

VALIDATION INITIALE D'UNE NOUVELLE ECHELLE DE BESOINS: L'INVENTAIRE DES BESOINS DES FAMILLES (IBF)

Ginette Coutu-Wakulczyk et Louise Chartier

Depuis les années soixante-dix, le nombre d'écrits se rapportant aux besoins des familles dont un membre est hospitalisé dans une unité de soins intensifs n'a cessé de croître. Cette situation s'explique d'une part, par la généralisation de telles unités au sein des centres hospitaliers et, d'autre part, par une conscientisation du personnel soignant à l'égard de la place de la famille dans l'approche holistique des soins dispensés au malade. Dans la pratique actuelle, l'intervention infirmière vise surtout à répondre au besoin d'information de la famille, tel que perçu par les soignants. Aussi, le contenu des programmes d'enseignement portent davantage sur le problème de santé du malade, les traitements en cours et sur les appareils entourant le malade.

Cependant, dans le domaine de la recherche portant sur les soins aux familles, l'infirmière est confrontée à la pénurie d'instruments spécifiques qui soient à la fois valides et fidèles. A cet effet, dans une revue exhaustive des écrits pertinents, Simpson (1989) constatait que l'échelle de Molter (1979) demeurait encore aujourd'hui, la plus utilisée. Pourtant, lors de l'analyse critique, Simpson a également démontré les lacunes psychométriques importantes de cette échelle au niveau de la recherche et dans l'application des résultats à la pratique des soins infirmiers. D'ailleurs, des problèmes métrologiques ont aussi été rapporté dans l'étude de validation de la traduction française (Coutu-Wakulczyk et Chartier, 1990) de la dernière version du "Critical Care Family Needs Inventory" (CCFNI) par Molter & Leske (1983).

Or, l'infirmière francophone pour planifier et dispenser des soins au malade tout en tenant compte de la famille, doit relever un double défi. Premièrement, le manque d'échelles en langue française possédant des qualités psychométriques adéquates rend la recherche difficile à réaliser, et deuxièmement, cette situation implique des difficultés dans la pratique au niveau de l'évaluation des besoins des familles vivant une situation de maladie.

Ginette Coutu-Wakulczyk, inf. M.Sc., Ph.D. (candidate) est professeure adjoint et Louise Chartier, inf. M.Ed. est professeure agrégée au Département des sciences infirmières à l'Université de Sherbrooke.

Aussi, le but poursuivi dans cet article est de présenter un outil: l'Inventaire des besoins des familles (IBF) de Chartier et Coutu-Wakulczyk (1988) applicable en recherche et en clinique. Cet article se compose d'une brève revue des connaissances pertinentes, de la description de l'IBF, du cadre théorique sous-jacent et des résultats psychométriques préliminaires calculés sur les données d'un échantillon de familles québécoises.

Connaissances Pertinentes

La littérature se rapportant aux besoins des familles fournit des informations sur une gamme de besoins, présentés sous forme de fréquences relatives basés sur le CCFNI de Molter (1979) et de Molter et Leske (1983). La plupart des items du CCFNI ont été relevés à partir de connaissances empiriques et énoncés de façon à suggérer des moyens par lesquels l'infirmière peut apporter un soutien aux membres des familles. Cependant, la majorité des études citées portaient sur de petits échantillons variant entre 7 et 71 sujets, tirés de populations composées de membres de familles, d'infirmières et de malades (Simpson 1989). Ces données jettent un doute sur la possibilité de généralisation des résultats.

Dans un contexte de recherche, les besoins ont été regroupés par ordre prioritaire selon les catégories d'interventions suivantes: information, soutien émotionnel, empathie, qualité de la relation famille-personnel soignant et ressources disponibles (Rogers, 1983; Norris, O'Neil et Grove, 1986; Bouman, 1984; Leske, 1986). Toutefois, d'autres auteurs, dont Dockter et al. (1988), Bedsworth et Molen (1982), Dhooper (1983), Gillis (1983), se sont plutôt penchés sur l'identification globale des préoccupations vécues par les familles au moment de l'hospitalisation.

