



Nursing Best Practice Research Unit

Unité de recherche sur les pratiques exemplaires
en soins infirmiers



Échelle de confiance en administration d'insuline et en gestion diététique (ECA IGD)

**LES LIGNES DIRECTRICES SUR LES PRATIQUES EXEMPLAIRES
EN SOINS INFIRMIERS**

GUIDE D'ÉVALUATION DE L'USAGER

Novembre 2006


Désistement

Les opinions exprimées dans cette publication sont celles des auteurs. La publication n'implique aucunement que les partenaires participants de l'Unité de recherche sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers n'endossent ces points de vue. Ces partenaires sont les membres du corps professoral de l'Université d'Ottawa et les membres de l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (RNAO).



158 Pearl Street / 158, rue Pearl
Toronto ON M5H 1L3 CANADA

 416 599-1925


 416 599-1926



uOttawa

L'Université canadienne
Canada's university

School of Nursing /
École des sciences infirmières
451 Smyth
Ottawa ON K1H 8M5 CANADA

 613 562-5800 (8407)

 613 562-5658

<http://www.nbpru.ca/>

Droits d'auteurs © 2006 par le NBPRU

Imprimé à Ottawa, Ontario, Canada

Tous droits réservés. Reproduction de ce document, en tout ou en partie est interdite sans le consentement des auteurs et du détenteur des droits d'auteurs.

La citation recommandée est:

Davies B, Danseco E, Ray K, Zarins B, Skelly J, Santos J, Edwards N, Brez S & Lybanon V. (2006). Nursing Best Practice Guidelines Evaluation User Guide: The Confidence in Administering Insulin and Managing Diet Scale (CAI-MDS). Unité de recherche sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers, Université d'Ottawa, Canada pp 1-29.

Remerciements

Ce guide de l'utilisateur est basé sur un projet d'évaluation octroyé à Barbara Davies et Nancy Edwards avec l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (RNAO) et subventionné par le Gouvernement de l'Ontario. Les auteures sont reconnaissantes pour le soutien reçu du Secrétariat des soins infirmiers du Ministère de la santé et des soins de longue durée (MOHLTC), particulièrement envers Sue Matthews, responsable des soins infirmiers. Les auteures désirent aussi souligner la contribution de Tazim Virani et du personnel du RNAO, des sites cliniques qui ont mené les tests pilotes d'évaluation des échelles, les membres de l'équipe d'évaluation et le personnel du projet. Les commentaires des nombreuses personnes qui ont révisé les ébauches préliminaires de ce guide de l'utilisateur sont très appréciés: Kim Dalla Bona, Chris Silvestre et Colleen Turner.



Collaborateurs

Lucie Brosseau, PhD, École des sciences de la Réadaptation, Université d'Ottawa
Denyse Pharand, RN, PhD, École des sciences infirmières, Université d'Ottawa
Ariella Lang, RN, PhD, Canadian Institutes of Health Research Postdoctoral Fellow,
École des sciences infirmières, Université d'Ottawa
Jenny Ploeg, RN, PhD, School of Nursing, McMaster University

Personnel du projet d'évaluation

Valérie C. Cronin, RN, MA
Alexis Dmitruk
Andrea Perrier, RN, MBA
Elana Ptack, RN, BA
Cathy Zhang

Échelle de confiance en administration d'insuline et en gestion diététique (ECA-IGD)

Barbara Davies, RN, PhD
Université d'Ottawa, École des sciences infirmières

Evangeline Danseco, PhD
Université d'Ottawa, École des sciences infirmières

Karen Ray, RN, MSc
Soins de Santé Saint-Éizabeth ???

Baiba Zarins, RN, CNCC(C), MHS
Réseau de santé de l'Université

Jennifer Skelly, RN, PhD
School of Nursing, McMaster University

Josephine Santos, RN, MSc
Ministère de la santé et des soins de longue durée

Nancy Edwards, RN, PhD
École des sciences infirmières, Faculté des sciences de la
santé & Département d'Épidémiologie et de Santé
communautaire, Université d'Ottawa

Sharon Brez, RN, MA(Ed), CDE
L'Hôpital d'Ottawa

Vanessa Lybanon, MA
Université d'Ottawa, Institut de recherche en santé mentale



Table des Matières

Chapitre 1 — Élaboration de l'échelle de confiance en administration d'insuline et en gestion diététique	1
Historique.....	1
Lignes directrices des pratiques exemplaires du RNAO sur l'administration sous-cutanée d'insuline aux adultes ayant un diabète de Type 2.....	3
Approche d'élaboration d'une échelle	3
Chapitre 2 — Administration, calcul des cotes et interprétation de l'ECA-IGD	5
Description de l'Échelle de confiance en administration d'insuline et en gestion diététique (ECA-IGD).....	7
Administration.....	8
Calcul des cotes et interprétation	8
Chapitre 3 — Vue d'ensemble des propriétés psychométriques de l'ECA-IGD	8
Résumé	11
Références	12
Annexes	13
<u>Annexe A</u> : Échelle de confiance en administration d'insuline et en gestion diététique (ECA IGD).....	16
<u>Annexe B</u> : Comment effectuer la collecte des données en milieux cliniques	19
<u>Annexe C</u> : Lignes directrices de saisie des données par SPSS	26
<u>Annexe D</u> : Programme SPSS de cotation et exemple de listes de variables	30
<u>Annexe E</u> : Ressources.....	32
<u>Annexe F</u> : Guide de référence rapide	33

1 Élaboration de l'Échelle de confiance en administration d'insuline et en gestion diététique (ECA-IGD)



Vue du chapitre

- Pour quelles raisons des instruments d'évaluation des lignes directrices en pratiques exemplaires sont-ils nécessaires?
- Les processus utilisés pour élaborer l'Échelle de Confiance en Administration d'Insuline et en Gestion Diététique (ECA-IGD)

L'Unité de recherche sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers (NBPRU) a été mise sur pied en janvier 2005 en partenariat avec l'École des sciences infirmières de l'Université d'Ottawa et l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (RNAO). Un des objectifs de l'Unité de recherche est de développer et de mener des études pilotes sur les instruments utiles à l'évaluation de la mise en œuvre des LDPE en soins infirmiers cliniques.

HISTORIQUE

Les lignes directrices de pratique clinique exemplaire (LDPE) résument les recherches les plus récentes sur une variété de thèmes. Elles contiennent des recommandations utiles pour aider les fournisseurs de soins de santé à dispenser des services fondés sur des données probantes et à améliorer les résultats de santé des patients. L'Association des infirmières et

infirmiers autorisés de l'Ontario (RNAO), avec une subvention provenant du Ministère Ontarien de la santé et des soins de longue durée a développé 30 LDPE à ce jour. Chacune des LDPE inclut des recommandations fondées sur des savoirs probants en matière de pratique, d'éducation, d'organisme/politique. Les détails relatifs au programme des lignes directrices des

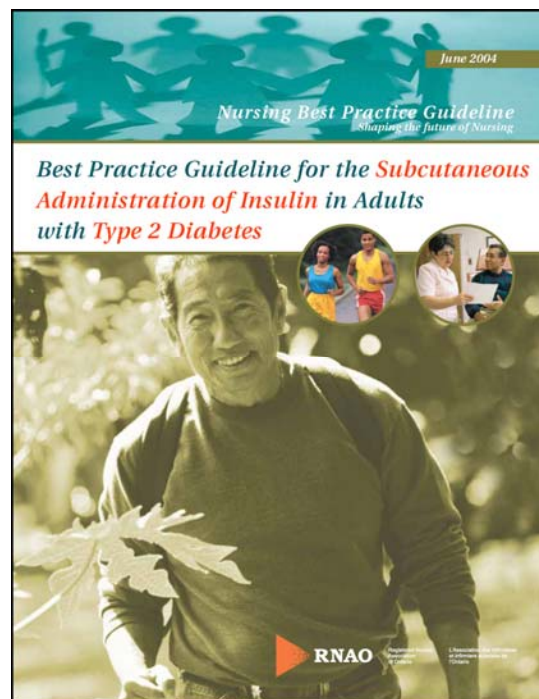
pratiques exemplaires sont disponibles au site web du RNAO: www.rnao.org

Lorsque les recommandations des LDPE sont mises en place dans les milieux de soins de santé, l'évaluation des effets doit être liée avec des changements dans la pratique des soins infirmiers et les résultats sur l'amélioration des patients. Les mesures utilisées pour évaluer la mise en place des LDPE doivent être valides et fidèles afin d'établir des conclusions entre la mise en œuvre et les résultats obtenus. Ces mesures doivent aussi être faisables, acceptables et significatives aux fournisseurs de soins de santé et aux patients. Des mesures rigoureuses sont primordiales pour permettre une prise de décision efficace en matière d'implémentation et d'évaluation des soins, fondées sur des savoirs probants.

L'Unité de recherche sur les pratiques exemplaires (NBPRU) a été créée en janvier 2005 en partenariat avec l'École des sciences infirmières, l'Université d'Ottawa et l'Association des infirmières et infirmiers autorisés d'Ontario (RNAO). Un des objectifs de l'Unité de recherche est de développer et de réaliser des études pilotes utiles à l'évaluation de la mise en œuvre des LDPE en soins infirmiers cliniques. Lors d'un symposium au printemps 2005, une équipe de pointe formée de chercheurs en administration, d'organismes subventionnaires du gouvernement et de chercheurs en politiques a identifié le manque d'instruments disponibles pour mesurer les résultats de la mise en place des lignes directrices. Le NBPRU a alors développé des instruments d'évaluation accompagnant différents LDPE. Les propriétés psychométriques de ces instruments d'évaluation ont fait l'objet de plusieurs études.

