

JULIE BERGER

**Étude des déterminants liés à la démarche infirmière dans
l'approche d'une famille en vue d'un don d'organes.**

Mémoire présenté
à la Faculté des études supérieures de l'Université Laval
dans le cadre du programme de maîtrise en Sciences Infirmières
pour l'obtention du grade de maître ès sciences (M.Sc.)

FACULTÉ DES SCIENCES INFIRMIÈRES
UNIVERSITÉ LAVAL
QUÉBEC

2011

RÉSUMÉ

Partant principalement de la théorie du comportement planifié, cette étude vise à identifier les déterminants de l'intention des infirmières de demander un consentement au don d'organes à la famille d'un patient suite à son diagnostic de décès neurologique.

Quatre-vingts infirmières de Québec ont participé volontairement en répondant à un questionnaire autoadministré. L'analyse de régression multiple indique que l'importance perçue des obstacles/facilitateurs et l'autonomie perçue expliquent 66 % de la variance de l'intention.

Les analyses de régression logistique indiquent que les infirmières avec une intention faible/forte se différencient en regard de leur perception que la signature de la carte d'assurance-maladie est un facilitateur et en regard des obstacles perçus suivants : manque de temps, absence de formation en don d'organes et le décès subit du patient.

Ces résultats pourraient être utilisés pour définir le contenu d'intervention visant à favoriser, chez les infirmières, l'approche à la famille en vue d'un don d'organes.

ABSTRACT

Originating essentially from the planned behaviour theory, this study's goal is to identify the determining factors of nurses' intent to ask for organ donation authorisation to a patient's family following its brain death diagnostic.

Eighty nurses from the Quebec area have voluntarily participated in this study by answering a self-filled survey. The regression analysis indicates that perceived barriers and perceived autonomy explain 66% of the variance of nurses' intent.

The logistic regression analysis indicates nurses with strong/weak intent are differentiated by the way they perceive a signed healthcare card as a facilitator and in their perspective of the following obstacles: lack of time, absence of training in organ donation and sudden death of the patient.

These results could be used to define the content of an intervention program to promote a family-oriented approach in nurses in regards to organ donation.

REMERCIEMENTS

Pour commencer, j'aimerais remercier les personnes qui m'ont permis de réaliser ce projet commencé il y a quelques années déjà. Tout d'abord, merci à ma directrice de maîtrise Docteur Danielle Blondeau pour son implication, ses conseils et sa grande générosité qui m'ont permis de rester motivée malgré les épreuves. Merci également à ma codirectrice, Docteur Camille Gagné qui par son expertise et son intérêt pour la méthodologie et les analyses statistiques a grandement contribué à ce projet. Je tiens aussi à vous remercier pour la qualité de votre enseignement et de votre soutien tout au long du processus.

Je remercie également le Dr Stéphane Langevin qui a cru en mon projet et qui m'a appuyée dans un moment décisif. De plus, mes remerciements s'adressent aux directeurs, aux infirmières-chefs ainsi qu'aux moniteurs cliniques des centres hospitaliers participants pour leur collaboration dans la réalisation de la collecte de données ainsi qu'aux infirmiers et aux infirmières qui ont participé à l'étude.

Par ailleurs, je voudrais remercier mes amis, mes collègues et ma famille, plus particulièrement mon conjoint, pour leur encouragement et leur soutien dans cette aventure.

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ	III
ABSTRACT	IV
REMERCIEMENTS	V
TABLE DES MATIÈRES	VI
TABLE DU SCHÉMA	VIII
TABLE DES TABLEAUX	VIII
TABLE DES PRINCIPALES ABRÉVIATIONS	X
INTRODUCTION	1
1. LA PROBLÉMATIQUE	4
1.1. Les différentes catégories d'organes	5
1.1.1. Le décès neurologique	5
1.1.2. Le décès après arrêt cardiocirculatoire	7
1.2. La complexité des enjeux éthiques	8
1.2.1. La redéfinition de la mort	8
1.2.2. Le consentement au don d'organes	9
1.2.3. La justice sociale et l'allocation des ressources	10
1.3. Un contexte de pénurie	11
1.4. Une piste de solution	12
2. LA REVUE DE LITTÉRATURE	14
2.1. Les variables sociodémographiques	15
2.2. Les déterminants psychosociaux qui influencent le don d'organes	16
2.2.1. Les études sans cadre théorique	16
2.2.2. Les études avec cadre théorique	19
2.3. Les objectifs de recherche	21
3. LE CADRE THÉORIQUE	22
3.1. La présentation de la théorie du comportement planifié	23
3.2. La présentation du modèle intégrateur	25
3.3. Les questions de recherche	28
4. LA MÉTHODOLOGIE	29
4.1. La population à l'étude	30
4.2. L'échantillon	30

4.3. La mesure des variables	32
4.4. Le processus de collecte de données et les considérations éthiques	35
4.5. Les analyses	36
4.5.1. Le volet qualitatif	36
4.5.2. Le volet quantitatif	37
5. LES RÉSULTATS	41
5.1. Les analyses de contenu	42
5.2. Les caractéristiques de l'échantillon	45
5.2.1. Les participants	45
5.2.2. La consistance interne des construits	48
5.2.3. Les analyses descriptives	49
5.3. Les analyses factorielles	50
5.4. L'identification des croyances pertinentes à utiliser pour l'élaboration d'une intervention	59
5.4.1. L'importance perçue des barrières et des facilitateurs	59
5.4.2. L'autonomie	61
6. LA DISCUSSION	66
6.1. Le cadre théorique	67
6.2. La motivation des infirmières à approcher la famille pour un don d'organes	67
6.3. Les déterminants de l'intention	68
6.3.1. L'importance perçue des barrières et des facilitateurs	68
6.3.2. L'autonomie	70
6.3.3. La norme morale	71
6.3.4. L'attitude	71
6.3.5. La norme subjective et la norme descriptive	72
6.3.6. La perception de contrôle	73
6.3.7. Le regret anticipé	73
6.3.8. Le comportement passé	74
6.4. Les points forts	75
6.5. Les limites	75
6.6. Les pistes de recherche	76
CONCLUSION	78
RÉFÉRENCES	81
ANNEXES	90

TABLE DU SCHÉMA

Schéma 1. Modèle intégrateur	26
------------------------------	----

TABLE DES TABLEAUX

Tableaux

5.0. Croyances saillantes et modales des infirmières à demander un consentement au don d'organes à la famille d'un patient suite à son décès	42
5.1. Caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon	46
5.2. Coefficient Alpha de Cronbach des différentes variables théoriques	48
5.3. Les mesures de tendances centrales et de dispersion des variables théoriques	49
5.4. Matrice de corrélation de Spearman entre les différentes variables théoriques	51
5.5. Sélection des meilleurs modèles de la régression multiple de Aact, SN, PC et p	52
5.6. Sélection des meilleurs modèles de la régression multiple de SN, p, ND, NM, Ra, bien, auto et Cp	53
5.7. Inférence multimodèle pour estimer le coefficient de régression et l'erreur standard de l'importance perçue des barrières/facilitateurs (p)	54
5.8. Inférence multimodèle pour estimer le coefficient de régression et l'erreur standard de la norme subjective (SN)	55
5.9. Inférence multimodèle pour estimer le coefficient de régression et l'erreur standard de l'autonomie (auto)	55
5.10. Inférence multimodèle pour estimer le coefficient de régression et l'erreur standard de la norme morale (NM)	56
5.11. Inférence multimodèle pour estimer le coefficient de régression et l'erreur standard du regret anticipé (Ra)	57
5.12. Inférence multimodèle pour estimer le coefficient de régression et l'erreur standard de la bienfaisance (bien)	57
5.13. Intervalles de confiance à 95 %	58

5.14. Meilleur modèle de la régression logistique concernant les items mesurant p pour prédire l'intention	60
5.15. Meilleurs modèles de la régression logistique de la variable auto	61
5.16. Inférence multimodèle pour estimer le coefficient de régression et l'erreur standard de la variable auto1	62
5.17. Inférence multimodèle pour estimer le coefficient de régression et l'erreur standard de la variable auto2	63
5.18. Inférence multimodèle pour estimer le coefficient de régression et l'erreur standard de la variable auto4	63
5.19. Inférence multimodèle pour estimer le coefficient de régression et l'erreur standard de la variable auto5	64
5.20. Intervalles de confiance à 95 %	65

TABLE DES ABRÉVIATIONS

Aact	Attitude
AIC	Critère d'information d'Akaike
AIC _c	Critère d'information d'Akaike corrigé
auto	Autonomie
b	Croyances comportementales
BIC	Critère d'information de Bayesian
bien	Bienfaisance
c	Croyances liées au contrôle
e	Évaluation des croyances comportementales
just	Justice
k	Nombre de prédicteurs
MAD _{aj}	Médiane de déviation absolue ajustée
mc	Motivation à se conformer
n	Taille de l'échantillon
Nb	Croyances normatives
ND	Norme descriptive
NM	Norme morale
p	Importance perçue des barrières et des facilitateurs
PC	Perception de contrôle
R ²	Coefficient de détermination
Ra	Regret anticipé
$\square \omega_i \beta$	Paramètre de régression moyen pondéré
SN	Norme subjective
TCP	Théorie du comportement planifié
α	Alpha de Cronbach
β	Paramètre de régression
Δ_i	Delta AIC _c
ω_i	Poids AIC _c
ω_i / ω_j	Ratio d'évidence

INTRODUCTION

La transplantation d'organes est un domaine de la médecine qui est en constante évolution. Malgré ces bienfaits, la transplantation d'organes est limitée par la pénurie d'organes disponibles. En effet, au cours des dernières années, le nombre de personnes en attente d'un organe n'a cessé d'augmenter, alors que le nombre d'organes disponibles est resté le même (Québec-Transplant, 2010). L'écart entre l'offre et la demande peut être expliqué en bonne partie par un consentement limité au don de ses organes. Dans pareil contexte de pénurie, l'infirmière joue un rôle clé dans l'obtention du consentement au don d'organes, car elle peut contribuer à l'identification des donneurs potentiels, elle peut apporter du soutien émotionnel et informatif à la famille du donneur tout au long du processus du don d'organes et elle peut assurer un suivi par la suite. Dans cette perspective, ce projet vise à étudier les déterminants liés à la démarche infirmière dans l'approche d'une famille en vue d'un don d'organes. Ainsi, on peut supposer qu'une meilleure connaissance des facteurs liés à l'intention des infirmières d'approcher les familles pourrait aider à corriger la pénurie d'organes compte tenu du rôle infirmier dans le processus du don d'organes. Cette étude est divisée en six sections.

Le chapitre I expose la problématique. Il élabore sur le don d'organes, la pénurie qui le caractérise ainsi que sur le rôle infirmier.

Pour sa part, le chapitre II consiste à la recension des écrits des études sur les dons d'organes et sur les facteurs prédisposant au consentement au don d'organes.

Par la suite, le chapitre III explique la théorie du comportement planifié qui constitue le cadre théorique de cette étude à laquelle des variables externes ont été rajoutées. Par la suite, les questions de recherche sont précisées.

Le chapitre IV élabore la description de la méthodologie soit la population et l'échantillon à l'étude, les variables mesurées, le processus de collectes de données et les analyses statistiques.

Ensuite, on enchaîne avec le chapitre V qui expose les résultats obtenus suite aux différentes analyses statistiques des données.

Le chapitre VI porte sur la discussion des résultats présentés au chapitre V en lien au but et aux questions de recherche. Par la suite, les points forts et les limites de l'étude seront élaborés pour conclure avec les implications et les pistes futures de recherches.

Finalement, la conclusion ainsi que les différentes annexes seront présentées.

Chapitre I
LA PROBLÉMATIQUE

Le progrès continu entourant les techniques du maintien de l'intégrité des organes ainsi que de la médication antirejet contribue au succès des transplantations. Malgré ses bienfaits, la transplantation d'organes est limitée par la pénurie d'organes disponibles. En effet, au cours des dernières années, le nombre de personnes en attente d'un organe n'a cessé d'augmenter, alors que le nombre d'organes disponibles est resté le même (Québec-Transplant, 2010). L'écart entre l'offre et la demande peut être expliqué en bonne partie par un consentement limité au don de ses organes. Dans pareil contexte de pénurie, le personnel soignant, dont les infirmières, joue un rôle clé dans l'obtention du consentement au don d'organes quand vient le temps d'approcher la famille du donneur.

Dans ce premier chapitre, le don d'organes ainsi que la description des différentes sources d'organes sont documentés. Par la suite, la complexité des enjeux éthiques reliés au don d'organes est élaborée. De plus, le contexte de pénurie est présenté pour enchaîner avec les facteurs explicatifs de cette dernière. Finalement, le chapitre se termine par la pertinence de cette étude et du rôle infirmier dans le processus du don d'organes.

1.1. Les différentes catégories d'organes

Il existe deux catégories de donneurs d'organes humains : les donneurs cadavériques et les donneurs vivants. Les donneurs cadavériques constituent la catégorie la plus connue. Dans cette catégorie, on distingue les donneurs victimes d'un décès neurologique et ceux décédés suite à un arrêt cardiocirculatoire. Pour sa part, la catégorie des donneurs vivants est composée de personnes qui donnent un organe, principalement le rein, de leur vivant. Il est à noter que la catégorie des donneurs vivants ne fait pas l'objet de ce mémoire.

1.1.1. Le décès neurologique

À l'origine, la mort était définie comme la cessation des fonctions pulmonaire et cardiaque (Lazar, Shemie, Webster, & Dickens, 2001; St-Arnaud, 1994). Les progrès réalisés dans le domaine de la réanimation et du maintien de la vie ont engendré un

questionnement sur les critères traditionnels de la mort et ils ont fait ressurgir de nouveaux critères neurologiques. Déjà en 1959, suite à l'étude de dossiers médicaux où l'électroencéphalogramme était plat et où la circulation cérébrale était arrêtée, les professeurs français Mollaret et Goulon ont utilisé, pour la première fois, le concept de *coma dépassé* pour désigner le décès neurologique d'un patient (Mollaret, & Goulon, 1959). Ainsi, pour la première fois, la mort du cerveau devenait le critère pour désigner le décès d'une personne.

En 1968, suite à l'amélioration continue des techniques de maintien de la vie, le comité Ad Hoc de l'école médicale de Harvard développait de nouveaux critères de la mort décrivant un coma irréversible. D'un point de vue clinique, ce coma correspond au décès neurologique (Ad Hoc Committee, 1968). Ces critères sont l'absence de réceptivité et de réaction, l'absence de mouvement et de respiration, l'absence de réflexe du tronc cérébral et un électroencéphalogramme plat (Ad Hoc Committee, 1968). Aussi, les experts spécifiaient que le maintien des résultats pendant une période de 24 heures évoque l'irréversibilité du coma (Ad Hoc Committee, 1968).

De nos jours, les critères de Harvard sont encore largement utilisés pour déterminer le décès neurologique. Néanmoins, la société est réticente à préciser une loi pour légaliser le décès neurologique. Aux États-Unis, ce n'est qu'en 1981 que l'« Uniform Determination of Death Act » proposait une législation pour reconnaître légalement la validité des nouveaux critères de la mort incluant l'arrêt irréversible de toutes les fonctions cérébrales, dont les cellules cérébrales (Uniform Determination of Death Act, 1981). Dans la même foulée, au Canada, un rapport sur les critères de détermination de la mort a été présenté par la Commission de réforme du droit du Canada (1981). Dans ce rapport, la Commission recommandait les critères suivants :

- « Une personne décède au moment où elle subit une cessation irréversible de l'ensemble de ses fonctions cérébrales;
- La cessation irréversible des fonctions cérébrales peut être constatée à partir de l'absence prolongée des fonctions circulatoire et respiratoire spontanées;
- Lorsque l'utilisation de mécanisme de soutien rend impossible la constatation de l'absence prolongée des fonctions circulatoire et respiratoire spontanées, la

cessation irréversible des fonctions cérébrales peut être constatée par tout moyen reconnu par les normes de la pratique médicale courante. »

À ce jour, les recommandations de la Commission ne font pas encore l'objet d'une loi ou d'une jurisprudence au Canada.

En bref, le décès neurologique se définit comme étant la cessation irréversible des fonctions cérébrales entières. Pour mesurer cette cessation, les experts utilisent des tests de la fonction neurologique. Au Canada, l'examen clinique neurologique demeure le protocole standard pour prononcer le décès neurologique (Canadian Neurocritical Care Group, 2000). Les critères diagnostiques du décès neurologique sont les suivants : une étiologie de décès connue et une absence possible de facteurs réversibles, un coma sans réponse à la stimulation, une absence des réflexes neurologiques, une apnée persistante et une absence des facteurs confondants (Canadian Neurologic Care Group, 2000; Shemie, Doig, Dickens, Byrne, Wheelock, Rocker, & Baker, 2006; Wijdicks, 2001). Par ailleurs, une réévaluation dans un « intervalle souhaitable » est suggérée (Canadian Neurologic Care Group, 2000; Shemie, Doig, & al. 2006; Wijdicks, 2001).

1.1.2. Le décès après arrêt cardiocirculatoire

Dans les années 1970, avec l'arrivée des critères du décès neurologique, les organes et les tissus provenant d'un décès après arrêt cardiocirculatoire ont été évités. En effet, l'arrêt de l'oxygénation et de la perfusion des cellules suite au décès causait des dommages ischémiques importants (Deveaux, 2006; Wellie, 1996). Cependant, suite à la pénurie d'organes, les experts ont recommencé à s'intéresser aux organes provenant d'un décès après arrêt cardiocirculatoire. Il existe deux catégories de donneurs potentiels: les patients hospitalisés depuis longtemps et dont les traitements devenus futiles sont arrêtés ainsi que les patients décédés subitement d'un arrêt cardiocirculatoire et respiratoire dont la réanimation est impossible (Deveaux, 2006; Shemie, Baker, Knoll, Wall, Rocker, Howes, & Davidson, 2006; Wellie, 1996). Au Canada, il est recommandé que les conditions suivantes soient respectées avant le prélèvement des organes : un consentement libre et éclairé obtenu auprès de la famille et du donneur, un diagnostic de décès établi par deux

médecins n'ayant aucun conflit d'intérêts, un diagnostic documenté par l'absence de pouls palpable, de tension artérielle et de respiration pendant cinq minutes et aucune intervention visant à faciliter un don ne doit être effectuée (Shemie, Baker, & al., 2006). Au Québec, en 2009, un protocole clinique pour le don d'organes après décès cardiocirculatoire est à l'essai par les membres de Québec-Transplant (Québec-Transplant, 2009). Puisque cette dernière catégorie de donneurs est encore au stade expérimentale pour le moment, la présente étude ne s'adressa qu'à la catégorie des donneurs victimes d'un décès neurologique.

1.2. La complexité des enjeux éthiques

Le concept de don et de transplantation d'organes lors d'un décès neurologique est entouré de questionnements et de considérations éthiques. Cette pratique engendre des enjeux éthiques complexes en lien avec la définition de la mort, le consentement au don d'organes ainsi que la justice sociale et l'allocation des ressources. La prochaine section en fait un survol.

1.2.1. La redéfinition de la mort

En effet, selon Doig et Burgess (2003), les tests diagnostiques pour le décès neurologique n'évaluent pas les fonctions de certaines structures comme l'axe hypothalamus pituitaire. Par conséquent, il est possible de noter la présence d'un contrôle de la thermorégulation, du maintien normal des fonctions des glandes pituitaire et hypothalamique ainsi que des fonctions autonomes (Doig, & Burgess, 2003). Ainsi, par la présence de l'activité de ces fonctions, il est impossible de conclure à la cessation irréversible des fonctions cérébrales entières.

Par ailleurs, déjà en 2003, Bell (2003) soulevait le danger d'une conception utilitariste de la personne. Selon lui, la redéfinition de la mort vise à faciliter le retrait des organes dans des conditions favorables. Cette critique met en évidence le caractère instrumental du

don d'organes. Cela signifie que l'être humain est considéré comme un moyen pour augmenter le nombre d'organes disponible et non comme une fin en soi.

1.2.2. Le consentement au don d'organes

Le consentement au don d'organes est un enjeu éthique majeur. Au Canada, pour prélever des organes chez un donneur, il est obligatoire que le donneur ait signifié son accord en apposant sa signature sur des documents officiels. Au Québec, il existe deux façons pour consentir au don d'organes. La première consiste à apposer sa signature au verso de sa carte d'assurance-maladie. La seconde consiste à signer le registre notarié pour les dons d'organes. De plus, il faut prendre en considération l'opinion de la famille d'un donneur potentiel qui est également sollicitée pour consentir au don d'organes. Même si ce consentement n'est pas obligatoire sur le plan légal, il est toutefois respecté.

Par ailleurs, au Québec, le don d'organes est un acte volontaire influencé notamment par des considérations altruistes. Selon Blondeau, Godin, Gagné et Martineau (2004), le consentement individuel est influencé par le désir de la personne à faire le bien pour autrui. Sur le plan éthique, ceci se traduit par le principe de la bienfaisance. Ce système volontaire permet de respecter l'autonomie et la dignité du patient suite à sa mort.

Plusieurs pays d'Europe, comme la Belgique, ont modifié leur loi sur le don d'organes pour augmenter le nombre d'organes disponibles (Bell, 2003; Kluge, 2000). Ils ont adopté la règle du consentement présumé. Par conséquent, la personne qui refuse de donner ses organes suite à son décès doit spécifier ses intentions. Autrement, les autorités présument du consentement et en vertu de la loi, le prélèvement est autorisé. Bien que le consentement présumé ait permis d'augmenter le nombre d'organes disponibles pour la transplantation, il provoque des controverses éthiques. En effet, le consentement présumé va à l'encontre de la reconnaissance sociale du droit au consentement informé et de l'inviolabilité de la personne même après sa mort (Kluge, 2000). Toujours selon Kluge (2000), lors d'un consentement présumé, le corps de la personne décédée devient la propriété de l'État à

moins du refus explicite de la personne lors de son vivant. Par conséquent, la notion de l'identité personnelle de la personne est détruite (Kluge, 2000).

1.2.3. La justice sociale et l'allocation des ressources

La rareté des organes disponibles soulève un questionnement éthique sur la justice sociale et l'allocation des ressources. Il existe différentes théories au sujet de la justice. Par exemple, il existe la justice utilitaire qui met l'accent sur des critères visant à favoriser l'utilité publique. Pour sa part, la justice égalitaire favorise l'accès égal au bien à toute personne rationnelle (Beauchamps, & Childress, 2001).

Concernant la distribution de ressources rares, la macro allocation veille à déterminer le budget alloué à chaque service ou soin de santé, les biens disponibles et la méthode de distribution (Beauchamps, & Childress, 2001). Quant à la micro allocation, elle détermine les bénéficiaires des ressources (Beauchamps, & Childress, 2001). Dans le contexte du don d'organes, ceci se traduit par le droit de chaque personne à recevoir un organe selon des critères spécifiques puisque la ressource est rare.

Au Québec, en ce qui concerne la micro-allocation, l'allocation des organes est coordonnée par l'organisme Québec-Transplant et est basée sur le principe de justice égalitaire (Québec-Transplant, 2009). Par conséquent, tout le monde a le droit de recevoir un organe indépendamment de leurs différences sociodémographiques. En d'autres mots, les personnes à faible revenu autant que les riches ont un accès égal au don d'organes sans discrimination, par exemple, à partir de caractéristiques culturelles ou ethniques. Mentionnons que, dans le domaine de la microallocation, certains critères d'ordre histophysiologiques sont utilisés pour prioriser le receveur. Il s'agit de la compatibilité HLA, du temps d'inscription sur la liste d'attente et du groupe sanguin. Chez Québec-Transplant, le principe de justice est respecté par la mise en place d'une liste d'attente unique et non par établissement afin de permettre aux personnes inscrites sur la liste d'avoir des chances égales d'obtenir un organe (Québec-Transplant, 2009). Néanmoins, malgré le système de distribution mis en place, le nombre d'organes disponibles reste insuffisant.

1.3. Un contexte de pénurie

La transplantation d'organes n'a pas seulement permis de sauver des personnes ayant une insuffisance organique, mais elle a aussi permis d'améliorer la qualité de vie de plusieurs personnes. Au cours des dernières années, la demande d'organes n'a cessé d'augmenter tandis que le nombre d'organes disponibles est resté semblable (Québec-Transplant, 2010). Par conséquent, une pénurie importante d'organes disponibles pour la transplantation s'est créée autant au Québec que partout dans le monde.

En Europe, la Fondation Internationale d'Eurotransplant coordonne les activités relatives aux dons d'organes et aux transplantations pour les pays d'Autriche, de la Belgique, de la Croatie, de la Grande-Bretagne, du Luxembourg, des Pays-Bas et de la Slovénie. Selon son rapport en 2009, il y a eu seulement 2074 donneurs d'organes (Eurotransplant International Foundation, 2010). Ce nombre est faible lorsque nous constatons que près de 11070 personnes attendent toujours un organe (Eurotransplant International Foundation, 2010). Dans la même tendance, les statistiques américaines indiquaient que près de 108 659 personnes étaient sur les listes d'attente pour un organe au mois de septembre 2010 (United Network for Organ Sharing [UNOS], 2010).

Au Canada, l'écart entre l'offre et la demande pour les organes est tout aussi semblable qu'au plan international. Effectivement, en 2009, selon les rapports de l'Institut Canadien d'information sur la santé (ICIS), il y avait 3796 personnes en attente d'une transplantation d'organes à la fin de l'année, bien que 444 personnes décédées neurologiquement aient donné leurs organes (ICIS, 2010).

Le Québec ne fait pas exception. Selon le rapport annuel 2009 de Québec-Transplant, le nombre de personnes inscrites sur la liste d'attente était largement supérieur aux donneurs réels. Durant l'année 2009, 138 donneurs ont permis à 431 personnes d'avoir une transplantation (Québec-Transplant, 2010). Cependant, à la fin de l'année 2009, 1202 personnes étaient toujours sur la liste d'attente (Québec-Transplant, 2010).

Une des principales raisons de la pénurie d'organes est le faible consentement au don d'organes des familles. Effectivement, lors d'une étude américaine, il a été démontré que sur 86,5 % des familles approchées dans le but d'obtenir un consentement au don d'organes, seulement 47,3 % avaient donné leur accord. (Siminoff, Mercer, Graham, & Burant, 2007). Quant à ces résultats, les auteurs proposaient d'insister sur l'importance d'aviser la famille de son vivant au sujet de nos intentions dans les programmes de promotion du don d'organes (Siminoff, & al., 2007). En 2006, au Québec, Québec-Transplant signalait que 78 refus sur 283 références étaient attribués au refus de la famille à consentir au don d'organes, soit 27.6 % des références. De plus, une autre étude a démontré que l'échec de l'approche des professionnels de la santé vers la famille dans un contexte de don d'organes expliquait la perte de 13.4 % des donneurs potentiels suite au refus de la famille (Siminoff, Gordon, Hewlett, & Arnold, 2001).

1.4. Une piste de solution

Au Québec, le processus de don d'organes est géré par Québec-Transplant. Ce dernier possède le mandat de « coordonner et faciliter les activités reliées à l'identification, au prélèvement et à l'attribution des organes humains afin de contribuer à l'amélioration continue de la qualité des services offerts aux personnes nécessitant une greffe d'organes (Québec-Transplant, 2010). »

En 1997, cet organisme a lancé un projet pilote pour favoriser le processus du don d'organes dans les centres hospitaliers soit l'intégration d'infirmières ressources en don d'organes (Commission de l'éthique, de la science et de la technologie [CERN], 2004). Leur rôle premier consiste à assurer « la coordination des activités entourant le don d'organes et de tissus dans le centre hospitalier » (Québec-Transplant, 2002). De plus,

« leur implication avec les intervenants concernés à toutes les étapes du processus du don, que ce soit de l'identification du donneur potentiel jusqu'au transfert ou au prélèvement, permet de faciliter les différentes phases concernant les dons d'organes et de tissus. Leur rôle principal, après l'identification, est celui d'approcher et de soutenir la famille tout au long du processus et d'assurer un suivi par la suite » (Québec-Transplant, 2002).

Malheureusement, plusieurs centres hospitaliers ne possèdent pas d'infirmières ressources en don d'organes. Par conséquent, les infirmières, dites au chevet, doivent non seulement prodiguer les soins aux patients, mais elles offrent le soutien informationnel et psychologique à la famille. Par ailleurs, ces infirmières peuvent ou pourraient être emmenées à demander le consentement au don d'organes à la famille.

Dans un tel contexte, il est possible de supposer qu'il existe des déterminants qui influencent les infirmières à approcher la famille dans le but d'obtenir un consentement au don d'organes. Ainsi la question générale mise de l'avant dans cette recherche est la suivante : quels sont les déterminants de l'intention de l'infirmière d'approcher une famille en vue d'un consentement au don d'organes suite à un diagnostic de décès neurologique d'un proche?

Chapitre 2
LA REVUE DE LITTÉRATURE

À partir de 1995, des centaines d'études se sont intéressées au don d'organes. Parmi celles-ci, plusieurs ont contribué à comprendre les déterminants qui influencent les personnes à consentir au don d'organes. Mentionnons qu'il existe très peu d'études à ce jour basées sur un cadre théorique fiable qui se sont intéressées aux déterminants de l'intention de l'infirmière d'approcher une famille en vue d'un consentement au don d'organes suite à un diagnostic de décès neurologique d'un proche.

