

2m11.2608.2

UNIVERSITE DE MONTREAL

COMPARAISON DE DEUX INSTRUMENTS DE MESURE SERVANT A EVALUER
DES SITUATIONS DE HANDICAP CHEZ LA PERSONNE TRAUMATISEE
CRANIO-ENCEPHALIQUE: LE PROFIL DES ACTIVITES DE LA VIE
QUOTIDIENNE (AVQ) ET L'HANDICAPOMETRE

PAR

GABRIEL KASHINDI

ECOLE DE READAPTATION
FACULTE DE MEDECINE

MEMOIRE PRESENTE A LA FACULTE DES ETUDES SUPERIEURES
EN VUE DE L'OBTENTION DU GRADE DE
MAITRE ES SCIENCES (M. Sc.)
EN SCIENCES BIOMEDICALES
OPTION READAPTATION

NOVEMBRE 1997

© Gabriel Kashindi, 1997



5.8025-11m8

W
4
U58
1998
U.047

UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL
UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL
UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL



Université de Montréal

Bibliothèque



NOVEMBRE 1997

© Gabriel J. Gauthier, 1997

Université de Montréal

Faculté de Médecine

Ce mémoire intitulé:

Comparaison de deux instruments de mesure servant à évaluer des situations de handicap chez la personne traumatisée cranio-encéphalique: le Profil des activités de la vie quotidienne (AVQ) et l'Handicapomètre.

présenté par:

Gabriel Kashindi

a été évalué par un jury composé des personnes suivantes:

Daniel Bourbonnais _____ président-rapporteur

Élisabeth Dutil _____ directeur de recherche

Louise Potvin _____ co-directeur

Isabelle Gélinas _____ examinateur externe

Mémoire accepté le: 12.05.1958

SOMMAIRE

Une étude de validité de trait reliée au construit de situation de handicap a été effectuée. Cette étude s'inscrit dans la poursuite des études métrologiques d'un instrument de mesure Le Profil des AVQ. Cet instrument comprend deux modes d'évaluation: une mise en situation et un questionnaire. La présente étude porte sur le questionnaire.

Pour réaliser cette étude, les résultats du Profil des AVQ ont été comparés à ceux de l'Handicapomètre. Les données ont été recueillies auprès de 20 patients présentant un traumatisme cranio-encéphalique modéré et sévère suivis dans un centre hospitalier de courte durée et dans un centre de réadaptation de la région de Montréal.

Quatre évaluateurs entraînés aux instruments ont participé à la collecte des données à l'aide de questionnaires administrés sous forme d'entrevues semi-structurées.

Les coefficients tau b (tb) et tau c (tc) de Kendall ont été utilisés comme tests statistiques pour comparer les réponses aux items des deux instruments de mesure. Trois scénarios ont été envisagés pour comparer les échelles de mesure.

Les résultats de l'étude indiquent qu'une association (pauvre - faible - acceptable - modérée - très bonne), ainsi qu'un patron de pourcentages d'accord différents existent pour certaines tâches entre

le Profil des AVQ - Questionnaire et l'Handicapomètre selon les trois scénarios envisagés quel que soit l'environnement (soins personnels - domiciliaire - communautaire). Ces différences pourraient être attribuées aux facteurs reliés au construit de situation de handicap qui est multidimensionnel et difficile à mesurer de même qu'à la méthodologie utilisée pour cette étude.

Cette étude a permis de mieux comprendre le construit de situation de handicap chez la personne traumatisée cranio-encéphalique à travers les difficultés à réaliser ses habitudes de vie en interaction avec l'environnement dans lequel elle vit. Cette étude procure aussi une indication de la validité de trait du Profil des AVQ. Malgré les résultats fluctuants concernant les mesures d'association et les pourcentages d'accord entre le Profil des AVQ et l'Handicapomètre, cette étude demande à être poursuivie compte tenu de la complexité du construit de situation de handicap et sa nouveauté dans les milieux de réadaptation.

Table des matières

Page titre	i
Page d'identification	ii
Sommaire	iii
Table des matières	v
Liste des tableaux	ix
Liste des figures	x
Remerciements	xi
Dédicace	xii
Introduction	1
Chapitre premier - Problématique de recherche	5
1.1 Aspects de la problématique de recherche	6
Chapitre II - Recension des écrits	8
2.1 Le concept de situations de handicap	8
2.1.1 Historique	8
2.1.2 Définitions	13
2.1.3 Mesure des situations de handicap	15
2.1.3.1 Analyse critique des instruments de mesure servant à évaluer des situations de handicap	16
2.1.3.1.1 L'Handicapomètre	16
2.1.3.1.2 Instrument de mesure des situations de handicap	18
2.1.3.1.3 Outil d'évaluation systématique de patients cérébrolésés (ESOPE)	19
2.2 Situations de handicap vécues par la personne traumatisée crano-encéphalique	20
2.2.1 Les causes	21
2.2.2 Les déficiences	21
2.2.3 Les incapacités	23

2.2.3.1	Les incapacités physiques	23
2.2.3.2	Les incapacités psychologiques	23
2.2.4	Les obstacles	25
2.2.5	Les habitudes de vie (situations de handicap)	27
2.2.	La validité d'un instrument de mesure	29
2.4.1	La validité de construit "Construct validity".....	30
2.4.1.1	La validité de trait	30
Chapitre III - Présentation des instruments de mesure		32
3.1	Le Profil des AVQ	32
3.1.1	Historique	32
3.1.2	Objectifs	33
3.1.3	Fondements théoriques et modèles conceptuels .	34
3.1.4	Modes d'évaluation	35
3.1.4.1	La mise en situation	35
3.1.4.2	Le questionnaire	35
3.1.5	Contenu et échelles de cotation	36
3.1.6	Qualités métrologiques	37
3.2	L'Handicapomètre	38
3.2.1	Description	38
3.2.2	Historique	38
3.2.3	Objectifs	39
3.2.4	Fondements théoriques et modèle conceptuel ...	39
3.2.5	Contenu et échelles de cotation	40
3.2.6	Mode d'évaluation	41
3.2.7	Qualités métrologiques	42

Chapitre IV - Méthodologie	45
4.1 Sujets d'étude	45
4.2 Évaluateurs	45
4.3 Procédures de recrutement des sujets	46
4.4 Critères d'inclusion à l'étude	46
4.5 Critères d'exclusion à l'étude	47
4.6 Instruments de mesure	47
4.7 Devis de l'étude	48
4.8 Analyse des données	48
Chapitre V - Résultats	53
5.1 Niveaux d'association entre deux instruments de mesure: le Profil des AVQ et l'Handicapomètre	53
5.1.1 Environnement soins personnels	53
5.1.2 Environnement domiciliaire	55
5.1.3 Environnement communautaire	56
5.2 Pourcentages d'accord entre le Profil des AVQ et l'Handicapomètre	58
Chapitre VI - Discussion	66
6.1 Les facteurs reliés au concept de situations de handicap	66
6.2 Les facteurs d'ordre méthodologique	68
6.2.1 Population à l'étude	68
6.2.2 Administration des tests	68
6.2.3 Analyse des données	69
6.3 Les facteurs reliés aux tâches (variables mesurées)	71
6.3.1 Environnement soins personnels	71
6.3.2 Environnement domiciliaire	75
6.3.3 Environnement communautaire	78
Conclusion	81

Références	84
Appendices	
A. Correspondance avec le concepteur de l'instrument de mesure des situations de handicap	93
B. Profil des AVQ - Section B - Questionnaire - Entrevue avec le sujet	94
C. Handicapomètre (Université Paris Val-de-Marne, Paris XII)	95
D. Autorisation d'utiliser l'Handicapomètre	96
E. Correspondances avec les comités d'éthiques	97
F. Formulaire de consentement du bénéficiaire pour la participation à un projet de recherche	98
G. Données brutes	99

Liste des tableaux

Tableau I:	Tâches reliées au Profil des AVQ - Questionnaire (question 4)	43
Tableau II:	Tâches reliées à l'Handicapomètre - Partie situationnelle (situations et habitudes de vie (handicaps)	44
Tableau III:	Caractéristiques socio-démographiques et cliniques des sujets	50
Tableau IV:	Correspondance entre les tâches reliés aux deux instruments de mesure: le Profil des AVQ et l'Handicapomètre	51
Tableau V:	Transformation des échelles de cotations entre deux instruments de mesure: le Profil des AVQ et l'Handicapomètre	52
Tableau VI:	Mesures d'association entre le Profil des AVQ et l'Handicapomètre (coefficient de Kendall tau b (tb) et Kendall tau c (tc) - Soins personnels	62
Tableau VII:	Mesures d'association entre le Profil des AVQ et l'Handicapomètre (coefficient de Kendall tau b (tb) et Kendall tau c (tc) - Domiciliaire	63
Tableau VIII:	Mesures d'association entre le Profil des AVQ et l'Handicapomètre (coefficient de Kendall tau b (tb) et Kendall tau c (tc) - Communautaire	64
Tableau IX:	Pourcentages d'accord entre le Profil des AVQ et l'Handicapomètre (Soins personnels - domiciliaire - communautaire)	65

Liste des figures

Figure 1: Modèle conceptuel de constitution de handicaps	10
Figure 2: Modèle conceptuel de production des handicaps	12

Remerciements

Que ce mémoire soit l'occasion d'exprimer toute notre gratitude à Madame Elisabeth Dutil pour l'attention avec laquelle elle a guidé nos recherches et la part active qu'elle a prise dans l'élaboration de ce travail.

Nous avons beaucoup apprécié ses qualités humaines, et eu l'occasion d'être compté parmi ses étudiants au sein du groupe du Projet Trauma à l'Institut de réadaptation de Montréal. Les encouragements reçus, le soutien tant moral que psychologique qu'elle nous a toujours apporté resteront à jamais gravés dans notre cœur.