Une autre lacune selon Simpson (1989), se situe au niveau de l'absence de cadre théorique. En effet, le cadre théorique du CCFNI (Molter et Leske, 1983) n'étant pas spécifié, l'interprétation des résultats portait selon les études, sur des concepts de crise, de perte et de deuil, du soi ou sur l'évaluation cognitive. De plus, le CCFNI dans sa forme originale ne permet pas de distinguer entre l'étendue et l'intensité des besoins, limitant ainsi son utilité au moment de l'application et du transfert des résultats à l'intervention clinique.

En outre, la valeur psychométrique du CCFNI (Molter et Leske, 1983) a montré des faiblesses et des redondances au niveau de l'analyse de contenu et de l'analyse d'items lors de l'étude de validation de l'adaptation française du CCFNI (Coutu-Wakulczyk et Chartier, 1990). Récemment, Simpson (1989) et Lynn-McHale et Bellinger (1988) soulignaient également l'importance d'orienter la recherche vers des outils permettant de différencier les besoins spécifiques, des besoins généraux selon l'intensité et le nombre de besoins en utilisant des cotes quantitatives.

Dans cette perspective, l'Inventaire des besoins des familles (IBF) de Chartier et Coutu-Wakulczyk (1988) répond aux attentes exprimées tant pour son utilité au plan de la recherche qu'à celui de la planification des interventions de soins infirmiers. L'IBF a été validé dans la langue française et anglaise à partir de la méta-analyse de trois études, portant sur des échantillons de familles dont un membre était hospitalisé aux soins intensifs (Chartier et Coutu-Wakulczyk, 1989a; Rukholm et al., 1989, Chartier et al., 1990). Des analyses ont été effectuées sur les données de ces trois populations afin de vérifier l'effet potentiel de la culture et de la langue et les résultats sont publiés dans le IBF: Manuel d'utilisation-I (Chartier et Coutu-Wakulczyk, 1990).

Description de l'IBF

Le précurseur de l'Inventaire des Besoins des Familles (IBF) est le CCFNI de Molter et Leske (1983). A partir des 46 items du CCFNI, 33 énoncés de formulation perceptuelle ont été adaptés au contexte québécois pour fin de l'étude initiale de validation. Cet instrument est auto-administré et chacun des items réfère à un besoin que la personne peut acquiescer avoir et simultanément en indiquer l'intensité ou, au contraire, en réfuter l'importance pour elle-même. L'IBF utilise une échelle de type Likert en 4 points d'importance, variant entre 0 pour "pas important" et 3 pour "très important".

L'IBF fournit trois cotes qui renseignent sur différents aspects de besoins tels que perçus: 1) le Score Global des Besoins (SGB); 2) l'Indice d'Intensité des Besoins (IIB); et 3) le Nombre Total de Besoins (NTB).

Le SGB (Score global des besoins) représente le meilleur indicateur du niveau ou de l'importance des besoins et peut être retenu comme seul score, si un score unique est désiré. Le SGB fournit l'information combinée du nombre et de l'intensité des besoins perçus.

L'IIB (Indice d'intensité des besoins) est uniquement une mesure de l'intensité des besoins, c'est-à-dire que le score est corrigé pour le nombre de besoins. Cet indice fonctionne de façon à mesurer l'effet du style de réponse dans la manière qu'utilise l'individu pour communiquer l'importance de ses besoins, soit en l'augmentant, soit en le diminuant.

Le NTB (Nombre Total de besoins) représente le décompte du nombre de besoins que l'individu rapporte être positifs ou ressentis, indépendamment de l'intensité. Cette cote, utilisé en même temps que le SGB, fournit une mesure du style de réponses d'après le nombre de besoins positifs.

