

Université de Montréal

**Élaboration et validation d'un instrument préliminaire mesurant les connaissances,
les attitudes, les croyances, les normes subjectives et les intentions d'agir des
professionnels de la santé sur le don d'organes**

**Par
Linda Peltier**

Faculté des sciences infirmières

**Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures
en vue de l'obtention du grade de Maîtrise ès sciences (M.Sc.)
en sciences infirmières**

Novembre 2002

© Linda Peltier, 2003

WY
5
158
2003
N.013

AVIS

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

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

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

NOTICE

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

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

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

**Université de Montréal
Faculté des études supérieures**

Ce mémoire intitulé :

Élaboration et validation d'un instrument préliminaire mesurant les connaissances, les attitudes, les croyances, les normes subjectives et les intentions d'agir des professionnels de la santé sur le don d'organes

présenté par

Linda Peltier

a été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Louise Gagnon, Ph.D.

Présidente-rapporteur

Louise Bouchard, Ph.D.

Directrice de recherche

Mary Reidy, M.Sc. App., Cand. Ph.D.

Co-directrice de recherche

José Côté, Ph.D.

Membre du jury

Mémoire accepté le : _____



SOMMAIRE

Au cours des années, des études ont identifié des facteurs expliquant le manque de donneurs d'organes : des lacunes sur le plan des connaissances, des croyances, des attitudes ainsi qu'un manque d'habiletés pour approcher les familles lorsque le professionnel désire faire une demande de don d'organes. Cette étude méthodologique avait pour but de développer un instrument mesurant les connaissances, les attitudes, les croyances, les normes subjectives et les intentions d'agir des professionnels de la santé en regard du don d'organes et d'en évaluer de façon préliminaire sa validité et sa fidélité. L'élaboration des énoncés de l'instrument était guidée par la théorie de Ajzen et Fishbein.

Soixante (60) énoncés ont été développés à l'aide d'une recension des écrits, d'instruments existants et des connaissances et de l'expérience de l'étudiante-chercheure en don d'organes et transplantation. Suite à une validité de contenu effectuée auprès de huit informateurs-clés et une validité de construit effectuée auprès de 117 étudiants universitaires, trois énoncés ont été reformulés. Le test de t de Student a démontré une instabilité significative dans quatre des cinq variables de l'instrument de mesure. Une homogénéité a été démontrée par la consistance interne uniquement dans les variables connaissances, croyances et intentions d'agir.

Le développement d'énoncés additionnels dans certaines variables permettrait d'obtenir une consistance interne et une stabilité supérieures. Il sera également nécessaire d'effectuer de nouvelles validations auprès de professionnels de la santé travaillant dans des unités de soins critiques.

SUMMARY

Over the years, studies have identified factors explaining the organ donor shortage: a lack of knowledge, beliefs, attitudes and lack of ability when approaching families for organ donation consent. The main goal of this methodological research is the elaboration, guided by the theory of reasoned action of Ajzen and Fishbein, and preliminary validation of an instrument for health care professional. The purpose is to measure knowledge, attitudes, beliefs, subjective norms and intentions to act regarding organ donation.

Sixty items were developed based on a literature review, as well as on the knowledge and experience of the students-researcher within the domain of organ donation. After a content validation by a jury of eight professionals and a construct validity done by 117 university's students, three items were modified on the instrument. The Student-t demonstrated a significant instability in four of the five variables of the instrument ($p < 0,05$). The homogeneity was demonstrated by internal consistency only for the following variables : knowledge, beliefs and intention to act.

To conclude and in order to upgrade the internal consistency and stability of the instrument, more items need to be developed and integrated within the variables. If those changes are executed, new validations should be performed by health care professional working in intensive care units or emergency department.

TABLE DES MATIÈRES

SOMMAIRE	iii
SUMMARY	iv
LISTE DES TABLEAUX.....	viii
LISTE DES FIGURES	ix
INTRODUCTION	1
CHAPITRE 1 PROBLÈME.....	4
1.1 PROBLÈME DE RECHERCHE.....	5
1.2 But de l'étude	11
CHAPITRE 2 RECENSION DES ÉCRITS	12
2.1 Théorie de l'Action raisonnée	13
2.2 La théorie de l'Action raisonnée et Le don d'organes	17
2.2.1 Connaissances des professionnels	17
2.2.2 Attitudes des professionnels.....	21
2.2.3 Croyances des professionnels.....	23
2.2.4 Normes subjectives des professionnels	25
2.2.5 Intentions d'agir des professionnels.....	27
2.3 Instruments de mesures et don d'organes.....	28
2.4 Types d'échelle appropriés d'un instrument de mesure	29
2.5 Propriétés psychométriques de l'instrument de mesure.....	32
2.5.1 Validité	32
2.5.2 Fidélité.....	33
CHAPITRE 3 MÉTHODE	36
3.1 Type d'étude.....	37

3.2	Définition des variables retenues.....	37
3.2.1	Connaissances.....	37
3.2.2	Attitudes	37
3.2.3	Croyances	38
3.2.4	Normes subjectives.....	38
3.2.5	Intentions d'agir	38
3.3	Milieu et échantillon.....	38
3.4	Déroulement de l'étude	39
3.4.1	Étape 1 : Élaboration des énoncés de l'instrument de mesure.....	39
3.4.2	Étape 2 : Validation de contenu auprès d'informateurs-clés.....	41
3.4.3	Étape 3 : Utilisation de l'instrument de mesure auprès de participants	43
3.4.4	Étape 4 : Évaluation des propriétés psychométriques de l'instrument.	46
3.5	Considérations éthiques.....	48
CHAPITRE 4 PRÉSENTATION DES RÉSULTATS DE L'ÉTUDE.....		49
4.1	Étape 1 : Élaboration des énoncés de l'instrument de mesure.....	50
4.1.1	Connaissances sur le don d'organes	51
4.1.2	Attitudes au regard du don d'organes.....	53
4.1.3	Croyances sur le don d'organes.....	54
4.1.4	Normes subjectives sur le don d'organes	56
4.1.5	Intentions d'agir face au don d'organes.....	57
4.2	Étape 2 : Validation de contenu auprès d'informateurs-clés.....	58
4.3	Étape 3 : Utilisation de l'instrument de mesure auprès des participants	63
4.3.1	Déroulement de la collecte des données.....	64
4.3.2	Description du profil contextuel des participants.....	66
4.4	Étape 4 : Évaluation des propriétés psychométriques de l'instrument.....	69

4.4.1 Validité de construit	69
4.4.1.1 Variable connaissances	69
4.4.1.2 Variable attitudes	72
4.4.1.3 Variable croyances	73
4.4.1.4 Variable normes subjectives	77
4.4.1.5 Variable intentions d'agir	78
4.4.1.6 Conclusion de l'analyse factorielle	78
4.4.2 Fidélité	79
4.4.2.1 Stabilité	79
4.4.2.2 Consistance interne	80
4.4.3 Conclusion	82
CHAPITRE 5 DISCUSSION	83
5.1 Élaboration des énoncés et validité	84
5.2 Fidélité	88
RÉFÉRENCES	91
APPENDICE A	101
APPENDICE B	103
APPENDICE C	105
APPENDICE D	109
APPENDICE E	113

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Déroulement de l'étude.....	39
Tableau II : Présentation des énoncés sur l'implication du participant	44
Tableau III : Répartition des énoncés par variable	51
Tableau IV : Présentation des énoncés de la variable «connaissances»	52
Tableau V : Présentation des énoncés de la variable « attitudes ».....	54
Tableau VI : Présentation des énoncés de la variable «croyances»	55
Tableau VII : Présentation des énoncés de la variable « normes subjectives »	57
Tableau VIII : Présentation des énoncés de la variable « intentions d'agir »	58
Tableau IX : Compilation des pourcentages de consensus	59
Tableau X : Suggestion de catégorisation des énoncés par les informateurs-clés	61
Tableau XI : Analyse factorielle des connaissances	71
Tableau XII : Analyse factorielle des attitudes	73
Tableau XIII : Analyse factorielle des croyances	75
Tableau XIV : Analyse factorielle des croyances et des attitudes	76
Tableau XV : Analyses factorielles des normes subjectives.....	78
Tableau XVI : Analyse factorielle des intentions d'agir	79
Tableau XVII : Résultats du tests de <i>t</i> de Student pour chaque variable	80
Tableau XVIII : Analyse de la consistance interne pour chaque variable	81
Tableau XIX : Analyse de la consistance interne des variables croyances et attitudes	82

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Schéma du modèle de la Théorie de l'Action raisonnée.....	16
Figure 2 : Distribution des participants en fonction de l'âge	65
Figure 3 : Distribution du nombre d'années d'expérience au travail.....	65
Figure 4 : Expérience personnelle lors d'un processus de don d'organes	66
Figure 5 : Questions sur des facteurs contextuels au processus de don d'organes.....	67
Figure 6 : Questions personnelles	68

INTRODUCTION

L'objectif principal de cette étude est d'élaborer et de valider un nouvel instrument mesurant les connaissances, les attitudes, les croyances, les normes subjectives et les intentions d'agir sur le don d'organes auprès de professionnels de la santé. L'intérêt lié à cette étude origine de plusieurs observations et questionnements professionnels issues de la prestation de nombreux programmes de formation suivi par l'étudiante-chercheure au cours des dernières années.

C'est en 1958 qu'un premier organe, le rein, était transplanté au Québec à l'Hôpital Royal-Victoria. Dix ans plus tard, sept patients bénéficiaient d'une greffe de cœur qui a malheureusement été rejeté, causant ainsi leur décès. Dans les années 1980, un nouveau médicament diminuant les risques de rejet de l'organe par le système immunitaire du receveur voit le jour : la cyclosporine. Ce puissant immunosuppresseur, peu toxique, a permis à plusieurs personnes en attente d'une transplantation d'organe de pouvoir en bénéficier. Depuis 1980, au Québec, des milliers de transplantations ont eu lieu à partir d'organes provenant de personnes décédées. L'une des problématiques des années 2000 est liée au nombre insuffisant de donneurs d'organes et au nombre grandissant de personnes en attente d'une transplantation d'organes. Plusieurs études ont permis de distinguer différents facteurs liés au nombre insuffisant de donneurs d'organes et certaines pistes de solution ont été proposées.

Une solution proposée a été l'implantation d'un programme de formation sur le don d'organes et sur les techniques d'approche aux familles de donneurs potentiels d'organes, auprès de professionnels de la santé,. Ce programme a été mis de l'avant en 1990 par l'étudiante-chercheure. Afin de vérifier les retombées de ce programme de

formation sur les connaissances, les attitudes, les croyances, les normes subjectives et les intentions d'agir des professionnels de la santé relativement au don d'organes, il s'est avéré nécessaire de développer un instrument mesurant ces variables, instrument inexistant à ce jour.

Ce mémoire de type méthodologique se divise en cinq chapitres. Le premier chapitre traite du problème de recherche ainsi que du but de celle-ci. Le deuxième chapitre est une description du modèle théorique de Ajzen et Fishbein (1980), une synthèse des écrits sur les connaissances pertinentes au don d'organes, les attitudes des professionnels de la santé ainsi que quelques-unes de leurs croyances en lien avec le processus de don d'organes et sur des instruments de mesure sur des variables liées au processus de don d'organes. Nous retrouvons également la description de différentes analyses statistiques retenues pour la validation d'un instrument de mesure en développement et les types d'échelle sélectionnés pour chacune des variables à l'étude. Le troisième chapitre expose les différents éléments de la méthode ainsi que le cheminement qui a conduit au développement de l'instrument de mesure et à la démarche inhérente à sa validation et fiabilité. Les deux derniers chapitres sont consacrés à l'analyse et discussion des résultats liés à l'étude des propriétés psychométriques retenues dans le cadre de cette étude de l'instrument.

CHAPITRE 1
PROBLÈME

1.1 PROBLÈME DE RECHERCHE

La transplantation d'organes offre des chances de survie incontestables pour de nombreuses personnes. Toutefois, un problème majeur persiste; celui du manque de donneurs d'organes. Au Québec, en 1999, des organes ont été prélevés chez 131 donneurs identifiés pour un nombre de 419 organes transplantés. Cependant, ce nombre est insuffisant considérant qu'uniquement au Québec, 794 personnes attendaient une transplantation d'un organe au cours de cette même année (Québec-Transplant, 2000). La pénurie d'organes provient du fait que le nombre de donneurs d'organes identifiés est insuffisant. De plus, le temps d'attente pour une greffe d'organe s'échelonne de quelques jours à plusieurs années, entraînant la mort de personnes qui n'ont pu bénéficier d'une greffe. Selon l'Institut canadien d'information sur la santé (ICSC, 1998), il est nécessaire de doubler le nombre de donneurs pour combler la demande en transplantation d'organes.

Des études ont tenté d'identifier des facteurs qui expliqueraient le nombre de donneurs potentiels non identifiés par les professionnels de la santé. Gortmaker, Beasley, Brigham et collègues (1996) constatent, à l'aide de l'instrument "Medical Record Review" (MRR), que plus de 50 % des donneurs potentiels d'organes ne sont pas identifiés par les professionnels de la santé. Le Partnership for Organ Donation (1998) ayant utilisé le même instrument dans une étude dans 15 centres hospitaliers au Canada identifie des facteurs explicatifs tels que l'inconfort des professionnels de la santé face à la mort cérébrale et leur réticence à approcher les familles des donneurs potentiels pour obtenir leur consentement au don d'organes. D'autres études recensées montrent que la non-identification de donneurs d'organes serait liée au manque de connaissances du

professionnel de la santé, à des croyances et des attitudes contraignantes face au don d'organes ainsi qu'à un manque d'habiletés pour approcher les familles lorsque le professionnel désire faire une demande de don d'organes (Davies, 1996; Davies, 1997; Evanisko, Beasley, Brigham et *al.*, 1998). Ces facteurs mettent en lumière que le comportement « identification des donneurs potentiels d'organes » des professionnels en fonction du don d'organes réfère à plusieurs concepts retrouvés principalement dans la théorie de l'Action raisonnée de Ajzen et Fishbein (1980).

Les connaissances des professionnels de la santé à l'égard du processus de don d'organes sont parmi les premiers concepts étudiés (Corlett, 1985; Matten et *al.*, 1991; Stoeckle, 1990 ; Youngner, Landefeld, Coulton, Juknialis & Leary, 1989). Corlett (1985) souligne que le manque de connaissances sur les critères d'identification d'un donneur est une barrière importante à l'identification des donneurs potentiels d'organes. Davies (1996), Davies (1997) ainsi que Evanisko et collègues (1998) affirment que la difficulté des professionnels de la santé à identifier les donneurs potentiels d'organes serait directement liée à un manque de connaissances sur les signes cliniques de la mort cérébrale, ainsi que sur les critères de sélection d'un donneur d'organes. Ces mêmes observations ont été rapportées dans une étude longitudinale effectuée dans 31 centres hospitaliers (Shafer, Durand, Hueneke et *al.*, 1998). Une des dernières études faisant état des connaissances des professionnels de la santé en regard du don d'organes a été effectuée par Shaheen et Souqiyyeh (2000). Ces derniers ont démontré que les connaissances sur les critères de mort cérébrale et l'identification tardive des donneurs potentiels sont toujours une barrière au processus de don d'organes. Par contre, les résultats d'une étude québécoise (Cloutier, 1993), conduite auprès de 539 infirmières

spécialisées en soins critiques, démontrent que les infirmières ont un niveau élevé de connaissances sur la mort cérébrale et sur les critères de sélection d'un donneur d'organes.

Certaines études identifient les attitudes, un deuxième concept lié au comportement d'identification de donneurs potentiels d'organes. En effet, Wight, Cohen, Miranda, Fernandez et Bearsley (1998) ont étudié les attitudes du personnel hospitalier et leur niveau de confiance face au processus de don d'organes à l'aide du Hospital Attitude Survey (HAS). Cet instrument mesure les attitudes et la perception des professionnels de la santé envers le don d'organes. Les résultats démontrent que l'attitude générale des professionnels de la santé n'est pas favorable au don d'organes et influencerait leur intention d'agir en situation d'identification de donneurs potentiels d'organes. D'autres études effectuées en Espagne, en Grande-Bretagne, en Irlande, aux États-Unis et au Canada, utilisant le même instrument (le HAS), démontrent des résultats comparables. C'est ainsi que Kent (1997), Molzahn (1997) et Watkinson (1995) affirment que les infirmières sont hésitantes à approcher une famille pour une demande de consentement parce qu'elles disent éprouver de l'ambivalence face au don d'organes et éprouver de la difficulté à en parler aux familles. Pour leur part, Swisher, Nieman et Nilsen (1993) ont identifié une attitude d'inconfort face à la mort et au processus de deuil chez certains professionnels de la santé. L'étude de Youngner, Landfield, Coulton, Juknialis et Leary (1989) montre qu'une attitude négative face à la mort cérébrale est reliée aux malaises qu'éprouvent les professionnels de la santé à annoncer la mort cérébrale à la famille et à lui laisser le temps nécessaire pour prendre une décision quant au don d'organes. L'attitude d'inconfort des professionnels de la santé face à la famille et à la mort

cérébrale peut expliquer le refus des familles à consentir à ce don. Gortmaker, Beasley, Brigham et collègues (1996) concluent que les professionnels approchent uniquement 63% des familles de donneurs d'organes; de ces familles approchées, le taux de consentement au don d'organes est inférieur à 70 %. Enfin, une étude multicentrique montre qu'uniquement 38% des professionnels ont l'intention de participer ou d'initier un processus de don d'organes (Wight, Cohen, Miranda, & al, 1998).

Un troisième concept étudié est celui des croyances des professionnels de la santé. Selon Overcast, Evans, Bowen, Hoe et Livak (1984), les membres de l'équipe médicale croient qu'approcher les familles pour obtenir leur consentement au don d'organes ne ferait qu'ajouter à leur peine et à leur angoisse, alors que d'autres professionnels n'hésitent pas à approcher les familles et obtiennent facilement un consentement au don d'organes. Colpart (1999) et Rappaport et Rappaport (1998) disent que certains professionnels de la santé croient que plusieurs religions n'acceptent pas le don d'organes. Pour le Partnership for Organ Donation (1998), les croyances personnelles de certains professionnels de la santé au regard du don d'organes seraient une des causes justificatives au manque d'identification de donneurs potentiels d'organes.

Un quatrième concept, les normes subjectives, concerne les normes que les professionnels de la santé développent dans leur milieu de travail sous l'influence importante qu'exercent les collègues de travail. Selon Ajzen et Fishbein (1980), la perception d'une personne est influencée par la pression sociale, qui en retour influence directement ses intentions d'agir ou de ne pas agir. Ces normes subjectives influenceraient donc les intentions d'agir des professionnels de la santé en lien avec l'identification de donneurs potentiels d'organes. Evanisko et collègues (1998) ont

démonté, dans une étude effectuée auprès de 1061 professionnels de la santé dans 28 centres hospitaliers, que les professionnels de la santé travaillant dans une unité de soins intensifs obtiennent un pourcentage de soutien au don d'organes supérieur aux professionnels travaillant dans d'autres unités de travail. Dans cette même étude, les centres hospitaliers appuyant le don d'organes ont obtenu un taux de réponses plus grand au sondage que les centres hospitaliers n'appuyant pas le don d'organes.

Ces concepts, les connaissances, les attitudes, les croyances et les normes subjectives étant liées aux intentions d'agir, ces dernières étant elles-mêmes liées aux comportements découlent de la théorie de l'Action raisonnée de Ajzen et Fishbein (1980). Ce cadre théorique retenu pour les fins de cette étude permet de guider l'élaboration de l'instrument. La théorie de Ajzen et Fishbein (1980) a pour but de prédire et de comprendre le comportement social dans différents domaines. Selon ces auteurs, l'intention d'agir d'un individu et son comportement sont le reflet de ses attitudes, de ses croyances et des normes subjectives, ces derniers concepts étant tous interreliés et influencés par des connaissances.

Jusqu'à présent, des modèles de soutien ont été développés pour accroître le taux d'identification de donneurs potentiels, diminuer l'attitude d'inconfort des professionnels face à la mort cérébrale et accroître leur intention à approcher des familles pour obtenir leur consentement au don d'organes. Le «Modèle Espagnol», par exemple, consiste à intégrer une coordination nationale, régionale ainsi qu'une coordination dans chaque centre hospitalier en vue de détecter tous les donneurs potentiels d'organes, d'accroître les connaissances, de modifier les attitudes, les croyances et les normes subjectives de tous les professionnels de la santé dans chaque centre hospitalier. Ce modèle de soutien a

CHAPITRE 2
RECENSION DES ÉCRITS

Le présent chapitre décrira tout d'abord la Théorie de l'Action raisonnée de Ajzen et Fishbein (1980) qui sert de cadre de référence à l'étude. Chaque variable sera aussi présentée individuellement en l'appuyant sur une recension d'écrits dans le domaine du don d'organes. Par la suite, différents types d'échelle et de tests de validité et de fidélité utilisés dans une validation d'instrument seront décrits.

2.1 THÉORIE DE L'ACTION RAISONNÉE

La Théorie de l'Action raisonnée est une théorie développée par Ajzen et Fishbein (1980). Elle établit la distinction entre les croyances, les attitudes, les normes subjectives, et les intentions d'agir et le comportement. Cependant, l'intérêt majeur de ce cadre de référence réside dans la potentialité des relations mutuelles entre ces variables. La figure 1 illustre le modèle conceptuel de Ajzen et Fishbein (1980) en ce qui a trait aux relations possibles entre les croyances, les attitudes, les normes subjectives et les intentions d'agir et le comportement. Le but de cette théorie est de prédire et de comprendre les comportements sociaux des individus. La théorie de l'Action raisonnée est utilisée pour mieux comprendre un comportement spécifique et dans une situation bien définie.

Pour Ajzen et Fishbein (1980), chaque **intention d'agir** est considérée comme étant reliée au comportement correspondant à l'intention. Puisqu'ils conçoivent que la plupart des comportements sociaux sont volontaires, sauf lors d'événements imprévus, il est logique qu'une personne exécute les comportements qu'elle a l'intention d'exécuter.

L'intention est influencée par l'attitude de la personne à l'égard de l'acte comportemental et par la norme subjective. En présence de certains comportements, c'est

la dimension attitudinale qui détermine les intentions, tandis que pour d'autres comportements, c'est la norme subjective qui possède la plus forte influence. Ces variations dépendent du contexte spécifié ou des caractéristiques des répondants (Godin et Lepage, 1988).

Selon Ajzen et Fishbein (1980), les **attitudes** sont des prédispositions apprises permettant de réagir d'une manière constamment favorable ou défavorable à un objet quelconque. En 1975, ces auteurs affirmaient que les attitudes se divisaient en valeurs et en sentiments. Les valeurs représentaient l'évaluation qu'un objet est bon ou mauvais, ceci étant représenté dans le modèle de 1980 par l'évaluation subjective des conséquences. Pour leur part, les sentiments étaient des jugements qu'une personne porte à l'effet qu'un objet lui donne l'impression de se sentir bien ou non. Ces sentiments sont identifiés, dans le modèle de la théorie de l'Action raisonnée de 1980, comme étant des **croyanances**. Généralement, les personnes ont entre 5 à 10 croyanances à l'égard d'une action donnée (Godin, 1988). En termes plus concrets, on peut dire que les individus associent des conséquences aux actions qu'ils posent (croyanances) et qu'ils attribuent une valeur à ces conséquences (évaluation) (Houle, 2000).