Nous avons aussi beaucoup de reconnaissance pour Madame Louise Potvin, co-directeur de ce mémoire, qui n'a ménagé aucun effort pour mettre à notre profit ses compétences de chercheuse. Ses suggestions et discussions fructueuses nous ont beaucoup aidé tout au long de ce travail.

Qu'il me soit encore permis de remercier Mesdames Edith Lemay, Dominique Ayisha et Caroline Bottari, ergothérapeutes du Centre de réadaptation Lucie Bruneau et l'Hôpital Charles-Lemoyne, pour avoir facilité le recrutement des sujets et leur participation aux évaluations. Aux 20 personnes traumatisées cranio-encéphaliques qui ont accepté de participer à cette expérimentation.

Nous associons à ces remerciements les chercheurs et les personnels techniques du Centre de recherche de l'Institut de réadaptation de Montréal pour leur contribution à ce travail. A tous les professeurs de l'École de réadaptation de Montréal pour la formation reçue.

Enfin, que Madame Carole Primeau du Centre de recherche à l'Institut de réadaptation de Montréal soit assurée de nos meilleurs remerciements pour avoir assuré la mise en page de ce mémoire en manifestant de la sympathie à notre égard.

A mon épouse:

Chère Charlotte, merci pour ton amour et ta patience.

A mes enfants:

Isabelle, André-Rolland, Ludovic, Serge et Franck-Indrik

Introduction

Au cours des dernières années, le nombre de personnes et d'organismes s'intéressant à la problématique de la personne traumatisée cranio-encéphalique (TCE) a augmenté de façon impressionnante au Québec (Giroux, 1994). Malgré cela, ce problème de santé demeure largement méconnu tant de la population en général que des réseaux de la santé.

Très complexe, il retient l'attention des cliniciens et des chercheurs depuis des nombreuses années en suscitant des interrogations. Les auteurs ne s'accordent cependant pas sur la définition du traumatisme cranio-encéphalique. Certains le considèrent comme une atteinte de l'extrémité céphalique avec perte de conscience, et/ou signe neurologique, et/ou fracture du crâne, et/ou lésion cérébrale objectivée par une technique d'imagerie (Dartigues, Maurette, Masson, Salmie & Erny, 1993). D'autres le définissent comme tout ébranlement de la boîte crânienne avec ou sans fracture, avec perte de conscience ou non (Corthell & Tooman, 1985).

Les données épidémiologiques sur les traumatismes cranio-encéphaliques sont rares et fragmentaires (Bryden, 1987). L'incidence varie selon les pays et les critères de sévérité utilisés pour la collecte des données ne sont pas toujours les mêmes (Jennett, Teasdale, Galbraith, Pickart, Grant, Braakman, Averzaat, Maas, Miderhoud, Vecht, Heiden, Small, Caton & Hurze, 1977).

Aux États-Unis, approximativement 400 cas de TCE surviennent chaque année pour chaque tranche de 100,000 habitants (Kasbeek, McLaurin, Harris & Miller, 1980). En France, cette incidence est passée de 300 cas pour 100,000 habitants par année (Mazaux, 1985) à 800 cas par année pour 100,000 habitants (Ele Core, Moysan, Jouppe, Dorval, Friat & Le Bigot, 1994). Pour la Grande-Bretagne, 200 cas apparaissent chaque année par tranche de 100,000 habitants (Bryden, 1987). Au Canada, le nombre de personnes subissant un traumatisme cranio-encéphalique est évalué à 250 cas annuels pour 100,000 habitants (Vargo, Dennis, Thomas, Wolfe, Muller & Brintnel, 1986 dans Holosko & Huege, 1989). Au Québec, en 1987, parmi les 23,800 victimes avec code de blessure selon la Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ), il a été démontré que 1,450 personnes ont été victimes d'un traumatisme cranio-encéphalique pour un taux annuel de 263 pour 100,000 habitants (Charron, Bisson, Demers, Genois, Benoît, Dubreuil, Bédard, Cloutier, Viel & Forcier, 1992).

La population masculine est particulièrement touchée (Grosswasser, Cohen & Blankstein, 1990), principalement les jeunes hommes célibataires au début de leur vie adulte (Mazaux, 1985). La tranche d'âge des victimes se situe entre 18 et 30 ans (Grosswasser *et al.*, 1990) et d'un âge moyen de 28 ans (Jennett *et al.*, 1977). Les victimes, provenant de milieux socio-économiques défavorisés s'avèrent sur-représentés par rapport à la population générale (Kerr, Kay & Lassman, 1971). Parmi les victimes du traumatisme cranio-encéphalique, un tiers décèdent ou demeurent en état végétatif, un tiers gardent des

séquelles durables et un tiers présentent une récupération sans situations de handicap (Mondain-Monval, 1987; El Corre et al., 1994).

Selon une étude multicentrique française réalisée en 1993 auprès de 31 TCE sévères vus cinq ans post-traumatisme, il ressort que 10% de ces personnes n'ont pas d'autonomie locomotrice, 16% ne peuvent même pas, après incitation, effectuer les activités de la vie quotidienne (AVQ), plusieurs ont besoin d'une tierce personne dans les activités de gestion (80%), pour tenir une maison (60%) et pour utiliser les transports en commun (39%) (Joseph & Attal, 1993). Au total, 90% des personnes TCE de cette étude nécessitent de l'aide ponctuelle d'une tierce personne pour des raisons d'ordre psychologique. Toutes ces difficultés se traduisent par des situations de handicap.

Ces situations de handicap stigmatisent la personne TCE. Elle devient une autre par rapport à ce qu'elle était avant son accident à cause des difficultés pour réaliser les activités de la vie quotidienne. Certains travaux de recherche (Hamonet & Bégué-Simon, 1988; Hamonet, 1990) ont été conduits dans le but d'évaluer des situations de handicap chez la personne traumatisée cranio-encéphalique et la traduction de ces situations dans la vie quotidienne. L'objectif de ces travaux était la prévision de moyens, de mesures sociales ou sanitaires pour compenser des situations de handicap et restreindre les effets sociaux au niveau de l'individu sans tenir compte de l'environnement. Il existe, cependant peu de recherches qui nous

permettent de mieux comprendre le concept de situation de handicap. Cela pourrait s'expliquer par l'absence d'instruments de mesures valides.

Selon la Société canadienne de la classification internationale des déficiences, incapacités et handicaps (CIDIH) et le Comité québécois de la CIDIH, l'élaboration des instruments de mesure servant à évaluer des situations de handicap est d'un grand intérêt pour la recherche évaluative sur les résultats de la réadaptation. Il est donc nécessaire que des projets de recherche soient instaurés pour élaborer des procédures méthodologiques qui permettront de mieux clarifier l'interaction de la personne avec le milieu dans lequel elle vit, essentielle à la compréhension du concept de situations de handicap (Fougeyrollas, 1994). Ainsi, la création d'instruments de mesure sur les situations de handicap est nécessaire. Dans ce contexte, un instrument le Profil des AVQ a été développé au cours des dernières années.

L'objectif de cette recherche est de contribuer à documenter la validité de trait du Profil des AVQ (partie questionnaire), en le comparant avec un autre instrument similaire l'Handicapomètre.

Chapitre I: Problématique de recherche

A l'heure actuelle, les exigences de la vie croissent et s'amplifient. Les maladies, les accidents de travail et de sports et surtout les accidents de la route occasionnent des traumatismes qui laissent des situations de handicap dans la vie des individus.

La personne traumatisée cranio-encéphalique peut présenter des déficiences, incapacités physiques et psychologiques plus ou moins graves qui lui confèrent des situations de handicap singulières (Truelle, 1987). Évaluer les situations de handicap de la personne traumatisée cranio-encéphalique dans les activités de la vie quotidienne (AVQ) est un moyen qui peut nous permettre de mieux comprendre les barrières qui s'opposent à son intégration sociale (Hamonet, 1990). Toutefois, sur le plan de la mesure, la disponibilité des instruments servant à évaluer des situations de handicap est très restreinte. La plupart sont encore au stade expérimental et ne sont pas encore validés (Fougeyrollas, Noreau & Sévigny, 1993).

Les instruments de mesure traditionnels reliés aux activités de la vie quotidienne mesurent particulièrement les incapacités physiques (Bégué-Simon, 1988), et ne documentent pas les habilités reliées aux fonctions exécutives comme par exemple: éprouver des incapacités à passer d'une opération à l'autre, s'auto-corriger, qui sont typiquement

perturbées suite à un traumatisme crânio-encéphalique. En outre, ces instruments sont très structurés pour la personne traumatisée crânio-encéphalique et sont appliqués à l'intérieur d'une période d'observation trop restreinte, et permettent difficilement de comprendre s'il y a situations de handicap suite à la perturbation des habitudes de vie antérieures et les changements dans la réalisation des AVQ.

Afin de pallier cette lacune, Dutil, Forget, Vanier & Gaudreault (1990) ont conçu un instrument de mesure spécifique à la problématique de la personne traumatisée crânio-encéphalique. Cet instrument de mesure intitulé Le Profil des AVQ est basé sur l'analyse des tâches reliées aux soins personnels, aux activités domiciliaires et dans la communauté. Il a pour objectif général de documenter des situations de handicap de la personne TCE dans les activités de la vie quotidienne. A cet effet, les habitudes de vie antérieures, les changements post-traumatiques dans la réalisation des activités de la vie quotidienne, le degré de satisfaction et les difficultés en termes d'incapacités et d'obstacles reliés à l'environnement sont considérés.