Dans ce deuxième chapitre, une vue d'ensemble des écrits recensés depuis les années 1995 jusqu'à maintenant est présentée. Ces écrits se concentrent sur les déterminants qui influencent le consentement au don d'organes. En premier lieu, un portrait des variables sociodémographiques en lien avec le consentement au don d'organes est présenté. Par la suite, les déterminants psychosociaux qui influencent le consentement au don d'organes issus d'études avec ou sans cadre théorique sont présentés.

2.1. Les variables sociodémographiques

Des études rétrospectives ont permis d'identifier les caractéristiques sociodémographiques des personnes envers le don d'organes. Ces études s'entendent pour affirmer que les donateurs d'organes sont majoritairement des personnes blanches ayant un niveau de scolarité et un statut socioéconomique élevés (Boulaware, Ratner, Sosa, Cooper, LaVeist, & Powel, 2002; Rodrigue, White, & Martin, 2002; Siminoff, & al., 2001; Siminoff, & al., 2007). En ce qui concerne le sexe, les études ne s'entendent pas pour affirmer qui des hommes ou des femmes sont plus enclins à consentir au don d'organes (Boulaware & al., 2002; Schaeffner, Windisch, Freidel, Breitenfelt, & Winkelmayr, 2004).

Par ailleurs, d'autres études démontrent que la cause de la mort influence le consentement au don d'organes (Bonnet, Denis, Fulgencio, Beydon, Darmon, & Cohen, 1995; Exley, White, & Martin, 2002). Par exemple, selon l'étude de Bonnet et al. (1995), le taux d'acceptation varie selon la cause du décès : 77 % des cas de suicide, 66 % des cas de décès causé par un accident vasculaire cérébral et 50 % des cas victimes d'un trauma crânien.

2.2. Les déterminants psychosociaux qui influencent le don d'organes

Les études qui s'intéressent aux déterminants psychosociaux qui influencent le don d'organes peuvent être divisées selon la présence ou l'absence de cadre théorique.

2.2.1. Les études sans cadre théorique

Il existe beaucoup plus d'études sans cadre théorique qu'avec cadre théorique qui se sont penchées sur les déterminants psychosociaux et le consentement au don d'organes. Dans la prochaine partie, un survol des quatre principaux déterminants est présenté, soit la connaissance des volontés du donneur, l'attitude envers le don d'organes, les connaissances sur le don d'organes et l'influence des intervenants de santé sur le don d'organes.

Plusieurs auteurs s'entendent pour dire que le taux de consentement pour le don d'organes de la famille augmente lorsque cette dernière connaît les intentions positives du défunt (Bonnet, & al., 1995; Rodrigue, Cornell, & Howard, 2006; Siminoff, & al., 2001; Siminoff, Laurence, & Arnold, 2003; Siminoff, & al., 2007). Effectivement, Siminoff et ses collègues (2001) ont démontré qu'il existait une association forte entre le taux de consentement et la connaissance du consentement positif du défunt pour le don de ses organes par la famille. Cette démonstration a été reconduite lors de l'étude de Siminoff et ses collègues en 2007, lorsque plus de 75 % des familles ont consenti au don d'organes, car elles connaissaient déjà les intentions de leurs proches décédés.

Par ailleurs, la présence d'une attitude favorable envers le don d'organes chez la famille favorise le consentement au don d'organes (Rodrigue, & al., 2006; Siminoff, & al., 2001; Weber, Martin, & Corrigan, 2007). Ceci confirme les résultats de l'étude de Rodrigue et ses partenaires (2006) sur les facteurs qui ont une influence positive dans le processus décisionnel de la famille en vue d'un don d'organes. En effet, les résultats démontrent que l'attitude favorable et les croyances sont des prédicteurs significatifs pour consentir au don d'organes. De plus, une distinction existe entre l'attitude des blancs et celles des noirs. Les

personnes de race noire ont une attitude plutôt défavorable et elles sont moins enclines à consentir au don d'organes (Siminoff, & al., 2003).

Ces données vont dans le même sens auprès de la population des infirmières. En effet, certains auteurs affirment que les infirmières ont une attitude positive face au don d'organes (Cantwell, & Clifford, 2000; Collins, 2005; Duke, Murphy, & Bell, 1998; Kent, 2002; Kent, & Owens, 1995; Sque, Payne, & Vlachonikolis, 2000; Watkinson, 1995). Par exemple, selon les études de Watkinson (1995) et de Kent (2002), plus de 90 % de l'échantillon étudié avait une attitude positive au don d'organes.

Par ailleurs, la littérature fait une distinction entre l'attitude des infirmières envers le don d'organes en général et leur attitude à consentir elles-mêmes à donner leurs organes après leur décès. (Cantwell, & Clifford, 2000; Collins, 2005; Duke, Murphy, & Bell, 1998; Kent, 2002; Kent, & Owens, 1995; Watkinson, 1995). Déjà en 1995, Kent et Owens ont démontré que sur 79.5 % des répondants qui possèdent une attitude favorable au don d'organes, seulement 57.1 % avaient signé leur carte de donneur. Cette réalité a été confirmée par l'étude de Duke et al. (1998), sur l'attitude des infirmières australiennes envers le don d'organes qui a démontré que 72 % des participantes acceptent de faire le don de leurs organes, tandis que 91 % d'entre elles ont une attitude positive.

En bref, l'attitude envers le don d'organes est un déterminant clé au consentement au don d'organes. Cette attitude peut être influencée par les connaissances que les personnes possèdent sur le décès neurologique et le processus du don d'organes. En effet, il est démontré que le taux de consentement augmente lorsque la famille possède des connaissances sur le décès neurologique et sur son processus (Siminoff, & al., 2003; Rodrigue, & al., 2006). D'autres études révèlent que les personnes sont peu informées sur le don d'organes. Par exemple, l'étude de Siminoff, Burant et Youngner (2004) stipule que seulement 40 % des répondants croient qu'une personne décédée d'un décès neurologique était vraiment morte. Toujours selon ces auteurs, 16 % des personnes croient que la personne est encore vivante lors d'un décès neurologique (Siminoff, & al., 2004). Une autre étude informe que 20 % des répondants croient que le patient est mort seulement lorsque le

cœur ne bat plus (Siminoff, & al., 2003). De plus, près de 18 % des familles se disent perplexes par rapport au moment réel du décès du défunt (Siminoff, & al., 2001). Néanmoins, près de 57 % d'entre eux consentent au don d'organes (Siminoff, & al., 2001).

Chez les infirmières, il a été démontré que l'attitude envers le don d'organes corrèle avec le niveau de connaissances envers celui-ci (Duke, & al., 1998; Kent, 2004; Watkinson, 1995). Effectivement, dans son étude, Duke et ses collègues (1998) précisent que les infirmières qui ont consenti au don de leurs organes ont mieux performé face aux questions évaluant leurs connaissances. Dans la même tendance, 61 % des infirmières questionnées peuvent expliquer correctement le décès neurologique et seulement 45 % d'entre elles connaissent les aspects légaux relatifs au don d'organes (Collins, 2005).

De l'identification jusqu'à l'autorisation de la famille d'effectuer un prélèvement, le consentement peut être influencé par les professionnels que côtoie la famille. Il est stipulé qu'une relation jugée satisfaisante par la famille avec les intervenants de la santé augmente le taux de consentement sur le don d'organes (Rodrigue, & al., 2006). Par ailleurs, Siminoff et ses collègues (2001) affirment qu'il n'existe pas de différence au niveau du consentement si la demande est faite soit par un médecin, une infirmière ou un coordonnateur des dons d'organes (CDO). Cependant, les familles questionnées ont avoué que leurs conversations avec un CDO ont influencé leurs décisions (Siminoff, & al., 2001). Pour leur part, Exley & al. (2002) stipulent que près de 94 % des familles consentent lorsque la demande provient d'un CDO, 92 % d'un médecin et de seulement 77 % d'une infirmière. Ces résultats confirment les données de l'étude de Siminoff et ses collègues en 2001 qui démontrent que près de 72 % des familles consentent au don d'organes lorsque la demande était faite par un CDO. Aussi, plus de 67 % des familles stipulent que la compassion démontrée par le CDO influence leur consentement au don d'organes (Siminoff, & al., 2001).

En 1997, Bonnet et ses collègues (1997) ont examiné la conduite des entrevues avec des familles et les circonstances pouvant influencer le consentement au don d'organes. Suite à l'analyse de 41 questionnaires, il a été démontré que le refus de consentir au don

d'organes est plus fréquent lorsqu'un seul médecin participait à l'entrevue (54 % versus 21 %).

2.2.2. Les études avec cadre théorique

Malgré le nombre grandissant d'études sur les déterminants psychosociaux sur le don d'organes, très peu d'entre elles sont basées sur un cadre théorique. La prochaine partie présente les déterminants psychosociaux à partir d'études basées sur un cadre théorique.

La première étude portant sur les déterminants psychosociaux au don d'organes est celle de Reubsæet, Brug, Van der Born et Van Hoof (2001). Ces auteurs ont étudié les facteurs prédisposant à s'inscrire à un registre de don d'organes auprès de 937 adolescents des Pays-Bas. La théorie sociale cognitive de Bandura (Bandura, 1986) a servi de cadre théorique à cette étude. Finalement, les chercheurs ont conclu que les attentes de résultats à caractère social (i.e., *social outcomes expectation*), l'anxiété et les croyances quant aux conséquences négatives (i.e., *negative outcomes beliefs*) sont d'importants prédicteurs.

Plus près de nous, Godin, Bélanger-Gravel, Gagné et Blondeau (2008) ont étudié les facteurs prédisposant à consentir au don d'organes à l'aide de la théorie du comportement planifié d'Azjen. Ces auteurs ont découvert que le comportement passé, soit d'avoir déjà signalé leur intention de donner leurs organes, l'attitude, la perception de contrôle, l'importance perçue des barrières ainsi que la norme morale étaient les déterminants de l'intention de consentir au don d'organes. En outre, l'étude met en évidence que le consentement au don d'organes est influencé par une attitude positive, une perception que le comportement est facile à adopter ainsi que le désir d'aider autrui. Dans une étude antérieure, Blondeau, Godin, Gagné et Martineau (2004) ont démontré que la bienfaisance explique la norme morale du consentement au don d'organes. Effectivement, selon ces auteurs, le consentement au don d'organes est motivé par le désir d'aider une autre personne, soit d'agir dans les meilleurs intérêts d'une personne (Blondeau, & al., 2004). C'est le principe de la bienfaisance.

Ces résultats de recherche rejoignent les résultats de l'étude de Douville (2007) qui, pour sa part, a cherché les facteurs influençant le don de tissus. Après avoir comparé la théorie du comportement interpersonnel de Triandis (1980) à la théorie du comportement planifié d'Ajzen, l'auteur stipule que la théorie d'Ajzen est plus efficace à prédire le comportement et explique 47,5 % de la variance de l'intention des répondants légaux à consentir au don de tissus. Parmi les facteurs prédisposant de cette étude, on note l'attitude, les croyances normatives, la perception de contrôle et la bienfaisance. Encore une fois, les résultats démontrent que les personnes qui consentent au don de tissus possèdent une attitude positive et désirent aider son prochain. Les mêmes conclusions sont partagées par Bresnahan, Lee, Shearman, Nebashi, Park et Yoo (2007). Leur étude porte sur l'intention d'étudiants japonais, coréens et américains de devenir donneur d'organes. Leurs résultats indiquent que l'attitude et les normes sociales sont des prédicteurs de l'intention. De plus, selon Weber et ses collègues (2007), l'attitude et les croyances corrélerent aussi avec l'intention de signer le consentement au don d'organes. En d'autres mots, lorsqu'une personne possède des croyances positives (e.i. absence de mutilation du corps) et que son attitude face au don d'organes est positive, il y a plus de chance qu'elle consente au don d'organes.

Comme mentionnée précédemment, la famille est concernée dans le processus de don d'organes et elle est sollicitée pour le consentement. Selon Québec-Transplant (2009), le refus de la famille à consentir au don d'organes serait une des principales causes à la rareté des dons. Par conséquent, l'organisme invite les gens à informer leur famille de leur décision. Certaines études se sont intéressées aux déterminants qui influencent les personnes à transmettre leur décision à leur entourage. C'est le cas de Park et Smith (2007) qui ont utilisé la théorie du comportement planifié d'Ajzen et l'approche de la norme sociale de Perking et Berkowitz pour étudier l'intention d'étudiants diplômés de s'inscrire au registre du don d'organes et de parler avec leur famille de sa population. Ces auteurs ont découvert que l'attitude et les normes sociales de la théorie du comportement planifié sont des prédicteurs du comportement (Park, & Smith, 2007). Pour leur part, Morgan et Miller (2001) démontraient qu'une attitude positive envers le don d'organes favorisait la discussion entre la personne et sa famille. En plus, ces auteurs ont montré que les

connaissances étaient aussi un déterminant prédisposant. Par exemple, plus une personne possède des connaissances sur le processus de don d'organes, plus son attitude sera positive. Par conséquent, cette personne aura tendance à consentir au don d'organes et sera plus encline à discuter de son consentement avec sa famille pour que cette dernière connaisse et respecte ses volontés.

Enfin, d'autres études se sont penchées sur l'approche aux familles. C'est le cas de deux études de Kent (2002, 2004). À l'aide de la théorie de l'action planifiée d'Ajzen, Kent (2002) a tenté d'expliquer les facteurs qui influencent l'implication des infirmières dans le processus de don d'organes et de tissus. L'étude a démontré que les infirmières trouvent difficile d'approcher la famille. Elles expliquent ce fait par leur manque de connaissances sur les critères de diagnostic du décès neurologique, le processus du don d'organes ainsi que sur l'aspect relation d'aide à la famille. Par ailleurs, les infirmières ont affirmé que leurs peurs et leurs mauvaises conceptions du processus du don d'organes et de tissus pouvaient nuire à leur approche à la famille.

2.3. Les objectifs de recherche

La revue de la littérature a permis de démontrer le peu d'études basées sur un cadre théorique concernant l'intention des infirmières à approcher la famille en vue d'obtenir un consentement pour le don d'organes. D'où l'intérêt de cette étude qui a comme but principal d'étudier les déterminants liés à l'intention de l'infirmière d'approcher une famille en vue du don des organes d'un proche décédé suite à un diagnostic de décès neurologique. L'étude vise aussi à identifier les croyances qu'il serait pertinent d'utiliser pour définir le contenu d'une intervention visant à motiver ou à maintenir la motivation des infirmières à approcher la famille.

Chapitre 3
LE CADRE THÉORIQUE

Parmi les nombreuses théories explicatives du comportement, la théorie du comportement planifié (TCP) d'Ajzen (1991) a maintes fois démontré son efficacité pour prédire l'intention d'adopter divers comportements liés à la santé (Godin, & Kok, 1996). La TCP est un prolongement de la théorie de l'action raisonnée de Fishbein et Ajzen (1975). Suite aux travaux effectués avec Fishbein, Ajzen a proposé d'ajouter à ce modèle de base le concept de perception du contrôle comportemental afin de prédire des comportements qui ne sont pas entièrement régis par le contrôle volontaire de l'individu. C'est ainsi qu'est née la théorie du comportement planifié.

Des études ont démontré une augmentation de l'efficacité à prédire l'intention d'un comportement lorsque certaines variables étaient ajoutées à la TCP (Conner, & Armitage, 1998). Dans le cadre de cette étude, la TCP servira d'assise théorique principale à laquelle d'autres variables seront ajoutées. Ces variables seront présentées plus loin.

3.1. La présentation de la théorie du comportement planifié

Selon la TCP, l'intention et la perception du comportement constitueraient les deux principaux déterminants du comportement. Une étude de Godin et Kok (1996) indique que ces deux déterminants expliquent, en moyenne, 34 % de la variance du comportement. L'intention se définit comme la motivation d'une personne à adopter un comportement. Elle est déterminée par trois variables directes, soient l'attitude (Aact), la norme subjective (SN) et la perception du contrôle (PC). L'Aact désigne l'évaluation plus ou moins favorable de l'adoption du comportement. Pour sa part, SN réfère à la perception du répondant que les personnes importantes pour lui pensent qu'il devrait adopter ou non le comportement. La PC concerne la perception du répondant du degré de facilité ou de difficulté à adopter le comportement et constitue à la fois un déterminant de l'intention et du comportement. Ces trois variables expliquent, en moyenne, 41 % de la variance de l'intention (Godin, & Kok, 1996).

La TCP stipule que chaque variable directe est déterminée par un modèle multiplicatif constitué de deux variables indirectes. Ces dernières permettent l'identification du contenu des interventions visant à modifier l'intention et le comportement. Ainsi, Aact serait déterminée par $\sum b \times e$, soient les croyances comportementales (b) et l'évaluation des croyances comportementales (e). Pour sa part, SN serait déterminée par $\sum Nb \times mc$ où Nb concerne les croyances normatives alors que mc désigne la motivation à se conformer. Enfin, PC est déterminée par $\sum c \times p$, soit les croyances liées au contrôle (c) et l'évaluation des croyances liées au contrôle ou l'importance perçue des barrières et des facilitateurs (p). Cependant, une étude de Gagné et Godin (1999) démontre que l'utilisation de b, Nb et p est aussi efficace pour prédire les construits directs que l'utilisation de $\sum b \times e$, $\sum Nb \times mc$ et $\sum c \times p$. Donc, pour cette étude, l'utilisation de b, Nb et p sera de mise. Les croyances comportementales (b) sont les croyances du répondant concernant les avantages et les désavantages associés à l'adoption du comportement. Les croyances normatives (Nb) réfèrent à la perception du répondant que des personnes spécifiques importantes pour lui pensent qu'il devrait adopter ou non un comportement. Finalement, l'importance perçue des barrières et des facilitateurs (p) désignent la perception du répondant que des facteurs peuvent faciliter ou nuire à l'adoption du comportement. Par ailleurs, les résultats de l'étude de Godin, Gagné et Sheeran (2004) démontrent que l'importance perçue aux facteurs qui facilitent ou nuisent à l'adoption du comportement (p) permet d'augmenter de façon significative le pourcentage de variance expliquée lorsque celle-ci est utilisée comme un déterminant direct de l'intention. Donc, pour cette étude, la variable (p) est considérée à la fois comme une variable indirecte (un déterminant de PC), mais aussi comme une variable directe (c.-à-d. un déterminant de l'intention) de la TCP.

Enfin, la TCP prend en compte des variables dites externes telles les connaissances, les variables sociodémographiques, etc. Toujours selon la TCP, ces variables ne permettent pas de prédire directement l'intention et le comportement. Leur influence sur l'intention et le comportement agirait par l'intermédiaire des variables directes et indirectes.

3.2. La présentation du modèle intégrateur

D'autres variables directes seront ajoutées à la TCP dans cette étude. Effectivement, la norme morale (NM), variable issue de la théorie des comportements interpersonnels (Triandis, 1997) ainsi que la bienfaisance (bien), l'autonomie (auto) et la justice (just), issues des principes de bioéthique tels que proposés par Beauchamps et Childress (2001), seront ajoutées. Les variables suivantes seront aussi mesurées : la norme descriptive (ND) le regret anticipé (Ra) et le comportement passé (Cp).

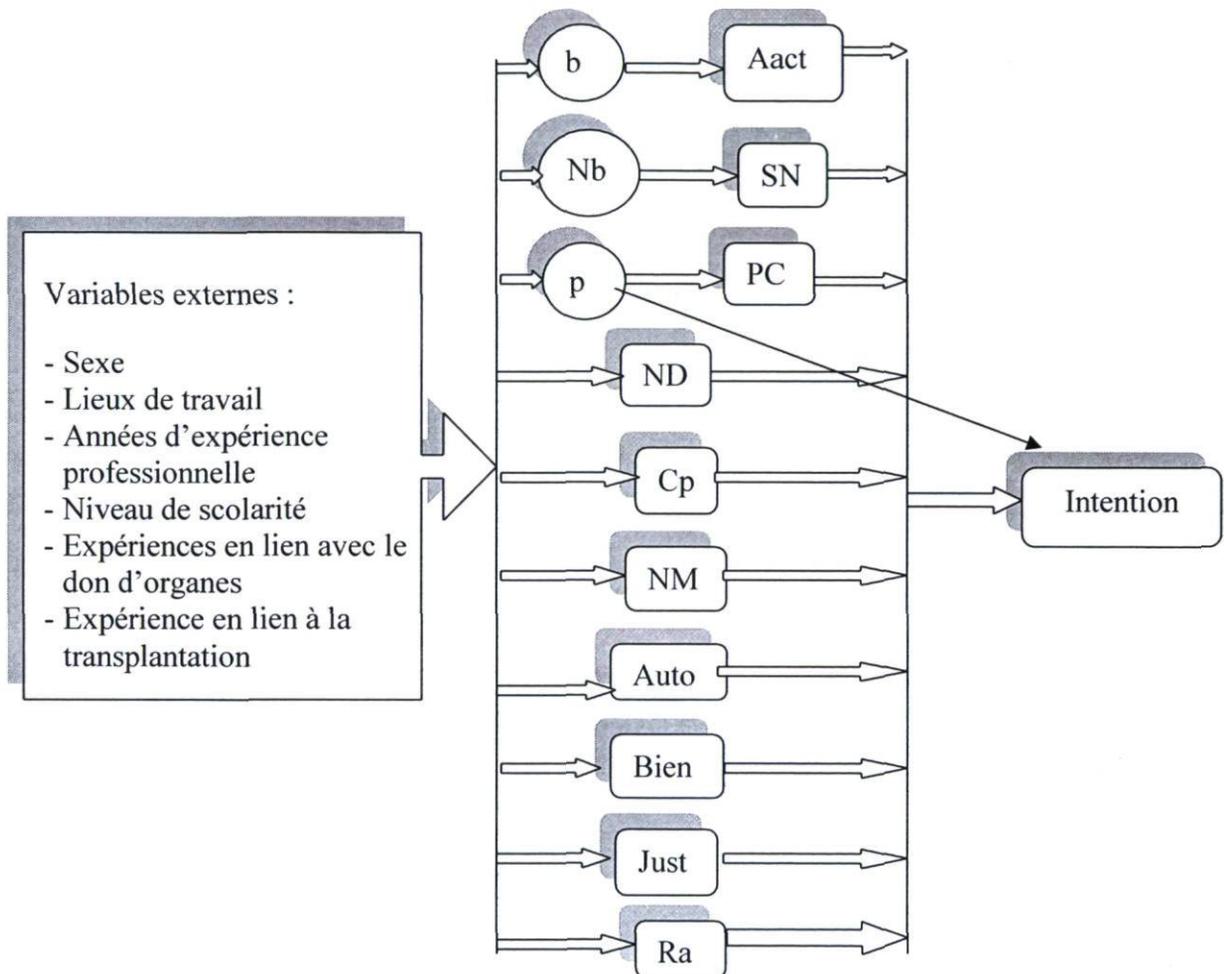
La NM réfère à l'obligation morale ressentie par une personne à réaliser un comportement. L'étude de Conner et Armitage (1998) indique que la NM ajoute en moyenne 4 % à la prédiction de l'intention une fois prise en compte l'influence des variables de la TCP. L'étude de Beck et Ajzen (1991) indique pour sa part que la norme morale ajoute entre 3 % et 7 % de la variance de l'intention après avoir contrôlé l'influence des variables de la TCP. Ces auteurs précisent que la norme morale peut avoir une influence importante sur la performance d'un comportement notamment lorsque celui-ci comporte une dimension morale ou éthique comme le don d'organes. Il s'avère donc pertinent de considérer la NM comme un prédicteur de l'intention dans la présente étude. De plus, il est intéressant de mentionner que Blondeau & al. (2004) ont cherché à identifier les déterminants de la norme morale. Dans un contexte de don d'organes, ces auteurs ont vérifié si la bienfaisance, l'autonomie et la justice permettaient de prédire la NM. Dans le cadre de cette étude, le principe de bienfaisance réfère à l'obligation morale d'agir dans l'intérêt d'autrui (Beauchamp, & Childress, 2001). Par exemple, l'infirmière qui demande un consentement à la famille d'un proche suite à son décès neurologique peut être motivée par son désir d'aider son prochain. Pour sa part, l'autonomie concerne la capacité d'une personne à s'autogouverner et de faire ses propres choix (Beauchamp, & Childress, 2001). Dans un contexte de don d'organes de certains centres hospitaliers, l'infirmière est libre de demander un consentement au don d'organes à la famille d'un proche suite à son décès neurologique. Dans les autres centres, la structure organisationnelle met en place des infirmières ressources pour demander ce même consentement. Pour finir, la justice, plus particulièrement la justice distributive, réfère à la distribution équitable des ressources selon

les besoins des personnes (Beauchamp, & al., 2001). La pénurie d'organes peut inciter l'infirmière à demander un consentement au don d'organes à la famille d'un proche suite à son décès neurologique avec la pensée que cela permettra une augmentation du nombre d'organes disponibles à distribuer. Les résultats de l'étude de Blondeau et al. (2004) indiquent que la bienfaisance expliquerait 50 % de la NM. Par ailleurs, les résultats des études de Douville (2007) et de Godin et al. (2008) indiquent que la bienfaisance constituerait un prédicteur direct de l'intention. Dans cette étude, l'effet direct des construits éthiques sur l'intention est vérifié, comme l'ont fait Douville (2007) et Godin et al. (2008).

Suite à une analyse factorielle, l'étude de Sheeran et Orbell (1999) démontre que le Ra et Aact sont des construits différents. Une autre analyse factorielle effectuée par les mêmes auteurs indique que SN et ND seraient aussi des construits différents. On définit la ND comme la perception de l'adoption du comportement par les autres (Cialdini, Reno, & Kallgren, 1990). Une méta analyse effectuée par Ravis et Sheeran (2003) démontre que la ND ajoute 5 % à la variance de l'intention après que l'influence des variables de la TCP a été prise en compte. L'étude de Heath et Gifford (2002) a aussi démontré que la ND est un prédicteur significatif de l'intention. Pour sa part, le Ra réfère aux croyances du répondant concernant le niveau de regret ressenti s'il n'adoptait pas le comportement. Dans leur étude, Sheeran et Orbell. (1999) ont démontré que le Ra peut constituer un meilleur déterminant de l'intention que les variables de la TCP. Cette étude indique en outre que le Ra et la ND expliquent entre 11 % et 26 % de la variance de l'intention après avoir contrôlé l'influence des variables de TCP. Pour sa part, le comportement passé (Cp) correspond à la fréquence d'adoption du comportement dans le passé (Conner, & Armitage, 1998). Selon une méta analyse de Conner et son collègue (1998), le comportement passé ajouterait en moyenne 7,2 % à la variance de l'intention dans les onze études analysées après avoir contrôlé l'influence des variables de la TCP. L'étude de Ajzen (1991) indique que le comportement passé ajoute 2 % à la variance de l'intention après avoir pris en compte les variables de la TCP.

Le schéma suivant représente une intégration des variables ND, Ra, NM, Cp, bienfaisance, autonomie et justice dans la TCP comme elle sera utilisée dans cette étude.

Schéma 1 : Modèle intégrateur



3.3. Les questions de recherche

Les questions de recherche selon le cadre intégrateur employé dans cette étude sont les suivantes :

Question 1 : Est-ce que les variables directes de la TCP, soit l'attitude, la norme subjective, la perception de contrôle ainsi que l'importance perçue des barrières et des facilitateurs déterminent l'intention de l'infirmière d'approcher une famille en vue d'un consentement au don d'organes suite à un diagnostic de décès neurologique d'un proche?

Question 2 : Est-ce que la norme morale, le comportement passé, le regret anticipé, la bienfaisance, l'autonomie, la justice et la norme descriptive ajoutent significativement à la prédiction de l'intention après que l'influence des variables directes de la TCP ait été prise en compte?

Question 3 : Sur quelles croyances saillantes devraient reposer un programme d'intervention visant à modifier l'intention de l'infirmière d'approcher une famille en vue d'un consentement au don d'organes suite à un diagnostic de décès neurologique d'un proche?

Chapitre 4
LA MÉTHODOLOGIE

Les éléments méthodologiques utilisés pour la réalisation de cette étude de type corrélationnel seront présentés dans cette section. Il sera donc question de la population, de l'échantillon à l'étude, de l'instrument de mesure et du processus de la collecte de données ainsi que l'analyse statistique des données recueillies.

4.1. La population à l'étude

La population visée est constituée d'infirmiers et d'infirmières à l'urgence et aux soins intensifs du Québec exposés à accueillir des patients en décès neurologique, à identifier des donneurs potentiels et à faire l'approche à la famille pour solliciter le don d'organes. Dans son rapport 2009-2010, l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (2010) comptabilisait presque 9000 infirmières dans le secteur de soins critiques, soit 13.5 % de la main d'œuvre infirmière

4.2. L'échantillon

Pour cette étude, tous les infirmiers et les infirmières ayant un poste ou un remplacement dans une unité d'urgence ou de soins intensifs dans deux centres hospitaliers de la région de Québec affiliés à l'Université Laval ont été ciblés. Le premier centre a été sélectionné, car la culture de don d'organes est très présente et plusieurs infirmières travaillent dans les milieux ciblés. Par conséquent, l'étudiante-chercheuse pouvait avoir accès, dans un seul centre, à un grand nombre de participants connaissant le don d'organes. Pour le deuxième centre, ce dernier a été sélectionné pour la facilité d'accès aux participants. En effet, l'étudiante-chercheuse travaillait dans ce centre hospitalier et était connue des participants. Il est à noter qu'il n'était pas nécessaire d'avoir vécu l'expérience d'un processus de don d'organes pour participer à l'étude.

