construction d'un génogramme des familles. Ce dernier représente la structure interne de la famille et fournit des données importantes sur les relations entre les membres. Dans cette recherche, ce génogramme a permis de connaître la structure, le cycle de vie et les relations familiales. Cela a été un outil pour que le chercheur puisse mener ses entrevues. Les questions de l'interview ont porté sur la manière dont s'organisait la famille avec la DP à domicile. Les questions ont été circulaires et se sont basées sur les réponses ou informations initiales fournies.

L'étude apporte différents résultats. Elle met en avant le fait que les familles adoptent différentes stratégies :

- L'acquisition de connaissances et le développement de compétences pour effectuer la DP (recherches pour comprendre l'IRC et la DP).

- L'adaptation de l'environnement au domicile (considérée comme essentielle pour effectuer un soin en sécurité et confort, tout en respectant l'hygiène nécessaire à la technique).

8.3.1 Validité méthodologique

Pour composer l'échantillon, les chercheurs ont consulté la base de données d'une clinique située dans l'état de Rio Grande do Sul au Brésil. Les critères d'inclusion cités plus haut ont été appliqués sur 40 patients effectuant de la DP au moment de la collecte des données. Ils ont aussi mentionné des critères d'exclusion (patients ne vivant pas dans la municipalité de la recherche et ayant de problème de communication ou de compréhension). De plus, la taille restreinte de l'échantillon ($n=15$) fait que cela ne peut être ni représentatif de la population générale ni transférable.

Le recrutement s'est fait de manière aléatoire parmi les 20 patients de la liste répondant aux critères d'inclusion/exclusion. Selon Fortin (2010), il s'agit d'un échantillonnage probabiliste aléatoire simple, qui consiste à choisir des sujets accessibles à travers une liste (p.229).

Les données ont été enregistrées en audio, transcrives dans leur intégralité dans un éditeur de textes et fermées lorsque l'objectif de l'étude a été atteint, ce qui renforce la crédibilité de la recherche. De plus, l'insertion de verbatim par les chercheurs l'appuie encore et renforce aussi la notion de confirmabilité.

La fiabilité des données a été assurée par la procédure d'analyse thématique. C'est une modalité d'analyse de contenu. Cette dernière identifie les unités de sens qui constituent une communication dont la présence ou la fréquence signifie quelque chose par rapport à un objectif analytique visé. Elle se déroule en trois étapes : la pré-analyse, l'exploration matérielle et le traitement des résultats obtenus, puis l'interprétation.

Durant la pré-analyse, une lecture systématique et approfondie des entretiens est effectuée puis organisée pour établir le corpus de l'étude. L'exploration matérielle se fait à partir des données brutes. Les données similaires et ayant du sens sont recueillies, classées, et constituent des thèmes. La dernière étape consiste à interpréter le sens des discours pour l'analyser et l'associer au référentiel théorique.

Les chercheurs émettent une limite à cette étude. Comme il s'agit d'une thématique peu abordée, ils considèrent que les résultats ne devraient pas être considérés comme absous, mais plutôt ouvrir des possibilités pour de nouvelles recherches.

Toutes les étapes de l'étude répondent aux exigences concernant l'éthique de la recherche avec des êtres humains. De plus, la confidentialité des informations obtenues ainsi que l'anonymat des participants ont été respectés. Pour ce faire, ceux-ci ont été codés. Les familles, qui ont toutes été informées du but de l'étude, ont signé un

consentement libre et éclairé à l'enregistrement des interviews. Enfin, la recherche a été approuvée par le Comité d'éthique et de recherche de l'institution.

8.3.2 Pertinence clinique et utilité pour la pratique professionnelle

Cette étude apporte des résultats intéressants pour cette revue de la littérature. En effet, il en ressort que l'acquisition de connaissances ainsi que le développement des compétences pour effectuer la DP est importante pour les familles. Ces dernières cherchent à comprendre l'IRC et la DP. Les résultats sont comparables à ceux de Wright et Leahy (2012) qui soutiennent qu'il est nécessaire de considérer la singularité de chaque famille afin d'adapter les interventions en fonction de la réalité et de la nécessité de chacune.

De plus, les chercheurs considèrent comme essentielle l'adaptation du domicile, notamment pour le respect de l'hygiène, point primordial de cette procédure, pour éviter le risque de complication. Ces notions semblent applicables en Suisse, car elles représenteraient les points clés de la formation de DP. Les chercheurs précisent qu'il est nécessaire que les familles se sentent comprises et respectées. Le traitement n'en sera que meilleur et la sécurité garantie. Ils concluent que l'infirmière doit faire un enseignement et donner des pistes individuelles aux familles pour répondre à leurs attentes.

Toutefois, le nombre de participants ne permet pas aux résultats d'être totalement représentatifs. De plus, l'étude s'est réalisée au Brésil où la culture est différente de celle de la Suisse. En effet, Bastos et al. (2011) mettent en avant une similitude, notamment concernant les caractéristiques sociales et culturelles au Brésil où les patients en DP sont généralement pris en charge par leur famille. Ce point nuance la transférabilité des données, car les valeurs culturelles ne sont pas similaires à celles en Suisse.

8.4 Description de l'étude 4

Baillie, J., & Lankshear, A. (2015). Patients' and relatives' experiences of peritonitis when using peritoneal dialysis. *Journal Of Renal Care*, 41(3), 177-186. doi:10.1111/jorc.12118

Cette étude qualitative s'est déroulée au Royaume-Uni. Elle a pour but d'explorer et de mettre en évidence les perspectives et les expériences de périctonite des patients et de leur famille.

L'échantillon initial comporte 24 patients. Finalement, seuls 16 sujets participent à l'étude. En effet, cinq des répondants originaux n'ont pas été inclus dans l'étude, une femme étant décédée et deux autres femmes ayant été exclues après avoir reçu une greffe de rein. Les chercheurs ont ensuite convié les patients restants ($n=16$) à inviter des

proches impliqués dans leurs soins. Certains ayant refusé, le groupe des proches compte neuf membres (n=9). Pour être inclus dans l'étude, les patients devaient avoir plus de 18 ans et utiliser la technique de DP depuis plus de trois mois.

La collecte des données a été réalisée entre janvier et octobre 2011 au moyen d'entrevues et d'observations au domicile des participants. Ces entrevues ont duré entre 20 et 90 minutes. À l'exception d'un couple, les patients et leurs proches ont voulu être interviewés ensemble. Pour mener les entretiens, le chercheur a élaboré un guide d'entretien thématique. La retranscription de l'enregistrement audio s'est faite dans les semaines suivant les interviews. Les observations ont toutes été enregistrées à la main sous forme de notes de terrain.

Les résultats démontrent une certaine confusion autour des signes de périctonite. Ils mettent l'accent sur l'importance de la surveillance de cette dernière, ainsi que de l'auto-efficacité de nombreux participants. En cas de complication, les patients ont ressenti de la culpabilité malgré le soutien des professionnels.

Différentes stratégies ont été adoptées, au cours de la formation, pour prévenir la périctonite :

- Formation par une infirmière de DP, membre de la famille inclus.
- Respect rigoureux des mesures d'hygiène et précautions durant la procédure.
- Capacité à reconnaître les signes infectieux, ce qui n'était pas clair pour tous les participants.
- Si périctonite diagnostiquée :
 - o Les patients ont reçu un traitement d'antibiotique et certains ont dû apprendre à le reconstituer.
 - o Les patients ont ressenti de la culpabilité et ont cherché du soutien auprès de l'équipe soignante.

8.4.1 Validité méthodologique

L'étude a utilisé une méthodologie ethnographique. Cette dernière vise à identifier et comprendre les façons de vivre selon une culture, du point de vue des participants (Fortin, 2010, p.34). Elle a permis aux chercheurs d'observer l'utilisation de la DP par les patients et leurs familles. Ils ont procédé à un échantillonnage téléologique (ou aléatoire simple), c'est-à-dire que les participants ont été sélectionnés pour représenter le sexe, l'âge, le temps d'utilisation de la DP et le type de DP, la localisation de leur domicile ainsi que le statut de cohabitation.

Les interviews ont été légèrement structurées à l'aide d'un guide thématique basé sur l'expérience infirmière en néphrologie de l'auteur principal de la recherche, de la littérature

ainsi que du cadre conceptuel (trajectoire de la maladie chronique), ce qui lui donne une certaine qualité.

Les observations ont été enregistrées sous forme de notes de terrain et à l'aide de diagrammes. Elles ont été rédigées lors de chaque interaction avec le patient et l'on retrouve l'insertion de verbatim. Les observations ont été réalisées sur une longue période (de janvier à octobre 2011). La collecte des données a cessé lorsque la saturation des données a été atteinte, c'est-à-dire qu'aucune nouvelle information n'a été relevée. Ces points soutiennent une certaine crédibilité et confirmabilité de cette recherche.

Les données ont été gérées et organisées à l'aide du logiciel NVivo 8. L'analyse s'est ensuite fait de manière thématique en adoptant l'approche de Wolcott (1994) qui consiste à décrire, analyser et interpréter. Pour garantir la fiabilité de la recherche, les quatre principes de Guba et Lincoln (crédibilité, transférabilité, fiabilité et confirmabilité) (1989) ont été considérés.

Les auteurs émettent des limites à leur étude. Tout d'abord, la conception transversale a été effectuée dans un seul centre. Ensuite, les patients qui se sont portés volontaires étaient tous âgés, et seul un nombre limité de proches a décidé de participer. Cela entrave la transférabilité des données.

D'un point de vue éthique, l'étude a reçu l'approbation de l'Université de Cardiff, du National Health Service (NHS) Health Board et du NHS Research Ethics Committee. Les participants ont tous signé un consentement éclairé. Les participants ont été informés de leur droit de se retirer de la recherche et la confidentialité leur a été assurée.

8.4.2 Pertinence clinique et utilité pour la pratique professionnelle

Les résultats de cette étude sont pertinents pour cette revue de la littérature, car elle traite de la problématique et amène à des pistes d'actions pour la pratique infirmière. De plus, les chercheurs ont atteint la saturation des données, ce qui appuie la pertinence. Les patients de cette étude ont décrit et démontré des efforts afin d'éviter l'infection. Une similitude ressort avec les études de Curtin et Mapes (2001) sur les participants utilisant la DP à long terme et ceux utilisant l'hémodialyse à domicile et DP dans le travail de Rygh et al. (2012). Les participants à l'étude actuelle ont déclaré être prêts à contacter l'équipe clinique s'ils soupçonnaient une complication.

Cependant, il existe une certaine confusion parmi les participants au sujet des signes et symptômes de l'infection. Un certain nombre d'auteurs préconisent également une formation supplémentaire pour les patients sur la prévention de la périctonite (Bender et al., 2006 ; Nasso, 2006 ; Chow & Li , 2007). Bender et al. (2006) pensent qu'elle devrait être fournie par des infirmières spécialisées en dialyse à domicile. Les participants de cette étude ont été initialement formés par une infirmière de dialyse à domicile et ont

souligné l'accent mis sur les mesures de prévention des infections. Cependant, certains participants ont signalé que les procédures d'apprentissage étaient longues et décourageantes. L'étude soulève un point primordial, l'importance de savoir identifier les complications et de connaître les actions qui en découlent. Ces points sous-entendent l'importance de l'éducation thérapeutique pour la pratique infirmière. La formation concernant les périctonites et les facteurs de risques sont également importants en Suisse, notamment transférables en Valais. Les formations y seraient dispensées par des infirmières spécialisées en DP et le sujet de l'infection abordé. C'est un point de vue essentiel dans la prévention et la promotion de la santé. Plus les patients sont attentifs, plus leur traitement durera longtemps.