Ce guide de l'utilisateur décrit l'élaboration et les propriétés psychométriques d'un instrument d'évaluation élaboré par le NBPRU pour évaluer les résultats du patient lors de la mise en place des recommandations des LDPE de la RNAO sur l'administration sous-cutanée d'insuline aux adultes ayant un diabète Type 2 (RNAO, 2004). Ce guide est rédigé à l'intention des usagers expérimentés ou ayant une formation de niveau supérieur en recherche et en évaluation.

L'échelle d'évaluation de ce guide se nomme **Échelle de Confiance en Administration d'Insuline et en Gestion Diététique (ECA-IGD)**. Une brève description de l'élaboration de l'échelle est présentée suivie de son mode d'administration, du calcul des cotes et de l'interprétation. Les propriétés psychométriques sont aussi résumées. D'autres informations techniques sur l'étude des propriétés psychométriques seront présentées dans un



article ultérieur (Danseco, Davies, Edwards, Skelly, Santos & Lybanon 2006).

LIGNES DIRECTRICES DES PRATIQUES EXEMPLAIRES DE LA RNAO SUR L'ADMINISTRATION SOUS-CUTANÉE D'INSULINE AUX ADULTES AYANT UN DIABÈTE DE TYPE 2

Les LDPE de la RNAO sur l'administration sous-cutanée d'insuline aux adultes ayant un diabète de Type 2 couvrent les connaissances et les habiletés importantes que les infirmières non spécialisées en soins aux diabétiques doivent avoir pour travailler avec des patients atteints de diabète Type 2 nécessitant de l'insuline sous-cutanée. Ces recommandations comprennent de l'information que les infirmières autorisées (RN) et les infirmières auxiliaires autorisées (RPN) de divers milieux de soins peuvent utiliser pour aider les patients dans leur gestion de soins au quotidien. Les composantes de cette gestion de soins au quotidien incluent l'évaluation de facteurs psychosociaux tel que l'auto-efficacité, le stress et les croyances reliés à l'initiation de la prise d'insuline et l'approche personnalisée du début et du suivi de l'éducation du patient relative aux thèmes de l'hypoglycémie et de la surveillance de la glycémie.

Les résultats significatifs associés au patient et à la mise en œuvre de ce guide comportent une amélioration de la qualité de vie, une

démonstration sécuritaire de l'administration d'insuline, de la satisfaction reliée au traitement et à l'éducation sur le diabète ainsi que l'auto-efficacité reliée à la gestion quotidienne du diabète. L'équipe du comité de développement ayant travaillé sur ces LDPE comprend des experts en soins pour les diabétiques et les décideurs ayant révisé les LDPE sont des praticiens en médecine, en pharmacie, en travail social et en nutrition.

APPROCHE À L'ÉLABORATION D'UNE ÉCHELLE

L'élaboration de la mesure d'évaluation pour les LDPE sur l'administration sous-cutanée d'insuline a suivi un processus de collaboration impliquant des représentants du comité de développement des lignes directrices, des sites de mise en place et une équipe d'évaluation des lignes directrices (voir Figure 1). Cette équipe a identifié les recommandations des LDPE, a sélectionné un domaine pour le développement d'une mesure d'évaluation et a révisé les instruments pertinents identifiés dans la revue de la littérature. Ce groupe se nomme: «L'équipe du diabète DREAM» (**D**éveloppement, **R**évision, **É**valuation et **A**nalyse **M**esures).

Figure 1. Structure de l'équipe d'évaluation

Steering Committee = Comité de direction

Cost Committee = Comité des coûts

Psychometrics Committee = Comité de psychométrie

Diabetes Dream team = Équipe DREAM du diabète

BPG Panel Rep.= Représentant comité LDPE

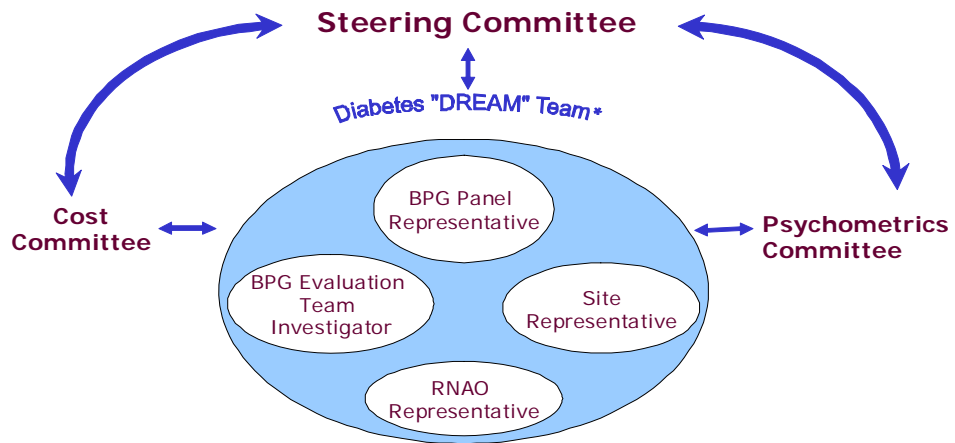
BPG Evaluation Team Invest.= Chercheur équipe d'évaluation LDPE

Site Rep. = Représentant du site

RNAO rep. = Représentant RNAO

DREAM = Développer, Revoir, Évaluer, Analyser, Mesurer

Figure 1. Evaluation Team Structure.



*DREAM: Developing, Reviewing, Evaluating and Assessing Measures

Les recommandations prioritaires que nous-mêmes et notre conseil clinique avons identifiées nous ont menés à sélectionner l'auto efficacité à titre de résultat de mise en place des LDPE. Ensuite nous avons effectué une revue de la littérature sur les mesures d'auto efficacité ainsi que sur d'autres mesures similaires associées aux résultats de la gestion quotidienne du diabète par les patients.

À partir de la revue de la littérature nous avons trouvé 35 instruments mesurant divers aspects de « l'auto gestion » du diabète. Afin d'en avoir une vision exhaustive, nous avons choisi « l'Insulin Management Diabetes Self-Efficacy Scale » (IMDSES) développée par Hurley (1990). L'échelle IMDSES mesure les croyances des patients dans plusieurs domaines, là où chaque croyance pourrait aider ou nuire aux activités d'auto gestion.

Nous avons observé pendant la révision et nos discussions, que le format de réponses utilisé (Échelle de type Likert « de fortement en désaccord à fortement en accord ») ne suivait pas le format recommandé par Bandura (1994, 1997) pour mesurer l'auto efficacité. Albert Bandura a développé le concept d'auto efficacité (1977), et plusieurs chercheurs ont trouvé que l'auto efficacité jouait un rôle clé dans les résultats de plusieurs programmes de santé.

Nous avons aussi noté que les gens ont des problèmes à répondre aux items formulés négativement dans l'IMDSES. Par exemple, si la personne est en désaccord avec l'énoncé, « je ne suis pas certain que je puisse reconnaître quand ma glycémie est faible », implique que la personne peut reconnaître une faible glycémie. Toutefois, certaines personnes indiquent qu'elles sont d'accord avec l'énoncé plutôt qu'en désaccord. Ceci est un problème commun dans

le cas d'énoncés formulés négativement (DeVellis, 2003).

Nous avons élaboré l'ECA-IGD en rédigeant des items similaires à ceux de l'IMDSES (Hurley, 1990) et du Self-Efficacy for Diabetes scale (Stanford Patient Education Centre). Nous mettons l'accent seulement sur les croyances des patients dans deux domaines majeurs: l'administration et la gestion de l'insuline (12 items), et la gestion diététique (9 items). La sous-échelle sur l'administration et la gestion de l'insuline inclut différentes situations ou contextes dans lesquelles l'auto efficacité de la personne peut varier quant à la gestion de l'insuline.

Bien que les LDPE du RNAO sur l'administration de l'insuline ne mettent pas l'accent sur l'enseignement aux patients relié à la gestion de la diète, des items ont été inclus car il a été démontré qu'être capable de gérer sa diète a un effet sur les niveaux de glycémie (Franz, et al, 2002). L'auto efficacité et les recommandations diététiques suivantes peuvent jouer un rôle sur l'auto gestion diététique globale.

L'ECA-IGD utilise une échelle de type Likert en 5 points, allant de 1 (pas confiant du tout) à 5 (extrêmement confiant). Un format de réponses utilisant le « désaccord à accord » ne suivrait pas le format recommandé pour mesurer l'auto efficacité selon le cadre de référence de Bandura et d'autres échelles sur l'auto efficacité plus largement utilisées (Crawford et al, 2004; DiClemente, Carbonari, Montgomery & Hughes, 1994; Velicer, DiClemente, Rossi & Prochaska, 1990).

Les ébauches initiales de l'ECA-IGD ont été révisées par un comité d'experts composé

d'infirmières compétentes en soins aux diabétiques et de psychologues compétents en mesure et en auto efficacité. Leurs commentaires et suggestions ont été intégrés dans la version testée sur le terrain. L'une des suggestions se rapportait à l'utilisation de la police d'imprimerie Arial taille 14 afin de faciliter la lecture étant donné le potentiel de problèmes de vision pouvant se produire chez les personnes diabétiques.

