

Questionnaire SRI

*Questionnaire de qualité de vie liée à la santé
chez les patients atteints d'insuffisance respiratoire chronique sévère*

Questionnaire original

Responsable : Pr Wolfram Windisch

Lungenklinik – Abt. Pneumologie
Kliniken der Stadt Köln
Ostmerheimer Strasse 200
51109 KÖLN (Deutschland)

Windisch W, Freidel K, Schucher B, Baumann H, Wiebel M, Matthys H, Petermann F. The Severe Respiratory Insufficiency (SRI) Questionnaire: a specific measure of health-related quality of life in patients receiving home mechanical ventilation. J Clin Epidemiol 2003; 56:752-9.

Traduction et adaptation culturelle du questionnaire français

Responsable : Pr Antoine Cuvelier (Université de Rouen, France)

Service de Pneumologie & Soins Intensifs Respiratoires
Hôpital de Bois-Guillaume
Centre Hospitalier Universitaire de Rouen
F-76031 ROUEN cedex

Cuvelier A, Lamia B, Molano L-C, Muir J-F, Windisch W pour le Groupe Assistance Ventilatoire (GAV) de la Société de Pneumologie de Langue Française (SPLF). Traduction française et adaptation culturelle du questionnaire SRI. Questionnaire de qualité de vie liée à la santé des patients insuffisants respiratoires chroniques traités par ventilation à domicile. Rev Mal Respir 2012 29:705-713.

Le questionnaire SRI est destiné à la recherche clinique dans le domaine de l'insuffisance respiratoire chronique. Il est libre de droits.

La version française du questionnaire SRI est disponible sur le site du Groupe Assistance Ventilatoire (GAV) de la Société de Pneumologie de Langue Française (SPLF) (www.isplf.org).

Questionnaire SRI

*Questionnaire de qualité de vie liée à la santé
chez les patients atteints d'insuffisance respiratoire chronique sévère*

Madame, Monsieur,

Vous êtes suivis dans le service pour votre maladie
respiratoire.

Pour évaluer votre état de santé actuel, nous vous
remercions de bien vouloir remplir le questionnaire ci-joint.

Veillez répondre à chaque question en ne cochant qu'une
seule bonne réponse. Vous êtes libre de ne pas répondre à
toutes les questions.

Toutes les données recueillies sont soumises au secret
médical et seront traitées de manière strictement
confidentielle.

Votre médecin, au sein du service, est à votre disposition
pour répondre à vos questions éventuelles.

Nom :

Prénom : *(ou étiquette)*

Date :

Questionnaire SRI

Les questions ci-dessous concernent votre état de santé général. Elles décrivent différentes situations et aspects de la vie quotidienne.

Merci de nous indiquer comment vous êtes depuis ces huit derniers jours.

Pour CHACUNE des situations suivantes, veuillez marquer d'une croix la réponse qui correspond le mieux.

	Totalement faux	Plutôt faux	En partie faux, en partie vrai	Plutôt vrai	Totalement vrai
	- 2	- 1	0	1	2
1. J'ai du mal à monter les escaliers	<input type="checkbox"/> - 2	<input type="checkbox"/> - 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
2. J'ai du mal à respirer en mangeant	<input type="checkbox"/> - 2	<input type="checkbox"/> - 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
3. Je suis capable de sortir le soir	<input type="checkbox"/> - 2	<input type="checkbox"/> - 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
4. Je me sens souvent déprimé(e)	<input type="checkbox"/> - 2	<input type="checkbox"/> - 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
5. J'ai du mal à respirer, même en dehors des efforts physiques	<input type="checkbox"/> - 2	<input type="checkbox"/> - 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
6. J'ai souvent mal à la tête	<input type="checkbox"/> - 2	<input type="checkbox"/> - 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
7. J'ai beaucoup d'amis et de connaissances	<input type="checkbox"/> - 2	<input type="checkbox"/> - 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
8. J'ai peur que ma maladie s'aggrave	<input type="checkbox"/> - 2	<input type="checkbox"/> - 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
9. Je m'endors facilement	<input type="checkbox"/> - 2	<input type="checkbox"/> - 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
10. Je m'entends bien avec les autres	<input type="checkbox"/> - 2	<input type="checkbox"/> - 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2