En ce qui a trait à la pratique, ces trois scores offrent des balises pour la planification d'interventions de soins. En effet, les interventions seront

différentes en présence d'un grand nombre de besoins exprimés comme étant peu importants, des actions à poser en fonction d'un nombre restreint de besoins mais de grande importance dans une dimension donnée.

Cadre théorique de l'IBF

L'Inventaire des besoins des familles (IBF) se base sur un cadre théorique de la perception de soi selon l'approche perceptuelle ou phénoménologique. Le concept de besoin dans une situation déterminée est étudié selon l'angle de la perception de la personne. La notion de besoin et son intensité est fonction de la perception qu'un individu a de lui-même, de l'auto-évaluation d'un événement et de son environnement matériel et humain tels que perçus.

Combs et Snygg (1959) ont été les premiers à démontrer le caractère prioritaire, déterminant, de la signification des choses, telles que perçues par l'individu, dans l'organisation de son comportement. C'est le parallèle entre l'approche objective (Stimulus --> Réponse) et l'approche subjective (Stimulus --> Perception <==> Réponse) qui différencie le plus ces deux approches.

Par l'approche objective, le comportement en termes de besoins d'une personne est évalué du point de vue de l'observateur extérieur à la situation. En l'occurrence, l'infirmière décrit les besoins des membres des familles en fonction de l'événement et des stimuli environnementaux présents à l'unité de soins qui lui apparaissent influençant et produisant le comportement de l'individu. C'est la primauté du stimulus sur le comportement.

Dans l'approche perceptuelle ou phénoménale, ce qui prévaut, c'est la compréhension du comportement et des besoins de l'individu à partir de son propre point de vue. En d'autres termes, c'est la façon dont le membre de la famille perçoit les choses "dont lui-même" qui est la "réalité" sur laquelle l'infirmière peut et doit intervenir.

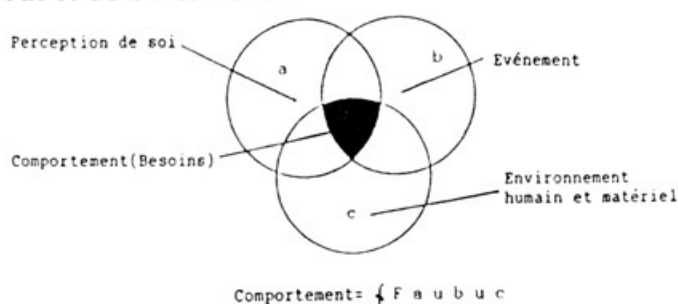


Figure 1

Représentation schématique du comportement et des besoins en fonction de la perception de soi, de l'événement et de l'environnement

Source: Coutu-Wakulczyk, Montgomery et O'Brien (1989)

La Figure 1 représente schématiquement la relation d'influence réciproque entre le comportement (besoins), l'événement de maladie et l'environnement. Ainsi, les besoins sont en fonction, non de l'événement externe et de l'environnement, mais de la perception qu'en a l'individu.

La théorie phénoménologique ou perceptuelle est formée des trois composantes organisationnelles suivantes: le soi phénoménal, le champ perceptuel et le champ phénoménal. Le soi phénoménal constitue la portion la plus différenciée et une grande partie du champ perceptuel; il a aussi trait à l'ensemble des perceptions que l'individu a de lui-même (Combs et Snygg, 1959; Combs et al. 1976). Le champ perceptuel se rapporte à l'ensemble des perceptions de l'univers entier, incluant la personne elle-même, tel qu'expérencié par l'individu, alors que le champ phénoménal est constitué par la totalité des expériences qui s'offrent à l'individu.