8.5 Description de l'étude 5

Firanek, C. A., Sloand, J. A., & Todd, L. B. (2013). Training Patients for Automated Peritoneal Dialysis: A Survey of Practices in Six Successful Centers In the United States. *Nephrology Nursing Journal*, 40(6), 481-491. Accès <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=18&sid=24478794-13df-41f8-a169-1fe44de06247%40pdc-v-sessmgr01>

Cette étude qualitative s'est déroulée aux Etats-Unis. Elle a pour but de déterminer et communiquer les meilleures pratiques actuelles dans les programmes de formation dirigés par des infirmières en recueillant des données pertinentes auprès de centres à haut rendement. Elle cherche aussi à identifier les caractéristiques communes des programmes de formation susceptibles de contribuer à leur succès.

L'échantillon de cette étude est composé de six centres, sélectionnés avec les critères d'inclusion suivants : la taille de l'établissement, le taux de réussite technique, la perte d'incitation à l'HD, le taux actuel de périctonite et le nombre de contacts téléphoniques.

La collecte des données a été réalisée lors de visites sur place. Deux infirmières qualifiées ont aidé à la conception du matériel nécessaire à la formation à venir. Elles ont réalisé un sondage en 13 points. Les questions ont été posées au cours d'une discussion de groupe avec les infirmières de chaque centre. Les visites et les entrevues ont eu lieu entre le 26 janvier et le 21 mars 2011.

Les résultats de cette étude portent sur différents points :

Cadre et personnel : Les infirmiers ont reçu une formation sur le contenu de la thérapie et les méthodes d'enseignement. Ils savaient reconnaître le niveau de préparation nécessaire à la réussite de la formation du patient. Des visites à domicile ont été effectuées après la formation, puis régulièrement pour évaluer leur technique. Tous les centres ont considéré cela comme essentiel à la réussite du traitement.

Méthode de formation : L'ensemble du personnel a utilisé une méthode d'enseignement en 5 étapes : une vue d'ensemble (le patient doit comprendre le but de l'apprentissage), une démonstration silencieuse (procédure démontrée), une démonstration parlante (le formateur décrit les étapes, répond aux questions), la verbalisation du patient (sur la procédure) et le patient applique la procédure (jusqu'à ne plus faire d'erreur).

Guide et outils pédagogiques : Tous les infirmiers ont utilisé un ensemble d'outils simples à comprendre, le but étant de ne pas surcharger le patient d'informations.

Structure de la formation : La structure a été uniforme d'un centre à l'autre. Tous ont d'abord introduit la DPCA (plus simple) et ensuite la dialyse périctonale automatisée (DPA), pour enseigner les techniques d'asepsie. Acquérir les connaissances sur la DPCA réduit la peur et le manque de confiance du patient. Dans les 6 centres, la période de formation pour la DPA a varié de 1 à 4 jours.

Contenu de la formation : L'asepsie, les complications courantes et rares ont été les thèmes plus difficiles à assimiler pour les patients. Les infirmières ont donc dû prendre plus de temps.

Prestation de la formation : Deux centres ont utilisé un ventre factice, un autre a utilisé un tablier. Il y a eu une concordance importante entre les centres concernant la préparation à la DPA, notamment sur l'asepsie. La relation de confiance entre l'infirmier et le patient est primordiale. Cependant, certaines différences ont été relevées, notamment concernant les visites à domicile. Un centre n'en faisait pas régulièrement, à moins qu'un problème ne survienne. Par contre, tous les centres ont fourni un soutien clinique 24h/24.

8.5.1 Validité méthodologique

Les chercheurs ont sélectionné les centres à partir d'une liste de centres américains. Ils devaient répondre à différents critères d'inclusion cités plus haut. On peut en déduire qu'ils ont procédé à un échantillonnage par choix raisonné. Les chercheurs n'ont pas mentionné de critères d'exclusion. Il est possible d'émettre l'hypothèse d'un biais d'échantillonnage. Les critères d'inclusion ont permis l'identification de centres ayant des résultats cliniques satisfaisants. Les six centres ont été invités à participer à l'étude, mais les chercheurs ne donnent pas d'informations concernant la manière de le leur proposer. Seuls ceux ayant le taux le plus bas de périctonite (inférieur ou équivalent au taux des meilleures pratiques en vigueur au moment du début de l'étude) ont été inclus dans l'étude. N'inclure que les meilleurs résultats n'est pas pleinement représentatif et cela peut empêcher la transférabilité des résultats.

Chaque centre a reçu la visite d'une des deux infirmières qualifiées (chercheuses faisant partie de l'étude). Elles ont élaboré un sondage qui couvrait les pratiques et

techniques de formation susceptibles de mettre en évidence les différences entre les programmes de perfectionnement professionnel réussis et non réussis. C'est cet outil qui a permis d'enregistrer les données. Le fait que les chercheuses aient élaboré leur sondage et fait elles-mêmes leurs observations favorise la fiabilité des données.

Les données ont été évaluées pour en vérifier l'exactitude ainsi que leur exhaustivité. Par souci de confirmabilité, les tendances communes ainsi que les différences des pratiques de formation entre chaque centre ont été analysées.

Les responsables de l'étude émettent des limites à leurs résultats. Tout d'abord, la formation et l'expérience des infirmières n'ont pas fait l'objet d'une enquête. Cela peut entraver la crédibilité et la fiabilité des données. De plus, pour identifier les centres de DP à haut rendement, un calcul a été élaboré. Ce calcul n'a pas été interprété de la même manière, notamment si les infections liées à l'hôpital ont été incluses ou non dans les calculs. Cela pourrait représenter un biais de recrutement. Le fait que le sondage utilisé dans l'étude n'ait pas été validé avant son utilisation représente aussi une limite. Enfin, aucune donnée provenant de centres moins performants n'a été recueillie. Par conséquent, il est possible que les bons résultats observés dans les centres de l'étude aient été influencés par le type de patients ainsi que par les pratiques de formation dirigées par des infirmières.

Pour finir, les chercheuses ne mentionnent pas avoir reçu d'approbation éthique.

8.5.2 Pertinence clinique et utilité pour la pratique professionnelle

Cette étude traite des programmes de formation en DP, qui est l'un des thèmes de cette revue de la littérature. Les auteurs relèvent que les formations devraient être axées sur l'information de base que les patients doivent maîtriser pour pouvoir effectuer leur DP en toute sécurité à domicile. Ils spécifient aussi que les infirmières qui donnent cette formation de DP doivent être compétentes. De plus, l'attention portée sur le premier traitement à domicile est primordiale. Elle peut améliorer la confiance du patient, corriger les erreurs potentielles et ainsi éviter les complications comme la périctonite. Ils mettent en évidence une similitude avec l'étude de Piraino et al. (2011) qui atteste que, pour renforcer l'apprentissage et assurer la sécurité du patient à domicile, il est nécessaire de reformer périodiquement les patients. Ces points sont pertinents concernant la pratique infirmière tant aux Etats-Unis qu'en Suisse. Ils apportent des pistes de solutions pour diminuer le risque de complications.

Par ailleurs, les chercheurs mettent en avant des limites à cette étude. En effet, seuls les centres ayant un taux de périctonite bas ont été inclus. De plus, le moyen de recrutement ne peut être pleinement représentatif de la population, car les centres ne l'ont pas appliqué de la même manière. Enfin, le manque d'études sur le sujet ne permet pas

aux chercheurs d'effectuer des comparaisons. Cela biaise les résultats et les rend difficilement transférables à un autre pays.

8.6 Description de l'étude 6

Paudel, K., Namagondlu, G., Samad, N., McKitty, K., & Fan, S. L. (2015). Lack of motivation: a new modifiable risk factor for peritonitis in patients undergoing peritoneal dialysis? *Journal Of Renal Care*, 41(1), 33-42. doi:10.1111/jorc.12101

Cette étude quantitative a été réalisée au Royaume-Uni. Elle a pour but de déterminer si la norme de logement, la technique d'échange de DP ou la motivation du patient pourraient être des risques modifiables pour la péritonite. Elle s'applique aussi à explorer la corrélation entre le manque de motivation et la dépression.

L'échantillon de l'étude est composé de 104 patients, parmi lesquels 59 hommes et 45 femmes.

Pour la collecte des données, les visites à domicile des infirmières ont permis d'évaluer la technique d'échange de DP, l'environnement et la motivation des patients. Un infirmier externe au projet était aussi présent. Les données ont été recueillies de façon prospective et un examen des notes de cas a été effectué par la suite, afin d'extraire les données démographiques et les antécédents de péritonite.

Des études distinctes ont été effectuées pour déterminer si l'évaluation de la motivation du patient était corrélée avec l'apathie ou la dépression. Les patients ont dû remplir un questionnaire au cours d'une visite à l'hôpital et également le questionnaire PHQ-9 (outil validé pour évaluer le niveau de dépression des patients dialysés). Les membres de la famille ont été autorisés à agir comme traducteurs tandis que les infirmières ont pu aider le patient à répondre aux questionnaires.

L'étude met en avant plusieurs résultats. Tout d'abord, l'hygiène à domicile, la technique d'échange et la motivation étaient au-dessus de la moyenne à 53 %, 56 % et 60%, respectivement, chez 104 patients en DP. Après 15 mois, 25,9 % patients ont développé une péritonite.

Résultats des différentes analyses :

Analyse univariée : La signification statistique n'a pas été atteinte, mais l'augmentation de l'âge, du diabète et de l'ethnicité étaient associés à un risque élevé de péritonite. Les patients présentant un apport en protéine plus élevé présentaient un risque de péritonite plus faible ($p<0,05$). L'évaluation par les infirmières du domicile des patients et des techniques d'échange ne permettait pas de prévoir le risque de péritonite. L'évaluation des infirmières selon laquelle les patients n'étaient pas motivés à prendre

soin d'eux-mêmes a prédit le risque de périctonite au cours de l'intervention les 15 mois suivants ($p < 0,05$).

Analyse multivariée : la convenance à domicile était presque statistiquement associée au risque (Hazard Ratio (HR) 0,35, 95%, CI: 0,13 -1,00). Seul l'apport en protéine est demeuré un prédicteur indépendant pour la périctonite (HR 0,02, 95%, CI: 0,001- 0,0370).

Corrélation du score d'apathie modifié avec l'évaluation de l'infirmière et la dépression : Selon le test de Mann-Whitney, il y avait une différence statistiquement significative entre le score d'apathie des patients évalués par les infirmiers ($p=0,0002$). Une corrélation statistique également significative entre le score d'apathie et le score de dépression (Spearman $r=-0.281$, $p < 0.01$) a été mise en avant.

Interaction entre la motivation et la dépression : Sur 21 patients dont la motivation était inférieure à la moyenne, 24% ont développé une périctonite et 45% des 11 patients déprimés en ont aussi développé une. Cela n'a pas atteint une signification statistique (selon le test de Wilcoxon : $p=0.06$). Chez les patients dépressifs, la motivation était fortement corrélée au risque de périctonite.



8.6.1 Validité méthodologique

Les chercheurs ne mentionnent pas le type d'échantillonnage utilisé pour recruter les participants. Ils spécifient tout de même n'avoir inclus que les patients utilisant la DP assistée et avoir exclu les patients ayant changé de modalité de dialyse ou ayant été transplantés.

Les chercheurs ont fait appel à des infirmières spécialisées en DP pour mener les observations. Ils les ont rédigées sous forme de notes de terrain. De plus, ils ont aussi invité un infirmier de DP externe à l'étude à participer aux observations. Ces points renforcent la fidélité des résultats ainsi que leur neutralité. Cela appuie également la validité interne, aussi assurée par l'engagement prolongé des chercheurs dans leur étude et l'outil de collecte des données. De plus, la collecte des données a été effectuée par deux des chercheurs, puis le manuscrit a fait l'objet de relectures par tous les chercheurs de l'étude ce qui en renforce la qualité. Enfin, les infirmières menant les observations ont dû comparer les résultats obtenus avec ceux d'autres patients.