	Totalement faux	Plutôt faux	En partie faux, en partie vrai	Plutôt vrai	Totalement vrai
	- 2	- 1	0	1	2
11. J'ai parfois des sensations de vertige	<input type="checkbox"/> - 2	<input type="checkbox"/> - 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
12. Je me réveille la nuit avec une gêne respiratoire	<input type="checkbox"/> - 2	<input type="checkbox"/> - 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
13. J'ai peur d'avoir du mal à respirer la nuit	<input type="checkbox"/> - 2	<input type="checkbox"/> - 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
14. J'ai fréquemment mal au cou	<input type="checkbox"/> - 2	<input type="checkbox"/> - 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
15. J'ai du mal à sortir de chez moi à cause de ma maladie	<input type="checkbox"/> - 2	<input type="checkbox"/> - 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
16. J'ai du mal à effectuer les tâches ménagères	<input type="checkbox"/> - 2	<input type="checkbox"/> - 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
17. Je me réveille fréquemment la nuit	<input type="checkbox"/> - 2	<input type="checkbox"/> - 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
18. Je peux dormir toute une nuit d'affilée	<input type="checkbox"/> - 2	<input type="checkbox"/> - 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
19. J'ai souvent le souffle court	<input type="checkbox"/> - 2	<input type="checkbox"/> - 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
20. J'envisage l'avenir de façon positive	<input type="checkbox"/> - 2	<input type="checkbox"/> - 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
21. J'ai le sentiment d'être seul(e)	<input type="checkbox"/> - 2	<input type="checkbox"/> - 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
22. J'ai du mal à respirer en parlant	<input type="checkbox"/> - 2	<input type="checkbox"/> - 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
23. Avoir de la visite à la maison me fatigue beaucoup	<input type="checkbox"/> - 2	<input type="checkbox"/> - 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> + 1	<input type="checkbox"/> + 2

	Totalement faux	Plutôt faux	En partie faux, en partie vrai	Plutôt vrai	Totalement vrai
	- 2	- 1	0	1	2
24. Je tousse beaucoup	<input type="checkbox"/> - 2	<input type="checkbox"/> - 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
25. Mes voies respiratoires sont souvent encombrées	<input type="checkbox"/> - 2	<input type="checkbox"/> - 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
26. J'évite les situations où mes problèmes respiratoires pourraient m'embarrasser	<input type="checkbox"/> - 2	<input type="checkbox"/> - 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
27. Je me sens bien avec mes amis/connaissances	<input type="checkbox"/> - 2	<input type="checkbox"/> - 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
28. Je redoute une crise d'étouffement	<input type="checkbox"/> - 2	<input type="checkbox"/> - 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
29. J'ai du mal à respirer lorsque je fais des efforts physiques	<input type="checkbox"/> - 2	<input type="checkbox"/> - 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
30. Je suis énervé(e) par les contraintes liées à ma maladie	<input type="checkbox"/> - 2	<input type="checkbox"/> - 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
31. Mon conjoint souffre à cause de ma maladie	<input type="checkbox"/> - 2	<input type="checkbox"/> - 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
32. Je suis capable de faire mes courses	<input type="checkbox"/> - 2	<input type="checkbox"/> - 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
33. Je suis capable de pratiquer toutes les activités qui m'intéressent	<input type="checkbox"/> - 2	<input type="checkbox"/> - 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
34. Je me sens souvent irritable	<input type="checkbox"/> - 2	<input type="checkbox"/> - 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
35. J'ai moins de contacts avec mes amis/connaissances à cause de ma maladie	<input type="checkbox"/> - 2	<input type="checkbox"/> - 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
36. Je suis heureux(-euse) de ma vie	<input type="checkbox"/> - 2	<input type="checkbox"/> - 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2