De plus, le champ perceptuel présente, selon Combs et al. (1976), les quatre caractéristiques suivantes: 1) la stabilité: réfère à la capacité par laquelle un individu sélectionne et organise ses perceptions de façon relativement stable; sans une certaine stabilité, l'individu ressent de l'anxiété; 2) la fluidité: c'est par cette propriété que l'individu peut changer son comportement et se permettre l'adaptation nécessaire à la satisfaction de ses besoins; 3) la direction: signifie que la satisfaction des besoins tels que perçus influence le sens opératoire de l'action dans l'organisation du comportement; et 4) l'intensité: se rapporte à la force avec laquelle les événements du champ phénoménal sont expérenciés, et cette caractéristique est en fonction du degré de différenciation (awareness) de l'individu.

Toutefois, même si le champ perceptuel inclut la totalité de l'univers tel qu'expérencié, la différenciation de cet univers ne se fait pas dans toutes ses parties avec le même niveau de clarté (Coutu, 1982). En effet, au sein même du champ perceptuel qui embrasse la totalité de l'univers tel qu'expérencié par la personne au moment de l'action, une part importante, centrale (Allport, 1955) et consistante (Lecky, 1945) constitue la perception de soi (Combs et Snygg, 1959), c'est-à-dire toutes les représentations qu'une personne peut avoir d'elle-même, alors que le champ phénoménal par contre, qui comprend la totalité des expériences, varie continuellement (Carrier, 1975; Hamachek, 1978).

De plus, les ramifications des attentes culturelles, tant au point de vue social, psychologique que physiologique, résultent des différentes perceptions de chaque individu. Etant donné que le corps est l'aspect le plus constant des expériences vécues, les perceptions qui s'y rapportent, jouent une part importante dans la définition du soi phénoménal. En d'autres mots, le soi phénoménal s'étend pour inclure la vaste perception des interactions de l'environnement et des événements.

Ainsi, basé sur ce cadre perceptuel, les interventions infirmières efficaces s'adressent à la "personne" et s'orientent vers la perception: perception de la personne (famille) elle-même, la perception qu'elle a de l'événement et la perception de son environnement humain et matériel. Dans ce contexte, un moyen d'auto-évaluation des besoins spécifiques des membres des familles est essentiel pour quiconque tente d'assister ces derniers dans leur cheminement. Ce point de vue est d'autant plus plausible qu'il serait utopique pour l'infirmière de croire qu'elle a le pouvoir d'agir directement sur l'événement lui-même, ou sur l'environnement humain et matériel de la famille.

Le cadre perceptuel, permet également au niveau clinique, de tenir compte de l'âge, de l'affiliation des acquis cognitifs antérieurs des membres de la famille et tout le processus par lequel l'être humain sélectionne, organise et interprète les stimulations sensorielles de son monde environnant, en images significatives et cohérentes. Dans le contexte de la recherche infirmière, l'utilisation d'une échelle valide et fidèle, permet de mettre en évidence les connaissances nécessaires à la planification, la mise en application et l'évaluation d'interventions destinées à répondre adéquatement aux besoins des familles.

Méthode de L'étude

Les données utilisées pour cette validation initiale du IBF ont été recueillies dans une unité de soins intensifs chirurgicaux du Centre Hospitalier Universitaire de Sherbrooke (CHUS). L'échantillon de convenance formé de 207 sujets adultes provenait de la famille immédiate de malades admis à l'unité. Ces visiteurs représentaient une moyenne de 2.3 sujets par malade. Les 91 patients adultes visités par les sujets représentaient 55.1% du total de la population de l'unité des soins intensifs chirurgicaux admis durant les 10 semaines de l'étude (Chartier, Coutu-Wakulczyk, 1989 b).

La collecte des données a été réalisée par des infirmières normalement affectées au service à l'unité mais retirées de leur horaire régulier durant les jours assignés à l'étude. L'IBF était auto-administré, en présence de l'interviewer dans une pièce adjacente à l'unité, sitôt après la collecte des données socio-démographiques.