1.1 Aspects de la problématique de recherche

Cette recherche de développement vise à perfectionner un instrument de mesure Le Profil des AVQ. Elle s'inscrit dans la poursuite de travaux de validation relatifs à cet instrument. Le problème de recherche sur lequel nous désirons nous pencher est la meilleure compréhension du construit théorique mesuré (situations de handicap); la validité de trait du Profil de AVQ.

Chapitre II: Recension des écrits

Le concept de situations de handicap fait partie intégrante du modèle conceptuel du "processus de production des handicaps" élaboré par la Société canadienne de la CIDIH et le Comité québécois sur la CIDIH (Fougeyrollas, Saint-Michel, Bergeron & Cloutier, 1991). Ce concept est au centre de la philosophie même du schéma québécois du handicap, qui est différent du modèle proposé par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) en 1980. Ces différences seront élaborées dans les prochaines sections. C'est pour mieux comprendre le concept de situation de handicap et contribuer à documenter la validité de trait du Profil des AVQ que la recension des écrits est regroupée sous deux thèmes: le concept de situation de handicap et la validité d'un instrument de mesure.

2.1 Le concept de situations de handicap

2.1.1 Historique. L'évolution de la réadaptation ainsi que des concepts reliés à la santé ont nécessité l'utilisation d'un nouveau vocabulaire (Bégué-Simon, 1986). Du concept de handicap (OMS, 1980) à celui de handicap de situation (Minaire, Cherpin, Flores & Weber, 1981) nous sommes passés au concept de situations de handicap (Hamonet, 1986; Giami, 1986; Fougeyrollas et al., 1991; Mautuit, 1994). Pour restituer cette évolution dans son contexte historique, nous partirons de l'origine du concept de handicap pour mieux comprendre d'où vient le concept de situations de handicap. Le concept de handicap est apparu

au XVII^{ème} siècle en Angleterre. Mot anglais, il vient des Irlandais et prend son origine dans le domaine des courses de chevaux sur la pelouse (Turf).

Décomposé, handicap signifie "hand in cap" (main dans le chapeau) pour désigner une méthode destinée à choisir un gagnant ou une position (Côté, 1991). Au XVIII^{ème} siècle, le concept est appliqué à la compétition entre deux chevaux puis à des courses de plus de deux chevaux. Au XIX^{ème} siècle, apparaît la notion d'égaliser les chances des chevaux naturellement différentes, par l'obligation faite aux meilleurs d'entre eux de porter une charge plus lourde, ce qui consiste en une limitation des aptitudes des meilleurs chevaux par handicaps de poids (Chapireau, 1990). Au début, le handicap est donc un moyen de rétablir les inégalités naturelles et c'est avec ce sens qu'il est mentionné dans le supplément du Littré en 1887.

Le concept a évolué et vers les années 1950, on lui attribue un sens figuré qui sera lié aux capacités humaines, c'est à partir de ce moment qu'il va devenir synonyme de désavantage et plus d'égalité. "Handicap: désavantage, infériorité qu'on doit supporter" (Petit Robert, 1950). En 1957, le concept de handicap apparaît pour la première fois dans la législation française sur le reclassement des travailleurs handicapés, mais son sens français signifie "désavantage social" (Bloch-Laine, 1957). Les travaux du professeur Wood, de Manchester en Grande-Bretagne, conduits sous l'autorité de l'OMS ont donné un appui majeur à ce concept en publiant, à titre d'essai, une classification

internationale des déficiences, incapacités et handicaps (désavantages) (OMS, 1980).

Cette classification a suscité beaucoup de critiques surtout de la part des auteurs suédois (Grimby, 1988) qui ne considèrent pas le handicap comme une suite logique entre les déficiences et les incapacités qui en découlent, mais plutôt une évaluation subjective de la satisfaction à l'égard de différentes situations de la vie quotidienne. C'est suite à ces critiques que, dès 1981, le professeur Pierre Minaire, de Saint-Étienne en France, introduit le concept de handicap de situation.

A la suite de son étude à Saint-Cyr-sur-le-Rhône, il démontre qu'une personne n'est pas handicapée dans l'absolu, mais dans diverses situations auxquelles elle est confrontée dans son environnement et que le handicap n'est pas une constante, mais une variable, à la fois dans l'espace et dans le temps (Minaire et al., 1981). En 1986, sous l'impulsion du professeur Claude Hamonet de l'Université Paris XII, en France, est né un nouveau courant de pensée l'handicapologie. Ce néologisme désigne l'ensemble des actions sociales et médicales capables de réduire le nombre et la gravité des situations de handicap. Le concept de handicap de situation mis en place par Pierre Minaire en 1981, fut à la base de sa réflexion et aboutit à une véritable théorisation du handicap dont la schématisation du modèle conceptuel se trouve à la figure 1, introduisant pour la première fois dans l'histoire de la réadaptation, le concept de handicap de situation.

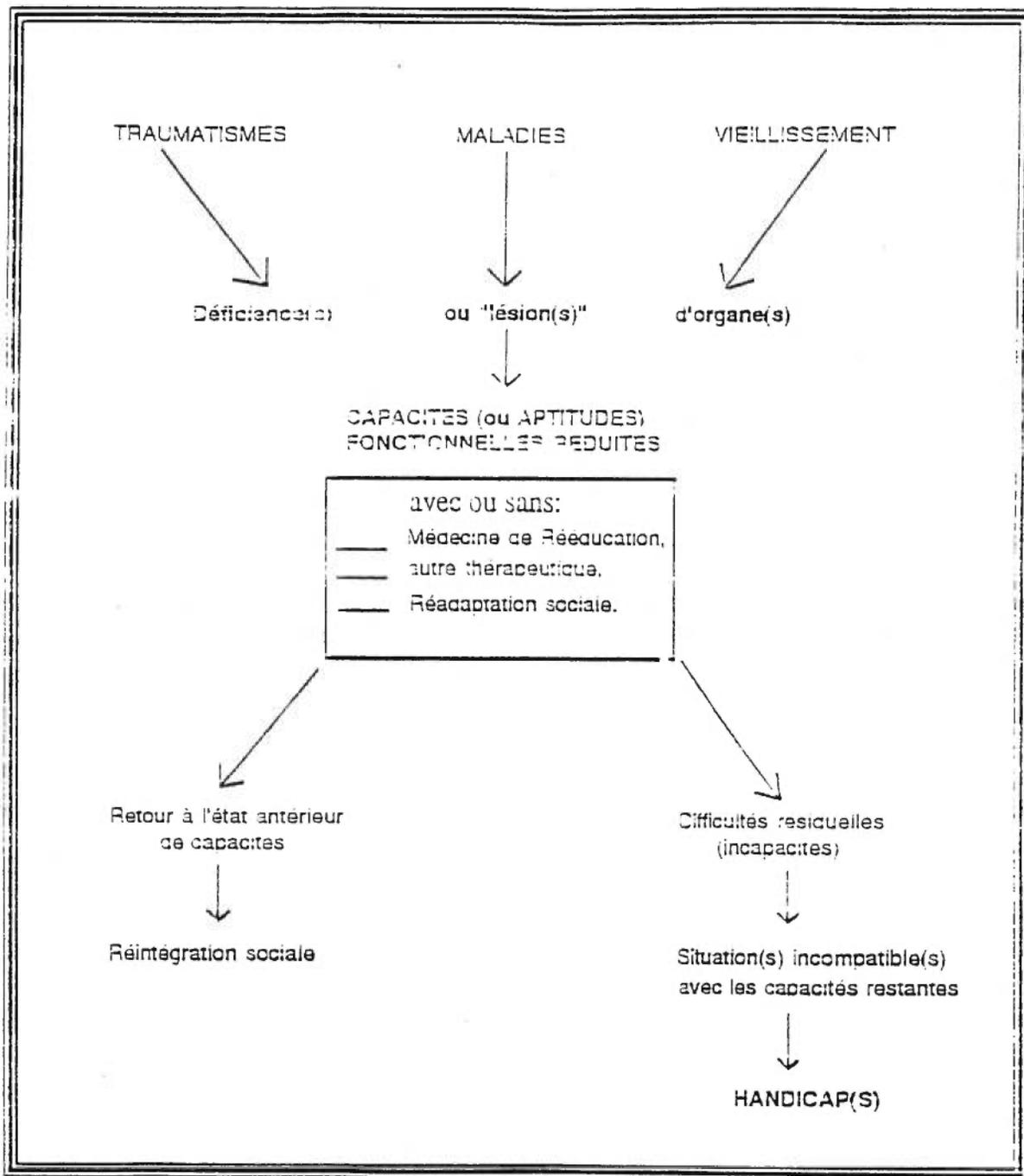


Figure 1: Modèle conceptuel de constitution de handicaps
(reproduit d'après Hamonet (1990))

Parallèlement, Patrick Fougeyrollas et son équipe, s'inspirant des travaux de l'OMS, de Minaire et d'Hamonet de même que du mandat confié au Comité québécois sur la classification internationale des déficiences, incapacités et handicaps (CQCIDIH) en 1987 concernant la révision du concept du handicap, élaborent le modèle conceptuel du "processus de production des handicaps", dont la schématisation se trouve à la figure 2, en introduisant les facteurs environnementaux et une nomenclature concernant les habitudes de vie (situations de handicap) (Fougeyrollas et al., 1991). Dès lors, le concept de situations de handicap s'impose dans le milieu de la réadaptation, il est devenu un objet de recherche surtout concernant les conséquences des maladies ou des traumatismes (Fougeyrollas, Noreau & Sévigny, 1993).