L'ECA-IGD a été testé dans 2 organismes de santé de l'Ontario entre les mois de juillet et

décembre 2004. Les sites incluaient un grand centre hospitalier universitaire métropolitain et une agence de soins de santé communautaire. Au total, 45 participants ont participé à cette étude. Une description détaillée de cet échantillon et des procédures est publiée dans Danseco et al. (2006).

Administration, calcul des cotes et interprétation de l'ECA-IGD

Vue du chapitre

Dans cette section, nous décrivons:

- Les deux sous échelles de l'ECA-IGD;
- La façon d'utiliser l'ECA-IGD;
- La façon de calculer et d'interpréter l'instrument.

DESCRIPTION DE L'ÉCHELLE DE CONFIANCE EN ADMINISTRATION

Ce guide de l'usager présente l'**Échelle de Confiance en Administration d'Insuline et en Gestion Diététique (ECA-IGD - Annexe A)** une mesure d'auto efficacité reliée à l'auto administration d'insuline et de surveillance des niveaux de glycémie et de gestion de la diète d'une personne. L'ECA-IGD peut être utilisée par les infirmières qui dispensent des soins aux diabétiques et désirent évaluer l'efficacité de l'enseignement au patient relié au diabète, en tant que résultat de la mise en œuvre des LDPE du RNAO sur l'administration sous-cutanée de l'insuline. L'ECA-IGD peut aussi être utilisée pour surveiller les améliorations de l'auto efficacité dans le temps, par exemple afin de voir si l'auto efficacité des clients est reliée aux changements dans la pratique des soins infirmiers, à mesure que les infirmières mettent en œuvre les recommandations des LDPE dans l'administration de l'insuline.

Il est préférable d'administrer l'ECA-IGD de *deux à quatre semaines après l'enseignement au patient*, quand les patients ou clients ont atteint un certain niveau de familiarité avec l'auto administration de l'insuline.

D'INSULINE ET EN GESTION DIÉTÉTIQUE (ECA-IGD)

L'ECA-IGD peut aussi être adaptée pour un usage par des gestionnaires de différents organismes de soins de santé pour mesurer l'amélioration de la qualité des programmes là où les bénéfices des activités d'enseignement ont avantage à être mesurés. Les étudiants aux études supérieures et autres peuvent aussi adapter l'échelle ECA-IGD auto administrée par le patient pour leur propre recherche associée à l'auto efficacité et au diabète .

L'ECA-IGD a été construit pour évaluer l'auto efficacité c'est-à-dire la **perception de sa propre compétence à effectuer les activités nécessaires pour prendre soin de son diabète** (van der Ven et al, 2003) telles que préparer et administrer l'insuline, ainsi que la façon dont la personne gère sa diète. Il y a deux sous-échelles: pour l'Administration de l'Insuline et pour la Surveillance de la Glycémie en 12 items, et la sous-échelle pour la Gestion de la Diète en 9 items,.

Chaque item décrit une situation ou un contexte dans lequel l'auto efficacité de l'auto administration de l'insuline ou la gestion de la diète peut varier. Par exemple, une question

porte sur le niveau de confiance d'une personne à effectuer les actions reliées au traitement et à la gestion de l'insuline (Quel est votre niveau de confiance lorsque vous accomplissez les actions reliées à votre traitement et à votre gestion d'insuline?) Une autre question porte sur le niveau de confiance à pratiquer les activités reliées à la gestion de la diète et au contrôle correspondant de la glycémie (Quel est votre niveau de confiance en exécutant ces activités sur la base des conseils diététiques donnés par un professionnel de la santé pour votre diabète?).

ADMINISTRATION

Les patients ou clients reçoivent un questionnaire auto-administré et doivent encercler la réponse qui indique le mieux leur niveau de confiance lors de l'exécution de certaines tâches ou activités. Dans certains cas, il n'est pas possible pour les patients/clients de remplir le questionnaire immédiatement. Ceci peut se produire dans le cas de patients vivant en milieu rural ou dans le cas d'agence de soins à domicile. Dans ces cas-là, les patients/ clients peuvent compléter le questionnaire à domicile et le retourner par la poste de préférence dans l'enveloppe pré-affranchie et pré-adressée (fournie par le chercheur ou le fournisseur de soins).

Le questionnaire peut aussi être complété par téléphone ou en personne avec un interviewer ou un chercheur qui lit les énoncés et les options de réponses à voix haute et le patient/client répond verbalement. Il est judicieux de se souvenir que les patients ou clients peuvent avoir tendance à donner des réponses socialement désirables lorsque le questionnaire est présenté dans un format d'entrevue. Cependant, l'entrevue permet au fournisseur de soins de pouvoir

demander au client de clarifier les réponses à un item et d'avoir ainsi plus de clarté sur l'auto efficacité du client.

Dans certaines situations, lorsque les patients ou clients ne lisent pas l'anglais, il est préférable de recourir à un interprète.. Dans ce cas, il est important de noter qu'il faut considérer les facteurs culturels. Le concept d'auto efficacité pourrait ne pas être culturellement important dans d'autres cultures.

Ce questionnaire n'a pas été vérifié dans d'autres langues que l'anglais ou auprès de différents groupes ethniques. De même, nous n'avons pas examiné les différences de réponses entre les questionnaires complétés en entrevue et ceux auto administrés.

L' Annexe B fournit quelques suggestions sur la manière d'utiliser l'ECA-IGD ou d'autres mesures d'évaluation lorsque l'on mène des recherches dans des organismes de soins de santé.

CALCUL DES COTES ET INTERPRÉTATION

Les répondants doivent indiquer leur niveau de confiance dans leur compétence à effectuer ou à accomplir la tâche/comportement sur une échelle de Likert en 5 points, allant de 1 (pas du tout confiant) à 5 (extrêmement confiant). La cote totale est obtenue par la somme des réponses de tous les items.

Les cotes des deux sous-échelles sont obtenues par la somme de chacun des items correspondant aux sous-échelles (additionner les 12 items pour l'administration de l'insuline et la surveillance du glucose, et les 9 items pour la sous-échelle de la gestion diététique. En général, les cotes élevées indiquent que la personne se

sent très confiante dans sa compétence à exécuter des tâches spécifiques.

L' Annexe C fournit certaines lignes directrices pour entrer les données en utilisant le SPSS et

l'Annexe D illustre un exemple des programmes de calcul des cotes de l'ECA-IGD.

Vue d'ensemble des propriétés psychométriques de l'ECA-IGD

Vue du chapitre

Dans ce chapitre, nous présentons un bref rapport des propriétés psychométriques de l'Échelle de confiance en administration d'insuline et en gestion diététique. Les propriétés décrites incluent:

- › La faisabilité
- › L'acceptabilité
- › La fidélité
- › La validité de contenu et la validité de convergence.

Le Tableau 1 présente un résumé de l'évaluation des propriétés psychométriques et des procédures utilisées pour les évaluer.

Tableau 1. Procédures statistiques utilisées pour l'évaluation des propriétés psychométriques de l'instrument d'audit des dossiers.

Propriétés psychométriques	Procédure statistique utilisée
Faisabilité	Taux de réponses, changement à la période de collecte des données
Acceptabilité	Examen du pourcentage de données manquantes à chaque item
Fidélité	Calcul de l'alpha de Cronbach pour chacune des sous échelles – vérifie la cohérence interne
Validité de contenu	Commentaires et suggestions des experts réviseurs
Validité de convergence	Examen des corrélations de l'ECA-IGD avec une échelle d'attitude envers le diabète et une échelle d'auto soins diabétique.

La Faisabilité (*capacité d'une mesure d'être utilisée dans un milieu particulier compte tenu des ressources disponibles, des exigences de tests et de la complexité de l'administration*) était faible en raison d'un taux de réponses peu élevé. Des 112 participants admissibles, seuls 45 ou 40% ont pris part à l'étude. L'équipe a

recruté des participants pendant une période de 14 semaines durant l'été 2004. Il est à noter que la période de l'été est connue comme étant difficile pour le recrutement de participants. Il était aussi difficile de recruter les patients une fois sortis de l'hôpital.

L'Acceptabilité (*capacité d'une mesure et de ses items d'être acceptés par les utilisateurs*) semble être bonne. Sur l'ensemble des 45 questionnaires, 29 ou 71% n'avaient aucune données manquantes. Un seul item de la sous-échelle d'administration de l'insuline (surveillance de ma glycémie plus souvent lorsque j'ai la grippe ou le rhume) avait des données manquantes ($n = 7$). Pour l'item «Savoir quoi faire si ma glycémie est élevée», cinq participants ont indiqué ne pas pouvoir répondre car ils ne croyaient pas avoir suffisamment d'expérience avec les routines en auto-gestion du diabète étant donné qu'ils venaient de commencer leur programme de traitement d'insuline.

La Fidélité (*cohérence interne; capacité des items de se «tenir ensemble» et mesurer le concept*) a été vérifiée par le calcul de l'alpha de Cronbach. Cet indice varie entre 0 et 1.0 où le nombre élevé reflète une fidélité élevée. En général, un alpha de Cronbach d'au moins .70 est considéré comme adéquat.

L'alpha de Cronbach des deux sous-échelles de l'ECA-IGD était très élevé, se situant à $\alpha = .90$ pour la sous-échelle Administration d'insuline et Surveillance de la glycémie, et $\alpha = .94$ pour la sous-échelle sur la diète. Ces résultats montrent que les deux sous-échelles ont une très bonne fidélité.

La Validité de contenu (*capacité des niveaux ou des dimensions d'une mesure à saisir les concepts d'une façon globale*) a été évaluée par sept cliniciens-experts en soins aux diabétiques, auto efficacité et mesure de changement du comportement.