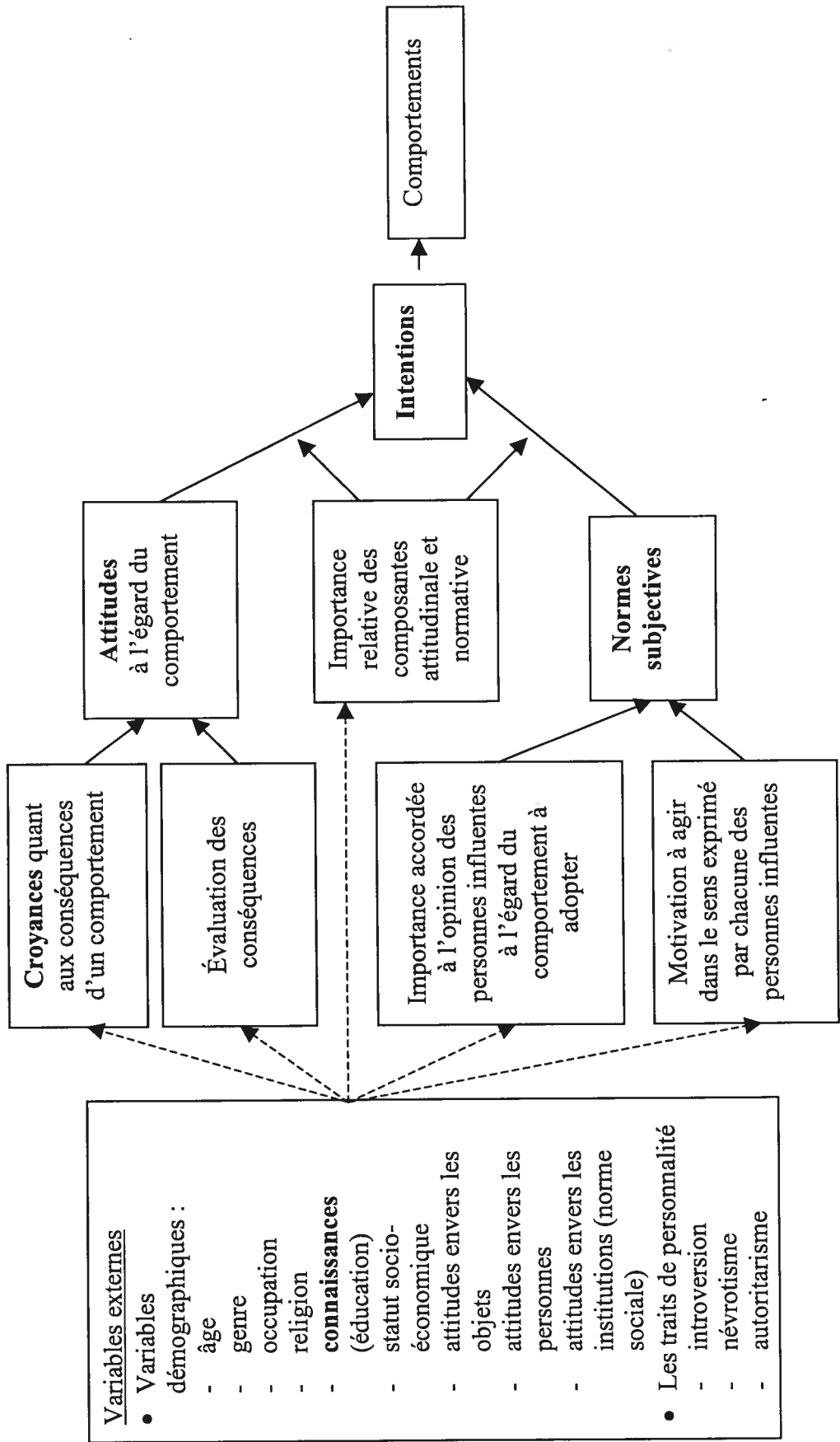
La **norme subjective** est une variable qui a été introduite dans la Théorie de l'Action raisonnée en 1980. Elle est déterminée par les croyanances normatives de l'individu, c'est-à-dire sa perception quant à l'accord ou au désaccord que chaque personne significative lui donne pour qu'il accomplisse l'action et par sa motivation à agir dans le sens exprimé par chacune de ces personnes. On obtient donc la mesure indirecte de la norme subjective en considérant l'accord ou le désaccord perçu de chacune

des personnes significatives pondérée par la motivation à se conformer à l'opinion de chacune de ces personnes (Houle, 2000).

La structure conceptuelle de Ajzen et Fishbein repose sur les croyances représentant la pierre angulaire de leur modèle. En se basant sur les observations directes ou sur les informations provenant de sources extérieures, ou encore en utilisant différents processus inférentiels, une personne apprend ou acquiert un nombre de croyances concernant un objet. Les croyances se divisaient en **connaissances**, opinions et préjugés. En terme de relation entre les croyances et les attitudes, ces mêmes auteurs affirment que l'attitude d'une personne envers un objet est reliée à l'ensemble de ses croyances mais pas nécessairement à une croyance spécifique quelconque. Le modèle théorique de 1980 précise cette relation mais par le fait même redéfinit les croyances et recatégorise les connaissances dans les variables dites «externes» sous le nom d'éducation. Les auteurs incluent, entre autres, dans les variables externes l'âge, le genre, l'éducation et divers traits de personnalité. Ces dernières n'affectent pas la valeur prédictive de la théorie mais sont filtrées à travers les croyances et les autres éléments du modèle.

La théorie de l'Action raisonnée suppose que la connaissance de l'intention d'un individu face à un comportement permet de prédire ce comportement. Toutefois, la valeur prédictive ou la force d'association entre l'intention et le comportement est dépendante de trois conditions. Premièrement, l'intention mesurée doit correspondre au même niveau de spécificité que le comportement étudié et ce, en fonction des critères action, cible, contexte et temps (Godin, 1988). Par exemple, l'identification (action) des

Figure 1 : Schéma du modèle de la Théorie de l'Action raisonnée (Inspiré de Ajzen et Fishbein, 1980, p.84)



-----> Explications possibles des relations observées entre les variables externes et le comportement

-----> Relation théorique postulées entre les variables

donneurs potentiels d'organes (cible) dans un centre hospitalier (contexte) lors de l'intégration d'un modèle de soutien aux professionnels ou d'un programme de formation (temps). La mesure de l'intention et celle de tous les autres sous-systèmes du modèle doivent également respecter ce même niveau de spécificité. Deuxièmement, l'intention ne doit pas changer entre le moment où elle est mesurée et le moment où le comportement est observé. Finalement, le comportement à l'étude doit être sous le contrôle de la volonté (Godin, 1988).

2.2 LA THÉORIE DE L'ACTION RAISONNÉE ET LE DON D'ORGANES

Dans le cadre de cette étude, cinq variables qui composent la Théorie de l'Action raisonnée sont retenues. Ce sont les variables connaissances, croyances, attitudes, normes subjectives et intentions d'agir qui seront décrits dans le contexte du processus de don d'organes.

2.2.1 Connaissances des professionnels

Les premières études effectuées sous le thème du don d'organes concernaient principalement le niveau de connaissance des professionnels de la santé et du public (Corlett, 1985; Matten et *al.*, 1991; Stoeckle, 1990; Youngner et *al.*, 1989). Les connaissances en général furent identifiées comme principale barrière à l'identification des donneurs potentiels d'organes par les professionnels de la santé (Davies, 1996; Davies, 1997; Evanisko et *al.*, 1998).

Les connaissances nécessaires au bon déroulement du processus de don d'organes sont multiples. La recherche de Matesanz (1993) a permis d'identifier le fait qu'au moins

la moitié des résidents en médecine et en chirurgie ne connaissent pas les critères d'identification d'un donneur potentiel d'organes. Les professionnels de la santé auraient également, par manque de connaissance, de la difficulté à identifier un coordonnateur de don d'organes provenant d'un organisme connu. Spinal et Kittur (1990) affirment que 34 % des résidents en médecine ignoraient qui contacter après avoir identifié un donneur potentiel d'organes. Wight et collègues (1998) ont, pour leur part, démontré que seulement 60 % des professionnels détenaient les connaissances de base pour référer le donneur à l'organisme responsable.

En 1997, Molzahn a effectué une étude sur les connaissances, les attitudes, l'engagement en regard du don d'organes et les stratégies d'identification des donneurs d'organes auprès de 2 500 infirmières et de 2 400 médecins. Cette étude fait ressortir le manque de connaissances de ces deux groupes de professionnels portant principalement sur les questions législatives et religieuses et sur les critères d'identification de la mort cérébrale. Les infirmières ont répondu correctement à uniquement 62,2 % des questions tandis que les médecins ont obtenu un taux de 68,3 % de bonnes réponses.

Le manque de connaissances a aussi été un facteur rapporté par Shafer et collègues (1998) lors d'une étude effectuée dans 31 centres hospitaliers dont les professionnels n'avaient identifié aucun donneur au cours des trois dernières années. Lorsque ces professionnels ont été informés de la présence d'un coordonnateur en don d'organes et d'une politique d'avis de décès, le taux de donneurs d'organes a augmenté de 387 %. Dans cette même étude, le nombre de centres hospitaliers ayant identifié au moins un donneur potentiel d'organes a augmenté de 133 %. Une seconde étude a démontré une corrélation positive et significative entre le taux de connaissances sur le don d'organes et

le nombre de donneurs identifiés (Henderson, Chao, Green, Leinen et Mallon, 1998). Selon cette étude, le nombre de donneurs identifiés est passé, en une année, de 14 à 32, après avoir effectué une formation sur les processus de don d'organes auprès des médecins et des infirmières.

Des chercheurs ont pu démontrer une relation positive entre le taux de connaissances sur le processus de don d'organes des professionnels de la santé et le taux de consentement des familles au don d'organes. Ils ajoutent que si les professionnels de la santé connaissaient le moment et le lieu où une demande de don d'organes auprès de la famille doit être faite, les chances que les familles consentent au don d'organes seraient significativement plus élevées (Gortmaker *et al.*, 1996). Ce même constat a été fait par Beasley, Capissela, Brigham, Gunderson, Weber et Gortmaker (1997) qui ont démontré que lorsque les familles sont approchées par un professionnel de la santé détenant les connaissances adéquates, le taux de consentement s'élevait de 46 % à 74,2 %. D'autres études conduites auprès d'infirmières travaillant en soins intensifs ont établi une corrélation positive et significative entre le niveau de connaissances sur le don d'organes et le degré de confiance de ces infirmières à approcher les familles de donneurs d'organes (Bishop, 1994; Dejong, Franz, Wolfe *et al.*, 1997; Dejong, Franz, et Wolfe, 1998; Rice, 1995; Verble et Worth, 2000). Jennings (1998) a évalué l'efficacité d'une formation continue en don d'organes auprès d'infirmières travaillant dans une unité d'urgence. Il a obtenu une corrélation positive et significative entre le niveau de connaissances sur le don d'organes, le nombre de patients référés au don d'organes et le nombre de donneurs d'organes. Dans le même ordre d'idées et suite à une recherche dans la région de Veneto en Espagne, les auteurs disent qu'il est nécessaire d'assurer une formation continue pour

répondre aux besoins d'amélioration et d'accroissement des connaissances sur les techniques d'approche aux familles, sur les composantes émotionnelles et sur les techniques de base en psychologie et communication (Dejong *et al.*, 1998; Procaccio, Barcacini, Meroni, Sarpellon et Verlato, 1998).

Corlett (1985) affirme que les professionnels de la santé préféreraient connaître le choix de la personne décédée avant d'approcher la famille. Ces derniers craignent un impact négatif d'une demande de consentement pour une donation d'organes sur les membres de la famille de donneurs potentiels. Pourtant, les familles de donneurs rapportent que pour elles, le don d'organes est comme un cadeau destiné à des personnes qui en ont besoin (Bledsoe, 1994). Hadingham (1997), Kent (1997) et Pissara (1996) affirment que lorsque la discussion sur le don d'organes avec les familles est faite avec sensibilité et confiance, la réponse de ces dernières est très positive. Les familles se trouvent même privilégiées d'avoir eu la chance de discuter de ce sujet. D'autres chercheurs ont démontré que consentir à un don d'organes facilite le processus de deuil des familles; ces dernières n'hésitant pas dans une proportion de 94 % à vouloir répéter ce même geste dans le futur (Bledsoe, 1994; Dejong *et al.*, 1998; Prottas et Batten, 1988).

Ajzen et Fishbein (1980) soulignent qu'il est possible qu'une variable externe, telle que la connaissance, puisse agir sur trois variables en interrelation : les croyances, les attitudes et les normes subjectives qui, à leur tour, ont une influence sur les intentions liées au comportement. Ainsi, l'acquisition de nouvelles connaissances en ce qui regarde le processus de don d'organes par les professionnels de la santé pourrait influencer les croyances, les attitudes, les normes subjectives des professionnels de la santé et par le fait même pourrait bien accroître le taux d'identification des donneurs d'organes. Ces

connaissances concernent les notions à l'identification des donneurs potentiels, à la déclaration de la mort cérébrale et sur les méthodes d'approche à la famille afin d'obtenir un consentement pour le don d'organes. Il semble que le modèle Espagnol, par la transmission des connaissances relatives au don d'organes, ait modifié les attitudes, les croyances des professionnels de la santé et, par le fait même, ait accru le taux de consentement des familles de donneurs potentiels d'organes (Matesanz et al, 1996). Malgré ces connaissances, ces auteurs disent que les professionnels de la santé les plus adéquats sont ceux qui démontrent de l'intérêt et de l'enthousiasme pour le don d'organes, donc ceux ayant une attitude positive envers le don d'organes.

2.2.2 Attitudes des professionnels

Les écrits fournissent plusieurs définitions de la variable attitudes en lien avec des comportements. Dans le cadre de cette étude, la définition proposée dans la Théorie de l'Action raisonnée est retenue. Pour Ajzen et Fishbein (1980), les attitudes sont une prédisposition acquise permettant de réagir à un objet d'une manière constamment favorable ou défavorable. L'intention est influencée par l'attitude de la personne à l'égard de l'acte de comportement. En présence de certains comportements, c'est la dimensions attitudinale qui détermine les intentions (figure 1).

Plusieurs recherches ont permis de vérifier les différentes attitudes des professionnels de la santé en regard du don d'organes (Bidigare et Oermann, 1991; Cantarovish, Castro et Davalos, 1989; Durand et Davis, 1993; Gaber, Hall et Philips, 1990; Gross, Marguccio et Martinoli, 2000; Kiberd et Kiberd, 1992; Pearson et Bazeley, 1995; Prottas, 1988; Randall et Marwick, 1991; Schütt, 1997; Verble et Worth, 1994;

Yeung, Kong et Lee, 2000). Parmi ces études, le Partnership for Organ Donation a développé un instrument, le « *Hospital Attitudes Survey* » qui regroupe les données de base sur les attitudes du personnel hospitalier et leur niveau de confiance face au processus de don d'organes. Ce dernier a été utilisé en Espagne, en Grande-Bretagne, en Irlande, aux États-Unis et au Canada. La compilation des résultats ainsi obtenus laisse présager une attitude très peu favorable au don d'organes, car uniquement 38 % des répondants sont à l'aise pour introduire le sujet du don d'organes auprès de la famille et 31 % à faire une demande de consentement au don d'organes (Wight *et al.*, 1998). Cependant, une étude effectuée par Molzahn (1997), au Canada, a démontré que les attitudes face au don d'organes sont généralement favorables mais que 83 % des infirmières et infirmiers et 75 % des médecins sont malgré tout hésitants à approcher une famille pour une demande de consentement au don d'organes.

Bon nombre de médecins trouvent délicat, voire stressant, d'aborder la question auprès des familles. Dans une étude effectuée par Davis (1991) certains résultats sont contradictoires en démontrant que 94 % des neurochirurgiens du Texas ont une attitude et une opinion favorables au don d'organes. Dans cette même étude, d'autres résultats démontrent que seulement 76 % d'entre eux donneraient leurs propres organes et seulement 48 % considèrent que le processus lié au don d'organes fait partie de leur responsabilité professionnelle. Une recherche effectuée par Pisarra (1996) démontre que l'attitude favorable des professionnels formés au don d'organes permet à ces derniers d'obtenir un taux plus élevé de consentement des familles au don d'organes que ceux non formés. Dans la théorie de l'Action raisonnée, l'attitude est déterminée par les croyances de la personne. Cette relation a été supportée par Wight et collègues (1998) en identifiant

que les professionnels croyant détenir les connaissances sur le don d'organes nécessaires pour approcher les familles ont une attitude plus positive face au processus de don d'organes.

2.2.3 Croyances des professionnels

Ajzen et Fishbein ont retenu les croyances comme un élément déterminant dans la prédiction du comportement (Ajzen, 1985; Ajzen et Fishbein, 1980; Bandura, 1997). Un comportement est sous le contrôle conscient de la personne et est déterminé en partie par ses croyances et par ses attitudes (Ajzen et Fishbein, 1980). Voyant que ces auteurs utilisent les croyances et les attitudes pour définir le comportement, il convient de définir les croyances afin de pouvoir distinguer cette variable par rapport aux attitudes, les deux étant en étroite relation.

La définition que Ajzen et Fishbein (1980) ont donné au terme croyance consiste en une inférence faite par un individu à propos d'un objet ou d'un sujet déterminé en se basant sur l'ensemble des informations (connaissances) que cet individu a sur l'objet de sa croyance. Le sujet acquiert des croyances par rapport à lui-même, par rapport à d'autres individus, des institutions ou des événements. Ces croyances sont de deux types : comportementales et normatives. Selon ces auteurs, certaines croyances disparaissent rapidement alors que d'autres persistent durant une période relativement longue ou encore s'édifient à partir de nouvelles informations. Les croyances se formeraient donc en associant certaines caractéristiques à l'objet. L'association de caractéristiques positives produirait une croyance favorable à l'égard de l'objet, tandis que l'association de caractéristiques négatives conduirait à une croyance défavorable. Ce premier type de

croyances est dit comportemental car ces croyances sont essentielles pour comprendre et prédire l'attitude et les intentions d'agir d'un individu en rapport à un comportement. Tandis qu'un second type de croyances est dit normatif. Un second type de croyances pour Ajzen et Fishbein sont les croyances normatives. Elles sont relatives aux pressions sociales que perçoit une personne, lesquelles viennent d'individus ou de groupes d'individus. Ces croyances se forment en associant une préférence pour l'accomplissement ou non d'un comportement à un référent particulier.

Lors de la recension des écrits sur le processus de don d'organes, certains auteurs ont fait ressortir les croyances des professionnels de la santé et leur influence sur les attitudes ainsi que sur le processus de don d'organes. Prottas et Batten (1988) et Stoeckle (1990) ont démontré que seulement 66 % des neurochirurgiens et 79 % des infirmières interrogés croient que le don d'organes aide au processus de deuil des familles, ce qui amène ces auteurs à proposer que certains professionnels de la santé sont inconfortables avec le processus de deuil des familles et n'ont pas toujours les connaissances adéquates sur ce sujet. Cloutier (1993) a démontré, dans une étude effectuée auprès d'infirmières du Québec travaillant en soins critiques, que les croyances des infirmières/infirmiers sont favorables au processus de don d'organes. Ces croyances influencent les décisions relatives aux diverses étapes de don d'organes effectuées par les infirmières comme l'identification des donneurs d'organes et l'approche aux familles pour l'obtention d'un consentement au don d'organes. Dans cette même étude, une contrainte à l'identification des donneurs d'organes a également été démontrée et serait liée aux croyances sur l'incertitude du succès des transplantations et de l'amélioration véritable de la qualité de vie.

2.2.4 Normes subjectives des professionnels

C'est par la mesure de la motivation à se conformer à chacun de ces professionnels de la santé que les croyances normatives deviennent significatives pour la personne. Il est alors possible d'établir un lien entre croyances normatives et normes subjectives en démontrant que seuls les individus importants constitueront des déterminants de la norme subjective (Ajzen et Fishbein, 1980). Ces croyances normatives seront regroupées pour estimer la norme subjective relative à la réalisation d'un comportement.

La pression sociale qui s'exerce sur une personne et qui définit les normes subjectives provient d'un ensemble de personnes, ou groupes, que l'individu considère suffisamment importantes pour les considérer lors de la prise de décision. Nolan et Spanos (1989) ont dévoilé, dans leur recherche effectuée auprès de 108 étudiants universitaires en psychologie, que l'identification des donneurs d'organes est un comportement, un objectif dirigé qui peut être contingent au type d'influence sociale auquel une personne est exposée. Cette influence de l'environnement social sur les intentions de comportement est conforme à la norme subjective retrouvée dans la théorie de l'Action raisonnée. C'est la perception qu'a un individu de ce que pensent les personnes importantes à ses yeux au sujet de sa réalisation ou non d'un comportement donné. Cette perception peut être juste ou erronée. Ajzen et Madden (1986) affirment que plus l'influence sociale est présente, plus la personne désire adhérer à un comportement donné, positif ou négatif, et plus grande est la possibilité que ce comportement soit exécuté. Dans cette perspective, un professionnel de la santé peut être influencé par la perception de ce que pensent les personnes qui l'entourent en lien avec le don d'organes.

Cette influence exercée par les normes subjectives affecte les professionnels des unités de soins intensifs à qui il est demandé de solliciter des dons d'organes auprès des membres de famille du client qu'ils ont soigné. Les professionnels ayant pris soin de ce patient se trouvent dans une situation paradoxale : n'ayant pas pu préserver la vie du patient, ils voient mal approcher la famille pour demander un consentement au don d'organes afin de sauver d'autres personnes (Molzahn, 1997). L'expérience de la mort, sa signification culturelle et les valeurs qui y sont rattachées par les professionnels et le patient sont d'autres facteurs qui ont pour effet de diminuer le nombre de familles approchées par les professionnels de la santé (Braun et Nicols, 1996). Wolf (1997) explique que les normes subjectives influencent le don d'organes de manière défavorable dans un des centres hospitaliers de sa région. Plus de 30 % des familles ont refusé le don d'organes, diminuant de 25 % le nombre de donneurs (de 20 à 15) dans ce centre hospitalier.

Les énoncés regroupés dans la variable normes subjectives de l'instrument de Cloutier (1993) portent sur l'influence de variables externes sur la perception en lien avec le don d'organes. Les résultats ont fait ressortir en ordre d'importance l'influence de facteurs externes sur la perception des infirmières face au don d'organes. Les infirmières disent être influencées à 38,1 % parce qu'elles connaissent quelqu'un qui a reçu un organe ou une famille ayant consenti au don d'organes, que les médias influencent à 14,8 % leur opinion tandis que la présence de la famille, la religion et les coûts financiers les influencent très légèrement avec des taux respectifs de 9,5 %, 4,1 % et 2,4 %. Il est probable que ces facteurs influencent les intentions d'agir de ces professionnels de la santé.

2.2.5 Intentions d'agir des professionnels

Selon la théorie de l'Action raisonnée, les connaissances ainsi que les croyances, attitudes et normes subjectives convergent vers un dernier élément : l'intention d'agir. L'intention d'agir est un prédicateur significatif de divers comportements (Otis, 1992). Chaque intention de comportement est reliée au comportement correspondant. Ajzen et Fishbein (1980) conçoivent les comportements sociaux comme relevant de la détermination, une personne devrait exécuter les comportements qu'elle avait l'intention d'exécuter. Dans la théorie de l'Action raisonnée, la détermination d'un individu relativement à un certain comportement est prévisible en fonction de deux autres composantes indépendantes mais interreliées. Ces deux composantes sont l'attitude d'un individu envers sa propre réalisation d'un comportement et la norme subjective de l'individu en rapport à ce comportement. Ainsi, on pourrait postuler qu'un professionnel de la santé croyant fermement que le processus de don d'organes est bénéfique pour les familles ainsi que pour les personnes en attente d'un organe; si elle identifie son milieu comme favorable au don d'organes; si son attitude est favorable à l'identification des donneurs potentiels d'organes ce professionnel de la santé sera en mesure de positiver son intention de comportement et l'orientera en faveur du don d'organes.

La recherche entreprise par Woody (1994) vise à vérifier s'il y a une relation entre l'hésitation d'infirmières travaillant en soins intensifs à approcher les familles de donneurs d'organes et le niveau de connaissances sur le don d'organes. Il désire également vérifier la présence d'une relation entre les connaissances, les attitudes et l'intention d'agir des professionnels de la santé à identifier des donneurs potentiels d'organes. Les résultats ont démontré que plus le niveau de connaissances est élevé, plus

l'attitude de confiance et l'intention d'agir des infirmières à approcher les familles pour une demande de consentement au don d'organes sont élevées.

Comme plus de la moitié des donneurs potentiels d'organes sont toujours non identifiés, il est permis de croire que les professionnels de la santé détiennent peu d'intention d'agir favorablement en regard du don d'organes. Une intention favorable d'agir lors d'un don d'organes serait d'identifier tous les donneurs potentiels d'organes et d'approcher toutes les familles afin d'obtenir un consentement au don d'organes.