Pour la partie qualitative de l'étude, il a été estimé que le questionnaire devait être distribué à 45 personnes en supposant un taux de réponse de 70 %, soit le taux observé dans l'étude de Bédard (2008) (c'est la seule étude où le taux de participation est précisé pour une étude semblable à celle-ci) afin d'obtenir les 30 individus nécessaires. En effet, 30

individus permettent généralement d'obtenir la saturation des catégories (Deslauriers & Kérisit, 1997).

Pour évaluer la clarté des questionnaires (clarté des directives et des consignes, le niveau de langage, le niveau de difficulté des questions, etc.), des entrevues cognitives ont été effectuées en s'inspirant de l'approche de Willis (2005). Cet auteur suggère d'abord d'interviewer cinq à dix personnes. Si certains changements sont nécessaires, une seconde préexpérimentation doit être effectuée auprès d'autres personnes de la population cible. Selon Willis (2005), cette procédure doit être reprise jusqu'à ce qu'il n'y ait plus de changement nécessaire. Pour cette étude, la préexpérimentation a été effectuée auprès de quatre infirmières ou infirmiers qui ont accepté de participer et qui travaillent dans un secteur de soins critiques similaire à la population visée. Il est à noter que les infirmières ou les infirmiers qui ont participé à la préexpérimentation sont différents de ceux ayant complétés l'étude principale.

Le calcul de la taille d'échantillon, pour la l'étude quantitative, s'est effectué en fonction d'une régression hiérarchique. Selon les formules de Cohen (1988), un échantillon de 65 répondants est nécessaire pour détecter l'effet de deux groupes de variables dans la prédiction de la variable dépendante (l'intention); le premier groupe de variables étant formé de quatre variables de la TCP (attitude, norme subjective, perception du contrôle et l'importance perçue des barrières et des facilitateurs) avec un R^2 égal à 41 %. Cette dernière valeur est tirée de la méta analyse de Godin et Kok (1996) qui indique que les variables de la TCP expliquent, en moyenne, 41 % de la variance de l'intention de divers comportements liés à la santé. Par ailleurs, une étude de Godin, Bélanger-Gravel, Eccles et Grimshaw (2008) a démontré que la TCP pouvait expliquer aussi 41 % de l'intention des infirmières à adopter un comportement de santé dans leur pratique clinique. Le second groupe est formé de sept variables issues d'autres cadres théoriques (la norme descriptive, la norme morale, le regret anticipé, la bienfaisance, l'autonomie et la justice ainsi que le comportement passé) avec un R^2 partiel de 12 % ($\alpha = .05$, puissance = 80 %), soit 3 % pour la norme morale, 5 % pour la norme descriptive (Rivis, & Sheeran, 2003), 2 % pour le comportement passé (Ajzen, 1991) et 2 % pour l'ensemble des autres variables que sont le regret anticipé,

la bienfaisance, l'autonomie et la justice. La littérature ne permet pas de fixer l'apport précis de chacune de ces dernières variables en termes de pourcentage de variance expliquée de l'intention. Nous avons donc fixé une valeur arbitraire de 2 % pour l'ensemble de ces variables. Postulant un taux de réponse de 33 % (taux de réponse observé dans l'étude de Mercier (2008, qui fait appel à un mode d'administration et à un cadre théorique semblable à celui de la présente étude pour étudier l'intention des infirmières québécoises d'utiliser l'exercice physique musculaire pour favoriser la mobilité des aînés, il fut estimé qu'il serait nécessaire de faire appel à 196 infirmières pour obtenir la taille d'échantillon nécessaire aux analyses.

4.3. La mesure des variables

Selon Fishbein et Ajzen (1975), les variables doivent être mesurées par rapport à un comportement en spécifiant un objet, une cible, un contexte et un temps. Pour cette étude, le comportement retenu est le suivant : demander un consentement au don d'organes à la famille d'un patient suite à son diagnostic de décès neurologique au cours des trois prochains mois. La famille d'un patient se définit par le conjoint, les enfants ou les parents légaux d'un patient. Ce comportement a été présenté en référence à une mise en situation présentée dans les questionnaires. Une mise en situation a été utilisée parce que l'approche de la famille en vue de demander un consentement au don d'organes n'est pas un comportement adopté par tous les participants de l'échantillon. Par conséquent, la mise en situation permettait aux participants de visualiser le comportement à l'étude.

Ajzen et Fishbein (1980) ont proposé des items pour mesurer l'intention et les variables directes de la TCP. Dans leur ouvrage, Gagné et Godin (1999) présentent la version traduite en français de ces items ainsi que plusieurs autres items dont les qualités psychométriques ont été démontrées pour l'étude de plusieurs comportements liés à la santé (Gagné, & Godin, 2000; Godin, & Kok, 1996). Cependant, les items doivent toujours être réajustés en fonction du comportement spécifique à l'étude. Les items retenus dans cette étude pour mesurer INT, Aact, SN, PC et NM ont été tirés du document de Gagné et Godin (1999). Comme le suggère Fishbein et Ajzen (1975), Aact est mesurée à l'aide d'un

différenciateur sémantique tandis que INT, SN et PC sont mesurés par une échelle de type Likert (voir annexe 1).

Selon Ajzen et Fishbein (1980), le contenu des items visant à mesurer b, Nb et p ne doit pas être déterminé par le chercheur, mais par les répondants de la population visée à partir d'une étude qualitative. Cette approche consiste à administrer à 30 personnes de la population ciblée un questionnaire composé de sept questions à développement court, soient deux questions pour chacune des variables suivantes : b, Nb et p. tel que suggéré par Triandis (1980), une question à développement court a aussi été présentée pour déterminer le contenu des items visant à mesurer la croyance en l'existence de rôles sociaux (RB). Il est à noter que les infirmières ayant répondu à l'étude qualitative n'ont pas été sollicitées pour participer au volet quantitatif de l'étude.

Les recommandations de Gagné et Godin (1999) ont permis l'élaboration des questions de l'étude qualitative (voir annexe 2). Les deux premières questions visent à identifier les avantages et les désavantages perçus par les infirmières à demander un consentement à la famille de tous les patients victimes d'un décès neurologique au cours des trois prochains mois. De telles questions visent à déterminer le contenu des items destinés à mesurer les croyances comportementales (b). Les questions trois et quatre permettent de déterminer le contenu des items visant à mesurer les croyances normatives (Nb). Elles visent à identifier les personnes significatives pour le répondant qui approuveraient ou désapprouveraient qu'il adopte le comportement. Pour leur part, les deux questions suivantes visent à identifier la perception des barrières et des facteurs facilitant l'adoption du comportement chez les infirmières afin de déterminer le contenu des items visant à mesurer les croyances reliées au contrôle (p). Finalement, une section du questionnaire contient six questions visant à cibler les caractéristiques sociodémographiques des individus de l'échantillon. Les infirmières sont invitées à remplir le questionnaire et à le retourner à l'aide de l'enveloppe-réponse affranchie à l'étudiante-chercheuse.

Les items visant à mesurer la bienfaisance, l'autonomie et la justice sont ceux utilisés dans le cadre de l'étude de Blondeau et ses collègues (2004). Dans cette dernière étude, l'homogénéité de ces items s'est montrée satisfaisante avec un $\alpha = .96$ pour la bienfaisance, $\alpha = .81$ pour l'autonomie et $\alpha = .90$ pour la justice.

Les items utilisés pour mesurer la norme descriptive sont issus de l'étude de Bilodeau (2010) tandis que les items en lien avec le regret anticipé sont ceux utilisés dans une étude menée auprès des Québécois dans la prédiction des comportements liés au don de sang (Godin, & al. 2005). Dans ces dernières études, la fidélité pour la mesure des items ND est $\alpha = .75$ tandis que pour les items servant à mesurer Ra, le $\alpha = .87$. Les items utilisés pour mesurer Cp sont issus ou ont été inspirés de ceux dans Mercier (2008).

Six choix de réponses sont offerts à la majorité des items, ce qui s'est avéré approprié dans plusieurs études impliquant des adultes ayant des études collégiales ou universitaires (Bilodeau, 2010; Mercier, 2008).

Pour la préexpérimentation, le questionnaire quantitatif (voir annexe 1), un protocole d'introduction à la préexpérimentation (voir annexe 3) ainsi qu'un formulaire de consentement (voir annexe 4) ont été distribués aux participants par l'étudiante-chercheuse sur les lieux du travail. Les participants étaient libres de consentir à cette démarche. Lors de la remise des documents, les participants étaient invités à participer à une brève entrevue de 20 minutes. Lors de l'entrevue en personne sur les lieux du travail et durant les heures de travail, les participants étaient invités à répondre à des questions qui avaient été préalablement formulées en vue de vérifier la présence de difficultés potentielles avec les items (voir annexe 5). Par la suite, les participants partageaient avec l'étudiante-chercheuse les difficultés éprouvées avec les questions. Les principales difficultés provenaient de la longueur des items ainsi que du nombre élevé d'items utilisés pour mesurer les variables. Pour pallier au problème, les éléments clés des items ont été surlignés pour guider les répondants vers les éléments distinctifs des items. De plus, pour aider à s'orienter dans le questionnaire, la mise en situation a été rajoutée à chaque page.

4.4. Le processus de collecte de données et les considérations éthiques

En premier lieu, un entretien téléphonique a eu lieu entre les adjointes cliniques à la direction des soins infirmiers des établissements et l'étudiante-chercheuse pour les informer des buts de l'étude. À ce moment, une entente fut conclue sur les modalités de distribution des questionnaires.

Après entente avec les adjointes cliniques, les questionnaires autoadministrés ont été distribués aux infirmières en utilisant une approche similaire à celle proposée par Dillman (1978). Dans le premier centre, l'étudiante-chercheuse a donné elle-même les documents nécessaires à la collecte de données [le formulaire de consentement à la recherche (voir annexe 6), le questionnaire quantitatif (voir annexe 1) et une enveloppe-réponse affranchie à l'étudiante-chercheuse] aux infirmiers-chefs des secteurs de soins intensifs et de l'urgence. Par la suite, les documents furent redistribués aux infirmières de chevet par l'intermédiaire des assistants infirmiers-chefs et les moniteurs cliniques. Pour assurer l'anonymat, l'étudiante-chercheuse n'a pas eu accès aux noms des participants. De plus, les participants avaient comme consigne d'insérer le consentement dans une enveloppe cachetée. Ainsi, il était impossible de jumeler le questionnaire à la signature du consentement. Par la suite, les infirmières ont été invitées à remplir, chez elle, le formulaire de consentement à la recherche et le questionnaire. Elles devaient ensuite retourner les documents à l'étudiante-chercheuse à l'aide de l'enveloppe-réponse affranchie fournie.

Pour le deuxième centre hospitalier visé, une entente a été effectuée entre les infirmiers-chefs et les moniteurs cliniques concernant la distribution des documents, un questionnaire spécifique (voir annexe 7) et une lettre de présentation de l'étude (voir annexe 8). Il a été convenu que les moniteurs cliniques distribueraient directement les documents à toutes les infirmières et les infirmiers possédant un poste ou un remplacement dans une des unités ciblées lors de leur quart de travail. Il est à noter qu'il n'existe aucun lien d'autorité entre les moniteurs cliniques et le personnel infirmier. Les participants étaient libres de participer à l'étude. De plus, ils pouvaient se retirer en tout moment, sans que ce geste leur porte préjudice. Il a été convenu avec le comité d'éthique de

l'établissement que le seul fait de compléter le questionnaire faisait foi d'un consentement implicite.

Par la suite, les infirmières ont été invitées à remplir, chez elle, le formulaire de consentement à la recherche et le questionnaire. Pour le retour des questionnaires, une boîte scellée fut installée dans le bureau des moniteurs cliniques. Par ailleurs, seulement l'étudiante-chercheuse fut autorisée à ouvrir la boîte scellée pour l'analyse des résultats. Comme dans le premier centre, l'étudiante-chercheuse n'a pas eu accès aux noms des participants afin d'assurer l'anonymat des participants.

La semaine suivant l'administration des questionnaires, une seconde lettre de présentation de l'étude identique à la première accompagnée d'un questionnaire furent acheminés aux infirmières dans les deux centres selon le même processus.

Le protocole a été approuvé par le Comité d'éthique de premier centre (projet PEJ 471) et par le Comité d'éthique du deuxième centre (projet CER-0910-030).

4.5. Les analyses

4.5.1. Le volet qualitatif

L'analyse des croyances saillantes personnelles de chaque individu est effectuée selon les recommandations de Gagné & Godin (1999) qui consiste à créer trois listes. La première liste contient les avantages et les désavantages associés à l'adoption du comportement. La seconde liste est formée des individus que le répondant perçoit comme importants et qui approuveraient ou désapprouveraient qu'il adopte le comportement. Enfin, la dernière liste concerne les barrières et facilitateurs perçus par le répondant à l'adoption du comportement. Par ailleurs, il est important de préciser la fréquence de mention de chacune des croyances de ces listes et de placer les croyances en ordre décroissant selon la fréquence de mention obtenue dans chacune des trois listes.

Telle que suggérée par Fishbein & Ajzen (1980) l'analyse de contenu de l'information est réalisée de façon indépendante par deux juges experts. Par la suite, à partir des croyances saillantes personnelles, les croyances saillantes modales sont déterminées, c'est-à-dire les croyances importantes pour l'ensemble des individus de l'échantillon questionné. Dans le cadre de cette étude, nous avons d'abord retenu les croyances les plus souvent mentionnées jusqu'à ce que la somme des fréquences de mention atteigne 75 %, telle que suggérée par Fishbein et Ajzen (1980). Cependant, par cette approche, il aurait été nécessaire de retenir des croyances mentionnées peu souvent. Par conséquent, une autre approche proposée par Fishbein et Azjen (1980) a été utilisée, soit celle qui consiste à retenir les croyances qui obtiennent un pourcentage donné. Ce pourcentage a été fixé à 7 % dans cette étude. Ce critère permet de retenir les croyances les plus souvent mentionnées et d'obtenir entre quatre et huit croyances pour chacun des construits, ce qui correspond au nombre de croyances souvent obtenues pour ce genre d'études.

4.5.2. Le volet quantitatif

Pour débiter, des analyses descriptives sont effectuées pour mesurer les caractéristiques de la population. Par la suite, une analyse de la régression multiple hiérarchique permet d'identifier les déterminants de l'intention des infirmières à demander un consentement au don d'organes à toutes les familles d'un patient suite à un diagnostic de décès neurologique. Pour commencer, l'effet des quatre variables indépendantes issues de la TCP est vérifié, soit l'effet de Aact, SN, PC et p. En second, l'effet des variables indépendantes provenant d'autres cadres théoriques est testé. Il s'agit donc de tester l'effet de ND, NM, Ra, bien, auto et just ainsi que du Cp. Cette étape de la régression permet de déterminer si ces variables ajoutent significativement à la prédiction de l'intention une fois l'influence des variables de la TCP prise en compte.

Pour chaque étape de la régression hiérarchique, la sélection des variables pertinentes s'est faite en fonction de l'approche de « tous les modèles possibles ». Deux raisons principales justifient ce choix. Il fut d'abord constaté que les résultats obtenus pouvaient différer selon la méthode retenue pour la sélection des variables. En ce sens, il est apparu

que plus d'une combinaison de variables indépendantes pouvait s'avérer pertinente pour expliquer la variable dépendante de cette étude. Ensuite, plusieurs auteurs sont d'avis que l'approche de tous les modèles possibles est préférable aux approches stepwise, forward ou backward (Carrera, & Neuman, 1986; Mazerolle, 2006; National Research Council, 2001; Samper, & Neuman, 1989; Neuman, & Wierenza, 2003). Dans l'approche de tous les modèles possibles, chaque variable indépendante prise individuellement de même que toutes les combinaisons possibles des variables indépendantes d'une étape donnée de la régression hiérarchique sont testées. L'approche de tous les modèles possibles suppose toutefois de faire appel à des critères pour la sélection du ou des modèles finaux à retenir. Selon Singh (2010), ce choix doit s'effectuer à l'aide de deux critères de sélection distincts pour augmenter la rigueur de la démarche statistique. Pour cette étude, le critère d'information Bayesian (BIC) (Schwarz, 1978) et le critère d'information Akaike corrigé (AICc) (Akaike, 1973; Bedrick, & Tsai 1994), qui sont parmi les plus largement utilisés (Yang, 2005), ont été pris en compte. Il est à noter que l'AICc, plutôt que l'AIC, doit être utilisé lorsque la taille de l'échantillon à l'étude est petite, c'est-à-dire lorsque $n/K < 40$ selon Singh et al. (2010) (où k =nombre de prédicteurs et n =taille d'échantillon). Les modèles présentant les plus petites valeurs de l'AICc et de BIC sont pertinents. Il est à noter que dans cette étude, les informations obtenues au BIC convergent avec ceux obtenus à l'AICc. Afin de simplifier la lecture du texte, nous allons donc référer uniquement à l'AICc dans les lignes qui suivent. Mazerolle (2006) suggère de considérer deux statistiques en lien avec l'AICc. Il s'agit du delta AICc (Δ_i) et du ratio d'évidence (w_i/w_j). Le delta AICc (Δ_i) correspond à l'écart entre l'AICc d'un modèle i par rapport au modèle ayant le plus petit AICc. Mazerolle (2006) suggère de retenir les modèles dont les valeurs de l'AICc ne s'éloignent pas plus de deux de la valeur minimale de l'AICc (donc $\Delta_i < 2$). Le ratio d'évidence repose sur le poids AICc (w_i) qui est défini par la formule suivante : $w_i = \exp(-\Delta_i/2) / \sum \exp(-\Delta_i/2)$. Cette statistique indique la probabilité qu'un modèle donné soit le meilleur parmi l'ensemble des modèles considérés. Par exemple, si un modèle donné possède un poids w_i égale à .75, cela signifie qu'étant donné l'échantillon considéré, le modèle a 75 % des chances d'être le meilleur parmi l'ensemble de ceux considérés. Le ratio d'évidence consiste à comparer le poids AICc du meilleur modèle à celui d'un modèle compétitif. Il indique à quel point le meilleur modèle est préférable à un modèle alternatif.

Par exemple, si l'on compare les modèles x et y et que le modèle x est considéré le meilleur, alors un ratio d'évidence de 1.38 signifierait qu'il est 1.38 plus probable que le modèle x soit le meilleur en comparaison du modèle y . Mazerolle (2006) suggère de retenir les modèles dont le ratio d'évidence est inférieur à 2.7. Si plusieurs modèles s'avèrent pertinents (c'est-à-dire si $\Delta_i < 2$ ou ratio d'évidence < 2.7), Mazerolle (2006) suggère d'appliquer la technique de l'inférence multimodèle qui consiste à calculer le paramètre de régression moyen pondéré et son erreur standard (appelé l'erreur standard inconditionnelle) de chaque variable à partir des valeurs obtenues dans tous les modèles pertinents retenus. Il s'agit donc de réunir tous les modèles retenus qui comportent la variable d'intérêt (exemple : Aact). Chacun de ces modèles a un AICc. On calcule le Δ_i et le w_i pour ce sous-ensemble de modèles (c'est-à-dire les modèles qui comportent la variable Aact, par exemple). Le paramètre de régression moyen pondéré correspond alors à $\sum w_i \beta$ où β est le paramètre de régression obtenu dans chacun des modèles retenus qui comporte la variable d'intérêt (exemple : Aact). L'erreur standard de ce coefficient de régression est aussi calculée selon la formule fournie dans Mazerolle (2006). Un intervalle de confiance est ensuite calculé afin de déterminer quelle variable s'avère un prédicteur statistiquement significatif de la variable dépendante. Cette approche permet de baser l'inférence statistique sur l'ensemble des modèles pertinents, incorporer l'incertitude des modèles et la précision des paramètres au lieu de tirer des conclusions sur un simple modèle (Mazerolle, 2006).

Afin d'identifier les croyances qui pourraient être utilisées pour définir le contenu des interventions visant à modifier l'intention des infirmières en ce qui concerne le comportement à l'étude, les recommandations de Francis et al. (2004) sont utilisées. Ceux-ci suggèrent de dichotomiser à la médiane la variable dépendante, l'intention. Les variables indépendantes sont les items définissant chaque construit indirect identifié comme déterminant statistiquement significatif de l'intention. Un modèle de régression logistique est utilisé à cet effet. Encore ici, l'approche de tous les modèles possibles et l'inférence multimodèle sont appliquées.

Les postulats du modèle final de la régression multiple ont été vérifiés. Les nuages de points entre chaque variable indépendante et les résidus ont été examinés pour vérifier la linéarité de la relation. Le postulat de l'homogénéité de la variance des résidus a été vérifié avec le test de White [un niveau de signification de .10 a été utilisé, comme le suggère Walker(1997)]. La normalité de la distribution des résidus a été vérifiée avec le test de Shapiro-Wilk. Enfin, l'absence de multicollinéarité a été vérifiée à l'aide de l'indice de condition [qui doit être $<.30$ selon la règle de Bernard et Bruneau(2005)], les valeurs de tolérance ($<.10$) et en examinant si le signe du coefficient de corrélation entre une variable indépendante et la variable dépendante correspondait au signe du coefficient de régression de cette variable en considérant les autres variables indépendantes dans le modèle de régression (un changement de signe est un indicateur d'un problème potentiel de multicollinéarité).

Les postulats de la régression logistique ont aussi été vérifiés. L'un des postulats concerne la linéarité du *logit* de la variable dépendante en fonction de chaque variable indépendante. L'approche d'Hosmer et Lemeshow (2000) a été utilisée pour vérifier ce postulat. Ces auteurs suggèrent de vérifier la variable brute et sept transformations (i.e. x^{-2} , x^{-1} , $x^{-0.5}$, x^0 , $x^{0.5}$, x^2 , x^3) afin de déterminer ce qui favorise le meilleur ajustement du modèle. La plus petite valeur de $-2 \log L$ obtenue a été comparée à celle de la variable brute à l'aide du test du X^2 . Dans le cas d'une différence statistiquement significative, la variable transformée plutôt que la variable brute est utilisée dans les analyses subséquentes. L'absence de multicollinéarité des variables indépendantes a aussi été vérifiée en appliquant les critères décrits précédemment. Enfin, la qualité de l'ajustement du modèle de régression logistique a été vérifiée à l'aide des valeurs de déviance et de Pearson (des valeurs non significatives indiquent un bon ajustement du modèle). La capacité discriminante a aussi été vérifiée à l'aide de l'aire sous la courbe Roc. Ces valeurs sont satisfaisantes lorsqu'elles se situent au-delà de $c=.70$ (Hosmer, & Lemeshow, 2000). Les analyses statistiques sont effectuées avec le logiciel SAS, version 9.1.

**Chapitre 5 –
LES RÉSULTATS**

À l'intérieur de ce cinquième chapitre, les résultats obtenus suite aux analyses statistiques sont présentés. La première partie porte sur l'analyse qualitative de contenu. Par la suite, les caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon ainsi que les analyses quantitatives sur les données saisies sont traitées.

5.2. Les analyses de contenu

Le questionnaire de l'étude qualitative a été distribué en juin 2009 auprès de 45 participants. Au total, 12 questionnaires ont été retournés. Le Tableau 5.0 présente les résultats de l'analyse qualitative de contenu obtenus suite à l'entente de deux juges experts. Il est à noter que la question sept pour déterminer la croyance en l'existence de rôles sociaux (RB) a été retirée des analyses, car les réponses rapportées par les participants ne correspondaient pas au type d'informations recherchées pour mesurer ce construit.

Tableau 5.0 : Croyances saillantes et modales des infirmières à demander un consentement au don d'organes à la famille d'un patient suite à son décès neurologique.

Croyances saillantes vs modales	Fréquence de mention	Fréquence %
Croyances comportementales (b)		
Apporter du réconfort à la famille*	5	19.2
Sauver des vies*	4	15.4
Améliorer la qualité de vie*	3	11.5
Satisfaction personnelle*	3	11.5

Mauvaise interprétation du deuil à vivre selon les valeurs de chacun	2	7.7
Moins de temps pour prendre soins des autres patients	2	7.7
Apporter une acceptation à son diagnostic	1	3.8
La chance d'augmenter les consentements positifs	1	3.8
Pas mort pour rien	1	3.8
Demander à la famille de prendre une énorme décision alors qu'elle est très affectée émotionnellement	1	3.8
Entamer plusieurs documents	1	3.8
Débuter les procédures plus rapidement pour les dons d'organes	1	3.8
Savoir rapidement quels soins donner aux patients	1	3.8
Total	26	99.6

Croyances normatives (Nb)

Le personnel médical*	9	32.1
L'équipe de don d'organes (infirmières ressources, équipe de Québec- Transplant)*	6	21.4

L'équipe de travail (infirmière, préposés aux bénéficiaires)*	6	21.4
Les supérieurs immédiats*	5	17.9
Les familles qui attendent un don d'organes	1	3.6
L'équipe multidisciplinaire	1	3.6
Total	28	100

Barrières et facilitateurs perçus (p)

Famille éprouvée*	7	17.9
Malaise ressenti à l'approche de la famille*	6	15.4
Formation inadéquate*	4	10.3
Décès subit*	4	10.3
Manque de temps*	3	7.7
Si la carte d'assurance maladie est signée*	3	7.7
Jeune âge du patient*	3	7.7
Contexte	2	5.1
N'entre pas dans les critères de dons d'organes	2	5.1

Surtout mon état d'être	2	5.1
Le climat de travail	1	2.5
Pas assez d'intimité avec les personnes	1	2.5
Pas de lieux	1	2.5
Total	39	99.8

Pour déterminer les croyances modales, il était prévu de retenir le critère de 75 % suggéré par Fishbein et Ajzen (1980), qui consiste à retenir les croyances saillantes ayant la plus grande fréquence jusqu'à ce que le pourcentage des fréquences atteigne 75 %. Cependant, par cette approche, il aurait été nécessaire de retenir des croyances mentionnées relativement peu souvent pour un construit donné (e. i : « mauvaise interprétation du deuil à vivre selon les valeurs de chacun ») ou d'omettre des croyances relativement populaires (e.i. : « les supérieurs immédiats » qui n'a qu'une fréquence de mention de moins que « l'équipe de travail »). Par conséquent et parce que la TCP démontre une ouverture à l'utilisation d'autres critères (Fishbein & Ajzen, 1980), il a été convenu de retenir les croyances dont la fréquence de mention est d'au moins trois. Cela permet de retenir au moins quatre croyances par construit, ce qui est souvent le nombre minimal de croyances rencontrées dans les études faisant appel à la TCP.

5.2. Les caractéristiques de l'échantillon

5.2.1. Les participants

La période de collecte de données s'est échelonnée de juin 2009 au mois de juin 2010. Dans les deux centres hospitaliers, 470 questionnaires ont été distribués. De ce nombre, 85 questionnaires ont été retournés pour un taux de réponse de 18 %. Cependant, cinq questionnaires n'ont pas été retenus, car plusieurs données étaient manquantes. Ainsi, 80 questionnaires ont été utilisés pour l'analyse des résultats.

Les répondantes étaient principalement des femmes (85 %) et travaillaient à l'urgence (61 %). D'autres caractéristiques sociodémographiques des répondants sont présentées dans le Tableau 5.1.

Tableau 5.1 : Caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon (n=79)*.

Variables	Fréquence	Pourcentage %	Fréquence cumulative	Pourcentage cumulative %
Sexe				
Féminin	67	85	67	85
Masculin	12	15	79	100
Niveau de scolarité				
Professionnel	1	41	33	42.3
Collégial	32			
Universitaire		51.3	73	93.6
a. Premier cycle	40	5.1	77	98.7
b. Deuxième cycle	4	1.3	78**	100
c. Troisième cycle	1			
Unité de travail				
Soins intensifs	31	39	31	39
Urgence	48	61	79	100
Ancienneté infirmière				
0 à 5 ans	23	29	23	29
5 à 10 ans	21	27	44	56
10 à 15 ans	10	13	54	69
15 à 20 ans	1	1	55	70
20 à 25 ans	10	13	65	83
25 ans et plus	14	18	79	100

**Ancienneté dans une
unité de soins critiques**

Moins de 5 ans	33	42	33	42
5 à 10 ans	22	28	55	68
10 à 15 ans	6	8	61	76
15 à 20 ans	3	4	64	80
20 à 25 ans	9	12	73	92
25 ans et plus	5	6	79	98

**Connaissance d'une
personne en attente de
don d'organes**

Oui	69	88	69	88
Non	9	12	78**	100

**Connaissance d'une
personne transplantée**

Oui	66	85	66	85
Non	12	15	78**	100

**Connaissance d'un
donneur d'organes**

Oui	66	85	66	85
Non	12	15	78**	100

**Consentement au don
d'organes**

Oui	12	15	12	15
Non	66	85	78**	100

*Fréquence manquante = 1

**Fréquence manquante = 2

5.2.2. La consistance interne des construits.

Le coefficient alpha de Cronbach a été utilisé pour évaluer la consistance interne des variables du modèle intégrateur retenu. Les valeurs pour chacune des variables sont inscrites au Tableau 5.2. Selon, Nunnally et Berstein (1994), une valeur égale ou supérieure à .70 est considérée satisfaisante. Cependant, des valeurs entre .60 sont souvent tolérées par les auteurs faisant appel à la TCP. Une variable ayant une valeur supérieure à .90 à l'alpha de Cronbach indique une redondance des items utilisés pour la mesurer, mais il n'est pas nécessaire d'éliminer cette variable (Nunnally, & Berstein, 1994).

