

Concevoir un questionnaire efficace dans le domaine du traitement des plaies

Mots clés analyse, mesures, conception du questionnaire, taux de réponse, validation

Pour les références Stephenson J. Designing an effective questionnaire in wound care . WCET® Journal 2022;42(2):24-29

DOI <https://doi.org/10.33235/wcet.42.2.24-29>

Soumis le 29 avril 2022, Accepté le 6 mai 2022

INTRODUCTION

La collecte de données quantitatives via un questionnaire est une pratique courante dans le domaine du traitement des plaies. Les questionnaires sont un moyen relativement peu coûteux et rapide de collecter des données, et ne nécessitent pas nécessairement la présence du chercheur pendant la collecte des données. Très souvent, ils constituent le seul moyen viable de collecter les données requises. Les questionnaires dans le domaine du traitement des plaies, qui peuvent inclure des questionnaires adressés au personnel clinique, aux patients ou aux deux, visent le plus couramment à:

- Évaluer l'efficacité d'un programme de formation clinique pour améliorer les connaissances du personnel sur une certaine maladie.
- Évaluer l'étendue de l'utilisation d'un pansement particulier dans un contexte clinique donné.
- Évaluer une nouvelle pièce d'équipement.
- Suivre la cicatrisation des plaies avec un nouveau protocole de soins
- Évaluer un résultat lié au patient, comme la douleur, la qualité de vie ou la satisfaction à l'égard du traitement reçu.

Alors que de nombreux questionnaires entièrement validés sont disponibles "prêts à l'usage", les chercheurs dans le domaine du traitement des plaies peuvent trouver que les mesures spécifiques collectées par ces questionnaires ne correspondent pas aux objectifs de l'étude qu'ils proposent, et il peut donc être nécessaire de concevoir un instrument sur mesure. La recherche par questionnaire implique une réflexion approfondie sur la sélection de l'échantillon de l'étude, l'optimisation du taux de réponse, l'identification des mesures à évaluer, la formulation et la notation des éléments constitutifs, le cadrage des éléments pour l'analyse, la prise en compte des mesures de résultats et la notation des éléments, et le pilotage du questionnaire.

A QUI LE QUESTIONNAIRE DOIT-IL ÊTRE REMIS ?

Le concept de généralisation - la capacité de d'inférer, au-delà des données de l'échantillon (ceux qui ont rempli le questionnaire), à une population mère généralement beaucoup plus large - est essentiel à la plupart des études

de recherche quantitative. Cela nécessite un échantillon représentatif de répondants. Il est presque impossible de créer un échantillon qui reflète exactement la population qu'il est censé représenter sur tous les plans. Des connaissances cliniques sont nécessaires pour établir des caractéristiques importantes - telles que le niveau d'emploi, les comorbidités du patient ou le type de plaie - qui varieront d'une étude à l'autre. Pour déterminer si un échantillon reflète effectivement la population mère pour ce qui est des caractéristiques jugées les plus importantes pour l'étude, il peut être nécessaire de connaître au moins la distribution approximative des catégories d'unités dans la population concernée: par exemple, on peut connaître la composition d'une équipe de soins infirmiers en viabilité tissulaire typique dans une organisation typique, et les chercheurs peuvent chercher à refléter cette composition dans le personnel invité à remplir notre questionnaire. Le fait de ne pas s'assurer que l'échantillon ne diffère pas de manière importante de la population qu'il est censé représenter peut entraîner un biais de sélection, ce qui peut affaiblir ou invalider les résultats.

Certaines caractéristiques spécifiques s'appliquent aux données recueillies dans de nombreuses études sur le traitement des plaies. Premièrement, les données doivent souvent être recueillies simultanément auprès du personnel clinique et des patients. Par exemple, une étude de la charge de travail d'une équipe d'infirmières et infirmiers d'une communauté donnée dans laquelle les infirmiers comme leurs patients seront interrogés; habituellement, différentes séries d'éléments du questionnaire seront applicables aux infirmiers et aux patients. Cela conduit souvent à des données groupées, où un membre du personnel traitera plusieurs patients. Deuxièmement, l'unité d'analyse dans les études portant sur le traitement des plaies n'est pas toujours une personne individuelle, comme c'est souvent le cas dans d'autres branches des sciences cliniques. Il peut s'agir d'une plaie, comme une lésion de pression, et un patient peut fournir plusieurs plaies à la même étude. Encore une fois, cela conduit à la question du regroupement des données : ici, les lésions de pression sont regroupées au sein de chaque patient.