La rétroaction des réviseurs sur des questions telles que clarté de formulation, directives,

lisibilité (y compris la taille et la police des caractères d'imprimerie pour faciliter la lecture), les compréhensions des thèmes couverts, la cohérence avec les théories sur l'auto efficacité et les items appropriés attribués aux sous-échelles ont été intégrés à la présente version de l'ECA-IGD.

La Validité de convergence (*corrélations avec des mesures ou construits correspondants*) a été évaluée par le calcul des coefficients de corrélation de Pearson entre les cotes de l'ECA-IGD total et celles des deux sous échelles, et le Diabetes Attitude Scale (DAS-3, Anderson, Fitzgerald, Funnell & Gruppen, 1998) et le Summary of Diabetes Self-Care Activities-Revised (SCSCA-R, Toobert, Hampson & Glasgow, 2000).

Les corrélations varient de -1.00 à 1.00. Une valeur positive signifie que la relation entre deux variables est positive et un coefficient de corrélation négatif signifie que la relation entre les deux variables est négative. L'ampleur de la corrélation (plus proche de +1.00 ou de -1.00) démontre la force de la relation. Dans le cas d'une relation positive, une corrélation de moins de .40 est généralement considérée faible, entre .40 et .60 elle est modérée et celles qui sont au-dessus de .60 montrent une forte corrélation.

Des corrélations significatives de modérées à fortes ont été trouvées entre la sous-échelle « Administration d'insuline » et « surveillance de la glycémie » et les sous-échelles du DAS-3 « Seriousness of Type 2 Diabetes » ($r = .41, n = 29, p < .05$) et celle du « Value of tight control » ($r = .38, n = 32, p < .05$). Ceci signifie que plus les patient se sentaient confiants (auto efficacité) en leurs compétences à s'administrer de l'insuline et à surveiller leur niveaux de glycémie, plus ils étaient portés à croire que leur

maladie était sérieuse et qu'il était important de garder un contrôle rigoureux de la glycémie.

La sous-échelle « Diète » était aussi corrélée significativement avec celle du DAS-3 « Value of Tight Control » ($r = .41$, $n = 30$, $p < .05$). Ceci suggère que les patients qui se sentaient plus confiants dans leurs compétences à contrôler leur diète étaient aussi ceux qui accordaient de l'importance au contrôle rigoureux de leur glycémie. Finalement une corrélation significative a été démontrée entre la sous-échelle « Diète » et celle du DAS-3 « Patient Autonomy » ($r = .43$, $n = 32$, $p < .05$). Ceci démontre que les patients étant plus confiants dans leurs compétences à contrôler leur diète (ou à suivre les recommandations diététiques) sont aussi ceux qui se sentent plus facilement en contrôle et qui sentent avoir plein

pouvoir sur leur prise de décision en relation avec leur maladie.

La cote totale de l'ECA-IGD n'était pas significativement corrélée ni avec l'une ni avec l'autre des sous-échelles du DAS-3 ou du SDSCA-R. Les deux sous-échelles de l'ECA-IGD ont démontré une forte corrélation entre elles ($r = .51$, $n = 24$, $p < .05$) indiquant que plus un patient se sent confiant envers ses compétences à s'administrer son insuline et à faire la surveillance des niveaux de glycémie, plus il est confiant de pouvoir contrôler son apport diététique. Aucune corrélations significatives n'ont été démontrées entre la cote totale de l'ECA-IGD et les cotes des sous-échelles et les cotes des sous échelles du SDSCA.

En résumé

Ce guide de l'utilisateur présente l'Échelle de Confiance en Administration d'Insuline et en Gestion Diététique (ECA-IGD), un questionnaire auto-administré élaboré pour mesurer la confiance d'un patient à s'auto-administrer l'insuline, à effectuer la surveillance de ses niveaux de glycémie et à gérer sa propre diète. Cette échelle d'auto-efficacité a été développée pour mesurer un aspect des résultats sur le patient, de la mise en application des recommandations des LDPE du RNAO sur l'administration sous-cutanée d'insuline aux adultes diabétiques de Type 2.

Nous avons utilisé une approche collaborative avec les représentants de l'équipe qui a développé ces lignes directrices, avec deux organismes qui ont mis en place les lignes directrices, et avec une équipe d'évaluation à l'Université d'Ottawa. Un instrument d'auto-efficacité composé de deux sous-échelles sur l'administration de l'insuline et sur la gestion diététique a été construit. Une version pilote intégrant les commentaires des réviseurs cliniques experts en soins aux diabétiques, en mesure de changement du comportement et en auto-efficacité, a été testée dans un hôpital de soins aigus et dans un organisme de soins infirmiers communautaires.

Au total, 45 patients/clients ont rempli l'ECA-IGD. Ils ont aussi complété un questionnaire sur les attitudes envers le diabète et sur les activités d'auto-soins. Les résultats initiaux sur les propriétés psychométriques de l'ECA-IGD montrent une bonne validité de contenu, une acceptabilité et une fidélité élevée (Danseco et al, 2006). Les résultats de l'échelle à la validité de convergence étaient par ailleurs prometteurs, basés sur les corrélations entre les attitudes sur le diabète et les activités d'auto-soins.

L'ECA-IGD peut être d'un grand recours pour connaître le niveau de confiance en auto-efficacité des patients ou des clients à s'administrer de l'insuline, à surveiller leur glycémie et à gérer leur diète. L'ECA-IGD peut être utilisée comme mesure de base et post-intervention afin de fournir l'information clinique pertinente avant et après l'enseignement sur l'administration sous-cutanée de l'insuline et d'autres activités d'auto-soins liées au diabète.

Références

- Anderson, R.M., Fitzgerald, J.T., Funnell, M.M., & Gruppen, L.D. (1998). The third version of the diabetes attitude scale. *Diabetes Care*, 21(9), 1403-1407.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioural change. *Psychological Review*, 84(2), 191-215.
- Bandura, A. (1994). Self-efficacy. In V.S. Ramachandran (Ed.) *Encyclopedia of human behavior* (vol. 4, pp. 71-81). New York: Academic Press.
- Bandura, A., (1997). *Self-Efficacy: The exercise of control*. New York: *W.H. Freeman and Company*
- Crawford, P. B., Gosliner, W., Strode, P., Samuels, S.E., Burnett, C., Craypo, L., & Yancey, A. K. (2004). Walking the talk: Fit WIC wellness programs improve self-efficacy in pediatric obesity prevention counseling. *American Journal of Public Health*, 94, 1480-1485.
- Dansecu, E., Davies, B., Edwards, N., Skelly, J., Santos, J & Lybanon, V. (2006). Development of the Confidence in Administering Insulin and Managing Diet Scale CAI-MDS. Unpublished manuscript.
- DeVellis, R. F. (2003). *Scale Development: Theory and applications* (2nd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- DiClemente, C., Carbonari, J. P., Montgomery, R. P. G., & Hughes, S. O. (1994). The Alcohol Abstinence Self-Efficacy Scale. *Journal of Studies in Alcohol*, 55, 141-148.
- Franz, M.J., Bantle, J.P., Beebe, C.A., Brunzell, J.D., Chiasson, J.L, Garg, A., et al. (2002). Evidence-based nutrition principles and recommendations for the treatment and prevention of diabetes and related complications. *Diabetes Care*, 25, 148-198.
- Hurley, A. C. (1990). Measuring self-care ability in patients with diabetes: The insulin management diabetes self-efficacy scale. In Waltz, C. (Ed.). *Measurement of Nursing Outcomes: Measuring Client Self-Care and Coping Skills* (pp. 28-44). New York: Springer.
- Registered Nurses' Association of Ontario (2004). *Best Practice Guideline for the Subcutaneous Administration of Insulin in Adults with Type 2 Diabetes*. Toronto, Canada: Registered Nurses Association of Ontario.
- Stanford Patient Education Research Centre. Self-efficacy for Diabetes. Available at <http://patienteducation.stanford.edu/research/sediabetes.pdf>
- Toobert, D. J., Hampson, S. E., & Glasgow, R. F. (2000). The Summary of Diabetes Self-Care Activities Measure. *Diabetes Care*, 23(7), 943-950.
- Velicer, W. F., DiClemente, C., Rossi, J. S., & Prochaska, J. O. (1990). Relapse situations and self-efficacy: An integrative model. *Addictive Behaviors*, 15, 271-283.

Annexes

LISTE DES ANNEXES

Annexe A	Échelle de confiance en administration d'insuline et en gestion diététique (ECAIGD)
Annexe B	Comment effectuer la collecte des données dans des milieux de soins de santé
Annexe C	Lignes directrices d'entrée des données avec SPSS
Annexe D	Programme SPSS de cotation et exemple de liste de variables
Annexe E	Ressources
Annexe F	Guide de référence rapide

***Annexe A: Échelle de Confiance en Administration d'Insuline
et en Gestion Diététique (ECA IGD)***

Les deux pages suivantes présentent différentes situations et activités reliées à la gestion de la diète et de l'insuline.

Section A: Quel est votre niveau de confiance pour effectuer les actions liées à votre traitement d'insuline?