Les chercheurs spécifient les points analysés et la notation utilisée lors de leurs observations. Pour la périctonite, les chercheurs ont posé le diagnostic conformément aux directives de l'International Society for Peritoneal Dialysis (ISPD), ce qui renforce la validité externe.

L'analyse des données a été faite à l'aide du logiciel SPSS, déjà cité dans ce travail. Les chercheurs ont utilisé différents tests statistiques, comme Kaplan-Meier, Mann-

Whitney, Spearman, Wilcoxon ainsi que la régression de Cox, ce qui amène une puissance statistique à l'étude. De plus, les scores de motivation ont été corrélés séparément avec un score d'évaluation de l'apathie et un score de dépression à l'aide du questionnaire Patient Health Questionnaire (PHQ)-9. Les chercheurs précisent que cet outil a été validé pour diagnostiquer la dépression chez les patients dialysés. Les variables catégorielles ont été exprimées en nombres et en pourcentages. Les variables continues l'ont été sous forme d'écart-type.

Les chercheurs avancent toutefois des limites à leur étude. Tout d'abord, la petite taille de l'échantillon ne permet pas aux données d'être généralisées. De plus, lors de leur première visite pour évaluer la motivation, les chercheurs n'ont pas utilisé d'outil validé.

L'étude a été menée conformément aux règlements du comité d'éthique local et aux normes établies par le National Health Service (NHS) du Royaume-Uni pour l'audit et le développement des services cliniques.

8.6.2 Pertinence clinique et utilité pour la pratique professionnelle

Cette étude est pertinente pour cette revue de la littérature, car elle démontre que la motivation des patients est associée de façon significative au taux de périctonite, surtout si elle est associée à la dépression. Les chercheurs avancent que, parmi tous les aspects de l'éducation des patients en DP, les infirmiers devraient se concentrer sur la motivation des patients. Les chercheurs comparent leurs résultats avec une étude de Wuerth et al. (2007) qui confirme que la motivation pourrait être affectée par les problèmes psychosociaux complexes associés à la dialyse. De plus, diverses études avancent que la dépression est de plus en plus reconnue chez les patients dialysés (Finkelstein, 2000 ; Steele et al., 1996 ; Kimmel et al., 2000). Cela amène des pistes d'actions pour la pratique infirmière suisse, notamment pour l'évaluation clinique. Cependant, en raison des limites de leur étude, il n'est pas possible de tirer des conclusions plus solides. Les chercheurs proposent tout de même que l'évaluation formelle des aspects psychosociaux (motivation et dépression) des patients devienne une pratique courante. De plus, l'étude a été réalisée au Royaume-Uni, pays dont la culture n'est pas très éloignée de celle en Suisse. Il serait donc pertinent de se centrer sur cet aspect, en Valais, lors de l'évaluation clinique initiale pour l'instauration d'un traitement de DP.

8.7 Synthèse des principaux résultats

Dans le cadre, Burlet et Le Neurès (2011) citent que le but d'un enseignement est de transmettre une information pour aider le patient à gagner en autonomie (p.129). L'importance d'une solide formation au programme de DP est un point partagé par tous les chercheurs. Deux études certifient que la formation des familles garantirait encore plus

de sécurité (García Meza et al., 2015 ; Brentano Timm et al., 2017). Figueiredo et al. (2016) spécifient que le temps nécessaire à la formation des patients est l'une des activités infirmières nécessitant le plus de temps. Cet avis est appuyé par Baillie et Lankshear (2015) qui ajoutent que le patient devrait être formé à connaître les facteurs de risque, à identifier les complications et à savoir comment réagir si tel est le cas. García Meza et al. (2015) attestent qu'il serait important que tous les infirmiers unifient leurs critères de formation et d'évaluation des patients et de leur famille. Cela permettrait une normalisation de la formation en DP et pourrait mener à des recherches similaires dans le but de comparer les résultats des études à ce sujet.

Concernant l'évaluation clinique, Guitard et Michaud (2011) ont mis en évidence qu'elle permettait aux infirmiers d'évaluer la situation d'une personne et ainsi de pouvoir agir en conséquence. Parmi les études, tous les chercheurs s'entendent sur ce sujet et ajoutent l'importance des visites à domicile. Une supervision des connaissances théoriques et pratiques est essentielle pour prévenir les complications et donc garantir la sécurité du patient (García Meza et al., 2015 ; Figueiredo et al., 2016). Ces évaluations permettent aux infirmiers de constater les faiblesses et d'apporter des ajustements. Firnek et al. (2013) rajoutent que cette attention peut également améliorer la confiance du patient dans son soin et diminuer le risque de péritonite. Comme l'indiquent Boussier et Lecerf (2003), l'asepsie est un point essentiel à enseigner. En effet, plus les patients respectent cette notion, moins ils ont de risque de développer une infection (García Meza et al., 2015 ; Brentano Timm et al., 2017 ; Firnek et al., 2013). Figueiredo et al. (2016) estiment que réévaluer fréquemment les patients garantit leur sécurité.

Seule l'étude de Paudel et al. (2015) rapporte qu'il est nécessaire de prendre en compte l'évaluation des aspects psychosociaux. Cette étude révèle qu'un manque de motivation lié à une dépression peut entraver la rigueur des patients dans leur soin et mener à une péritonite.

Pour conclure, Baillie et Lankshear (2015) rapportent qu'il existe certaines confusions concernant les symptômes et signes d'infection. Toutefois, deux études attestent que les patients sont preneurs d'informations et veulent acquérir des connaissances tant sur la maladie que sur le traitement de DP (García Meza et al., 2015 ; Brentano Timm et al., 2017).

9 Discussion

Le but de cette revue de la littérature est de répondre à la problématique suivante : chez un adulte insuffisant rénal chronique en dialyse péritonéale à domicile, une évaluation clinique des facteurs de risque ainsi qu'un enseignement thérapeutique rigoureux permettent-ils d'éviter une péritonite?

9.1 Discussion des résultats

Un des points essentiels de ce travail est l'évaluation clinique. Tous les chercheurs des études analysées s'entendent sur l'importance des visites à domicile pour évaluer la situation du patient. En effet, selon Boussier et Lercerf (2003), celles-ci permettent à l'infirmier d'y faire une évaluation pour ensuite proposer un enseignement adapté. Dans le cadre théorique, la littérature a souligné l'importance d'une formation à domicile. De plus, Jarvis (2015) avance que les visites permettent de cibler la situation de santé d'une personne (p.4). Selon l'association suisse des infirmières et infirmiers (ASI), les infirmiers déterminent les besoins des patients en utilisant l'évaluation clinique ainsi que l'anamnèse (p.20). Une évaluation des compétences du patient serait utile pour assurer la sécurité des patients (García Meza et al., 2015 ; Figueiredo et al., 2016). Ce fait est repris dans une étude de Figueiredo (2014). Celle-ci avance qu'il existe un outil d'évaluation en pré-dialyse permettant aux infirmiers d'identifier les conditions liées à l'état de santé du patient. En l'utilisant, les infirmiers pourraient planifier une formation individualisée et plus appropriée. La revue intégrative de Dias, Prado, Oliveira et Galdino (2014), souligne que des évaluations régulières à domicile permettraient de suivre le patient, de clarifier leurs doutes et ainsi de renforcer les soins prodigués et la sécurité des patients. Dans l'étude Figueiredo et al. (2016), les visites à domicile n'ont pas été pratiquées quotidiennement, mais seulement dans des cas spécifiques. Pourtant, Dias et al. (2014) affirment que les visites à domicile ont le potentiel d'améliorer les résultats d'apprentissage. De plus, il ressort d'une enquête sur des centres en Italie qui effectuent des visites à domicile qu'ils obtiennent des taux de péritonite significativement plus faibles que ceux qui n'offrent pas ce service. Ce résultat s'accorde avec la recherche de Firane et al. (2013) qui avance que ces visites à domicile contribuent à diminuer le risque de péritonite. De plus, pour maintenir les patients en sécurité avec la DP, il serait nécessaire de les réévaluer (Figueiredo et al., 2016). En effet, selon la recherche de Bergjan et Schaepe (2015), analyser régulièrement les besoins de formation des patients permettrait une diminution du risque de développer des péritonites.

Toutefois, les outils d'évaluation ne devraient pas se limiter aux analyses théoriques et pratiques. Le point de vue de l'apprenant devrait être davantage considéré, car les personnes recevant la DP sont probablement les mieux placées pour déterminer quand elles ne se sentent pas en sécurité et ont besoin d'une nouvelle formation (Bergjan & Schaepe, 2015). Il est donc important de prendre leur avis en compte. L'ASI souligne que les patients atteints de maladies chroniques doivent être appréhendés comme experts de leur maladie. Les infirmiers devraient donc les valoriser et les impliquer dans leur propre traitement (p.12). Néanmoins, Paudel et al. (2015) avancent que l'évaluation à domicile ne permet pas de prédire le risque de périctonite. C'est un point notamment relevé par Dias et al. (2014). Les auteurs attestent que, bien que les visites permettent d'identifier les erreurs dans la procédure de DP, il n'y aurait pas de lien significatif entre les visites à domicile et l'amélioration des compétences et connaissances des patients. Par ailleurs, Bergjan et Schaepe (2015) soulèvent qu'il est nécessaire de réaliser d'autres études plus poussées sur les visites à domicile ainsi que la gestion de la maladie, car ces visites semblent être bénéfiques pour les patients utilisant la DP.

D'autre part, tous les auteurs des études s'entendent sur l'importance de l'éducation thérapeutique. Selon eux, une formation adéquate au programme de DP est cruciale. Comme cité par Kourilsky (2007), le rôle infirmier en matière d'éducation est primordial en DP (p.279). L'éducation doit répondre aux besoins des patients et le considérer de manière holistique (Naudin et al., 2016, p.17). Cependant, les patients perçoivent souvent les formations comme longues et décourageantes (Baillie & Lankshear, 2015). Les recherches de Figueiredo (2014) avancent que l'enseignement devrait être relativement court, mais engendrer des changements dans les connaissances et pratiques des patients.

Cet enseignement se base sur différents points essentiels Brentano Timm et al. (2017) et Paudel et al. (2015) ont démontré des stratégies d'adaptation des familles, notamment concernant l'environnement du domicile. Figueiredo (2014) appuie cela et affirme que les visites à domicile par les infirmières sont une recommandation de l'ISPD. Par ailleurs, cette étude soulève un point qui n'est pas ressorti dans les autres analyses. Selon ses recherches, il n'existerait pas de preuve de l'utilité des visites dans la prévention des infections.

Il paraît important de préciser les points essentiels à l'enseignement de DP. Savoir reconnaître les complications et les facteurs de risque est primordial (Baillie & Lankshear, 2015). Parmi ces facteurs de risque, l'asepsie est indispensable à enseigner (García Meza et al., 2015 ; Brentano Timm et al., 2017 ; Firanek et al., 2013). En effet, l'hygiène

des mains, la reconnaissance des signes et symptômes de périctonite ainsi que l'éducation sur la contamination et les soins de l'émergence du cathéter sont les points clés de l'enseignement en DP (Figueiredo, 2014). Selon Baillie et Lankshear (2015), il existe certaines lacunes autour des signes et des symptômes de l'infection. Il est pourtant essentiel que les patients comprennent l'importance des techniques d'asepsie (Bergjan & Schaepe, 2015). Ces dernières sont les plus difficiles à assimiler selon Firaneck et al. (2013). De plus, Figueiredo (2014) avance qu'une morbidité importante est liée aux infections et que l'infirmier a un rôle clé dans la prévention de son apparition. L'infirmier doit pouvoir enseigner au patient une technique correcte, dans un langage adapté. Pour ce faire, il doit prendre en compte les facteurs suivants : le niveau culturel du patient ainsi que leur compréhension (Dias et al., 2014).