2.3 INSTRUMENTS DE MESURES ET DON D'ORGANES

Connaissant les variables à l'étude, la vérification du contenu d'instruments mesurant globalement les mêmes variables, soit connaissances, croyances, attitudes, normes subjectives et intentions d'agir en lien avec le don d'organes, a permis de développer l'instrument de mesure plus adéquatement.

En 1996, Gortmaker, Beasley, Brigham et collègues ont développé un instrument, le « *Medical Record Review (MRR)* », permettant d'identifier les étapes du processus de don d'organes qui sembleraient faire obstacle à la donation d'organes par l'analyse systématique de tous les dossiers des personnes décédées d'un centre hospitalier. Cet instrument permet la compilation des données spécifiques en regard des étapes du processus de don d'organes pour chaque patient qui rencontre les critères de mort cérébrale et qui est médicalement adéquat pour le don d'organes (McNamara, Franz, Fowler, Evanisk et Beasley, 1997). Ces mêmes auteurs ont développé, en 1995, le « *Hospital Attitudes Survey* » (*HAS*) qui mesure uniquement les attitudes des professionnels de la santé face au processus de don d'organes.

Le seul instrument de mesure français qui a incorporé les variables contenues dans la théorie de l'Action raisonnée est celui de Cloutier (1993). L'instrument a été expérimenté auprès de 540 infirmières travaillant en soins critiques dans la province du Québec. L'objectif de l'étude de Cloutier est de connaître les intentions de comportement des infirmières en soins critiques à l'égard du don d'organes. Cet objectif a encadré la rédaction des énoncés dont le contenu porte principalement sur l'intention d'agir des infirmières et leur croyances à procéder au don de leurs propres organes et de ceux des membres de leur famille dans l'éventualité d'un décès. Cet instrument ne peut être utilisé car le contexte d'utilisation de l'instrument est différent que celui désiré par l'étude en cours.

2.4 TYPES D'ÉCHELLE APPROPRIÉS D'UN INSTRUMENT DE MESURE

Les variables retenues pour le développement de l'instrument de mesure sont les connaissances, les croyances, les attitudes, les normes subjectives et les intentions d'agir. Pour mesurer chaque variable, plusieurs types d'échelle peuvent être utilisés. La sélection d'échelles nominale et ordinale permet d'assurer une mesure adéquate et respectueuse de chacune des variables.

Une échelle nominale est simplement une dénomination ou une règle de classification qui permet de différencier des groupes d'événements (Cottraux, 1998). Elle est utilisée pour l'attribution de nombres à des éléments pour représenter des catégories mutuellement exclusives et exhaustives (Fortin, 1996). Les nombres choisis n'ont aucune valeur quantitative, ils ne font que représenter des variables ou des classes différentes qui sont traitées de façon similaire. Deux conditions sont requises pour la constitution d'une

échelle nominale soit : 1) les catégories doivent être exhaustives, c'est-à-dire que chaque élément à classer doit appartenir à une catégorie et 2) les catégories doivent être mutuellement exclusives, c'est-à-dire que les éléments ne peuvent être classés dans plus qu'une catégorie. Ce type d'échelle sera utilisé pour certaines variables démographiques des participants, telles que la religion, le genre, l'ethnie, le pays d'origine, le lieu de travail et le titre d'emploi. Les connaissances représentent des informations qu'on acquiert grâce à la formation, à l'observation ou à l'expérience qui peuvent être mesurées à l'aide d'une échelle nominale selon que les connaissances sont déjà acquises ou non acquises.

Dans l'échelle ordinale, des nombres sont assignés à des éléments selon leurs valeurs relatives pour représenter un ordre de grandeur (Fortin, 1996). Les éléments mesurés peuvent être disposés en ordre ou en rangée le long d'une dimension «plus grand ou plus petit que», il s'agit donc du rang dans une distribution (Cottraux, 1998). Cet ordre de grandeur ne signifie pas que les intervalles entre les variables sont égaux, mais bien que les variables sont ordonnées en plus d'être différentes. L'échelle de Likert fait partie de la catégorie des échelles ordinales mais peut être utilisée dans des statistiques paramétriques parce qu'avec plusieurs données ordinales, il est possible de déterminer une échelle continue en présence d'un continuum sous-jacent d'intervalles. Comme ces échelles produisent des scores dit « additifs », des statistiques plus poussées peuvent être utilisées (Fortin, 1996).

L'échelle de type Likert est utilisée fréquemment pour mesurer l'opinion ou l'attitude d'une personne (Fortin, 1996). Chaque énoncé doit être clair et ne représenter qu'une seule idée. Les termes choisis pour la sélection des réponses doivent être

appropriés au sujet discuté. Les réponses fréquemment sélectionnées pour un accord d'opinion sont *fortement en accord, en accord, un peu en désaccord et totalement en désaccord*. Le répondant doit pouvoir indiquer s'il est plus ou moins en accord ou en désaccord, en choisissant entre sept réponses possibles. De manière à réduire au minimum l'automatisme dans les réponses de la personne, la moitié des énoncés doit être exprimée d'une façon particulière, tandis que l'autre moitié doit être exprimée tout à l'opposé par exemple pour une question favorable à une idée insérer une question défavorable à une idée.

Pour mesurer l'attitude envers un comportement, Fishbein et Ajzen utilisent une échelle de type Likert à sept niveaux, dont l'extrémité droite est représentée par un qualificatif positif et l'extrémité gauche par son opposé. Le niveau central correspond au point neutre d'un comportement. Pour permettre une analyse comparative des variables attitudes et croyances, il est recommandé d'utiliser ce type d'échelle (Fortin, 1996).

Afin d'obtenir la meilleure mesure des intentions d'agir, il est essentiel d'utiliser le terme «intention» dans la rédaction des énoncés d'intention. Par exemple ; « J'ai l'intention de marcher tous les jours ». La stabilité de l'intention comportementale dépend du laps de temps séparant le moment de la mesure de l'intention et de la réalisation effective du comportement. En effet, plus long est l'intervalle de temps, plus grande est la probabilité que des événements imprévus surviennent et provoquent des modifications dans les intentions de comportement (Ajzen et Fishbein, 1980).

Afin de déterminer les perceptions que l'individu a de son milieu, soit les normes subjectives, une échelle ordinale de type Likert en sept niveaux identiques pourrait être

utilisée. Elle permettrait de bien déterminer le niveau de perception des répondants. De plus, puisque pour Ajzen et Fishbein (1980) cette perception est déterminée par un type de croyances et par la relation qui existe entre ces croyances et les normes subjectives, ils recommandent d'utiliser le même type d'échelle pour ces deux variables.

2.5 PROPRIÉTÉS PSYCHOMÉTRIQUES DE L'INSTRUMENT DE MESURE

Afin de s'assurer qu'un instrument mesure bien les diverses variables identifiées, il importe de s'assurer de ses propriétés psychométriques, soit sa validité et sa fidélité.

2.5.1 Validité

La validité se définit comme étant l'aptitude d'un instrument à mesurer le paramètre qu'il est censé mesurer (Vuory, 1984). Trois types de validités sont répertoriées : la validité de contenu, la validité de construit et la validité de critère. Selon Davis et Bush (1995), la validité de contenu et la validité de construit sont les deux propriétés les plus importantes dans le développement de nouvelles échelles dans le domaine des soins infirmiers. C'est la raison pour laquelle la validité de contenu et la validité de construit ont été retenues dans le cadre de cette étude.

La validité de contenu fait référence au contenu des énoncés ou des questions d'un instrument de mesure. Le contenu d'un instrument de mesure est réputé valide lorsque tous les facteurs ou toutes les dimensions de la variable à mesurer sont représentés dans les énoncés de l'instrument de mesure (Fortin, Taggart, Kérouac et Normand, 1988). La validité de contenu est effectuée, avec l'aide de personnes-ressources ou d'informateurs-

clés. Un jugement est apporté par tous les informateurs-clés sur chaque énoncé afin d'évaluer la représentativité de son contenu (Fortin *et al.*, 1988).

La validité de construit peut être évaluée à l'aide de l'analyse factorielle. Cette analyse permet de regrouper plus adéquatement, selon les concepts identifiés, les énoncés d'un instrument de mesure (Watzl et Bausell, 1981). Dans cette étude, l'analyse factorielle servira à évaluer précisément la validité des sous-dimensions de l'instrument.

2.5.2 Fidélité

La *fidélité* d'un instrument reflète la constance, l'exactitude d'un instrument et sa capacité de donner des résultats exempts d'erreurs dues au hasard. Un instrument est fidèle quand, dans les mêmes conditions, son application répétée donne les mêmes résultats (Woods et Catanzaro, 1988). Il y a quatre types de fidélité : test interjuges, stabilité, sensibilité et consistance interne.

Le *test interjuges* est la vérification qu'un même résultat doit être obtenu par deux observateurs utilisant le même instrument au même moment (Cottaux, 1998). L'harmonie entre les observateurs, ou harmonie interjuges, se réfère au degré de concordance entre les estimations des observateurs ou les scores plutôt que l'exactitude de l'instrument lui-même (Fortin, 1996).

La *stabilité* consiste à répéter l'évaluation sur les mêmes sujets mais à des temps différents sans qu'aucune procédure ne soit intervenue. La répétition de cette mesure doit donner le même résultat qu'à la première application. Certains écrits suggèrent une période de deux à quatre semaines entre les prises de mesure (Fortin, 1996). La stabilité de

l'instrument de mesure sera d'autant plus grande que le coefficient de corrélation est plus élevé (Cottraux, 1998).

La *sensibilité* au changement est la capacité d'enregistrer des variations recherchées même minimales (Cottraux, 1998). La sensibilité se définit comme la finesse de discrimination de l'outil d'évaluation. Fidélité et sensibilité sont l'inverse l'une de l'autre : une échelle fidèle est stable et reste peu sensible, une échelle sensible demeure instable. En général les échelles d'évaluation recherchent un degré élevé de sensibilité car leur but est de mettre en évidence des changements cliniques subtiles (Cottraux, 1998).

La *consistance interne* correspond à une corrélation statistique des différents énoncés entre eux ainsi qu'avec le score total obtenu par leur addition (Cottraux, 1998). Cette opération indique comment chaque énoncé est relié aux autres énoncés de l'échelle. Plus les énoncés sont corrélés, plus grande est la consistance interne de l'instrument. Les principales techniques pour apprécier la consistance interne sont : la fidélité moitié-moitié, le coefficient alpha de Cronbach, le coefficient Kuder-Richardson et la corrélation interénoncés (Fortin, 1996).

Les analyses de fidélité retenues pour cette étude sont la stabilité et la consistance interne, les tests interjuges et la sensibilité étant impossibles à effectuer pour des raisons logistiques. La démonstration de la stabilité de l'instrument permettra d'assurer que les changements identifiés relèvent bel et bien des changements mesurables. La consistance interne permettra d'assurer que les énoncés sont regroupés dans les variables plausibles (Fortin, 1996).

Le cadre conceptuel de Ajzen et Fishbein a permis de guider le choix des variables utilisées pour le développement de l'instrument de mesure. La recension a mis en évidence l'importance d'élaborer un instrument mesurant les concepts liés au comportement des professionnels lors d'un processus de don d'organes en centre hospitalier à l'aide des variables connaissances, croyances, attitudes, normes subjectives et intentions d'agir. L'évaluation des propriétés psychométriques de l'instrument sera réalisée afin de s'assurer de la validité et de la fidélité de celui-ci. Le prochain chapitre précisera la méthode utilisée lors du développement de l'instrument de mesure.

CHAPITRE 3

MÉTHODE

Ce chapitre abordera le type d'étude, la définition des variables retenues, le milieu et l'échantillon choisi pour expérimenter l'instrument et le déroulement de l'étude. Finalement, les considérations éthiques seront également abordées.

3.1 TYPE D'ÉTUDE

Cette étude méthodologique a pour but d'élaborer un instrument de mesure et d'en estimer la validité et la fidélité. Cet instrument mesure les variables suivantes : les connaissances, les croyances, les attitudes, les normes subjectives et les intentions d'agir face au don d'organes.

3.2 DÉFINITION DES VARIABLES RETENUES

3.2.1 Connaissances

Les connaissances sont les informations requises par les professionnels de la santé afin d'amorcer un comportement (Ajzen et Fishbein, 1980). Ces informations sont reliées aux principales activités qui composent le processus de don d'organes, soit : 1) l'identification d'un donneur potentiel d'organes ou, 2) la déclaration de la mort cérébrale; et 3) l'approche de la famille afin d'obtenir un consentement pour le don d'organes.

3.2.2 Attitudes

Les attitudes sont définies comme étant une prédisposition acquise permettant de réagir d'une manière constamment favorable ou défavorable à un comportement (Ajzen et Fishbein, 1980).

3.2.3 Croyances

Les croyances sont une inférence faite par un individu à propos d'un objet ou d'un sujet déterminé en se basant sur l'ensemble des informations (connaissances) que cet individu a sur l'objet de sa croyance (Ajzen et Fishbein, 1980).

3.2.4 Normes subjectives

Les normes subjectives sont définies comme étant l'importance accordée à l'opinion de certaines personnes ou groupes de personnes et comme la motivation à se conformer à cette opinion (Ajzen et Fishbein, 1980).

3.2.5 Intentions d'agir

Les intentions d'agir sont définies comme étant la décision d'agir en présence d'un comportement. Elles se situent dans la période immédiatement antérieure à l'action (Ajzen et Fishbein, 1980).

3.3 MILIEU ET ÉCHANTILLON

Le milieu universitaire a été choisi afin d'expérimenter l'instrument. L'échantillon de répondants correspond à un total de 117 infirmières/infirmiers et résidents de médecine en formation. Ces étudiants participaient à une formation intensive en raison d'une journée de cours par semaine en période estivale. Les participants admis à l'étude étaient des adultes, capables de lire et d'écrire le français et détenant un droit de pratique comme infirmières. Trois des participants étaient des résidents de médecine. L'instrument a été distribué à deux reprises à un intervalle de quatre semaines. Malgré que les conditions de lieu et de moment d'administration de l'instrument de mesure ont été les mêmes dans les

deux temps de distribution de l'instrument de mesure, uniquement 39 des 117 étudiants ont participé aux deuxième temps de distribution de l'instrument de mesure.

3.4 DÉROULEMENT DE L'ÉTUDE

Le déroulement de l'étude, présenté au tableau I, regroupe quatre étapes distinctes. La première étape consiste en l'élaboration des énoncés de l'instrument de mesure. La deuxième étape a servi à une validation de contenu de l'instrument auprès d'informateurs-clés ainsi qu'à la vérification de la catégorisation des énoncés dans chacune des variables retenues pour cette étude. Dans les troisième et quatrième étapes, l'instrument de mesure a été utilisé auprès des participants.

Tableau I
Déroulement de l'étude

Étapes chronologiques	Description
Étape 1	Élaboration des énoncés de l'instrument de mesure
Étape 2	Validation de contenu auprès d'informateurs-clés
Étape 3	Utilisation de l'instrument de mesure auprès de participants
Étape 4	Évaluation des propriétés psychométriques de l'instrument

3.4.1 Étape 1 : Élaboration des énoncés de l'instrument de mesure

Afin d'identifier les facteurs liés au comportement des professionnels de la santé à partir des variables contenues dans la théorie de l'Action raisonnée de Ajzen et Fishbein (1980), l'étudiante-chercheure a procédé à une recension des écrits. En cours de lecture, tous les éléments identifiés comme ayant un impact sur le comportement des professionnels de la santé lors d'un processus de don d'organes ont été retenus et formulés

sous forme d'énoncés. Les diverses recherches consultées sur le processus de don d'organes et les professionnels de la santé orientaient leur thématique sur une ou deux des variables retenues dans la présente étude. L'élaboration des énoncés de l'instrument de mesure a aussi été effectuée selon une approche déductive avec l'aide de certaines questions issues du questionnaire de Cloutier (1993), ainsi qu'avec l'expérience dans le milieu du don d'organes et de la transplantation que détient l'étudiante-chercheur de cette étude.

Des énoncés ont été collectés en fonction des variables retenues de la théorie de l'Action raisonnée de Ajzen et Fishbein (1980). Le contenu des 21 énoncés de la variable connaissances regroupe les informations à partir des résultats de recherches effectuées par Czupek (1994), Evanisko et collègues (1998) et Singh (2000). Les 20 énoncés de la variable croyances et les six énoncés de la variable attitudes regroupent les informations retrouvées dans les recherches effectuées par Davis (1991), Gortmaker et collègues (1996) et Wight et collègues (1998). Les 10 énoncés de la variable normes subjectives regroupent les informations retrouvées dans les écrits et recherches effectuées par Beasley et collègues (1997), Braun et Nicols (1996), Molzahn (1997), Siminoff, Arnord et Caplan (1995) et Wolf (1997). Les trois énoncés de la variable intention d'agir ont été formulés par l'étudiante-chercheure en se basant sur les trois principales étapes du processus de don d'organes qui ressortent de l'ensemble des écrits sur le processus de don d'organes. Un total de soixante (60) énoncés ont été rédigés de manière à évaluer les connaissances, les croyances, les attitudes, les normes subjectives et les intentions d'agir en lien avec le comportement du professionnel de la santé face au processus de don d'organes.

Par la suite, une mise en forme et une révision ont été faites en collaboration avec deux professionnels de la santé, dont une détenait une expertise dans le processus de don d'organes et la transplantation, y travaillant depuis plus de dix ans, et l'autre dans la rédaction et la révision de textes. Elles se sont assurées que chaque énoncé : a) contienne un seul énoncé; b) ne puisse faire l'objet d'aucune interprétation; c) puisse être catégorisé dans une variable; d) ne puisse faire partie de deux variables et e) soit clair, compréhensible et bien formulé.

Tel que suggéré par Ajzen et Fishbein (1980), pour chacun des énoncés des variables croyances, attitudes, normes subjectives et intentions d'agir, une échelle de type Likert à sept niveaux a été construite puis retenue. En ce qui concerne la variable connaissances, une mesure dichotomique a été sélectionnée.

3.4.2 Étape 2 : Validation de contenu auprès d'informateurs-clés

L'instrument de mesure, distribué à neuf informateurs-clés, comprenait cinquante énoncés regroupés dans les précatégories des variables connaissances, attitudes, croyances et intentions d'agir, les normes subjectives ayant été omis de l'envoi. Ces informateurs-clés sont des experts en processus de don d'organes, dont deux infirmières enseignantes d'une université du Québec, également expertes en évaluation de questionnaires, et dont une détient un doctorat en éducation; trois infirmières ayant plus de 15 ans d'expérience en soins critiques, dont une détenant une formation universitaire et quatre médecins experts en soins critiques, en don et transplantation d'organes. Ces informateurs ont effectué la validation de contenu afin de s'assurer que les divers aspects

de l'instrument de mesure soient représentatifs du concept visé (Laveault et Grégoire, 1997).

Cette consultation sur la validité de contenu et sur la catégorisation des énoncés tient compte de trois critères bien précis. Les critères ont été structurés sous forme de questions fermées pour permettre aux experts de préciser ou d'expliquer leurs choix. Une section pour les commentaires a également été incluse.

- 1) Est-ce que l'énoncé mesure bien une *variable* (connaissance, attitude, croyance ou intention d'agir) et est-ce que la définition de cette variable était incluse dans la question ?
- 2) Croyez-vous que le contenu de cet énoncé est utile en vue de stimuler l'intention d'agir des professionnels à identifier des donneurs potentiels d'organes ?
- 3) L'énoncé est-il clair, compréhensible et bien formulé ?
- 4) Commentaires

Afin de faciliter l'évaluation des quatre catégories d'énoncés (connaissances, attitudes, croyances et intentions d'agir), les trois critères d'évaluation ont été présentés sous la forme d'un tableau. De plus, les échelles de mesure ont été retirées et chaque variable a été traitée de manière individuelle. Chaque expert a reçu une enveloppe contenant une lettre explicative (annexe B), un questionnaire d'évaluation contenant les énoncés sous la forme d'un tableau et une enveloppe préaffranchie pour le retour du questionnaire. Une période de trois semaines a été allouée pour la validation du questionnaire. Après plusieurs rappels téléphoniques, huit experts sur neuf ont répondu au questionnaire d'évaluation à l'intérieur d'une période de deux mois. Un seul expert n'a pu compléter le questionnaire pour des raisons de manque de disponibilité. Le pourcentage de consensus retenu entre les informateurs-clés est de 75 %.

Les cinquante énoncés ont obtenu un pourcentage d'accord supérieur à 75 % à l'exception de uniquement quatre énoncés (27, 28, 33 et 43) dans le critère demandant si l'énoncé était utile en vue de stimuler l'intention d'agir des professionnels à identifier des donneurs potentiels d'organes (appendice D). Au total, trente-deux énoncés avaient des commentaires faits par les informateurs-clés à raison d'un commentaire par énoncé. Les énoncés 27, 28, 33 et 43 avaient comme commentaire qu'ils ne pouvaient pas stimuler une intention d'agir puisqu'ils concernaient déjà des agissements en lien avec le processus de don d'organes, motivant l'étudiante-chercheure à conserver les quatre énoncés. Les autres commentaires sont des suggestions de catégorisation des énoncés qui seront précisées en cours d'analyse.

3.4.3 Étape 3 : Utilisation de l'instrument de mesure auprès de participants

Pour faciliter l'utilisation de l'instrument de mesure auprès des participants, une mise en forme de toutes les sections a été effectuée. Deux sections ont été ajoutées à l'instrument de mesure, soit les données sociodémographiques et les données contextuelles. Les données sociodémographiques comportent l'année de naissance, le genre, le groupe ethnique, le pays d'origine, la religion, le dernier diplôme obtenu, le type d'emploi à titre d'infirmière ou de médecin, le lieu de travail et le nombre d'années en tant que résident au Québec. Ces données sont identifiées comme variables externes dans la théorie de l'Action raisonnée (figure 1). Malgré que Ajzen et Fishbein (1975) précisent que ces variables externes n'affectent pas nécessairement le comportement d'une personne, il est intéressant d'obtenir des informations descriptives et non nominatives des participants. Ces variables ont été introduites au début de l'instrument de mesure.

Les dix énoncés (QR1-QR2-QR3-QR4-QR5-QR6-QR7-QR8-QR9-QR10) de la section contextuelle désirent mesurer l'implication du participant lors du processus de don d'organes et contient deux sections (voir tableau II). Dans la première section, nous retrouvons trois énoncés qui vérifient le nombre de fois qu'un acte a pu être accompli par le participant lors d'un processus de don d'organes dans son milieu de travail (QR1-QR2-QR3). La deuxième section contenant sept énoncés a été développée afin de vérifier la conception du participant face à certains actes qu'il aurait déjà posés et qui sont contenus dans la thématique du don d'organes (QR4-QR5-QR6-QR7-QR8-QR9-QR10). Les énoncés contextuels sont évalués à l'aide d'une échelle de type Likert à sept niveaux variant de 1 (totalement en désaccord) à 7 (totalement en accord). Le score total varie entre 7 et 49. Plus le score est élevé, plus le participant agit déjà en faveur du don d'organes. L'énoncé 7 est inversé de manière à réduire au minimum l'automatisme dans les réponses du participant.

Tableau II

Présentation des énoncés sur l'implication du participant

No. de l'énoncé	Contenu de l'énoncé
QR1	J'ai déjà identifié un donneur potentiel d'organes.
QR2	J'ai déjà approché une famille en vue d'une demande de consentement au don d'organes.
QR3	J'ai déjà participé aux soins d'un patient en mort cérébrale.
QR4	Lorsqu'un diagnostic de mort cérébrale est confirmé, je vérifie si le patient a signé une carte de don d'organes.
QR5	Dès que des discussions sur le pronostic du patient contiennent l'expression «mort cérébrale probable», j'ai le réflexe de penser au don d'organes.
QR6	Lorsqu'une personne doit être déclarée en mort cérébrale, je m'efforce d'aider ou de faire moi-même (selon l'intervenant) la déclaration de mort cérébrale.
QR7	Lorsque des démarches en don d'organes sont entamées auprès de la famille du donneur, je m'éloigne car je ne sais pas quoi faire.
QR8	J'accepterais une transplantation d'organes si elle s'avérait nécessaire pour me sauver la vie.

No. de l'énoncé	Contenu de l'énoncé
QR9	J'ai déjà consenti au don d'organes en signant ma carte à l'effet que mes organes soient prélevés à ma mort.
QR10	Je n'hésite pas à approcher une famille pour une demande de consentement au don d'organes.