Veillez s'il-vous-plaît encercler une seule réponse pour chacune des questions selon l'échelle suivante:

NA - Non applicable

1 - Pas confiant du tout

2 - Pas très confiant

3 - Confiance modérée

4 - Très confiant

5 - Extrêmement confiant

1. Préparer une dose d'insuline tout seul	NA	1	2	3	4	5
2. Me donner moi-même une injection d'insuline	NA	1	2	3	4	5
3. Disposer des aiguilles et seringues de façon sécuritaire	NA	1	2	3	4	5
4. Tester la glycémie avec un glucomètre	NA	1	2	3	4	5
5. Tester ma glycémie aussi souvent que recommandé par l'infirmière/médecin	NA	1	2	3	4	5
6. Savoir quoi faire si ma glycémie est élevée	NA	1	2	3	4	5
7. Savoir quoi faire si ma glycémie est basse	NA	1	2	3	4	5
8. Surveiller plus souvent ma glycémie lors d'un mauvais rhume ou grippe	NA	1	2	3	4	5
9. Suivre les directives de mon infirmière/ médecin pour prendre soin de moi lorsque j'ai un mauvais rhume ou une grippe	NA	1	2	3	4	5
10. Prévenir une glycémie trop basse (hypoglycémie)	NA	1	2	3	4	5
11. Savoir quand ma glycémie est basse	NA	1	2	3	4	5
12. Savoir quand contacter mon médecin ou demander l'aide de l'équipe de soins	NA	1	2	3	4	5

Section B: Quel est votre niveau de confiance pour effectuer ces activités sur la base des conseils diététiques reçus d'un professionnel de la santé pour votre diabète?

Veillez s'il-vous-plaît encercler une seule réponse pour chacune des questions selon l'échelle suivante:

- NA - Non applicable
- 1 - Pas confiant du tout
- 2 - Pas très confiant
- 3 - Confiance modérée
- 4 - Très confiant
- 5 - Extrêmement confiant

13. Choisir des aliments sains lorsque je mange dans des endroits <u>familiers</u>	NA	1	2	3	4	5
14. Choisir des aliments sains lorsque je mange dans des endroits <u>non familiaux</u>	NA	1	2	3	4	5
15. Choisir des aliments sains lorsque je suis avec des gens qui ignorent que je suis diabétique ³	NA	1	2	3	4	5
16. Choisir parmi des aliments recommandés lorsque je veux une collation	NA	1	2	3	4	5
17. Choisir des aliments parmi différents groupes d'aliments	NA	1	2	3	4	5
18. Espacer les repas tel que recommandé	NA	1	2	3	4	5
19. Réduire les gras tel que recommandé	NA	1	2	3	4	5
20. Réduire les sucreries	NA	1	2	3	4	5
21. Manger la quantité recommandée de féculents	NA	1	2	3	4	5

Annexe B: Comment effectuer la collecte des données dans des milieux de soins de santé

Ce guide a été rédigé à l'intention du chercheur novice (travailleurs en soins de santé, gestionnaires de programmes en amélioration de la qualité et autres), pour décrire de façon générale, les étapes à suivre pour obtenir de l'information ou des données de recherche dans les milieux de soins de santé. Un schéma fonctionnel du processus de recherche est aussi fourni. Ces lignes directrices mettent l'accent sur la façon de mener une recherche dans un milieu hospitalier. Le contexte clinique d'un milieu de recherche particulier doit être pris en compte afin de savoir si les procédures doivent être adaptées.

Avant d'effectuer toute recherche, vous devrez soumettre une demande d'approbation éthique pour votre projet au comité d'éthique à la recherche requis tel que celui du milieu de soins où vous planifiez de mener votre recherche et/ou celui de votre établissement d'enseignement (si vous êtes étudiant ou enseignant). Cependant il pourrait ne pas être nécessaire d'obtenir l'approbation du comité d'éthique lorsque la collecte des données est effectuée à des fins d'amélioration de la qualité des soins à l'intérieur d'un établissement; ceci devrait néanmoins être vérifié auprès du comité d'éthique à la recherche de votre organisme. Les étapes suivantes se rapportent aux enjeux les plus communs en éthique. Le Comité d'éthique à la recherche de votre établissement pourrait avoir des préoccupations additionnelles.

Étape 1: Communiquer à l'assistant de recherche l'approche d'une étude

Lorsqu'une recherche est menée dans un centre de soins de santé, vous devrez probablement demander l'aide d'un assistant de recherche (AR) basé sur le site, pour répondre aux exigences particulières d'enregistrement et de procédures du Comité d'Éthique à la Recherche de l'établissement, au recrutement des participants et à la collecte des données. L'AR doit être adéquatement informé et formé quant au protocole de l'étude afin d'assurer le respect des procédures éthiques protégeant les droits des participants, la vie privée et la confidentialité. L'AR sera votre contact clé dans le milieu de soins de santé ; Il/elle informera le personnel qu'un projet de recherche est en cours en vue de favoriser le recrutement de participants et la collecte des données.

L'organisme de soins de santé qui a accepté de participer à votre recherche choisit habituellement l'AR qui travaillera avec vous selon vos directives sur ses compétences et les références exigées pour réaliser la recherche. Le personnel participant à la recherche devrait être composé d'employés réguliers du centre de soins de santé ayant un accès aux participants potentiels sur une base quotidienne, mais ne dispensant pas de soins directs aux patients. Il est important que le personnel de recherche ne supervise pas ou n'ait pas d'influence sur les participants potentiels (soit les patients, soit le personnel). Ceci est une exigence indispensable dans la réalisation d'une recherche éthique. La raison en est que si les patients sont sollicités par leur personnel de soins ou si le personnel est sollicité par un superviseur direct, ils pourraient se sentir contraints de participer à la

recherche, craignant qu'un refus de leur part n'affecte leur salaire ou leur emploi. Cette pression se nomme coercition. Le potentiel de coercition est minimisé et/ou éliminé si le personnel de recherche n'est pas directement impliqué dans le soin au patient et/ou dans un rôle de supervision directe, ou une position d'influence sur les participants potentiels.

Les informations suivantes doivent être fournies à un AR afin d'assurer que le but de l'étude, les procédures et son rôle soient compris:

- Information sur le projet de recherche (ex. objet de l'étude; quelle est la méthode de recrutement; le rôle de l'AR pendant le recrutement et les étapes de collecte des données; la procédure d'obtention du consentement éclairé de la part des participants, comment et quelles données seront collectées; la durée estimée du recrutement, de la collecte des données et du terme de l'étude.
- Les critères d'admissibilité du patient (voir Étape 2).
- Comment l'AR doit communiquer l'information sur l'étude à l'ensemble du personnel des unités participantes ou au personnel approprié à travers l'organisme.
- Le matériel de l'étude à être distribué aux patients et/ou au personnel (annonces, formulaire d'information et de consentement). S'assurer que l'AR laisse quelques copies en surplus au poste des soins infirmiers.

Étape 2: Recrutement et vérification de l'admissibilité des participants

Les critères d'admissibilité dépendront des questions de la recherche. Par exemple, si vous menez une étude sur des adultes avec un diabète de Type 2, les critères suivants d'admissibilité pour le patient seront:

- Adulte (18 ans et plus)
- Diagnostic de diabète de Type 2
- Avoir reçu de l'enseignement en auto-soins aux diabétiques durant la dernière année.
- Être mentalement compétent et apte à donner un consentement éclairé (l'état médical d'un patient peut être pris en compte ici afin de s'assurer que la personne peut fournir un consentement éclairé).

Le personnel de l'Unité devrait être informé de l'étude et des critères d'admissibilité afin qu'il puisse fournir de l'information sur l'étude aux participants potentiels et avertir l'AR de participants admissibles et intéressés. Dans certains cas, l'AR ne pourra pas s'adresser aux participants potentiels pour expliquer l'étude plus en détail avant que le personnel de l'Unité n'ait obtenu la "permission écrite d'appeler/de contacter" de la part du participant intéressé (voir Étape 3 ci-dessous). Selon les procédures de l'étude, l'AR peut collaborer avec le commis de l'Unité afin de se procurer une liste de patients potentiels participants. Les commis d'Unités ont habituellement accès à l'information sur les patients de l'unité car ils sont responsables de la logistique de l'unité (admission de patients, attribution des chambres, mouvements des patients d'une unité au rendez-vous et vice versa, etc.) Une approche par recrutement impliquant le commis de l'unité peut s'avérer plus

appropriée et utile si vous tentez de faire un balayage dans une unité ou organisme pour recruter tous les patients (ou un grand nombre) pendant une courte période.

Si un participant est admissible et si vous aviez besoin de la permission d'appel ou contact, veuillez passer à l'Étape 3. Sinon passer à l'Étape 4.

Étape 3: Fournir aux participants potentiels et admissibles une information sur l'Étude (l'annonce, le feuillet d'information et le formulaire de consentement) et obtenir la permission écrite d'appeler/de contacter pour le personnel et l'AR.

Avant que l'AR ne discute en détail de l'étude avec un participant admissible, selon les procédures d'éthique, les participants potentiels devraient être approchés en premier par le personnel de l'unité qui décrira brièvement l'étude et/ou distribuera des annonces et s'assurera qu'un participant admissible intéressé puisse en apprendre davantage sur l'étude.

Si les participants potentiels admissibles montrent un intérêt, alors le personnel de l'Unité obtiendra la "permission d'appeler/de contacter" afin que l'AR explique davantage l'objet de l'étude. Le participant potentiel signe le formulaire de ***Demande de permission d'appel/contact***.

Lorsque la permission est obtenue le personnel de l'Unité avise l'AR et laisse le formulaire de **permission d'appel/contact** rempli au poste des soins infirmiers ou dans un endroit approprié désigné. Dans le cas d'un milieu de soins à domicile, le formulaire complété pourrait être acheminé à l'AR par télécopieur.