Selon Brentano Timm et al. (2017), Firaneck et al. (2013) et Paudel et al. (2015), la formation doit se faire à domicile. L'étude de Bergjan et Schaepe (2015) partage ce point de vue et rajoute qu'il semble que, lorsque la formation se fait au domicile, il y a moins de risque de développer une périctonite. Cela pourrait être justifié par le fait que les patients sont en situation réelle. D'autre part, il semble important que les patients aient conscience que les infections peuvent avoir d'autres étiologies (Bergjan & Schaepe, 2015). C'est une piste importante à relever, car dans l'étude de Baillie et Lankshear (2015), il est rapporté que les patients ressentent de la culpabilité en cas de périctonite. L'aspect psychologique est un facteur important à prendre en compte. Paudel et al. (2015) ont d'ailleurs traité de l'apathie et la dépression chez les patients en DP. Selon eux, la baisse de motivation des patients associée à la dépression est corrélée de manière significative au taux de périctonite. Dans la revue de Figueiredo (2014), l'aspect psychologique reste également important. Il en ressort que l'éducation, le soutien ainsi que le traitement de la dépression et de l'anxiété pourraient aider le patient à faire face à son traitement de DP. D'ailleurs, Bergjan et Schaepe (2015) proposent des programmes d'autogestion de l'end-stage kidney disease (ESKD) qui apporteraient une aide aux patients pour gérer leurs signes et symptômes et les préparer à leur traitement et qui leur offriraient un soutien émotionnel.

9.2 Discussion de la qualité et de la crédibilité des évidences

Afin de discuter de la crédibilité et la qualité des résultats, il est important de consulter la pyramide des preuves de la Haute Autorité de la Santé (HAS). Les études analysées dans ce travail sont, pour la plupart, des études épidémiologiques descriptives. En se référant aux grades de recommandations, les recherches analysées sont classées selon le grade C (niveau 4) et possèdent donc un faible niveau de preuve scientifique (p.8). Deux études quantitatives (García Meza et al., 2015 ; Paudel et al., 2015) ainsi qu'une

étude mixte (Figueiredo et al., 2016) ont été sélectionnées. La taille respective de leurs échantillons étant relativement faible, cela ne permet pas de généraliser les résultats. Il en est de même pour la transférabilité des études qualitatives (Baillie & Lankshear, 2015 ; Brentano Timm et al., 2017 ; Firanek et al., 2013).

Toutefois, une des études qualitatives (Baillie & Lankshear, 2015) atteste être allée jusqu'à la saturation des données, ce qui renforce sa validité interne. De plus, les différents résultats obtenus présentent une certaine similarité, ce qui traduit leur fiabilité. Enfin, l'actualité des résultats est assurée, car les études sont récentes, la plus ancienne datant de 2013.

9.3 Limites et critiques de la revue de la littérature

Différentes limites sont à considérer pour ce travail. Tout d'abord, lors de la sélection des études, le critère « PDF full text » a été appliqué afin de pouvoir lire les études dans leur intégralité. De ce fait, d'autres articles plus pertinents ont pu être écartés. Cela est aussi dû au fait que quatre des articles devaient être réalisés par la discipline infirmière. Cela a d'autant plus réduit le nombre de résultats trouvés. En effet, il a fallu inclure des articles ne répondant pas entièrement à la problématique. De plus, le nombre d'études analysées représente une limite. En effet, cela n'en fait pas une revue systématique.

Enfin, quatre des six études ont été réalisées en Amérique (nord et sud). La culture n'étant pas similaire à celle en Suisse, les résultats ne peuvent être totalement représentatifs et ainsi généralisables.

10 Conclusions

En conclusion, cette revue de la littérature a permis de constater que le rôle infirmier en DP est primordial. En effet, une évaluation clinique ainsi qu'un enseignement solide sont essentiels et ont une incidence sur le risque de périctonite.

10.1 Propositions pour la pratique

La DP requiert une formation solide. Cette formation est faite par des infirmiers en hémodialyse. Cependant, il n'existe pas de consensus sur la formation à transmettre aux patients (C. Cherix, communication personnelle [Entretien], 11 mai 2018), bien que les résultats des études analysées aient avancé qu'il serait judicieux d'unifier les critères de formation et d'évaluation.

La formation des patients en DP est ressortie des études comme étant l'activité qui nécessitait le plus de temps. En effet, cette formation se doit de contenir la technique elle-même, mais également les facteurs de risque ainsi que les signes infectieux. Suite à un entretien avec une infirmière en DP, il en ressort que l'Hôpital Riviera Chablais met à disposition des infirmiers 28 demi-journées facturées pour la formation. Cependant, bien souvent, une moyenne de six demi-journées est utilisée. De plus, suite à l'entretien, il en ressort que le matériel d'enseignement à la DPA est relativement pauvre (notamment pour les langues étrangères). Il serait donc pertinent d'adapter ce matériel à la personne qui débute son traitement de DP. Pour ce faire, une évaluation initiale permettrait de déterminer également les compétences cognitives, notamment la mémoire, l'apprentissage et l'attention, ainsi que l'aspect psychologique de la personne (C. Cherix, communication personnelle [Entretien], 11 mai 2018). C'est un point qui n'est perçu que dans une seule étude analysée.

Enfin, concernant les visites à domicile, la littérature met en avant son importance. Les chercheurs ont rajouté que des évaluations régulières peuvent améliorer la confiance des patients dans leur soin. Elles permettraient une évaluation des connaissances théoriques et pratiques pour prévenir les complications. Dans la pratique, les évaluations ne se font qu'au début du traitement. Toutefois, il y a un risque que cela affecte la confiance des patients qui se sentirraient jugés. Il semblerait donc pertinent que les formations proposées aux infirmiers contiennent des techniques de communication ou d'enseignement (I. Meynet, communication personnelle [Entretien téléphonique] 17 mai 2018).

10.2 Propositions pour la formation

Durant le cursus de formation en soins infirmiers de la Haute Ecole de Santé du Valais à Sion (HEdS), un module sur les maladies chroniques est abordé. Ce dernier présente l'insuffisance rénale ainsi que les traitements de substitution qui en découlent. Un cours est dispensé concernant la dialyse périctonale. Cela permet aux étudiants d'avoir une première approche globale de cette spécificité. La haute école de santé de Vaud (HESAV) propose ensuite une formation postgrade, le Certificate of Advanced Studies (CAS) pour les « Soins aux personnes en insuffisance rénale ». Cette formation englobe les différents traitements, dont la dialyse périctonale.

Concernant l'évaluation clinique, durant les deux premières années de formation, les étudiants suivent des cours d'habiletés cliniques. Ces derniers amènent à l'exercice de l'examen clinique ainsi qu'au recueil des données. C'est un thème abordé par la formation Bachelor. Il serait toutefois pertinent de suivre un CAS en évaluation clinique infirmière. La HES de la Source, à Lausanne, propose cette formation postgrade (Institut et HES de la Source, 2018).

De plus, tous les étudiants de la HEdS suivent le module de « professionnalisation » qui traite l'éducation thérapeutique. D'autres modules apportent également certaines notions d'ETP. L'Université de Genève propose un CAS sur l'éducation thérapeutique du patient (Université de Genève, 2018). Ces différentes formations permettent aux professionnels de la santé de se perfectionner dans ces domaines et de mettre à jour leurs connaissances.

Enfin, en regard de la problématique posée, ces différentes formations seraient toutes pertinentes concernant la discipline infirmière, notamment pour la dialyse périctonale. En effet, si l'on se réfère au référentiel des compétences qui sert à évaluer, entre autres, les étudiants lors des formations pratiques, il est essentiel que les professionnels possèdent des savoirs solides concernant les rôles de formateur ainsi que de promoteur de la santé.

10.3 Propositions pour la recherche

Les études provenant en majorité de pays étrangers, il serait intéressant de mener davantage d'études sur le plan national et cantonal.

Les diverses recherches analysées ont permis de mettre en lumière différents points. Tout d'abord, une étude a suggéré qu'une unification de la formation et des critères d'évaluation permettrait de faire des études sur ce sujet. Si tel était le cas et qu'un consensus était mis en place dans les hôpitaux suisses et valaisans, il serait judicieux de mener une étude mixte sur le taux de périctonite et la formation délivrée. De ce fait,

l'approche qualitative permettrait de mettre en avant la perception des patients et infirmiers concernant la formation reçue/délivrée, tandis que l'approche quantitative analyserait la prévalence de survenue de périctonites suite à ces nouvelles formations. Il serait ensuite possible de faire une corrélation entre les nouveaux résultats et ceux obtenus avant cette mise en place.

Par ailleurs, des études ont mis en lumière des résultats sur le ressenti des patients en DP. Il serait pertinent d'élaborer une étude qualitative exploratoire concernant le ressenti des infirmiers quant à la formation transmise et à l'incidence des complications des patients à leur charge. En effet, et d'autant plus en DP, l'infirmier joue un rôle clé dans la formation du patient. La survenue d'une périctonite pourrait-elle être perçue par les professionnels comme un échec personnel ?

11 Références bibliographiques

- Agrinier, N. & Rat, A.-C. (2010). Quelles définitions pour la maladie chronique ? *Actualité et dossier en santé publique*, 72, 11-53. Accès <http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Hcsp/Adsp/72/ad721153.pdf>
- Analyse univariée. (2018). E-Marketing. Accès <http://www.e-marketing.fr/Definitions-Glossaire/Analyse-univariee-240506.htm#6EQ4cUJ3RBbbOH5p.97>
- Association française des infirmier(e)s de Dialyse, Transplantation et Néphrologie. (2003). *L'infirmier en néphrologie : Clinique pratique et évaluation de la qualité des soins*. Paris : Masson.
- Association suisse des infirmières et infirmiers. (2011). *Les soins infirmiers en Suisse, perspectives 2020*. Berne : ASI.
- Bachmann, N., Burla, L., & Kohler, D. (2015). *La santé en Suisse – le point sur les maladies chroniques. Rapport national sur la santé 2015. Observatoire suisse de la santé*. Accès https://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/publications/2015/rapportsante_2015_f.pdf
- Baillie, J., & Lankshear, A. (2015). Patients' and relatives' experiences of peritonitis when using peritoneal dialysis. *Journal Of Renal Care*, 41(3), 177-186. doi:10.1111/jorc.12118
- Beaud, F., Pruijm, M., & Peytremann-Bridevaux, I. (2015). IRC préterminale : il n'est jamais trop tôt pour référer au spécialiste. *Revue Médicale Suisse*, 11, 2085-2085. Accès <https://www.revmed.ch/RMS/2015/RMS-N-493/IRC-preterminale-il-n-est-jamais-trop-tot-pour-referer-au-specialiste>
- Bergjan, M., & Schaepe, C. (2015). Educational interventions in peritoneal dialysis: A narrative review of the literature. *International Journal of Nursing Studies*, 52, 882–898. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2014.12.009

- Boussier, M. –C. (2003). Rôle infirmier en dialyse périctonale. In A. Cadart, A. –M. (Dir.) *L'infirmier(e) en néphrologie* (2^{ème} édition, 284). Paris : Masson.
- Boussier, M. –C., Lecerf, B. (2003). Hygiène et contrôle de l'infection. In A. Cadart, A. –M. (Dir.) *L'infirmier(e) en néphrologie* (2^{ème} édition, 284). Paris : Masson.
- Brentano Timm, A. M., Beuter, M., Oliveira Girardon-Perlini, N. M., Pauletto, M. R., Oliveira dos Santos, N., & Backes, C. (2017). (Re)organization strategies of the family that lives with a family member in peritoneal dialysis at home. *Revista De Pesquisa: Cuidado E Fundamental*, 9(3), 696-704. doi:10.9789/2175-5361.2017.v9i3.696-704
- Brûlé, M., & Doyon, O. (2002). *L'examen clinique dans la pratique infirmière / sous la dir. de Mario Brûlé et Lyne Cloutier ; avec la collab. de Odette Doyon*. Saint-Laurent, Québec : ERPI.
- Burlet, B., & Le Neurès, K. (2011). *Soins éducatifs et préventifs*. Issy-Les-Moulineaux : Elsevier Masson.
- Burnier, M., & Martin, P. -Y. (2018). Dialyse et réduction des coûts de la santé : des solutions éthiquement acceptables ? *Revue Médicale Suisse*, 14, 403-404. Accès <https://www.revmed.ch/RMS/2018/RMS-N-595/Dialyse-et-reduction-des-couts-de-la-sante-des-solutions-ethiquement-acceptables>
- Cristina Dias, A., Paulo Prado, J., Ulisses Oliveira, H., & Souza Galdino, G. (2014). The role of nurses in the prevention of peritonitis: an integrative review. *Journal of Nursing UFPE/Revista de Enfermagem UFPE*, 8(7). doi : 10.5205/reuol.5963-51246-1-RV.0807201439
- D'Ivernois, J.-F., & Gagnayre, R. (2008). *Apprendre à éduquer le patient. Approche pédagogique*. Paris : Maloine.
- Doyon, O., (2016). *Evaluation clinique d'une personne symptomatique*. Montréal : ERPI Compétences Infirmières.
- Dracon, M. (2003). Insuffisance rénale aiguë. In A. Cadart, A. –M. (Dir.) *L'infirmier(e) en néphrologie* (2^{ème} édition, 284). Paris : Masson.