Afin que cet instrument de mesure puisse subir d'autres analyses psychométriques et afin que des données puissent être disponibles pour effectuer la validité de construit et vérifier la fidélité de l'instrument de mesure, ce dernier a donc été utilisé auprès de participants universitaires. Les 10 énoncés normés subjectives ont été ajoutés puisque l'étudiante-chercheuse a jugé pertinent de les garder après considération de l'importance de la norme subjective dans la théorie de Ajzen et Fishbein (1980), même si ces énoncés n'avaient pas subi de validité de contenu suite à la conceptualisation originale de l'instrument.

L'instrument a été distribué à des étudiants qui suivaient une formation universitaire en session estivale. Le même instrument de mesure a été distribué à deux moments identiques, dans les mêmes conditions. Le délai entre les deux rencontres a été d'un mois. L'instrument de mesure a été distribué chaque fois par l'étudiante-chercheuse au tout début de chaque cours suivi par les étudiants. Une moyenne a été effectuée pour déterminer le moyen temps nécessaire utilisé par les participants pour répondre à tous les énoncés de l'instrument de mesure. Cette moyenne a été évaluée à approximativement 20 minutes.

Lors de la première distribution, le nombre total de participants, ayant répondu à l'instrument de mesure ainsi qu'aux questions sur les données sociodémographiques a été

de 117 personnes. Lors de la deuxième distribution, uniquement 39 des 117 participants ont accepté de répondre aux énoncés de l'instrument de mesure. Une des raisons expliquant cette différence est le fait que la formation universitaire avait lieu en période estivale et la participation des étudiants était plutôt irrégulière. De plus, la participation à l'évaluation de l'instrument de mesure se faisait sur une base volontaire. Ainsi, certaines personnes ont choisi de participer une seule fois à l'exercice.

3.4.4 Étape 4 : Évaluation des propriétés psychométriques de l'instrument

Des statistiques descriptives ont été utilisées pour présenter les données recueillies sur les caractéristiques sociodémographiques et contextuelles du groupe d'étude. Elles sont regroupées en trois parties, la première partie représentant les caractéristiques de chaque participant afin de pouvoir décrire la population ayant participé à cette étude. La deuxième partie, qui ne contient que trois énoncés, porte sur le nombre de fois que le participant a accompli un acte lors d'un processus de don d'organes. Finalement, sept énoncés portent sur la perception du participant face à certains actes déjà posés contenus dans la thématique du don d'organes. Des scores, des moyennes et des écart-types ont été calculés pour chaque énoncé et groupe d'énoncés du questionnaire.

La fidélité de l'instrument de mesure a été évaluée dans le cadre de cette étude par la vérification de la stabilité et la consistance interne de l'instrument de mesure. Un test-retest a été effectué afin de vérifier la stabilité qui est déterminée par la constance des réponses obtenues lors de prises répétées d'un instrument effectuées dans les mêmes conditions, auprès des mêmes sujets. La consistance interne a été vérifiée à l'aide du coefficient «alpha de Cronbach» dont la valeur varie entre 0 et 1. Par cette statistique, il est possible de connaître la consistance interne de chacune des variables. La norme

minimale proposée pour l'alpha de Cronbach est de 0,70, alors que l'écart idéal se situe entre 0,70 et 0,895 (Cronbach, 1951; Nunnally, 1978). Plus le coefficient s'approche de 1, plus l'outil est jugé consistant. La corrélation interénoncés établit le degré de corrélation entre chaque énoncé individuel d'une échelle de mesure et le score total de cette même échelle. Dans un tableau de matrice de corrélation interénoncés, une valeur de coefficient de corrélation r de Pearson supérieur à 0,65 représente une forte corrélation entre les énoncés d'une même variable. Une faible corrélation entre deux énoncés démontre que ces deux énoncés mesurent des données différentes.

Une analyse factorielle a été effectuée afin d'évaluer et d'écrire la validité de construit de chacune des cinq variables : connaissances, croyances, attitudes, normes subjectives et intentions d'agir. Cette analyse a permis de vérifier si les énoncés sont consistants ou non avec la structure factorielle postulée. Lorsque les énoncés sont compatibles avec plusieurs structures latentes, l'analyse factorielle ne nous permet pas de déterminer laquelle choisir (Laveault et Grégoire, 1997). Selon Green et Lewis (1986), les énoncés désignés pour mesurer le même construit sous-jacent devraient converger et démontrer un coefficient de corrélation assez important ($r = 0,35$). Les valeurs mentionnées dans des tableaux d'analyses factorielles représentent les saturations des épreuves par chacun des facteurs. Elles sont les corrélations entre les facteurs et les variables. En élevant une saturation au carré, nous obtenons le pourcentage de variance d'une variable déterminée par le facteur en question. Les critères à considérer pour identifier une saturation comme étant élevée varient d'une étude à une autre, mais la majorité des chercheurs utilisent comme point central une saturation basse à 0,35 et une saturation haute à 0,55 (Munro, Visintainer et Page, 1986). Ainsi, ce pourcentage

représente l'approximation de la quantité d'énoncés retrouvés dans ce facteur. La communalité représente la somme des carrés de chacun des facteurs d'un même énoncé. Elle exprime le pourcentage de variance de l'énoncé à l'aide de tous les facteurs. Finalement, le *eigenvalue* représente la valeur totale des variances retrouvées dans un seul facteur. Les chercheurs désirent connaître le nombre de facteurs qui expriment un minimum de 5 % des variances, ce qui est représenté par un *eigenvalue* supérieur à 1,00 (Munro et al, 1986).

3.5 CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES

Cette étude a été effectuée auprès d'infirmières et de médecins en formation dans une université de Montréal. Leur participation se faisait sur une base volontaire et tous les participants ont reçu l'instrument de mesure afin de faire un libre choix de participation sans que les autres participants en prennent connaissance. Les participants ont été assurés de l'anonymat des données recueillies. Pour s'en garantir, un code défini par le participant a été utilisé pour permettre de faire un lien entre les deux séries d'instruments de mesure utilisés pour les tests statistiques. Les comités d'éthique de deux centres hospitaliers universitaires ont donné leur accord et un certificat a été émis.

CHAPITRE 4
PRÉSENTATION DES RÉSULTATS DE L'ÉTUDE

Dans le présent chapitre, les résultats des quatre étapes de l'étude méthodologique sont présentés. Une première étape consiste en l'élaboration des énoncés de l'instrument de mesure et leur catégorisation dans les cinq variables retenues. Dans une deuxième étape, les résultats de la validation de contenu de l'instrument seront présentés. La troisième étape concerne l'utilisation de l'instrument de mesure auprès d'un échantillon de répondants. Finalement, la quatrième étape discutera de l'analyse et de l'interprétation des résultats propres aux propriétés psychométriques de l'instrument de mesure.

4.1 ÉTAPE 1 : ÉLABORATION DES ÉNONCÉS DE L'INSTRUMENT DE MESURE

La première étape de cette étude comportait l'élaboration des énoncés de l'instrument de mesure ainsi que le choix de l'échelle de mesure pour chacune des variables. Tel qu'expliqué dans le chapitre précédent, l'élaboration des énoncés a été effectuée à l'aide des informations contenues principalement dans les recherches effectuées par les chercheurs Beasley, Caplan, Davis, Gormaker, Siminoff et Wolff et autres écrits, à l'aide des éléments contenus dans le questionnaire de Cloutier (1993), ainsi qu'à partir de l'expérience professionnelle de l'étudiante-chercheuse dans le domaine du don d'organes. Dans la première version du questionnaire, 60 énoncés ont été élaborés et précatégorisés dans les cinq variables retenues de la théorie de l'Action raisonnée (1980) (tableau III). Les énoncés de la variable connaissances ont été numérotés de 1 à 21 de manière consécutive. Les énoncés des variables croyances, attitudes et intentions ont été mélangés puis numérotés de 22 à 50. Puisque la variable normes subjectives représente l'importance accordée à l'opinion de certaines personnes ou groupes de personnes et que

les énoncés de la partie contextuelle de l'instrument représentent les agir du participant lors d'un processus de don d'organes, cela a incité l'étudiante-chercheure à regrouper les énoncés de ces deux groupes. Les numéros d'énoncés 11 à 20 étant utilisés à deux reprises soit pour les énoncés de la variable connaissances et de la variable normes subjectives, il a été décidé par l'étudiante-chercheure et la directrice du mémoire de donner l'appellation NS11 à NS 20 pour les énoncés de la variable normes subjectives.

Tableau III
Répartition des énoncés par variable

Variables	Énoncés
Connaissances	1 à 21
Attitudes	26, 27, 28, 44, 47, 49
Croyances	22 à 25, 30 à 37, 39 à 43, 45, 46, 48
Normes subjectives	NS 11 à 20
Intentions d'agir	29, 38, 50

4.1.1 Connaissances sur le don d'organes

Vingt-et-un énoncés (énoncés 1-21) ont été développés sur les connaissances générales requises par les professionnels de la santé afin d'amorcer le processus de don d'organes. Les énoncés 1, 2, 4, 6, 8, 9, 10 et 16 regroupent les informations utilisées par les professionnels lors de l'identification des donneurs potentiels d'organes; les énoncés 11, 14, 15, 17 et 21 contiennent les informations concernant la déclaration de la mort cérébrale et les énoncés 3, 5, 7, 12, 13, 18, 19 et 20 sont les informations sur les éléments importants à utiliser lors de l'approche d'une famille afin d'obtenir un consentement pour le don d'organes (tableau IV). L'échelle dichotomique permettant de mesurer le niveau de connaissances des participants, à savoir s'ils détenaient ou non cette connaissance précise,

a été favorisée pour ce type de variables. Pour chacun des énoncés, un score de 0 est accordé si la réponse est incorrecte ou ignorée. Afin de réduire au minimum l'automatisme dans les réponses du participant, six réponses sur 21 sont fausses, 12 sont vraies et trois nécessitent un choix multiple de réponses qui sont regroupées lors de la compilation statistique par la suite en « oui, si la sélection des réponses est adéquate » et « non, si la sélection des réponses n'est pas adéquate ». Le score total peut varier entre 0 et 21. Plus le score se rapproche de 21, plus le niveau de connaissances sur le don d'organes est élevé.

Tableau IV
Présentation des énoncés de la variable «connaissances»

No. de l'énoncé	Contenu de l'énoncé
1	Actuellement, chez les êtres humains, la principale source d'organes pour la transplantation provient du corps humain.
2	Une banque d'organes humains est actuellement disponible pour les personnes en attente d'une transplantation d'organes.
3	Parmi les organes suivants lesquels sont transplantables.
4	Les cornées, la peau, les os et les valves cardiaques peuvent être prélevés même si le cœur a cessé de battre.
5	La personne en attente d'une transplantation d'organes peut se permettre le luxe d'attendre le donneur de son choix.
6	Au Québec et au Canada, pour combler les demandes en transplantation d'organes, il faudrait doubler le nombre de donneurs d'organes.
7	En 1999, au Québec, le nombre de personnes en attente d'une transplantation d'organes était de
8	En identifiant un seul donneur d'organes, les professionnels de la santé peuvent aider entre une à dix personnes en attente d'organes.
9	Le fait de ne pas identifier de donneur d'organes peut faire une différence significative sur la survie de personnes en attente d'organes.
10	Chaque année, au Québec, un donneur d'organes sur deux n'est pas identifié.
11	Au Québec, à chaque fois qu'un patient est déclaré en mort cérébrale, le centre hospitalier est dans l'obligation de le référer à l'organisme responsable du don d'organes (Québec-Transplant).
12	La demande de consentement au don d'organes auprès d'une famille doit se faire au même moment que l'annonce de la mort cérébrale.

No. de l'énoncé	Contenu de l'énoncé
13	Les données statistiques démontrent qu'une fois approchées, très peu de familles consentent à faire don d'organes.
14	La mort cérébrale se définit comme la cessation irréversible des fonctions cérébrales et du tronc cérébral.
15	La mort cérébrale est l'équivalent de la mort clinique.
16	Les critères permettant d'identifier un donneur potentiel d'organes sont :
17	Légalement, pour déclarer une personne en mort cérébrale, il est nécessaire d'effectuer deux examens cliniques ou un examen clinique et un examen démontrant l'absence d'activités cérébrales.
18	Il est habituellement difficile pour la famille d'un patient déclaré en mort cérébrale de comprendre ce qu'est la mort cérébrale.
19	En général, les croyances religieuses représentent un obstacle au consentement de don d'organes pour la famille d'un donneur.
20	Une période de réflexion de 24 à 48 heures peut être allouée à la famille pour un consentement au don d'organes, suite à la déclaration de la mort cérébrale.
21	D'un point de vue légal, les examens de déclaration de la mort cérébrale doivent être exécutés à au moins deux heures d'intervalle par 2 médecins différents.

4.1.2 Attitudes au regard du don d'organes

Les six énoncés (26, 27, 28, 44, 47 et 49) regroupés dans la variable attitudes permettent de démontrer si les attitudes des participants sont favorables ou défavorables à chacune des étapes du processus de don d'organes (Tableau V). Le contenu de l'énoncé 49 exprime une attitude liée à des croyances religieuses face au don d'organes. Les énoncés 26, 27 et 47 concernent le deuil et la mort du patient. Les énoncés 28 et 44 permettent de démontrer l'attitude du professionnel de la santé face à une famille en deuil. Les réponses sont données sur une échelle de type Likert à sept choix variant de 1 (totalemment en désaccord) à 7 (totalemment en accord). Le score total peut varier entre 6 et 42. Plus le score total est élevé, plus le participant a des dispositions favorables au don d'organes.

Tableau V
Présentation des énoncés de la variable « attitudes »

No. de l'énoncé	Contenu de l'énoncé
26	Pour moi, il est difficile d'accepter le décès d'un patient quelle qu'en soit la cause.
27	Lorsque la mort cérébrale d'un patient est confirmée, ma motivation à le soigner diminue.
28	En tant que professionnel de la santé, je crois avoir une part de responsabilité face à la famille en deuil.
44	Lorsqu'une famille est en situation d'attente d'un diagnostic de mort cérébrale, je me sens incapable de lui offrir toute forme de soutien.
47	En général, la mort de mes patients me rend inconfortable.
49	Mes croyances religieuses influencent mon opinion à l'égard du don d'organes.

4.1.3 Croyances sur le don d'organes

Les 20 énoncés (22, 23, 24, 25, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 39, 40, 41, 42, 43, 45, 46 et 48) regroupés dans la variable croyances représentent les idées et les convictions sur le processus de don d'organes et sur des éléments qui y sont liés (tableau VI). Les énoncés 23, 30, 32, 34, 37, 39, 40 et 45 concernent le processus de don d'organes. Les croyances en lien avec la transplantation se regroupent dans les énoncés 31, 43 et 48. Les énoncés 33, 35 et 41 discutent des croyances en lien avec le deuil, les énoncés 22, 24, 25 et 46 discutent des croyances en lien avec la mort et le moment de la mort du patient et les énoncés 36 et 42 traitent des croyances concernant la souffrance (Tableau VI). Se basant sur la théorie de l'Action raisonnée, les croyances se forment chez une personne à partir d'observations directes, de processus d'inférences et d'informations provenant de différentes sources. Comme recommandé par Ajzen et Fishbein (1980), les croyances sont mesurées à l'aide d'une échelle de type Likert à sept choix variant de 1 (totalement en désaccord) à 7 (totalement en accord). Le score total peut varier entre 10 et 140. Plus

le score total est élevé, plus le participant a des croyances favorables au don d'organes. Il est à noter que les scores des énoncés 22, 23, 24, 25, 35, 36, 37, 42, 43 et 45 sont inversés afin d'éviter l'automatisme dans les réponses des participants.

Tableau VI
Présentation des énoncés de la variable «croyances»

No. de l'énoncé	Contenu de l'énoncé
22	Malgré la confirmation de la mort cérébrale d'un patient, il m'arrive de penser que ce dernier est toujours vivant.
23	Je crois que je n'ai pas suffisamment de connaissances pour identifier les critères de mort cérébrale chez un patient.
24	Je crois que de déclarer une personne en mort cérébrale est comme prolonger sa mort.
25	Pour moi, la déclaration d'un patient en mort cérébrale signifie un échec professionnel.
30	Je crois détenir suffisamment de connaissances pour faire une demande de consentement au don d'organes auprès d'une famille.
31	Je crois que les personnes en attente d'organes ont le droit à une seconde chance à la vie.
32	Je crois important de respecter le choix du patient décédé, qu'il ait été en faveur ou non du don d'organes avant son décès.
33	Je crois qu'identifier un patient comme donneur potentiel peut aider la famille à trouver un sens à la mort et au deuil.
34	Je crois que l'identification de donneurs d'organes est une de mes responsabilités professionnelles.
35	Je crois que le don d'organes complique le deuil des familles.
36	Solliciter une famille pour un don d'organes peut lui créer un fardeau additionnel.
37	Je crois que je n'ai pas suffisamment de connaissances pour identifier un donneur potentiel d'organes.
39	Je crois avoir une certaine responsabilité professionnelle face aux personnes qui sont en attente d'organes.
40	Je crois que le fait de ne pas approcher les familles pour une demande de don, c'est de refuser pour eux.
41	Je crois que faire don d'organes aide les familles de donneurs dans son processus de deuil.
42	Je crois qu'offrir la possibilité de faire don d'organes ne fait que prolonger les souffrances morales des familles du donneur.
43	Je crois que la transplantation d'organes est une technique plus nuisible qu'aidante pour les personnes qui reçoivent l'(es) organe(s).
45	Je crois qu'approcher une famille pour une demande de consentement au don d'organes nécessite une technique très complexe.

No. de l'énoncé	Contenu de l'énoncé
46	Je crois que tout le processus de don d'organes peut aider la famille dans la compréhension des événements liés à la mort d'un des leurs.
48	Je crois que la transplantation d'organes est une technique qui peut sauver des vies.

4.1.4 Normes subjectives sur le don d'organes

Les dix énoncés (NS11, NS12, NS13, NS14, NS15, NS16, NS17, NS18, NS19 et NS20) regroupés dans la variable normes subjectives se définissent comme les attitudes et intentions d'agir des collègues du milieu de travail face au don d'organes, telles que perçues par les participants (Tableau VII). Ces énoncés se regroupent en trois éléments dont le processus de don d'organes pour les énoncés NS11, NS17, NS18, NS19 et NS20, la mort cérébrale avec les énoncés NS12, NS13, NS14 et NS15 et le deuil avec l'énoncé NS16.

Tel qu'expliqué dans le chapitre 2, Ajzen et Fishbein (1980) disent que les normes subjectives sont l'importance accordée par l'individu à l'opinion de certaines personnes et/ou groupes de personnes de son entourage et par la motivation à se conformer à cette opinion. Les énoncés élaborés permettent d'identifier l'importance accordée par les participants à leur milieu face au processus de don d'organes. Les normes subjectives sont mesurées à l'aide d'une échelle de type Likert à sept niveaux variant de 1 (totalement en désaccord) à 7 (totalement en accord). Le score total peut varier entre 10 et 70. Plus le score total est élevé, plus le participant perçoit son milieu comme étant un milieu favorable au don d'organes.

L'énoncé 12 étant inversé, une attention particulière y a été portée durant les analyses statistiques. Afin de différencier les énoncés connaissances des énoncés normes

subjectives détenant le même numéro, les énoncés de la variable normes subjectives sont précédés des lettres NS pour Normes Subjectives.

Tableau VII
Présentation des énoncés de la variable « normes subjectives »

No. de l'énoncé	Contenu de l'énoncé
NS11	En général, les personnes de mon milieu de travail sont en faveur du don d'organes.
NS12	En général, dans mon milieu de travail, la priorité des lits est accordée aux patients vivants et non aux patients en mort cérébrale.
NS13	En général, dans mon milieu de travail, la définition donnée à la mort est celle d'une libération des souffrances pour la personne qui décède.
NS14	Dans mon milieu de travail, nous retrouvons des procédures de déclaration de la mort cérébrale pour nous soutenir dans nos démarches.
NS15	Dans mon centre hospitalier, nous avons une équipe de soins pour nous assister dans la déclaration de la mort cérébrale d'un patient.
NS16	Dans mon centre hospitalier, nous avons une personne ressource pour nous supporter face à la perte d'un patient.
NS17	Dans mon centre hospitalier, nous avons une personne responsable du don d'organes et de tissus.
NS18	Mon équipe de travail pense que consentir au don d'organes est un geste noble.
NS19	Dans mon équipe de travail, identifier un donneur d'organes est considéré un élément valorisant de notre travail.
NS20	Mon équipe de travail pense que l'on devrait offrir l'option du don d'organes à toutes les familles dont un des membres est déclaré en mort cérébrale.

4.1.5 Intentions d'agir face au don d'organes

Les trois énoncés (29-38-50) regroupés dans la variable intentions d'agir représentent les intentions d'agir des professionnels de la santé à déclarer la mort cérébrale avec l'énoncé 29, à identifier un donneur potentiel d'organes par l'énoncé 38 et à approcher des familles de donneur avec l'énoncé 50, trois étapes nécessaires au processus de don d'organes (tableau VIII). Les intentions d'agir des professionnels de la santé sont mesurées à l'aide d'une échelle de type Likert à sept niveaux variant de 1

(totalemment en désaccord) à 7 (totalemment en accord). Le score total peut varier entre 3 et 21. Plus le score est élevé, plus le participant a l'intention de s'engager dans le processus de don d'organes.

Tableau VIII
Présentation des énoncés de la variable « intentions d'agir »

No. de l'énoncé	Contenu de l'énoncé
29	J'ai l'intention d'identifier les patients qui répondent aux critères de mort cérébrale.
38	J'ai l'intention de faire tout ce qui est en mon pouvoir pour identifier tous les donneurs potentiels d'organes.
50	J'ai l'intention d'approcher toutes les familles, dont un des membres a été déclaré en mort cérébrale pour obtenir leur consentement au don d'organes

4.2 ÉTAPE 2 : VALIDATION DE CONTENU AUPRÈS D'INFORMATEURS-CLÉS

La validité de contenu a été effectuée à l'aide d'un jury de huit professionnels de la santé. Ces derniers avaient à évaluer la clarté, la compréhension et la formulation des cinquante énoncés regroupés dans les variables connaissances, croyances, attitudes et intentions d'agir. Les dix énoncés relatifs aux normes subjectives ont été omis et n'ont pas été soumis à l'exercice de validité de contenu. De plus, ces informateurs-clés devaient s'exprimer à savoir si chaque énoncé avait été classifié dans la bonne variable et était utile en vue de stimuler l'intention d'agir des professionnels à identifier des donneurs potentiels d'organes. Tous les critères ont été jugés sur une échelle dichotomique oui ou non. Les données numériques ont été définies comme suit : 1 pour toute réponse affirmative et 0 pour toute réponse négative. Une compilation des résultats et commentaires aux critères demandés a été effectuée et est illustrée sous forme de tableau (annexe C). Un

pourcentage minimum de 75 % de consensus entre les informateurs-clés a été retenu pour chaque critère de chacun des énoncés (tableau IX).