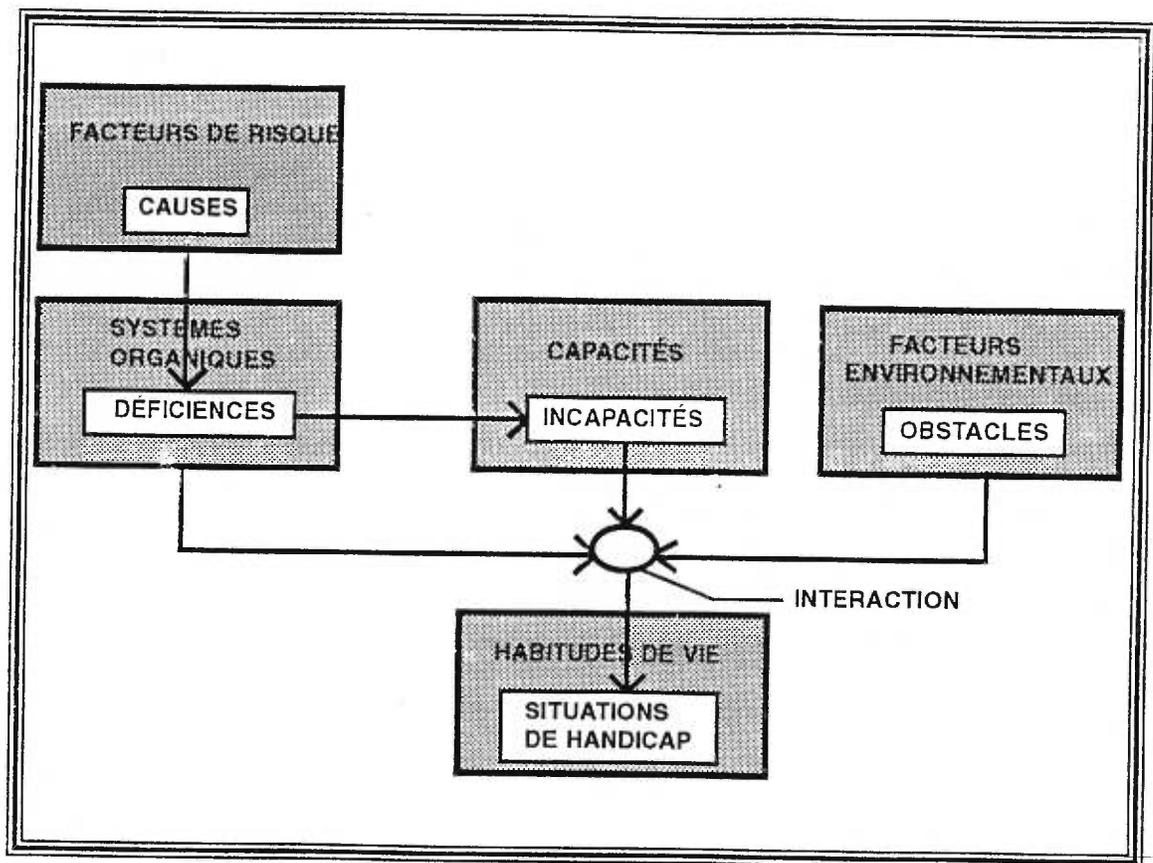


Figure 2: Modèle conceptuel du processus de production de handicaps (reproduit d'après Fougeyrollas et Saint-Michel (1991))

2.1.2 Définitions. Le concept de situations de handicap ne fait pas consensus dans la littérature (Hamonet, 1986; Giami, 1986; Fougeyrollas et al., 1991; Mautuit, 1994). Multidimensionnel, ce concept est difficile à définir parce qu'il chevauche d'autres concepts dont les habitudes de vie, les facteurs environnementaux, les incapacités et les déficiences (Fougeyrollas et al., 1991). Hamonet (1986) le définit comme étant les difficultés ou impossibilités pour une personne de faire face à une situation donnée. Giami (1986) lui accorde un sens purement behavioriste basé sur la représentation qu'on se fait de la personne handicapée. Fougeyrollas et al., (1991) rapportent deux définitions. Dans la première, le concept de situations de handicap est le résultat situationnel d'un processus interactif entre deux séries de causes: les caractéristiques des déficiences et les incapacités de la personne découlant de maladies ou traumatismes, les caractéristiques de l'environnement créant des obstacles sociaux ou écologiques dans une situation donnée. La deuxième définition confirme que les situations de handicap sont les perturbations pour une personne dans la réalisation d'habitudes de vie compte tenu de l'âge, du sexe, de l'identité socio-culturelle résultant des facteurs environnementaux.

Mautuit (1994) abonde dans le même sens en s'appuyant sur la théorie de motivation humaine élaborée par Nuttin en 1985. Selon Mautuit, la situation de handicap est le résultat d'une confrontation entre les possibilités d'une personne et son environnement (soi, les autres, les organisations, l'espace). Mais certains auteurs comme Giami

(1986) introduisent une dimension de la représentativité de situations de handicap qui ne s'applique que dans le domaine de la psychologie sociale à l'égard des réactions négatives qu'on se fait de la personne handicapée.

Hamonet (1986) valorise les indicateurs fonctionnels sans identifier de façon précise des facteurs environnementaux, ce qui peut être confondu avec les incapacités et ne permet pas de faire la distinction entre les situations de handicap reliées à des incapacités et celles liées à des obstacles environnementaux. Mautuit (1994) démontre que la situation de handicap peut être réductible par une intervention technique, médicamenteuse ou humaine, ce qui n'est pas loin des idées émises par Minaire et al., 1981, à l'effet que le handicap n'est pas une constante, mais une variable à la fois dans l'espace et dans le temps. Il ajoute les facteurs motivationnels et les stratégies de compensation que la personne peut utiliser pour solutionner ou non une situation de handicap.

Fougeyrollas et al., (1991) ont un point de vue divergent par rapport à la définition de ce concept. Selon eux, le handicap ne peut s'appliquer qu'aux bénéficiaires eux-mêmes en introduisant les variables socio-démographiques telles que: l'âge, le sexe et l'identité socio-culturelle qui peuvent montrer différents comportements et expériences antérieures de la personne vivant des situations de handicap.

Même s'il n'y a pas consensus au niveau de la définition, les auteurs considèrent que la personne doit être en interaction avec l'environnement dans lequel elle vit pour être en situation de handicap. La définition proposée par Hamonet (1986), nous semble être convenable pour cette étude, parce qu'elle est mesurable et peut être chiffrée selon les difficultés ou impossibilités à réaliser une tâche donnée dans une situation donnée.

2.1.3 Mesure des situations de handicap. Les situations de handicap demeurent encore très peu évaluées. Les instruments existants sont très récents et imprécis (Fougeyrollas, Noreau, Dion, Lepage, Sévigny & Saint-Michel, 1995). Ils ne sont pas systématisés car bien souvent les paramètres mesurant des situations de handicap sont noyés au milieu d'autres éléments. C'est le cas, par exemple, du Patient Evaluation Conference System (PECS) (Harvey & Jellinek, 1981) qui comprend cinq domaines: médical, physique, psychologique, social et vocationnel qui regroupent 115 items parmi lesquels on retrouve autant les habitudes de vie que les activités de la vie quotidienne et les loisirs mêlés aux incapacités (Steeg & Lankhorst, 1994).

Nous avons recensé dans la littérature trois instruments se rapportant à la mesure des situations de handicap:

- 1) L'Handicapomètre (Hamonet, 1990).
- 2) L'instrument de mesure des situations de handicap (Fougeyrollas, Noreau & Sévigny, 1994).

- 3) L'instrument d'évaluation systématique de patients cérébrolésés (ESOPE) (Castelein, Noots-Villers, Buxant & Spicher, 1994).

2.1.3.1 Analyse critique des instruments de mesure

servant à évaluer des situations de handicap. Les critères retenus pour l'analyse critique des instruments sont ceux proposés par Bruet & Overs en 1962 et modifiés par Bégué-Simon, (1988). Il s'agit: de l'objectif de l'évaluation, du cadre conceptuel de référence, de la méthode d'acquisition des données, des items évalués, de la durée d'évaluation, de l'échelle de cotation, du score obtenu, des populations évaluées et des qualités métrologiques de validité et de fiabilité.

2.1.3.1.1 L'Handicapomètre (Hamonet, 1990).

L'Handicapomètre a pour objectifs de quantifier les conséquences d'une maladie ou d'un traumatisme dans la réalisation des habitudes de vie et d'évaluer l'application de programme de rééducation et de réadaptation des personnes en situations de handicap. Son cadre conceptuel de référence, le schéma de constitution de handicap (Hamonet, 1990), est proche de la philosophie du modèle conceptuel du processus de production des handicaps proposé par Fougeyrollas et al., (1991). Sa taxonomie diffère de celle proposée par l'OMS en 1980, il utilise les termes de lésions et aptitudes pour désigner les déficiences et les incapacités, et ne met pas en interactions les différents concepts pour expliquer s'il y a ou pas des situations de handicap.

Le questionnaire de type ouvert, administré au sujet sous forme d'entrevue semi-structurée, est la méthode utilisée pour l'acquisition des données. La procédure d'administration du questionnaire ne mentionne pas le délai qu'il faut entre deux évaluations pour éviter les effets de l'apprentissage. L'évaluation se fait au domicile et non dans l'institution, ce qui est un avantage, parce qu'elle place la personne dans son milieu de vie naturel. Les items évalués sont répartis comme suit: 24 concernent les déficiences (lésionnel), 17 les incapacités (fonctionnel), et 26 les habitudes de vie / situations de handicap (situationnel). On note l'absence d'items concernant les facteurs environnementaux.

La durée de l'évaluation est de 20 minutes, ce qui nous semble un peu court, compte tenu du nombre d'items et de la méthode d'acquisition des données. Une échelle de cotation à cinq niveaux est proposée. Un score total est obtenu par addition des scores de deux volets, fonctionnel et situationnel, pour mesurer des situations de handicap, même sans inclure les facteurs environnementaux.