Dracon, M. (2003). Insuffisance rénale chronique. In A. Cadart, A. –M. (Dir.) *L'infirmier(e) en néphrologie* (2^{ème} édition, 284). Paris : Masson.

Dracon, M. (2003). Insuffisance rénale terminale : différents modes de traitement de substitution. In A. Cadart, A. –M. (Dir.) *L'infirmier(e) en néphrologie* (2^{ème} édition, 284). Paris : Masson.

Figueiredo, A. E. (2014). The challenges in preventing infection in peritoneal dialysis: A nurse's viewpoint. *Renal Society of Australasia Journal*, 10(3), 120. Accès <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=5&sid=24478794-13df-41f8-a169-1fe44de06247%40pdc-v-sessmgr01>

Figueiredo, A. E., de Souza Urbanetto, J., Bernardini, J., & Lameira Vieira, K. (2016). Continuing Nursing Education. Determining Nurse Staffing for Peritoneal Dialysis Care. *Nephrology Nursing Journal*, 43(5), 419-427. Accès <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=11&sid=24478794-13df-41f8-a169-1fe44de06247%40pdc-v-sessmgr01>

Firanek, C. A., Sloand, J. A., & Todd, L. B. (2013). Training Patients for Automated Peritoneal Dialysis: A Survey of Practices in Six Successful Centers In the United States. *Nephrology Nursing Journal*, 40(6), 481-491. Accès <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=18&sid=24478794-13df-41f8-a169-1fe44de06247%40pdc-v-sessmgr01>

Fortin, M.-F. (2010). Fondements et étapes du processus de recherche : méthodes quantitatives et qualitatives (2^{ème} éd.). Montréal : Chenelière Éducation.

Freida, P. (2003). Les techniques de dialyse périctonale. In A. Cadart, A. –M. (Dir.) *L'infirmier(e) en néphrologie* (2^{ème} édition, 284). Paris : Masson.

García Meza, W. M., Carrillo Cervantes, A. L., Villarreal Reyna, M. Á., & Delabra Salinas, M. M. (2015). Theoretical knowledge and adherence to peritoneal dialysis procedure by the patient or a family member. *Enfermería Nefrológica*, 18(2), 130-136. Accès <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=8&sid=24478794-13df-41f8-a169-1fe44de06247%40pdc-v-sessmgr01>

Guidicelli, C. –P., & Hureau, J. *Dictionnaire de l'académie de médecine*. (2016). Accès <http://dictionnaire.academie-medecine.fr/?q=ventre+de+bois>

Guitard, H., & Michaud, C. (2011). L'expérience d'évaluation clinique vécue par des infirmières de chirurgie lors de l'implantation de pratiques exemplaires. *Association de recherche en soins infirmiers*. doi : 10.3917/rsi.104.0051

Haute Autorité de Santé. (2013). Niveau de preuve et gradation des recommandations de bonne pratique. Accès https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-06/etat_des_lieux_niveau_preuve_gradation.pdf

Haute École de Santé de Vaud (2017). *Formation continue et postgrade : Soins aux personnes en insuffisance rénale : Certificate of Advanced Studies*. Accès <http://www.hesav.ch/postgrade/formation/cas-hesav/cas-en-soins-aux-personnes-en-insuffisance-renale>

Hôpitaux universitaires Genève. (2016). *Dialyse périctonale*. Accès <https://www.hug-ge.ch/procedures-de-soins/dialyse-peritoneale>

Hôpitaux universitaires Genève. (2016). *Quelles sont les causes de l'insuffisance rénale ?* Accès <https://www.hug-ge.ch/nephrologie/quelles-sont-causes-insuffisance-renale>

Institut de la Haute École de Santé de la Source. (2018). *Formation continue et Postgrade: Évaluation clinique infirmière : Certificate of Advanced Studies*. Accès <https://www.ecolelasource.ch/formations/postgrade/cas/cas-evaluation-clinique-infirmiere/>

Jarvis, C. (2015). *L'examen clinique et l'évaluation de la santé* (2^{ème} éd.). Montréal : Chenelière Éducation.

Kanfer, A., Kourilsky, O., & Peraldi, M.-N. (2001). *Néphrologie et troubles hydroélectrolytiques*. Paris : Masson.

Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) CKD Work Group. (2013). KDIGO 2012 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic

Kidney Disease. *Kidney international supplements*, 3, 1–150. doi: 10.1038/kisup.2012.76

Kourilsky, O. (1997). Néphro, uro, dialyse : L'infirmière en néphrologie, urologie et dialyse. Vélizy-Villacoublay : Ed. Lamarre.

Kourilsky, O. (2007). *Néphro, uro, dialyse : L'infirmière en néphro-urologie* (4^{ème} éd.). Rueil-Malmaison : Lamarre.

Laperrousaz, S. & Jotterand-Drepper, V. (2016). Tour d'horizon de la dialyse périctonéale. *Revue Médicale Suisse*, 12, 408-12. Accès <https://www.revmed.ch/RMS/2016/RMS-N-507/Tour-d-horizon-de-la-dialyse-peritoneale>

Lefuel, P. (2017). *Journée mondiale du rein*. NEPHROHUG. Accès <https://www.nephrohug.ch/2017/03/01/journee-mondiale-du-rein-le-jeudi-9-mars-2017/>

Leon, P. (2016). *Réussir son stage infirmier en néphrologie*. Paris : Ed. Estem-Vuibert.

Loiselle, C. G., Profetto-McGrath, J., Polit, D. F., & Beck, C. T. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières : Approches quantitatives et qualitatives*. Saint-Laurent : ERPI.

Marieb, E. N. (2015). *Anatomie et physiologie humaines*. Montréal : Pearson.

Mehier, P., Burnier, M., & Pruijm, M. (2017). Inégalité homme-femme face aux maladies rénales chroniques : mythe ou réalité ? *Revue Médicale Suisse*, 13, 473-6. Accès <https://www.revmed.ch/RMS/2017/RMS-N-551/Inegalite-homme-femme-face-aux-maladies-renales-chroniques-mythe-ou-realite>

Naudin, D., Margat, A., & Rolland, G. (2016). *Guide de l'éducation thérapeutique du patient*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson.

Office fédéral de la santé publique. (S.d.) *Stratégie nationale Prévention des maladies non transmissibles*. Accès <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/themen/strategien-politik/nationale-gesundheitsstrategien/strategie-nicht-uebertragbare-krankheiten.html>

Organisation de coopération et de développement économiques. (2016). Les maladies chroniques font payer un lourd tribut à l'Europe, selon un nouveau rapport de l'OCDE et de la Commission européenne. Accès <http://www.oecd.org/fr/sante/les-maladies-chroniques-font-payer-un-lourd-tribut-a-l-europe-selon-un-nouveau-rapport-de-l-ocde-et-de-la-commission-europeenne.htm>

Organisation mondiale de la Santé. (2018). *Maladies chroniques*. Accès http://www.who.int/topics/chronic_diseases/fr/

Organisation mondiale de la Santé. (2018). *Maladies non transmissibles*. Accès <http://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>

Paudel, K., Namagondlu, G., Samad, N., McKitty, K., & Fan, S. L. (2015). Lack of motivation: a new modifiable risk factor for peritonitis in patients undergoing peritoneal dialysis? *Journal Of Renal Care*, 41(1), 33-42. doi:10.1111/jorc.12101

Précigout, V. (2003). Les principes de l'hémodialyse. In A. Cadart, A. -M. (Dir.) *L'infirmier(e) en néphrologie* (2^{ème} édition, 284). Paris : Masson.

Ryckelynck, J. -P. (2003). Les principes de la dialyse périctonéale. In A. Cadart, A. -M. (Dir.) *L'infirmier(e) en néphrologie* (2^{ème} édition, 284). Paris : Masson.

Ryckelynck, J. -P. (2003). Physiopathologie de l'insuffisance rénale. In A. Cadart, A. -M. (Dir.) *L'infirmier(e) en néphrologie* (2^{ème} édition, 284). Paris : Masson.

Schaepe, C., & Bergjan, M. (2015). Educational interventions in peritoneal dialysis: a narrative review of the literature. *International journal of nursing studies*, 52(4), 882-898. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2014.12.009

Schneider, M. Kissling, S., Saucy, F., Burnier, M. & Prujim, M., (2015). Que peut-on attendre de la dialyse dans le futur? *Revue Médicale Suisse*, 11, 514-20. Accès <https://www.revmed.ch/contentrevmed/download/29502/261522>

Slim, K. (2007). Lexique de la recherche clinique et de la médecine factuelle (Evidence-Based Medicine). Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson.

Simon, P. (2007). L'insuffisance rénale : prévention et traitements. Paris : Masson.

- Tian, Y., Xishao, X., Shilong, X., Xin, Y., Xiaohui, Z., Zhangfei, S., & Jianghua, C. (2016). Risk factors and outcomes of high peritonitis rate in continuous ambulatory peritoneal dialysis patients. *Medicine*, 95(49), 1-6. doi: 10.1097/MD.0000000000005569
- Université de Genève. (2018). *Éducation thérapeutique du patient: Certificate of Advanced Studies*. Accès <https://www.unige.ch/formcont/cours/cas-education-therapeutique-du-patient-2018>
- Vakilzadeh, N., Burnier, M., & Halabi, G. (2013). Péritonite infectieuse en dialyse péritonéale : une complication trop redoutée ? *Revue Médicale Suisse*, 9, 446-50. Accès <https://www.revmed.ch/RMS/2013/RMS-375/Peritonite-infectieuse-en-dialyse-peritoneale-une-complication-trop-redoutee>
- Van Driel, M., & Chevalier, P. (2008). *Principaux termes épidémiologiques et statistiques utilisés en Evidence-Based Medecine*. Bruxelles : Minerva.

12 Annexes

Annexe I – Pyramide des preuves

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

Figure 2. Tirée de la Haute Autorité de Santé, 2013, p. 8.