OPTIMISER LE TAUX DE RÉPONSE

La collecte de données par questionnaire est particulièrement sensible au *biais de réponse*, biais introduit par les différences de caractéristiques entre ceux qui choisissent de remplir le questionnaire et ceux qui ne le font pas. Bien qu'il existe des méthodes de calcul pour imputer les valeurs des données manquantes, ces méthodes peuvent ne pas être viables dans toutes les situations et il est généralement préférable d'optimiser à la fois la proportion de répondants potentiels qui répondent effectivement et la proportion de ceux qui

John Stephenson

PHD FRSS(GradStat) CMath(MIMA)

Maître de conférences en statistiques biomédicales

Université de Huddersfield, Royaume-Uni

Email J.Stephenson@hud.ac.uk

répondent et donnent un ensemble complet de réponses. De faibles taux de réponse entraînent également une réduction de la puissance de l'analyse, c'est-à-dire de la capacité à détecter tout effet éventuel.

Il existe des méthodes évidentes pour augmenter les taux de réponse et de remplissage :

- Recourir à des formats électroniques au lieu, ou en plus, des questionnaires papier (des rappels polis par courriel peuvent être envoyés aux non-répondants à des intervalles appropriés).
- Éviter les questionnaires comportant trop de questions. Tous les questions incluses doivent l'être dans un but précis: chaque question superflue augmente le risque qu'un répondant ne remplisse pas correctement le questionnaire. Par exemple, il ne faut pas demander aux répondants de fournir directement des informations sur des quantités telles que l'IMC, qui peuvent être calculées par les chercheurs à partir d'autres informations fournies par les répondants.
- Éviter les questions formulées de manière ambiguë. Les questions doivent permettre aux répondants de répondre rapidement en proposant une sélection d'options ou des échelles visuelles analogiques plutôt que de demander du texte libre. Poser des questions conditionnelles peut introduire une certaine confusion et doit être limitée.
- Garantir l'anonymat des participants, si cela est approprié pour les informations recueillies.

Certaines études nécessiteront de collecter les données par questionnaire à plusieurs reprises, par exemple pour surveiller la qualité de vie ou la douleur chez les patients souffrant de plaies chroniques. Un problème courant ici est que la proportion de questionnaires remplis diminue généralement à chaque point de collecte de données. Cela peut introduire un biais supplémentaire sous la forme d'un biais d'attrition, lorsque les personnes perdues au cours du suivi sont en quelque sorte systématiquement différentes de celles qui renvoient leurs questionnaires. Si l'on ne peut pas faire grand-chose contre le déménagement ou le décès des patients pendant la période de suivi, on peut néanmoins réduire les pertes par attrition en ne surchargeant pas les répondants en termes de fréquence d'envoi des questionnaires, ni de longueur ou de complexité des questionnaires qu'ils doivent remplir.

VALIDATION / MESURES À ÉVALUER

La conception de questions appropriées pour encapsuler efficacement les mesures de résultats d'intérêt est souvent la partie la plus difficile de la conception d'un questionnaire efficace. Il est généralement préférable d'utiliser un questionnaire dont la mise en œuvre a été validée sur des participants similaires. Toutefois, la validation complète est un processus de longue haleine: Price et Harding¹ ont décrit l'élaboration et la validation d'un questionnaire visant à mesurer l'impact des plaies chroniques (ulcères de jambe et ulcères du pied diabétique) sur la qualité de vie liée à la santé (QVLS) des patients et à identifier les sujets de préoccupation des patients. Ce processus s'est déroulé en trois étapes: un groupe de discussion et une série d'entretiens semi-structurés pour générer des questions pour le questionnaire; un processus pilote du questionnaire avec une analyse de données via une analyse factorielle; et une évaluation de la fiabilité, de la validité et de la reproductibilité de l'échelle résultante dans une période de suivi de 3 mois.