Cet instrument s'adapte facilement à l'évaluation de toutes les populations, cela semble démontrer qu'il ne met pas l'accent sur une problématique particulière dans la mesure de situations de handicap qui sont différentes d'une problématique à l'autre.

Pour ce qui concerne les qualités métrologiques, deux études multicentriques avaient pour objectifs de valider l'Handicapomètre

auprès des populations suivies en réadaptation telles que: les personnes ayant une hémiplégie, les personnes ayant une lombalgie, les personnes âgées et les personnes traumatisées cranio-encéphaliques (Hamonet, 1990; Larget-Piet, Hamonet & Chevalier, 1992). Ces études démontrent une validité de contenu qui s'est avérée très satisfaisante pour le construit théorique mesuré (Hamonet, 1990). De même que le coefficient de corrélation de Spearman significatif entre le situationnel et le fonctionnel se situant entre 0.93 et 0.73 au seuil de 0.001 a été trouvé (Larget-Piet, Hamonet & Chevalier, 1992).

Des études de fidélité inter-examineur de l'Handicapomètre ont été réalisées auprès des personnes myopathes adultes (Monteil, 1991) et des personnes obèses (Hamonet, Pilato & Kissous, 1994). Elles se sont montrées satisfaisantes pour l'ensemble des items avec un coefficient kappa égal à 0.70 pour un seuil de signification de 0.05 (Monteil, 1991) et un coefficient kappa égal à 0.75 pour un seuil de signification de 0.05 (Hamonet et al., 1994).

2.1.3.1.2 Instrument de mesure des situations de handicap (Fougeyrollas et al., 1994). Comme son nom l'indique, cet instrument est un questionnaire à neuf niveaux, qui est basé sur l'évaluation des habitudes de vie. Le fait que la méthode d'acquisition des données soit une auto-administration du questionnaire par la personne enquêtée fait que les informations sont peut-être subjectives d'autant plus, que la personne TCE peut démontrer des problèmes de conscience.

Aucune procédure n'est mentionnée, de même que les consignes à observer surtout qu'il s'agit d'une auto-administration du questionnaire. Un nombre total de 134 items recouvrent seulement les habitudes de vie, on ne trouve pas les items concernant les déficiences, les incapacités et les facteurs environnementaux, ce qui est en contradiction avec la définition même du concept de situations de handicap donnée par les auteurs.

Les auteurs ne montrent pas s'il faut utiliser un score total ou par item pour apprécier les situations de handicap. Initialement construit pour évaluer les situations de handicap chez les individus ayant une lésion médullaire, il semble s'appliquer à toutes les populations suivies en réadaptation et laisse la place à l'arbitraire dans l'appréciation des situations de handicap. Cet instrument a fait l'objet d'une validité de contenu qui s'est avérée satisfaisante (source: entretien avec les auteurs). Les études de fiabilité et de validité sont en cours (Appendice A: Correspondance avec le concepteur de l'instrument de mesure des situations de handicap).

2.1.3.1.3 Outil d'évaluation systématique de patients cérébrolésés (ESOPE) (Castelein et al., 1994). Cet instrument a pour objectif d'évaluer les habitudes de vie. Mais il ne tient pas compte des capacités qui déterminent fondamentalement les comportements humains. Il base ses fondements théoriques dans le modèle conceptuel du processus de production des handicaps. La méthode d'acquisition des

données est une entrevue semi-structurée, elle n'indique pas la durée de l'évaluation, les procédures et les consignes à observer.

Les 185 items concernant les habitudes de vie semblent excessifs, surtout qu'on ne retrouve pas dans l'instrument les habitudes de vie telles que: les activités professionnelles ainsi que les facteurs environnementaux.

L'échelle de cotation à deux niveaux selon la fréquence et la valeur affective accordées aux habitudes de vie est donnée, ce qui n'est pas assez sensible pour noter les changements dans le temps. Cet instrument utilise un score moyen pour l'appréciation des situations de handicap, il s'applique spécialement aux personnes cranio-encéphaliques. Les études de validité et de fiabilité sont en cours.

Un constat se dégage de cette analyse critique concernant les trois instruments de mesure des situations de handicap récemment développés, qu'il existe peu d'études métrologiques.

2.2 Situations de handicap vécues par la personne traumatisée cranio-encéphalique. Les situations de handicap vécues par la personne traumatisée cranio-encéphalique seront décrites selon la philosophie du modèle conceptuel du processus de production des handicaps élaboré par Fougeyrollas et al. en 1991. Les cinq principaux concepts de ce modèle sont: les facteurs de risque (causes), les systèmes organiques atteints (déficiences), les capacités d'accomplir une activité physique ou

mentale (incapacités), les facteurs environnementaux qui peuvent générer des obstacles et la perturbation de la réalisation des habitudes de vie (situations de handicap).

2.2.1. Les causes. En ce qui concerne le traumatisme crânio-encéphalique, la cause est l'accident avec plusieurs facteurs de risque comme le travail et la pratique des activités physiques et sportives (Viennot, 1990). Cependant, l'incidence est plus élevée lors des accidents de la route (Grosswasser et al., 1990; Mazaux, 1985).

2.2.2 Les déficiences. La déficience correspond à toute anomalie et à toute modification physiologique, anatomique ou histologique (Fougeyrollas et al., 1991). La personne, suite à un traumatisme crânio-encéphalique, peut donc présenter des déficiences qui peuvent toucher un ou plusieurs systèmes suivants: nerveux central, nerveux périphérique, auriculaire, oculaire, respiratoire, cutané, musculaire et osseux (Cohadon & Richer, 1983; Grosswasser et al., 1990; Schuind & Brotchi, 1984; Dornan, 1985).

Selon la sévérité du traumatisme, les déficiences peuvent être focales (Talmage & Collins, 1983; Brooks, 1988), quoiqu'en général, elles sont diffuses et multifocales (Cohadon & Richer, 1983). Elles concernent une ou plusieurs régions du système nerveux central, comme par exemple: le lobe frontal, le lobe pariétal, le lobe temporal, le lobe occipital, le tronc cérébral (Cohadon & Richer, 1983; Thomsen, 1984; Smith, 1985), les hémisphères cérébraux (Jennett, 1987), les

régions sous-corticales et cérébelleuses (Dornan, 1985) ou soit encore la substance blanche ou les noyaux gris centraux et le corps calleux (Mazaux, 1985).

Les déficiences du système nerveux périphérique et de certains nerfs crâniens sont notées (Grosswasser et al., 1990). La déficience du système auditif (surdité d'origine neurologique) peut être aussi observ e (Cohadon & Richer, 1983).

Les déficiences du système oculaire sont aussi signal es et entraînent la diminution des champs visuels (Grosswasser et al., 1990; Jennett et al., 1981), ainsi que les déficiences du système respiratoire (Schuind & Brotchi, 1984; Cohadon et al., 1983). Les déficiences du système cutané se manifestant par les blessures de la voûte crânienne et les lacérations de la peau sont aussi not es (Dornan, 1985).

Les déficiences du système musculaire en général (Najenson, Mendelson, Schechter, David, Mintz & Grosswasser, 1974), ainsi que la musculature du visage en particulier sont observ es (Jennett et al., 1981).

Les déficiences du système osseux, comme par exemple: les fractures de la base du crâne (rocher, étage antérieur du crâne, fente sphénoïde), les fractures des vertèbres de même qu'une morphologie particulière "hydrocéphalie communicante" sont observ es (Grosswasser et al., 1990).

2.2.3 Les incapacités. L'incapacité correspond à toute perturbation résultant de la déficience, des activités physiques et mentales considérées comme normales pour un être humain (Fougeyrollas et al., 1991). Les incapacités se manifestent comme un degré de modification, par excès ou par défaut de la capacité d'accomplir une activité physique ou mentale, suite à une ou des déficiences. Ainsi, la personne traumatisée cranio-encéphalique peut présenter des incapacités physiques ou psychologiques.

2.2.3.1 Les incapacités physiques. Les incapacités physiques sont surtout évidentes dans les moments qui suivent l'accident (Mazaux, 1985). Par la suite, la récupération est souvent satisfaisante, mais dans les cas sévères, il est possible que certaines incapacités physiques soient permanentes (Dornan, 1985) et peuvent se traduire en incapacités locomotrices (Najenson, Grosswasser, Mendelson & Hackett, 1980; Smith, 1985).

Ces incapacités locomotrices peuvent être un des facteurs explicatifs de la grande fatigabilité qui est commune aux personnes traumatisées cranio-encéphaliques (Jankowski & Sullivan, 1990).

2.2.3.2 Les incapacités psychologiques. Les incapacités psychologiques se traduisent sur les plans cognitif, exécutif et comportemental (Lishman, 1978). Sur le plan cognitif, on constate des difficultés quant à l'organisation de l'information. Il est difficile d'effectuer toute opération mentale qui consiste à combiner deux ou

plusieurs informations comme l'exigent le jugement, la pensée mathématique, l'initiative ou la créativité (Brooks, 1988).

La personne traumatisée cranio-encéphalique n'analyse pas les données d'un problème qui lui est posé à partir des données préliminaires. Elle éprouve des incapacités à passer d'une opération à une autre (Vanier, Dutil, Provost, Lambert, Mazaux, Sullivan, Melanson, Chadan, Forget & Boulager, 1993).

Certains problèmes de mémoire (amnésie post-traumatique et amnésie rétrograde), sont souvent signalés (Brooks, 1988) et peuvent être en réalité des difficultés de l'attention et de distractibilité souvent observées chez la personne traumatisée cranio-encéphalique (Mazaux *et al.*, 1989). Les incapacités d'apprentissage sont fréquemment notées. Le processus permettant la manipulation de l'information est lent et la pensée abstraite est signalée comme étant problématique (Brooks, 1988; Smith, 1985). La fatigabilité mentale se trouve aussi parmi les problèmes importants qui sont signalés (Bond, 1979; Brooks, 1988).