Tableau 5.2 : Coefficient Alpha de Cronbach des différentes variables théoriques (n = 80).

Variables	Nombre d'items	Standardisé	Non standardisé
Intention (Int)	3	.87	
Attitude (Aact)	6	.81	
Croyances comportementales (b)	4		.72
Normes subjectives (SN)	3	.78	
Croyances normatives (Nb)	4		.74
Perception de contrôle (PC)	4	.68	
Importance perçue des barrières/facilitateurs (p)	7		.86
Norme morale (NM)	3	.83	
Normes descriptives (ND)	3	.91	
Regret anticipé (Ra)	3		.90
Bienfaisance (bien)	7		.94
Justice (just)	4		.88
Autonomie (auto)	4		.68
Comportement passé (Cp)	2	.98	

5.2.3. Les analyses descriptives

Les mesures de tendance centrale et de dispersion sont présentées au Tableau 5.3. Puisque les variables de la TCP ne sont pas distribuées normalement à l'exception de la perception de contrôle (PC), la médiane et la MAD_{aj} ont été utilisées. Pour la majorité des construits, la valeur de la médiane se situe entre 4 et 5, traduisant ainsi un niveau plutôt élevé de possession des caractéristiques mesurées.

Tableau 5.3 : Les mesures de tendances centrales et de dispersion des variables théoriques (n=80).

Variables	Médiane	MAD_{aj}^*	Scores minimum et maximum possibles
Intention (Int)	5.25	1.48	1-7
Attitude (Aact)	4.17	.74	1-6
Croyances comportementales (b)	5.25	.37	1-6
Norme subjective (SN)	5.00	.99	1-6
Croyances normatives (Nb)	5.25	.74	1-6
Perception de contrôle (PC)**	3.50	.74	1-6
Importance perçue des barrières/facilitateurs (p)	4.64	.95	1-6
Norme morale (NM)	4.67	1.48	1-6
Norme descriptive (ND)	23.00	9.64	2-37
Regret anticipé (Ra)	4.33	1.48	1-6
Bienfaisance (bien)	5.43	.85	1-6
Justice (just)	4.13	1.30	1-6
Autonomie (auto)	4.87	.74	1-6
Comportement passé (Cp)	.50	.00	.5-5.5

*MAD : $Mdn \sum |x - Mdnx|$; MAD_{aj} : $MAD * 1,4826$.

**La moyenne pour la PC est 3.45 et l'écart-type prend une valeur de .84.

5.3. Les analyses inférentielles

Puisque les variables indépendantes du cadre théorique ne sont pas distribuées normalement, une matrice de corrélation de Spearman a été utilisée pour évaluer les corrélations entre les principales variables à l'étude (voir Tableau 5.4). Les résultats indiquent que la norme subjective, l'importance perçue des barrières et des facilitateurs ainsi que la norme morale possèdent une forte relation avec l'intention. En contrepartie, la variable dépendante intention démontre une corrélation faible avec le comportement passé et la justice.

Tableau 5.4 :Matrice de corrélation de Spearman entre les différentes variables théoriques.

Variables	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1. Intention (Int)	1.00													
2. Attitude (Aact)	.57*	1.00												
3. Croyances comportementales (b)	.57*	.63*	1.00											
4. Normes subjectives (SN)	.63*	.62*	.64*	1.00										
5. Croyances normatives (Nb)	.38*	.28*	.29*	.26*	1.00									
6. Perception de contrôle (PC)	.57*	.52*	.34*	.47*	.17	1.00								
7. Importance perçue des barrières/facilitateurs (p)	.81*	.57*	.55*	.53*	.41*	.64*	1.00							
8. Norme morale (NM)	.62*	.49*	.68*	.69*	.17	.34*	.53*	1.00						
9. Normes descriptives (ND)	.35*	.18	.14	.36*	.40*	.07	.28*	.27*	1.00					
10. Regret anticipé (Ra)	.43*	.44*	.63*	.53*	.10	.14	.34*	.71*	.25*	1.00				
11. Bienfaisance (bien)	.52*	.38*	.48*	.44*	.34*	.27*	.43*	.52*	.29*	.37*	1.00			
12. Justice (just)	.15	.16	.27*	.18	.20	.17	.22*	.24*	.20	.28*	.43*	1.00		
13. Autonomie (auto)	.36*	.24*	.27*	.32*	.05	.07	.23*	.34*	.33*	.26*	.37*	.27*	1.00	
14. Comportement passé (CP)	-.00	.02	-.05	-.10	-.06	.14	.08	-.07	-.09	.01	-.20	-.01	-.08	1.00

* $p \leq .05$

Le Tableau 5.5 présente les résultats de la première partie de la régression hiérarchique. Les valeurs les plus faibles à l'AICc et au BIC sont observées pour le modèle comportant les variables SN et p. En outre, aucun autre modèle ne satisfait les critères énoncés par Mazerolle (2006) soit un $\Delta_i < 2$ ou un ratio d'évidence < 2.7 . Donc, à cette étape, le meilleur modèle est celui constitué des variables SN et p. La valeur w_i de ce modèle indique qu'il y a 60 % des chances que le modèle constitué de SN et p soit le meilleur parmi les trois considérés au Tableau 5.5. Le ratio d'évidence indique, par exemple, qu'il est presque trois fois plus probable que le modèle composé de SN et p soit le meilleur plutôt que celui constitué de SN, PC et P. En ce qui concerne le modèle constitué de SN et p, les résultats indiquent un modèle de régression statistiquement significatif $F(2,77)=70.82, p<.00$ avec un coefficient de régression standardisé de .19 pour la norme subjective ($t(1)=2.10, p=.04$) et de 0,68 pour l'importance perçue des barrières/facilitateurs ($t(1)=7.74, p<.00$). Ces deux variables permettent d'expliquer 64 % de la variance de l'intention.

Tableau 5.5 : Sélection des meilleurs modèles de la régression multiple de Aact, SN, PC et P (n = 80).

Modèle	AIC _c	BIC	R ² ajusté	Δ_i	w_i	Ratio d'évidence
SN, PC, P	-33.33	-31.35	.63	2.17	.20	2.96
Aact, SN, P	-33.37	-31.38	.63	2.13	.20	2.91
SN, P	-35.50	-33.44	.64	.00	.59	-

Par la suite, les variables du second bloc ont été considérées. Il s'agit des variables regret anticipé (Ra), bienfaisance (bien), autonomie (auto), norme morale (NM), norme descriptive (ND). Les variables justice et comportement passé n'ont pas été considérées puisqu'elles n'étaient pas significativement liées à l'intention. Les résultats des neuf modèles les plus pertinents sont illustrés au Tableau 5.6.

Tableau 5.6 : Sélection des meilleurs modèles de la régression multiple de SN, p, ND, NM, Ra, bien et auto(n = 80).

Modèle	AIC _c	BIC	R ² ajusté	Δ _i	w _i	Ratio d'évidence
p, ND, NM, auto	-39.51	-37.39	.67	1.03	.12	1.67
SN, p, NM, auto	-39.32	-37.23	.67	1.21	.11	1.84
p, NM, auto	-40.54	-38.46	.67	0	.20	1.00
SN, p, Ra, auto	-38.92	-36.88	.66	1.61	.09	2.24
p, NM, Ra, auto	-38.61	-36.60	.66	1.93	.08	2.62
SN, p, auto	-39.79	-37.79	.66	.75	.14	1.45
p, Ra, auto	-39.40	-37.44	.66	1.14	.11	1.77
p, NM, bien, auto	-38.74	-36.72	.66	1.80	.08	2.46
p, auto	-38.71	-36.88	.65	1.83	.08	2.49

Puisque les AIC_c de ces neuf modèles ne s'éloignent pas plus de deux de l'AIC_c minimum (-40.54) et que le ratio d'évidence est inférieur à 2.7, la technique de l'inférence multimodèle proposée par Mazerolle (2006) et Singh, Mishra et Ruskauff (2010) est utilisée pour sélectionner les variables significatives. Les Tableaux de 5.7 à 5.12 présentent les données pertinentes.

Tableau 5.7 : Inférence multimodèle pour estimer le coefficient de régression et l'erreur standard de l'importance perçue des barrières/facilitateurs (p) (n = 80).

Modèle	AIC _c	Δ_i	w_i	Coefficient de régression de p	Erreur standard de p
p, ND, NM, auto	-39.51	1.03	.12	.90	.11
SN, p, NM, auto	-39.32	1.21	.11	.89	.11
p, NM, auto	-40.54	0	.20	.93	.12
SN, p, Ra, auto	-38.92	1.61	.09	.92	.11
p, NM, Ra, auto	-38.61	1.93	.08	.93	.11
SN, p, auto	-39.79	.75	.14	.94	.11
p, Ra, auto	-39.40	1.14	.11	.99	.10
p, NM, bien, auto	-38.74	1.80	.08	.91	.12
p, auto	-38.71	1.83	.08	1.04	.12
Valeur moyenne pondérée du coefficient de régression				.94	
Erreur standard inconditionnelle					.12

Tableau 5.8 : Inférence multimodèle pour estimer le coefficient de régression et l'erreur standard de la norme subjective (SN) (n = 80).

Modèle	AIC _c	Δ_i	w_i	Coefficient de régression de SN	Erreur standard de SN
SN, p, NM, auto	-39.32	.47	.32	.13	.12
SN, p, Ra, auto	-38.92	.87	.27	.16	.13
SN, p, auto	-39.79	0	.41	.21	.13
Valeur moyenne pondéré du coefficient de régression				.17	
Erreur standard inconditionnelle					.13

Tableau 5.9 : Inférence multimodèle pour estimer le coefficient de régression et l'erreur standard de l'autonomie (auto) (n = 80).

Modèle	AIC _c	Δ_i	w_i	Coefficient de régression de auto	Erreur standard de auto
p, ND, NM, auto	-39.51	1.03	.12	.23	.12
SN, p, NM, auto	-39.32	1.21	.11	.25	.14
p, NM, auto	-40.54	0	.20	.26	.14
SN, p, Ra, auto	-38.92	1.61	.09	.28	.13
p, NM, Ra, auto	-38.61	1.93	.08	.26	.12
SN, p, auto	-39.79	.75	.14	.30	.13
p, Ra, auto	-39.40	1.14	.11	.30	.12

p, NM, bien, auto	-38.74	1.80	.08	.24	.12
p, auto	-38.71	1.83	.08	.35	.11
Valeur moyenne pondérée du coefficient de régression				.27	
Erreur standard inconditionnelle					.13

Tableau 510 : Inférence multimodèle pour estimer le coefficient de régression et l'erreur standard de la norme morale (NM) (n = 80).

Modèle	AIC _c	Δ_i	w_i	Coefficient de régression de NM	Erreur standard de NM
p, ND, NM, auto	-39.51	1.03	.20	.21	.11
SN, p, NM, auto	-39.32	1.21	.18	.17	.13
p, NM, auto	-40.54	.00	.34	.22	.14
p, NM, Ra, auto	-38.61	1.93	.13	.17	.15
p, NM, bienf, auto	-38.74	1.80	.14	.20	.12
Valeur moyenne pondérée du coefficient de régression				.20	
Erreur standard inconditionnelle					.13

Tableau 5.11 : Inférence multimodèle pour estimer le coefficient de régression et l'erreur standard du regret anticipé (Ra) (n=80).

Modèle	AIC _c	Δ_i	w_i	Coefficient de régression de Ra	Erreur standard de Ra
SN, p, Ra, auto	-38.92	.47	.32	.10	.08
p, NM, Ra, auto	-38.61	.79	.27	.06	.10
p, Ra, auto	-39.40	.00	.41	.13	.08
Valeur moyenne pondérée du coefficient de régression				.10	
Erreur standard inconditionnelle					.09

Tableau 5.12 : Inférence multimodèle pour estimer le coefficient de régression et l'erreur standard de la bienfaisance (bien) (n=80).

Modèle	AIC _c	Δ_i	w_i	Coefficient de régression de bien	Erreur standard de bien
p, NM, bien, auto	-38.74	.00	1	.09	.13
Valeur moyenne pondérée du coefficient de régression				.09	
Erreur standard inconditionnelle					.13

Pour déterminer quelle variable est statistiquement significative, Mazerolle (2006) suggère d'utiliser un intervalle de confiance de 95 % selon les équations suivantes :

95 % de la limite de confiance supérieure = coefficient de régression + (1.96) erreur standard

et

95 % de la limite de confiance inférieure = coefficient de régression – (1.96) erreur standard

Toujours selon Mazerolle (2006), la variable est statistiquement significative lorsque l'intervalle de confiance exclue 0. Le Tableau 5.13 présente les intervalles de confiances des variables sélectionnées.

Tableau 5.13 : Intervalles de confiance à 95%. (n=80).

Variabes	Coefficient de régression moyen pondéré	Erreur Standard inconditionnelle	Limite inférieure de l'intervalle de confiance	Limite supérieure de l'intervalle de confiance
p*	.94	.12	.71	1.17
SN	.17	.13	-.09	.44
Auto*	.27	.13	.01	.53
NM	.20	.13	-.06	.46
Ra	.10	.09	-.08	.28
bien	.09	.13	-.17	.34

*déterminant statistiquement significatif

En conclusion, deux variables s'avèrent des déterminants statistiquement significatifs de l'intention, soit les variables p et auto. Les résultats indiquent qu'il y a 95 % des chances que la valeur vraie du paramètre de la variable p se situe entre .71 et 1.17. En outre, il y a 95 % des chances que la valeur vraie du paramètre de la variable auto se situe entre .01 et 0.53. Ces deux variables expliquent 66 % de la variance de l'intention.

Les postulats du modèle final de la régression multiple ont été vérifiés. Le nuage de points entre chaque variable indépendante et les résidus suggère la présence de relations linéaires entre les variables indépendantes et l'intention. Le postulat de l'homogénéité de la variance des résidus est satisfait ($F(7,72)=1.81, p=.10$). La distribution des résidus s'est avérée normale ($W=.97, p=.09$). Il ne semble pas y avoir des problèmes de multicollinéarité sur la base de la corrélation observée entre les deux variables indépendantes ($r_s=.23$).

5.4. L'identification des croyances pertinentes à utiliser pour l'élaboration d'une intervention.

Puisque l'importance perçue des barrières/facilitateurs et l'autonomie se sont avérées être des déterminants statistiquement significatifs de l'intention, deux analyses de la régression logistique impliquant les items de ces construits ont été effectuées en vue d'identifier les croyances pertinentes à utiliser pour changer l'intention.

5.4.1. L'importance perçue des barrières et des facilitateurs

Les postulats de la régression logistique ont été vérifiés. Les résultats indiquent qu'afin de satisfaire le postulat de la linéarité du *logit*, il est nécessaire de transformer les variables p2 à p7, en les mettant à la puissance 3. Le postulat de multicollinéarité des variables indépendantes a été vérifié. Selon la règle de Bernard et Bruneau (2005), le postulat est respecté, car aucun index de condition n'est supérieur à 30. Cependant, lors de l'analyse des coefficients de régression entre la variable indépendante p4 et la variable dépendante à la suite d'une régression logistique impliquant toutes les variables indépendantes, un problème potentiel de multicollinéarité est découvert. On constate en effet que le signe du coefficient de régression de la variable P4 est négatif alors que cette variable entretenait une relation positive avec l'intention dans une analyse de la corrélation impliquant ces deux seules variables. Selon certains auteurs, l'approche du meilleur modèle permettrait de contourner le problème de multicollinéarité (Mazerolle, 2006; Singh, & al., 2010).

Pour l'importance perçue des barrières et des facilitateurs (p), seulement un modèle est considéré pertinent lorsque les recommandations de Mazerolle (2006) sont prises en considération. Le tableau 5.14 indique que le décès subit (p2), l'absence de formation (p6), le manque de temps (p7) et le fait de savoir que la carte d'assurance-maladie est signée (p5) sont des déterminants statistiquement significatifs de l'intention. Ce modèle explique 91 % de la variance de l'intention et sa capacité discriminante est satisfaisante avec une valeur égale à .99. Selon Horner et Lemeshow (2000), la capacité discriminante doit être supérieure à .70. La qualité de l'ajustement du modèle de régression logistique a été vérifiée à l'aide des valeurs de déviance et de Pearson, qui se sont avérées non significatives, indiquant ainsi un bon ajustement du modèle.

Tableau 5.14 : Meilleur modèle de la régression logistique impliquant les items mesurant p pour prédire l'intention (n = 80).

Modèle	AIC _c	BIC	R ²	Δ _i	w _i
p2, p5, p6, p7	29.16	40.26	.91	.00	.00

p2 = décès subit

p5 = carte d'assurance-maladie signée

p6 = absence de formation

p7 = manque de temps

5.4.2. L'autonomie.

Les postulats de la linéarité du logit et d'absence de multicollinéarité sont respectés pour les items visant à mesurer l'autonomie.

Les valeurs à l'AIC_c au BIC, à l' Δ_i et au ratio d'évidence indiquent la présence de huit modèles pertinents pour les items mesurant la variable autonomie (Tableau 5.15). L'approche de l'inférence multimodèle a donc été appliquée pour sélectionner les déterminants statistiquement significatifs (Tableaux 5.16 à 5.19).

Tableau 5.15 : Meilleurs modèles de la régression logistique de la variable auto (n=80).

Modèle	AIC _c	BIC	R ²	Δ_i	w _i	Ratio d'évidence
auto1, auto2, auto5	89.00	98.00	.27	.00	.00	-
auto1, auto2, auto4	89.05	98.05	.28	.05	.05	1.02
auto1, auto5	89.09	95.92	.27	.08	.08	1.04
auto1, auto2, auto4, auto5	89.14	100.24	.28	.13	.13	1.07
auto1, auto4	89.19	96.02	.27	.18	.18	1.09
auto1, auto4, auto5	89.19	98.19	.27	.18	.18	1.10
auto1, auto2	89.76	96.59	.27	.75	.75	1.46
auto1	89.96	94.54	.27	.95	.95	1.61

auto1= poser un geste en toute liberté

auto2 = respecter les volontés de la personne décédée

auto4 = indiquer clairement à la famille la volonté de la personne décédée

auto5= inciter la famille à respecter la volonté de la personne décédée

Tableau 5.16 : Inférence multimodèle pour estimer le coefficient de régression et l'erreur standard de la variable auto1 (n=80).

Modèle	AIC _c	Δ_i	w_i	Coefficient de régression de auto1	Erreur standard de auto1
auto1, auto2, auto5	89.01	.00	.16	.98	.30
auto1, auto2, auto4	89.05	.05	.15	.98	.30
auto1, auto5	89.09	.08	.15	.97	.28
auto1, auto2, auto4, auto5	89.14	.13	.15	.96	.30
auto1, auto4	89.19	.18	.14	.96	.28
auto1, auto4, auto5	89.19	.18	.14	.95	.28
auto1, auto2	89.76	.75	.11	.99	.30
auto1	89.96	.95	.10	.99	.28
Valeur moyenne pondérée du coefficient de régression				1.07	
Erreur standard inconditionnelle					.31

auto1= poser un geste en toute liberté

auto2 = respecter les volontés de la personne décédée

auto4 = indiquer clairement à la famille la volonté de la personne décédée

auto5= inciter la famille à respecter la volonté de la personne décédée

Tableau 5.17 : Inférence multimodèle pour estimer le coefficient de régression et l'erreur standard de la variable auto2 (n=80).

Modèle	AIC _c	Δ_i	w_i	Coefficient de régression de auto2	Erreur standard de auto2
auto1, auto2, auto5	89.01	.00	.28	-.05	.32
auto1, auto2, auto4	89.05	.05	.27	-.07	.32
auto1, auto2, auto4, auto5	89.14	.13	.26	-.06	.32
auto1, auto2	89.76	.75	.19	-.03	.31
Valeur moyenne pondérée du coefficient de régression				-.05	
Erreur standard inconditionnelle					.32

auto1 = poser un geste en toute liberté

auto2 = respecter les volontés de la personne décédée

auto4 = indiquer clairement à la famille la volonté de la personne décédée

auto5 = inciter la famille à respecter la volonté de la personne décédée

Tableau 5.18 : Inférence multimodèle pour estimer le coefficient de régression et l'erreur standard de la variable auto4 (n=80).

Modèle	AIC _c	Δ_i	w_i	Coefficient de régression de auto4	Erreur standard de auto4
auto 1, auto 2, auto 4	89.05	.00	.26	.11	.25
auto 1, auto 2, auto 4, auto5	89.14	.09	.25	.14	.37
auto1, auto 4	89.19	.13	.24	.09	.28
Auto 1, auto 4, auto 5	89.19	.14	.24	.13	.37
Coefficient de la moyenne du modèle				.12	

Valeur moyenne pondérée
du coefficient de régression .31

auto1 = poser un geste en toute liberté
 auto2 = respecter les volontés de la personne décédée
 auto4 = indiquer clairement à la famille la volonté de la personne décédée
 auto5 = inciter la famille à respecter la volonté de la personne décédée

Tableau 5.19 : Inférence multimodèle pour estimer le coefficient de régression et l'erreur standard de l'auto5 (n=80).

Modèle	AIC _c	Δ_i	w_i	Coefficient de régression de auto5	Erreur standard de auto5
auto 1, auto 2, auto 5	89.01	.00	.26	.04	.23
auto 1, Auto 5	89.09	.08	.25	.03	.22
auto 1, auto 2, auto 4, auto5	89.14	.13	.25	.14	.37
auto 1, auto 4, auto 5	89.19	.18	.24	-.06	.34
Valeur moyenne pondérée du coefficient de régression				.04	
Erreur standard inconditionnelle					.29

auto1 = poser un geste en toute liberté
 auto2 = respecter les volontés de la personne décédée
 auto4 = indiquer clairement à la famille la volonté de la personne décédée
 auto5 = inciter la famille à respecter la volonté de la personne décédée

Tableau 5.20 : Intervalles de confiance à 95% (n=80).

Variables	Coefficient de régression moyen pondéré	Erreur Standard inconditionnelle	Limite inférieure de l'intervalle de confiance	Limite supérieure de l'intervalle de confiance
auto1*	1.07	.31	.46	1.67
auto2	-.05	.32	-.68	.58
auto4	.12	.31	-.50	.73
auto5	.04	.29	-.53	.62

*déterminant statistiquement significatif

Le calcul des intervalles de confiance indique que le sentiment de poser un geste en toute liberté (auto1) constitue le seul déterminant statistiquement significatif de l'intention des infirmières d'approcher la famille en vue de demander un consentement au don d'organes suite au décès neurologique d'un proche. Il y a 95 % des chances que la valeur vraie du coefficient de régression de cette variable se situe entre .46 et 1,67. Le modèle de régression logistique comprenant la variable auto1 explique 28 % de la variance de l'intention et sa capacité discriminante est satisfaisante avec une valeur égale à .76. Rappelons qu'une capacité discriminante est satisfaisante lorsqu'elle est supérieure à .70 (Hormer, & Lemeshow, 2000). La qualité de l'ajustement du modèle de régression logistique a été vérifiée à l'aide des valeurs de déviance et de Pearson, qui se sont avérées non significatives, indiquant ainsi un bon ajustement du modèle.

Chapitre 6
LA DISCUSSION

Dans la discussion des résultats, il sera d'abord question de la motivation des infirmières à approcher la famille. Par la suite, la discussion porte sur les déterminants de l'intention des infirmières à approcher la famille en vue d'un consentement au don d'organes suite à un décès neurologique. Pour enchaîner, les points forts et les limites de l'étude sont démontrés. Finalement, différentes pistes de recherches futures sont présentées.

6.1. Le cadre théorique

Les résultats de l'étude démontrent que la norme subjective et l'importance perçue des barrières et des facilitateurs, deux variables issues de la TCP, expliquent 64 % de l'intention des infirmières à approcher la famille en vue de demander un consentement au don d'organes. Suite à l'ajout de variables externes à la TCP (ND, NM, Ra, bien et auto), il est observé que c'est l'autonomie et l'importance perçue des barrières et des facilitateurs qui constituent des déterminants statistiquement significatifs de l'intention. Ces deux variables permettent d'expliquer 66 % de la variance de l'intention.

Le pourcentage de variance de cette étude est élevé comparativement aux variances expliquées retrouvées dans la littérature. Effectivement, dans l'étude de Godin et ses collègues (2008), la théorie du comportement planifiée (TCP) expliquait 41 % de la variance dans la prédiction de l'intention. Dans l'étude de Godin et Kok (1996), l'utilisation de la TCP permettait d'expliquer 40 % de la variance de l'intention. Par ailleurs, dans l'étude de Douville (2007), la TCP expliquait 46.5 % de la variance de l'intention du comportement. L'utilisation de l'importance perçue des barrières et des facilitateurs (p) comme déterminant direct de l'intention dans cette étude contrairement aux études précédentes peut expliquer le pourcentage élevé de variance expliquée.

6.2. La motivation des infirmières à approcher la famille pour un don d'organes.

Les résultats de cette étude indiquent que, globalement, l'intention des infirmières d'approcher la famille en vue d'un consentement au don d'organes suite au décès neurologique d'un patient est assez forte (score médian de 5 sur une échelle pouvant aller

de 1 à 7). Or, un examen plus attentif des résultats révèle que 24 % des infirmières estiment à moins de 50 % les chances qu'elles approchent la famille pour un don d'organes. En fait, seulement 30 % de la totalité des infirmières participantes ont indiqué que les chances étaient très fortes (i.e. 91 % à 100 % des chances) qu'elles demandent un consentement au don d'organes à la famille d'un patient suite à son diagnostic de décès neurologique. C'est donc dire qu'une intervention visant à augmenter l'intention pourrait être pertinente chez 70 % des infirmières de l'échantillon. En ce sens, il s'avère pertinent de mieux comprendre les déterminants de l'intention, afin de pouvoir modifier cette dernière.

6.3. Les déterminants de l'intention

Les résultats ont démontré que l'importance perçue des barrières et des facilitateurs (p) et l'autonomie (auto) sont des déterminants statistiquement significatifs pour la prédiction de l'intention des infirmières à approcher la famille en vue d'un don d'organes d'un proche suite à un décès neurologique. En contrepartie, l'attitude (Aact), la norme subjective (SN) et la perception de contrôle (PC), autres variables directes de la théorie du comportement planifié (TCP), ainsi que les variables ajoutées au modèle intégrateur soit la norme descriptive (ND), la norme morale (NM), le regret anticipé (Ra), la bienfaisance (bien), la justice (just) et le comportement passé (Cp) ne se sont pas révélées des déterminants de l'intention. Une discussion portant sur chacune des variables est présentée dans les prochaines sections.

6.3.1. L'importance perçue des barrières et des facilitateurs

Les résultats de cette étude indiquent que l'importance perçue des barrières et des facilitateurs (p) est un déterminant direct de l'intention. Ces résultats concordent avec les travaux de Godin, Gagné et Sheeran (2004) qui ont démontré que ce facteur permet d'augmenter significativement le pourcentage de variance expliqué lorsqu'il est utilisé comme un déterminant direct de l'intention. Ainsi, plus l'infirmière perçoit de facilitateurs ou plus qu'elle estime qu'elle pourra surmonter les barrières perçues, plus elle a l'intention d'approcher la famille pour demander un consentement au don d'organes. Ces résultats

rejoignent en quelque sorte ceux obtenus par d'autres auteurs. Par exemple, si l'infirmière a conscience que l'approche à la famille lors d'un don d'organes fait partie de ses responsabilités individuelles et professionnelles, cette dernière sera plus encline à passer à l'action (Kent, 2002; Sque, & al. 2000). À l'opposé, Sque, & al. (2002) et Kent (2002) affirment que le stress limite les infirmières à approcher la famille lors d'un don d'organes.

Cette étude avait également comme objectif de déterminer les croyances saillantes sur lesquelles devraient reposer un programme d'intervention visant à modifier l'intention des infirmières à approcher la famille en vue d'un consentement au don d'organes à la suite d'un décès neurologique de leur proche. Les résultats ont démontré que le fait de savoir que la carte d'assurance-maladie est signée constitue un déterminant de l'intention d'approcher la famille. Ce résultat va dans le même sens que l'étude de Siminoff, Mercer, Graham et Burant (2007) qui stipulent que 75 % des familles consentent au don d'organes lorsqu'elles connaissent les intentions du donneur. Par conséquent, la connaissance des intentions du donneur faciliterait le consentement et inciterait les infirmières à approcher la famille pour l'obtenir.

Parmi les facteurs nuisant à l'adoption du comportement et qui sont des déterminants de l'intention, notons la notion de décès subit, l'absence de formation et le manque de temps. Ces résultats rejoignent ceux observés par d'autres auteurs. En effet, Kent (2004) affirme que lors d'un décès subit, les infirmières craignent les réactions possibles de la famille. En pareille circonstance, les infirmières se sentent inconfortables pour discuter de la mort et du don d'organes avec la famille (Watkinson, 1995; Kent, 2004). De plus, la limite de temps imposée par la structure organisationnelle du travail restreint les infirmières dans leurs rôles et ajoute à leur stress (Hibbert, 1995; Kent, 2002; Watkinson, 1995).

Par ailleurs, Collins (2005) relève que seulement 35 % des infirmières se disent bien préparées pour approcher la famille en vue d'un don d'organes. De plus, 61 % des infirmières questionnées peuvent expliquer correctement le décès neurologique et 45 % d'entre elles connaissent les aspects légaux relatifs au don d'organes (Collins, 2005).