Résultats

Données socio-démographiques

L'échantillon était composé de 155 (74.9%) femmes et de 52 (25.1%) hommes. L'âge moyen des sujets se situait à 45.4 ans (+/- 15.2) et l'étendue variait entre 18 et 91 ans. L'affiliation des sujets au malade visité se répartissait comme suit: conjoint, parent, fils/fille, fratrie, soit belle-famille tel que

montré au Tableau 1. La scolarité des sujets était similaire à celui de la population générale du Québec. En raison du caractère régional du CHUS, 32% des répondants demeuraient à une distance de 100 km ou plus de l'hôpital.

Tableau 1

Répartition des sujets selon l'âge, le sexe, l'affiliation et la scolarité

Caractéristiques	N	%	
<i>Age</i>			
18 - 30 ans	39	18.8	
31 - 43 ans	59	28.5	
44 - 56 ans	53	26.6	X = 45.4 ans s.d. = 15.2
57 - 69 ans	45	21.8	
70 et + ans	11	5.3	
Total	207	100.0	
<i>Sexe</i>			
Féminin	155	74.9	
Masculin	52	25.1	
Total	207	100.0	
<i>Affiliation</i>			
Conjoint	51	24.6	
Mère/père	19	9.2	
Enfant	64	30.9	
Fratrie	25	12.1	
Belle-famille	32	15.5	
Autre	16	7.7	
Total	207	100.0	
<i>Scolarité</i>			
Primaire	54	26.1	
Secondaire	89	43.0	
Collège	34	16.4	
Université	29	14.4	
Sans réponse	1	0.1	
Total	207	100.0	

Profil des scores

Les scores ont été calculés à partir de l'échelle de type Lickert en quatre (4) points (0 à 3) et le score global pouvaient varier entre 0 et 99. Le Tableau 2 présente les moyennes, les écart-types et l'étendue des trois scores fournis par l'IBF: l'SGB (Score Global des Besoins), l'IIB (Indice d'intensité des besoins et l'NTB (Nombre total des besoins).

Tableau 2

Moyenne, écart-type et étendue des scores des répondants

Scores	X	e.t.	Etendue
Score global des besoins (SGB)	71.7	15.0	74.0
Indice d'Intensité des besoins (IIB)	2.2	0.45	2.2
Nombre total des besoins (NTB)	29.5	4.2	23.0

Analyses de fidélité et de validité

Les aspects psychométriques calculés ont porté sur l'analyse d'items, la consistance interne, la fidélité moitié-moitié (homogénéité), la validité de contenu et la validité des concepts opérationnels.

L'analyse des items constitue un premier pas vers la validité d'un instrument (Engelsmann, 1982). Ainsi, cette première étape permet de vérifier la contribution de chacun à la valeur psychométrique de l'outil. Les items de l'IBF ont ainsi été calculés selon la proportion de réponses à chacun des 4 points de l'échelle. Le Tableau 3 montre la répartition des réponses en fréquences relatives selon le besoin et l'importance accordée à l'item.

La fidélité d'un instrument se reflète par la consistance interne dont la mesure par excellence est le coefficient Alpha de Cronback. Les autres mesures de fidélité calculées étaient la fidélité moitié-moitié selon les procédés de Spearman-Brown et de Guttman. Ces résultats renseignent sur l'homogénéité entre les items pairs/impairs et 1re moitié/2e moitié respectivement. Les résultats des diverses analyses de fidélité sont présentées au Tableau 4.