Bien que la validation complète d'un questionnaire conçu soi-même soit une entreprise importante qui n'est peut-être pas à la portée d'un praticien qui devra concevoir, mettre en œuvre et analyser des données dans une période de temps limitée, certaines étapes courantes de validation peuvent être concevables. Souvent, cela implique la contribution d'un panel de praticiens experts dans la formulation des questions, la clarté de la formulation pouvant être évaluée par des groupes de discussion ou d'autres moyens. L'objectif est d'en tirer une série de questions qui contribuent chacune à un aspect différent du résultat d'intérêt et qui, lorsqu'elles sont évaluées en conjonction les unes avec les autres, fournissent une mesure significative du résultat global. L'avis d'un expert peut être nécessaire pour confirmer qu'une question contribue réellement à la mesure du concept visé, et non d'un autre concept. Barakat-Johnson et al.² ont développé et évalué les propriétés psychométriques d'un instrument utilisé pour évaluer les connaissances des praticiens en matière de dermatite associée à l'incontinence. L'élaboration des questions s'est appuyée sur la contribution d'un panel d'experts praticiens, première étape d'un processus en trois temps, suivie d'une évaluation de la validité du contenu de l'instrument par le biais d'une enquête auprès des praticiens et des parties prenantes, et d'une enquête pilote transversale multi-sites pour déterminer la fiabilité composite.

La validité du contenu et du concept doit également être abordée au cours du processus de développement. Les questions trop similaires sont à éviter. Au lieu de capturer chacune un aspect unique du concept d'intérêt, ces questions capturent le même aspect, et donc cet aspect est compté deux fois, et il est très probable que les répondants répondent de la même manière aux deux questions. Inversement, des questions trop différentes les uns des autres peuvent ne pas mesurer le même concept. Un autre problème courant est le "chevauchement" des aspect d'un concept capturé par différentes questions. L'évaluation de la validité de contenu et de conceptualisation à l'aide de mesures de résumé et de méthodes statistiques reconnues a été utilisée par Barakat-Johnson et al.² dans les étapes ultérieures du développement de leur outil.

FORMULATION ET NOTATION DES QUESTIONS

L'obtention de données quantitatives par le biais d'un questionnaire nécessite des réponses "fermées" (chiffres ou catégories); les réponses "ouvertes" ne conviennent généralement pas à l'établissement de rapports quantitatifs. Les questions du questionnaire de type fermé peuvent être formulées de plusieurs façons. Certaines des formulations de questions les plus courantes sont les suivantes:

- Questions demandant directement une quantité numérique, telles que *"Quel est votre âge en années ?"*
- Questions qui produisent indirectement une quantité numérique, en demandant aux répondants de fournir une réponse sur une échelle visuelle analogique qui est ensuite traitée par le chercheur. Un exemple typique pourrait être de présenter une ligne de longueur donnée (disons 10 cm) dont les deux extrémités sont clairement identifiées comme représentant des valeurs extrêmes (par exemple: *"Pas de douleur du tout"* et *"La pire douleur imaginable"*) et accompagnée d'une instruction telle que *"Veuillez cocher cette ligne en fonction du niveau de douleur que votre plaie vous cause aujourd'hui"*.
- Questions permettant aux répondants de choisir une option dans une liste d'options possibles proposées.

- Questions permettant aux répondants de choisir autant d'options que nécessaire parmi une liste d'options possibles proposées.

Les deux premiers types suscitent des réponses numériques, les deux autres des réponses catégorielles. Les deux types de réponses peuvent être potentiellement utiles pour une analyse ultérieure, et le questionnaire doit être formaté de manière à permettre aux répondants de donner une réponse numérique ou de choisir dans une liste d'options, selon le cas, pour une question particulière.

Les questions suscitant des réponses numériques directes ou indirectes sont potentiellement les plus simples à inclure dans les procédures d'analyse ultérieures. Toutefois, le prétraitement ultérieur des données peut être facilité par la formulation d'une question telle que les répondants ne ressentent pas le besoin d'ajouter des mots inutiles: une question telle que *"Depuis combien de temps travaillez-vous dans cette organisation ?"* peut susciter une série de réponses telles que *"moins d'un an"*, *"18 mois"*, *"environ 5 ans"* et ainsi de suite, qui seront interprétées par la plupart des logiciels informatiques comme du texte, plutôt que comme des réponses numériques, et nécessiteront un traitement approfondi avant de pouvoir être utilisées pour l'analyse. Une simple reformulation du type *"Veuillez indiquer le nombre d'années (arrondi à l'année la plus proche) pendant lesquelles vous avez travaillé pour cette organisation"* peut permettre de gagner beaucoup de temps de prétraitement. De même, la simple instruction de laisser en blanc toutes les questions non pertinentes ou les questions pour lesquels le répondant ne peut pas donner de réponse exacte, peut faire gagner du temps en supprimant les diverses occurrences de *"sans objet"*, *"ne sais pas"*, *"pas sûr"*, etc.