	Totalement faux	Plutôt faux	En partie faux, en partie vrai	Plutôt vrai	Totalement vrai
	- 2	- 1	0	1	2
37. Je suis capable de participer à des activités en société	<input type="checkbox"/> - 2	<input type="checkbox"/> - 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
38. Je suis fréquemment triste	<input type="checkbox"/> - 2	<input type="checkbox"/> - 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
39. Mes difficultés respiratoires me gênent lorsque je suis avec les autres.	<input type="checkbox"/> - 2	<input type="checkbox"/> - 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
40. Je suis souvent nerveux(-euse)	<input type="checkbox"/> - 2	<input type="checkbox"/> - 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
41. Je suis capable de m'habiller seul(e)	<input type="checkbox"/> - 2	<input type="checkbox"/> - 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
42. Je suis fatigué(e) dans la journée	<input type="checkbox"/> - 2	<input type="checkbox"/> - 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
43. Je me sens isolé(e)	<input type="checkbox"/> - 2	<input type="checkbox"/> - 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
44. J'arrive à bien m'en sortir avec ma maladie	<input type="checkbox"/> - 2	<input type="checkbox"/> - 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
45. Mes difficultés respiratoires limitent mes activités quotidiennes	<input type="checkbox"/> - 2	<input type="checkbox"/> - 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
46. La maladie affecte ma vie familiale	<input type="checkbox"/> - 2	<input type="checkbox"/> - 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
47. J'ai perdu le contact avec les autres à cause de mes problèmes respiratoires	<input type="checkbox"/> - 2	<input type="checkbox"/> - 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
48. Mes possibilités sont limitées par ma maladie	<input type="checkbox"/> - 2	<input type="checkbox"/> - 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
49. D'une façon générale, je suis satisfait(e) de ma vie	<input type="checkbox"/> - 2	<input type="checkbox"/> - 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2

Merci beaucoup !

Exploitation des réponses

L'exploitation des données et le calcul des scores s'effectuent selon les étapes suivantes.

1. Notation des réponses

Afin d'obtenir des valeurs comparables pour chaque item, il convient d'attribuer un chiffre de 1 à 5 à chaque choix de réponse.

A la réponse :	Attribuer la valeur :
Totalement faux	1
Plutôt faux	2
En partie faux, en partie vrai	3
Plutôt vrai	4
Totalement vrai	5

2. Recodage de certains items

Les items mentionnés ci-dessous doivent être recodés, de manière à ce que les valeurs supérieures soient considérées dans cette démarche comme étant les plus positives.

Items à recoder	Valeur initiale	valeur recodée
1, 2, 4, 5, 6, 8, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 19, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 28, 29, 30, 31, 34, 35, 38, 39, 40, 42, 43, 45, 46, 47, 48	1	5
	2	4
	3	3
	4	2
	5	1

3. Calcul des scores par domaines

Les scores de chaque domaine ensuite calculés.

Les valeurs moyennes d'un domaine peuvent être calculées s'il a été répondu à au moins la moitié des items de ce domaine.

Les valeurs initiales sont transformées en scores (entre 0 et 100) à l'aide des formules suivantes.

Domaine	Abréviation	Formule de calcul
Plaintes respiratoires	SRI _{PR}	$\frac{\text{Moyenne}[2,5,12,19,22,24,25,29]-1}{4} \times 100$
Fonctionnement physique	SRI _{FP}	$\frac{\text{Moyenne}[1,16,32,33,41,45]-1}{4} \times 100$
Symptômes annexes et sommeil	SRI _{SA}	$\frac{\text{Moyenne}[6,9,11,14,17,18,42]-1}{4} \times 100$
Relations sociales	SRI _{RS}	$\frac{\text{Moyenne}[7,10,21,27,43,46]-1}{4} \times 100$
Anxiété	SRI _{ANX}	$\frac{\text{Moyenne}[8,13,26,28,39]-1}{4} \times 100$
Bien-être psychologique	SRI _{PSY}	$\frac{\text{Moyenne}[4,20,30,34,36,38,40,44,49]-1}{4} \times 100$
Fonctionnement social	SRI _{FS}	$\frac{\text{Moyenne}[3,15,23,31,35,37,47,48]-1}{4} \times 100$

4. Calcul du score total

Le score total (SRI_{TOT}) correspond à la moyenne des scores des sept domaines.

On renoncera au calcul du SRI_{TOT} si les valeurs d'un score de domaine (ou plus) sont manquantes.

Dans cette évaluation, des valeurs élevées signifient une bonne qualité de vie, des valeurs basses signifient une qualité de vie médiocre.