

Le questionnaire ExPRIM, possède-t-il des propriétés psychométriques suffisantes que pour être considéré comme valide ?

Auteur : Gérard, Laura

Promoteur(s) : MINGUET, Pauline; ROUSSEAU, Anne-Françoise

Faculté : Faculté de Médecine

Diplôme : Master en sciences infirmières, à finalité spécialisée en pratiques avancées

Année académique : 2023-2024

URI/URL : <http://hdl.handle.net/2268.2/21601>

Avertissement à l'attention des usagers :

Tous les documents placés en accès ouvert sur le site le site MatheO sont protégés par le droit d'auteur. Conformément aux principes énoncés par la "Budapest Open Access Initiative"(BOAI, 2002), l'utilisateur du site peut lire, télécharger, copier, transmettre, imprimer, chercher ou faire un lien vers le texte intégral de ces documents, les disséquer pour les indexer, s'en servir de données pour un logiciel, ou s'en servir à toute autre fin légale (ou prévue par la réglementation relative au droit d'auteur). Toute utilisation du document à des fins commerciales est strictement interdite.

Par ailleurs, l'utilisateur s'engage à respecter les droits moraux de l'auteur, principalement le droit à l'intégrité de l'oeuvre et le droit de paternité et ce dans toute utilisation que l'utilisateur entreprend. Ainsi, à titre d'exemple, lorsqu'il reproduira un document par extrait ou dans son intégralité, l'utilisateur citera de manière complète les sources telles que mentionnées ci-dessus. Toute utilisation non explicitement autorisée ci-avant (telle que par exemple, la modification du document ou son résumé) nécessite l'autorisation préalable et expresse des auteurs ou de leurs ayants droit.

Annexes

Annexe 1 : Version initiale du questionnaire IPREA

Annexe 2 : Version ultérieure du questionnaire IPREA

Annexe 3 : Questionnaire ExPRIM

Annexe 4 : Amendement à la demande d'avis au comité d'éthique n°2023/320

Annexe 5 : Questionnaire fond/forme

Annexe 1 : Version initiale du questionnaire IPREA

1. Avez-vous souffert du bruit (alarmes, radios, sonneries de téléphone, conversations) de jour comme de nuit ?
2. Avez-vous souffert de la lumière (éclairage trop important dans la chambre ou dans le couloir surtout la nuit ?
3. Avez-vous souffert du lit (matelas trop dur ou trop mou, matelas à eau, tête de lit trop ou pas assez relevée, lit trop bas ou trop haut, barrières, mauvais oreillers, etc.) ?
4. Avez-vous souffert du manque de sommeil par rapport à d'habitude ?
5. Avez-vous souffert de la soif ?
6. Avez-vous souffert de la faim ?
7. Avez-vous souffert du froid ?
8. Avez-vous souffert de la chaleur ?
9. Avez-vous eu des douleurs, même si elles étaient présentes avant l'hospitalisation, y compris les douleurs liées aux piqûres ou lors des changes ou de la toilette matinale ?
10. Avez-vous souffert d'être entouré de tuyaux (pour les perfusions, les connections des électrodes fixées sur le thorax, l'oxygène dans le nez ou sur le masque, la pince pour surveiller l'oxygénation, etc.) ?
11. Avez-vous été gêné par le fait que votre intimité ne soit pas suffisamment respectée (par ex. pendant la toilette matinale, les changes, l'examen par les médecins, ou les visites médicales) ?
12. Avez-vous souffert d'angoisse (peur parfois panique par exemple qu'un appareil important fonctionne mal, provoquée parfois par le déclenchement d'alarmes sonores) ou vous êtes-vous senti très anxieux durant votre hospitalisation ?
13. Avez-vous souffert d'isolement (être seul dans votre chambre, parfois sans voir d'infirmiers ou de médecins à proximité, et sans entendre de bruit ?)
14. Avez-vous été gêné par la limitation des visites des membres de votre famille ou de vos amis selon les horaires de visite en vigueur dans le service ?
15. Avez-vous été gêné de ne pas avoir de téléphone dans la chambre ?
16. Avez-vous été gêné de n'être pas assez informé de votre état ou de ce qu'on allait vous faire, de l'évolution de votre maladie, de votre date de sortie de réanimation, des suites, que ce soit par les infirmières ou les médecins ?