Étape 4: Rencontre de l'AR avec le participant potentiel pour fournir l'explication détaillée sur l'étude et solliciter le consentement éclairé

Quand vous avez identifié un participant potentiel pour votre étude, vous devez le rencontrer pour discuter et assurer les actions suivantes:

- Vérifier que le participant potentiel répond aux critères d'admissibilité.
- Si le participant potentiel est identifié comme non admissible, lui expliquer la raison et le remercier pour son temps et son intérêt avant de terminer l'entrevue. Assurez-vous que les raisons motivant la non-admissibilité de ce participant potentiel soient bien inscrites sur le formulaire maître (Étape 5). Ceci est une information importante pour les chercheurs du projet qui devrait pouvoir être retracée.
- Si le participant potentiel est admissible, lui expliquer l'objet de l'étude et revoir le matériel. Assurez-vous que le participant potentiel a eu le temps de lire au complet tout le matériel.
- Demander au participant potentiel s'il/elle a des questions et y répondre.
- Demander un consentement pour toutes les parties de l'étude. Idéalement, vous aimeriez avoir un consentement pour toutes les tâches de l'étude. Cependant, sur le plan éthique, le participant potentiel n'a pas à consentir à chacune des tâches à l'intérieur d'un protocole de recherche.

- Le participant et l'AR doivent signer les deux copies des formulaires d'information et de consentement. Laisser une copie au participant et conserver l'autre.

Si le participant potentiel n'est pas admissible ou refuse de consentir, aucun autre contact ne devrait être fait avec lui. Le refus de participer est aussi une information importante à conserver pour les chercheurs du projet. Assurez-vous que ceci est inscrit sur le formulaire Maître (voir Étape 5).

Étape 5: Inscrire l'information reliée au participant sur le formulaire Maître

Un formulaire Maître permet à l'AR de retracer les informations relatives au recrutement et à la collecte des données. Ajouter l'information pertinente au formulaire Maître pour chacun des participants sollicités (identifié admissible ou non, consentement ou refus). Les items suivants doivent être rentrés dans le formulaire Maître:

- Assignation d'un code d'identification aux participants. **Ce code d'identification assigné sera inscrit sur tous les formulaires de collecte des données.** Le nom du participant ne devrait apparaître sur aucune des données recueillies. Dans le but de pouvoir retracer les informations, seul le formulaire Maître devrait permettre de faire le lien entre le code d'identification et le participant. Le formulaire maître pourrait inclure le numéro de dossier d'hospitalisation du patient ou son numéro d'identité (assigné par l'hôpital à l'arrivée), s'il est prévue de tenir un audit ou une revue des dossiers sur la collecte des données et si l'on doit récupérer le dossier du patient à une date ultérieure à partir des dossiers médicaux. Tous les formulaires de collecte des données devraient pouvoir être retracés à partir du code d'identification assigné.
 - Un exemple de code unique d'identification assigné (que vous avez créé pour une étude et assigné à un participant) peut être fait de la façon suivante:

XXX	X-XX	X to XXX
Organisme	Unité	Numéro de recrutement du patient

- L'assignation du code d'identification peut consister en l'utilisation des lettres ou nombres de moins de trois chiffres. Par exemple,
 - Le code de l'Organisme pourrait être 100
 - Le code de l'Unité pourrait être A
 - Le numéro de recrutement du participant commencerait par un et augmenterait au fur et à mesure de l'ajout d'un participant par ordre consécutif (1 serait assigné au premier participant et 129 serait assigné au 129 e participant recruté). Le code unique d'identification assigné à la 129 e personne serait: **100A129**
- Placer les formulaires de consentements signés dans un classeur fermé à clé et situé dans un endroit désigné.

- Toujours garder le formulaire maître dans un classeur séparé et sous clé. Le formulaire maître ne devrait jamais être conservé au même endroit que les formulaires de collectes des données.
- Une fois la collecte des données terminée, l'AR achemine au chercheur les formulaires de collecte des données remplis. Habituellement, le formulaire maître est conservé pendant une année après la fin de l'étude, après quoi il devra être détruit par l'AR selon les procédures en vigueur dans l'organisme des soins de santé.
- Le chercheur demandera à l'AR de résumer l'information reliée au recrutement et à la collecte des données à partir du formulaire maître (ex. le nombre de participants intéressés sollicités par l'AR admissibles versus non admissibles; le nombre de participants ayant consenti versus refusé; le nombre de participants dont les données n'ont pas été collectées et les raisons possibles; etc). Sur le plan éthique, l'AR ne devrait pas fournir au chercheur de l'information pouvant permettre d'identifier le participant.

NOTE: Certains projets de recherche nécessitent plusieurs sessions de collectes de données avec le même participant. En dépit du fait qu'ils peuvent participer à plus d'une session, n'assigner qu'UN seul code d'IDENTIFICATION à ce participant.

Étape 6: Collecte des données par questionnaire pour les participants consentants

- Assurez-vous que le participant ait fourni un consentement éclairé signé avant de poursuivre (voir Étape 4).
- Fournir au participant tous les questionnaires et matériaux appropriés. Si les ressources le permettent, inclure au matériel un stylo ou un crayon pour écrire, pour aider les participants à compléter les documents demandés et leur donner un minimum d'appréciation pour leur participation.
- Expliquer la procédure à la personne (quand remplir le(s) questionnaire(s), et répondre à tous les items au meilleur de sa compétence, comment et où retourner le(s) questionnaire(s). Si la personne remplit le questionnaire immédiatement, l'informer de la durée de temps nécessaire pour le(s) compléter (la durée estimée pour répondre).
- Offrir à la personne le choix de rester pour l'aider à compléter le(s) questionnaire(s), ou bien de revenir chercher le(s) questionnaire(s) après un temps alloué. Lui confirmer que plus de temps peut être alloué si nécessaire ou la façon de vous rejoindre s'il/elle termine plus rapidement que prévu
- Assurez-vous que le code d'identification du participant est bien inscrit sur toutes les pages du (des)questionnaire(s) (voir étape 5) et non pas le nom le nom du participant. De cette façon, si les pages se détachent vous aurez encore toute l'information nécessaire pour l'entrée des données et les analyses.
- Fournir au participant une enveloppe dans laquelle il peut cacheter les réponses du questionnaire complété. Cette façon assure au participant la confidentialité de ses réponses qui ne seront vues que par le chercheur.
- Si le participant doit retourner le(s) questionnaire(s) par courrier postal, assurez-vous que cela a bien été expliqué et qu'il a reçu une enveloppe pré-adressée et pré-affranchie.

- Assurez-vous que le participant connaisse le délai dans lequel il doit retourner le(s) questionnaire(s), après quoi vous le contacterez pour lui rappeler de compléter et de poster le(s) questionnaire(s) (le participant aura au préalable consenti à cette procédure indiquée dans le formulaire de consentement).
- Lors de ce suivi, lui offrir l'option de pouvoir compléter le(s) questionnaire(s) par téléphone au moment qui lui convient. La fréquence et le nombre de rappels dépendra des exigences de l'étude et de ce qui est autorisé par le Comité d'Éthique à la recherche du site.
- Après avoir complété toutes les exigences et/ou les suivis de rappels autorisés et que le participant n'a toujours pas complété ni retourné le(s) questionnaire(s), ou bien que vous n'avez pas pu le rejoindre, enregistrez cette information dans le formulaire maître. Ne plus chercher à contacter le participant.

Flow Chart of Research Process: Self-Report Questionnaire)