6.3.2. L'autonomie

Les construits éthiques tels que proposés par Blondeau et al. (2004) contiennent trois déterminants potentiels soit l'autonomie, la justice et la bienfaisance. Dans cette étude, seule l'autonomie s'est avérée être un déterminant statistiquement significatif de l'intention. Ce résultat ne va pas dans le sens des résultats des études de Douville (2007) et de Godin et al. (2008), dans lesquelles la bienfaisance, plutôt que l'autonomie ou la justice, a constitué un déterminant direct de l'intention. En effet, Douville (2007) a observé que la bienfaisance constitue un prédicteur direct de l'intention des répondants légaux à consentir au don de tissus humains d'un proche décédé, alors que Godin et al. (2008) ont observé l'effet direct de la bienfaisance sur l'intention de la population générale à signer la carte d'assurance maladie pour consentir au don d'organes. Il est difficile de cerner ce qui peut expliquer cette divergence dans ces études. Néanmoins, les résultats de ces trois études suggèrent qu'il s'avère pertinent d'inclure les construits éthiques proposés par Blondeau et al. (2004) pour l'étude des déterminants de l'intention d'adopter un comportement à connotation éthique.

Les résultats de la régression logistique ont permis d'identifier qu'un seul des items visant à mesurer l'autonomie constituait un prédicteur de l'intention des infirmières d'approcher la famille d'un patient suite à son décès neurologique. En effet, les résultats indiquent que les infirmières qui considèrent qu'approcher la famille en vue d'un don d'organes consiste à poser un geste en toute liberté ont une intention plus élevée d'approcher la famille en vue d'un consentement au don d'organes. À notre connaissance, aucune recherche n'a étudié l'influence du concept éthique de l'autonomie lors de l'approche infirmière vers la famille en vue d'obtenir un consentement au don d'organes. Par conséquent, il serait intéressant de mieux comprendre le concept de l'autonomie professionnelle dans ce contexte et ce qui l'influence.

6.3.3. La norme morale

Cette étude s'est également penchée sur l'influence de la norme morale sur l'intention. Bien que certains auteurs suggèrent que la norme morale aurait une influence dans l'adoption de comportement à incidence éthique ou morale (Beck, & Ajzen, 1991; Conner, & Armitage, 1998), elle n'est pas ici un prédicteur de l'intention des infirmières à approcher la famille en vue d'un consentement au don d'organes. Par contre, comme présentée précédemment, l'autonomie, que Blondeau et ses collègues (2004) considèrent être associée à la norme morale, s'est révélée être un déterminant statistiquement significatif de l'intention. Cela suggère que la notion éthique de l'autonomie influence les infirmières à approcher la famille pour le consentement au don d'organes.

6.3.4. L'attitude

Bien que les participants de l'étude démontrent une attitude positive pour approcher la famille en vue d'obtenir un consentement au don d'organes, l'attitude n'est pas un déterminant de l'intention dans cette étude.

Ce résultat va à l'encontre de plusieurs études portant sur le don d'organes ou de tissus. C'est le cas des études de Kent (2002, 2004) qui affirme qu'une attitude négative des infirmières envers le don d'organes et de tissus semble les dissuader d'approcher les familles pour obtenir un consentement au don. De plus, bien que Douville (2007) se soit principalement intéressé au don de tissus, l'attitude s'est révélée être une variable significative. Ces résultats peuvent être expliqués par le nombre moins élevé de variables psychosociales des cadres théoriques utilisés. En effet, dans cette étude, le nombre de variables était plus élevé ce qui entraînait une compétition entre les variables. Ainsi, l'attitude en présence d'autres variables ne devient plus prédictrice de l'intention des infirmières à approcher la famille en vue d'un consentement au don d'organes. Par ailleurs, la différence entre les comportements peut aussi expliquer que l'attitude n'est pas un déterminant de l'intention.

6.3.5. La norme subjective et la norme descriptive

Conformément aux affirmations d'Armitage et Conner (2001), la norme subjective est non significative pour prédire l'intention des infirmières qui travaillent dans les soins critiques à approcher la famille en vue d'un consentement au don d'organes. Cependant, lors de la première étape de la régression, la norme subjective est apparue être un déterminant statistiquement significatif de l'intention. Cependant, cette variable perd son pouvoir prédictif après l'ajout des variables du second bloc. Par conséquent, on peut conclure que la variable autonomie prédit davantage l'intention des infirmières à adopter le comportement que ne l'est la norme subjective.

Néanmoins, parmi des études qui se sont penchées sur le don d'organes, la norme subjective s'est révélée être significative. C'est le cas des études de Brug et al. (2000), Reubsaet et al. (2001), Morgan et Miller (2002) et de Gargano et al. (2004) qui ont démontré que les aspects sociaux, comme leur entourage immédiat (conjoint(e), enfants de plus de 18 ans, parents, frères et sœurs), semblent être d'importants prédicteurs de l'intention à consentir au don d'organes.

Pour sa part, la norme descriptive (ND) s'est également révélée ne pas être un déterminant de l'intention. Cela va à l'encontre de la méta analyse effectuée par Ravis et Sheeran (2003) qui démontrait que la ND ajoute 5 % à la variance de l'intention après que l'influence des variables de la TCP a été prise en compte. L'étude de Heath et Gifford (2002) a aussi démontré que la ND est un prédicteur significatif de l'intention. Cependant, les buts de ces études visaient principalement à distinguer les donneurs des non-donneurs. Aucune ne s'est intéressée à l'influence des normes subjectives ou des croyances normatives des infirmières à approcher la famille en vue d'obtenir un consentement au don d'organes.

6.3.6. La perception de contrôle

Les résultats de cette étude indiquent que la perception de contrôle n'est pas un déterminant de l'intention des infirmières à adopter le comportement. Ces résultats vont à l'inverse des résultats obtenus dans plusieurs études. Effectivement, selon Godin et Kok (1996), Sheeran et Taylor (1999) et Armitage et Conner (2001), la perception de contrôle s'avère le plus important ou l'un des plus importants prédicteurs de l'intention comportementale.

Par ailleurs, dans quelques études, la perception de contrôle s'est avérée être un déterminant de l'intention d'adopter un comportement comparable au comportement de cette étude. Par exemple, Douville (2007) a démontré que le facteur qui explique le plus l'intention à consentir au don de tissus était la perception de contrôle. Aussi, lors de l'étude de Godin et al, (2008), la perception de contrôle s'est avéré être un prédicteur de signer la carte de don d'organes. De plus, l'association entre l'intention et la perception de contrôle s'est également reflétée dans des études de don de sang (Giles, & Cairns, 1995; Giles, McClenahan, Cairns, & Mallet, 2004; Godin, Sheeran, Conner, Germain, Blondeau, Gagné, & al., 2005). Puisque l'importance perçue des barrières et des facilitateurs (p) a été utilisée comme un déterminant de l'intention des infirmières à approcher la famille dans cette étude et non comme une mesure indirecte de la perception de contrôle, la puissance de p à prédire l'intention peut neutraliser l'effet prédictif de la perception de contrôle. Dans cette étude, ce résultat pourrait aussi être expliqué par l'alpha de Cronbach obtenu (.68) qui démontre une plus faible fidélité des items utilisés pour mesurer la perception du contrôle.

6.3.7. Le regret anticipé

Les résultats indiquent que le regret anticipé n'est pas associé de l'intention des infirmières à adopter le comportement. Cela suggère que l'intention des infirmières participantes ne serait pas influencée par la peur de ressentir de la déception ou du regret lorsqu'elles n'approchent pas une famille. À ce jour, aucune recherche connue ne s'est

intéressée à l'influence du regret anticipé en lien avec le comportement et la population à cette étude.

6.3.8. Le comportement passé

Le comportement passé n'est pas, dans cette étude, associé statistiquement à l'intention des infirmières d'approcher la famille pour un don d'organes lors du décès neurologique d'un patient. Ce résultat va à l'encontre de l'étude de Godin et al. (2008) qui a démontré que le comportement passé est un déterminant important de signer la carte visant à consentir au don d'organes. De plus, la satisfaction ressentie suite à la participation au processus d'un don d'organe influence l'infirmière (Kent, 2004). Effectivement, toujours selon Kent (2004), une expérience antérieure positive poussera l'infirmière à approcher la famille pour discuter d'un don d'organes. Par ailleurs, il est démontré qu'il existe une corrélation entre une expérience professionnelle de don d'organes et l'attitude des infirmières face à ce dernier. En effet, les infirmières qui ont participé au processus d'un don d'organes possèdent une attitude plus favorable au don (Duke, & al., 1998; Kent, 2004; Watkinson, 1995). Par exemple, dans son étude qualitative, Watkinson (1995) révèle que 67,9 % de son échantillon affirment que travailler auprès d'un donneur potentiel augmente leur attitude face au don d'organes.

Le fait que le comportement passé ne soit pas associé à l'intention pourrait s'expliquer, du moins en partie, par la faible variance observée à cette variable. En effet, 87,5 % des infirmières de l'échantillon indiquent n'avoir jamais demandé un consentement au don d'organes à la famille au cours des trois derniers mois. En outre, 10 % des infirmières de l'échantillon affirment avoir rarement approché la famille pour un don d'organes au cours des trois derniers mois. Donc, 97 % des infirmières rapportent ne pas avoir ou rarement adopté le comportement ciblé au cours des trois derniers mois. Cette situation pourrait être liée à la culture institutionnelle d'un des centres hospitaliers participants qui privilégie les infirmières ressources en don d'organes de Québec-Transplant pour approcher la famille en vue du consentement au don d'organes. Par conséquent, les infirmières de l'établissement ont moins l'opportunité d'intégrer ce

comportement dans leur pratique. Il serait pertinent, dans une étude future, d'étudier l'influence de la culture organisationnelle sur l'approche à la famille par l'infirmière, en vue d'un don d'organes

6.4. Les points forts

Le principal point fort de cette étude est son côté novateur. À notre connaissance, il ne semble pas y avoir d'étude qui se soit intéressée aux déterminants liés à l'approche infirmière en vue de demander à la famille un consentement au don d'organes.

Le second point fort est l'utilisation d'un cadre théorique éprouvé issu des théories psychosociales. En effet, la TCP d'Ajzen est performante pour prédire et expliquer l'intention des comportements liés à la santé (Godin, 1996).

Par ailleurs, le haut niveau de variance expliquée de l'intention constitue un autre point fort de l'étude. Comme dans plusieurs études portant sur un comportement de santé, la théorie du comportement planifié (TCP) d'Ajzen a été performante et a permis d'expliquer 66 % de la variance de l'intention des infirmières à approcher la famille en vue d'un consentement au don d'organes suite à un décès neurologique.

6.5. Les limites

Malgré les différents points forts de l'étude, l'interprétation des résultats doit être nuancée par certaines limites telles que le biais potentiel de désirabilité sociale, l'échantillonnage, le mode de distribution et la situation temporelle.

La désirabilité sociale fait référence à un besoin d'approbation sociale (Crowne, & Marlowe, 1960). Selon Blais et Durand (2003), la désirabilité sociale est inhérente aux recherches qui incluent un aspect comportemental. Lors de cette étude, les participants provenaient de centres hospitaliers où le don d'organes est favorisé. Par ailleurs, puisque l'étudiante-chercheuse travaille dans l'un des milieux visés et a été active dans le comité de

don d'organes, cela aurait pu augmenter le biais de désirabilité sociale. Toutefois, les garanties éthiques et des lettres explicatives transmises aux participants peuvent avoir réduit l'impact de la désirabilité sociale.

Dans le même ordre d'idée, puisque la participation à l'étude était volontaire, il se peut qu'une proportion des infirmières ait accepté de participer parce qu'elles étaient favorables au don d'organes. De plus, le taux de réponse, soit 18 %, est faible. Par conséquent, la généralisation des résultats à l'ensemble des infirmières travaillant dans un secteur de soins critiques est discutable. Le faible taux de réponse pourrait peut-être s'expliquer par la culture institutionnelle d'un des centres hospitaliers participants qui favorise l'approche de la famille par les infirmières ressources en don d'organes. Donc, certaines infirmières, ne se sentant pas concernées par ce rôle, auraient pu refuser de répondre au questionnaire. Par ailleurs, il se peut que la situation temporelle ait influencé le taux de réponse. En effet, la collecte des données s'est effectuée lors des pandémies de la grippe H1N1 et lors de l'administration d'un second questionnaire indépendant de cette étude. Ces situations auraient pu entraîner une surcharge de travail et une diminution de l'intérêt des infirmières pour cette recherche. Toutefois, puisque cette explication est subjective et n'a pu être évaluée, il est impossible de mesurer l'impact de cette limite sur le taux de réponse.

6.6. Les pistes de recherche

Le peu de littérature sur le sujet incite à développer la recherche pour augmenter les connaissances. Une étude similaire à celle-ci ayant un échantillonnage de participants plus large et choisi aléatoirement est nécessaire. Ceci permettrait de vérifier s'il est possible de reproduire les résultats de la présente étude et de généraliser les résultats. De plus, il serait intéressant d'ajouter d'autres variables comme le contexte institutionnel ou les facteurs environnementaux (centre régional versus centre urbain) dans une étude future. Ceci permettrait d'étudier l'impact de ces variables sur l'intention et augmenterait nos connaissances sur le sujet.

Par ailleurs, il serait aussi intéressant de vérifier si la norme morale constitue un médiateur dans la relation qui unit chacun des construits éthiques et l'intention des infirmières à approcher la famille en vue d'un consentement au don d'organes.

Également, puisque l'approche à la famille en vue d'un consentement au don d'organes n'est pas un rôle exclusif aux infirmières, il serait intéressant d'étudier les mêmes déterminants auprès de populations différentes, notamment celles des médecins.

De plus, la littérature démontre que le niveau de connaissances sur le don d'organes chez les infirmières peut influencer ces dernières dans leur approche. Une recherche étudiant les connaissances des infirmières québécoises serait souhaitable. Cela permettrait de développer un programme de formation adaptée aux besoins des infirmières.

Finalement, il serait pertinent d'utiliser les résultats de cette recherche pour développer une intervention auprès des infirmières pour les outiller à approcher la famille lors d'un don d'organes.

CONCLUSION

Cette étude avait pour but d'identifier les déterminants liés à la démarche infirmière pour approcher la famille en vue d'un consentement au don d'organes suite au décès neurologique de leur proche. À notre connaissance, cette étude est la première qui identifie ces déterminants à l'aide d'un cadre théorique. En effet, la théorie du comportement planifié d'Ajzen à laquelle ont été ajoutées les variables norme descriptive, regret anticipé, comportement passé et la norme morale ainsi que les variables éthiques bienfaisance, autonomie et justice a été utilisée.

Ce modèle a été performant en expliquant 66 % de la variance de l'intention des infirmières. Les résultats de l'analyse de régression multiple indiquent que seuls l'importance perçue des barrières et des facilitateurs (p) et l'autonomie sont des déterminants de l'intention des infirmières d'approcher la famille en vue d'obtenir un consentement au don d'organes. Les résultats de la régression logistique indiquent que pour augmenter l'intention des infirmières d'approcher la famille en vue d'un don d'organes, il serait pertinent d'élaborer des interventions qui visent à outiller les infirmières à surmonter les barrières perçues (formation sur le don d'organes, manque de temps, décès subit, savoir si la carte d'assurance-maladie est signée ou non) et à augmenter la perception de leur autonomie. Mais puisque les infirmières ont relativement peu d'emprises sur plusieurs des barrières perçues, il semble qu'une intervention en regard de l'environnement organisationnel pourrait aussi s'avérer pertinente. Cependant, l'influence de cette dernière variable devra d'abord être vérifiée dans une étude future.

Cette recherche a permis d'élargir les connaissances sur les déterminants influençant les infirmières en lien avec le consentement au don d'organes. Aussi, à l'aide de ces résultats, il sera possible de développer des programmes d'intervention pour former les infirmières à approcher la famille pour obtenir un consentement au don d'organes. Ainsi, ces programmes d'intervention équiperont les infirmières à mieux intervenir dans le processus, soit en participant à l'identification des donneurs potentiels, à prodiguer des soins aux donneurs et à soutenir les familles.

Comme mentionnée précédemment, aucune étude ne semble s'être intéressée à ce sujet. Pourtant, l'écart entre les organes disponibles et la demande d'organes continue de s'agrandir autant au Québec qu'au niveau international. L'arrivée de Québec-Transplant et des infirmières ressources en don d'organes au Québec favorise le don d'organes grâce à leur soutien aux équipes soignantes. Néanmoins, plusieurs centres hospitaliers n'ont pas la chance d'avoir des infirmières ressources en don d'organes rapidement accessibles. Par conséquent, d'autres études comme celle-ci sont nécessaires pour trouver diverses stratégies pour augmenter le don d'organes.

RÉFÉRENCES :

- Ad Hoc Committee of the Harvard Medical School. (1968). A Definition of Irreversible Coma. Report of the Ad Hoc Committee of the Harvard Medical School to Examine the Definition of Brain Death, *Journal of the American Medical Association*, 205(6), 337-340.
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50, 179-211.
- Ajzen, I., & Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall.
- Akaike, H. (1973). Information theory as an extension of the maximum likelihood principle. Dans *Second International Symposium on Information Theory*, ed. B.N. Petrov (pp.267–281).Budapest, Hungary: Akademiai Kiado.
- Armitage, C. J., & Conner, M. (1999). Distinguishing perception of control from self-efficacy : predicting consumption of a low fat diet using the theory of planned behaviour. *Journal of Applied Social Psychology*, 29(1), 72-90.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice Hall.
- Beauchamp, T.L. & Childress, J.F. (2001). *Principles of Biomedical Ethics (5th ed.)*. New York, NY : Oxford University Press.
- Beck, L., & Ajzen, I. (1991). Predicting dishonest actions using the theory of planned behaviour. *Journal of Research in Personality*, 5, 285-301.
- Bédard, J. (2007). Identification des croyances saillantes des éducatrices en centre de la petite enfance à l'égard des jeux actifs chez les jeunes enfants. Mémoire de maîtrise inédit, Université Laval.
- Bedrick, E.J., & Tsai, C.L. (1994). Model selection for multivariate regression in small samples. *Biometrics*, 50, 226-231.
- Bell, M.D.D. (2003). Non-heart beating organ donation : old procurement strategy-new ethical problems. *Journal of Medical Ethics*, 29, 176-181.
- Bernard, P.-M., & A., Bruneau. *Régression logistique, Cours EPM-64312, Doctorat en épidémiologie*,. 2005 [cited mars 2007].

- Bilodeau, A. (2010). Les déterminants de l'intention des parents de faire bouger leur enfant âgé de 3 à 5 ans. Mémoire de maîtrise inédit, Université Laval
- Blais, A., & Durand, C. (2003): Le sondage. Dans Gauthier, B. (Éd.) *Recherche sociale; de la problématique à la collecte des données* (pp. 387-429) Presses de l'Université du Québec, Sillery, Québec.
- Blondeau, D., Godin, G., Gagné, C., & Martineau, I. (2004). Do ethical principles explain moral norm? A test for consent to organ donation. *Journal of Applied Biobehavioral Research*, 9, 230-243.
- Bonnet, F., Denis, V., Fulgencio, J.P., Beydon, L., Darmon, P.L., & Cohen, S. (1997). Entretiens avec les familles de donneurs d'organes : analyse des motivations d'acceptation ou de refus du don. *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation*, 16, 492-497.
- Boulaware, L.E., Ratner, L.E., Sosa, J.A., Cooper, L.A., LaVeist, T.A., & Powel, N.R. (2002). Determinants of willingness to donate living related and cadaveric organs: identifying opportunities for intervention. *Transplantation*, 73, 1683-1691.
- Bresnahan, M., Lee, S. Y., Smith, S. W., Shearman, S. M., Nebashi, R., Park, C. Y., & Yoo, J. (2007). A Theory of Planned Behavior Study of College Students' Intention to Register as Organ Donors in Japan, Korea, and the United States. *Health Communication*, 21(3), 201-211.
- Brug, J., van Vugt, M., van der Borme, B., Brouwers, A., & van Hooff, H. (2000). Predictors of willingness to register as an organ donor among Dutch adolescents. *Psychology and Health*, 15, 357-368.
- Canadian Neurocritical Care Group. (2000). Guidelines for the diagnosis of brain death. *Canadian Journal of Neurological Science*, 26(1), 64-66.
- Cantwell, M., & Clifford, C. (2000). English nursing and medical students' attitudes toward organ donation. *Journal of Advanced Nursing*, 32, 961-968.
- Carrera, J., & Neuman, S. P. (1986). Estimation of aquifer parameters under steady state and transient condition: 2. Uniqueness, stability, and solution algorithms. *Water Resource. Research.*, 22(2), 211 – 227.
- Cialdini, R. R., Reno, R. R., & Kallgren, C. A. (1990). A focus theory of normative conduct recycling the concept of norms to reduce littering in public places. *Journal of Personality and social Psychology*, 58, 1015-1026.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences (2nd ed.)*. Hillsdale, NJ: Erlbaum Association

- Collins, T.J. (2005). Organ and tissue donation : a survey of nurse's knowledge and educational needs in an adult ITU. *Intensive and Critical Care Nursing*, 21, 226-223.
- Commission de la réforme du droit du Canada. (1981). Les critères de détermination de la mort. Rapport 15. Ottawa.
- Conner, M., & Armitage, C.J. (1998). Extending the theory of planned behaviour : a review and avenues for further research. *Journal of Applied Social Psychology*, 28(15), 1429-1464
- Deslauriers, J.P., & Kérisit, M. (1997). Le devis de la recherche qualitative. Dans Poupart, J., Deslauriers, J.P., Groulx, L.H., Laperrière, A., Mayer, R., & Pires, A.P. (Dir). *La recherche qualitative : enjeux épistémologique et méthodologiques* (pp.293-308) Montréal : Gaëtan Morin Éditeur.
- Deveaux, T. (2006). Non-heart-beating organ donation : Issues and ethics for the critical care nurse. *Journal of Vascular Nursing*, 24, 17-21.
- Dillman, D.A. (1978). *Mail and telephone survey. The total design method*. New-York. John Wiley & Sons.
- Doig, C.J., & Burgess, E. (2003). Brain death, resolving inconsistencies in the ethical declaration of death. *Canadian Journal of Anesthesia*, 50, 725-731.
- Douville, F. (2007). Identification des déterminants liés à l'intention de consentir au don de tissus humains d'un proche décédé. Mémoire de maîtrise inédit, Université Laval
- Duke, J., Murphy, B., & Bell, A. (1998). Nurses' attitudes toward organ donation : an Australian perspective. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 17, 264-270.
- Eurotransplant International Foundation. Site internet : <http://www.eurotransplant.org>. Accédé le 23 septembre 2010.
- Exley, M., White, N., & Martin, J.H. (2002). Why families say no to organ donation. *Critical Care Nurse*, 22(6), 44-51.
- Fishbein, M., & Ajzen, I. (1975). *Belief, attitude, intention and behaviour : An introduction to theory and research*. Don Mills, Ontario : Addison-Wesley.
- Francis, J., Eccles, M. P., Johnston, M., Walker, A., Grimshaw, J., Foy, R., & al., (2004) *Constructing questionnaires based on the theory of planned behaviour: a manual for health services researchers*. University of Newcastle.

- Gagné, C., & Godin, G. (1999). *Les théories sociales cognitives : Guide pour la mesure des variables et le développement de questionnaire*. Québec : Groupe de recherche sur les aspects psychosociaux de la santé
- Gagné, C., & Godin, G. (2000). The theory of Planned Behaviour : some measurement issues concerning belief-based variables. *Journal of Applied Social Psychology, 30*, 2173-2193
- Gargano, G., Nagy, A.M., & Rowe, M.M. (2004). Identity and motivation predict behavior and intention of organ donation, *American Journal of Health Studies, 19(4)*, 241-245.
- Giles, M., & Cairns, E. (1995). Blood donation and Ajzen's theory of planned behaviour: An examination of perceived behavioural control. *British Journal of Social Psychology, 34*, 173-188.
- Giles, M., McClenahan, C., Cairns, E., & Mallet, J. (2004). An application of the Theory of Planned Behavior to blood donation : the importance of self-efficacy. *Health Education Research, 79*, 380-391.
- Glass, G. V, Peckham, P. D., & Sanders, J. R. (1972). Consequences of failure to meet the assumptions underlying the fixed effects analysis of variance and covariance. *Review of Educational Research, 42*, 237-288.
- Godin, G. (1996). Le non-usage du tabac : une application des théories sociales cognitives à l'étude des comportements liés à la santé. *Alcoologie, 18*, 237-242.
- Godin, G. (2002). Le changement des comportements de santé. Dans G-N. Fisher (dir). *Traité de psychologie de la santé* (pp. 375-388). Paris: Dunod.
- Godin, G., Bélanger-Gravel, A., Eccles, M., & Grimshaw, J. (2008). Healthcare professionals' intentions and behaviours: A systematic review of studies based on social cognitive theories. *Implementation Science, 3(36)*, 1-12.
- Godin, G., Bélanger-Gravel, A., Gagné, C., & Blondeau, D. (2008). Factors predictive of signed consent for posthumous organ donation. *Progress in transplantation, 18(2)*, 109-117.
- Godin, G., Gagné, C., & Sheeran, P. (2004). Does perceived behavioural control mediate the relationship between power beliefs and intention? *British journal of healthpsychology, 9*, 557-568.
- Godin, G., & Kok, G. (1996). The theory of planned behavior: A review of its applications to health-related behaviors. *American Journal of Health Promotion, 11*, 87-97.

- Godin, G., Sheeran, P., Conner, M., Germain, M., Blondeau, D., Gagné, C., & al., (2005). Factors explaining the intention to give blood among the general population. *Vox sanguinis*, 89, 140-149
- Crowne, D. P., & Marlowe, D. (1960). A new scale of social desirability independent of psychopathology. *Journal of Consulting Psychology*, 24, 349-354.
- Heath, Y., & Gifford, R. (2002). Extending the theory of Planned Behaviour : Predicting the use of public transportation. *Journal of Applied Social Psychology*, 32, 2154-2189.
- Hibbert, M. (1995). Stressors experienced by nurses while caring for organ donors and their families. *Heart and Lung*, 24, 339-407.
- Hosmer, D.W., & Lemeshow, S. (2000). *Applied Logistic Regression*. New York: John, Wiley & Sons Inc.
- Institut Canadien d'information sur la santé. Site internet : <http://www.secure.cihi.html>.
Accédé le 23 septembre 2010
- Kent, B., & Owens, R.G. (1995). Conflicting attitudes to corneal and organ donation : a study of nurses' attitudes to organ donation. *International Journal of Nursing Studies*, 32, 484-492.
- Kent, B.C. (2002). Psychosocial factors influencing nurses' involvement with organ and tissue donation. *International Journal of Nursing Studies*, 39, 429-440.
- Kent, B.C. (2004). Protection behaviour : a phenomenon affecting organ and tissue donation in the 21st century?. *International Journal of Nursing Studies*, 41, 273-284.
- Kent, B., & Owens, R. G. (1995). Conflicting attitudes to corneal and organ donation: A study of nurses' attitudes to organ donation. *International Journal of Nursing Studies*, 32, 484-492.
- Kluge, E.H.W. (2000). Improving organ retrieval rates: various proposals and their ethical validity. *Health Care Analysis*, 8, 279-295.
- Lazar, N.M., Shemie, S., Webster, G.C., & Dickens, B.M. (2001). Bioethics for clinicians : 24. Brain death. *Canadian Medical Association Journal*, 164, 833-836.
- Langevin, S., Lallier, M., & Marsolais, P. (2009). Les bienfaits des dons d'organes et les stratégies d'amélioration pour les hôpitaux du Québec. Communication présentée lors de la semaine du don d'organes, Montréal.

- Mazerolle, M. J. (2006). Improving data analysis in herpetology: using Akaike's Information Criterion (AIC) to assess the strength of biological hypotheses. *Amphibia-Reptilia*, 27, 169-180.
- Mercier, J., (2008). Intention des infirmières d'utiliser l'exercice physique musculaire comme moyen d'intervention pour maintenir ou améliorer l'autonomie fonctionnelle de la personne âgée en centre d'hébergement de soins de longue durée. Mémoire de maîtrise inédit, Université Laval
- Mollaret, P., & Goulon, M. (1959). Le coma dépassé. *Revue Neurologie*, 101, 3-15.
- Morgan, S. E., & Miller, J. (2002). Communicating about gifts of life: The effect of knowledge, attitudes, and altruism on behavior and behavioral intentions regarding organ donation. *Journal of Applied Communication Research*, 30, 163-178.
- National Research Council. (2001). Conceptual Models of Flow and Transport in the Fractured Vadose Zone. Washington,DC: National Academic Press.
- Neuman, S.P., & Wierenga, P.J. (2003). A Comprehensive Strategy of Hydrogeologic Modeling and Uncertainty Analysis for Nuclear Facilities and Sites. *NUREG/CR-6805*. Washington, DC: U.S. Nuclear Regulatory Commission.
- Nunnally, J.C., & Bernstein, I. H. (1994). *Psychometric theory*. (3 éd). New York: McGraw-Hill
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec [OIIQ], (2010). Rapport statistique sur l'effectif infirmier 2009-2010. [version électronique]. Récupéré le 4 janvier 2010 sur <http://www.oiiq.org>.
- Park, H. S., & Smith, S. W. (2007). Distinctiveness and influence of subjective norms, personal descriptive and injunctive norms, and societal descriptive and injunctive norms on behavioral intent: A case of two behaviors critical to organ donation. *Human Communication Research*, 33(2), 194-218.
- Québec-Transplant, 2002. Le don d'organes et de tissus. Pour que simplement la vie se poursuivre. Rapport annuel 2002-2003. Montréal
- Québec-Transplant, 2009. Plusieurs consentements pour un seul don. Un seul consentement pour plusieurs dons. Chaque consentement compte. Rapport annuel 2002-2003. Montréal
- Québec-Transplant. Site internet : <http://www.quebec-transplant.html>. Accédé le 23 septembre 2010.