Tableau 3

Répartition des fréquences relatives de l'IBF selon chacun des items et l'échelle en 4 points d'importance

Item	Importance			
	0 %	1 %	2 %	3 %
Inf. sur environnement	11.5	11.5	13.0	64.0
Parler au M.D.	2.4	10.1	22.2	65.3
Savoir à qui téléphoner	3.4	4.9	12.6	79.1
Parler de mes sentiments	11.6	22.2	37.2	29.0
Accès service d'alimentation	8.7	9.7	22.2	59.4
Avoir directives	2.4	6.8	16.4	74.4
Présence d'amis	8.7	12.1	31.9	47.3
Justification des soins	0.0	3.9	18.0	78.1
Type de personnel soignant	4.4	3.4	23.3	68.9
Endroit pour être seul	18.8	20.8	36.2	24.2
Information sur traitements	0.5	4.8	16.9	77.8
Confort	3.4	15.9	36.2	44.5
Aide avec problèmes financiers	41.1	23.6	16.9	18.4
Téléphone disponible	2.9	10.1	28.5	58.5
Visite aumonier	14.5	14.0	25.6	45.9
Parler de la mort	15.0	12.0	30.0	42.0
Etre accompagné	20.3	13.5	32.4	33.8
Famille prise en charge	7.7	11.1	37.2	44.0
Pouvoir quitter	4.8	7.7	28.5	59.0
Parler à l'infirmière	3.4	3.9	23.7	69.0
Pleurer	31.4	29.5	25.1	14.0
Disponibilité autres ressources	14.5	17.4	30.4	37.7
Accès salle toilette	4.8	10.1	24.2	60.9
Etre seul ad lib	23.7	31.4	30.4	14.5
Aide avec problèmes familiaux	27.5	23.7	29.0	19.8
Information sur service aumonier	14.5	14.5	35.7	35.3
Aider aux soins	5.3	11.6	22.2	60.9
Salle d'attente	1.0	5.3	17.4	76.3
Info. équipement	4.3	6.3	21.7	67.7
Utiliser langue maternelle	3.4	3.4	14.0	79.2
Visite préalable de l'unité	18.4	15.9	36.2	29.5
1ère visite avec infirmière	13.0	15.0	30.4	41.6
Demeurer au chevet	1.9	4.3	25.1	68.7

Tableau 4

Coefficients de fidélité selon la méthode d'analyse

Méthode d'analyse	Coefficient
Corrélation entre items	.76
Spearman-Brown (pair-impair)	.86
Guttman (consistance interne)	.86
Cronback Alpha	.90

L'analyse de contenu réfère à l'échantillon d'items en termes de représentation des comportements spécifiques utilisés pour mesurer une caractéristique ou un trait. Ainsi, à cette étape de validation, l'analyse des items et la consistance interne fournissent les informations de base à cet effet. A l'étape suivante dans le processus de validation de l'IBF il faut se pencher sur l'analyse factorielle en composante principale afin de vérifier la structure interne de l'instrument. En d'autres termes, l'analyse factorielle a permis de ressortir le nombre de dimensions non corréllés entre eux (technique orthogonale) impliqués dans la variation des résultats. Ce processus représente une étape essentielle à l'établissement de la validité des concepts opérationnels et de la structure interne de l'IBF.

L'analyse en composante principale a fourni 5 facteurs indépendants qui expliquent 80.3% de la variation de l'IBF. Les résultats de l'analyse en composante principale sont présentés au Tableau 5. Une première analyse des différents facteurs suggère la présence de 5 dimensions relativement indépendantes se rapportant aux besoins environnementaux (humain et matériel), besoins face à l'événement, besoins face à soi, besoins physiques et au comportement ou actions. Trois items supplémentaires sont ajoutés aux 5 dimensions dont deux réfèrent aux besoins spirituels et un à la possibilité de mort.

Tableau 5

Analyse factorielle en composante principale

Facteurs	IBF	
	Valeur Eigen	Cum %
1	2.13	13.1
2	6.47	53.1
3	1.70	63.6
4	1.57	73.3
5	1.13	80.3
6	0.98	86.3
7	0.94	92.1
8	0.75	96.8
9	0.52	100.00

Discussion et Conclusion

Les résultats générés par cette étude préliminaire de validation démontrent que l'Inventaire des besoins des familles (IBF) répond suffisamment au critère de consistance interne, avec un coefficient Alpha de Cronback de l'ordre de 0.91 pour justifier son utilisation en recherche. L'homogénéité de cette nouvelle échelle a également été démontrée par des coefficients supérieurs à 0,80 aux deux procédés d'analyses d'items soit le Spearman-Brown et le Guttman.