Il est courant d'introduire une catégorisation artificielle dans les questions produisant des données numériques. Par exemple, une question demandant aux répondants de déclarer leur âge pourrait offrir un choix d'options de tranches d'âge: *"18-30"*, *"31-40"*, *"41-50"*, etc. Ces approches ne sont généralement pas recommandées: premièrement, on perd des informations sur la distinction entre les répondants de différents âges au sein d'une même tranche d'âge (il peut y avoir des différences considérables entre les réponses d'un jeune de 18 ans et celles d'un jeune de 30 ans). Deuxièmement, les catégories multiples dans une variable de regroupement signifient que de multiples comparaisons sont nécessaires dans l'analyse (résultats chez les 18-30 ans par rapport aux 31-40 ans, résultats chez les 18-30 ans par rapport aux 41-50 ans et ainsi de suite), ce qui peut entraîner des problèmes techniques et d'interprétation.

Cependant, pour les questions qui capturent un concept réellement mesuré au niveau catégoriel, il n'y a pas d'autre solution que de proposer une liste d'options à sélectionner par les répondants. La liste des options proposées doit être exhaustive. Un répondant à qui l'on demande de préciser sa fonction dans une organisation, par exemple, et qui découvre que sa fonction n'est pas représentée dans les options proposées, peut perdre confiance dans le fait que sa participation à l'étude aboutira à un enregistrement précis de ses opinions ou de sa situation et peut être moins enclin à remplir le reste du questionnaire avec précision.

Un problème similaire se pose lorsque les options se chevauchent. Si les options pour la question *"Combien de patients prenez-vous en charge par semaine ?"* sont, par exemple, *"10 ou moins"*, *"10 à 20"*, *"20 à 30"*, etc., une personne ayant une charge de travail de 10 ou 20 patients exactement ne saura pas

quelle option elle doit choisir. Un autre exemple pourrait être celui d'un répondant à qui l'on demande de choisir sa fonction professionnelle dans une liste d'options alors qu'il a en réalité deux fonctions ou plus. Cette situation peut être simplement évitée en améliorant la formulation des questions, par exemple: *"Veuillez sélectionner dans la liste suivante la fonction qui correspond le mieux à la fonction principale de votre travail"*.

En formulant des questions de ce type, il peut être tentant d'autoriser les répondants à répondre en texte libre. Cela peut permettre d'éviter l'omission accidentelle de l'option préférée d'un répondant, ou la confusion résultant de plusieurs options similaires, mais non identiques, à la réponse que le répondant préférerait donner. Toutefois, cette possibilité peut nécessiter un prétraitement ultérieur important des données de texte libre en groupes définis, ce qui n'est pas toujours facile si les répondants ne sont pas suffisamment explicites dans leurs réponses en texte libre. Cette situation peut souvent être évitée en proposant une option *"autre"* dans la liste des options.

Les options proposées pour une question catégorielle peuvent être nominales (pas d'ordre sous-jacent; dans ce cas, l'ordre des options n'a pas d'importance) ou ordinales (dans ce cas, les options doivent être présentées dans un ordre logique). L'élément ordinal "classique" d'un questionnaire est la question de Likert, la formulation la plus simple et, de loin, la plus populaire des questions de questionnaire, que l'on retrouve dans de nombreux questionnaires, sinon la plupart. Une question de Likert est une question qui demande généralement aux répondants de choisir une option dans une liste ordonnée de cinq options représentant le degré d'accord avec un énoncé particulier, comme par exemple: *"Le produit X est un traitement efficace contre la granulation excessive"*. Les options typiques d'une telle question peuvent être *"pas du tout d'accord"*, *"pas d'accord"*, *"ni d'accord ni pas d'accord"*, *"d'accord"* et *"tout à fait d'accord"*. D'autres questions de Likert peuvent demander aux répondants d'évaluer la fréquence ou l'ampleur d'un événement, comme par exemple: *"La zone autour de la plaie est-elle devenue gonflée?"* Ici, les options typiques peuvent être *"pas du tout"*, *"un petit peu"*, *"un peu"*, *"assez"*, *"beaucoup"*.