- Reubsæet, A., van den Borne, B., Drug, J., Pruyn, J., & van Hooff, H. (2001). Déterminantes of the intention of Dutch adolescents to register as organ donors. *Social Science & Medicine*, 53, 383-392.
- Rivis, A., & Sheeran, P. (2003). Descriptive norms as an additional predictor in the theory of planned behaviour: a meta-analysis. *Current psychology : developmental, learning, personality, social*, 22, 218-233.
- Robertson, J. (1999). The dead donor rule. *Hastings Center Report*, 29, 6-14.
- Rodrigue, J.R., Cornell, D.L., & Howard, R.J. (2006). Organ donation decision: Comparison of donor and non-donor families. *American Journal of Transplantation*, 6, 190-198.
- Saint-Arnaud, J. (1994). Les critères de détermination de la mort : Perspectives interculturelles. *Frontières*, 7(2), 5-11.
- Samper, F.J., & Neuman, S.P. (1989). Estimation of spatial covariance structures by adjoint state maximum likelihood cross validation: 1, Theory. *Water Resources Research*, 25, 351-362.
- Schaeffner, E.S., Windisch, W., Freidel, K., Breitenfeldt, K., & Winkelmayr, W.C. (2004). Knowledge and attitude regarding organ donation among medical students and physicians. *Transplantation*, 77, 1714-8.
- Schwarz, G. (1978). Estimating the dimension of a model. *Annals of Statistics*, 6, 461-464.
- Sheeran, P., & Orbell, S. (1999). Augmenting the Theory of Planned Behaviour : Roles for anticipated regret and descriptive norms. *Journal of Applied Social Psychology*, 29, 2107-2142.
- Sheeran, P., & Taylor, S. (1999). Predicting intentions to use condoms: A meta-analysis and comparison of the theories of reasoned action and planned behavior. *Journal of Applied Social Psychology*, 29, 1624-1675.
- Shemie, S.D., Baker, A.J., Knoll, G., Wall, W., Rucker, G., Howes, D., & al., (2006). Le don après un décès d'origine cardiovasculaire au Canada. *Journal de l'association médicale canadienne*, 175, 1-10.
- Shemie, S.D., Doig, C., Dickens, B., Byrne, P., Wheelock, B., Rucker, & al., (2006). L'arrêt cérébral : diagnostic du décès neurologique et prise en charge des donneurs d'organes au Canada. *Canadian Medical Association Journal*, 174, 1-13
- Siminoff, L., Gordon, N., Hewlett, J., & Arnold, R.M. (2001). Factors influencing families consent for donation of solid organs for transplantation. *Journal of the American Medical Association*, 286, 71-77.

- Siminoff, L.A., Burant, C., & Youngner, S. (2004). Death and organ procurement : public beliefs and attitudes. *Social Science & medicine*, 59, 2325-2334.
- Siminoff, L.A., Lawrence, R.H., & Arnold, R.M. (2003). Comparison of black and white families' experiences and perceptions regarding organ donation requests. *Critical care medicine*, 31, 146-151.
- Siminoff, L.A., Mercer, M.B., Graham, G., & Burant, C. (2007). The reasons families donate organs for transplantation. Implications for policy and practice. *The Journal of Trauma Injury, Infection and Critical Care*, 62, 969-978.
- Singh, A., Mishra, S., & Ruskauff, G. (2010). Model Averaging Techniques for Quantifying Conceptual Model Uncertainty. *Ground Water*, 48, 701-715
- Sque, M., Payne, S., & Vlachonikolis, I. (2000). Cadaveric donotransplantation : Nurses' attitudes, knowledge and behaviour. *Social Science Medicine*, 50, 541-552.
- Triandis, H.C. (1980) Values, attitudes and interpersonal behaviour. Dans Howe & Page, *Nebraska Symposium on Motivation* (pp. 195-295). Lincoln NE: University of Nebraska Press
- Triandis, H.C. (1977). *Interpersonal behaviour*. Brook/Cote, Monterey, CA.
- Triandis, H.C. (1993). An etic-emic analysis of individualism and collectivism. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 24, 366-383
- Uniform Determination of Death Act (1981). National Conference on Commissioners of Uniform State Law.USA
- United Network for Organ Sharing. Site internet: <http://www.unos.html>. Accédé le 23 septembre 2010
- Valois, P. (1988). A comparaison of the Fishbein and Triandis Theory. *Journal of Behavioral Medicine*, 11, 459-72
- Walker, G.A. (1997). Common statistical methods for clinical research with SAS examples. SAS institute. Cary, NC. USA.
- Watkinson, G.E. (1995). A study of the perception and experiences of critical care nurses in caring for potential and actual organ donors : implications for nurse education. *Journal of advanced nursing*, 22, 929-940.

- Weber, K., Martin, M.M., & Corrigan, M. (2007). Real donors, real consent: Testing the theory of reasoned action on organ donor consent. *Journal of Applied social Psychology, 37*, 2435-2450.
- Wellie, J.V.M. (1996). Non-heart-beating organ donation : A two-edged sword. *HEC Forum, 8*, 168-179.
- Wijdicks,E.F.M. (2001). The diagnosis of brain death. *New England Journal of medicine, 344*, 1215-1221.
- Yang, Z. (2005). Bayesian inference in molecular phylogenetics. Dans O. Gascuel, *Mathematics of Evolution and Phylogeny* (pp.63-90). Oxford University Press, Oxford
- Willis, G. B. (2005). *Cognitive Interviewing: A Tool For Improving Questionnaire Design*. London: Sage.

Annexe 1
QUESTIONNAIRE QUANTITATIF
PREMIER CENTRE

Questionnaire « Quantitatif »

DÉTERMINANTS LIÉS À LA DÉMARCHE INFIRMIÈRE DANS L'APPROCHE D'UNE FAMILLE EN VUE D'UN DON D'ORGANES

INFORMATIONS ET INSTRUCTIONS POUR RÉPONDRE AU QUESTIONNAIRE

Ce questionnaire vise à documenter les déterminants liés à la démarche infirmière en vue de demander un consentement au don d'organes à la famille d'un patient suite à son diagnostic de décès neurologique.

Voici quelques informations importantes pour vous aider à répondre au questionnaire.

1. Répondre aux questions en fonction de la situation énoncée :

Situation

Pour répondre aux questions, vous devez imaginer que présentement et pour les trois prochains mois, vous travaillez dans une unité de soins critiques où les infirmières de chevet, tout comme les médecins ou les infirmières-ressources en don d'organes peuvent approcher la famille pour obtenir un consentement au don d'organes.

2. Prendre note que dans le cadre de cette étude, on décrit la famille comme les personnes proches du patient : conjoint(e), enfants de plus de 18 ans, parents, frères et sœurs.
3. Répondre à toutes les questions même si certaines peuvent vous sembler répétitives.
4. Inscrire un \checkmark à l'endroit reflétant le mieux votre opinion.
5. Inscrire un seul \checkmark pour chaque question.
6. Prendre le temps de lire attentivement chaque question ou énoncé et donner la réponse reflétant le mieux ce que vous pensez actuellement.
7. Noter qu'il n'y a ni bonne ni mauvaise réponse et que vos réponses demeureront confidentielles.

Situation

Pour répondre aux questions, vous devez imaginer que présentement et pour les trois prochains mois, vous travaillez dans une unité de soins critiques où les infirmières de chevet, tout comme les médecins ou les infirmières-ressources en don d'organes, peuvent approcher la famille pour obtenir un consentement au don d'organes.

1. Au cours des trois prochains mois, si j'étais dans la situation décrite, demander un consentement au don d'organes à la famille d'un patient suite à son diagnostic de décès neurologique serait pour moi:

a)

Très agréable	Assez agréable	Plutôt agréable	Plutôt désagréable	Assez désagréable	Très désagréable

b)

Très utile	Assez utile	Plutôt utile	Plutôt inutile	Assez inutile	Très inutile

c)

Très plaisant	Assez plaisant	Plutôt plaisant	Plutôt déplaisant	Assez déplaisant	Très déplaisant

d)

Très valorisant	Assez valorisant	Plutôt valorisant	Plutôt dévalorisant	Assez dévalorisant	Très dévalorisant

e)

Très réaliste	Assez réaliste	Plutôt réaliste	Plutôt irréaliste	Assez irréaliste	Très irréaliste

f)

Très satisfaisant	Assez satisfaisant	Plutôt satisfaisant	Plutôt insatisfaisant	Assez insatisfaisant	Très insatisfaisant

Situation

Pour répondre aux questions, vous devez imaginer que présentement et pour les trois prochains mois, vous travaillez dans une unité de soins critiques où les infirmières de chevet, tout comme les médecins ou les infirmières-ressources en don d'organes, peuvent approcher la famille pour obtenir un consentement au don d'organes.

2. Au cours des trois prochains mois, si j'étais dans la situation décrite, les personnes qui sont importantes pour moi penseraient que c'est correct que je demande un consentement au don d'organes à la famille d'un patient suite à son diagnostic de décès neurologique.

Très en accord	Assez en accord	Plutôt en accord	Plutôt en désaccord	Assez en désaccord	Très en désaccord

3. Au cours des trois prochains mois, si j'étais dans la situation décrite, je me sentirais capable de demander un consentement au don d'organes à la famille d'un patient suite à son diagnostic de décès neurologique.

Très en accord	Assez en accord	Plutôt en accord	Plutôt en désaccord	Assez en désaccord	Très en désaccord

4. Au cours des trois prochains mois, si j'étais dans la situation décrite, la plupart des personnes qui sont importantes pour moi me recommanderaient de demander un consentement au don d'organes à la famille d'un patient suite à son diagnostic de décès neurologique.

Très probable	Assez probable	Plutôt probable	Plutôt improbable	Assez improbable	Très improbable

5. Au cours des trois prochains mois, si j'étais dans la situation décrite, demander un consentement au don d'organes à la famille d'un patient suite à son diagnostic de décès neurologique serait pour moi:

Très difficile	Assez difficile	Plutôt difficile	Plutôt Facile	Assez facile	Très facile

Situation

Pour répondre aux questions, vous devez imaginer que présentement et pour les trois prochains mois, vous travaillez dans une unité de soins critiques où les infirmières de chevet, tout comme les médecins ou les infirmières-ressources en don d'organes, peuvent approcher la famille pour obtenir un consentement au don d'organes.

6. Au cours des trois prochains mois, si j'étais dans la situation décrite, il n'en tiendrait qu'à moi de demander un consentement au don d'organes à la famille d'un patient suite à son diagnostic de décès neurologique.

Très en accord	Assez en accord	Plutôt en accord	Plutôt en désaccord	Assez en désaccord	Très en désaccord

7. Au cours des trois prochains mois, si j'étais dans la situation décrite, je me sentirais coupable de **NE PAS** demander un consentement au don d'organes à la famille d'un patient suite à son diagnostic de décès neurologique.

Très en accord	Assez en accord	Plutôt en accord	Plutôt en désaccord	Assez en désaccord	Très en désaccord

8. Au cours des trois prochains mois, si j'étais dans la situation décrite, j'aurais l'intention de demander un consentement au don d'organes à la famille d'un patient suite à son diagnostic de décès neurologique.

Très en accord	Assez en accord	Plutôt en accord	Plutôt en désaccord	Assez en désaccord	Très en désaccord

9. Au cours des trois prochains mois, si j'étais dans la situation décrite, mes valeurs personnelles m'inciteraient à demander un consentement au don d'organes à la famille d'un patient suite à son diagnostic de décès neurologique.

Très en accord	Assez en accord	Plutôt en accord	Plutôt en désaccord	Assez en désaccord	Très en désaccord

Situation

Pour répondre aux questions, vous devez imaginer que présentement et pour les trois prochains mois, vous travaillez dans une unité de soins critiques où les infirmières de chevet, tout comme les médecins ou les infirmières-ressources en don d'organes, peuvent approcher la famille pour obtenir un consentement au don d'organes.

10. Au cours des trois prochains mois, si j'étais dans la situation décrite, demander un consentement au don d'organes à la famille d'un patient suite à son diagnostic de décès neurologique permettrait de sauver des vies.

Très en accord	Assez en accord	Plutôt en accord	Plutôt en désaccord	Assez en désaccord	Très en désaccord

11. Au cours des trois prochains mois, si j'étais dans la situation décrite, demander un consentement au don d'organes à la famille d'un patient suite à son diagnostic de décès neurologique permettrait d'améliorer la qualité de vie des personnes en attente de greffe.

Très en accord	Assez en accord	Plutôt en accord	Plutôt en désaccord	Assez en désaccord	Très en désaccord

12. Au cours des trois prochains mois, si j'étais dans la situation décrite, demander un consentement au don d'organes à la famille d'un patient suite à son diagnostic de décès neurologique offrirait du réconfort à la famille.

Très en accord	Assez en accord	Plutôt en accord	Plutôt en désaccord	Assez en désaccord	Très en désaccord

13. Au cours des trois prochains mois, si j'étais dans la situation décrite, demander un consentement au don d'organes à la famille d'un patient suite à son diagnostic de décès neurologique augmenterait ma satisfaction professionnelle.

Très en accord	Assez en accord	Plutôt en accord	Plutôt en désaccord	Assez en désaccord	Très en désaccord

Situation

Pour répondre aux questions, vous devez imaginer que présentement et pour les trois prochains mois, vous travaillez dans une unité de soins critiques où les infirmières de chevet, tout comme les médecins ou les infirmières-ressources en don d'organes, peuvent approcher la famille pour obtenir un consentement au don d'organes.

14. Au cours des trois prochains mois, si j'étais dans la situation décrite, les médecins approuveraient/désapprouveraient que je demande un consentement au don d'organes à la famille d'un patient suite à son diagnostic de décès neurologique.

Approuveraient fortement	Approuveraient assez	Approuveraient légèrement	Désapprouveraien t légèrement	Désapprouveraient assez	Désapprouveraient fortement

15. Au cours des trois prochains mois, si j'étais dans la situation décrite, les responsables de mon unité (assistante infirmière chef et le chef d'unité) approuveraient/désapprouveraient que je demande un consentement au don d'organes à la famille d'un patient suite à son diagnostic de décès neurologique.

Approuveraient fortement	Approuveraient assez	Approuveraient légèrement	Désapprouveraien t légèrement	Désapprouveraient assez	Désapprouveraient fortement

16. Au cours des trois prochains mois, si j'étais dans la situation décrite, mon équipe de travail (infirmières, préposés aux bénéficiaires) approuveraient/désapprouveraient que je demande un consentement au don d'organes à la famille d'un patient suite à son diagnostic de décès neurologique.

Approuveraient fortement	Approuveraient assez	Approuveraient légèrement	Désapprouveraien t légèrement	Désapprouveraient assez	Désapprouveraient fortement

17. Au cours des trois prochains mois, si j'étais dans la situation décrite, l'équipe de don d'organes (infirmières ressources en don d'organes, coordonnateurs de Québec-Transplant) approuveraient/désapprouveraient que je demande un consentement au don d'organes à la famille d'un patient suite à son diagnostic de décès neurologique.

Approuveraient fortement	Approuveraient assez	Approuveraient légèrement	Désapprouveraien t légèrement	Désapprouveraient assez	Désapprouveraient fortement

Situation

Pour répondre aux questions, vous devez imaginer que présentement et pour les trois prochains mois, vous travaillez dans une unité de soins critiques où les infirmières de chevet, tout comme les médecins ou les infirmières-ressources en don d'organes, peuvent approcher la famille pour obtenir un consentement au don d'organes.

18. Au cours des trois prochains mois, si j'étais dans la situation décrite, je demanderais un consentement au don d'organes à la famille d'un patient suite à son diagnostic de décès neurologique même si la famille semble éprouvée.

Très probable	Assez probable	Plutôt probable	Plutôt improbable	Assez improbable	Très improbable

19. Au cours des trois prochains mois, si j'étais dans la situation décrite, je demanderais un consentement au don d'organes à la famille d'un patient suite à son diagnostic de décès neurologique même si le décès était subit.

Très probable	Assez probable	Plutôt probable	Plutôt improbable	Assez improbable	Très improbable

20. Au cours des trois prochains mois, si j'étais dans la situation décrite et si le patient était jeune (30 ans et moins), je demanderais un consentement au don d'organes à la famille d'un patient suite à son diagnostic de décès neurologique.

Très probable	Assez probable	Plutôt probable	Plutôt improbable	Assez improbable	Très improbable

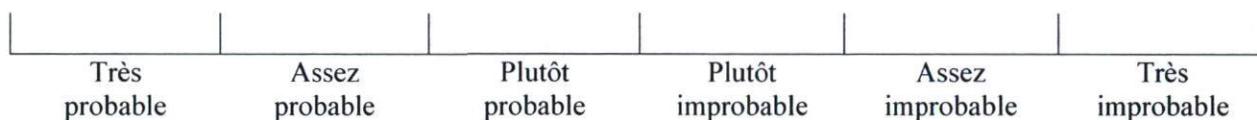
21. Au cours des trois prochains mois, si j'étais dans la situation décrite, je demanderais un consentement au don d'organes à la famille d'un patient suite à son diagnostic de décès neurologique même si j'étais mal à l'aise de faire cette démarche.

Très probable	Assez probable	Plutôt probable	Plutôt improbable	Assez improbable	Très improbable

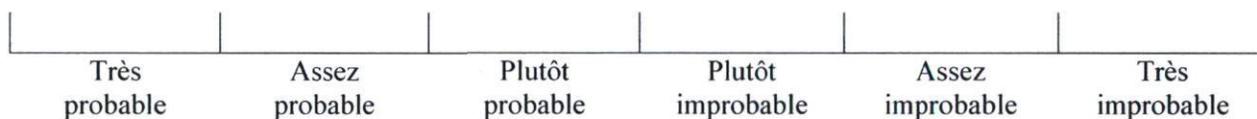
Situation

Pour répondre aux questions, vous devez imaginer que présentement et pour les trois prochains mois, vous travaillez dans une unité de soins critiques où les infirmières de chevet, tout comme les médecins ou les infirmières-ressources en don d'organes, peuvent approcher la famille pour obtenir un consentement au don d'organes.

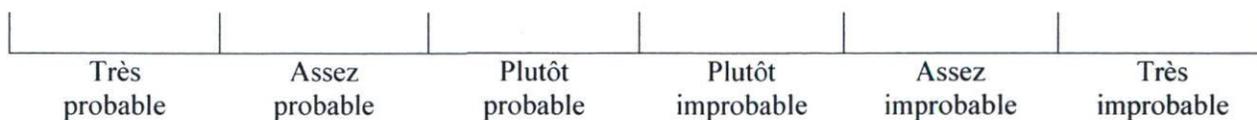
22. Au cours des trois prochains mois, si j'étais dans la situation décrite et si la carte d'assurance-maladie était signée, je demanderais un consentement au don d'organes à la famille d'un patient suite à son diagnostic de décès neurologique.



23. Au cours des trois prochains mois, si j'étais dans la situation décrite, je demanderais un consentement au don d'organes à la famille d'un patient suite à son diagnostic de décès neurologique même sans formation sur le don d'organes.



24. Au cours des trois prochains mois, si j'étais dans la situation décrite, je demanderais un consentement au don d'organes à la famille d'un patient suite à son diagnostic de décès neurologique même si je manquais de temps.



25. Au cours des trois prochains mois, si j'étais dans la situation décrite, les chances sur 100 que je demande un consentement au don d'organes à la famille d'un patient suite à son diagnostic de décès neurologique seraient :



Situation

Pour répondre aux questions, vous devez imaginer que présentement et pour les trois prochains mois, vous travaillez dans une unité de soins critiques où les infirmières de chevet, tout comme les médecins ou les infirmières-ressources en don d'organes, peuvent approcher la famille pour obtenir un consentement au don d'organes.

26. Au cours des trois prochains mois, si j'étais dans la situation décrite et si je **NE** demandais **PAS** un consentement au don d'organes à la famille lors d'un diagnostic de décès neurologique d'un patient, je le regretterais dans les jours qui suivent.

Très probable	Assez probable	Plutôt probable	Plutôt improbable	Assez improbable	Très improbable

27. Au cours des trois prochains mois, si j'étais dans la situation décrite, il serait dans mes principes de demander un consentement au don d'organes à la famille d'un patient suite à son diagnostic de décès neurologique.

Très en accord	Assez en accord	Plutôt en accord	Plutôt en désaccord	Assez en désaccord	Très en désaccord

28. Au cours des trois prochains mois, si j'étais dans la situation décrite, je demanderais un consentement au don d'organes à la famille d'un patient suite à son diagnostic de décès neurologique.

Très en accord	Assez en accord	Plutôt en accord	Plutôt en désaccord	Assez en désaccord	Très en désaccord

29. Au cours des trois prochains mois, si j'étais dans la situation décrite, je pourrais facilement demander un consentement au don d'organes à la famille d'un patient suite à son diagnostic de décès neurologique.

Très probable	Assez probable	Plutôt probable	Plutôt improbable	Assez improbable	Très improbable

Situation

Pour répondre aux questions, vous devez imaginer que présentement et pour les trois prochains mois, vous travaillez dans une unité de soins critiques où les infirmières de chevet, tout comme les médecins ou les infirmières-ressources en don d'organes, peuvent approcher la famille pour obtenir un consentement au don d'organes.

30. Au cours des trois prochains mois, si j'étais dans la situation décrite, j'estime que les chances que je demande un consentement au don d'organes à la famille d'un patient suite à son diagnostic de décès neurologique seraient :

Très faibles	Assez faibles	Plutôt faibles	Plutôt Fortes	Assez fortes	Très fortes

31. Au cours des trois prochains mois, si j'étais dans la situation décrite et que je **NE** demandais **PAS** un consentement au don d'organes à la famille lors d'un diagnostic de décès neurologique d'un patient, cela me tracasserait dans les jours qui suivent.

Très probable	Assez probable	Plutôt probable	Plutôt improbable	Assez improbable	Très improbable

32. Au cours des trois prochains mois, si j'étais dans la situation décrite, je crois que la majorité de mes collègues demanderait un consentement au don d'organes à la famille d'un patient suite à son diagnostic de décès neurologique

Très en accord	Assez en accord	Plutôt en accord	Plutôt en désaccord	Assez en désaccord	Très en désaccord

33. Au cours des trois prochains mois, si j'étais dans la situation décrite, je prendrais en considération les aspects suivants au moment de décider de demander ou non un consentement au don d'organes à la famille d'un patient suite à son diagnostic de décès neurologique.

- a. Permettre à une personne de prolonger sa vie.

Très probable	Assez probable	Plutôt probable	Plutôt improbable	Assez improbable	Très improbable

Situation

Pour répondre aux questions, vous devez imaginer que présentement et pour les trois prochains mois, vous travaillez dans une unité de soins critiques où les infirmières de chevet, tout comme les médecins ou les infirmières-ressources en don d'organes, peuvent approcher la famille pour obtenir un consentement au don d'organes.

33. Au cours des trois prochains mois, si j'étais dans la situation décrite, je prendrais en considération les aspects suivants au moment de décider de demander ou non un consentement au don d'organes à la famille d'un patient suite à son diagnostic de décès neurologique. (suite)

b. Contribuer à améliorer la qualité de vie d'autres personnes.

Très probable	Assez probable	Plutôt probable	Plutôt improbable	Assez improbable	Très improbable

c. Permettre à une personne malade de vivre en meilleure santé.

Très probable	Assez probable	Plutôt probable	Plutôt improbable	Assez improbable	Très improbable

d. Améliorer l'existence d'autres personnes.

Très probable	Assez probable	Plutôt probable	Plutôt improbable	Assez improbable	Très improbable

e. Sauver des vies humaines.

Très probable	Assez probable	Plutôt probable	Plutôt improbable	Assez improbable	Très improbable

f. Agir dans les meilleurs intérêts d'une personne en attente d'une greffe.

Très probable	Assez probable	Plutôt probable	Plutôt improbable	Assez improbable	Très improbable

Situation

Pour répondre aux questions, vous devez imaginer que présentement et pour les trois prochains mois, vous travaillez dans une unité de soins critiques où les infirmières de chevet, tout comme les médecins ou les infirmières-ressources en don d'organes, peuvent approcher la famille pour obtenir un consentement au don d'organes.

33. Au cours des trois prochains mois, si j'étais dans la situation décrite, je prendrais en considération les aspects suivants au moment de décider de demander ou non un consentement au don d'organes à la famille d'un patient suite à son diagnostic de décès neurologique. (suite)

g. Venir en aide à mon prochain.

Très probable	Assez probable	Plutôt probable	Plutôt improbable	Assez improbable	Très improbable

h. Contribuer à réduire les inégalités créées par la maladie.

Très probable	Assez probable	Plutôt probable	Plutôt improbable	Assez improbable	Très improbable

i. Corriger l'injustice que vivent les personnes aux prises avec un organe malade.

Très probable	Assez probable	Plutôt probable	Plutôt improbable	Assez improbable	Très improbable

j. Le fait que le receveur pourrait être une personne qui n'a pas toujours pris soin de sa santé.

Très probable	Assez probable	Plutôt probable	Plutôt improbable	Assez improbable	Très improbable

k. Redistribuer à d'autres personnes une ressource rare.

Très probable	Assez probable	Plutôt probable	Plutôt improbable	Assez improbable	Très improbable

Situation

Pour répondre aux questions, vous devez imaginer que présentement et pour les trois prochains mois, vous travaillez dans une unité de soins critiques où les infirmières de chevet, tout comme les médecins ou les infirmières-ressources en don d'organes, peuvent approcher la famille pour obtenir un consentement au don d'organes.

33. Au cours des trois prochains mois, si j'étais dans la situation décrite, je prendrais en considération les aspects suivants au moment de décider de demander ou non un consentement au don d'organes à la famille d'un patient suite à son diagnostic de décès neurologique. (suite)

l. Poser un geste en toute liberté.

Très probable	Assez probable	Plutôt Probable	Plutôt improbable	Assez improbable	Très improbable

m. Respecter les volontés de la personne par rapport à l'utilisation de ses organes suite à son décès.

Très probable	Assez probable	Plutôt Probable	Plutôt improbable	Assez improbable	Très improbable

n. Affirmer ma position personnelle face au don d'organes.

Très probable	Assez probable	Plutôt probable	Plutôt improbable	Assez improbable	Très improbable

o. Indiquer clairement à la famille la volonté de la personne décédée.

Très probable	Assez probable	Plutôt probable	Plutôt improbable	Assez improbable	Très improbable

p. Inciter la famille à respecter la volonté de la personne décédée.

Très probable	Assez probable	Plutôt probable	Plutôt improbable	Assez improbable	Très improbable

Situation

Pour répondre aux questions, vous devez imaginer que présentement et pour les trois prochains mois, vous travaillez dans une unité de soins critiques où les infirmières de chevet, tout comme les médecins ou les infirmières-ressources en don d'organes, peuvent approcher la famille pour obtenir un consentement au don d'organes.

34. Au cours des trois prochains mois, si j'étais dans la situation décrite et que je **NE** demandais **PAS** un consentement au don d'organes à la famille lors d'un diagnostic de décès neurologique d'un patient, je me sentrais préoccupé(e) dans les jours qui suivent.

Très probable	Assez probable	Plutôt probable	Plutôt improbable	Assez improbable	Très improbable

35. Au cours des trois prochains mois, si j'étais dans la situation décrite et que je **NE** demandais **PAS** un consentement au don d'organes à la famille lors d'un diagnostic de décès neurologique d'un patient, je serais déçu(e) de moi dans les jours qui suivent.

Très probable	Assez probable	Plutôt probable	Plutôt improbable	Assez improbable	Très improbable

36. Au cours des trois prochains mois, si j'étais dans la situation décrite, j'estime que le nombre de mes collègues qui demanderait un consentement au don d'organes à la famille d'un patient suite à son diagnostic de décès neurologique serait :

Très élevé	Plutôt élevé	Plutôt faible	Très faible	Aucun

37. Au cours des trois prochains mois, si j'étais dans la situation décrite, le pourcentage de mes collègues qui demanderait un consentement au don d'organes à la famille d'un patient suite à son diagnostic de décès neurologique serait ...

_____ %

Situation

Pour répondre aux questions, vous devez imaginer que présentement et pour les trois prochains mois, vous travaillez dans une unité de soins critiques où les infirmières de chevet, tout comme les médecins ou les infirmières-ressources en don d'organes, peuvent approcher la famille pour obtenir un consentement au don d'organes.

38. Au cours des trois prochains mois, si j'étais dans la situation décrite, les personnes les plus importantes pour moi pensez que je devrais demander un consentement au don d'organes à la famille d'un patient suite à son diagnostic de décès neurologique.