Annexe 2 : Version ultérieure du questionnaire IPREA

1. Avez-vous souffert du bruit (alarmes, radios, sonneries de téléphone, conversations) de jour comme de nuit ?
2. Avez-vous souffert de la lumière (éclairage trop important dans la chambre ou dans le couloir surtout la nuit ?
3. Avez-vous souffert du lit (matelas trop dur ou trop mou, matelas à eau, tête de lit trop ou pas assez relevée, lit trop bas ou trop haut, barrières, mauvais oreillers, etc.) ?
4. Avez-vous souffert du manque de sommeil par rapport à d'habitude ?
5. Avez-vous souffert de la soif ?
6. Avez-vous souffert de la faim ?
7. Avez-vous souffert du froid ?
8. Avez-vous souffert de la chaleur ?
9. Avez-vous eu des douleurs, même si elles étaient présentes avant l'hospitalisation, y compris les douleurs liées aux piqûres ou lors des changes ou de la toilette matinale ?
10. Avez-vous souffert d'être entouré de tuyaux (pour les perfusions, les connections des électrodes fixées sur le thorax, l'oxygène dans le nez ou sur le masque, la pince pour surveiller l'oxygénation, etc.) ?
11. Avez-vous été gêné par le fait que votre intimité ne soit pas suffisamment respectée (par ex. pendant la toilette matinale, les changes, l'examen par les médecins, ou les visites médicales) ?
12. Avez-vous souffert d'angoisse (peur parfois panique par exemple qu'un appareil important fonctionne mal, provoquée parfois par le déclenchement d'alarmes sonores) ou vous êtes-vous senti très anxieux durant votre hospitalisation ?
13. Avez-vous souffert d'isolement (être seul dans votre chambre, parfois sans voir d'infirmiers ou de médecins à proximité, et sans entendre de bruit ?)
14. Avez-vous été gêné par la limitation des visites des membres de votre famille ou de vos amis selon les horaires de visite en vigueur dans le service ?
15. Avez-vous été gêné de ne pas avoir de téléphone dans la chambre ?
16. Avez-vous été gêné de n'être pas assez informé de votre état ou de ce qu'on allait vous faire, de l'évolution de votre maladie, de votre date de sortie de réanimation, des suites, que ce soit par les infirmières ou les médecins ?

17. Avez-vous souffert d'hallucinations ?

18. Avez-vous un trou noir dans vos souvenirs relatifs à la période aux soins intensifs ?

Annexe 3 : Questionnaire ExPRIM

ExPRIM : version 31/10/2023


Questionnaire ExPRIM

Expérience Patient en Réanimation : Inconforts et souffrances Morales

Consigne :

Ce questionnaire s'adresse aux patients ayant séjourné aux soins intensifs. Il a pour but de recenser les éventuels inconforts et/ou souffrances vécus lors de ce séjour.

Le questionnaire est administré de la manière suivante : « À propos des situations énoncées, les avez-vous vécues durant votre séjour aux soins intensifs ? ». Les réponses possibles sont « oui » ou « non ». Si la réponse est « oui », la question suivante est : « Était-ce une source de souffrance pour vous ? ». La réponse à cette seconde question est à nouveau « oui » ou « non ».

 : Par souffrir/souffrance, on entend un état prolongé de douleur physique ou morale.