Les questions de Likert ne doivent pas nécessairement offrir cinq options, mais en général, elles offrent un nombre impair d'options, dont cinq est probablement le nombre le plus courant, afin de permettre une option médiane "neutre". Alors que les questions comportant un plus grand nombre d'options peuvent sembler offrir une plus grande granularité de réponse, les distinctions entre les points de l'échelle peuvent être de plus en plus difficiles à discerner pour les répondants (*"quelquefois"*, *"souvent"*, *"la plupart du temps"*, *"presque tout le temps"*, etc.) Un équivalent visuel de la question de Likert est une question formulée de la manière suivante: *"Sur une échelle de 0 à 10, dans quelle mesure votre plaie vous empêche-t-elle d'accomplir les tâches ménagères quotidiennes?"* Il s'agit d'une question à 11 points: une erreur fréquente consiste à laisser l'échelle dans les questions de ce type aller de 1 à 10 (plutôt que de 0 à 10). Dans ce cas, la réponse neutre serait représentée par une réponse de 5,5, et non de 5, bien que de nombreuses personnes qui répondent par la valeur 5 à des questions de ce type aient sans doute l'intention de donner une réponse se situant exactement au centre de l'échelle disponible. Les questions comportant un large éventail de réponses ordinales se comportent d'une certaine manière comme les questions donnant des réponses numériques indirectement via une échelle visuelle analogique.

Les questions qui demandent aux répondants de choisir "autant d'options que nécessaire" sont acceptables, mais elles peuvent être beaucoup plus difficiles à analyser que les questions correspondantes qui ne demandent de choisir qu'une seule option. Par exemple, une question telle que "Lequel des pansements suivants utilisez-vous régulièrement - veuillez sélectionner tous ceux qui sont concernés" suivi d'une liste de 26 options (Produit A, Produit B, Produit C ... Produit Z), est en fait équivalent, en termes d'analyse, à une série de 26 questions: "Utilisez-vous régulièrement le pansement A - oui ou non?"; "Utilisez-vous régulièrement le pansement B - oui ou non?"; ... "Utilisez-vous régulièrement le produit Z comme pansement - oui ou non?". Cette série de questions conduira probablement à un large éventail de combinaisons de réponses et donnera lieu à des dizaines de comparaisons par paires, qui seront toutes difficiles à interpréter.

CADRAGE DES ÉLÉMENTS POUR L'ANALYSE

Un questionnaire type peut commencer par des questions démographiques de base, permettant d'obtenir les caractéristiques démographiques et de style de vie des répondants, telles que l'âge, le sexe, la situation familiale, etc., et/ou des questions relatives à leur état de santé (présence de divers problèmes de santé mentale ou physique, durée de la plaie préexistante) ou à leur statut professionnel (ancienneté, grade, etc.). Certaines de ces questions peuvent être incluses pour aider à illustrer la diversité ou les caractéristiques de l'échantillon, mais ne prendront pas part à l'analyse proprement dite.

Dans la limite du raisonnable, les questions mesurant ces "variables de base", qui sont généralement des questions factuelles suscitant des réponses numériques ou catégorielles, plutôt que des questions de type Likert ou similaires, peuvent être enregistrés de la manière souhaitée. Les questionnaires qui sont conçus pour présenter des données de manière descriptive, mais qui n'impliquent aucune sorte d'analyse inférentielle (c'est-à-dire l'inférence de données d'un échantillon à une population mère), peuvent être limités à des questions de ce type. Ces études sont généralement conçues pour évaluer la prévalence ou la proportion d'une quantité, comme une étude visant à déterminer la proportion d'infirmières et infirmiers utilisant un produit particulier pour le traitement des plaies, ou la proportion de personnel clinique qui réagit à une incitation visuelle telle que la rougeur de la peau. Brown et Sneddon³ ont mis en place un questionnaire, composé principalement de questions "autonomes" avec des réponses ordinales, pour comprendre comment les services de traitement du lymphoedème sont financés et fournis à travers le Royaume-Uni et leur niveau de ressources. Les données du questionnaire ont permis d'estimer des proportions (par exemple, la proportion de praticiens interrogés qui ont traité des plaies ouvertes) mais les chercheurs n'ont pas tenté de généraliser au-delà des données de l'échantillon.