L'analyse des items présente quelques faiblesses métrologiques pour certains items. Cependant, cette constatation pourrait bien être attribuable aux caractéristiques spécifiques de l'échantillon et du milieu où l'étude s'est déroulée. En effet, dans l'étude de validation transculturelle, ces items ont démontré une valeur de discrimination auprès d'échantillons d'allophones et de francophones hors-Québec.

En regard de la validité de l'IBF, quoique plusieurs étapes restent à franchir à partir de recherches ultérieures, cette échelle présente une structure dimensionnelle suffisamment homogène pour permettre de ressortir la ou les dimensions des besoins où une intervention s'avère nécessaire. L'utilisation de cette échelle d'auto-évaluation des besoins des familles peut fournir au personnel infirmier dans la pratique clinique, des indices importants pour la planification d'interventions auprès des familles.

De plus, le cadre phénoménologique de l'IBF permet de tenir compte des besoins tels qu'expérimentés par la famille. Dans l'étude de validation initiale, la durée du séjour en soins intensifs et les connaissances antérieures n'ont pas démontré d'effet significatif sur les besoins vécus par les familles tels que mesurés par l'IBF.

En conclusion, l'état actuel des travaux suggèrent d'entreprendre des études subséquentes auprès de différentes populations de familles touchées par diverses situations de maladie. De telles études permettront de poursuivre la validation de l'IBF et d'élargir le cadre de son utilisation dans la pratique clinique. Plus spécifiquement, la planification et l'évaluation d'interventions infirmières adéquates et mesurables auprès des familles, repose sur des résultats de recherches rigoureuses.

Aussi, des études sont en cours, auprès de populations de familles face à une chirurgie générale comparativement aux familles confrontées aux services de soins intensifs, afin de dégager des besoins spécifiques rattachés à différents milieux de soins.