Annexe II – Tableaux de recension

Etude 1 : García Meza, W. M., Carrillo Cervantes, A. L., Villarreal Reyna, M. Á., & Delabra Salinas, M. M. (2015). Theoretical knowledge and adherence to peritoneal dialysis procedure by the patient or a family member. *Enfermería Nefrológica*, 18(2), 130-136. Accès <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=8&sid=24478794-13df-41f8-a169-1fe44de06247%40pdc-v-sessmgr01>

Design - type d'étude	Echantillon	But	Cadre de référence, cadre théorique, concepts	Méthode de collecte des données	Méthode d'analyse et logiciel	Résultats
Quantitative Descriptive transversale	24 participants d'un hôpital tertiaire à Saltillo, Coahuila, au Mexique ont été divisés en deux groupes : Groupe patient (GP : N=11) où le patient effectue la procédure ; et le groupe familial (GF : N=13) où les proches effectuent la procédure.	Déterminer le niveau de connaissances théoriques et l'adhésion à la procédure de dialyse du patient ou de la famille	Dialyse péritonéale Connaissances techniques Connaissances théoriques	Une visite au domicile de chaque patient a été effectuée en période de remplacement de la solution. Les participants ont été divisés en deux groupes: le groupe de patients (GP: N = 11) où les patients ont auto-réalisé la DP et le groupe familial (GF: N = 13) où les proches ont effectué la procédure. Un questionnaire de 38 items à choix multiples et un entretien préparé ont été appliqués pour mesurer les connaissances théoriques, basées sur le Guide d'induction au patient en DP et évaluées par des experts de l'unité de Dialyse. Il contenait 4 dimensions: connaissances générales, alimentation, médicaments et configuration du système Ultra Bag Baxter® Sac double.	Les données ont été analysées au moyen du programme statistique, en utilisant des mesures statistiques descriptives. Logiciel SPSS V19	<p>Le niveau de connaissances théoriques est modéré (73,24%), le GP obtenait un indice plus élevé (75,35%) que le GF (71,45%). Dans la technique, en général, ils ont adhéré à 80,3% des étapes, le GF a obtenu un indice correct plus élevé (81,92%) que le GP (78,63%).</p> <p>Des défauts dans la technique ont été détectés tels que: l'utilisation de savon de toilette pour le lavage des mains et le manque d'inspection du sac de dialysat.</p> <p>La similitude ou le contraste des résultats de cette recherche avec d'autres études peut être dû à la différence dans l'instrument d'évaluation, l'âge moyen, le temps d'achèvement de la DP, la taille de l'échantillon, le type et la classification de l'évaluation (index, mais pas les catégories dans la pièce jointe) et la différence de l'équipement de dialyse utilisé.</p>

Etude 2 : Figueiredo, A. E., de Souza Urbanetto, J., Bernardini, J., & Lameira Vieira, K. (2016). Continuing Nursing Education. Determining Nurse Staffing for Peritoneal Dialysis Care. *Nephrology Nursing Journal*, 43(5), 419-427. Accès <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=11&sid=24478794-13df-41f8-a169-1fe44de06247%40pdc-v-sessmgr01>

Design - type d'étude	Echantillon	But	Cadre de référence, cadre théorique, concepts	Méthode de collecte des données	Méthode d'analyse et logiciel	Résultats
Etude mixte (qualitative et quantitative) à prédominance quantitative	4 infirmières, une moyenne de 47 patients.	Identifier les activités de soins quotidiens menées par l'infirmière en DP et le temps estimé nécessaire pour effectuer les activités.	Dialyse péritonale	L'étude a été menée en deux phases : - Une approche qualitative (conception observationnelle descriptive) en collaboration avec un groupe de discussion qui a énuméré les soins aux patients et les activités connexes ainsi que le type de soins (directs ou indirects). Un outil a ensuite été développé à partir des activités identifiées par le groupe pour mesurer le temps passé sur chaque soin et la fréquence de ces activités. - Une conception transversale et quantitative. Sur une période de quatre mois, le temps consacré aux activités réalisées par les infirmiers de l'unité de DP de l'hôpital São Lucas a été observé pendant les heures de travail par des étudiantes infirmières formées pour la tâche. Le temps moyen (en minutes) a été déterminé pour chaque activité réalisée. Au cours du cinquième mois de l'étude, le nombre d'occurrences d'une activité particulière a été quantifié, en supposant que c'était un mois de travail typique. Compte tenu du taux d'abandon de la technique de DP, afin de maintenir le programme à la même taille, il a fallu prévoir une moyenne de deux nouveaux patients dans le programme chaque mois.	Les données ont été analysées par des mesures de statistiques descriptives simples. Le ratio infirmier/patient a été calculé en fonction du temps passé par tâche. Un minimum de 6 et un maximum de 9 observations du temps passé à l'exécution d'une procédure ont été considérés pour chaque activité. Le même infirmier a été évalué plusieurs fois dans la même procédure (analyse de données appariées). Niveau de signification (a=0,05), puissance d'échantillon de 80% (b = 0,20) et marge d'erreur de 30% considérées.	Les résultats obtenus lors de la réunion du groupe de discussion ont permis la création d'un instrument qui incluait toutes les activités de soins (=47) impliquées dans les compétences en soins infirmiers DP. Une formule a ainsi permis de mesurer le temps moyen par année qu'une infirmière a besoin par patient. Dans l'unité rénale HSL (programme de DP avec 47 patients), en utilisant une charge de travail quotidienne pour les infirmières de six heures, une infirmière passerait l'équivalent de 550,3 jours ou 3 300 heures pour soigner les 47 patients dans une année civile, prendre 11,7 jours de travail (70,25 heures) pour prendre soin d'un patient pendant un an. Les jours de l'année moins la somme des jours fériés, des vacances et des absences correspond au nombre de jours ouvrables. Au Brésil, cela équivaut à 225 jours ouvrables par an. Si chaque patient a besoin de 11,7 jours de soins infirmiers et qu'il y a un total de 225 jours ouvrables, il faut une infirmière pour 19,2 patients; pour un quart de travail de huit heures, le besoin serait d'une infirmière pour chaque 25,8 patients. La formation des patients à la DP est l'activité qui exige le troisième temps de soins le plus élevé, précédée d'une assistance pendant l'hospitalisation et d'une consultation mensuelle sur les soins infirmiers. Ils estiment dans leur unité, en moyenne, 473,64 heures par an sont consacrées à la formation, avec une moyenne de huit séances de formation (1 heure par session) par patient, parent et/ou soignant.
Paradigme	Post-positiviste	Quatre réunions avec un modérateur, un observateur et quatre infirmières	Dotation			Conclusions Cette étude a été en mesure d'énumérer les activités de l'infirmière de DP, d'identifier les activités de soins qui demandent plus de temps de soins infirmiers. Il a été possible de suggérer une formule pour déterminer le rapport infirmier/patient en tenant compte de la charge de travail des infirmières et des caractéristiques d'une unité de DP afin d'améliorer les résultats pour les patients. Ils suggèrent que la proportion devrait être proche de 20 à 25 patients par infirmière selon le nombre d'heures/jour travaillées, six ou huit, respectivement.
Niveau de preuve selon HAS	IV					Limites Les limites de cette étude comprennent un potentiel de variation entre les interventions/activités infirmières et le nombre d'occurrences d'observation, ainsi que le degré d'expérience des infirmières exécutant les activités.
Pays	Brésil					

Etude 3 : Brentano Timm, A. M., Beuter, M., Oliveira Girardon-Perlini, N. M., Pauletto, M. R., Oliveira dos Santos, N., & Backes, C. (2017). (Re)organization strategies of the family that lives with a family member in peritoneal dialysis at home. Revista De Pesquisa: Cuidado E Fundamental, 9(3), 696-704. doi:10.9789/2175-5361.2017.v9i3.696-704

Design - type d'étude	Echantillon	But	Cadre de référence, cadre théorique, concepts	Méthode de collecte des données	Méthode d'analyse et logiciel	Résultats
<p>Etude qualitative descriptive, exploratoire.</p> <p>Paradigme Naturaliste</p> <p>Niveau de preuve selon HAS IV</p> <p>Pays Brésil</p>	<p>Echantillon 15 sujets âgés de 31 à 79 ans, 7 familles comprenant toutes un membre (dans six familles) ou deux (dans une famille) en plus. Leur lien familial était 4 conjoints, 2 filles, une mère et un gendre.</p> <p>Echantillonnage L'échantillonnage s'est fait au hasard en consultant les dossiers médicaux des patients en DP à domicile, liés à une clinique rénale, agréée par le Unified Health System. Sur les 40 patients, 20 répondent aux critères d'inclusion. Au moyen d'un appel téléphonique de l'infirmière responsable du service de DP, les patients/familles ont été informés de la recherche.</p> <p>Critères d'inclusion Plus de 18 ans, familles avec un membre effectuant la DP à domicile.</p> <p>Critères d'exclusion Patient ne vivant pas dans la municipalité de la recherche, difficultés de communication ou de compréhension</p>	<p>Décrire les stratégies de (ré)organisation de familles vivant avec un proche effectuant des DP.</p> <p>Enquêter sur l'organisation des familles</p> <p>Explorer le rôle infirmier pour aider la famille à résoudre ses problèmes ainsi que stimuler les membres à utiliser leurs propres forces et ressources internes et externes</p> <p>Question de recherche Quelles sont les stratégies de (ré)organisation utilisées par les familles pour vivre avec l'un de leurs membres en dialyse péritonéale à domicile ?</p>	<p>Cadre de référence, cadre théorique, concepts Relations familiales</p> <p>Dialyse péritonéale</p> <p>Soins infirmiers</p> <p>Maladies chroniques</p> <p>Soins infirmiers à domicile</p>	<p>Collecte sur le terrain, à heures et dates préprogrammées suite à un contact téléphonique par le chercheur. Présence d'au moins 2 personnes au moment de l'entretien (patient et membre).</p> <p>L'instrument de production des données a été une interview, développée à partir d'un génogramme des familles).</p> <p>Dans les entrevues, les questions portaient sur la façon dont la famille s'organisait avec la DP à domicile. Questions circulaires se basant sur les réponses ou informations aux questions initiales.</p> <p>La collecte s'est faite de mars à mai 2012, en une seule visite. Les entrevues ont été enregistrées en audio, transcrrites en entier dans un éditeur de texte et fermées lorsque l'objectif de l'étude a été atteint.</p> <p>Ethique Consentement a été demandé pour fournir les données téléphoniques au chercheur.</p> <p>L'éthique de la recherche a été respectée par la confidentialité des informations obtenues et le respect des participants.</p> <p>Familles ont été informées du but de l'étude, ont donné leur consentement à l'enregistrement des entrevues et ont signé le terme de consentement libre et éclairé. La recherche a été approuvée par le Comité d'éthique de la recherche de l'institution. L'anonymat a été respecté.</p>	<p>Les données des entretiens ont été soumises à la procédure d'analyse thématique.</p> <p>Cette analyse identifie les noyaux de sens qui constituent une communication dont la présence ou la fréquence signifie quelque chose par rapport à l'objectif analytique visé.</p> <p>La technique se déroule en trois étapes :</p> <p>la pré-analyse, l'exploration matérielle et le traitement des résultats obtenus, et l'interprétation.</p>	<p>Les familles adoptent différentes stratégies :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Concilier les horaires du traitement avec d'autres activités (se limite à la rigidité des calendriers d'accomplissement du traitement). - Concilier activité professionnelle et DP (ajustements constants pour suivre la vie professionnelle ou décision de se consacrer aux soins et au traitement de DP du membre de la famille malade). - Coexister avec les autres membres de la famille (accomplissement du traitement en fonction de la réalité et possibilités de chaque famille) - l'acquisition de connaissances et le développement de compétences pour effectuer la DP (recherches pour comprendre l'IRC et la DP) - l'adaptation de l'environnement du domicile (considérée comme essentielle pour effectuer un soin en sécurité et confort tout en respectant l'hygiène nécessaire à la technique) - l'adaptation de la vie quotidienne de la famille face à la maladie et au traitement (coopération entre les membres de la famille, adopter le soin comme partie intégrante de la vie quotidienne). - Collaboration entre les membres de la famille (diviser les responsabilités et planifier les activités) <p>Conclusions Les familles ont développé différentes stratégies d'adaptation. La coopération entre les membres de la famille est un facteur essentiel. Il peut minimiser les implications de la maladie et les besoins de traitement. En ce sens, il est nécessaire que les familles soient comprises et respectées, puisqu'elles peuvent, chacune avec ses caractéristiques, s'organiser pour que le traitement puisse se faire en toute sécurité, en garantissant le bien-être de leur proche malade, et vivre en harmonie avec les autres membres de la famille. De ce fait, l'infirmière doit faire un enseignement et donner des pistes individuelles aux familles pour essayer de répondre à leurs attentes.</p> <p>Limitations : La thématique des familles qui vivent avec le membre de la famille en dialyse péritonéale à domicile est encore peu discutée. Ces résultats ne doivent pas être considérés comme des absolus, mais plutôt ouvrir des possibilités pour de nouvelles voies qui méritent d'être explorées.</p>