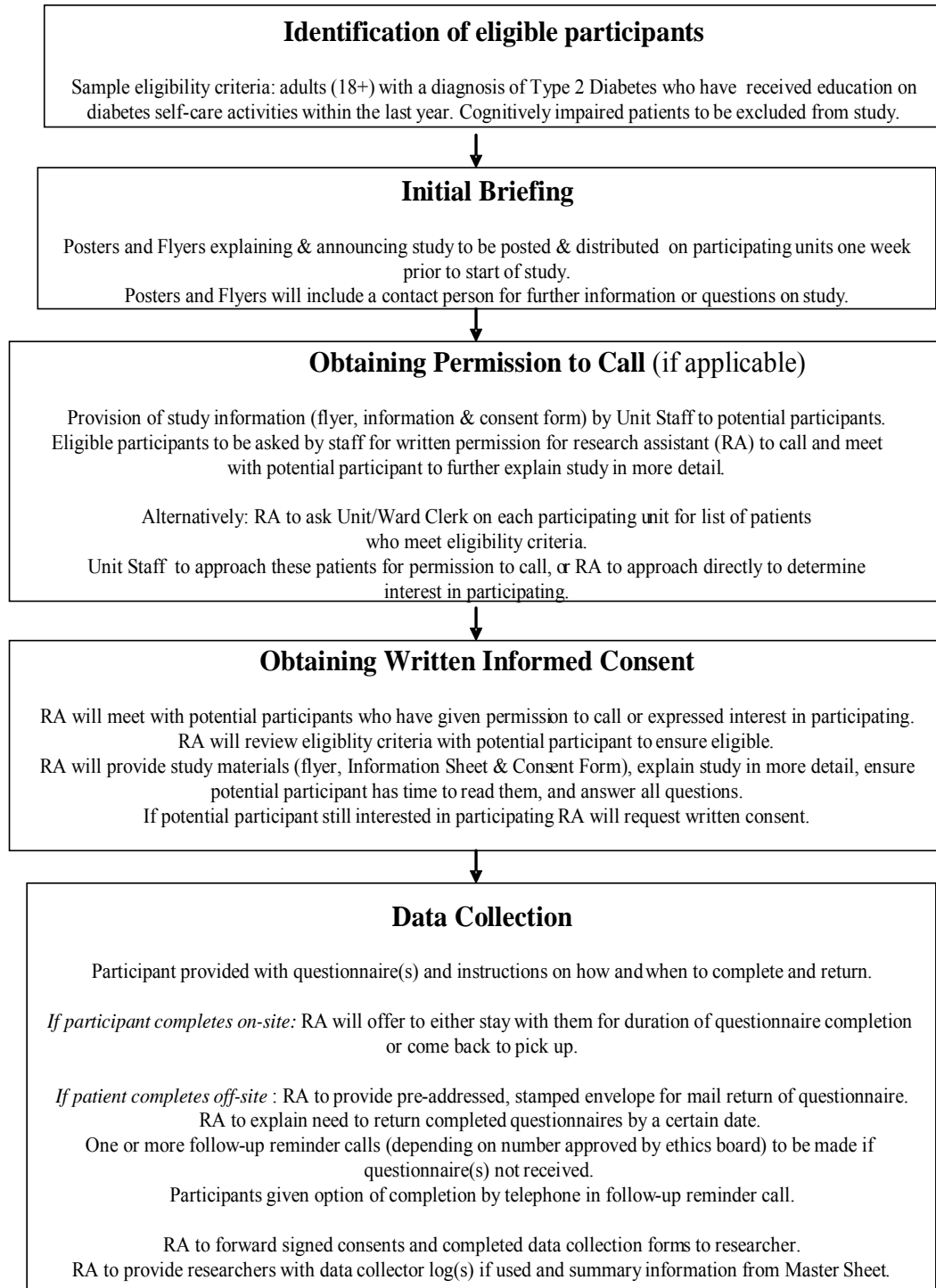


Schéma fonctionnel du processus de la recherche:

Questionnaire auto administré

Identification des participants admissibles

Exemple de critères d'admissibilité: adulte (18 +) avec un diagnostic de diabétique type 2, ayant reçu de l'enseignement sur les activités d'auto soins diabétiques dans la dernière année. Les patients ayant des déficiences cognitives sont exclus de l'étude.

Communication initiale

Des affiches et des annonces expliquant l'objet de l'étude sont distribuées dans les unités participantes une semaine avant le début de l'étude.

Les affiches et les annonces indiquent le nom de la personne contact pour de plus amples informations ou des questions sur l'étude.

Obtenir la permission d'appeler (si applicable)

Fournir de l'information sur l'étude aux participants potentiels (annonce, formulaires d'information et de consentement) par l'entremise du personnel de l'Unité. Les participants admissibles doivent donner une permission écrite au personnel afin de permettre à l'AR d'appeler ou de rencontrer les participants potentiels pour recevoir des explications plus détaillées.

Alternative: L'AR demande au commis de chaque unité participante de lui fournir une liste de patients qui répondent aux critères d'admissibilité.

Le personnel de l'Unité demande à ces patients la permission d'être contactés ou l'AR les sollicite directement afin de déterminer s'ils sont intéressés à participer.

Obtenir par écrit un consentement éclairé

L'AR rencontre les participants potentiels ayant donné la permission d'appeler ou exprimé un intérêt à participer.

L'AR revoit les critères d'admissibilité avec le participant potentiel pour en assurer l'admissibilité.

L'AR fournit le matériel de l'étude (annonce, formulaire d'information et de consentement), explique l'objet de l'étude plus en détail et s'assure que le participant potentiel a le temps de lire le matériel et que toutes les questions ont trouvé réponses.

Si le participant potentiel est toujours intéressé à participer, l'AR lui demande de signer le formulaire de consentement.

Collecte des données

Le participant reçoit le(s) questionnaire(s) et les directives sur la façon de compléter et le délai pour retourner le(s) questionnaire(s).

Si le participant remplit les documents sur le site: l'AR propose de rester ou de partir durant le temps que le(les) questionnaire(s) soi(en)t complété(s) avant de les ramasser.

Si le participant remplit les documents en dehors du site: L'AR fournit une enveloppe pré-affranchie pour le retour du(des) questionnaire(s) par la poste. L'AR explique la nécessité de retourner le(s) questionnaire(s) complétés pour une certaine date.

Un ou plusieurs rappels de suivi (selon le nombre approuvé par le Comité d'éthique) sont effectués si le(s) questionnaire(s) n'est pas ou ne sont pas reçu(s).

Offrir la possibilité aux participants de les compléter par téléphone lors des rappels de suivi.

L'AR doit acheminer au chercheur les formulaires de consentement signés et ceux de la collecte des données.

L'AR doit fournir aux chercheurs un journal de collecte des données si utilisé et un résumé de l'information du formulaire Maître.

Annexe C: Lignes directrices de saisie des données par SPSS

Ce document fournit les lignes directrices de saisie des données. Les recommandations sont faites en presumant que le logiciel SPSS agit comme tableur. La méthodologie expliquée ci-dessous prend en compte divers types de variables;

1. Définir les variables:

- a. Conserver le numéro de la question à titre de nom de la variable (ex., 1 = q1, 1.1 = q1.1, 1.1a = q1.1a etc.
- b. Clarifier les détails du nom sous l'étiquette ("label") par ex. étiquette q1 équivaut à "état civil".

2. Code universel/Générique: manquante=999 pour toutes les variables.

3. Échelle/Données continues:

- a. SPSS par défaut conserve deux décimales pour les variables de valeurs numériques c'est-à-dire 1.00. Donc, 1="très insatisfait" apparaîtra 1.00, 2="insatisfait" 2.00, 3="satisfait" 3.00, et 4="très satisfait" 4.00, etc.
- b. Manquante=999.

4. Données en catégories/nominales:

- a. Un exemple serait le genre, la scolarité, oui/non etc.
- b. Suivre la même séquence de code que celui donné dans le questionnaire.
- c. Lignes directrices pour la question ouverte:
 - i) Genre: homme=1, femme=2, manquante=999
 - ii) Oui/Non: oui=1, non=2, manquante=999
 - iii) Scolarité: grade 1=1, grade 2=2, grade 3=3, manquante=999.

5. Variables en chaîne et autre (date/heure etc.):

- a. Préciser la longueur à 250 et non le 8 du SPSS par défaut.
- b. Date: Conserver le premier type de date fourni par le système qui est dd-mmm-yyyy par ex. Mai 31 2004 pour 31-MAI-2004. Vous n'avez pas besoin d'entrer exactement les mêmes lettres pour obtenir format par ex. si "31 5 4" est entré le système fera apparaître "31-MAI-2004".
- c. Heure: Conserver le type de hh:mm:ss par ex. 5 hre 10 minute 1 sec comme 05:10:01. Ainsi il suffit d'entrer "5 10 1" pour obtenir le format "05:10:01".

6. Questions à réponses multiples:

Entrer seulement Oui (= 1) ou Non (= 2) pour le type de questions suivantes à moins d'une précision;

Les complications suivantes ont-elles été notés comme facteurs prédisposant:
(Indiquer toutes celles qui s'appliquent);

- Maladies des yeux
- Dommages nerveux
- Maladie cardiaque
- Maladie rénale
- Autre, préciser svp _____

Annexe D: Programme de cotations et exemple de listes de variables

Exemple de nom et d'étiquette de variables SPSS

Variable Nom	Variable étiquette
Q1.1	Préparer moi-même une dose d'insuline
Q1.2	M'administrer une injection d'insuline
Q1.3	Disposer de façon sécuritaire des aiguilles et des seringues
Q1.4	Tester la glycémie avec un glucomètre
Q1.5	Tester ma glycémie aussi souvent que recommandé par l'infirmière /médecin
Q1.6	Savoir quoi faire si ma glycémie est élevée
Q1.7	Savoir quoi faire si ma glycémie est basse
Q1.8	Surveiller plus souvent ma glycémie lors d'un mauvais rhume ou d'une grippe
Q1.9	Suivre les directives de mon infirmière/médecin
Q1.10	Anticiper une glycémie trop basse
Q1.11	Reconnaître quand ma glycémie est basse
Q1.12	Savoir quand contacter mon médecin ou l'aide de l'équipe de soins
Q1.13	Choisir des aliments sains en mangeant dans des endroits familiers
Q1.14	Choisir des aliments sains en mangeant dans des endroits non familiers
Q1.15	Choisir des aliments sains en présence des gens ignorant que je suis diabétique
Q1.16	Choisir des aliments recommandés pour ma collation
Q1.17	Choisir des aliments de différents groupes d'aliments
Q1.18	Espacer les repas tel que recommandé
Q1.19	Réduire les gras tel que recommandé
Q1.20	Réduire les sucreries
Q1.21	Manger la quantité recommandée de féculents

Pour chacune des variables ou items, les valeurs sont 0=non applicable, 1=pas confiant du tout, 2=pas très confiant 3= confiance modérée, 4=très confiant, 5=extrêmement confiant.

Exemple de cotation par SPSS

* Objectif 1) Pour obtenir le pourcentage de données manquantes aux items d'auto efficacité.

* Échelle d'administration d'insuline.

FREQUENCES

VARIABLES=Q1.1 Q1.2 Q1.3 Q1.4 Q1.5 Q1.6 Q1.7 Q1.8 Q1.9 Q1.10 Q1.11 Q1.12
/STATISTIQUES=ECART-TYPE MOYENNE
/ORDRE= ANALYSES.