REFERENCES

- Allport, G.W. (1955). *Becoming, basic considerations for a psychology of personality*. New Haven: Yale University Press, 1969.
- Bedsworth J., Molen, M. (1982). Psychological Stress in Spouses of Patients with Myocardial Infarction. *Heart and Lung*, 11, 450-456.
- Bouman, C.C. (1984). Identifying Priority Concerns of Families of ICU Patients. *Dimensions of Critical Care*, 3,(5), 313-319.
- Carrier, J. (1975). *Perception de soi de l'usager de drogues mineures*. Thèse doctorale inédite. Université de Montréal.
- Chartier, L. Coutu-Wakulczyk, G. & Boisvert, C. (1990). *Etude des niveaux de besoins et d'anxiété auprès d'une population de familles en Centre Oncologique de France*. Rapport de recherche, Université de Sherbrooke, Département des sciences infirmières.
- Chartier, L. & Coutu-Wakulczyk, G. (1988). *Inventaire des besoins des familles*. Copyright Ottawa, #384666.
- Chartier, L. & Coutu-Wakulczyk, G. (1989a). Besoins et niveau d'anxiété des membres des familles ayant un patient hospitalisé aux soins intensifs: étude pilote. *Canadian Journal of Cardio-Vascular Nursing*, 1(2), 19-25.
- Chartier, L. & Coutu-Wakulczyk, G. (1989b). Families in ICU: Their Needs and Anxiety Level. *Intensive Care Nursing*, March: 8-11
- Chartier, L. & Coutu-Wakulczyk, G. (1990). Manuel d'Utilisation du IBF, U. de Sherbrooke.
- Combs, A.W. & Snygg, D. (1959). *Individual Behavior*, 2nd Ed., New York: Harper and Row.
- Combs, A.W., Richards, A.C. & Richards, F. (1976). *Perceptual psychology*. New York: Harper and Row.
- Coutu, G. (1982). *Perception de soi de la femme qui choisit une ligature des trompes comme méthode contraception*. Mémoire de maîtrise, U. de Montréal.
- Coutu-Wakulczyk, G., Montgomery, P. & O'Brien, K. (1989). *Self-concept and professional commitment of students enrolled in a B.Sc.N. distance education program*. Sudbury: Laurentian University, School of Nursing.
- Coutu-Wakulczyk, G & Chartier, L., (1990). A French Validation of the CCFNI. *Heart and Lung*, 19(2), 192-196.
- Dockter, B., Black, D & Hovell, M., (1988). Families and Intensive Care Nurses. *Patient Education Counselling*, 12, 29-36.
- Dhooper, S. (1983). Family coping with the Crisis of Heart Attack, *Social Work Health Care*, 9, 15-31.
- Engelsmann, F. (1982). Design of Psychometric Instruments: Item Construction Scaling, Reliability, Validity Norms. In Burdock, E.J., Sudilowsky, A. & Gerston, S.(Eds) *The Behaviour of Psychiatric Patient*. New York: Marcel Decker Inc.
- Gillis, C. (1984). Reducing Family Stress during and after Coronary Bypass Surgery. *Nursing Clinics of North America*, 19, 103-112.
- Hamacheck, D.E. (1978). *Encounters vs the Self*, 2nd Ed., New York, Montréal: Holt, Rinehart and Winston.
- Lecky, P. (1945). *Self-Consistency: A Theory of Personality*: New-York, Island Press.
- Leske, J.S. (1986). Needs of Relatives of Critically Ill Patients: a Follow Up. *Heart and Lung*, 15(2), 189-193.
- Lynn-Machale, D., Bellinger, A. (1988). Need satisfaction levels of family members of critical care patients and accuracy of nurse perception. *Heart and Lung*, 17(4), 447-453.
- Molter, N. & Leske, J.S. (1983). *Critical Care Family Needs Inventory*: Unpublished, copyrighted U.S.A.
- Molter, N. (1979). Needs of Relatives of Critically Ill Patients: A Descriptive Study. *Heart and Lung*, 8(2), 332-339.
- Norris, L. O'Neil & Grove, S. (1986). Investigation of Selected Psychosocial Needs of Family Members of Critically Ill Adult Patients. *Heart and Lung*, 15(2), 194-199.

- Rodgers, C.D. (1983). Needs of Relatives of Cardiac Surgery Patients During Critical Care Phase. *Focus on Critical Care*, 10(2).
- Rukholm, E., Coutu-Wakulczyk, G., Bailey, P. & Bailey, B., (1989). *Needs and anxiety Levels of Family Members of Critically Ill Patients: Pilot Project*, Research Report, Laurentian University, Sudbury.
- Simpson, T., (1989) Needs and Concerns of families of Critically Ill Adults, *Focus on Critical Care*, 16(5), 388-395.

ABSTRACT

Validation of a New Scale for Needs: The inventory of family needs

This article presents the initial validation study results of a new scale to measure family needs: l'Inventaire des besoins des familles (IBF) (Chartier & Coutu-Wakulczyk, 1988). The scale is available in both French and English. Based on the perceptual theory, the IBF is a self-report scale composed of 33 items. It also offers three (3) different sub-scores of the importance of needs: the Global Score of Needs (GSN), the Intensity Need Index (INN) and the Total Number of Needs (TNN).

The IBF was first validated on a sample of 207 subjects drawn from the adult population of immediate family members visiting a patient in a surgical intensive care unit in the CHUS in Sherbrooke. The reliability yielded a 0.91 Cronback Alpha coefficient and the homogeneity coefficient for Spearman-Brown and Guttman procedures were 0.89 and 0.86 respectively. The principal component factor analysis and factorial matrices lead to examine the conceptual structure of five independent factors.