Tableau IX
Compilation des pourcentages de consensus

		Mesure bien une ...	Stimuler l'intention d'agir	Clair, bien formulé, compréhensible
Connaissances	Énoncé 1	100,00	100,00	93,75
	Énoncé 2	100,00	100,00	93,75
	Énoncé 3	100,00	87,50	100,00
	Énoncé 4	100,00	100,00	93,75
	Énoncé 5	100,00	87,50	100,00
	Énoncé 6	75,00	100,00	100,00
	Énoncé 7	87,50	100,00	100,00
	Énoncé 8	100,00	100,00	100,00
	Énoncé 9	93,75	93,75	93,75
	Énoncé 10	100,00	100,00	93,75
	Énoncé 11	100,00	100,00	100,00
	Énoncé 12	87,50	87,50	75,00
	Énoncé 13	100,00	100,00	100,00
	Énoncé 14	100,00	93,75	100,00
	Énoncé 15	100,00	100,00	100,00
	Énoncé 16	100,00	100,00	100,00
	Énoncé 17	100,00	100,00	100,00
	Énoncé 18	100,00	87,50	100,00
	Énoncé 19	87,50	75,00	87,50
	Énoncé 20	100,00	87,50	100,00
	Énoncé 21	100,00	100,00	100,00
Attitudes	Énoncé 26	100,00	75,00	100,00
	Énoncé 27	100,00	62,50	75,00
	Énoncé 28	100,00	62,50	100,00
	Énoncé 44	100,00	75,00	100,00
	Énoncé 47	100,00	75,00	100,00
	Énoncé 49	100,00	87,50	100,00
Croyances	Énoncé 22	100,00	87,50	87,50
	Énoncé 23	100,00	87,50	100,00
	Énoncé 24	100,00	75,00	87,50
	Énoncé 25	87,50	75,00	100,00
	Énoncé 30	87,50	87,50	100,00

		Mesure bien une ...	Stimuler l'intention d'agir	Clair, bien formulé, compréhensible
	Énoncé 31	100,00	87,50	100,00
	Énoncé 32	87,50	75,00	100,00
	Énoncé 33	87,50	62,50	87,50
	Énoncé 34	87,50	87,50	100,00
	Énoncé 35	100,00	75,00	100,00
	Énoncé 36	100,00	75,00	100,00
	Énoncé 37	100,00	75,00	100,00
	Énoncé 39	100,00	87,50	100,00
	Énoncé 40	87,50	75,00	75,00
	Énoncé 41	100,00	87,50	93,75
	Énoncé 42	100,00	75,00	93,75
	Énoncé 43	100,00	62,50	75,00
	Énoncé 45	100,00	75,00	100,00
	Énoncé 46	100,00	87,50	100,00
	Énoncé 48	87,50	87,50	100,00
Intentions d'agir	Énoncé 29	100,00	87,50	100,00
	Énoncé 38	100,00	87,50	100,00
	Énoncé 50	100,00	87,50	100,00

Les résultats de la compilation pour le premier critère d'évaluation, à savoir si l'énoncé mesure bien une des quatre variables (connaissances, attitudes, croyances et intentions) selon la définition de la variable ciblée, révèlent qu'un seul énoncé a obtenu un pourcentage limite de 75 %. Trente-huit (38) énoncés ont obtenu un pourcentage de 100 %, un seul d'entre eux a obtenu un résultat de 93,75 % et 10 énoncés ont obtenu un résultat de 87,5 %. Pour certains énoncés, le commentaire suivant a été inscrit à plusieurs reprises « cet énoncé peut également être une croyance ou une attitude ou même une connaissance ». De manière plus précise, les énoncés portant les numéros 26, 28 et 49 sont jugés par les informateurs-clés comme étant une croyance plutôt qu'une attitude; les énoncés 40, 22 et 25 sont jugés plutôt comme étant une attitude au lieu d'une croyance; les énoncés 48, 32 et 30 sont perçus comme étant une connaissance au lieu d'une

croissance; l'énoncé 5 est perçu comme étant une attitude plutôt qu'une connaissance et l'énoncé 9 comme une croyance plutôt qu'une connaissance (tableau X). Les informateurs-clés ont fait des commentaires pour 32 énoncés, mais le même énoncé n'a jamais eu deux commentaires identiques (Appendice D).

Tableau X
Suggestion de catégorisation des énoncés par les informateurs-clés

Numéro d'énoncés	Variable initiale	Variable suggérée
5	Connaissance	Attitude
9	Connaissance	Croyance
22	Croyance	Attitude
25	Croyance	Attitude
26	Attitude	Croyance
28	Attitude	Croyance
30	Croyance	Connaissance
32	Croyance	Connaissance
40	Croyance	Attitude
48	Croyance	Connaissance
49	Attitude	Croyance

La compilation du deuxième critère d'évaluation de l'instrument de mesure concernait la croyance sur le fait que le contenu de l'énoncé serait utile en vue de stimuler l'intention d'agir des professionnels à identifier des donneurs potentiels d'organes. L'objectif de ce critère d'évaluation visait à connaître l'impact de l'énoncé sur le professionnel de la santé. Les résultats sont mitigés puisque quatre énoncés ont obtenu un pourcentage inférieur à 75 %.

Si nous détaillons les résultats par variable pour le deuxième critère d'évaluation, nous retrouvons dans la variable connaissances un seul énoncé dont le pourcentage est de

75 %. Les autres réponses aux énoncés sur les connaissances se détaillant comme suit : 13 énoncés dont le pourcentage est de 100 %, deux énoncés avec 93,75 % et cinq énoncés avec 87,5 % comme résultat. C'est dans la variable attitudes que nous retrouvons deux énoncés ayant obtenu un pourcentage de 62,5 %, trois énoncés avec 75 % et un énoncé ayant 87,5 % ainsi que des commentaires disant de reformuler ou d'enlever un adverbe dans l'énoncé, corrections qui ont été effectuées. Dans la variable intentions d'agir les trois énoncés ont obtenu un pourcentage de 87,5 %. Finalement, dans la variable croyances, deux énoncés ont un pourcentage de 62,5 %, neuf avec 75 % comme résultat, neuf ayant 87,5 %.

Le seul commentaire transmis par deux informateurs-clés dans cette section précisait que le fait de questionner les participants n'était pas suffisant pour stimuler les professionnels de la santé à développer une intention d'agir à identifier des donneurs potentiels d'organes.

La compilation des résultats du dernier critère d'évaluation de l'instrument de mesure, voulant vérifier si les énoncés étaient clairs, compréhensibles et bien formulés, sont très positifs. Les autres résultats obtenus sont de 87,5 % (4 énoncés), de 93,75 % (7 énoncés) et de 100 % (35 énoncés) .

Les commentaires portaient sur la formulation de certains énoncés. De plus, certains informateurs-clés ont souligné des mots dans certains énoncés et d'autres énoncés ont été décrits comme un peu longs. Tous les commentaires ont été pris en considération, ainsi les énoncés 12, 19 et 40 ont été reformulés selon les

recommandations des informateurs-clés, afin d'assurer une bonne compréhension pour les futurs participants.

À la lumière de ces résultats, tous les énoncés présentés aux informateurs-clés ont été retenus pour l'instrument de mesure. Pour compléter l'instrument de mesure, les 10 énoncés qui composent la variable des normes subjectives ont été ajoutés aux 50 énoncés retenus suite à la validité de contenu. Donc, aucun changement n'a été effectué, mais une attention plus particulière devra être portée aux énoncés 5, 9, 22, 25, 26, 28, 30, 32, 40, 48, 49 (tableau X) afin d'assurer une catégorisation adéquate de chaque énoncé. Afin de compléter l'instrument de mesure, les 20 énoncés constituant le profil sociodémographique et le profil contextuel ont été ajoutés au début de l'instrument de mesure.

4.3 ÉTAPE 3 : UTILISATION DE L'INSTRUMENT DE MESURE AUPRÈS DES PARTICIPANTS

L'instrument de mesure comportait donc 83 énoncés qui se répartissent comme suit : 20 énoncés dans la variable connaissances, 6 énoncés dans la variable attitudes, 21 énoncés dans la variable croyances, 10 énoncés dans la variable normes subjectives et trois énoncés dans la variable intentions d'agir. Le profil sociodémographique et le profil contextuel des participants contenant 23 énoncés en regard du don d'organes, ont été ajoutés à l'instrument de mesure. Des dix énoncés contenus dans le profil contextuel visant à connaître l'expérience des participants en regard du processus de don d'organes, trois portent sur le nombre de fois que le participant a accompli un acte lors d'un

processus de don d'organes et sept énoncés portent sur la perception du participant face à certains actes qu'il a déjà effectués, contenus dans la thématique du don d'organes.

4.3.1 Déroulement de la collecte des données

Le nombre de participants disponibles et désireux de répondre aux énoncés qui constituent l'instrument de mesure totalisait 117 participants. L'instrument de mesure a été distribué à un groupe constitué d'étudiantes en soins infirmiers et de résidents en médecine d'une université. L'instrument de mesure a été distribué à deux reprises et 39 étudiants sur 117 ont répondu aux deux temps de participation. Les étudiants étaient principalement des infirmiers(ères) détenant déjà un droit de pratique en sciences infirmières et trois des participants étaient des résidents en médecine.

La saisie des données a été effectuée à l'aide d'un logiciel statistique nommé SPSS. Elles ont, par la suite, subi une double vérification soit par le l'étudiante-chercheure ainsi que par une seconde personne. Sur 30 énoncés vérifiés, deux erreurs de saisie de données ont été identifiées et corrigées. Considérant que 83 données ont été saisies pour chaque instrument de mesure, le taux d'erreurs calculé de la saisie des données est inférieure à 0,02 %.

Parmi les participants, la majorité était des femmes soit 94 % (n = 110). Deux groupes ethniques se sont démarqués, les personnes de race caucasienne 55,6 % (n = 65) et les personnes de race noire 15,4 % (n = 18), dont la majorité ont comme pays d'origine le Canada à 60,7 % (n = 71) et pratiquent la religion catholique 68,4 % (n = 80). L'âge varie entre 21 et 40 ans pour une moyenne de 32 ans. La distribution des scores sur cette variable, de type bimodale, est illustrée à la figure 2. Le niveau de scolarité acquis de la

majorité des participants est de niveau collégial à 77,8 % (n = 91) et uniquement 8,5 % (n = 10) des participantes détiennent un niveau universitaire.

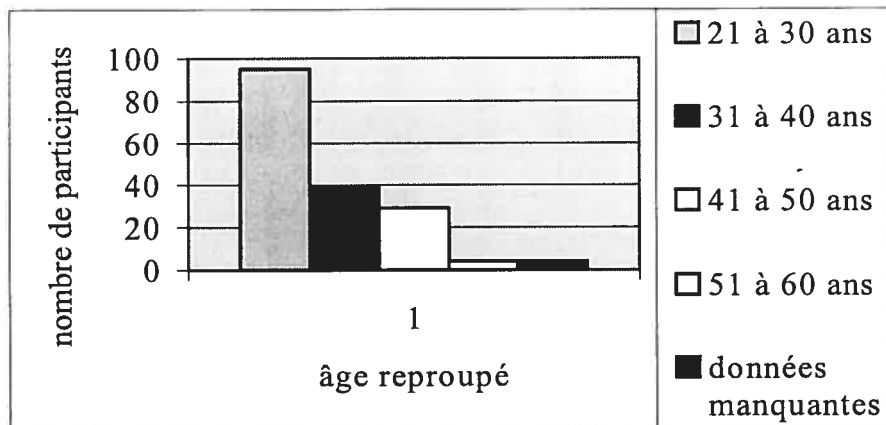
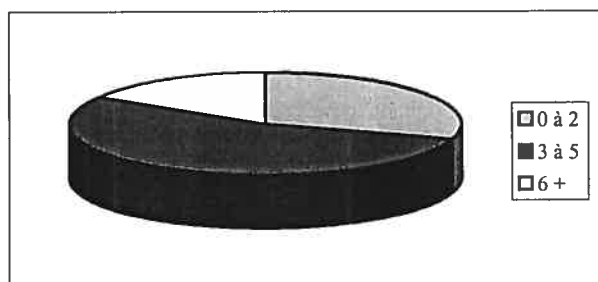


Figure 2 : Distribution des participants en fonction de l'âge (n = 117)

Le titre d'emploi le plus fréquent est celui d'une infirmière soignante soit 73,5 % (n = 86), travaillant dans une unité d'urgence 23,9 % (n = 28). De plus, 18 participants travaillent aux soins intensifs soit 15,4%. Trois résidents en médecine ont participé à cette collecte de données dont deux sont des résidents de première année en médecine et un seul était un étudiant de troisième années en médecine. Le nombre d'années d'expérience au travail à titre de professionnel de la santé (Figure 3) se regroupait ainsi :29,9 %



(n = 35)

Figure 3 : Distribution du nombre d'années d'expérience au travail

détenait une expérience de moins de trois ans, 53,9 % (n = 63) détenait une expérience de 3 à 5 ans et 16,2 % (n = 19) détenait une expérience de 6 ans et plus (Figure 3).

4.3.2 Description du profil contextuel des participants

L'expérience des participants à accomplir un acte lors d'un processus de don d'organes est très faible. Plus de 82 des participants n'avaient jamais identifié un donneur potentiel d'organes et 97 n'ont jamais approché une famille afin d'obtenir un consentement pour le don d'organes et 60 n'ont jamais participé aux soins d'un donneur potentiel d'organes (Figure 4).

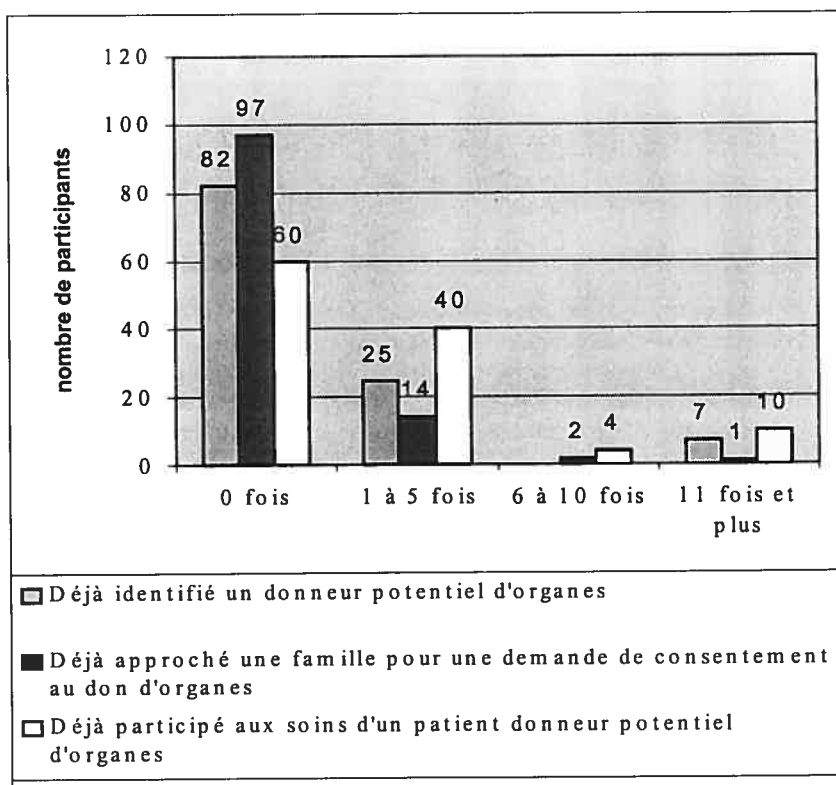


Figure 4 : Expérience personnelle lors d'un processus de don d'organes

Selon la Figure 5, les énoncés du profil contextuel portaient sur la perception du participant face à certains actes déjà effectués en lien avec le processus de don d'organes.

Une échelle de Likert à 7 choix allant de « totalement en désaccord » à « totalement en accord » a été utilisée pour permettre de graduer la perception de son auto-évaluation sur les actions déjà posées lors d'un processus de don d'organes. Les choix de réponse ont été regroupés en trois catégories. Les choix 1 à 3 de l'échelle de Likert sont considérés comme étant le désaccord à l'énoncé, les choix 4 et 5 sont considérés comme moyennement en accord et les choix 6 et 7 sont considérés comme étant en accord avec l'énoncé.

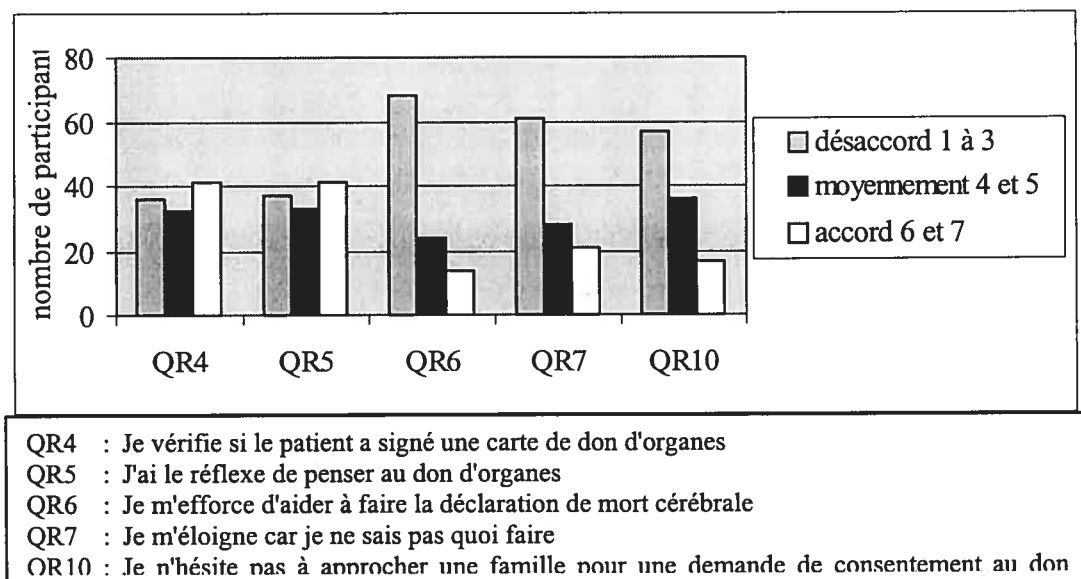


Figure 5 : Questions sur des facteurs contextuels aux processus de don d'organes

Deux des énoncés permettent de connaître l'opinion personnelle du participant au regard du don d'organes. Ces énoncés vérifient si le participant accepterait de faire don des organes d'un membre de sa famille et de lui-même. Par la suite, les énoncés ont également été regroupés selon les étapes du processus de don d'organes. Les résultats de l'énoncé 4 (Figure 5) démontrent qu'approximativement la moitié des participants vérifie si la carte de don d'organes a été signée. De même, la moitié des participants ont

développé un réflexe de penser au don d'organes lorsque la mort cérébrale est probable (n = 41 sur 78). Pour ce qui est d'effectuer ou d'aider à effectuer la déclaration de mort cérébrale, 58,1 % (n = 68) des participants ne contribue pas à la déclaration de la mort cérébrale.

Les énoncés 7 et 10 sont en lien avec l'approche à la famille du défunt pour une demande de consentement au don d'organes. Les résultats de l'énoncé 7 démontrent que 61 participants soit 55,5 %, ne s'éloigneraient pas en présence d'un processus de don d'organes bien que 100 participants, soit 85,5 %, hésiteraient à approcher une famille pour une demande de consentement au don d'organes (Figure 5). Le résultat aux énoncés 8 et 9 indique que les participants qui accepteraient une transplantation d'organes sont au nombre de 82 (70,1 %) mais uniquement 49 (41,9 %) ont signé leur carte à cet effet (Figure 6).

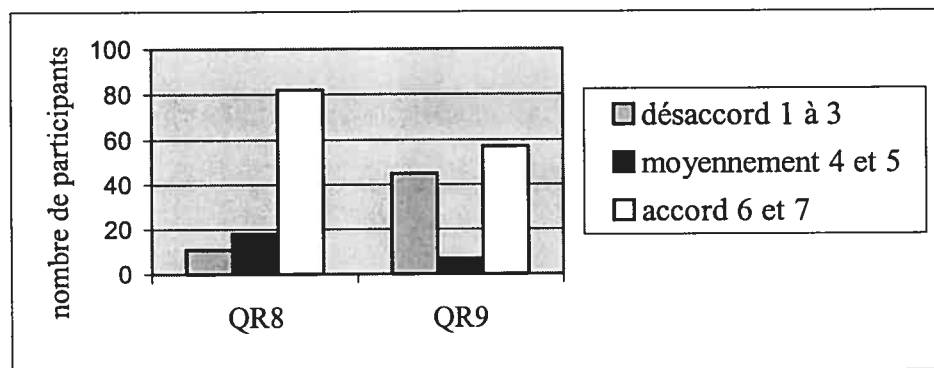


Figure 6 : Questions personnelles

QR8 : J'accepterais une transplantation d'organes

QR9 : J'ai déjà consenti au don d'organes en signant ma carte

4.4 ÉTAPE 4 : ÉVALUATION DES PROPRIÉTÉS PSYCHOMÉTRIQUES DE L'INSTRUMENT

Les propriétés psychométriques de l'instrument de mesure développé dans le cadre de cette étude ont été vérifiées par une validité de contenu effectuée à l'aide d'un jury, d'une validité de construit effectuée par une analyse factorielle et par deux méthodes évaluant la fidélité de l'instrument, soit le test-retest et la consistance interne.

4.4.1 Validité de construit

Une analyse factorielle a été effectuée pour chacune des variables soit les connaissances, les attitudes, les croyances, les normes subjectives et les intentions d'agir des professionnels de la santé.

4.4.1.1 Variable connaissances

L'analyse factorielle de la variable connaissances permet d'identifier que onze des 21 énoncés (1, 2, 3, 4, 5, 11, 15, 16, 18, 19 et 20)aturent faiblement ($< 0,35$) dans le facteur # 1, et parmi ces énoncés, un seul énoncé (3)ature faiblement dans tous les facteurs ($< 0,35$) (tableau XI). Quatre énoncés (7, 12, 14 et 21) ont une saturation moyenne (entre 0,35 et 0,55) dans le facteur # 1. Dans ce même facteur, six énoncés (6, 8, 9, 10, 13 et 17) obtiennent une saturation élevée, tandis que dix des 21 énoncés (5, 6, 8, 9, 10, 13, 15, 16, 17 et 18) ont une saturation élevée parmi tous les facteurs ($> 0,55$).

Selon les informateurs-clés, les énoncés 5 et 9 se retrouvent dans une mauvaise variable. La vérification de la saturation des énoncés 5 et 9 démontre que ces deux énoncés obtiennent des résultats respectifs de 0,009 et 0,599 dans le facteur # 1. L'énoncé

Tableau XI
Analyse factorielle des connaissances

	Facteur 1	Facteur 2	Facteur 3	Facteur 4	Facteur 5	Facteur 6	Facteur 7	Facteur 8	communalité
1	0,259	0,494							0,625
2	0,231			0,494				0,447	0,607
3	0,130	0,307						0,329	0,663
4	0,265	0,355	0,477					0,367	0,659
5	0,009				0,639				0,577
6	0,595								0,535
7	0,355				0,506				0,599
8	0,657								0,617
9	0,599								0,627
10	0,763								0,662
11	0,281	0,377	0,479	0,331					0,746
12	0,446							0,332	0,561
13	0,643								0,563
14	0,376								0,633
15	0,008	0,711							0,673
16	0,001		0,485			0,584			0,661
17	0,573							0,553	0,655
18	0,256								0,75
19	0,003								0,564
20	0,254			0,507	0,457	0,325	0,377		0,716
21	0,549			0,317					0,491
<i>Eigenvalues</i>	3,671	1,699	1,557	1,478	1,332	1,284	1,143	1,02	
% de variance	17,480	8,091	7,412	7,039	6,344	6,112	5,444	4,859	
% cumulatif	17,480	25,571	32,983	40,022	46,366	52,478	57,922	62,781	

5 obtient une saturation maximale dans le facteur #5 (0,639). Se basant sur les commentaires des informateurs-clés, l'énoncé 5 pourrait être une attitude. Pour l'énoncé 9, les informateurs-clés suggèrent plutôt que cet énoncé serait une croyance. Afin de vérifier cette possibilité, il serait nécessaire d'effectuer une analyse factorielle du regroupement des énoncés de la variable connaissances et attitudes ainsi que de la variable connaissance et ce la variable croyance. Il est impossible de faire cette vérification puisque l'échelle de mesure de ces variables n'est pas identique.

La communalité de la majorité des énoncés est supérieure à 60 %. Un seul énoncé (21) obtient une variance inférieure à 50 %. L'ensemble des énoncés met en évidence huit facteurs significatifs (valeur > 1.00) qui expliquent respectivement 17,48 %, 8,09 %, 7,41 %, 7,04 %, 6,34 %, 6,11 %, 5,44 % et 4,86 % de la variation des scores.

En résumé, plus de la moitié des énoncés sont bien catégorisés, mais l'analyse factorielle démontre que l'énoncé 5 devrait être et a été recatégorisé. Pour les autres énoncés, des analyses psychométriques additionnelles seraient nécessaires afin de vérifier leur catégorisation.