Domaines		À propos des situations suivantes...	Les avez-vous vécues ?		Était-ce une souffrance ?	
			Oui = 1	Non = 0	Oui = 4	Non = 0
Organisation des soins, environnement	1	Entendre trop de bruit				
	2	Percevoir trop de lumière				
	3	Avoir trop chaud ou trop froid				
	4	Être dans une position inconfortable (au lit ou au fauteuil)				
	5	Manquer de la lumière du jour				
	6	Manquer de contacts avec mes proches				
	7	Manquer de repères spatio-temporels (lieu, date, heure, jour)				
	8	Avoir une sensation d'enfermement, ne pas pouvoir sortir de ma chambre				
	9	Être attaché ou empêché de bouger				
Besoins fondamentaux	10	Manquer de sommeil				
	11	Manquer d'activité physique				
	12	Avoir soif				
	13	Avoir faim				
Aspects physiques	14	Être nu devant les soignants				
	15	Avoir des difficultés à respirer				
	16	Être gêné par des tuyaux ou le matériel de support de mes fonctions vitales				
	17	Avoir des démangeaisons				
Aspects psychologiques	18	Avoir mal				
	19	Dépendre des soignants ou de mes proches				
	20	Avoir un « trou noir » relatif au séjour aux soins intensifs (c'est une période durant laquelle vous n'avez, à ce jour, pas de souvenirs)				
	21	Avoir des hallucinations / faire des cauchemars				

	22	Avoir des difficultés pour m'exprimer et me faire comprendre				
	23	Ressentir de l'anxiété / de l'angoisse				
	24	M'ennuyer				
Relations avec les soignants	25	Manquer d'informations concernant mon état de santé, l'organisation des soins et/ou les examens prévus				
	26	Ne pas comprendre l'information donnée par les soignants				
	27	Manquer de contacts avec le personnel soignant				
	28	Percevoir un comportement (qu'il soit verbal ou physique) agressif de la part du personnel soignant à mon égard				
	29	Percevoir un comportement (qu'il soit verbal ou physique) inadapté de la part du personnel soignant (<i>tutoiement, infantilisation, etc.</i>) à mon égard				
Aspect social	30	Avoir des préoccupations en lien avec le déroulement de ma vie privée durant mon absence : ma famille, mon emploi, ma maison, mon argent, mon animal de compagnie, etc.				
		Sous-scores	V =		S =	
		Score total= [(nombre items V+ nombre items S) /(30+(nombre item V*4))]*10	= /10			



Annexe 4 : Amendement à la demande d'avis au comité d'éthique n°2023/320

Comité d'Ethique Hospitalo-Facultaire Universitaire de Liège (707)



Sart Tilman, le 1 décembre 2023

Monsieur le Prof. B. MISSET
Madame Dr A. F. ROUSSEAU
Service de SOINS INTENSIFS GENERAUX
CHU B35

Concerne: Votre demande d'avis au Comité d'Ethique
Notre réf: **2023/320**

"ExPRIM : Validation d'un nouveau questionnaire évaluant les inconforts et la souffrance morale des patients ayant séjourné aux soins intensifs."
Protocole : v1

Cher Collègue,

Le Comité d'Ethique constate que votre étude n'entre pas dans le cadre de la loi du 7 mai 2004 relative aux expérimentations sur la personne humaine.

Le Comité n'émet pas d'objection éthique à la réalisation de cette étude.

Vous trouverez, sous ce pli, la composition du Comité d'Ethique.

Je vous prie d'agréer, Cher Collègue, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Prof. D. LEDOUX
Président du Comité d'Ethique

Note: l'original de la réponse est envoyé au Chef de Service, une copie à l'Expérimentateur principal.

C.H.U. de LIEGE - Site du Sart Tilman - Avenue de l'Hôpital, 1 - 4000 LIEGE
Président : Professeur D. LEDOUX
Vice-Présidents : Docteur E. BAUDOUX, Docteur G. DAENEN, Professeur P. FIRKET
Secrétariat administratif: 04/323.21.58 - Coordination scientifique: 04/323.22.65
Mail : ethique@chuliege.be
Infos disponibles sur: <http://www.chuliege.be/orggen.html#ceh>