*Échelle de gestion diététique.

FREQUENCES

VARIABLES= Q1.13 Q1.14 Q1.15 Q1.16 Q1.17 Q1.18 Q1.19 Q1.20 Q1.21
/STATISTIQUES=ECART-TYPE MOYENNE
/ORDRE= ANALYSES.

* Objectif 2) Pour recoder 0 ou 99 comme manquante.

RECODER

Q1.1 Q1.2 Q1.3 Q1.4 Q1.5 Q1.6 Q1.7 Q1.8 Q1.9 Q1.10
Q1.11 Q1.12 Q1.13 Q1.14 Q1.15 Q1.16 Q1.17 Q1.18 Q1.19 Q1.20 Q1.21
(0=SYSMIS) (99=sysmis) (ELSE=Copie) EN Q1.1R Q1.2R Q1.3R Q1.4R Q1.5R
Q1.6R Q1.7R Q1.8R Q1.9R Q1.10R Q1.11R Q1.12R Q1.13R Q1.14R Q1.15R
Q1.16R Q1.17R Q1.18R Q1.19R Q1.20R Q1.21R.
EXECUTER

* Objectif 3) Pour obtenir la cote totale et les cotes des sous échelles de l'échelle d'auto efficacité.

CALCULER ses_a = (Q1.1R+ Q1.2R+ Q1.3R+ Q1.4R+ Q1.5R+ Q1.6R+ Q1.7R+ Q1.8R+
Q1.9R+ Q1.10R+ Q1.11R+ Q1.12R) /12.

VARIABLE LABELS ses_a 'Cote de l'Echelle d'auto efficacité: Insulin Admin' .

Formats ses_a (f8.2).

EXECUTER

Calculer ses_b = (Q1.13R+ Q1.14R+ Q1.15R+ Q1.16R+ Q1.17R+ Q1.18R+ Q1.19R+
Q1.20R+ Q1.21R)/9.

Variable labels ses_b 'Cote de l'Echelle d'auto efficacité: Diète'.

Formats ses_b (f8.2).

Executer

Calculer ses_tot= (ses_a+ ses_b)/2.

Variable labels ses_tot 'Cote totale d'auto efficacité'.

Formats ses_tot (f8.2).

Executer.

VARIABLES DESCRIPTIVES=sese_a sese_b sese_tot

/STATISTIQUES=MOYENNE SOMME ECART-TYPE MIN MAX KURTOSIS
SKEWNESS (COEFFICIENT DE DISSYMETRIE).

Annexe E: Ressources

Pour de l'information sur le Projet Lignes directrices des pratiques exemplaires de l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (RNAO), consulter le site web du RNAO. Les LDPE en soins infirmiers peuvent être téléchargés sans frais. Des exemplaires papiers sont disponibles en vente.

<http://www.rnao.org/bestpractices>

Pour plus d'information les Lignes Directrices portant sur le développement, la mise en œuvre et l'évaluation des pratiques en soins infirmiers, exemplaires en soins infirmiers, consulter la "Boîte à outils" du RNAO: « **Mise en place des lignes directrices de pratiques cliniques.** » La Boîte à outils du RNAO peut aussi être téléchargée sans frais et des copies papiers sont en vente à partir du site web du RNAO.

Pour plus d'information sur l'évaluation des Lignes directrices en pratiques exemplaires des soins infirmiers et autres instruments d'évaluation, veuillez communiquer avec l'Unité de Recherche sur les Pratiques Exemplaires en Soins Infirmiers. D'autres monographies disponibles se rapportent aux mesures sur les caractéristiques d'innovation organisationnelle, la stabilité organisationnelle, la culture du changement organisationnel, le soutien organisationnel pour la mise en place des LDPE et l'entrevue des infirmières et des administrateurs.

<http://www.nbpru.ca>

Dr. Barbara Davies
Co-Directrice
Unité de recherche sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers
Université d'Ottawa
451 chemin Smyth, Pièce 1110
Ottawa, ON K1H 8M5

Annexe F: Guide de référence rapide

Nom	Échelle de confiance en administration d'insuline et en gestion diététique (ECA-IGD)
But	Évaluer l'auto efficacité du patient ou client lors de la mise en place des recommandations des Lignes directrices des pratiques exemplaires du RNAO sur l'administration sous-cutanée d'insuline aux adultes avec un diabète de type 2.
Description	L'ECA-IGD se compose de deux sous échelles: 1) La sous échelle (12 items) d'administration d'insuline et de surveillance de la glycémie 2) La sous échelle (9 items) de gestion de la diète. Chaque item utilise une échelle de Likert en 5 points de 1 = "pas du tout confiant " à 5 = "extrêmement confiant".
Type de données	Questionnaire auto-administré; peut aussi être administré par entrevue (ex. l'interviewer lit les questions au client ou patient).
Durée estimée de collecte des données	Environ 10 à 15 minutes selon l'habileté à lire et à comprendre l'anglais ou le français.
Formation requise	Familiarité avec les enquêtes ou questionnaires auto administrés. Familiarité avec un tableur ou logiciel statistique lorsque l'échelle est administrée à un grand nombre (ex. plus de 50). Étant donné que cette mesure d'évaluation est utilisée conjointement avec les LDPE du RNAO sur l'administration d'insuline, une certaine formation particulière sur les LDPE est recommandée.
Coût	Les copies électroniques sont gratuites. Les copies papiers du guide de l'utilisateur sont à vendre.
Sommaire des procédures	<ol style="list-style-type: none">1. Identifier qui parmi le personnel distribuera les questionnaires.2. Identifier les patients ou clients qui seront sollicités pour compléter le questionnaire. S'assurer que le client comprenne le français ou l'anglais ou qu'il ait un interprète disponible.3. Vérifier avec le patient ou client la manière dont il souhaite compléter le questionnaire (auto administré ou avec l'aide de quelqu'un).4. Remettre le questionnaire au patient ou client.5. Suivi des clients ou patients qui n'ayant pas retourné- leur- questionnaire-, selon les lignes directrices du Comité d'éthique à la recherche de votre organisme.6. Lorsque les questionnaires sont reçus, vérifier immédiatement les items non répondus et demander aux patients ou clients s'ils ont des questions ou besoin de clarifier les items.7. Calculer la cote et interpréter les résultats.
Cotation et interprétation	Chaque item est coté de 0 à 5. Les items NA ne sont pas cotés. Additionner les cotes de chacune des sous échelles et diviser par le nombre d'items (en excluant les items NA) de la sous échelle pour obtenir une cote moyenne. La cote de la sous échelle (12 items) Administration d'insuline et surveillance de la

Nom	<p>Échelle de confiance en administration d'insuline et en gestion diététique (ECA-IGD)</p> <p>glycémie correspond au total des premiers 12 items, divisée par 12. La cote de la sous échelle Gestion de la diète représente le total des items de 13 à 21, divisée par 9. La cote totale de Confiance est la somme des cotes des deux sous échelles.</p> <p>Les cotes élevées suggèrent des niveaux plus élevés de confiance en administration d'insuline et en gestion de la diète.</p>
Citation	<p>Davies B, Danseco E, Ray K, Zarins B, Skelly J, Santos J, Edwards N, Brez S & Lybanon V. (2006). Nursing Best Practice Guidelines Evaluation User Guide: The Confidence in Administering Insulin and Managing Diet Scale (CAI-MDS). Nursing Best Practice Research Unit, University of Ottawa, Canada. pp. 1-29.</p>
Contact Information	<p>Dr. Barbara Davies, Co-Director Unité de recherche sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers Université d'Ottawa, École des sciences infirmières 451 chemin Smyth Ottawa, ON K1H 8M5 Tel. 613-562-5800 ext. 8436 Barbara.Davies@uottawa.ca</p>

Nous aimerions recueillir votre opinion sur le guide de l'utilisateur ou sur l'ECA-IGD.

1. Nous prévoyons utiliser «l'Échelle de confiance en administration d'insuline et en gestion diététique» dans notre organisme: Oui Non
2. Le nombre approximatif de patients/ clients qui utiliseront cet instrument est de:

3. Secteur de santé/ type d'organisme:
 - Soins de longue durée
 - Soins continus et complexes
 - Réadaptation
 - Hôpital de soins aigus
 - Services communautaires
 - Soins à domicile
 - Santé publique
 - Hospice/ soins palliatifs
 - Santé mentale/ abus de drogues/ toxicomanie
 - Other: (please specify): _____

SVP veuillez prendre un moment pour nous faire part de vos expériences, vos suggestions ou de vos idées:

Nom (optionnel) _____
Comment pouvons-nous vous
contacter ? (courriel ou
téléphone) _____

Veuillez télécopier ce
formulaire à:

Unité de recherche sur les pratiques
exemplaires en soins infirmiers
ATTN: Dr. Evangeline Danseco
(613) 562-5892

Ou par courriel à: edanseco@mail.health.uottawa.ca or

Lignes directrices des pratiques exemplaires en soins infirmiers
Guide d'évaluation de l'utilisateur

Échelle de confiance en Administration d'insuline et en gestion diététique (ECA-IGD)



158 Pearl Street / 158, rue Pearl
Toronto ON M5H 1L3 CANADA

 416 599-1925

 416 599-1926



uOttawa

L'Université canadienne
Canada's university

School of Nursing /
École des sciences infirmières

451 Smyth
 Ottawa ON K1H 8M5 CANADA


613 562-5800 (8407)

613 562-5658