Cependant, l'analyse inférentielle fait généralement partie du champ d'application de la plupart des études quantitatives, et donc la plupart des questionnaires sollicitant des données quantitatives comprendront des questions nécessaires à une analyse inférentielle ultérieure. Par exemple, pour un ou plusieurs résultats, on peut souhaiter comparer le personnel expérimenté et le personnel novice, ou les patients des soins intensifs qui sont revenus régulièrement et ceux qui ne l'ont pas fait, ou encore un nouvel équipement et un équipement standard. Ces analyses sont des exemples d'études comparatives, dans lesquelles deux groupes ou plus

sont comparés l'un à l'autre: de nombreux modèles standard d'études de recherche, tels que les études de cohorte, les études cas-témoins et les modèles contrôlés randomisés, entrent dans cette catégorie. Ousey et al.⁴ ont utilisé des données recueillies par questionnaire pour comparer un matelas de conception nouvelle à un matelas standard sur une série de mesures de l'expérience des patients (confort, température et qualité du sommeil). Les chercheurs ont utilisé des méthodes statistiques inférentielles standard pour comparer l'importance et la magnitude des effets, les groupes étant définis par le type de matelas.

Les questions utilisées pour définir les variables de regroupement dans ces études sont catégorielles. Les variables catégorielles qui ne peuvent prendre que deux catégories (ou "niveaux", comme on les appelle parfois) sont appelées variables binaires, comme dans l'étude de Ousey et al.⁴. Certaines variables de regroupement peuvent comprendre plus de deux catégories. Par exemple, une étude comparant les résultats de patients pouvant être classés comme étant en sous-poids, de poids normal, en surpoids, obèses ou atteints d'obésité morbide, pourrait utiliser une variable de regroupement "état d'obésité" pour classer chaque répondant au questionnaire dans l'une des cinq catégories ci-dessus.

Ces variables de regroupement multi-catégorielles doivent être spécifiées avec prudence; alors qu'une variable de regroupement binaire conduit à une seule analyse (par exemple, le résultat chez les hommes par rapport au résultat chez les femmes), le nombre d'analyses requises augmente rapidement avec l'introduction de variables de regroupement à niveaux multiples. Une autre raison de limiter les variables de regroupement à niveaux multiples est que, bien que les questions enregistrant les variables de regroupement doivent, en général, permettre aux répondants de choisir n'importe quelle question possible, les chercheurs doivent être préparés à l'éventualité de données faiblement réparties dans plusieurs catégories, ce qui conduit à des groupes vraiment trop petits pour être analysés de manière significative. Dans ces circonstances, il peut être nécessaire de fusionner certaines catégories avant de les analyser.

MESURES DES RÉSULTATS

Dans la plupart des questionnaires, la majorité des questions concernent l'obtention de mesures de résultats. De nombreux résultats sont catégoriels, souvent binaires, par exemple, la probabilité de cicatrisation de 50% d'une plaie 30 jours après le traitement, ou multi-catégoriels, par exemple, le type de tissu prédominant dans le lit de la plaie. Ces résultats peuvent généralement être facilement saisis dans un questionnaire comportant une seule question binaire ou ordinale. Dhoonmoon⁵ a étudié l'expérience de 56 professionnels de santé (PS) concernant l'utilisation d'un tampon de débridement par le biais d'un questionnaire de rétroaction. La plupart des éléments, y compris ceux liés à la performance des tampons (élimination des débris d'escarre, débridement, etc.) ont été évalués à l'aide de questions catégorielles, avec des options allant de "excellent" à "médiocre". Ces mesures se prêtent naturellement à une évaluation catégorielle ordinale. Pour faciliter l'analyse ou à d'autres fins, de nombreux résultats ordinaux sont dichotomisés - par exemple, l'un des résultats mesurés dans l'étude d'Ousey et al.⁴ (la qualité du sommeil) a été transformé pour l'analyse à partir de ses cinq options originales ("excellent", "très bon", "bon", "adéquat", "mauvais") en une mesure dichotomique comparant les réponses "excellent" ou "très bon" à toute autre réponse. Des résultats numériques,

tels que le pourcentage de patients guéris, ou le temps nécessaire pour que les niveaux de douleur atteignent une certaine valeur pré-spécifiée, peuvent également être trouvés mais sont moins courants dans les analyses basées sur des questionnaires dans le traitement des plaies.