4.4.1.2 Variable attitudes

L'analyse factorielle de la variable attitudes permet d'identifier que trois des six énoncés (26, 27 et 28) ont une saturation élevée (> 0,55) dans deux facteurs autres que le facteur # 1 (tableau XII). La saturation maximale pour l'énoncé 26 se retrouve dans le facteur # 2 avec un taux de 0,66. Les énoncés 27 et 28 ont une saturation maximale située dans le facteur # 3 avec des taux respectifs de 0,75 et 0,58. Un seul énoncé (28) obtient

une saturation négative dans le facteur # 1 et sature faiblement ($< 0,35$). En ce qui a trait à l'énoncé 49, ce dernier a obtenu la saturation la plus élevée (0,61) dans le facteur # 1. Un seul énoncé (49) obtient une variance inférieure à 50 %. La communalité de la majorité des énoncés est supérieure à 65 %. L'ensemble des énoncés met en évidence trois facteurs significatifs (valeur $> 1,00$) qui expliquent respectivement 32,46 %, 18,33 % et 16,72 % de la variation des scores.

Tableau XII
Analyse factorielle des attitudes

	Facteur 1	Facteur 2	Facteur 3	Communalités
26	0,543	0,656		0,726
27	0,445		0,749	0,803
28	-0,369	0,523	0,574	0,739
44	0,588			0,667
47	0,780			0,652
49	0,605			0,464
<i>Eigenvalues</i>	1,948	1,100	1,003	
% de variance	32,464	18,332	16,717	
% cumulatif	32,464	50,796	67,513	

En résumé, un des trois énoncés (28) nécessiterait une recatégorisation, suggestion qui est également appuyée par un informateur-clé qui recommande de catégoriser cet énoncé dans la variable croyance.

4.4.1.3 Variable croyances

L'analyse factorielle de la variable croyances obtient des saturations positives dans le premier facteur pour les 20 énoncés (tableau XIII). L'analyse factorielle permet

également d'identifier que trois énoncés (25, 32 et 45) saturent faiblement ($< 0,35$), que 11 énoncés (22, 23, 24, 31, 35, 36, 37, 40, 42, 43 et 48) obtiennent une saturation moyenne (entre 0,35 et 0,55) et que six (30, 33, 34, 39, 41 et 46) des 20 énoncés ont une saturation élevée ($> 0,55$). La communalité de 18 des 20 énoncés est supérieure à 60 %. L'ensemble des énoncés met en évidence neuf facteurs significatifs (valeur $> 1,00$) qui expliquent respectivement 21,76 %, 10,73 %, 7,29 %, 6,28 %, 5,93 %, 4,96 %, 4,58 %, 4,03 % et 3,75 % de la variation des scores.

Les taux de saturation de quatre des six énoncés identifiés dans les commentaires des informateurs-clés sont supérieurs à 0,35. Les énoncés 22, 30, 40 et 48 ont obtenu un taux de saturation respectif de 0,470, 0,554, 0,502 et de 0,475 dans le facteur # 1. Pour les énoncés 25 et 32, les taux de saturation étaient très faibles dans le facteur # 1 (0,240 et 0,212) mais ont obtenu une saturation élevée pour l'énoncé 25 de 0,584 dans le facteur # 3 et pour l'énoncé 32, une saturation moyenne de 0,517 dans le facteur # 9. Les observations du tableau de l'analyse factorielle des croyances démontrent que l'énoncé 45 a obtenu également une saturation faible dans le facteur 1 (0,186) mais un taux de saturation moyen dans le facteur # 5 (0,320).

Les informateurs-clés ont également spécifié que les énoncés 30, 32 et 48 pourraient être catégorisés dans la variable connaissance. Il est impossible de faire une analyse factorielle des variables connaissance et croyance pour les mêmes raisons que celles exprimées dans la variable connaissance, notamment que l'échelle de mesure n'étant pas la même, il est impossible de les combiner dans une analyse factorielle.

Tableau XIII
Analyse factorielle des croyances

	Facteur 1	Facteur 2	Facteur 3	Facteur 4	Facteur 5	Facteur 6	Facteur 7	Facteur 8	Facteur 9	Communa- lités
22	0,470									0,616
23	0,418			0,475						0,641
24	0,367			0,329						0,533
25	0,240		0,584							0,688
30	0,554		0,319							0,671
31	0,407									0,643
32	0,212							0,517		0,777
33	0,616									0,728
34	0,677									0,752
35	0,549					0,358				0,757
36	0,517					0,416				0,678
37	0,459			0,447	0,423					0,750
39	0,600									0,701
40	0,502									0,635
41	0,679							0,369		0,731
42	0,430									0,642
43	0,491			0,366						0,640
45	0,186				0,320					0,642
46	0,589									0,582
48	0,475	0,419								0,701
<i>Eigenvalues</i>	5,876	2,898	1,970	1,698	1,601	1,339	1,238	1,089	1,013	
<i>% de variance</i>	21,762	10,733	7,296	6,288	5,929	4,958	4,584	4,033	3,754	
<i>% cumulatif</i>	21,762	32,494	39,791	46,079	52,007	56,966	61,549	65,582	69,336	

Tableau XIV
Analyse factorielle des croyances et des attitudes

	Facteur 1	Facteur 2	Facteur 3	Facteur 4	Facteur 5	Facteur 6	Facteur 7	Facteur 8	Communalités
22	0,555		0,307						0,591
23	0,435	0,532							0,712
24	0,446				0,526				0,644
25	0,320						0,329		0,646
30	0,503	0,451							0,597
31	0,428	0,474							0,680
32	0,159	0,309				0,314			0,683
33	0,624	0,367							0,624
34	0,621	0,360							0,711
35	0,583			0,303					0,685
36	0,480			0,449					0,628
37	0,471		0,458						0,719
39	0,553	0,343	0,320						0,721
40	0,446	0,392	0,302						0,580
41	0,633		0,330						0,758
42	0,470								0,518
43	0,459								0,721
45	0,320								0,570
46	0,589								0,582
48	0,475	0,419							0,701
26	-0,129	0,406		0,477					0,704
27	-0,324		0,481			0,398			0,534
28	0,154								0,455
44	-0,397	0,321	0,176						0,652
47	-0,327	0,468			0,406			0,514	0,624
49	-0,231								0,562
<i>Eigenvalues</i>	5,302	2,487	2,000	1,685	1,476	1,332	1,193	0,380	0,354
% de variance	20,391	9,567	7,691	6,479	5,677	5,124	4,587	1,28	4,339
% cumulatif	20,391	29,958	37,649	44,128	49,809	54,929	59,517	63,856	

Cependant, l'analyse factorielle des variables attitudes et croyances mises ensemble a été effectuée. L'analyse factorielle permet d'identifier que tous les énoncés de la variable attitude ont saturé faiblement ou négativement dans le facteur # 1. De plus, l'énoncé 32 qui avait saturé très faiblement dans le facteur # 1 a également saturé faiblement dans le même facteur. Un des énoncés (45) qui avait saturé très faiblement dans le facteur # 1 a augmenté son taux de saturation de 0,186 à 0,320 dans la deuxième analyse. Le *eigenvalue* a légèrement faibli dans les deux premiers facteurs (tableau XIX).

En résumé, l'analyse factorielle permet de dire que les six énoncés devraient être conservés dans cette catégorie.

4.4.1.4 Variable normes subjectives

L'analyse factorielle de la variable normes subjectives démontre que deux des 10 énoncésaturent négativement dans le facteur #1 soit les énoncés NS12 et NS13 (tableau XV). Elle permet également d'identifier que trois des dix énoncés obtiennent une saturation moyenne (entre 0,35 et 0,55) et que sept des dix énoncés ont une saturation élevée (> 0,55).

La communalité de la moitié des énoncés est supérieure à 60 % et deux énoncés obtiennent une variance inférieure à 50 %. L'ensemble des énoncés met en évidence quatre facteurs significatifs (valeur > 1,00) qui expliquent respectivement les 24,27 %, 14,57 %, 12,35 % et 10,18 % de la variation des scores.

4.4.1.5 Variable intentions d'agir

L'analyse factorielle de la variable intentions d'agir permet d'identifier que les trois énoncés ont une saturation élevée ($>0,55$) (tableau XVI). La communalité de tous les énoncés est supérieure à 66 %. L'ensemble des énoncés met en évidence un seul facteur significatif (valeur $> 1,00$) qui explique 72,09 % de la variation des scores.

4.4.1.6 En conclusion de l'analyse factorielle

Pour chacune des échelles, à l'exception de l'intentions d'agir, le facteur de saturation se disperse entre 17,48 % et 32,46 %, ce qui indique que nous avons un facteur acceptable mais les sous-échelles ne sont pas unidimensionnelles.

Tableau XV
Analyses factorielles des normes subjectives

	Facteur 1	Facteur 2	Facteur 3	Facteur 4	Communalité
NS 11	0,490				0,668
NS 12	- 0,381			0,727	0,837
NS 13	- 0,127	0,528			0,452
NS 14	0,687				0,513
NS 15	0,678		0,417		0,660
NS 16	0,639				0,562
NS 17	0,633				0,476
NS 18	0,002	0,736			0,733
NS 19	0,263	0,404	0,600		0,693
NS 20	0,463	0,424			0,543
<i>Eigenvalues</i>	2,427	1,457	1,235	1,018	
% de variance	24,273	14,57	12,352	10,184	
% cumulatif	24,273	38,843	51,195	61,379	

Tableau XVI
Analyse factorielle des intentions d'agir

	Facteur 1	Communalités
29	0,853	0,728
38	0,876	0,767
50	0,817	0,667
<i>Eigenvalues</i>	2,163	
% de variance	72,091	
% cumulatif	72,091	

4.4.2 Fidélité

La fidélité de l'instrument de mesure a été évaluée dans le cadre de cette étude par la vérification de la stabilité et de la consistance interne. La stabilité de l'instrument a été vérifié par des analyses statistiques effectuées à partir des données recueillies auprès d'étudiants qui suivaient une formation dans une université de Montréal (voir étape 4.2).

4.4.2.1 Stabilité

Afin de s'assurer de la fidélité de l'instrument de mesure, la stabilité a été mesurée à l'aide d'un test de t de Student pairé. La taille échantillonnale pour ce test est de 39 participants, représentant ainsi le nombre de participants ayant été présents lors des deux distributions de l'instrument de mesure. Le test de t de Student pour échantillons pairés a été retenu car il permet d'étudier la présence de changement en ce qui concerne les variables retenues à deux occasions chez le même groupe de participants.

Les résultats recherchés sont ceux d'une stabilité entre le test et le retest. Comme l'illustre le tableau XVII, la différence entre les moyennes du test et retest des variables connaissances, croyances, normes subjectives et intentions d'agir démontrent une différence significative entre les 2 temps de mesure ($p < 0,05$). Ceci permet de dire que l'instrument mesurant les connaissances, croyances, normes subjectives et intentions d'agir face au processus de don d'organes est instable. Toutefois, la sous-dimension attitudes est stable.

Tableau XVII
Résultats du tests de t de Student pour chaque variable

Variable	Test		Retest		t	Valeur des p
	Moyenne	S.D.	Moyenne	S.D.		
Connaissances	0,4530	0,1586	0,4190	0,1549	1,966	0,020*
Attitudes	3,3821	0,9438	3,0812	0,8056	2,323	0,171
Croyances	5,0202	0,8685	5,1244	0,7241	- 1,303	0,001**
Normes subjectives	1,9229	0,3145	1,8759	0,4065	0,995	0,001**
Intentions d'agir	4,4386	1,6551	4,3333	1,4765	0,595	0,001**

** Significatif : $p < 0,001$

* Significatif : $p < 0,05$

4.4.2.2 Consistance interne

La consistance interne a été vérifiée à l'aide du coefficient « alpha de Cronbach » dont la valeur varie de 0 à 1 (tableau XVIII). Lors de la distribution de l'instrument de mesure, plusieurs des 117 participants ont choisi de ne pas répondre à tous les énoncés de l'instrument, ce qui explique la différence dans les n des variables à l'étude.

La consistance interne de la variable connaissances obtient un alpha de Cronbach de 0,72, ce qui est considéré comme étant une consistance interne élevée (Mueller, 1986). Pour la variable attitudes, la consistance interne est de 0,47. Afin de vérifier s'il est possible d'obtenir un coefficient de consistance interne plus élevé, des énoncés ont été enlevés à la variable attitudes. En retirant le score de l'un ou de l'autre des six énoncés, le coefficient alpha de Cronbach augmente très légèrement à 0,56.

Tableau XVIII
Analyse de la consistance interne pour chaque variable

	N	No. énoncé	Alpha de Cronbach
Connaissances	117	21	0,73
Attitudes	106	6	0,47
Croyances	98	20	0,84
Normes subjectives	108	10	0,47
Intentions d'agir	106	3	0,81

Contrairement à la variable attitudes, celle des croyances obtient une consistance interne élevée à 0,84 (tableau XIX). La consistance interne de la variable croyances regroupée avec la variable attitudes a été évaluée comme fait lors de l'analyse factorielle, afin de déterminer s'il est possible d'obtenir un alpha de Cronbach supérieur à 0,70 pour la variable attitudes. La consistance interne lors du regroupement des variables croyances et attitudes a permis d'obtenir une consistance interne élevée (alpha de Cronbach = 0,73) (tableau XIX).

Tableau XIX
Analyse de la consistance interne des variables croyances et attitudes

	N	No. énoncé	Alpha de Cronbach
Attitudes	106	6	0,47
Croyances	98	20	0,84
Croyances + attitudes	96	26	0,73

La consistance interne pour la variable attitudes est faible (alpha de Cronbach = 0,47). En retirant n'importe quel énoncé dans la variable normes subjectives, le coefficient alpha n'a que très légèrement augmenté, ce qui est considéré comme une consistance interne toujours faible (alpha de Cronbach = 0,42). La consistance interne de la variable intentions d'agir a obtenu un alpha de Cronbach élevé (0,81).

4.4.3 Conclusion

La validité de contenu effectuée auprès des informateurs-clés ainsi que l'analyse factorielle démontrent que certains énoncés nécessitent une reformulation tandis que d'autres devront être recatégorisés. Cet instrument de mesure préliminaire ne peut être considéré stable puisque quatre des cinq variables ont subi des changements significatifs lors du test-retest auprès des 39 participants. La consistance interne quant à elle s'est avérée acceptable pour trois des cinq variables. Dans le prochain chapitre, les résultats des diverses analyses seront discutés.

CHAPITRE 5
DISCUSSION

ont conduit à la reformulation des énoncés 12 (variable connaissances), 19 (variable connaissances) et 40 (variable croyances) afin d'en assurer une meilleure compréhension. Également certains énoncés ont suscité des commentaires quant à leur classification, surtout en ce qui a trait aux énoncés des variables attitudes et croyances ou à leur correspondance à la définition conceptuelle. À la lumière de l'analyse factorielle qui a servi à valider le construit des énoncés et qui a suivi la validation de contenu, il s'est avéré que les énoncés suivants mériteraient un examen plus approfondi sur le plan psychométrique dans l'éventualité d'utilisation de l'instrument : les énoncés sont 5 et 9 de la variable connaissances ; 26, 28 et 49 de la variable attitudes; 22, 25, 30, 32, 40 et 48 de la variable croyances; et les trois énoncés de la variable intentions d'agir. Il est à rappeler que l'analyse factorielle a été effectuée auprès de 117 répondants. Dans ce qui suit, il sera brièvement question de ces énoncés qui ont posé un problème lors de la validation de contenu tout en discutant des résultats de l'analyse factorielle.

La variable connaissances, composée de 21 énoncés, incluait les informations requises par les professionnels de la santé afin d'amorcer le processus de don d'organes. La consultation auprès des informateurs-clés démontre que la plupart des énoncés de cette variable mesurent bien des connaissances liées au processus de don d'organes, à l'exception des énoncés 5 et 9. L'analyse factorielle de cette variable démontre que l'énoncé 9 a été classé adéquatement tandis qu'il est possible que l'énoncé 5 puisse être classé sous la variable attitudes. L'énoncé 5 : « La personne en attente d'une transplantation d'organes peut se permettre le luxe d'attendre le donneur de son choix » désire vérifier si le participant sait que les personnes en attente d'un organe ne peuvent se permettre d'attendre trop longtemps, ainsi tout donneur d'organes peut et doit être

considéré comme un donneur potentiel. Étant donné que l'analyse factorielle ainsi que la validité de contenu considèrent l'énoncé 5 ambigu, il faudra davantage l'examiner dans le futur.

Ajzen et Fishbein démontrent une relation étroite entre les croyances et les attitudes en affirmant que les attitudes d'une personne envers un objet sont reliées à l'ensemble de ses croyances (1980). Cette relation étroite semble se refléter par la difficulté des informateurs-clés à catégoriser certains énoncés dans les variables croyances ou attitudes. Les informateurs-clés suggèrent de modifier la catégorisation de trois énoncés sur six pour la variable attitudes et six des 20 énoncés de la variable croyances. L'analyse factorielle de ces deux variables a permis de mieux distinguer les énoncés appartenant à la variable attitudes de ceux appartenant à la variable croyances.

Selon les informateurs-clés, les énoncés 26, 28 et 49 de la variable attitudes devraient être catégorisés sous la variable croyances. Cette affirmation a reçu son aval pour les énoncés 26 et 49 dans les résultats de l'analyse factorielle. L'énoncé 28 est à réexaminer plus attentivement.

Selon les informateurs-clés, dans la variable croyances, les énoncés 22, 25 et 40 devraient être catégorisés sous la variable attitudes et les énoncés 30, 32 et 48 dans la variable connaissances. Selon l'analyse factorielle, seulement l'énoncé 32 pourrait être déplacé dans la variable connaissances. Tous ces énoncés posant problème méritent un examen plus approfondi de leur contenu dans le futur.

La validité de la variable normes subjectives n'a été examinée que sous l'angle de la validité de construit par l'utilisation de l'analyse factorielle. Cette analyse suggère que

deux énoncés devraient être recatégorisés, soit les énoncés NS12 et NS13. Là encore, étant donnée l'absence d'analyse de contenu des énoncés de cette variable, il faudra l'utiliser qu'à la condition que d'autres analyses de validité soient effectuées.

Quant aux trois énoncés de la variable intentions d'agir, ils ont été jugés adéquats sur les plans de la catégorisation, formulation et compréhension. De plus, l'analyse factorielle démontre une forte saturation dans un seul facteur. Cependant, à la lecture de la théorie d'Ajzen et Fishbein (1980), le contenu des énoncés de la variable intentions d'agir devrait être en lien direct avec le comportement à prédire, en l'occurrence l'identification de donneurs potentiels d'organes. Les énoncés ne peuvent porter sur l'intention d'approcher la famille et de déclarer la mort cérébrale, comme il a été le cas dans notre étude. Il faudra donc mieux opérationnaliser cette variable à l'avenir en tenant compte des fondements de la théorie d'Ajzen et Fishbein (1980).

Un élément important à considérer dans une étude subséquente de la validité de l'instrument est la distribution de ce dernier auprès d'une population composée préférentiellement de professionnels impliqués dans le processus de dons d'organes. Ce qui n'a pas été le cas dans notre étude.

5.2 FIDÉLITÉ

La fidélité de l'instrument a été analysée sous les angles de la stabilité à l'aide du test-retest à un intervalle de 4 semaines et de la consistance interne à l'aide du coefficient de Cronbach. La fidélité a été vérifiée auprès de 39 répondants et la consistance interne auprès de 117 répondants. La variable normes subjectives était incluse dans ces analyses psychométriques.

Les résultats démontrent clairement une instabilité de l'instrument pour tous les énoncés, sauf pour ceux de la variable attitudes. Comment expliquer que les scores aient fluctué de façon significative entre les temps 1 et 2 ? Il serait bon ici de revoir la théorie d'Ajzen et Fishbein et les instruments qui se sont appuyés sur cette théorie pour apporter une réflexion plus crédible sur ces résultats. De toute évidence, nous aurions dû obtenir une plus grande stabilité de l'instrument. La meilleure explication possible est le peu de répondants concernés par cette analyse. Le test-retest doit donc être refait auprès d'au moins 300 participants selon Nunnally (1978) et Kline (1986). Une autre explication réfère à l'intervalle entre les temps 1 et 2, il est possible que les répondants aient été en contact avec des informations provenant, par exemple, de campagnes de publicité ou d'articles de journaux sur le don d'organes. Ces informations auraient pu modifier leurs croyances, attitudes, connaissances et intentions d'agir durant ce délai. Cependant cette possibilité s'avère peu probable puisqu'aucune information sur le don d'organes n'a, à notre connaissance, circulé cet été là.

Les énoncés des variables connaissances, croyances et intentions d'agir ont démontré une consistance interne acceptable avec des alpha de Cronbach respectifs de 0,73, 0,84 et 0,81 tandis que pour les variables attitudes et normes subjectives des valeurs nettement plus basses (0,47 et 0,47) démontrent un faible niveau de fidélité. La variable attitudes est plus consistante lorsque combinée à la variable croyances. Ceci vient corroborer le fait que ces deux variables sont possiblement plus rapprochées conceptuellement, comme l'ont suggéré nos informateurs-clés et certains résultats de l'analyse factorielle. Ces éléments devront recevoir une attention plus étroite dans le développement subséquent de l'instrument.

RÉFÉRENCES

- Ajzen, I. (1985). From intentions to actions : A theory of planned behavior. In J. Kuhl et J. Beckman (dir.), *Action-Control from Cognition to Behavior*. Heidelberg : Springer.
- Ajzen, I. et Fishbein, M. (1975). Factors influencing intentions and the intention-behavior relation. *Human Relation*, 27, 1-15.
- Ajzen, I. et Fishbein, M. (1980). *Understanding Attitudes and Predicting Social Behavior*. New Jersey : Prentice-Hall.
- Ajzen, I. et Madden, T.J. (1986). Prediction of goal-directed behavior : Attitudes, intentions and perceived behavioral control. *Journal of Experimental Social Psychology*, 22, 453-474.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy : Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- Beasley, C.L., Capossela, C.L., Brigham, L.E., Gunderson, S., Weber et P. Gortmaker, S.L. (1997). The impact of a comprehensive, hospital-focused intervention to increase organ donation. *Journal of Transplant Coordination*, 7(1), 6-13.
- Bidigare, M et Oermann, H. (1991). Attitudes and Knowledge of Nurses Regarding Organ Procurement. *Heart and Lung*, 20 (1), 20-24.
- Bishop, M.E. (1994). Nurses' knowledge and attitude related to organ donation. [On-line]. *Grand Valley State University*, Mai 33/03. Abstract from : PQDD Server : webmaster Pub No. :1359750.
- Bledsoe, C.M. (1994). Factors influencing the decision of families to donate organs. [On-line]. *University of UTAH*, DAI-B 55/05. Abstract from : PQDD Server : webmaster Pub No : 9426133.
- Braun, K.L. et Nichols, R. (1996). Cultural issues in death and dying. *Hawaii Medical Journal*, 55(12), 260-264.

- Cantarovich, F., Castro, L., Davalos, M. (1989). Sectarianism, Uncertainty, and Fear : Mechanisms that May Reverse Attitudes Toward Organ Donation. *Transplantation Proceedings*, 21(1), 1409-12.
- Cloutier, L. (1993). *Intentions de comportements des infirmières en soins critiques à l'égard du don d'organes*. Mémoire de maîtrise. Université de Montréal, Faculté des Sciences infirmières.
- Colpart, J.-J., (1999) Religion, intégrité corporelle, prélèvement et greffes d'organes. *Nouvelles pages*, 10-11.
- Corlett, S. (1985). Professional and system barriers to organ donation. *Transplantation Proceedings*, 17 (5), 111-119.
- Cottraux, J. (1998). Méthodologie : Intérêts, indications et limites de l'utilisation des échelles comportementales et cognitives. *Recherche en Soins Infirmiers*, 54, 71-86.
- Cronbach, L.J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of test. *Psychometrika*, 16, 297-234.
- Czuppek, D.A. (1994). Physician and family factors which influence the consent process in pediatric organ donation. [On-line]. *California School of Professional Psychology*. Fresno., DAI-B 55/08. Abstract from : PQDD Server : webmaster Pub No : 9500770.
- Davies, C. (1996). Brain stem death and organ donation. *Nursing Critical Care*, 1(6), 286-291.
- Davies, D. (1997). Knowledge and attitudes of nurses on a regional neurological intensive therapy unit towards brain stem death and organ donation. *Nursing Critical Care*, 2(2), 64-71.
- Davis, B.A. et Bush, H.A. (1995). Developing effective measurement tools : a case study of the consumer emergency care satisfaction scale. *Journal Nursing Care Quality*, 9(2), 26-35.