Les incapacités reliées au langage sont fréquentes, peu de temps après la fin de l'amnésie post-traumatique. L'anosie (difficulté à trouver des mots) constitue un problème résiduel fréquent (Malec, 1984). Même si les habiletés pour la conversation semblent être préservées chez la personne TCE, on note une forte tendance à passer d'un sujet à l'autre, sans égard à la pertinence du propos, c'est-à-dire

un discours tangentiel et une désorganisation linguistique qui se manifeste dans le discours, par des ruptures et un enchaînement incohérent (Vanier et al., 1993).

On se rend compte, sur le plan exécutif, que la personne traumatisée cranio-encéphalique a des difficultés à savoir comment réaliser certaines tâches des AVQ (Luria, 1973). Ainsi, on note les incapacités d'anticipation des événements, de planification, d'organisation des activités et des projets et un manque d'initiative et de l'intérêt dans son fonctionnement (Lezak, 1982).

En ce qui concerne les incapacités comportementales, la personne TCE réagit souvent par des comportements agressifs ou colériques (Brooks, 1988), qui ne sont pas d'origine organique, mais plutôt réactionnelles (Lishman, 1973). Ces comportements se manifestent par des changements persistants de la personnalité qui se traduisent généralement par des états dépressifs et psychotiques, une pensée rigide et un manque d'introspection (Walsh, 1985). La conscience de soi et de l'environnement (conscience des autres) est fréquemment perturbée (Pollens, McBratnie & Burton, 1988; Prigatano, Altman & O'Brien, 1990), amenant une forte tendance à surestimer ou sous-estimer ses capacités (Najenson et al., 1974).

2.2.4 Les obstacles. Les obstacles se définissent comme l'ensemble des dimensions sociales, culturelles et écologiques qui

déterminent l'organisation et le contexte d'une société (Fougeyrollas et al., 1991). Les facteurs sociaux (organisations socio-économiques et règles sociales) constituent les obstacles qui, suite à un traumatisme cranio-encéphalique, entraînent très souvent pour la personne TCE un retrait du circuit des activités habituelles.

Environ 80% des personnes TCE retournent dans leur famille (Viennot, 1989), mais les familles sont très conscientes des problèmes sociaux qui se posent à la fin de la réadaptation initiale (Morris, 1987). Dès son retour chez elle, la personne traumatisée cranio-encéphalique est considérée par ses proches comme un étranger dans la maison (Truelle, 1987), des changements dans les liens et dans les rôles s'ensuivent (Cohadon & Richer, 1983; Brooks, 1988). L'équilibre familial est à son point crucial environ 12 mois après le traumatisme (Oddy & Humphrey, 1980). Le TCE provoque une crise existentielle dans les relations familiales (Brooks, 1988) dont la solution amène une lourde responsabilité et un grand défi à la famille (Frye, 1987).

Les relations dans la communauté s'estompent, amis et collègues de travail se détournent (Mondain-Monval, 1987). Cette perte des contacts avec les pairs et les collègues oblige la personne TCE à réorganiser son temps de façon différente. Il n'est pas rare de la voir se sentir à part des autres et éprouver la difficulté à s'identifier à un groupe avec qui elle pourrait éprouver des sentiments d'appartenance (Létourneau et al., 1992). Les ressources communautaires et les

ressources de réadaptation à long terme sont rares (Frye, 1987), et l'absence de structures spécifiques est notée (Joseph & Attal, 1993), ce qui crée des obstacles au développement social de la personne TCE.

2.2.5 Les habitudes de vie (situations de handicap). Les habitudes de vie sont les activités quotidiennes et domestiques, ainsi que les rôles sociaux valorisés par le contexte socio-culturel pour une personne selon son âge, son sexe, son identité sociale et personnelle (Fougeyrollas et al., 1991); tandis que la situation de handicap est une perturbation pour une personne dans la réalisation d'habitudes de vie compte tenu de l'âge, du sexe, de l'identité socio-culturelle résultant des facteurs environnementaux (Fougeyrollas et al., 1991). Dans des situations de vie non structurées, la famille et le personnel infirmier rapportent que la personne TCE échoue différentes activités de la vie quotidienne. Par exemple, la personne traumatisée cranio-encéphalique qui a des incapacités dans la planification d'une tâche pourra prendre plusieurs heures pour préparer un repas simple ou bien décidera tout simplement de ne pas le préparer car il lui manque certains ingrédients, ou encore par incapacité d'initiative, elle pourra être totalement dépendante pour prendre un bain, sauf si une personne est constamment en présence pour la stimuler dans chacune des étapes de l'activité (Lezak, 1989).

Ainsi, au niveau des activités physiologiques de base, des problèmes sont fréquemment observés en regard des activités d'hygiène et des soins personnels. Ainsi la personne traumatisée cranio-encéphalique

peut négliger sa coiffure, portera des vêtements sales. Une nonchalance peut se répercuter dans les activités de la vie quotidienne par une hygiène douteuse ou une négligence vestimentaire (Lezak, 1989; Brooks, 1988). Une tendance à surestimer ses capacités a été particulièrement observée dans les activités de gestion financière et lors d'activités qui demandent des ajustements suite à un changement imprévu comme par exemple se rappeler un rendez-vous ou l'heure de prise des médicaments (Prigatano et al., 1990; Hamonet, 1990).

La personne TCE éprouve des difficultés à marcher et à se déplacer dans les escaliers et sur un terrain accidenté. Ces déplacements peuvent se faire avec ou sans surveillance et nécessiteront souvent l'utilisation d'une orthèse et/ou d'un auxiliaire de marche. Dans des cas graves, ils se feront qu'en fauteuil roulant (Dornan, 1985) qui ne seront pas nécessairement en congruence avec l'environnement.

Un manque de contrôle sur le plan sexuel (désinhibition sexuelle), est noté (Létourneau et al., 1992). Les changements de relations maritales peuvent conduire parfois au divorce (Frye, 1987; Najenson et al., 1974; Oddy & Humphrey, 1980), et les relations parents-enfant deviennent tendues (Thomsen, 1984). La personne TCE abandonne elle-même ses sports et loisirs antérieurs (Mondain-Monval, 1987), en raison de la fatigabilité tant physique que psychologique, et à cause du non respect des conventions et règles sociales (Pierra, 1991). Les situations de handicap varient d'une personne TCE à l'autre, selon la sévérité du traumatisme et les sièges des déficiences (Mazaux,

1985). Elles apparaissent comme des difficultés ou impossibilités chaque fois que la personne TCE ayant des déficiences et incapacités rencontre des obstacles dans une situation donnée comme dans les activités de la vie quotidienne, dans la vie familiale, les loisirs, les sports, dans la vie scolaire et de formation, ainsi que dans les activités de la vie professionnelle ou toute autre activité sociale (Hamonet, 1986). Comme il est constaté, les personnes présentant un traumatisme cranio-encéphalique ont des incapacités autant physiques que psychologiques lesquelles ont des répercussions importantes sur la reprise des activités comme le travail, les activités de la vie quotidienne et les loisirs.

2.2 La validité d'un instrument de mesure

La validité se définit comme la capacité à mesurer le phénomène étudié, c'est-à-dire l'adéquation qui existe entre les variables retenues et le concept théorique à mesurer (Rothstein & Echternach, 1993; Contandriopolus, Champagne, Potvin, Denis & Boyle, 1990). L'étude de la validité d'un instrument permet généralement d'identifier les sources d'erreur systématique de l'instrument, un processus de vérification et précision de la qualité de mesure s'installe. La validité dépend en grande partie du contexte d'utilisation de l'instrument, d'où l'importance d'avoir bien défini de façon opérationnelle les variables que l'on veut mesurer, et également mesurer ce que l'on doit en fait mesurer selon la problématique et les buts de l'étude qui ont été énoncés (Sim & Arnell, 1993). La nature du concept de validité est étroitement reliée à la nature de la mesure à valider.

Il existe trois types de validité, selon ces auteurs (Rothstein & Echternach, 1993; Contandriopolus et al., 1990; Keith, 1984; Carmines & Zeller, 1990); la validité de critère "Criterion related validity"; la validité de contenu "Content validity"; la validité de construit "Construct validity".

2.4.1 La validité de construit "Construct validity". Cette forme de validité porte sur la relation entre les concepts théoriques et leurs opérationnalisations. Elle concerne donc la relation épistémique qui devrait exister entre un concept et sa mesure (Contandriopolus et al., 1990).

Étant en présence d'un phénomène abstrait, on émet l'hypothèse que ce phénomène existe et qu'il peut être représenté par un ensemble de composantes relativement corrélées, et ce en présence d'hétérogénéité individuelle observée ou induite (Lambert, 1989). Cette hypothèse définit le construit théorique, tandis que le construit empirique provient de différentes mesures reflétant des caractéristiques observables reliées hypothétiquement au concept latent. La validité de construit touche trois aspects: la validité nomologique ou théorique, la validité de trait et la validité factorielle. C'est la validité de trait qui nous préoccupe dans le cadre de cette étude.

2.4.1.1 La validité de trait. Ce concept a été introduit par Campbell en 1960, la logique sous-tendant cette forme de validité est très intéressante surtout lorsqu'il s'agit de mesurer un construit

autour duquel un modèle théorique n'est pas encore très bien développé (Contandriopolus et al., 1990).