MEMBRES DU COMITE D'ETHIQUE MEDICALE
HOSPITALO-FACULTAIRE UNIVERSITAIRE DE LIEGE

Monsieur le Professeur Didier LEDOUX Intensiviste, CHU	Président
Monsieur le Docteur Etienne BAUDOUX Expert en Thérapie Cellulaire, CHU	Vice-Président
Monsieur le Docteur Guy DAENEN Honoraire, Gastro-entérologue, membre extérieur au CHU	Vice-Président
Monsieur le Professeur Pierre FIRKET Généraliste, membre extérieur au CHU	Vice-Président
Monsieur Resmi AGIRMAN Représentant des volontaires sains, membre extérieur au CHU	
Madame Viviane DESSOUROUX / Monsieur Pascal GRILLI (suppléant) Représentant (e) des patients, membres extérieurs au CHU	
Madame Régine HARDY / Madame la Professeure Adélaïde BLAVIER (suppléante) Psychologue, CHU Psychologue, membre extérieure au CHU	
Madame Isabelle HERMANS Assistante sociale, CHU	
Monsieur le Professeur Maurice LAMY Honoraire, Anesthésiste-Réanimateur, membre extérieur au CHU	
Madame la Docteure Marie-Paule LECART Rhumato-gériatre, CHU	
Madame Marie LIEBEN Philosophe, membre extérieure au CHU	
Madame Patricia MODANESE Infirmière cheffe d'unité, CHU	
Madame la Professeure Anne-Simone PARENT Pédiatre, CHU	
Monsieur le Professeur Marc RADERMECKER Chirurgien, CHU	
Monsieur Stéphane ROBIDA Juriste, membre extérieur au CHU	
Madame Isabelle ROLAND / Monsieur le Professeur Vincent SEUTIN (suppléant) Pharmacien, CHU Pharmacologue, ULiège	
Madame la Docteure Liliya ROSTOMYAN Endocrinologue, membre extérieure au CHU	
Madame la Docteure Isabelle RUTTEN Radiothérapeute, membre extérieure au CHU	
Madame Cécile THIRION Infirmière cheffe d'unité, CHU	

Annexe 5 : questionnaire d'évaluation du fond et de la forme

Validation du questionnaire « ExPRIM » sur le fond et la forme

EXPERTS PROFESIONNELS

Données sociodémographiques de l'expert :

- Profession :
- Années d'expérience :
- Âge :

Pertinence de chaque item :

D'après vous est-ce que l'item est pertinent ? Cochez la case correspondant à votre choix.

N° de la question	Non pertinent	Légèrement pertinent	Pertinent	Très pertinent
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				

|

Formulation des instructions :

Est-ce que les instructions sont correctement formulées ? Cochez la case correspondant à votre choix.

Désaccord	Plutôt pas d'accord	Plutôt d'accord	D'accord

Formulation de chaque item :

Comment trouvez-vous la formulation de l'item ? Cochez la case correspondant à votre choix.

N° de la question	Désaccord	Plutôt pas d'accord	Plutôt d'accord	D'accord
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				

L'option de réponse, oui/non, est-elle bien choisie ?

.....

Est-ce qu'il y a des items en trop ?

.....

.....

.....

Est-ce que selon vous il manque des items ?

.....

.....

.....

Validation du questionnaire « ExPRIM » sur le fond et la forme

EXPERTS PATIENTS

Données sociodémographiques de l'expert :

- Âge :
- Durée de séjour aux soins intensifs :

Formulation des instructions :

Est-ce que les instructions sont correctement formulées ? OUI / NON

Pertinence de chaque item :

D'après vous est-ce que l'item est pertinent ? Cochez la case correspondant à votre choix.

N° de la question	Non pertinent	Légèrement pertinent	Pertinent	Très pertinent
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				

Formulation de chaque item :

Comment trouvez-vous la formulation de l'item ? Cochez la case correspondant à votre choix.

N° de la question	Pas d'accord du tout	Plutôt pas d'accord	Plutôt d'accord	D'accord
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				

L'option de réponse, oui/non, est-elle bien choisie ?

.....

Est-ce qu'il y a des items en trop ?

.....

.....

.....

Est-ce que selon vous il manque des items ?

.....

.....

.....