NOTATION DES QUESTIONS

Les questionnaires sont généralement utilisés pour évaluer des quantités pour lesquelles il n'existe pas de mesure objective simple. Dans le contexte d'une étude sur le traitement des plaies, il peut s'agir, par exemple, de l'évaluation par un praticien d'un nouveau matelas redistributeur de pression, ou du point de vue du patient exprimant dans quelle mesure sa plaie l'empêche d'accomplir ses tâches quotidiennes. De telles quantités ne peuvent généralement pas être regroupées dans une seule question; une série de questions, qui exploitent toutes le concept d'intérêt, peut être nécessaire. Par exemple, la connaissance de la dermatite d'une infirmière stagiaire qui a récemment suivi une session de travail sur ce sujet, ou la qualité de vie d'un patient vivant avec une plaie chronique. Généralement, ces éléments constitutifs peuvent être de type Likert ou similaire. Dans ce cas, l'intérêt est presque invariablement centré sur la notation traitée d'un ensemble de questions, et non sur chacune des questions elles-mêmes. Ainsi, alors qu'en théorie, chaque question d'un questionnaire pourrait représenter une seule mesure, le nombre de mesures distinctes saisies dans un questionnaire type est généralement bien inférieur au nombre de questions du questionnaire, plusieurs questions contribuant à l'évaluation de chaque concept.

Il est généralement souhaitable de limiter le nombre de résultats: une présentation extensive de résultats individuels sous la forme, par exemple, de diagrammes circulaires peut donner peu d'indications sur l'importance relative des différents résultats. Il existe également certains problèmes d'analyse qui peuvent rendre indésirable un grand nombre de résultats primaires. Tout comme les études qui collectent des données par d'autres moyens, le questionnaire idéal permet probablement de recueillir des informations sur un seul résultat primaire pré-spécifié et un petit nombre de résultats secondaires.

Une notation est nécessaire pour toutes les questions qui contribuent à l'évaluation d'une mesure particulière. En général, la notation des questions de Likert à 5 points est très simple - de 1 point pour "*pas du tout d'accord*" à 5 points pour "*tout à fait d'accord*", les options intermédiaires étant notées en conséquence. Les questions de Likert avec d'autres nombres d'options sont notées de la même manière. De nombreux chercheurs préfèrent utiliser un codage tel que: -2 points pour "*pas du tout d'accord*"; -1 point pour "*pas d'accord*" et ainsi de suite jusqu'à +2 points pour "*Tout à fait d'accord*", peut-être dans l'idée que les réponses formulées de manière négative nécessitent des scores négatifs. Ce codage est exactement équivalent au codage 1-5 mentionné ci-dessus - la notation pour chaque option est réduit ede 3 points pour toutes les options. Tant que cette notation est appliquée de manière cohérente, les inférences seront les mêmes dans les deux systèmes de notation.

On suppose normalement que les notations des questions sont additionnelles, c'est-à-dire qu'il est utile d'obtenir une notation globale en additionnant les notes obtenus à chacune des question qui contribue à la même mesure. Cette hypothèse est souvent plus facile à justifier s'il y a cohérence dans la

formulation des questions. Il n'est pas évident de déterminer une notation globale à partir d'une série de questions dont le nombre d'options varie, par exemple, de 2 à 3, puis de 5 à 7. Les notions des questions comportant le plus grand nombre d'options supplanteront ceux des questions comportant moins de réponses si, pour chaque question, les réponses sont simplement codées comme 1 jusqu'à la valeur du nombre d'options.

Il est également plus difficile de justifier que l'addition des notations de plusieurs questions conduit à une mesure significative, même si le nombre d'options dans chaque question est le même, si les options sont différentes. Si une série de questions offre les options "*pas du tout d'accord*", "*Pas d'accord...*", "*tout à fait d'accord*" et qu'une autre série offre les options "*pas du tout*", "*un peu...*", "*beaucoup*", il peut être difficile d'arguer que les notations des deux séries de questions peuvent être combinées de manière significative.

Par exemple, si des questions de Likert en 5 points tels que "*Ma plaie m'a obligé à limiter mes activités avec les autres*" et "*La plaie a affecté mon sommeil*" sont codées à l'aide de l'échelle de 1 à 5 ci-dessus, avec 1 point pour une réponse de "*pas du tout d'accord*" et 5 points pour une réponse de "*tout à fait d'accord*", cela implique que des notes plus élevés indiquent des résultats plus mauvais. Par conséquent, si l'on souhaite inclure un élément supplémentaire dans la même échelle, tel que, par exemple, "*Je suis capable d'effectuer des tâches quotidiennes sans difficulté*", cet élément pourrait être codé de manière à ce que "*tout à fait d'accord*" reçoive 5 points, "*pas du tout d'accord*" 1 point, et que les autres points de l'échelle soient notés en conséquence, par souci de cohérence avec les autres éléments de l'échelle.