- Davis, R.J. (1991). Organ donation : Attitudes and opinions of neurosurgeons and neurologists in Texas. [On-line]. *University of Houston*. Mai 29/04. Abstract from : PQDD Server : webmaster Pub No : 1343924.
- Dejong W., Franz HG., Wolfe SM. Nathan, H., Payne, D., Reitsma, W. et Beasley, C. (1997). Explaining brain death : a critical feature of the donation process. *Journal of Transplant Coordination*, 17(1), 14-21.
- Dejong W., Franz H.G., Wolfe S.M., Nathan, H., Payne, D., Reitsma, W. et Beasley, C. (1998). Requesting organ donation : An interview study of donor and non donor families. *American Journal of Critical Care*, 7(1), 13-23.
- Duba, C.A. (1999). The effects of personal, professional, and educational experiences with death and dying on occupational therapist's attitudes. [On-line]. *Rush University, College of Nursing*. Mai 37/06. Abstract from : PQDD Server : webmaster Pub No. : 1395761.
- Durand, R.J., et Davis, R., (1993). Attitudes and Organ Donor Referral Behavior of Hospital Staff. *Transplantation proceeding*, 25(6), 2991-94.
- Evanisko M..J., Beasley Cl. Brigham, L., Capossela, C., Cosgrove, R., Light, J., Mellor, S., Poretsky, A. et McNamara, P. (1998). Readiness of critical care physicians and nurses to handle requests for organ donation. *Journal of Transplant Coordination*, 7, 6.
- Fortin, M F. (1996). *Le processus de la recherche de la conception à la réalisation*. Montréal: Décarie.
- Fortin, M.F., Taggart, M.E., Kérouac, S. et Normand, S. (1988). *Introduction à la recherche : Auto-apprentissage assisté par ordinateur*. Montréal : Décarie Éditeur.
- Gaber, A.O., Hall, G., Philips, D.C. (1990). Survey of Attitudes of Health Care Professionals Toward Organ Donation. *Transplantation Proceedings*, 22(2), 313-315.

- Godin, G. et Lepage, L. (1988). Understanding the intention of pregnant nullipara who smoked cigarettes after childbirth. *Journal of Drug Education*, 18, 115-124.
- Gortmaker S.L., Beasley C.L., Brigham, .E., Franz, H.G., Garrison, N.R., Lucas, B.A., Patterson, R.U., Sobol, A.M., Grenvik, A.N.A. et Evanisko, M.J. (1996). Organ donor potential and performance : Size and nature of the organ donor shortfall. *Critical Care Medicine*, 24, 432.
- Green, L. et Lewis, F. (1986). *Measurement and Evaluation in Health Education and Health Promotion*. Paolo Alto, CA : Mayfield.
- Gross, T., Marguccio, I., Martinoli, S. (2000). Attitudes of hospital staff involved in organ donation to the procedure. *Transplant international*, 13, 351-356.
- Hadingham, J. (1997). Talking about tissue donation. *Professional Nurse*, 12(7), 473.
- Henderson, S.O., Chao, J.L., Green, D., Leinen, R. et Mallon, W.K. (1998). Organ procurement in an urban level 1 emergency department. *Annal of Emergency Medicine*, 31(4), 466-470.
- Houle, J. (2000). *Étude des déterminants psychosociaux de la pratique de l'activité physique chez les personnes atteintes d'une maladie coronarienne engagées dans un processus de réadaptation*. Mémoire de maîtrise. Université de Montréal, Faculté des Sciences infirmières.
- Institut Canadien d'Information sur la Santé (ICSC) (1998). *Registre canadien des insuffisances et des transplantations d'organes*. Rapport de 1998. Gouvernement du Canada : Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Institut Canadien d'Information sur la Santé (ICSC) (2001). *Registre canadien des insuffisances et des transplantations d'organes*. Rapport de 2000. Gouvernement du Canada : Ministère de la Santé et des Services sociaux.

- Jennings, T.L. (1998). «An organ procurement coordinator's effect on referral rates made by emergency room nurses». [On-line]. *Florida Atlantic University*, Mai 36/04. Abstract from : PQDD Server : webmaster Pub No : 1389013.
- Kent, B. (1997). Understanding attitudes towards tissue donation. *Professional Nurse*, 12(7), 482-484.
- Kiberd, M.C. et Kiberd, B. (1992). Nursing Attitudes Towards Organ Donation, Procurement, and Transplantation. *Heart and Lung*, 21(2), 106-111.
- Kline, P. (1986). *A Handbook of Test Construction*. London : Methven.
- Laveault, D. et Grégoire, J. (1997). *Introduction aux théories des tests en sciences humaines : Méthodes en sciences humaines*. Paris : De Boeck Université.
- Manstead, A.S.R., Proffin, C. et Smart, J.L. (1983). Prediction and understanding mother's infant-feeding. Intentions and behavior : Testing the theory of reasoned action. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44, 657-671.
- Matesanz, R. (1993). Organ procurement in Spain : The importance of a transplant coordinating network. *Transplantation Proceeding*, 25(6). 3132-3135.
- Matesanz, R., Miranda, B., Felipe, C., Fernandez, M. et Naya, M.T. (1996). The National Transplant Organization : Donation, evolution and transplant activity in Spain. *Organ donation for transplantation : The Spanish Model, Organizacion Nacional de Trasplantes*, p. 20.
- Matten, M.R. (1988). *Nurses' Knowledges, Attitudes, and Beliefs about Organ and Tissue Donation and Transplantation*. Thèse de doctorat inédite. Southern Illinois University, Carbondale.
- Matten, M.R., Sliepcevich, E.M., Lacey, E.P., Woehlke, P.L., Richardson, C.E. et Wright, W.R. (1991). Nurses' knowledge, attitudes and beliefs regarding organ and tissue donation and transplantation. *Public Health Reports*, 106(2), 155-166.

- McNamara, P. et Beasley, C. (1997). Determinants of familial consent to organ donation in the hospital setting. *Clinical Transplant*, 219-229.
- McNamara, P., Franz, H.G., Fowler, R., Evanisko, M.J. et Beasley C.L. (1997). Medical record review as a measure of the effectiveness of organ procurement practices in the hospital. *Journal on Quality Improvement*, 23(6), 321-333.
- Molzahn, A.E. (1997). Knowledge and attitudes of critical care nurses regarding organ donation. *Canadian Journal of Cardiovascular Nursing*, 8(2), 13-18.
- Mueller, D.J. (1986). *Measuring Social Attitudes : A Handbook For Researchers And Practitioners*. New York : Teachers College Press.
- Munro, R.H., Visintainer, M.A. et Page, E.B.(1986) *Statistical Methods for Health Care Research*. Philadelphia : J.B Lippincott Co.
- Nolan, B.E. et Spanos, N.P. (1989). Psychological variables associated with willingness to donate organs. *Journal of the Canadian Medical Association*, 141, 27-32.
- Nunnaly, J. (1978). *Psychometric Testing*. New York : McGraw-Hill Book Co.
- Olsen, J.C., Buenef, M,L. et Falco, W.D. (1998). Death in the emergency department. *Annal Emergency Medicine*, 31(6) : 758-765.
- Otis, (1992).
- Overcast T.D., Evans R.W., Bowen L.E., Hoe, M.M. et Livak, C.L. (1984). Problems in the identification of potential organ donors : Misconceptions and fallacies associated with donors cards. *Journal of the American Medical Association*, 251(12), 23, 1559-1562.
- Partnership for Organ Donation (1998) *Rapport d'étude canadienne*. Non publié.
- Pearson, I.Y. et Bazeley, T. (1995). A Survey of Families of Brain Dead Patients : Their Experiences, Attitudes to Organ Donation and Transplantation. *Anaesthesia and Intensive Care* 23 (1), 88-95.

- Pisarra, V.H. (1996). The role of the request process and consent for organ donation. [On-line]. *University of Maryland Baltimore County*. DAI-A 57/05. Abstract from : PQDD Server : webmaster Pub No. : 9629966.
- Poster, E.C. (1984). When the patient dies : Dealing with the family's Anger. *Dimensions of critical care nursing*, 3 (6), 372-378.
- Procaccio, F., Barbacini, S., Meroni, M., Sarpellon, M. et Verlato, R. (1998). Potential organ donors in intensive care units in the Veneto region : A year's monitoring. *Organs and tissues*, 1(2), 93-99.
- Prottas J. et Batten H.L. (1988). Health professionals and hospital administrators in organ procurement : Attitudes, reservations, and their resolutions. *American Journal Public Health*, 78(6), 642-645.
- Québec-Transplant (2000). *Statistiques annuelles*.
- Québec-Transplant (2001). *Statistiques annuelles*.
- Randall, T, et Marwick, C. (1991). Physicians' Attitudes and Approaches Are Pivotal In Procuring Organs for Transplantation, *Heart and lung*, 265(10), 1227-28.
- Rappaport, Z.T. et Rappaport, I.T. (1998). Principles and concepts of brain death and organ donation : the jewish perspective. *Child's Nervus System*, 14, 381-383.
- Rice, J. (1995). Request act and organ donation, and attitudes of nurses regarding organ donation and organ procurement. [On-line]. *Pacific Lutheran University*. Mai 34/01. Abstract from : PQDD Server : webmaster Pub No. : 1375823.
- Schlegel, R.P., Crawford, C.A. et Sanborn, M.D.(1977). Conception and mediational properties of the Fishbein Model : an application to adolescent alcohol. *Journal of experimental social psychology*, 13, 431-430.
- Schütt,G.R. (1997) Models for Transplant Coordination. *Transplantation Proceedings*, 30, 756-58.

- Shafer, T.J., Durand, R., Hueneke, M.J., Wolff, W.S., Davis, K.D., Ehrle, R.N., Van Buren, C.T., Orlowski, J.P., Reyes, D.H., Gruenenfelder, R.T. et White, C.K. (1998). Texas non-donor-hospital project : a program to increase organ donation in community and rural hospitals. *Journal of Transplant Coordination*, 8(3) : 146-152.
- Shaheen, F.A.M et Souqiyyeh, M.Z. (2000). Factors influencing organ donation and transplantation in the Middle east. *Transplantation Proceedings*, 32, 645-646.
- Siminoff, L.A., Arnord, R.M. et Caplan, A.L. (1995). Public policy governing organ and tissue procurement in the United States. *Annals of Internal Medicine*, 123, 10.
- Singh, M.K. (2000). Effect of knowledge of the recipient on the willingness to donate organs. [On-line]. *University of the Pacific*. Mai 39#01. Abstract from : PQDD Server : webmaster Pub No. : 1400462.
- Spinal A. et Kittur D.S. (1990). Barriers to organ donation among housestaff physicians. *Transplantation Proceeding*, 22(5), 2414-2416.
- Stoeckle M.L. (1990). Attitudes of critical care nurses toward organ donation. *Dimensions of Critical Care Nursing : Educational Dimension*, 9(6), 354-361.
- Swisher, L.A., Nieman, L.Z. et Nilsen, G.J. (1993). Death Notification in the Emergency Department : A Survey of Residents and Attending Physicians. *Annals of Emergency Medecine*, 22(8), 1319-23.
- Verble, M. et Worth, J. (1994). Fears and concerns expressed by families in the donation discussion. *Progress Transplant* 10(1), 48-55.
- Vuory. H.V. (1984). *L'assurance de la qualité des prestations de santé*. Copenhague: OMS (cité dans D. Poirier, 1999).
- Waltz, C., Bausell, R.B. (1981). *Nursing Research : Design, Statistics and Computer Analysis*. Philadelphia : F.A Davis Company.

- Watkinson, G.E. (1995). A study of the perceptions and experiences of critical care nurses in caring for potential and actual donors : Implications for nurse education. *Journal of Advanced Nursing*, 22, 929-940.
- Wight, C., Cohen, B., Miranda, B., Fernandez, M. et Beasley, C. (1998). Hospital attitudes : Preliminary findings from donor action pilot projects. *Transplant International*, 11, 397-399.
- Wolf, J.L. (1997). Le consentement au don d'organes : Concepts et évaluation. In J. Saint-Arnaud (dir.), *L'allocation des ressources rares en soins de santé : l'exemple de la transplantation d'organes* (Chapitre 6, p.65-97). ACFAS.
- Woods N. F. et Catanzaro, M. (1988). *Nursing Research. Theory and Practice*. Toronto : C.V. Mosby Company.
- Woody, K.A. (1994). Intensive care nurses' knowledge, beliefs, attitudes, and perception of confidence in approaching potential donor families. [On-line]. *California State University, Fresno*. Mai 33/06. Abstract from : PQDD Server : webmaster Pub No. : 1361825.
- Yeung, I., Kong, S.H. et Lee, J. (2000). Attitudes towards organ donation in Hong Kong. *Sociological Science medecin*, 50 (11), 1643-54.
- Youngner S., Landefield C.S., Coulton C.J., Juknialis, B.W. et Leary, M. (1989). Brain death and organ retrieval : a cross-sectional survey of knowledge and concepts among the health professionals. *Journal of the American Medical Association*, 261(15), 2205-2210.
- Zagari, J.L. (1995). Nurses' knowledge about and attitudes toward organ donation and transplantation. Duquesne. [On-line]. *University School of Nursing*, Mai 33/06. Abstract from : PQDD Server : webmaster Pub No : 1362185.

APPENDICE A

CHOIX D'ÉCHELLE DE MESURE POUR CHAQUE VARIABLE

CHOIX D'ÉCHELLE DE MESURE POUR CHAQUE VARIABLES

Variables	Type	Réponses	Échelle
Connaissances	Nominale	Dichotomique	Vrai, faux, je ne sais pas
Croyances	Ordinale	Likert à 7 niveaux	Totalement en désaccord à totalement en accord
Attitudes	Ordinale	Likert à 7 niveaux	Totalement en désaccord à totalement en accord
Normes subjectives	Ordinale	Likert à 7 niveaux	Totalement en désaccord à totalement en accord
Intentions d'agir	Ordinale	Likert à 7 niveaux	Totalement en désaccord à totalement en accord

Montréal, le 2000

Dr ou M ou Mme

Titre

Lieu

Adresse

Ville

Code postal

Monsieur ou Madame,

OBJET : COLLABORATION À LA VALIDATION DE CONTENU D'UN OUTIL DE LA RECHERCHE

Je suis étudiante de deuxième cycle en Sciences infirmières à l'Université de Montréal et agente de recherche dans le cadre de cette étude intitulé : *Efficacité d'un programme de formation de don d'organes auprès de professionnels de la santé*. À cet effet, un instrument nommé CADO a été développé pour mesurer les croyances, les attitudes, les intentions et les connaissances sur le don d'organes auprès de professionnels de la santé. Il est destiné aux infirmières(ers) et résident(e)s et patrons de médecine et de chirurgie travaillant dans les départements d'urgence et de soins intensifs. Il sera complété par ces derniers quinze minutes avant et quinze minutes après le programme de formation. Vous trouverez ci-joint de plus amples informations sur le contenu du programme de formation et ses objectifs.

Je voudrais solliciter votre collaboration dans le processus de validation de contenu de l'instrument en tant qu'experts en don d'organes. Je vous demande de vous prononcer sur chaque énoncé à savoir si celui-ci mesure bien la variable identifiée, s'il est utile en vue d'augmenter le nombre de donneurs potentiels d'organes et s'il est clair, compréhensible et bien formulé. Les énoncés ont été regroupés en quatre variables : intention, croyance, connaissance et attitude. Pour chaque énoncé vous devrez répondre par oui ou par non. Considérant votre expérience, je vous prie d'agir comme juge et j'apprécierais grandement de votre part tout commentaire et suggestion propres à assurer et à augmenter la validité de contenu de ce questionnaire.

Si vous avez besoin d'autres informations, n'hésitez pas à communiquer avec moi. Suite à votre collaboration, j'aurais besoin de votre réponse au plus tard le 9 février 2001. Je vous remercie pour le temps et l'attention que vous porterez à ma demande. Si toute fois, vous désirez communiquer avec nous il est possible de nous rejoindre en tout temps au [REDACTED]

Louise Bouchard, Ph.D.

Linda Peltier, infirmière

APPENDICE C

QUESTIONS REMISES À UNE VALIDATION DE CONTENU

AUPRÈS DES PROFESSIONNELLS DE LA SANTÉ

QUESTIONS REMISES À UNE VALIDATION DE CONTENU AUPRÈS DE PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ

- 1) Actuellement, chez les êtres humains, la principale source d'organes pour la transplantation provient du corps humain.
- 2) Une banque d'organes humains est actuellement disponible pour les personnes en attente d'une transplantation d'organes
- 3) Parmi les organes suivants lesquels sont transplantables .
- 4) Les cornées, la peau, les os et les valves cardiaques peuvent être prélevés même si le cœur a cessé de battre.
- 5) La personne en attente d'une transplantation d'organes peut se permettre le luxe d'attendre le donneur de son choix.
- 6) Au Québec et au Canada, pour combler les demandes en transplantation d'organes, il faudrait doubler le nombre de donateurs d'organes.
- 7) En 1999, au Québec, le nombre de personnes en attente d'une transplantation d'organes était de
- 8) En identifiant un seul donneur d'organes, les professionnels de la santé peuvent aider entre une à dix personnes en attente d'organes.
- 9) Le fait de ne pas identifier de donneur d'organes peut faire une différence significative sur la survie de personnes en attente d'organes.
- 10) Chaque année, au Québec, un donneur d'organes sur deux n'est pas identifié.
- 11) Au Québec, à chaque fois qu'un patient est déclaré en mort cérébrale, le centre hospitalier est dans l'obligation de le référer à l'organisme responsable du don d'organes (Québec-Transplant).
- 12) La demande de consentement au don d'organes auprès d'une famille doit se faire au même moment que l'annonce de la mort cérébrale.
- 13) Les données statistiques démontrent qu'une fois approchées, très peu de familles consentent à faire don d'organes.
- 14) La mort cérébrale se définit comme la cessation irréversible des fonctions cérébrales et du tronc cérébral.
- 15) La mort cérébrale est l'équivalent de la mort clinique.
- 16) Les critères permettant d'identifier un donneur potentiel d'organes sont :
- 17) Légalement, pour déclarer une personne en mort cérébrale, il est nécessaire d'effectuer deux examens cliniques ou un examen clinique et un examen démontrant l'absence d'activités cérébrales.
- 18) Il est habituellement difficile pour la famille d'un patient déclaré en mort cérébrale de comprendre ce qu'est la mort cérébrale.
- 19) En général, les croyances religieuses représentent un obstacle au consentement de don d'organes pour la famille d'un donneur.

- 20) Une période de réflexion de 24 à 48 heures peut être allouée à la famille pour un consentement au don d'organes, suite à la déclaration de la mort cérébrale.
- 21) D'un point de vue légal, les examens de déclaration de la mort cérébrale doivent être exécutés à au moins deux heures d'intervalle par 2 médecins différents.
- 22) Malgré la confirmation de la mort cérébrale d'un patient, il m'arrive de penser que ce dernier est toujours vivant.
- 23) Je crois que je n'ai pas suffisamment de connaissances pour identifier les critères de mort cérébrale chez un patient.
- 24) Je crois que de déclarer une personne en mort cérébrale est comme prolonger sa mort.
- 25) Pour moi, la déclaration d'un patient en mort cérébrale signifie un échec professionnel.
- 26) Pour moi, il est difficile d'accepter le décès d'un patient quelle qu'en soit la cause.
- 27) Lorsque la mort cérébrale d'un patient est confirmée, ma motivation à le soigner diminue.
- 28) En tant que professionnel de la santé, je crois avoir une part de responsabilité face à la famille en deuil.
- 29) J'ai l'intention d'identifier les patients qui répondent aux critères de mort cérébrale.
- 30) Je crois détenir suffisamment de connaissances pour faire une demande de consentement au don d'organes auprès d'une famille.
- 31) Je crois que les personnes en attente d'organes ont le droit à une seconde chance à la vie.
- 32) Je crois important de respecter le choix du patient décédé, qu'il ait été en faveur ou non du don d'organes avant son décès.
- 33) Je crois qu'identifier un patient comme donneur potentiel peut aider la famille à trouver un sens à la mort et au deuil.
- 34) Je crois que l'identification de donneurs d'organes est une de mes responsabilités professionnelles.
- 35) Je crois que le don d'organes complique le deuil des familles.
- 36) Solliciter une famille pour un don d'organes peut lui créer un fardeau additionnel.
- 37) Je crois que je n'ai pas suffisamment de connaissances pour identifier un donneur potentiel d'organes.
- 38) J'ai l'intention de faire tout ce qui est en mon pouvoir pour identifier tous les donneurs potentiels d'organes.
- 39) Je crois avoir une certaine responsabilité professionnelle face aux personnes qui sont en attente d'organes.
- 40) Je crois que le fait de ne pas approcher les familles pour une demande de don, c'est de refuser pour eux.

- 41) Je crois que faire don d'organes aide les familles de donneurs dans son processus de deuil.
- 42) Je crois qu'offrir la possibilité de faire don d'organes ne fait que prolonger les souffrances morales des familles du donneur.
- 43) Je crois que la transplantation d'organes est une technique plus nuisible qu'aidante pour les personnes qui reçoivent l'(es) organe(s).
- 44) Lorsqu'une famille est en situation d'attente d'un diagnostic de mort cérébrale, je me sens incapable de lui offrir toute forme de soutien.
- 45) Je crois qu'approcher une famille pour une demande de consentement au don d'organes nécessite une technique très complexe.
- 46) Je crois que tout le processus de don d'organes peut aider la famille dans la compréhension des événements liés à la mort d'un des leurs.
- 47) En général, la mort de mes patients me rend inconfortable.
- 48) Je crois que la transplantation d'organes est une technique qui peut sauver des vies.
- 49) Mes croyances religieuses influencent mon opinion à l'égard du don d'organes.
- 50) J'ai l'intention d'approcher toutes les familles, dont un des membres a été déclaré en mort cérébrale pour obtenir leur consentement au don d'organes.

APPENDICE D

COMPILATION DE LA VALIDITÉ DE CONTENU

mesure bien une connaissance Oui	stimuler l'intention Oui	clair, bien formulé, compréhensible Oui	Commentaires
----------------------------------------	--------------------------------	-----------------------------------------------	--------------

Connaissances sur le don, le prélèvement et la transplantation d'organes:

Question 1	100	100	93,75	Distinguer organes et tissus(MD)
Question 2	100	100	93,75	Distinguer organes et tissus(MD)
Question 3	100	87,5	100	
Question 4	100	100	93,75	Distinguer organes et tissus(MD)
Question 16	100	100	100	

Connaissances sur les données statistiques faisant état des besoins en transplantation d'organes

Question 5	100	87,5	100	C'est plutôt une attitude
Question 6	75	100	100	
Question 7	87,5	100	100	Risque de confusion entre tissus et organes (MD)
Question 8	100	100	100	Risque de confusion entre tissus et organes (MD)
Question 9	93,75	93,75	93,75	Je dirais que c'est plutôt une croyance; ressemble beaucoup à # 8
Question 10	100	100	93,75	

Connaissances sur la mort cérébrale et le processus de déclaration

Question 11	100	100	100	
Question 14	100	93,75	100	
Question 15	100	100	100	
Question 17	100	100	100	
Question 21	100	100	100	

Connaissances sur le consentement des familles au don d'organes et leur compréhension de la mort cérébrale

Question 12	87,5	87,5	75	un peu long, pourquoi elle mesure une intention Ce n'est jpas clair que l'on fait appel à une connaissance Contenu OK, mais question difficile à comprendre (MD)
Question 13	100	100	100	
Question 18	100	87,5	100	
Question 20	100	87,5	100	(MD) j'enlèverais "d'un membre de cette famille "
Question 19	87,5	75	87,5	Préciser origine ex: selon statistique... si non pour moi pas une connaissance mais croyances; cette question me remet en doute Jusqu'ici j'avais pris la décision de signer ma feuille pour le don

Croyez-vous qu'il existe d'autres connaissances (notions cognitive., que vous jugez importantes, ou pertinentes, ou utiles en vue d'obtenir un plus grand taux d'identification de donneurs potentiels d'organes ?