Très en accord	Assez en accord	Plutôt en accord	Plutôt en désaccord	Assez en désaccord	Très en désaccord

Répondez aux deux prochaines questions en référence à votre situation réelle de travail et non en fonction de la situation décrite

39. Au cours des trois **derniers** mois, j'ai demandé un consentement au don d'organes à la famille d'un patient suite à son diagnostic de décès neurologique...

Très souvent	Souvent	Quelques fois	Rarement	Jamais

40. Au cours des trois **derniers** mois, à combien de famille avez-vous demandé un consentement au don d'organes suite au diagnostic de décès neurologique du patient?

_____ famille(s).

Données générales :

1. Quel est le plus haut niveau de scolarité que vous avez complété?

- Formation professionnel
- Formation collégiale
- Formation universitaire
 - 1^e cycle
 - 2^e cycle
 - 3^e cycle
- Certificat universitaire
 - 1^e cycle
 - 2^e cycle
- Diplôme universitaire
 - 1^e cycle
 - 2^e cycle

2. Quel est votre sexe?

- Féminin
- Masculin

3. Sur quelle unité travaillez-vous?

- Unité de soins intensifs
- Unité d'urgence

4. Combien d'ancienneté avez-vous comme infirmière?

_____ années _____ mois

5. Combien d'ancienneté avez-vous comme infirmière dans une unité de soins critiques (urgence, soins intensifs)?

_____ années _____ mois

6. Parmi vos amis, vos collègues et votre famille, connaissez-vous quelqu'un en attente d'une greffe d'un organe?

Oui

Non

7. Connaissez-vous une personne de votre entourage qui a eu une transplantation d'organes?

Oui

Non

8. Avez-vous connu une personne de votre entourage qui a fait don d'un ou de plusieurs organes?

Oui

Non

9. Avez-vous déjà consentit au don de vos organes soient en signant l'autocollant à l'endos de votre carte d'assurance maladie ou en spécifiant vos intentions sur le registre des notaires?
- Oui
 - Non

Le questionnaire est présentement complété. Avant de le remettre, assurez-vous d'avoir répondu à toutes les questions.

Merci beaucoup d'avoir participé à cette étude!

Annexe 2
QUESTIONNAIRE QUALITATIF

Questionnaire « Qualitatif »

DÉTERMINANTS LIÉS À LA DÉMARCHE INFIRMIÈRE DANS L'APPROCHE D'UNE FAMILLE EN VUE D'UN DON D'ORGANES

INFORMATIONS ET INSTRUCTIONS POUR RÉPONDRE AU QUESTIONNAIRE

Ce questionnaire vise à documenter les déterminants liés à la démarche infirmière en vue de demander un consentement au don d'organes à la famille d'un patient suite à son diagnostic de décès neurologique.

Voici quelques informations importantes pour vous aider à répondre au questionnaire.

1. Répondre aux questions en fonction de la situation énoncée

Situation

Pour répondre aux questions, vous devez imaginer que présentement et pour les trois prochains mois, vous travaillez dans une unité de soins critiques où les infirmières de chevet, tout comme les médecins ou les infirmières-ressources en don d'organes, peuvent approcher la famille pour obtenir un consentement au don d'organes.

2. Prendre note que dans le cadre de cette étude, on décrit la famille comme les personnes proches du patient : conjoint(e), enfant de plus de 18 ans, parents, frères et sœurs.
3. Répondre à toutes les questions même si certaines peuvent vous sembler répétitives.
4. Inscrire vos réponses sur les lignes.
5. Prendre le temps de lire attentivement chaque question ou énoncé et donner la réponse reflétant le mieux ce que vous pensez actuellement.
6. Noter qu'il n'y a ni bonne ni mauvaise réponse et que vos réponses demeureront confidentielles.

Situation

Pour répondre aux questions, vous devez imaginer que présentement et pour les trois prochains mois, vous travaillez dans une unité de soins critiques où les infirmières de chevet, tout comme les médecins ou les infirmières-ressources en don d'organes, peuvent approcher la famille pour obtenir un consentement au don d'organes.

1. Au cours des trois prochains mois, si vous étiez dans la situation décrite, quels **avantages** verriez-vous à demander un consentement au don d'organes à la famille d'un patient suite à son diagnostic de décès neurologique?

2. Au cours des trois prochains mois, si vous étiez dans la situation décrite, quels **désavantages** verriez-vous à demander un consentement au don d'organes à la famille d'un patient suite à son diagnostic de décès neurologique?

3. Au cours des trois prochains mois, si vous étiez dans la situation décrite, quelles personnes ou groupes de personnes **importantes pour vous** au travail approuveraient que vous demandiez un consentement au don d'organes à la famille d'un patient suite à son diagnostic de décès neurologique?

Situation

Pour répondre aux questions, vous devez imaginer que présentement et pour les trois prochains mois, vous travaillez dans une unité de soins critiques où les infirmières de chevet, tout comme les médecins ou les infirmières-ressources en don d'organes, peuvent approcher la famille pour obtenir un consentement au don d'organes.

4. Au cours des trois prochains mois, si vous étiez dans la situation décrite, quelles personnes ou groupes de personnes **importantes pour vous** au travail désapprouveraient que vous demandiez un consentement au don d'organes à la famille d'un patient suite à son diagnostic de décès neurologique?

5. Au cours des trois prochains mois, si vous étiez dans la situation décrite, quels facteurs (conditions, contextes etc.) pourraient **vous inciter** à demander un consentement au don d'organes à la famille d'un patient suite à son diagnostic de décès neurologique :

6. Au cours des trois prochains mois, si vous étiez dans la situation décrite, quels facteurs (conditions, contextes etc.) pourraient **vous inciter** à NE PAS demander un consentement au don d'organes à la famille d'un patient suite à son diagnostic de décès neurologique :

Situation

Pour répondre aux questions, vous devez imaginer que présentement et pour les trois prochains mois, vous travaillez dans une unité de soins critiques où les infirmières de chevet, tout comme les médecins ou les infirmières-ressources en don d'organes, peuvent approcher la famille pour obtenir un consentement au don d'organes.

7. Dans la situation décrite, quelles seraient, selon vous, les caractéristiques que devraient posséder les infirmières pour demander un consentement à la famille d'un patient suite à son diagnostic de décès neurologique?

Le questionnaire est présentement complété. Avant de le remettre, assurez-vous d'avoir répondu à toutes les questions.

Merci beaucoup d'avoir participé à cette étude!

Annexe 3
PROTOCOLE D'INTRODUCTION
À LA PRÉEXPÉRIMENTATION

PRÉEXPÉRIMENTATION

Protocole d'introduction

Bonjour, je m'appelle Julie Berger. Je suis présentement étudiante à la maîtrise en sciences infirmières à l'Université Laval. Je suis supervisée par Danielle Blondeau (Ph.D) et Camille Gagné (Ph.D), professeures à la Faculté des sciences infirmières de l'Université Laval.

Je vous demande votre participation pour préexpérimenter mes questionnaires de mon projet de recherche.

Tout d'abord, je tiens à vous remercier de bien vouloir participer et du temps consacré.

Dans le cadre de mes études à la maîtrise, j'ai développé des questionnaires visant à mesurer les déterminants liés à la démarche infirmière dans l'approche d'une famille en vue d'un don d'organes. Avant d'utiliser ces questionnaires, il est important de s'assurer de la compréhension des directives et des questions. C'est pour cela que je fais appel à vous. Certaines questions peuvent vous paraître simples, mais elles peuvent être interprétées de plusieurs façons et ainsi causer des erreurs dans les réponses. Donc, il m'est difficile d'avoir une idée juste de ce que je cherche à savoir. Par conséquent, n'hésitez pas à mentionner les problèmes que vous percevez. À ce stade-ci, il est encore possible de modifier les questions. Aidez-moi à améliorer mes formulaires!

Pour m'aider à faire cette expérimentation, je vous invite à lire les questionnaires inclus et à encercler le numéro des questions que vous considérez moins claires et plus difficiles à répondre. Il faut aussi indiquer brièvement, sur le questionnaire « préexpérimentation » ce qui n'est pas clair ou difficile à comprendre pour chacune des questions que vous aurez encerclées. Ensuite, bien vouloir répondre au questionnaire « préexpérimentation ».

Cette participation devrait vous prendre 25 minutes. Par la suite, lorsque vous me remettiez les documents, je ferais un bref retour sur la préexpérimentation pour connaître votre opinion générale et pour spécifier certains détails s'il y a lieu.

Si vous avez des questions, vous pouvez me contacter au 418-839-4623 ou au 418-835-7121 poste 1278

Les questionnaires portent sur des variables psychosociales et générales de l'infirmier (ère) à approcher la famille en vue d'un don d'organes.

PRÉEXPÉRIMENTATION

Question problématique : _____

Explication :

Question problématique : _____

Explication :

Question problématique : _____

Explication :

Question problématique : _____

Explication :

Question problématique : _____

Explication :

Question problématique : _____

Explication :

Question problématique : _____

Explication :

Question problématique : _____

Explication :

Question problématique : _____

Explication :

Annexe 4
FORMULAIRE DE CONSENTEMENT
PRÉEXPÉRIMENTATION

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT POUR LA PRÉEXPÉRIMENTATION

Présentation de l'étudiante-chercheuse

Cette étude est réalisée dans le cadre du projet de maîtrise en Sciences Infirmières à l'Université Laval de Julie Berger, sous la supervision de Danielle Blondeau (Ph.D) et de Camille Gagné (Ph.D), professeures à la Faculté des sciences infirmières de l'Université Laval.

Avant d'accepter de participer à ce projet de recherche, il est important de lire et de comprendre les renseignements suivants. Ce document vous explique le but de cette préexpérimentation, ses procédures, avantages, risques et inconvénients. N'hésitez pas à poser toutes les questions nécessaires pour être en mesure de décider si vous voulez participer ou non à cette expérimentation. Pour ce faire, il est possible de communiquer avec l'étudiante-chercheuse dont les coordonnées apparaissent à la fin de ce document.

Nature de l'étude

Cette préexpérimentation vise à vérifier la compréhension des questions et des directives des questionnaires élaborés. Ces questionnaires s'adressent aux infirmiers (ères) qui possèdent un poste sur une unité d'urgence ou de soins intensifs. Ils seront utilisés dans une étude qui a pour but 1) d'identifier les déterminants liés à l'intention de l'infirmière d'approcher une famille en vue du don des organes d'un proche décédé suite au diagnostic de décès neurologique; 2) de déterminer sur quelles croyances saillantes devraient reposer un programme d'intervention visant à favoriser l'intention des infirmières en soins critiques à demander un consentement au don d'organes à la famille d'un patient suite à son diagnostic de décès neurologique.

Avant d'utiliser ces questionnaires, il est important de vérifier si les questions et les directives sont bien comprises. C'est pour cette raison que nous demandons votre collaboration. Certaines questions peuvent vous paraître simples de prime abord, mais elles peuvent parfois être interprétées de plusieurs façons et ainsi causer des erreurs dans les réponses. Par conséquent,

n'hésitez pas à mentionner les problèmes que vous percevez pour nous aider à améliorer ces questionnaires.

Déroulement de la préexpérimentation

Votre participation consiste à lire et à signer le formulaire de consentement et à le faire parvenir à l'étudiante responsable de l'étude en utilisant l'enveloppe-réponse ci-jointe. Vous pouvez déposer l'enveloppe dans la boîte à courrier à la porte du bureau 3368 du bureau de l'étudiante-chercheuse. Par ailleurs, nous vous invitons à conserver la version « copie du participant » du formulaire de consentement.

Par la suite, nous vous invitons à lire le questionnaire intitulé « qualitatif » et le questionnaire intitulé « quantitatif » inclus et à encercler le numéro des questions que vous considérez moins claires et/ou plus difficiles à répondre. L'objectif n'est donc pas de répondre aux questions, mais d'identifier celles qui mériteraient d'être revues et travaillées. Il faut aussi indiquer brièvement, dans le document intitulé « préexpérimentation » ce qui n'est pas clair ou difficile à-comprendre pour chacune des questions que vous aurez encerclées.

Ce travail devrait prendre environ 45 minutes. Lorsque l'étudiante-chercheuse recevra ce questionnaire, elle vous contactera pour une courte entrevue de 20 minutes. Durant celle-ci, l'étudiante-chercheuse vous demandera votre opinion globale sur les questionnaires. Par ailleurs, elle vous posera quelques questions pour vérifier la clarté des questions et des directives.

En résumé, votre participation consiste à :

- Lire et signer ce formulaire de consentement.
- Lire les directives et les questions du questionnaire « qualitatif » et du questionnaire « quantitatif ».
- Encercler, dans les questionnaires, les questions et les directives les plus difficiles ou moins claires à comprendre.

- Inscrire dans le document intitulé « préexpérimentation » les éléments plus difficiles ou moins clairs.
- Déposer l'enveloppe contenant les questionnaires et le formulaire de consentement dans la boîte à courrier à la porte du bureau 3368 de l'étudiante-chercheuse de votre établissement,
- indiquer dans le formulaire le moment où vous désirez être contacté (e) ainsi que le numéro de téléphone où vous désirez être rejoint (e)
- Participer à une entrevue d'environ 20 minutes où vous serez invité(e) à :
 - Faire part de votre opinion générale
 - Répondre à des questions afin de vérifier la clarté des directives du questionnaire.

Avantages et inconvénients

À part le temps requis pour participer à cette préexpérimentation, il n'y a pas d'avantages ou d'inconvénients directs. Néanmoins, votre contribution s'inscrit dans un processus de recherche qui vise à augmenter les connaissances.

Participation volontaire et droit de retrait

Vous êtes libre de participer à cette préexpérimentation. En acceptant de participer, vous conservez tous vos droits. Vous pouvez également mettre fin à tout moment à votre participation en refusant de répondre à certaines questions sans conséquence négative ou préjudice.

Confidentialité et gestion des données

Pour assurer la confidentialité, le nom des participants ne paraîtra dans aucun rapport. De plus, les participants seront identifiés par un code et l'accès à l'identité des participants ne sera autorisé qu'à l'étudiante-chercheuse et à ces directrices de recherche. Aussi, aucune publication ou communication en lien avec l'étude ne permettra de vous identifier.

Pour la durée de l'étude, les questionnaires seront conservés sous clé dans le bureau de recherche de la directrice de l'étudiante.

Personnes ressources et questions

Si vous avez des questions sur l'étude et sur les implications de votre participation, il est possible de communiquer avec Julie Berger, étudiante-chercheuse, au numéro de téléphone suivant : 418-839-4623 ou à l'adresse de courriel suivante : julie.berger.1@fsi.ulaval.ca. Vous pouvez également communiquer avec la directrice scientifique de l'étudiante au numéro de téléphone : 418-656-2131 poste 7524 ou à l'adresse courriel suivante : danielle.blondeau@fsi.ulaval.ca.

Remerciement

Je vous remercie et j'apprécie votre participation à cette étude. Votre collaboration est très précieuse

Annexe 5
SCHÉMA D'ENTREVUE COGNITIVE

SCHÉMA D'ENTREVUE COGNITIVE

Afin de vérifier la compréhension des questions et des directives du questionnaire portant sur les déterminants liés à la démarche infirmière dans l'approche d'une famille en vue d'un don d'organes.

Introduction

Bonjour, je m'appelle Julie Berger. Je suis présentement étudiante à la maîtrise en sciences infirmières à l'Université Laval. Je suis supervisée par Danielle Blondeau (Ph.D) et Camille Gagné (Ph.D), professeures à la Faculté des sciences infirmières de l'Université Laval.

Je vous appelle concernant le projet de recherche auquel vous avez consenti à participer portant sur la préexpérimentation d'un questionnaire.

Est-ce que ce moment convient pour une entrevue de 20 minutes? Sinon, est-il possible d'établir un autre moment?

Tout d'abord, je tiens à vous remercier de bien vouloir participer et du temps consacré. Je désire m'assurer que le critère d'inclusion à l'étude est satisfait en vous posant une question. Est-ce que vous détenez un poste dans une unité de soins critiques? (Si non : je suis désolée, nous ne pourrions donner suite à l'entrevue puisque les questions s'adressent aux parents d'enfants âgés de trois à cinq ans. Je vous remercie de l'attention portée à notre étude et vous souhaite une bonne fin de journée).

Vous avez pu lire, dans les documents que vous avez reçus, que nous avons développé un questionnaire visant à mesurer les déterminants liés à la démarche infirmière dans l'approche d'une famille en vue d'un don d'organes. Avant d'utiliser ces questionnaires, il est important de s'assurer de la compréhension des directives et des questions. C'est pour cela que je fais appel à vous. Certaines questions peuvent vous paraître simples, mais elles peuvent être interprétées de plusieurs façons et ainsi causer des erreurs dans les réponses. Donc, il m'est difficile d'avoir une idée juste de ce que je cherche à savoir. Par conséquent, n'hésitez pas à mentionner les problèmes

que vous percevez. À ce stade-ci, il est encore possible de modifier les questions. Aidez-moi à améliorer mes formulaires!

Cette entrevue devrait durer environ 20 minutes. Je vais noter ce que vous dites afin de ne rien oublier. Avez-vous des questions avant de commencer?

Les questionnaires portent sur des variables psychosociales et générales de l'infirmier (ère) à approcher la famille en vue d'un don d'organes.

SCHÉMA D'ENTREVUE COGNITIVE

1. Pouvez-vous me dire dans vos mots ce veut dire « Demander un don d'organes à la famille d'un patient suite à son diagnostic de décès neurologique »?

2. Lorsque vous lisez la mise en situation, est-ce facile pour vous de vous imaginer dans ce contexte?

3. Avez-vous des remarques concernant les instructions du questionnaire?

Les questions qui suivent se réfèrent au questionnaire quantitatif

4. Veuillez prendre connaissance de la question 5. À quelles personnes avez-vous pensé en lisant cette question? Pensez-vous que ces personnes pourraient vous faire des recommandations concernant l'approche à la famille pour un don d'organes suite au diagnostic de décès neurologique d'un proche? Les questions 2 et 3 réfèrent aussi aux personnes importantes pour vous. Pensez-vous que ces personnes ont une opinion par rapport à ce que vous devriez faire concernant l'approche à la famille?

5. Veuillez consulter la question 8. Est-il possible de fournir une réponse précise à cette puisqu'il s'agit pas d'une mise en situation? En d'autres termes, est-il facile ou difficile d'estimer si vous vous sentirez coupable dans une telle situation?

6. À la question 19.g, venir en aide à son prochain correspond à qui?

7. Pouvez-vous me dire dans vos propres mots ce qui est demandé à la question 19.1?

8. Croyez-vous que ce serait pertinent de répéter la question 19 à chaque nouvelle page?

9. Pouvez-vous me dire dans vos propres mots ce qui est demandé à la question 22?

10. Veuillez prendre connaissance de la question 22. Pour vous, à combien de personnes réfère l'option « très élevé »? _____, « plutôt élevé »? _____, « plutôt faible »? _____ « très faible »? _____.

11. Veuillez prendre connaissance de la question 24. Pour vous, « très souvent » c'est combien de fois? _____, Et « souvent »? _____, « Quelques fois »? _____ « Rarement »? _____.

La prochaine question réfère au questionnaire qualitatif.

12. Pouvez-vous me dire dans vos propres mots ce qui est demandé à la question 7?

Discutons maintenant des items plus difficiles ou moins claires que vous avez identifiés.

13. Parmi les questions que vous avez lues, y'en a-t-il qui ne vous ont pas semblé claires, ou qui ont été plus difficiles à répondre?

- a) Indiquer le numéro de la ou des questions :

REVOIR CHACUNE DES QUESTIONS IDENTIFIÉES PAR LE RÉPONDANT. POUR CHAQUE QUESTION, DEMANDER : QU'EST-CE QUE VOUS AVEZ OBSERVÉ CONCERNANT CETTE QUESTION?

Si le répondant mentionne que la question n'est pas claire :

b) Pouvez-vous me dire dans vos propres mots ce qui est demandé dans cette question?

Si le répondant mentionne qu'il est difficile de répondre à une question :

c) À quoi avez-vous pensé lorsque vous avez tenté de répondre à cette question?

***Utiliser d'autres feuilles au besoin pour les questions 12 b et 12 c**

Annexe 6
FORMULAIRE DE CONSENTEMENT
"PREMIER CENTRE

FEUILLET D'INFORMATION

Étude des déterminants liés à la démarche infirmière dans l'approche d'une famille en vue d'un don d'organes.

En collaboration avec votre centre hospitalier, l'étude pour laquelle votre participation est sollicitée a pour but 1) d'identifier les déterminants liés à l'intention de l'infirmière d'approcher une famille en vue du don des organes d'un proche décédé suite à son diagnostic de décès neurologique et 2) de déterminer sur quelles croyances saillantes devraient reposer un programme d'intervention visant à favoriser l'intention des infirmières en soins critiques à demander un consentement au don d'organes à la famille d'un patient suite à son diagnostic de décès neurologique. Les données recueillies permettront d'émettre des recommandations pour l'amélioration et le développement de programmes et services pour soutenir les infirmières dans l'approche à la famille.

Votre participation consistera à remplir le questionnaire annexé à ce feuillet. Le questionnaire qui vous est destiné a pour objectif de documenter les déterminants qui influencent l'infirmière à demander un consentement au don d'organes à la famille d'un patient suite à son diagnostic de décès neurologique.

Toutes les informations recueillies resteront confidentielles. Pour assurer la confidentialité, le formulaire de consentement qui contient votre signature est transmis dans une enveloppe scellée à l'étudiante-chercheuse avec le questionnaire. L'étudiante-chercheuse s'engage à ne pas ouvrir les enveloppes scellées et à détruire ces dernières à la fin de la présente étude.

De plus, pour la durée de l'étude, les questionnaires seront conservés sous clé dans le bureau de recherche de la directrice de l'étudiante. Par ailleurs, aucune identification n'est demandée sur les questionnaires. Aussi, aucune publication ou communication en lien avec l'étude ne permettra de vous identifier. De plus, veuillez noter que vous conservez le droit de vous retirer en tout temps, et ce, sans préjudice.

Afin de m'autoriser à analyser les informations que vous aurez fournies, il est important d'obtenir votre consentement écrit. Si vous acceptez, veuillez prendre connaissance du formulaire de consentement ci-joint, le signer, le remettre dans l'enveloppe prévue à cet effet et la sceller.

Je vous remercie à l'avance de votre précieuse collaboration et veuillez agréer l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Julie Berger, inf. M. Sc. (c)

Étudiante-chercheuse à la Faculté des sciences infirmières de l'Université Laval

No d'approbation du comité d'éthique :

Date d'approbation :

Version du 25 septembre 2008

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT À LA RECHERCHE

- Titre de l'étude :** Étude des déterminants liés à la démarche infirmière dans l'approche d'une famille en vue d'un don d'organes.
- Étudiante-chercheuse :** Julie Berger, inf. M. Sc. (c)
Étudiante-chercheuse à la Faculté des sciences infirmières de l'Université Laval
(Julie.Berger.1@ulaval.ca)
418-839-4623
- Directrice de recherche :** Danielle Blondeau, PhD, directrice de recherche
Faculté des sciences infirmières
Université Laval
418-656-2131 poste 7524
- Codirectrice de recherche :** Camille Gagné, PhD, co-directrice de recherche
Faculté des sciences infirmières
Université Laval
418-656-2131 poste 4606

INTRODUCTION

Cette recherche est réalisée dans le cadre du projet de maîtrise de Julie Berger, dirigée par Danielle Blondeau, Ph.D et Camille Gagné PhD de la faculté des Sciences infirmières à l'Université Laval.

Avant d'accepter de participer à ce projet de recherche, il est important de lire et de comprendre les renseignements suivants. Ce document vous explique le but de ce projet de recherche, ses procédures, avantages, risques et inconvénients. Si des questions persistent, nous vous invitons communiquer avec l'étudiante-chercheuse dont les coordonnées apparaissent à la fin de ce document.

CONTEXTE DE L'ÉTUDE

De nos jours, les organes disponibles pour les transplantations sont insuffisants pour répondre à la demande. Une des principales raisons pour expliquer ce phénomène est le faible taux de consentement pour le don d'organes, notamment de la part de la famille.

Les infirmières spécialisées dans les secteurs d'urgence et de soins intensifs jouent un rôle clé dans l'obtention du consentement au don d'organes grâce à leur approche auprès de la famille du donneur dont un proche est décédé.

Cette étude jettera un regard critique sur les déterminants liés à la démarche infirmière dans l'approche d'une famille en vue d'un don d'organes. L'analyse des données devrait permettre de documenter les déterminants qui influencent les infirmières dans leur rôle lors d'un don d'organes potentiel.

OBJECTIFS DE L'ÉTUDE

La recherche a pour buts : 1) d'identifier les déterminants liés à l'intention de l'infirmière d'approcher une famille en vue du don des organes d'un proche décédé suite au diagnostic de décès neurologique et 2) de déterminer sur quelles croyances saillantes devraient reposer un

programme d'intervention visant à favoriser l'intention des infirmières en soins critiques à demander un consentement au don d'organes à la famille d'un patient suite à son diagnostic de décès neurologique.

Au total, 316 personnes d'un centre hospitalier affilié à l'Université Laval dans la région de Québec seront invitées à participer à l'étude. L'échantillon sélectionné est composé d'infirmières volontaires.

DÉROULEMENT DE L'ÉTUDE

Votre participation à cette étude consiste à remplir un questionnaire de 20 minutes. Lorsque le questionnaire sera rempli, il sera possible de l'acheminer à l'étudiante-chercheuse grâce à l'enveloppe pré-adressée et préaffranchie qui accompagne le questionnaire.

RISQUES ET EFFETS SECONDAIRES POSSIBLES

Il ne nous apparaît pas y avoir de risque lié à la participation à cette étude. Cependant, comme effet secondaire, cet exercice peut susciter une réflexion sur le sujet.

AVANTAGES POSSIBLES

Aucun avantage direct n'est prévu pour vous lors de cette étude. Cependant, votre participation à ce projet permettra de mieux connaître les déterminants liés à l'intention de l'infirmière d'approcher une famille en vue du don des organes d'un proche décédé suite à un diagnostic de décès neurologique. À plus long terme, les résultats liés à votre participation pourraient conduire à l'élaboration d'un programme d'intervention auprès des infirmières et de leurs rôles professionnels lors d'un d'organes.

INCONVÉNIENTS

Outre le temps requis pour répondre aux questionnaires, il n'y a pas d'inconvénient lié à la participation à cette étude.

COMPENSATION FINANCIÈRE

Aucune compensation financière n'est allouée pour votre participation à cette étude.

PARTICIPATION VOLONTAIRE ET DROIT DE RETRAIT

Vous êtes libre de participer à cette étude. En acceptant de participer, vous conservez tous vos droits. Vous ne libérez d'aucune façon le chercheur et votre établissement de leurs responsabilités civiles et professionnelles envers vous.

Vous pouvez également mettre fin à tout moment à votre participation en refusant de répondre à certaines questions sans conséquence négatives ou préjudice.

CONFIDENTIALITÉ

Pour assurer la confidentialité, le formulaire de consentement qui contient votre signature est transmis dans une enveloppe scellée à l'étudiante-chercheuse avec le questionnaire. Les chercheuses s'engagent à ne pas ouvrir les enveloppes scellées et à les détruire ces dernières à la fin de la présente étude. De plus, pour la durée de l'étude, les questionnaires seront conservés sous clé dans le bureau de recherche de la directrice de l'étudiante. Par ailleurs, aucune identification n'est demandée sur les questionnaires. Aussi, aucune publication ou communication en lien avec l'étude ne permettra de vous identifier.

PERSONNES RESSOURCES ET QUESTIONS

Si vous avez des questions sur l'étude et sur les implications de votre participation, il est possible de communiquer avec Julie Berger, étudiante-chercheuse, au numéro de téléphone suivant : 418-839-4623 ou à l'adresse de courriel suivante : julie.berger.1@fsi.ulaval.ca. Vous pouvez également communiquer avec la directrice scientifique de l'étudiante au numéro de téléphone : 418-656-2131 poste 7524 ou à l'adresse courriel suivante : danielle.blondeau@fsi.ulaval.ca.

De plus, pour toutes questions concernant les droits des participants de recherche, vous pouvez contacter le Comité d'éthique à la recherche de l'Enfant-Jésus.

COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE

Le Comité d'éthique de la recherche de votre centre hospitalier a approuvé cette étude.

REMERCIEMENTS

Je vous remercie et j'apprécie votre participation à cette étude. Votre collaboration est très précieuse.

Signature de l'étudiante-chercheuse : _____

SIGNATURES

Je soussigné(e) _____, consens librement à participer à la recherche intitulée « **Étude des déterminants liés à la démarche infirmière dans l'approche d'une famille en vue d'un don d'organes.** ». J'ai pris connaissance du formulaire et j'ai compris le but, la nature, les avantages, les risques et les inconvénients du projet de recherche. Je suis satisfait(e) des explications, précisions et réponses que le chercheur m'a fournies, le cas échéant, quant à ma participation à ce projet.

Signature du participant (e)

Date

Annexe 7
QUESTIONNAIRE QUANTITATIF
DEUXIÈME CENTRE

Questionnaire « Quantitatif »

DÉTERMINANTS LIÉS À LA DÉMARCHE INFIRMIÈRE DANS L'APPROCHE D'UNE FAMILLE EN VUE D'UN DON D'ORGANES

INFORMATIONS ET INSTRUCTIONS POUR RÉPONDRE AU QUESTIONNAIRE

Ce questionnaire vise à documenter les déterminants liés à la démarche infirmière en vue de demander un consentement au don d'organes à la famille d'un patient suite à son diagnostic de décès neurologique.