Il s'agit de corréler les résultats obtenus par l'instrument à valider avec les résultats obtenus par un autre instrument mesurant sensiblement le même construit (Contandriopolus et al., 1990). En fait, l'association entre les deux instruments donne une indication de la validité de construit qui est parfaitement symétrique c'est-à-dire égale pour les deux instruments.

La recension des écrits montre qu'il existe très peu d'outils valides et fidèles pour objectiver les situations de handicap que les personnes traumatisées cranio-encéphaliques sont susceptibles de présenter.

Chapitre III: Présentation des instruments de mesure

Les instruments de mesure dont il est question sont: le Profil des AVQ (Dutil, Forget, Vanier & Gaudreault, 1990) et l'Handicapomètre (Hamonet, 1990).

3.1 Le Profil des AVQ (Appendice B)

3.1.1 Historique. Le Profil des AVQ s'inscrit dans le cadre des travaux du Projet Trauma, un groupe de recherche ayant reçu le mandat de développer un système d'évaluation globale des conséquences d'un traumatisme crano-encéphalique, permettant de préciser objectivement les limitations et les capacités résiduelles et de déterminer les progrès durant le processus de récupération-réadaptation et réinsertion sociale. Les membres responsables du volet occupationnel, dont l'évaluation des activités de la vie quotidienne fait partie, ont procédé en quatre phases décrites par Benson & Clarke (1982) pour arriver à l'élaboration du Profil des AVQ. Il s'agit de la planification, de la construction, de l'analyse quantitative et de la validation de l'instrument.

La phase de la planification du Profil des AVQ a débuté avec une recension des écrits dans le but de répertorier les instruments de mesure servant à évaluer les habitudes de vie de la personne TCE à travers les activités de la vie quotidienne. Simultanément, des enquêtes

menées dans certains milieux cliniques ont permis d'identifier les instruments de mesure utilisés.

La majorité des milieux cliniques utilisaient des instruments maison ne répondant pas aux critères de fidélité et de validité, et à la problématique de la personne TCE. D'où cet instrument le Profil des AVQ a été développé en collaboration avec les milieux cliniques, ainsi qu'en consultation auprès des comités d'experts.

Dès le début des travaux, un groupe de travail a été formé. Ce dernier était composé particulièrement d'ergothérapeutes qui avaient une expertise avec cette clientèle dans différents milieux de travail. De plus, plusieurs cliniciens ont été consultés lors du développement de l'instrument. Ces consultations ont permis de préciser les approches utilisées ainsi que les variables les plus importantes à évaluer. Aussi, une réflexion sur le concept AVQ a été amorcée et a permis de formuler une définition qui reflète mieux la réalité de la personne dans son quotidien. Les critères suivants avaient été déterminés par les auteurs pour cerner la problématique de la personne TCE, fournir un mode d'évaluation permettant un processus d'analyse des tâches dans une situation réelle, présenter une sensibilité aux changements dans le temps, et pour avoir un instrument présentant des qualités métriques permettant de sélectionner des interventions appropriées.

3.1.2 Objectifs. Les objectifs du Profil des AVQ sont d'évaluer la capacité de réalisation des AVQ, d'évaluer la nature et

l'importance des difficultés reliées aux AVQ selon la perception du sujet et d'une personne significative, d'évaluer le degré de satisfaction du sujet et de la personne significative face au rendement dans les AVQ, et d'évaluer l'impact des difficultés sur les habitudes de vie du sujet et de la personne significative.

Le Profil des AVQ est destiné à évaluer ce que la personne TCE peut faire sur demande et ce qu'elle fait en réalité. Il permettra à l'ergothérapeute d'élaborer des plans d'intervention et d'évaluation de la personne TCE à travers le processus de réadaptation.

3.1.3 Fondements théoriques et modèles conceptuels. Les fondements théoriques du Profil des AVQ reposent sur les travaux de Luria (1973) et de Lawton (1983). Pour mieux répondre aux objectifs du questionnaire, les concepts retrouvés à l'intérieur des modèles d'occupation humaine (Kielhofner, 1980), de rendement occupationnel (Reed, 1984) et du modèle conceptuel du processus de production des handicaps (Fougeyrollas et al., 1991) ont été retenus. Ces modèles se rapprochent du concept de situations de handicap parce qu'ils prennent en considération l'interaction entre la personne et l'environnement. Les concepts reliés à l'ergonomie ont permis d'organiser les variables de façon cohérente (environnement, activités, tâches et opérations) (Dutil & Forget, 1991). Ces concepts ergonomiques ont permis de mieux classer les AVQ, d'identifier plus les tâches qui y sont reliées, d'éviter la redondance et de faire la distinction entre des déficiences (exemple: incontinence, dysphagie, parésie) et des tâches (exemple:

s'acquitter de l'hygiène excrétrice, prendre un repas (Dutil & Forget, 1991).

3.1.4 Modes d'évaluation. Le Profil des AVQ comprend deux modes d'évaluation: la mise en situation et le questionnaire.

3.1.4.1 La mise en situation. Ce mode d'évaluation est constitué de scénarios spécifiques qui sont développés pour chacune des tâches. Sa philosophie consiste en une observation directe de la personne pendant qu'elle accomplit les tâches.

Les scénarios sont construits de façon à se rapprocher le plus possible des habitudes de vie du sujet et des protocoles cliniques d'évaluation des activités de la vie quotidienne. La procédure d'administration et le cadre d'évaluation offrent un minimum de structures au sujet dans le but de détecter les problèmes liés aux fonctions exécutives en plus de l'autonomie dans les tâches de la vie quotidienne.

La durée de passation peut varier entre 30 minutes et une journée, l'interprétation des données demande entre quinze et trente minutes selon les tâches évaluées.

3.1.4.2 Le questionnaire. L'entrevue est le mode qui sera utilisé dans cette étude. Il comprend 14 questions reliées à 26 tâches (AVQ) qui ont chacune leur propre échelle de cotation. Le

questionnaire du Profil des AVQ est administré au sujet et à la personne significative sous forme d'entrevue semi-structurée. Il est divisé en deux sections: la première est pour connaître les habitudes de vie pratiquées par le sujet avant traumatisme (Q₁, Q₂, Q₃) tandis que la deuxième (Q₄, Q₅, Q₆, Q₇, Q₈, Q₉, Q₁₀, Q₁₁, Q₁₂, Q₁₃, Q₁₄) considère le changement dans la pratique des tâches, la capacité à réaliser des tâches de la vie quotidienne, l'initiative à réaliser ses tâches, la capacité de prendre la responsabilité de gérer l'ensemble des activités de la vie quotidienne, la nature et l'importance des difficultés éprouvées par le sujet dans la poursuite de ses AVQ, et les problèmes vécus par la personne significative et le sujet relativement au fonctionnement dans les AVQ. La présente recherche porte sur la question 4 qui est la capacité à réaliser des tâches des AVQ, parce qu'elle se rapproche du concept de situations de handicap par des difficultés ou impossibilités à réaliser une tâche dans une situation donnée.

Aussi, le questionnaire permet de documenter le degré de satisfaction de la personne TCE et de la personne significative face à la réalisation des AVQ. Il est recommandé de faire l'évaluation au domicile du sujet, de préférence au milieu institutionnel. L'entrevue devra se dérouler dans un endroit calme. Le temps de passation de l'entrevue avec le sujet et avec la personne significative peut prendre environ deux heures.

3.1.5 Contenu et échelles de cotation. Une échelle de

cotation à quatre niveaux est utilisée pour évaluer des situations de handicap dans les tâches reliées aux AVQ.

Le score plus élevé (3) signifie l'indépendance sans difficulté, (2) signifie l'indépendance avec difficulté en ce qui concerne le temps d'exécution ou la façon de réaliser la tâche, (1) signifie une assistance verbale / physique, (0) indique la dépendance.

La prise de responsabilité de la gestion des activités de la vie quotidienne, ainsi que la nature de l'importance des difficultés éprouvées sont évaluées par une échelle à trois niveaux, et une échelle à six niveaux pour évaluer les changements dans la pratique, une échelle nominale par (oui/non) sera utilisée pour documenter la pratique des AVQ avant et après le traumatisme ainsi que la capacité de prendre l'initiative dans les AVQ.

3.1.6 Qualités métrologiques. Les études de fidélité test-retest, ainsi que la consistance interne de la mise en situation et du questionnaire se sont montrées satisfaisantes avec des coefficients kappa variant de 0.45 à 0.94 et un coefficient alpha de Cronbach de 0.94 pour l'homogénéité des items du Profil des AVQ (Dutil et al., 1991; Dutil, Rousseau, Lambert, Vanier, Auger, Martel & Labelle, 1994).

Les études de fidélité inter-examineurs du Profil des AVQ de la mise en situation ont été réalisées et se sont révélées satisfaisantes pour la cote globale (coefficient kappa moyen variant de 0.23 à 0.72) et

(0.10 à 0.51) pour la cote des opérations (Rousseau, Dutil & Lambert, 1994; Rousseau et al., 1994).

Une étude de validité de construit de type factoriel a été effectuée pour la mise en situation et le questionnaire du Profil des AVQ (Dutil et al., 1990) ainsi qu'une étude de validité de trait pour la mise en situation (soins personnels) vient d'être complétée (Gervais, 1995).

3.2 L'Handicapomètre (Appendice C)

3.2.1. Description. Cet instrument comprend trois parties (lésionnelle, fonctionnelle et situationnelle). La partie situationnelle et habitudes de vie (handicaps) que nous utilisons dans cette étude comprend trois dimensions (actes de la vie quotidienne, vie affective, vie professionnelle ou de formation) y compris les activités scolaires, regroupant ainsi 26 tâches (Tableau 2).