Que les personnes transplantées peuvent avoir une belle qualité de vie
Insister sur le fait que la mort cérébrale est irréversible

donner statistique (Québec ou USA) sur nombre de décès sur la liste d'attente, durée d'attente, moyenne sur la liste, nombre de patient sur la liste donner une idée/présenter résultats intéressants de la greffe (eg. Survie à long terme)

mesure bien une connaissance Oui	stimuler l'intention Oui	clair, bien formulé, compréhensible Oui	Commentaires
-------------------------------------	-----------------------------	--------------------------------------------	--------------

Attitudes face à la mort cérébrale

Question 27	100	62,5	75	je peux ressentir une certaine démotivation temporaire attitude ou comportement?
-------------	-----	------	----	----------------------------------------------------------------------------------

Attitudes face à la mort

Question 26	100	75	100	aussi une croyance
Question 28	100	62,5	100	aussi une croyance
Question 47	100	75	100	Formulation (MD); Enlèverait totalement (MD)

Attitudes face aux familles en attente d'un diagnostic de mort cérébrale

Question 44	100	75	100	
-------------	-----	----	-----	--

Attitudes face au lien entre mes croyances religieuses et le don d'organes

Question 49	100	87,5	100	aussi une croyance
-------------	-----	------	-----	--------------------

Intentions face à l'identification de patients en mort cérébrale

Question 29	100	87,5	100	
-------------	-----	------	-----	--

Intentions face à l'identification d'un donneur potentiel d'organes

Question 38	100	87,5	100	
-------------	-----	------	-----	--

Intentions face à l'approche aux familles pour obtenir un consentement au don d'organes

Question 50	100	87,5	100	
-------------	-----	------	-----	--

Croyances de l'impact du don d'organes sur les familles

Question 33	87,5	62,5	87,5	pas stimuler une intention
Question 35	100	75	100	<i>un médecin a entouré "un sens" et a souligné "dernier face"</i> clarifier "complicquer"; pas stimuler mais à comprendre
Question 36	100	75	100	cet énoncé empêche beaucoup de gens à demander aux familles leur consentement

	mesure bien une connaissance Oui	stimuler l'intention Oui	clair, bien formulé, compréhensible Oui	Commentaires
Question 40	87,5	75	75	(MD) à rephraser : je crois que LE FAIT... de don C'EST.. Refuse à leur place C'est plutôt une attitude qui fait que la personne présume que la famille va refuser
Question 41	100	87,5	93,75	Vérifier (MD)
Question 42	100	75	93,75	vérifier (MD)
Question 46	100	87,5	100	
Croyance sur la technique d'approche auprès de famille				
Question 45	100	75	100	
Croyances face à la responsabilité professionnelle en don d'organes				
Question 34	87,5	87,5	100	
Question 39	100	87,5	100	
Croyances face au respect du choix du patient en don d'organes				
Question 32	87,5	75	100	plutôt une attitude ou même une connaissance
Croyances face à la déclaration de la mort cérébrale				
Question 22	100	87,5	87,5	C'est aussi une attitude Un souligné de, "il m'arrive... toujours vivant"
Question 24	100	75	87,5	accélère par prolonger...
Question 25	87,5	75	100	c'est une attitude ; Un md a changé dans pour de
Croyances face aux connaissances acquises sur la demande de consentement et l'identification d'un donneur				
Question 23	100	87,5	100	
Question 30	87,5	87,5	100	plutôt une connaissance : est-ce que ça devrait plutôt être fait par le médecin
Question 37	100	75	100	les lacunes de connaissances une fois comblées devraient aider les professionnels à proposer le don d'organes.
Croyances face à la transplantation d'organes et aux personnes en attente d'organes				
Question 31	100	87,5	100	
Question 43	100	62,5	75	Pourquoi plus souffrant ? ; Vérifier formulation (MD)
Question 48	87,5	87,5	100	plutôt une connaissance

APPENDICE E
INSTRUMENT DE MESURE
(VERSION CORRIGÉE)

DONNÉES SOCIODÉMOGRAPHIQUES

CODE D'IDENTIFICATION EN NOMBRE UNIQUEMENT :

--	--	--	--	--	--	--	--

(votre Mois de naissance ; votre Jour de naissance ; Mois de naissance de votre mère ; Jour de naissance de votre mère)

❖ Année de naissance : 19 _____

❖ Genre : M F

❖ Ethnie : caucasienne noire hispanique
 asiatique autre : _____

❖ Pays d'origine : _____

❖ Religion : protestante catholique musulmane
 juive autre : _____

❖ Je demeure au Québec depuis : 19 _____

❖ Avant je demeurais où : Hors province (préciser) _____

Hors du pays (préciser) _____

❖ Emploi à titre d'infirmière :

Titre : Infirmier(ière) Infirmier(ière)-chef Assistante Inf.(ière)-chefFormation : DEC baccalauréat maîtrise doctoratUnité de travail : Urgence Soins intensifs

Je travaille à l'unité d'urgence ou de soins intensifs depuis :

 0 à 2 ans 3 à 5 ans 6 ans et plus

❖ Emploi à titre de médecin :

 Résident 1-2 de médecine Résident 3-5 de médecine Patron de médecine Résident 1-2 de chirurgie Résident 3-5 de chirurgie Patron de chirurgie

QUESTIONS RELATIVES À MON IMPLICATION AU DON D'ORGANES

1) J'ai déjà identifié un donneur potentiel d'organes :

- 0 fois 1 à 5 fois 6 à 10 fois 11 fois et plus

2) J'ai déjà approché une famille en vue d'une demande de consentement au don d'organes :

- 0 fois 1 à 5 fois 6 à 10 fois 11 fois et plus

3) J'ai déjà participé aux soins d'un patient en mort cérébrale :

- 0 fois 1 à 5 fois 6 à 10 fois 11 fois et plus

4) Lorsqu'un diagnostic de mort cérébrale est confirmé, je vérifie si le patient a signé une carte de don d'organes	1	2	3	4	5	6	7
	TOTALEMENT						TOTALEMENT
	EN DÉSACCORD						EN ACCORD
5) Dès que des discussions sur le pronostic du patient contiennent l'expression « mort cérébrale probable » j'ai le réflexe de penser au don d'organes.	1	2	3	4	5	6	7
	TOTALEMENT						TOTALEMENT
	EN DÉSACCORD						EN ACCORD
6) Lorsqu'une personne doit être déclarée en mort cérébrale, je m'efforce d'aider ou de faire moi-même (selon l'intervenant) la déclaration de mort cérébrale.	1	2	3	4	5	6	7
	TOTALEMENT						TOTALEMENT
	EN DÉSACCORD						EN ACCORD
7) Lorsque des démarches en don d'organes sont entamées auprès de la famille du donneur je m'éloigne car je ne sais pas quoi faire.	1	2	3	4	5	6	7
	TOTALEMENT						TOTALEMENT
	EN DÉSACCORD						EN ACCORD
8) J'accepterais une transplantation d'organes si elle s'avérait nécessaire pour me sauver la vie.	1	2	3	4	5	6	7
	TOTALEMENT						TOTALEMENT
	EN DÉSACCORD						EN ACCORD
9) J'ai déjà consenti au don d'organes en signant ma carte à l'effet que mes organes soient prélevés à ma mort.	1	2	3	4	5	6	7
	TOTALEMENT						TOTALEMENT
	EN DÉSACCORD						EN ACCORD
10) Je n'hésite pas à approcher une famille pour une demande de consentement au don d'organes	1	2	3	4	5	6	7
	TOTALEMENT						TOTALEMENT
	EN DÉSACCORD						EN ACCORD

QUESTIONS RELATIVES À MON MILIEU DE TRAVAIL

11) En général, les personnes de mon milieu de travail sont en faveur du don d'organes.	Oui	Non	Je ne sais pas
12) En général, dans mon milieu de travail, la priorité des lits est accordée aux patients vivants et non aux patients en mort cérébrale.	Oui	Non	Je ne sais pas
13) En général, dans mon milieu de travail, la définition donnée à la mort est celle d'une libération des souffrances pour la personne qui décède.	Oui	Non	Je ne sais pas
14) Dans mon milieu de travail, nous retrouvons des procédures de déclaration de la mort cérébrale pour nous soutenir dans nos démarches.	Oui	Non	Je ne sais pas
15) Dans mon centre hospitalier, nous avons une équipe de soins pour nous assister dans la déclaration de la mort cérébrale d'un patient.	Oui	Non	Je ne sais pas
16) Dans mon centre hospitalier, nous avons une personne ressource pour nous supporter face à la perte d'un patient.	Oui	Non	Je ne sais pas
17) Dans mon centre hospitalier, nous avons une personne responsable du don d'organes et de tissus.	Oui	Non	Je ne sais pas
18) Mon équipe de travail pense que consentir au don d'organes est un geste noble	Oui	Non	Je ne sais pas
19) Dans mon équipe de travail, identifier un donneur d'organes est considéré un élément valorisant de notre travail.	Oui	Non	Je ne sais pas
20) Mon équipe de travail pense que l'on devrait offrir l'option du don d'organes à toutes les familles dont un des membres est déclaré en mort cérébrale.	Oui	Non	Je ne sais pas

QUESTIONNAIRE CADO

SECTION SUR LES CONNAISSANCES

Répondre à chacune des questions en encerclant votre choix de réponse :	Vrai ou Faux ou Je ne sais pas
1) Actuellement, chez les êtres humains, la principale source d'organes pour la transplantation provient du corps humain.	V F J
2) Une banque d'organes humains est actuellement disponible pour les personnes en attente d'une transplantation d'organes	V F J
3) Parmi les organes suivants lesquels sont transplantables . (cocher une ou plusieurs réponses)	<input type="checkbox"/> Cœur <input type="checkbox"/> Poumon <input type="checkbox"/> Foie <input type="checkbox"/> Rein <input type="checkbox"/> Pancréas <input type="checkbox"/> Intestin <input type="checkbox"/> Glande thyroïde <input type="checkbox"/> Appendice <input type="checkbox"/> Vésicule biliaire <input type="checkbox"/> J
4) Les cornées, la peau, les os et les valves cardiaques peuvent être prélevés même si le cœur a cessé de battre.	V F J
5) La personne en attente d'une transplantation d'organes peut se permettre le luxe d'attendre le donneur de son choix.	V F J
6) Au Québec et au Canada, pour combler les demandes en transplantation d'organes, il faudrait doubler le nombre de donneurs d'organes.	V F J
7) En 1999, au Québec, le nombre de personnes en attente d'une transplantation d'organes était de	<input type="checkbox"/> 0 à 250 <input type="checkbox"/> 251 à 500 <input type="checkbox"/> 501 à 750 <input type="checkbox"/> 751 à 1000 <input type="checkbox"/> JE NE SAIS PAS
8) En identifiant un seul donneur d'organes, les professionnels de la santé peuvent aider entre une à dix personnes en attente d'organes.	V F J
9) Le fait de ne pas identifier de donneur d'organes peut faire une différence significative sur la survie de personnes en attente d'organes.	V F J
10) Chaque année, au Québec, un donneur d'organes sur deux n'est pas identifié.	V F J
11) Au Québec, à chaque fois qu'un patient est déclaré en mort cérébrale, le centre hospitalier est dans l'obligation de le référer à l'organisme responsable du don d'organes (Québec-Transplant).	V F J

12) La demande de consentement au don d'organes auprès d'une famille doit se faire au même moment que l'annonce de la mort cérébrale.	V	F	J
13) Les données statistiques démontrent qu'une fois approchées, très peu de familles consentent à faire don d'organes.	V	F	J
14) La mort cérébrale se définit comme la cessation irréversible des fonctions cérébrales et du tronc cérébral.	V	F	J
15) La mort cérébrale est l'équivalent de la mort clinique.	V	F	J
16) Les critères permettant d'identifier un donneur potentiel d'organes sont : (cocher une ou plusieurs réponses)	<p>Âge : <input type="checkbox"/> 0 à 50 seulement <input type="checkbox"/> 1 à 55 seulement <input type="checkbox"/> Tous les âges</p> <p>Cause de décès :</p> <input type="checkbox"/> Traumatisme crânien <input type="checkbox"/> Noyade <input type="checkbox"/> Post réanimation cardiaque <input type="checkbox"/> Suicide <input type="checkbox"/> Accident vasculo-cérébral <input type="checkbox"/> Homicide <input type="checkbox"/> Tumeur cérébrale primaire non métastatique <input type="checkbox"/> Cause de décès inconnue <input type="checkbox"/> Je ne sais pas		
17) Légalement, pour déclarer une personne en mort cérébrale, il est nécessaire d'effectuer deux examens cliniques ou un examen clinique et un examen démontrant l'absence d'activités cérébrales.	V	F	J
18) Il est habituellement difficile pour la famille d'un patient déclaré en mort cérébrale de comprendre ce qu'est la mort cérébrale.	V	F	J
19) En général, les croyances religieuses représentent un obstacle au consentement de don d'organes pour la famille d'un donneur.	V	F	J
20) Une période de réflexion de 24 à 48 heures peut être allouée à la famille pour un consentement au don d'organes, suite à la déclaration de la mort cérébrale.	V	F	J
21) D'un point de vue légal, les examens de déclaration de la mort cérébrale doivent être exécutés à au moins deux heures d'intervalle par 2 médecins différents.	V	F	J

SECTION SUR LES ATTITUDES ET CROYANCES

Répondre à chacune des questions		1	2	3	4	5	6	7
22) Malgré la confirmation de la mort cérébrale d'un patient, il m'arrive de penser que ce dernier est toujours vivant.	TOTALLEMENT EN DÉSACCORD							TOTALLEMENT EN ACCORD
23) Je crois que je n'ai pas suffisamment de connaissances pour identifier les critères de mort cérébrale chez un patient.	TOTALLEMENT EN DÉSACCORD							TOTALLEMENT EN ACCORD
24) Je crois que de déclarer une personne en mort cérébrale est comme prolonger sa mort.	TOTALLEMENT EN DÉSACCORD							TOTALLEMENT EN ACCORD
25) Pour moi, la déclaration d'un patient en mort cérébrale signifie un échec professionnel.	TOTALLEMENT EN DÉSACCORD							TOTALLEMENT EN ACCORD
26) Pour moi, il est difficile d'accepter le décès d'un patient quelle qu'en soit la cause.	TOTALLEMENT EN DÉSACCORD							TOTALLEMENT EN ACCORD
27) Lorsque la mort cérébrale d'un patient est confirmée, ma motivation à le soigner diminue.	TOTALLEMENT EN DÉSACCORD							TOTALLEMENT EN ACCORD
28) En tant que professionnel de la santé, je crois avoir une part de responsabilité face à la famille en deuil.	TOTALLEMENT EN DÉSACCORD							TOTALLEMENT EN ACCORD
29) J'ai l'intention d'identifier les patients qui répondent aux critères de mort cérébrale.	TOTALLEMENT EN DÉSACCORD							TOTALLEMENT EN ACCORD
30) Je crois détenir suffisamment de connaissances pour faire une demande de consentement au don d'organes auprès d'une famille.	TOTALLEMENT EN DÉSACCORD							TOTALLEMENT EN ACCORD

31) Je crois que les personnes en attente d'organes ont le droit à une seconde chance à la vie.	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td><td style="text-align: center;">3</td><td style="text-align: center;">4</td><td style="text-align: center;">5</td><td style="text-align: center;">6</td><td style="text-align: center;">7</td> </tr> <tr> <td colspan="6">TOTALEMENT</td><td>TOTALEMENT</td> </tr> <tr> <td colspan="6">EN DÉSACCORD</td><td>EN ACCORD</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7	TOTALEMENT						TOTALEMENT	EN DÉSACCORD						EN ACCORD
1	2	3	4	5	6	7																
TOTALEMENT						TOTALEMENT																
EN DÉSACCORD						EN ACCORD																
32) Je crois important de respecter le choix du patient décédé, qu'il ait été en faveur ou non du don d'organes avant son décès.	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td><td style="text-align: center;">3</td><td style="text-align: center;">4</td><td style="text-align: center;">5</td><td style="text-align: center;">6</td><td style="text-align: center;">7</td> </tr> <tr> <td colspan="6">TOTALEMENT</td><td>TOTALEMENT</td> </tr> <tr> <td colspan="6">EN DÉSACCORD</td><td>EN ACCORD</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7	TOTALEMENT						TOTALEMENT	EN DÉSACCORD						EN ACCORD
1	2	3	4	5	6	7																
TOTALEMENT						TOTALEMENT																
EN DÉSACCORD						EN ACCORD																
33) Je crois qu'identifier un patient comme donneur potentiel peut aider la famille à trouver un sens à la mort et au deuil.	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td><td style="text-align: center;">3</td><td style="text-align: center;">4</td><td style="text-align: center;">5</td><td style="text-align: center;">6</td><td style="text-align: center;">7</td> </tr> <tr> <td colspan="6">TOTALEMENT</td><td>TOTALEMENT</td> </tr> <tr> <td colspan="6">EN DÉSACCORD</td><td>EN ACCORD</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7	TOTALEMENT						TOTALEMENT	EN DÉSACCORD						EN ACCORD
1	2	3	4	5	6	7																
TOTALEMENT						TOTALEMENT																
EN DÉSACCORD						EN ACCORD																
34) Je crois que l'identification de donneurs d'organes est une de mes responsabilités professionnelles.	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td><td style="text-align: center;">3</td><td style="text-align: center;">4</td><td style="text-align: center;">5</td><td style="text-align: center;">6</td><td style="text-align: center;">7</td> </tr> <tr> <td colspan="6">TOTALEMENT</td><td>TOTALEMENT</td> </tr> <tr> <td colspan="6">EN DÉSACCORD</td><td>EN ACCORD</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7	TOTALEMENT						TOTALEMENT	EN DÉSACCORD						EN ACCORD
1	2	3	4	5	6	7																
TOTALEMENT						TOTALEMENT																
EN DÉSACCORD						EN ACCORD																
35) Je crois que le don d'organes complique le deuil des familles.	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td><td style="text-align: center;">3</td><td style="text-align: center;">4</td><td style="text-align: center;">5</td><td style="text-align: center;">6</td><td style="text-align: center;">7</td> </tr> <tr> <td colspan="6">TOTALEMENT</td><td>TOTALEMENT</td> </tr> <tr> <td colspan="6">EN DÉSACCORD</td><td>EN ACCORD</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7	TOTALEMENT						TOTALEMENT	EN DÉSACCORD						EN ACCORD
1	2	3	4	5	6	7																
TOTALEMENT						TOTALEMENT																
EN DÉSACCORD						EN ACCORD																
36) Solliciter une famille pour un don d'organes peut lui créer un fardeau additionnel.	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td><td style="text-align: center;">3</td><td style="text-align: center;">4</td><td style="text-align: center;">5</td><td style="text-align: center;">6</td><td style="text-align: center;">7</td> </tr> <tr> <td colspan="6">TOTALEMENT</td><td>TOTALEMENT</td> </tr> <tr> <td colspan="6">EN DÉSACCORD</td><td>EN ACCORD</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7	TOTALEMENT						TOTALEMENT	EN DÉSACCORD						EN ACCORD
1	2	3	4	5	6	7																
TOTALEMENT						TOTALEMENT																
EN DÉSACCORD						EN ACCORD																
37) Je crois que je n'ai pas suffisamment de connaissances pour identifier un donneur potentiel d'organes.	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td><td style="text-align: center;">3</td><td style="text-align: center;">4</td><td style="text-align: center;">5</td><td style="text-align: center;">6</td><td style="text-align: center;">7</td> </tr> <tr> <td colspan="6">TOTALEMENT</td><td>TOTALEMENT</td> </tr> <tr> <td colspan="6">EN DÉSACCORD</td><td>EN ACCORD</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7	TOTALEMENT						TOTALEMENT	EN DÉSACCORD						EN ACCORD
1	2	3	4	5	6	7																
TOTALEMENT						TOTALEMENT																
EN DÉSACCORD						EN ACCORD																
38) J'ai l'intention de faire tout ce qui est en mon pouvoir pour identifier tous les donneurs potentiels d'organes.	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td><td style="text-align: center;">3</td><td style="text-align: center;">4</td><td style="text-align: center;">5</td><td style="text-align: center;">6</td><td style="text-align: center;">7</td> </tr> <tr> <td colspan="6">TOTALEMENT</td><td>TOTALEMENT</td> </tr> <tr> <td colspan="6">EN DÉSACCORD</td><td>EN ACCORD</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7	TOTALEMENT						TOTALEMENT	EN DÉSACCORD						EN ACCORD
1	2	3	4	5	6	7																
TOTALEMENT						TOTALEMENT																
EN DÉSACCORD						EN ACCORD																
39) Je crois avoir une certaine responsabilité professionnelle face aux personnes qui sont en attente d'organes.	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td><td style="text-align: center;">3</td><td style="text-align: center;">4</td><td style="text-align: center;">5</td><td style="text-align: center;">6</td><td style="text-align: center;">7</td> </tr> <tr> <td colspan="6">TOTALEMENT</td><td>TOTALEMENT</td> </tr> <tr> <td colspan="6">EN DÉSACCORD</td><td>EN ACCORD</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7	TOTALEMENT						TOTALEMENT	EN DÉSACCORD						EN ACCORD
1	2	3	4	5	6	7																
TOTALEMENT						TOTALEMENT																
EN DÉSACCORD						EN ACCORD																
40) Je crois que le fait de ne pas approcher les familles pour une demande de don, c'est de refuser pour eux.	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td><td style="text-align: center;">3</td><td style="text-align: center;">4</td><td style="text-align: center;">5</td><td style="text-align: center;">6</td><td style="text-align: center;">7</td> </tr> <tr> <td colspan="6">TOTALEMENT</td><td>TOTALEMENT</td> </tr> <tr> <td colspan="6">EN DÉSACCORD</td><td>EN ACCORD</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7	TOTALEMENT						TOTALEMENT	EN DÉSACCORD						EN ACCORD
1	2	3	4	5	6	7																
TOTALEMENT						TOTALEMENT																
EN DÉSACCORD						EN ACCORD																

41) Je crois que faire don d'organes aide les familles de donneurs dans son processus de deuil.	<p style="text-align: center;">1 2 3 4 5 6 7</p> <p>TOTALEMENT</p> <p>EN DÉSACCORD EN ACCORD</p>
42) Je crois qu'offrir la possibilité de faire don d'organes ne fait que prolonger les souffrances morales des familles du donneur.	<p style="text-align: center;">1 2 3 4 5 6 7</p> <p>TOTALEMENT</p> <p>EN DÉSACCORD EN ACCORD</p>
43) Je crois que la transplantation d'organes est une technique plus nuisible qu'aidante pour les personnes qui reçoivent l'(es) organe(s).	<p style="text-align: center;">1 2 3 4 5 6 7</p> <p>TOTALEMENT</p> <p>EN DÉSACCORD EN ACCORD</p>
44) Lorsqu'une famille est en situation d'attente d'un diagnostic de mort cérébrale, je me sens incapable de lui offrir toute forme de soutien.	<p style="text-align: center;">1 2 3 4 5 6 7</p> <p>TOTALEMENT</p> <p>EN DÉSACCORD EN ACCORD</p>
45) Je crois qu'approcher une famille pour une demande de consentement au don d'organes nécessite une technique très complexe.	<p style="text-align: center;">1 2 3 4 5 6 7</p> <p>TOTALEMENT</p> <p>EN DÉSACCORD EN ACCORD</p>
46) Je crois que tout le processus de don d'organes peut aider la famille dans la compréhension des événements liés à la mort d'un des leurs.	<p style="text-align: center;">1 2 3 4 5 6 7</p> <p>TOTALEMENT</p> <p>EN DÉSACCORD EN ACCORD</p>
47) En général, la mort de mes patients me rend inconfortable.	<p style="text-align: center;">1 2 3 4 5 6 7</p> <p>TOTALEMENT</p> <p>EN DÉSACCORD EN ACCORD</p>
48) Je crois que la transplantation d'organes est une technique qui peut sauver des vies.	<p style="text-align: center;">1 2 3 4 5 6 7</p> <p>TOTALEMENT</p> <p>EN DÉSACCORD EN ACCORD</p>
49) Mes croyances religieuses influencent mon opinion à l'égard du don d'organes.	<p style="text-align: center;">1 2 3 4 5 6 7</p> <p>TOTALEMENT</p> <p>EN DÉSACCORD EN ACCORD</p>
50) J'ai l'intention d'approcher toutes les familles, dont un des membres a été déclaré en mort cérébrale pour obtenir leur consentement au don d'organes.	<p style="text-align: center;">1 2 3 4 5 6 7</p> <p>TOTALEMENT</p> <p>EN DÉSACCORD EN ACCORD</p>