Voici quelques informations importantes pour vous aider à répondre au questionnaire.

1. Répondre aux questions en fonction de la situation énoncée :

Situation

Pour répondre aux questions, vous devez imaginer que présentement et pour les trois prochains mois, vous travaillez dans une unité de soins critiques où les infirmières de chevet, tout comme les médecins, peuvent approcher la famille pour obtenir un consentement au don d'organes.

2. Prendre note que dans le cadre de cette étude, on décrit la famille comme les personnes proches du patient : conjoint(e), enfants de plus de 18 ans, parents, frères et sœurs.
3. Répondre à toutes les questions même si certaines peuvent vous sembler répétitives.
4. Inscrire un \surd à l'endroit reflétant le mieux votre opinion.
5. Inscrire un seul \surd pour chaque question.
6. Prendre le temps de lire attentivement chaque question ou énoncé et donner la réponse reflétant le mieux ce que vous pensez actuellement.
7. Noter qu'il n'y a ni bonne ni mauvaise réponse et que vos réponses demeureront confidentielles.

Situation

Pour répondre aux questions, vous devez imaginer que présentement et pour les trois prochains mois, vous travaillez dans une unité de soins critiques où les infirmières de chevet, tout comme les médecins, peuvent approcher la famille pour obtenir un consentement au don d'organes.

1. Au cours des trois prochains mois, si j'étais dans la situation décrite, demander un consentement au don d'organes à la famille d'un patient suite à son diagnostic de décès neurologique serait pour moi:

a)

Très agréable	Assez agréable	Plutôt agréable	Plutôt désagréable	Assez désagréable	Très désagréable

b)

Très utile	Assez utile	Plutôt utile	Plutôt inutile	Assez inutile	Très inutile

c)

Très plaisant	Assez plaisant	Plutôt plaisant	Plutôt déplaisant	Assez déplaisant	Très déplaisant

d)

Très valorisant	Assez valorisant	Plutôt valorisant	Plutôt dévalorisant	Assez dévalorisant	Très dévalorisant

e)

Très réaliste	Assez réaliste	Plutôt réaliste	Plutôt irréaliste	Assez irréaliste	Très irréaliste

f)

Très satisfaisant	Assez satisfaisant	Plutôt satisfaisant	Plutôt insatisfaisant	Assez insatisfaisant	Très insatisfaisant

Situation

Pour répondre aux questions, vous devez imaginer que présentement et pour les trois prochains mois, vous travaillez dans une unité de soins critiques où les infirmières de chevet, tout comme les médecins, peuvent approcher la famille pour obtenir un consentement au don d'organes.

2. Au cours des trois prochains mois, si j'étais dans la situation décrite, les personnes qui sont importantes pour moi penseraient que c'est correct que je demande un consentement au don d'organes à la famille d'un patient suite à son diagnostic de décès neurologique.

Très en accord	Assez en accord	Plutôt en accord	Plutôt en désaccord	Assez en désaccord	Très en désaccord

3. Au cours des trois prochains mois, si j'étais dans la situation décrite, je me sentirais capable de demander un consentement au don d'organes à la famille d'un patient suite à son diagnostic de décès neurologique.

Très en accord	Assez en accord	Plutôt en accord	Plutôt en désaccord	Assez en désaccord	Très en désaccord

4. Au cours des trois prochains mois, si j'étais dans la situation décrite, la plupart des personnes qui sont importantes pour moi me recommanderaient de demander un consentement au don d'organes à la famille d'un patient suite à son diagnostic de décès neurologique.

Très probable	Assez probable	Plutôt probable	Plutôt improbable	Assez improbable	Très improbable

5. Au cours des trois prochains mois, si j'étais dans la situation décrite, demander un consentement au don d'organes à la famille d'un patient suite à son diagnostic de décès neurologique serait pour moi:

Très difficile	Assez difficile	Plutôt difficile	Plutôt Facile	Assez facile	Très facile

Situation

Pour répondre aux questions, vous devez imaginer que présentement et pour les trois prochains mois, vous travaillez dans une unité de soins critiques où les infirmières de chevet, tout comme les médecins, peuvent approcher la famille pour obtenir un consentement au don d'organes.

6. Au cours des trois prochains mois, si j'étais dans la situation décrite, il n'en tiendrait qu'à moi de demander un consentement au don d'organes à la famille d'un patient suite à son diagnostic de décès neurologique.

Très en accord	Assez en accord	Plutôt en accord	Plutôt en désaccord	Assez en désaccord	Très en désaccord

7. Au cours des trois prochains mois, si j'étais dans la situation décrite, je me sentirais coupable de NE PAS demander un consentement au don d'organes à la famille d'un patient suite à son diagnostic de décès neurologique.

Très en accord	Assez en accord	Plutôt en accord	Plutôt en désaccord	Assez en désaccord	Très en désaccord

8. Au cours des trois prochains mois, si j'étais dans la situation décrite, j'aurais l'intention de demander un consentement au don d'organes à la famille d'un patient suite à son diagnostic de décès neurologique.

Très en accord	Assez en accord	Plutôt en accord	Plutôt en désaccord	Assez en désaccord	Très en désaccord

9. Au cours des trois prochains mois, si j'étais dans la situation décrite, mes valeurs personnelles m'inciteraient à demander un consentement au don d'organes à la famille d'un patient suite à son diagnostic de décès neurologique.

Très en accord	Assez en accord	Plutôt en accord	Plutôt en désaccord	Assez en désaccord	Très en désaccord

Situation

Pour répondre aux questions, vous devez imaginer que présentement et pour les trois prochains mois, vous travaillez dans une unité de soins critiques où les infirmières de chevet, tout comme les médecins, peuvent approcher la famille pour obtenir un consentement au don d'organes.

10. Au cours des trois prochains mois, si j'étais dans la situation décrite, demander un consentement au don d'organes à la famille d'un patient suite à son diagnostic de décès neurologique permettrait de sauver des vies.

Très en accord	Assez en accord	Plutôt en accord	Plutôt en désaccord	Assez en désaccord	Très en désaccord

11. Au cours des trois prochains mois, si j'étais dans la situation décrite, demander un consentement au don d'organes à la famille d'un patient suite à son diagnostic de décès neurologique permettrait d'améliorer la qualité de vie des personnes en attente de greffe.

Très en accord	Assez en accord	Plutôt en accord	Plutôt en désaccord	Assez en désaccord	Très en désaccord

12. Au cours des trois prochains mois, si j'étais dans la situation décrite, demander un consentement au don d'organes à la famille d'un patient suite à son diagnostic de décès neurologique offrirait du réconfort à la famille.

Très en accord	Assez en accord	Plutôt en accord	Plutôt en désaccord	Assez en désaccord	Très en désaccord

13. Au cours des trois prochains mois, si j'étais dans la situation décrite, demander un consentement au don d'organes à la famille d'un patient suite à son diagnostic de décès neurologique augmenterait ma satisfaction professionnelle.

Très en accord	Assez en accord	Plutôt en accord	Plutôt en désaccord	Assez en désaccord	Très en désaccord

Situation

Pour répondre aux questions, vous devez imaginer que présentement et pour les trois prochains mois, vous travaillez dans une unité de soins critiques où les infirmières de chevet, tout comme les médecins, peuvent approcher la famille pour obtenir un consentement au don d'organes.

14. Au cours des trois prochains mois, si j'étais dans la situation décrite, les médecins approuveraient/désapprouveraient que je demande un consentement au don d'organes à la famille d'un patient suite à son diagnostic de décès neurologique.

Approuveraient fortement	Approuveraient assez	Approuveraient légèrement	Désapprouveraien t légèrement	Désapprouveraient assez	Désapprouveraient fortement

15. Au cours des trois prochains mois, si j'étais dans la situation décrite, les responsables de mon unité (assistante infirmière chef et le chef d'unité) approuveraient/désapprouveraient que je demande un consentement au don d'organes à la famille d'un patient suite à son diagnostic de décès neurologique.

Approuveraient fortement	Approuveraient assez	Approuveraient légèrement	Désapprouveraien t légèrement	Désapprouveraient assez	Désapprouveraient fortement

16. Au cours des trois prochains mois, si j'étais dans la situation décrite, mon équipe de travail (infirmières, préposés aux bénéficiaires) approuveraient/désapprouveraient que je demande un consentement au don d'organes à la famille d'un patient suite à son diagnostic de décès neurologique.

Approuveraient fortement	Approuveraient assez	Approuveraient légèrement	Désapprouveraien t légèrement	Désapprouveraient assez	Désapprouveraient fortement

17. Au cours des trois prochains mois, si j'étais dans la situation décrite, l'équipe de don d'organes (infirmières ressources en don d'organes, coordonnateurs de Québec-Transplant) approuveraient/désapprouveraient que je demande un consentement au don d'organes à la famille d'un patient suite à son diagnostic de décès neurologique.

Approuveraient fortement	Approuveraient assez	Approuveraient légèrement	Désapprouveraien t légèrement	Désapprouveraient assez	Désapprouveraient fortement

Situation

Pour répondre aux questions, vous devez imaginer que présentement et pour les trois prochains mois, vous travaillez dans une unité de soins critiques où les infirmières de chevet, tout comme les médecins, peuvent approcher la famille pour obtenir un consentement au don d'organes.

18. Au cours des trois prochains mois, si j'étais dans la situation décrite, je demanderais un consentement au don d'organes à la famille d'un patient suite à son diagnostic de décès neurologique même si la famille semble éprouvée.

Très probable	Assez probable	Plutôt probable	Plutôt improbable	Assez improbable	Très improbable

19. Au cours des trois prochains mois, si j'étais dans la situation décrite, je demanderais un consentement au don d'organes à la famille d'un patient suite à son diagnostic de décès neurologique même si le décès était subit.

Très probable	Assez probable	Plutôt probable	Plutôt improbable	Assez improbable	Très improbable

20. Au cours des trois prochains mois, si j'étais dans la situation décrite et si le patient était jeune (30 ans et moins), je demanderais un consentement au don d'organes à la famille d'un patient suite à son diagnostic de décès neurologique.

Très probable	Assez probable	Plutôt probable	Plutôt improbable	Assez improbable	Très improbable

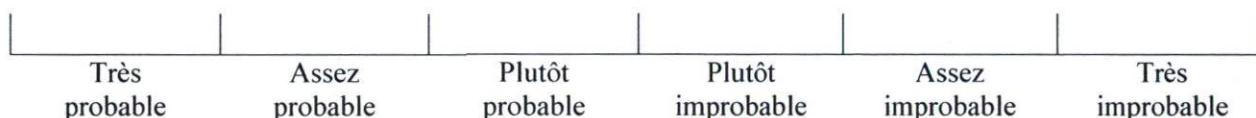
21. Au cours des trois prochains mois, si j'étais dans la situation décrite, je demanderais un consentement au don d'organes à la famille d'un patient suite à son diagnostic de décès neurologique même si j'étais mal à l'aise de faire cette démarche.

Très probable	Assez probable	Plutôt probable	Plutôt improbable	Assez improbable	Très improbable

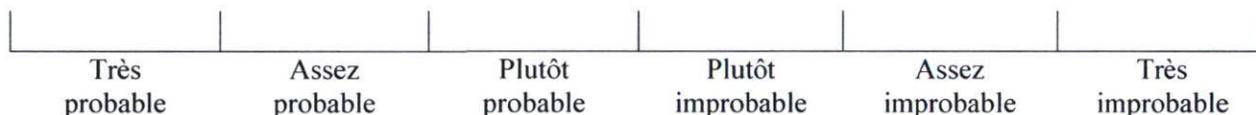
Situation

Pour répondre aux questions, vous devez imaginer que présentement et pour les trois prochains mois, vous travaillez dans une unité de soins critiques où les infirmières de chevet, tout comme les médecins, peuvent approcher la famille pour obtenir un consentement au don d'organes.

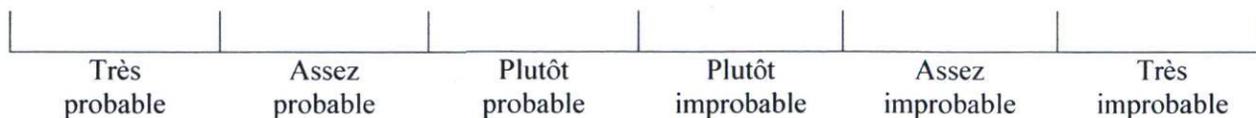
22. Au cours des trois prochains mois, si j'étais dans la situation décrite et si la carte d'assurance-maladie était signée, je demanderais un consentement au don d'organes à la famille d'un patient suite à son diagnostic de décès neurologique.



23. Au cours des trois prochains mois, si j'étais dans la situation décrite, je demanderais un consentement au don d'organes à la famille d'un patient suite à son diagnostic de décès neurologique même sans formation sur le don d'organes.



24. Au cours des trois prochains mois, si j'étais dans la situation décrite, je demanderais un consentement au don d'organes à la famille d'un patient suite à son diagnostic de décès neurologique même si je manquais de temps.



25. Au cours des trois prochains mois, si j'étais dans la situation décrite, les chances sur 100 que je demande un consentement au don d'organes à la famille d'un patient suite à son diagnostic de décès neurologique seraient :



Situation

Pour répondre aux questions, vous devez imaginer que présentement et pour les trois prochains mois, vous travaillez dans une unité de soins critiques où les infirmières de chevet, tout comme les médecins, peuvent approcher la famille pour obtenir un consentement au don d'organes.

26. Au cours des trois prochains mois, si j'étais dans la situation décrite et si je **NE** demandais **PAS** un consentement au don d'organes à la famille lors d'un diagnostic de décès neurologique d'un patient, je le regretterais dans les jours qui suivent.

Très probable	Assez probable	Plutôt probable	Plutôt improbable	Assez improbable	Très improbable

27. Au cours des trois prochains mois, si j'étais dans la situation décrite, il serait dans mes principes de demander un consentement au don d'organes à la famille d'un patient suite à son diagnostic de décès neurologique.

Très en accord	Assez en accord	Plutôt en accord	Plutôt en désaccord	Assez en désaccord	Très en désaccord

28. Au cours des trois prochains mois, si j'étais dans la situation décrite, je demanderais un consentement au don d'organes à la famille d'un patient suite à son diagnostic de décès neurologique.

Très en accord	Assez en accord	Plutôt en accord	Plutôt en désaccord	Assez en désaccord	Très en désaccord

29. Au cours des trois prochains mois, si j'étais dans la situation décrite, je pourrais facilement demander un consentement au don d'organes à la famille d'un patient suite à son diagnostic de décès neurologique.

Très probable	Assez probable	Plutôt probable	Plutôt improbable	Assez improbable	Très improbable

Situation

Pour répondre aux questions, vous devez imaginer que présentement et pour les trois prochains mois, vous travaillez dans une unité de soins critiques où les infirmières de chevet, tout comme les médecins, peuvent approcher la famille pour obtenir un consentement au don d'organes.

30. Au cours des trois prochains mois, si j'étais dans la situation décrite, j'estime que les chances que je demande un consentement au don d'organes à la famille d'un patient suite à son diagnostic de décès neurologique seraient :

Très faibles	Assez faibles	Plutôt faibles	Plutôt Fortes	Assez fortes	Très fortes

31. Au cours des trois prochains mois, si j'étais dans la situation décrite et que je **NE** demandais **PAS** un consentement au don d'organes à la famille lors d'un diagnostic de décès neurologique d'un patient, cela me tracasserait dans les jours qui suivent.

Très probable	Assez probable	Plutôt probable	Plutôt improbable	Assez improbable	Très improbable

32. Au cours des trois prochains mois, si j'étais dans la situation décrite, je crois que la majorité de mes collègues demanderait un consentement au don d'organes à la famille d'un patient suite à son diagnostic de décès neurologique

Très en accord	Assez en accord	Plutôt en accord	Plutôt en désaccord	Assez en désaccord	Très en désaccord

33. Au cours des trois prochains mois, si j'étais dans la situation décrite, je prendrais en considération les aspects suivants au moment de décider de demander ou non un consentement au don d'organes à la famille d'un patient suite à son diagnostic de décès neurologique.

- a. Permettre à une personne de prolonger sa vie.

Très probable	Assez probable	Plutôt probable	Plutôt improbable	Assez improbable	Très improbable

Situation

Pour répondre aux questions, vous devez imaginer que présentement et pour les trois prochains mois, vous travaillez dans une unité de soins critiques où les infirmières de chevet, tout comme les médecins, peuvent approcher la famille pour obtenir un consentement au don d'organes.

33. Au cours des trois prochains mois, si j'étais dans la situation décrite, je prendrais en considération les aspects suivants au moment de décider de demander ou non un consentement au don d'organes à la famille d'un patient suite à son diagnostic de décès neurologique. (suite)

- b. Contribuer à améliorer la qualité de vie d'autres personnes.

Très probable	Assez probable	Plutôt probable	Plutôt improbable	Assez improbable	Très improbable

- c. Permettre à une personne malade de vivre en meilleure santé.

Très probable	Assez probable	Plutôt probable	Plutôt improbable	Assez improbable	Très improbable

- d. Améliorer l'existence d'autres personnes.

Très probable	Assez probable	Plutôt probable	Plutôt improbable	Assez improbable	Très improbable

- e. Sauver des vies humaines.

Très probable	Assez probable	Plutôt probable	Plutôt improbable	Assez improbable	Très improbable

- f. Agir dans les meilleurs intérêts d'une personne en attente d'une greffe.

Très probable	Assez probable	Plutôt probable	Plutôt improbable	Assez improbable	Très improbable

Situation

Pour répondre aux questions, vous devez imaginer que présentement et pour les trois prochains mois, vous travaillez dans une unité de soins critiques où les infirmières de chevet, tout comme les médecins, peuvent approcher la famille pour obtenir un consentement au don d'organes.

33. Au cours des trois prochains mois, si j'étais dans la situation décrite, je prendrais en considération les aspects suivants au moment de décider de demander ou non un consentement au don d'organes à la famille d'un patient suite à son diagnostic de décès neurologique. (suite)

g. Venir en aide à mon prochain.

Très probable	Assez probable	Plutôt probable	Plutôt improbable	Assez improbable	Très improbable

h. Contribuer à réduire les inégalités créées par la maladie.

Très probable	Assez probable	Plutôt probable	Plutôt improbable	Assez improbable	Très improbable

i. Corriger l'injustice que vivent les personnes aux prises avec un organe malade.

Très probable	Assez probable	Plutôt probable	Plutôt improbable	Assez improbable	Très improbable

j. Le fait que le receveur pourrait être une personne qui n'a pas toujours pris soin de sa santé.

Très probable	Assez probable	Plutôt probable	Plutôt improbable	Assez improbable	Très improbable

k. Redistribuer à d'autres personnes une ressource rare.

Très probable	Assez probable	Plutôt probable	Plutôt improbable	Assez improbable	Très improbable

Situation

Pour répondre aux questions, vous devez imaginer que présentement et pour les trois prochains mois, vous travaillez dans une unité de soins critiques où les infirmières de chevet, tout comme les médecins, peuvent approcher la famille pour obtenir un consentement au don d'organes.

33. Au cours des trois prochains mois, si j'étais dans la situation décrite, je prendrais en considération les aspects suivants au moment de décider de demander ou non un consentement au don d'organes à la famille d'un patient suite à son diagnostic de décès neurologique. (suite)

l. Poser un geste en toute liberté.

Très probable	Assez probable	Plutôt Probable	Plutôt improbable	Assez improbable	Très improbable

m. Respecter les volontés de la personne par rapport à l'utilisation de ses organes suite à son décès.

Très probable	Assez probable	Plutôt Probable	Plutôt improbable	Assez improbable	Très improbable

n. Affirmer ma position personnelle face au don d'organes.

Très probable	Assez probable	Plutôt probable	Plutôt improbable	Assez improbable	Très improbable

o. Indiquer clairement à la famille la volonté de la personne décédée.

Très probable	Assez probable	Plutôt probable	Plutôt improbable	Assez improbable	Très improbable

p. Inciter la famille à respecter la volonté de la personne décédée.

Très probable	Assez probable	Plutôt probable	Plutôt improbable	Assez improbable	Très improbable

Situation

Pour répondre aux questions, vous devez imaginer que présentement et pour les trois prochains mois, vous travaillez dans une unité de soins critiques où les infirmières de chevet, tout comme les médecins, peuvent approcher la famille pour obtenir un consentement au don d'organes.

34. Au cours des trois prochains mois, si j'étais dans la situation décrite et que je **NE** demandais **PAS** un consentement au don d'organes à la famille lors d'un diagnostic de décès neurologique d'un patient, je me sentirais préoccupé(e) dans les jours qui suivent.

Très probable	Assez probable	Plutôt probable	Plutôt improbable	Assez improbable	Très improbable

35. Au cours des trois prochains mois, si j'étais dans la situation décrite et que je **NE** demandais **PAS** un consentement au don d'organes à la famille lors d'un diagnostic de décès neurologique d'un patient, je serais déçu(e) de moi dans les jours qui suivent.

Très probable	Assez probable	Plutôt probable	Plutôt improbable	Assez improbable	Très improbable

36. Au cours des trois prochains mois, si j'étais dans la situation décrite, j'estime que le nombre de mes collègues qui demanderait un consentement au don d'organes à la famille d'un patient suite à son diagnostic de décès neurologique serait :

Très élevé	Plutôt élevé	Plutôt faible	Très faible	Aucun

37. Au cours des trois prochains mois, si j'étais dans la situation décrite, le pourcentage de mes collègues qui demanderait un consentement au don d'organes à la famille d'un patient suite à son diagnostic de décès neurologique serait ...

_____ %

Situation

Pour répondre aux questions, vous devez imaginer que présentement et pour les trois prochains mois, vous travaillez dans une unité de soins critiques où les infirmières de chevet, tout comme les médecins, peuvent approcher la famille pour obtenir un consentement au don d'organes.

38. Au cours des trois prochains mois, si j'étais dans la situation décrite, les personnes les plus importantes pour moi pensent que je devrais demander un consentement au don d'organes à la famille d'un patient suite à son diagnostic de décès neurologique.

Très en accord	Assez en accord	Plutôt en accord	Plutôt en désaccord	Assez en désaccord	Très en désaccord

Répondez aux deux prochaines questions en référence à votre situation réelle de travail et non en fonction de la situation décrite

39. Au cours des trois **derniers** mois, j'ai demandé un consentement au don d'organes à la famille d'un patient suite à son diagnostic de décès neurologique...

Très souvent	Souvent	Quelques fois	Rarement	Jamais

40. Au cours des trois **derniers** mois, à combien de famille avez-vous demandé un consentement au don d'organes suite au diagnostic de décès neurologique du patient?

_____ famille(s).

Données générales :

10. Quel est le plus haut niveau de scolarité que vous avez complété?

- Formation professionnel
- Formation collégiale
- Formation universitaire
 - 1^e cycle
 - 2^e cycle
 - 3^e cycle
- Certificat universitaire
 - 1^e cycle
 - 2^e cycle
- Diplôme universitaire
 - 1^e cycle
 - 2^e cycle

11. Quel est votre sexe?

- Féminin
- Masculin

12. Sur quelle unité travaillez-vous?

- Unité de soins intensifs
- Unité d'urgence

13. Combien d'ancienneté avez-vous comme infirmière?

_____ années _____ mois

14. Combien d'ancienneté avez-vous comme infirmière dans une unité de soins critiques (urgence, soins intensifs)?

_____ années _____ mois

15. Parmi vos amis, vos collègues et votre famille, connaissez-vous quelqu'un en attente d'une greffe d'un organe?

Oui

Non

16. Connaissez-vous une personne de votre entourage qui a eu une transplantation d'organes?

Oui

Non

17. Avez-vous connu une personne de votre entourage qui a fait don d'un ou de plusieurs organes?

Oui

Non

18. Avez-vous déjà consentit au don de vos organes soient en signant l'autocollant à l'endos de votre carte d'assurance maladie ou en spécifiant vos intentions sur le registre des notaires?

Oui

Non

Le questionnaire est présentement complété. Avant de le remettre, assurez-vous d'avoir répondu à toutes les questions.

Merci beaucoup d'avoir participé à cette étude!

Annexe 8

LETTRE DE PRÉSENTATION DE L'ÉTUDE

**Étude sur les déterminants liés à la démarche infirmière dans
l'approche d'une famille en vue d'un don d'organes**

Madame/ monsieur

Vous êtes invités à participer à un projet de recherche réalisé dans le cadre du projet de maîtrise en Sciences infirmières à l'Université Laval de Julie Berger, sous la supervision de Danielle Blondeau (Ph.D) et de Camille Gagné (Ph.D), professeures à la Faculté des sciences infirmières de l'Université Laval. Avant d'accepter d'y participer, il est important de prendre le temps de lire, de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent.

Le présent document peut contenir des mots que vous ne comprenez pas n'hésitez pas à communiquer avec le responsable du projet de recherche ou son représentant pour obtenir des explications supplémentaires ou pour toute autre information que vous jugerez utile.

Description et but du projet de recherche

De nos jours, les organes disponibles pour les transplantations sont insuffisants pour répondre à la demande toujours croissante. Une des principales raisons pour expliquer ce phénomène est le faible taux de consentement pour le don d'organes, notamment de la part de la famille d'un proche décédé.

Les infirmières qui travaillent dans les secteurs d'urgence et de soins intensifs peuvent jouer un rôle clé dans l'obtention du consentement au don d'organes puisque parfois, elles approchent la famille du donneur pour demander un consentement. Dans certains établissements, ce rôle est reconnu et fréquent pour les infirmières. Tandis que pour d'autres, cette approche n'est pas mise de l'avant.

Dans votre établissement, la demande de don d'organes à la famille lors d'un décès neurologique est actuellement faite par les médecins ou certaines infirmières.

Ce projet vise à étudier les déterminants liés à l'intention de l'infirmière d'approcher une famille en vue du don des organes d'un proche décédé suite à un diagnostic de décès neurologique. Les

résultats permettront de mieux comprendre ce qui influence l'approche infirmière à la famille lors d'une situation de don d'organes et pourraient permettre la création de stratégies de formations futures. À plus long terme, les résultats liés à votre participation pourraient conduire à l'élaboration d'un programme d'intervention sur l'approche à la famille lors d'un don d'organes auprès des infirmières.

La recherche a pour buts :

- 1) d'identifier les déterminants liés à l'intention de l'infirmière d'approcher une famille en vue du don des organes d'un proche décédé suite au diagnostic de décès neurologique.
- 2) de déterminer sur quelles croyances saillantes devraient reposer un programme d'intervention visant à favoriser l'intention des infirmières en soins critiques à demander un consentement au don d'organes à la famille d'un patient suite à son diagnostic de décès neurologique.

Nature et durée de la participation au projet de recherche

Au total, 440 personnes de deux centres hospitaliers affiliés à l'Université Laval dans la grande région de Québec qui travaillent dans les secteurs de soins intensifs et d'urgence seront invitées à participer à l'étude. Votre participation est volontaire et puisque le but de cette étude vise à identifier les déterminants liés à la démarche infirmière dans l'approche d'une famille en vue d'un don d'organes et à déterminer sur quelles croyances saillantes devraient reposer un programme d'intervention visant à favoriser l'intention des infirmières en soins critiques à demander un consentement au don d'organes à la famille d'un patient suite à son diagnostic de décès neurologique, il n'est pas nécessaire d'avoir vécu une expérience d'un processus de don d'organes pour être incluse dans la présente étude

Votre participation à cette étude consiste à remplir un questionnaire que le moniteur clinique vous a transmis directement. Remplir le questionnaire devrait vous prendre environ 30 minutes. Lorsque le questionnaire sera rempli, il sera possible de l'acheminer à l'étudiante-chercheuse en le déposant dans une boîte scellée dans le bureau des moniteurs cliniques de votre département. Il est à noter que seule l'étudiante-chercheuse est autorisée à ouvrir la boîte pour récupérer les questionnaires pour les fins d'analyse.

Avantages et inconvénients pouvant découler de la participation au projet de recherche

Il y a aucun avantage direct n'est prévu pour vous lors de cette étude. Cependant, votre participation à ce projet permettra de mieux connaître les déterminants liés à l'intention de l'infirmière d'approcher une famille en vue du don des organes d'un proche décédé suite à un diagnostic de décès neurologique.

Par ailleurs, outre le temps requis pour répondre aux questionnaires, il n'y a pas d'inconvénients lié à la participation à cette étude.

Confidentialité et anonymat

Pour assurer la confidentialité et l'anonymat de votre participation, aucune identification n'est demandée sur le questionnaire. De plus, aucune publication ou communication en lien avec l'étude ne permettra de vous identifier.

Personnes ressources et questions

Si vous avez des questions sur le projet de recherche et sur les implications de votre participation, il est possible de communiquer avec Julie Berger, étudiante-chercheuse, au numéro de téléphone suivant : 418-839-4623 ou à l'adresse de courriel suivante : julie.berger.1@fsi.ulaval.ca. De plus, vous pouvez également communiquer avec la personne ressource au CHAU Hôtel-Dieu de Lévis, Madame Rachelle Huard, infirmière cadre-conseil en évaluation et développement de la pratique infirmière au numéro de téléphone 418-835-7121 poste 1278.

Remerciement

Je vous remercie et j'apprécie votre participation à cette étude. Votre collaboration est très précieuse.

Julie Berger, étudiante -chercheuse