PILOTER LE QUESTIONNAIRE

La mise en œuvre pilote peut être un outil utile pour affiner les questions du questionnaire et peut révéler des problèmes qui pourraient avoir un impact sur le taux de réponse ultérieur et la fiabilité des réponses, comme une mauvaise clarté de la formulation des questions ou un temps excessif pour remplir le questionnaire. Si un questionnaire comprend un ensemble de questions de type Likert ou similaires conçus pour exploiter le même concept, la cohérence interne des réponses pilotes à ces questions peut être évaluée facilement et rapidement à l'aide des logiciels statistiques les plus courants. Ce processus permet d'identifier les questions qui ne sont pas traitées de la même manière que les autres questions censées mesurer le même concept, et qui peuvent donc nécessiter des modifications de leur formulation (si celle-ci n'est pas claire ou a été mal comprise par les répondants), leur suppression du questionnaire, ou éventuellement leur transfert vers la mesure d'un autre concept. La phase pilote est généralement la seule occasion d'apporter ces modifications si elles sont nécessaires.

SYNTHÈSE

Une bonne conception de questionnaire est déterminée par la question de recherche et l'analyse qui en découle. La prise en compte du point final est en fait généralement le point de départ. Les problèmes à prendre en compte comprennent la détermination des résultats à mesurer, la manière dont ils doivent être mesurés, si les résultats sont des mesures objectives qui peuvent être capturées de manière adéquate à l'aide de questions suscitant des réponses numériques simples ou des catégories, ou s'ils nécessitent des questions multiples pour recueillir une série de facettes spécifiques de la mesure.

Le ou les niveaux auxquels l'analyse doit être menée doivent également être déterminés - dans les études sur le traitement des plaies, les analyses au niveau du patient, du praticien ou de la plaie sont toutes courantes. Il faut également déterminer si les résultats doivent être liés ou non à d'autres variables et si les groupes souhaités pour la comparaison figurent dans les questions servant de variables de regroupement pour classer les unités d'analyse (patients, soignants ou plaies) de manière appropriée.

La collecte de données par questionnaire doit être abordée de la même manière que la collecte de données par le biais de dispositifs médicaux ou d'autres moyens - il est nécessaire de s'assurer que l'instrument de collecte de données est adapté à son objectif. Cela signifie qu'il faut franchir autant d'étapes que possible sur le chemin de validation (en supposant que l'on n'utilise pas un instrument pré-validé) pour s'assurer que l'on mesure les résultats que l'on pense mesurer, grâce à des questions soigneusement formulées, groupées et notées de manière appropriée. Il faut veiller à n'utiliser que le nombre de questions nécessaires pour saisir les données démographiques, les autres informations de base et les mesures des résultats. Il est nécessaire de s'assurer que les répondants constituent, dans la mesure du possible, un échantillon représentatif de la population à laquelle les généralisations doivent être étendues. Les taux de réponse sont optimisés en rendant les questions aussi claires que possible et en demandant le moins possible aux répondants en termes de temps et d'efforts nécessaires pour remplir le questionnaire, tout comme cela peut être fait en utilisant d'autres moyens de collecte de données.

Bien qu'il soit facile de sous-estimer l'effort nécessaire pour faciliter la collecte efficace de données par questionnaire, lorsqu'elle est menée correctement, la collecte de données par questionnaire peut être un moyen très efficace de collecte de données et constituer une base solide pour les études de recherche.

CONFLIT D'INTÉRÊT

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt.

FINANCEMENT

Les auteurs n'ont reçu aucun financement pour cette étude.

RÉFÉRENCES

1. Price P, Harding K. Cardiff Wound Impact Schedule: the development of a condition-specific questionnaire to assess health-related quality of life in patients with chronic wounds of the lower limb. *Int Wound J*. 2004 Apr;1(1):10-17.
2. Barakat-Johnson M, Beeckman D, Campbell J, Dunk AM, Lai M, Stephenson J, Coyer F. Development and Psychometric Testing of a Knowledge Instrument on Incontinence-Associated Dermatitis for Clinicians: The Know-IAD. *J Wound Ostomy Continence Nurs*. 2022 Jan-Feb 01;49(1):70-77.
3. Brown L, Sneddon MC. Lymphoedema service provision across the UK: a national survey. *J Lymphoedema*. 2020;15(1):16-21.
4. Ousey K, Stephenson J, Fleming L. Evaluating the Trezzo range of static foam surfaces: results of a comparative study. *Wounds UK* 2016;12(4):66-73.
5. Dhoonmoon L. Experiences of healthcare professionals using Prontosan® debridement pad. *Wounds UK* 2021;17(1):118-123.