Etude 4: Baillie, J., & Lankshear, A. (2015). Patients' and relatives' experiences of peritonitis when using peritoneal dialysis. *Journal Of Renal Care*, 41(3), 177-186. doi:10.1111/jorc.12118

Design - type d'étude	Echantillon	But	Cadre de référence	Méthode de collecte des données	Méthode d'analyse	Résultats
Qualitative	Patients : N=16 ; Proches : n=9 recrutés par échantillonnage raisonné et de commodité dans un grand conseil de santé du National Health Service (NHS) gallois	Explorer les perspectives et les expériences de péritonite des patients et de leurs familles	Cadre théorique, concepts L'article s'appuie sur des données provenant d'une étude menée au Royaume-Uni, dont le but était d'explorer les expériences des patients et de leurs familles en matière de DP à domicile.	Données recueillies entre janvier et octobre 2011 avec entrevues et observations chez patients en DP. Les entrevues ont duré entre 20 et 90 minutes. A l'exception d'un couple, les patients et leurs proches voulaient être interviewés ensemble. Pour guider les interviews, l'auteure a élaboré une structure. La retranscription de l'enregistrement audio a été faite la semaine suivant les interviews. Les observations ont été enregistrées à la main sous forme de notes de terrain.	Une analyse thématique a été entreprise en adoptant l'approche de Wolcott (1994): description, analyse et interprétation.	Les résultats montrent l'importance de la surveillance de la péritonite et l'auto-efficacité de nombreux participants, mais la confusion autour des signes de péritonite était également évidente. En cas de péritonite, les patients ressentaient de la culpabilité malgré le soutien des professionnels. Différentes stratégies ont été adoptées, au cours de la formation, pour prévenir la péritonite :
Paradigme Naturaliste		Echantillonnage 78 personnes invitées, dont 24 ont répondu exprimant un intérêt. Un échantillon téléologique a ensuite été sélectionné pour représenter le sexe, l'âge, le temps en utilisant DP, le type de DP (continue / ambulatoire), la localisation (rural / urbain), statut de cohabitation.				
Niveau de preuve selon HAS IV		Question de recherche Pas mentionnée. <i>L'apprentissage concernant les risques, les mesures de prévention d'infection ainsi que les signes et symptômes d'une péritonite ont-ils un impact sur la prévention des péritonites ?</i>				
Pays Royaume-Uni			Ethique Approbation éthique et de gouvernance pertinente de l'Université de Cardiff, du NHS Health Board et du NHS Research Ethics Committee en novembre 2010. Un consentement éclairé écrit a été donné par tous les participants. Les participants ont été informés de leur droit de se retirer et ont été rassurés que la confidentialité soit maintenue.	Logiciel Les données ont été gérées à l'aide du logiciel NVivo 8	<ul style="list-style-type: none">- Formation par infirmière de DP, membre de la famille inclus.- Respect rigoureux des mesures d'hygiène et précautions durant la procédure- Savoir reconnaître les signes infectieux, ce qui n'était pas clair pour tous les participants- Chercher du soutien de la part de l'équipe soignante, car sentiment de culpabilité en cas de péritonite- Si péritonite diagnostiquée : patient subissaient un traitement antibiotique et certains devaient apprendre à le reconstituer	Conclusions Dans l'ensemble, la péritonite était une expérience pénible que les participants ont cherché à prévenir. Cependant, il y avait une certaine confusion parmi les participants au sujet des signes et des symptômes de l'infection. Certains ont signalé que les procédures d'apprentissage étaient longues et décourageantes. Un élément primordial ressort : l'importance de savoir identifier les complications et que faire si tel est le cas.
		Critères d'inclusion Tous patients ayant plus de 18 ans et ayant utilisé la DP depuis plus de 3 mois.	Infection			
		Critères d'exclusion Présents mais pas mentionnés	Dialyse péritonéale			
			Expérience patient.			

Etude 5: Firanek, C. A., Sloand, J. A., & Todd, L. B. (2013). Training Patients for Automated Peritoneal Dialysis: A Survey of Practices in Six Successful Centers In the United States. *Nephrology Nursing Journal*, 40(6), 481-491. Accès <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=18&sid=24478794-13df-41f8-a169-1fe44de06247%40pdc-v-sessmgr01>

Design - type d'étude	Echantillon	But	Cadre de référence	Méthode de collecte des données	Méthode d'analyse	Résultats
Qualitative	Six centres	Déterminer et communiquer les meilleures pratiques actuelles dans les programmes de formation dirigés par des infirmières en recueillant des données pertinentes auprès de centres à haut rendement.	Dialyse péritonéale automatisée	Visite sur place par 2 infirmières qualifiées pour aider à l'élaboration du matériel nécessaire à la formation à venir.	L'exactitude et l'exhaustivité des données d'enquête ont été évaluées. Les tendances communes entre les centres, ainsi que les différences notables dans les pratiques de formation entre les centres, ont été analysées.	Cadre et personnel : Infirmiers avaient reçu une formation sur le contenu de la thérapie, les méthodes d'enseignement, savaient reconnaître le niveau de préparation nécessaire à la réussite de la formation du patient. Des visites à domicile ont été effectuées après la formation, puis régulièrement pour évaluer la technique. Tous les centres considèrent cela comme essentiel à la réussite du patient. Méthode de formation : Tous ont utilisé une méthode d'enseignement en 5 étapes : une vue d'ensemble (le patient doit comprendre le but de l'apprentissage), une démonstration silencieuse (procédure démontrée), démonstration parlante (formateur décrit les étapes, répond aux questions), verbalisation du patient (de la procédure) et le patient démontre la procédure (jusqu'à ne plus faire d'erreur). Guide et outils pédagogiques : Tous les infirmiers ont utilisé un ensemble d'outils simple à comprendre, le but étant de ne pas surcharger d'informations. Structure de la formation : Structure uniforme d'un centre à l'autre. Tous ont d'abord introduit la DPCA (plus simple) et ensuite la DPA, pour apprendre les techniques d'asepsie. Acquérir les connaissances sur la DPCA réduit la peur et le manque de confiance du patient. Dans les 6 centres, la période de formation pour la DPA variait de 1 à 4 jours. Contenu de la formation : L'asepsie, les complications courantes et rares ont été les thèmes plus difficiles à assimiler pour les patients. Les infirmières ont donc dû prendre plus de temps. Prestation de la formation : 2 centres ont utilisé un ventre factice, un autre a utilisé un tablier. Il y a eu une grande concordance entre les centres concernant la préparation à la DPA, notamment sur l'asepsie. La relation de confiance infirmier/patient est primordiale. Certaines différences ont été notées, notamment concernant les visites à domicile. Un centre n'en faisait pas régulièrement, à moins qu'un problème ne survienne. Tous les centres ont fourni un soutien clinique 24h/24.
Naturaliste	Echantillonnage		Education du patient	Un sondage en 13 points a été élaboré par ces dernières. Les questions ont été posées au cours d'une discussion de groupe avec les infirmières de chaque centre.		Conclusions
			Relation infirmier/ patient	Les visites et les entrevues ont eu lieu entre le 26 janvier 2011 et le 21 mars 2011.		Les programmes de formation devraient être axés sur l'information de base ou essentielle que les patients doivent maîtriser pour pouvoir dialysier avec succès et en toute sécurité à domicile. Il faut aussi s'assurer que les infirmières qui donnent la formation de DP sont des formatrices compétentes. L'attention sur le premier traitement à domicile peut améliorer la confiance du patient, corriger des erreurs et éviter des complications (péritonite). L'anxiété du patient est perçue comme liée au changement de vie plutôt qu'à la réalisation de la technique.
IV	Critères d'inclusion	Identifier les caractéristiques communes des programmes de formation susceptibles de contribuer à leur succès.	Programme de formation			Limites
Etats-Unis						La formation et l'expérience des infirmières n'ont pas fait l'objet d'une enquête. Une méthode de calcul a été utilisée par tous les centres pour les sélectionner, des différences d'interprétations se sont produites si les infections liées ou non à l'hôpital ont été incluses ou pas dans le calcul. Le sondage utilisé n'a pas été validé avant l'utilisation. Aucune donnée d'un centre moins performant n'a été recueillie.
	Critères d'exclusion	Non mentionnés.				

Etude 6: Paudel, K., Namagondlu, G., Samad, N., McKitty, K., & Fan, S. L. (2015). Lack of motivation: a new modifiable risk factor for peritonitis in patients undergoing peritoneal dialysis? Journal Of Renal Care, 41(1), 33-42. doi:10.1111/jorc.12101

<u>Design - type d'étude</u>	<u>Echantillon</u>	<u>But</u>	<u>Cadre de référence</u>	<u>Méthode de collecte des données</u>	<u>Méthode d'analyse</u>	<u>Résultats</u>
Quantitative	104 patients, 59 hommes, 45 femmes.	Déterminer si la norme de logement, la technique d'échange de DP ou la motivation du patient peuvent être des risques modifiables pour la péritonite	<u>Cadre théorique, concepts</u> Dialyse péritonale Péritonite Facteurs de risque	Les visites à domicile des infirmières ont permis d'évaluer la technique d'échange de DP, l'environnement et la motivation des patients. Les résultats ont été recueillis de façon prospective et un examen des notes de cas a été effectué par la suite afin d'extraire les données démographiques et les antécédents de péritonite. Des études distinctes ont été effectuées pour déterminer si l'évaluation de la motivation de l'infirmière était corrélée avec l'apathie ou la dépression. Les patients ont dû remplir un questionnaire au cours d'une visite à l'hôpital et également le questionnaire PHQ-9. Les membres de la famille ont été autorisés à agir comme traducteurs et les infirmières ont été autorisées à aider le patient à répondre à ces questionnaires.	Les scores de motivation ont été corrélés séparément avec un score d'évaluation de l'apathie et un score de dépression à l'aide de questionnaires PHQ-9. Les variables catégorielles ont été exprimées en nombre et en pourcentage. Les variables continues sont exprimées sous forme de moyennes et d'écart-types. Utilisation de différents tests : Kaplan-Meier, Mann-Whitney, Spearman, Wilcoxon, Régression de Cox.	L'hygiène à domicile, la technique d'échange et la motivation étaient au-dessus de la moyenne chez 53 %, 56 % et 60 %, chez 104 patients en DP. Après 15 mois, 25,9 % patients ont développé une péritonite. Analyse univariée : La signification statistique n'a pas été atteinte, mais l'augmentation de l'âge, du diabète et de l'ethnicité étaient associés à un risque élevé de péritonite. Les patients présentant un apport en protéine plus élevé présentaient un risque de péritonite plus faible ($p<0,05$). L'évaluation par les infirmières du domicile des patients et des techniques d'échange n'ont pas permis de prédire le risque de péritonite. L'évaluation des infirmières selon laquelle les patients n'étaient pas motivés à prendre soin d'eux-mêmes a prédict le risque de péritonite au cours de l'intervention les 15 mois suivants ($p < 0,05$). Analyse multivariée : la convenance à domicile était presque statistiquement associée au risque (HR 0,35, 95%). Seul l'apport en protéine est demeuré un prédicteur indépendant pour la péritonite (HR 0,02, 95%). Corrélation de l'apport en protéine avec d'autres paramètres nutritionnels : Faible corrélation (non statistiquement significative) avec l'albumine sérique, mais raisonnable ($r=0.52$, $p < 0.0001$) avec l'estimation de la masse tissulaire maigre par la machine BCM. Corrélation du score d'apathie modifié avec l'évaluation de l'infirmière et la dépression : Selon le test de Mann-Whitney, il y avait une différence statistiquement significative entre le score d'apathie des patients évalué par les infirmiers ($p=0,0002$), corrélation statistique également significative entre le score d'apathie et le score de dépression (Spearman $r=-0.281$, $p < 0.01$). Interaction entre la motivation et la dépression : Sur 21 patients dont la motivation était inférieure à la moyenne, 24% ont développé une péritonite et 45% des 11 patients déprimés en ont aussi développé une. Cela n'a pas atteint une signification statistique (Wilcoxon : $p=0.06$). Chez les patients dépressifs, la motivation était fortement corrélée au risque de péritonite.
<u>Paradigme</u>	<u>Echantillonnage</u>					
Post-positiviste	Non précisé					
<u>Niveau de preuve selon HAS</u>	<u>Critères d'inclusion</u>					
IV	Non précisés					
<u>Pays</u>	<u>Critères d'exclusion</u>					
Royaume-Uni	Non précisés	Explorer la corrélation entre l'évaluation infirmière en pharmacodynamique et le manque de motivation et la dépression.				
	<u>Question de recherche</u>	Pouvons-nous identifier les facteurs de risque modifiables de péritonite chez les patients subissant une dialyse péritonale (DP) ?				
				<u>Ethique</u> Etude menée conformément aux règlements du comité d'éthique local et aux normes établies par le National Health Service du Royaume-Uni pour l'audit et le développement des services cliniques.		
				<u>Logiciel</u> SPSS pour Windows version 21.0		
					Limites Petite taille de l'étude, pas utilisé un outil validé lors de la première visite pour évaluer la motivation.	

Annexe III – Glossaire méthodologique

Pour les définitions, l'auteure se base principalement sur l'ouvrage : Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche : méthodes quantitatives et qualitatives, 2ème édition*. Montréal : Chenelière Éducation.

Alpha (seuil de signification) : « Valeur numérique qui est associée au risque de se tromper en rejetant une hypothèse nulle qui, en réalité, est vraie » (p. 602).

Analyse de contenu : « Traitement des données qualitatives afin d'en dégager les thèmes saillants et les tendances » (p. 595).

Analyse multivariée : « Ensemble de techniques statistiques utilisées lorsque plusieurs variables doivent être étudiées simultanément, en tenant compte de leurs effets les unes sur les autres » (p. 595).

Analyse univariée : « Étude statistique des modalités d'une seule variable, ou de plusieurs variables considérées indépendamment, dans le but de décrire l'échantillon » (E-Marketing, 2018).

Biais :

- **d'échantillonnage** : « Distorsion qui survient quand un échantillon n'est pas représentatif de la population dont il provient » (p. 595).
- **de sélection** : « La population de l'étude ne correspond pas au monde réel, les personnes incluses ne sont pas représentatives de la population générale et/ou de la maladie étudiée, il y a eu auto-sélection » (Slim, 2007, p. 16).

Comité d'éthique de recherche : « Groupe de professionnels mandatés pour réviser les propositions de recherche soumises au regard des considérations éthiques » (p. 107).

Confirmabilité : « Critère de rigueur scientifique servant à évaluer l'intégrité d'une étude qualitative en se reportant à l'objectivité ou à la neutralité des données et de leur interprétation » (p. 596).

Consentement libre et éclairé : « Acquiescement d'une personne à sa participation à une étude, après avoir reçu et compris toute l'information nécessaire » (p. 596).

Corrélation de rang de Spearman : « Le coefficient de corrélation de Spearman est la variante non paramétrique du coefficient de corrélation de Pearson. Quand les variables ne sont pas réparties normalement, et qu'au moins une des deux est mesurée sur une échelle ordinaire, ce test peut être employé » (Van Driel, 2008, p. 18).

Crédibilité : « Le critère de crédibilité a rapport à l'exactitude dans la description du phénomène vécu par les participants en fonction de la réalité interprétée » (p. 284).

Écart-type : « Mesure de dispersion qui correspond à la racine carrée de la variance. Il tient compte de la distance entre chacun des scores d'une distribution par rapport à la moyenne du groupe » (p. 597).

Échantillon : « Sous-ensemble d'une population choisie pour participer à une étude » (p. 226).

Échantillon représentatif : « Échantillon qui, en raison de ses caractéristiques, peut se substituer à l'ensemble de la population cible » (p. 227).

Échantillonnage : « Processus au cours duquel on sélectionne un groupe de personnes ou une portion de la population pour représenter la population cible » (p. 224).

Échantillonnage aléatoire simple : « Méthode d'échantillonnage probabiliste qui donne à chaque élément de la population une probabilité égale d'être inclus dans l'échantillon » (p. 229).

Échantillonnage par choix raisonné : « Méthode d'échantillonnage qui consiste à sélectionner certaines personnes en fonction de caractéristiques typiques de la population à l'étude » (p. 235).

Échantillonnage probabiliste : « Méthode qui fait appel au hasard afin que chaque élément de la population ait une chance égale d'être choisi pour former l'échantillon. Plusieurs techniques sont utilisées » (p. 227).

Échantillonnage téléologique (ou aléatoire simple) : « Méthode d'échantillonnage probabiliste qui donne à chaque élément de la population une probabilité égale d'être inclus dans l'échantillon » (p. 597).

Entrevue semi-structurée : « Interaction verbale animée par le chercheur à partir d'une liste de thèmes qu'il souhaite aborder avec le participant » (p. 428).

Ethnographie : « Méthodologie visant à comprendre les modes de vie de groupes appartenant à des cultures différentes » (p. 598).

Étude corrélationnelle prospective : « Débute par l'examen d'une cause présumée et se poursuit dans le temps par l'observation des effets présumés » (p. 303).

Étude descriptive : « Étude qui décrit un ou des phénomènes quelconques sans chercher à en établir la cause » (p. 599).

Étude mixte : « Méthodologie combinant ou associant des méthodes qualitatives et quantitatives dans une même étude afin de répondre de façon optimale à une question de recherche » (p. 372).

Étude transversale : « Étude dans laquelle les données sont recueillies à un moment précis dans le temps en vue de décrire la fréquence d'apparition d'un événement et de ses facteurs associés » (p. 302).

Fiabilité : « Critère servant à évaluer l'intégrité des études qualitatives en ce qui a trait à la stabilité des données dans le temps et dans les conditions » (p. 599).

Fidélité : « Constance des valeurs obtenues à l'aide d'un instrument de mesure » (p. 405).

Généralisabilité : « Opération qui consiste à étendre les résultats obtenus d'un échantillon à la population dont il provient ou à d'autres contextes » (p. 599).

Groupe de discussion : « Technique d'entrevue qui réunit un petit groupe de participants dans le cadre d'une discussion orientée sur un sujet particulier » (p. 599).

Hazard Ratio : « C'est la relation (le rapport) entre risques observés dans le groupe avec les covariables et le groupe sans ces covariables. Il est égal au risque relatif d'un critère à chaque moment » (Van Driel, 2008, p. 57).

Moyenne : « Mesure de tendance centrale qui correspond à la somme d'un ensemble de valeurs divisée par le nombre total des valeurs » (p. 600).

Notes de terrain : « Observations faites par les chercheurs sur le terrain et interprétation de ces observations » (Loiselle & Profetto-McGrath, 2007, p. 311).

Opérateur booléen : « Termes (ET, OU, SAUF) servant à unir des mots clés dans un repérage documentaire » (p. 149).

Paradigme : « Conception du monde, système de représentation de valeurs et de normes qui impriment une direction particulière à la pensée et à l'action » (p. 25).

Paradigme naturaliste : « Paradigme qui se fonde sur le postulat que la réalité sociale est multiple et qu'elle se construit sur les perceptions individuelles, qui peuvent changer avec le temps » (p. 25).

Postpositivisme : « Vision de la science qui, contrairement au positivisme, reconnaît que toutes les informations sont faillibles et susceptibles d'erreurs » (p. 25).

Puissance statistique : « Probabilité que le test produise des résultats statistiquement significatifs si H_0 est fausse » (p. 601).

Recherche corrélationnelle : « Se réfère aux études ayant pour but d'explorer et de vérifier des relations entre deux variables ou plus » (p. 296).

Recherche descriptive : « Type de recherche visant principalement à fournir un portrait précis des caractéristiques de personnes, de situations, de groupes ou d'événements ou à déterminer la fréquence d'apparition de certains phénomènes » (p. 601).

Recherche qualitative : « Recherche qui met l'accent sur la compréhension, et qui repose sur l'interprétation des phénomènes à partir des significations fournies par les participants » (p. 30).

Recherche quantitative : « Recherche qui met l'accent sur la description, l'explication et la prédiction, et qui repose sur la mesure des phénomènes et l'analyse des données numériques » (p. 29).

Régression de Cox (ou modèle de hasard proportionnel de Cox) : « Modèle statistique qui permet de calculer une courbe de survie qui tienne compte de l'influence de

covariables, parmi lesquelles une non-participation équivalente en temps des différents participants de l'étude. Forme d'analyse multivariée » (Van Driel, 2008, p. 33-57).

Saturation des données : « La saturation théorique est atteinte quand le chercheur n'obtient plus d'information nouvelle et qu'il y a redondance avec les données déjà recueillies » (p. 279).

Signification statistique : « Ce terme signifie que la différence observée est suffisamment importante par rapport aux fluctuations aléatoires, c'est-à-dire que le résultat n'est pas attribué au hasard » (Slim, 2007, p. 113).

Statistique descriptive : « Valeur numérique qui résume un ensemble de données en fournissant le centre de l'étalement (moyenne, écart-type, étendue) » (p. 602).

Test de Kaplan-Meier : « Test non paramétrique d'analyse univariée. La méthode prend en compte le fait que certaines personnes ne peuvent pas être suivies jusqu'au moment où l'événement étudié se produit » (Van Driel, 2008, p. 33).

Test de Wilcoxon : « Test non paramétrique qui examine si les données de deux échantillons indépendants sont issues de la même population. Les valeurs observées sont classées par ordre hiérarchique et un rang est attribué à chaque valeur. À partir de la somme de l'ensemble des rangs («rank sum»), on vérifie si la distribution des valeurs dans les deux échantillons est pareille » (Van Driel, 2008, p. 88).

Test U de Mann-Whitney : « Test non paramétrique permettant d'évaluer la différence entre deux groupes » (Van Driel, 2008, p. 90).

Transférabilité : « Le critère de transférabilité a rapport à l'application éventuelle des conclusions tirées de l'analyse des données à d'autres contextes similaires » (p. 285).

Valeur P : « Le terme statistiquement significatif est généralement ... associé à une différence pour laquelle la valeur p est inférieure à 0.05. Cela veut dire qu'il y a moins de cinq chances sur 100 que la différence soit due au hasard » (Slim, 2007, p. 113).

Validité : « Capacité d'un instrument à mesurer ce qu'il doit mesurer » (p. 411).

Validité externe : « Caractère d'une étude qui permet de généraliser les résultats à d'autres populations et contextes que ceux étudiés » (p. 603).

Validité interne : « Caractère d'une étude expérimentale dans laquelle il apparaît hors de tout doute que la variable indépendante est la seule cause du changement touchant la variable dépendante » (p. 603).

Variable : « Caractéristique ou propriété qui peut prendre diverses valeurs » (p. 40).

Variable catégorielle : « Variable dont les modalités sont des catégories, comme « homme » et « femme » pour la variable sexe » (p. 604).

Variable continue : « Variable dont les modalités ont des valeurs numériques, comme les variables d'intervalle et de proportion » (p. 604).