3.2.2 Historique. C'est une lettre du Préfet de Val-de-Marne, qui, en 1970, a déclenché la démarche d'évaluation du handicap, préoccupé de recevoir des demandes de subventions émanant des personnes handicapées de son département, il s'est tourné vers l'Université pour l'aider à répondre à deux questions: qui sont les personnes handicapées du Val-de-Marne? et quels sont leurs besoins? Ainsi, l'équipe de Créteil sous l'impulsion du professeur Claude Hamonet a entrepris depuis 1983, l'élaboration des instruments d'évaluation du handicap, dont le plus connu est l'Handiscope-Athéna (Bégué-Simon & Hamonet, 1989). Le

temps de passation de cet instrument est cependant très long, deux heures environ. Les auteurs ont élaboré un instrument plus court. Ils ont sélectionné dans l'instrument de base les variables qui peuvent être recueillies en peu de temps (moins d'une heure), ainsi est né l'Handicapomètre.

3.2.3 Objectifs. L'Handicapomètre a pour objectifs de quantifier les conséquences d'un traumatisme ou d'une maladie en évaluant les lésions (déficiences), les fonctions (capacités ou aptitudes fonctionnelles, incapacités), les situations et habitudes de vie (situations de handicap). Sans être un index, l'Handicapomètre permet une quantification des difficultés ou impossibilités qui paraissent particulièrement utiles pour suivre des programmes de rééducation et de réadaptation sociale des personnes en situations de handicap (Hamonet, 1990).

3.2.4 Fondements théoriques et modèle conceptuel. L'Handicapomètre base ses fondements théoriques dans la Classification internationale des déficiences, incapacités et handicaps.

Cependant, les concepts qu'il utilise sont sensiblement différents de cette classification. Il dissocie les lésions (modifications des organes par maladies, accidents ou processus physiologiques) des fonctions (aptitudes) et des situations avec ou sans handicaps, et prend en compte également la notion d'intégration sociale en insistant sur la qualité des relations dans différents domaines, en

particulier dans celui de l'affectivité en ajoutant des variables de participation à des activités collectives.

Le schéma de constitution de handicap (Hamonet, 1990), lui sert de modèle conceptuel de référence. Il est non loin de la philosophie du modèle conceptuel du processus de production des handicaps proposé par Fougeyrollas et al., 1991.

3.2.5 Contenu et échelles de cotation. La partie lésionnelle comporte 24 localisations regroupant l'ensemble des organes du corps humain. La sévérité des lésions est appréciée par une échelle ordinale à quatre niveaux allant de (0) pas de lésion à (4) lésion très importante.

La partie se rapportant aux aptitudes fonctionnelles de la personne comprend 24 items, dont 9 items relatifs au maintien et déplacements, quatre items pour la manipulation et préhension, sept pour la communication et quatre pour les fonctions intellectuelles. Les autres items vont du sommeil à l'adaptation à l'effort en passant par la sexualité, la mastication, les phénomènes douloureux et le comportement affectif. Une échelle de cotation de dépendance et de sévérité à cinq niveaux allant de (0) pas de difficulté à (4) impossible est aussi proposée.

La partie situationnelle (situations et habitudes de vie) comprend seize items sur les actes de la vie courante, cinq pour la vie

affective et sociale, et cinq autres items sur la vie professionnelle, scolaire ou de formation. Une échelle de sévérité à cinq niveaux est proposée. Cette étude va porter sur seulement les actes de vie courante.

Dans cette partie on cote (0) lorsqu'il n'y a pas de difficulté, (1) des difficultés minimales avec lenteur ou inconfort, (2) des difficultés moyennes, lorsqu'une aide technique (cane pour la marche) ou médicamenteuse (somnifère, antalgique) est nécessaire, on cote (3) lorsqu'il y a des difficultés importantes qui nécessitent une aide humaine (incitation ou complément, substitution ou surveillance), on cote (4) lorsque la réalisation de la situation est impossible et nécessite une aide totale.

3.2.6 Mode d'évaluation

L'Handicapomètre utilise le questionnaire comme mode d'évaluation, il est administré au sujet sous forme d'entrevue semi-structurée. L'évaluation se fait au domicile du sujet et non dans un milieu hospitalier, la cotation est fonction de ce qu'il fait réellement. Avec peu d'entraînement, le temps de passation de l'Handicapomètre est d'environ 20 minutes par personne et par évaluation. Un guide de passation de l'instrument apporte une aide importante dans la réalisation de l'évaluation grâce aux détails qu'il fournit dans la manière d'aborder et de coter chaque item (Hamonet, 1990).

3.2.7 Qualités métrologiques. Des études de fidélité inter-examineurs ont été réalisées auprès des personnes myopathes adultes et des obèses (Monteil, 1991; Hamonet, Pilato & Kissous, 1994). Elles se sont montrées satisfaisantes pour l'ensemble des items avec un coefficient kappa égale à 0.70 pour un seuil de signification de 0.05 (Monteil, 1991) et un coefficient kappa égale à 0.75 pour un seuil de signification de 0.05 (Hamonet et al., 1994).

Ainsi, pour démontrer la validité de trait du Profil des AVQ (section du questionnaire), nous avons retenu l'Handicapomètre, et c'est pour différentes raisons.

L'Handicapomètre était, au moment de l'étude, l'outil dont le construit théorique s'approchait le plus de celui du Profil des AVQ. Il faut souligner que d'autres instruments développés par la suite, tels l'instrument de mesure des situations de handicap (Fougeyrollas et al., 1994) ainsi que l'outil d'évaluation systématique des patients cérébrolésés (ESOPE) (Castelein et al., 1994) n'étaient qu'au stade de développement au moment du début de la présente étude. D'autre part, l'Handicapomètre est un instrument de mesure de langue française tout comme le Profil des AVQ. L'utilisation d'un instrument de langue française évite de valider au préalable l'outil tel qu'il le serait nécessaire avec un instrument de langue anglaise.

Tableau 1

Tâches reliées au Profil des AVQ - Questionnaire (Question 4)

1. Faire sa toilette au lit /lavabo/douche/bain
2. Prendre soin de son apparence /cheveux/dents/aisselles/barbe
3. S'acquitter de l'hygiène excrétrice
4. Mettre ses vêtements et chaussures
5. Mettre / enlever ses vêtements d'extérieur
6. Mettre / enlever ses accessoires / aides techniques
7. Prendre un repas
8. Respecter sa diète / prendre sa médication
9. Assurer sa sécurité en situation d'urgence
10. Préparer un repas léger
11. Préparer un repas chaud
12. Faire l'entretien quotidien
13. Faire le ménage hebdomadaire
14. Faire les petits travaux d'entretien à l'extérieur
15. Entretenir les vêtements
16. Se déplacer à l'extérieur
17. Utiliser le transport en commun régulier
18. Conduire une voiture
19. Faire des courses
20. Manger au restaurant
21. Téléphoner pour une information
22. Payer un compte-chèque
23. Utiliser un guichet automatique
24. Faire un budget
25. Respecter un rendez-vous
26. Respecter son horaire

Tableau 2
Tâches reliées à l'Handicapomètre - Partie situationnelle
(situations et habitudes de vie (handicaps))

1. Manger et boire
2. Aller aux toilettes
3. Faire sa toilette
4. S'habiller et se déshabiller
5. Se mettre au lit et se lever du lit
6. Appeler en cas de détresse
7. Se déplacer à l'intérieur du logement
8. Vaquer à des occupations ménagères (cuisine, ménage)
9. Ramasser un objet au sol
10. Écrire
11. Téléphoner
12. Gérer son budget
13. Prendre des médicaments (appliquer la prescription médicale)
14. Sortir et entrer dans son logement
15. Faire ses courses
16. Utiliser un moyen de transport
17. Avoir des relations affectives avec le conjoint
18. Avoir des relations avec les enfants
19. Avoir des relations avec les amis ou les voisins
20. Pratiquer des activités de loisirs
21. Être scolarisé en formation ou travailler
22. Utiliser un moyen de transport pour aller au travail ou à l'école
23. Aller aux toilettes sur le lieu de travail ou de scolarité
24. Se restaurer sur son lieu de travail ou de scolarité
25. Avoir des relations avec ses collègues de travail ou camarades
26. Avoir des relations avec la hiérarchie, les enseignants

Les tâches 17 à 26 ne sont pas évaluées dans cette étude

Chapitre IV: Méthodologie

4.1 Sujets d'étude

Vingt-deux sujets présentant un traumatisme cranio-encéphalique modéré et sévère des deux sexes ont été recrutés dans un centre hospitalier de courte durée et un centre de réadaptation de la région montréalaise. Le choix des personnes TCE modéré et sévère s'explique par le fait qu'elles présentent des séquelles post-traumatiques, à long terme pouvant conduire à des situations de handicap (Dartigues et al., 1993; Labarthe, Cano-Le Bourhis & Trepos (1994). Deux sujets, un homme et une femme ont refusé de collaborer à l'étude. Les données de vingt sujets ont été analysées. La collecte de données s'est échelonnée de juillet 1994 à avril 1995. L'échantillon est de type non-probabiliste sélectionné sur base volontaire. Les sujets âgés en moyenne de 33.75 ans étaient majoritairement de sexe masculin (6 femmes, 30%; 14 hommes, 70%). Les moyennes des scores obtenus à "l'Échelle de coma de Glasgow" (Jennett & Teasdale, 1981) sont de 9.00 et d'une durée moyenne de coma de 10.50 jours. Les détails des caractéristiques socio-démographiques et cliniques des sujets sont présentés au tableau 3.

4.2 Évaluateurs

Quatre évaluateurs (E_1 , E_2 , E_3 , E_4) ont réalisé le recueil des données. Trois d'entre eux étaient des ergothérapeutes travaillant avec des personnes TCE et leur expérience clinique variait de un à cinq ans. Les évaluateurs (E_2 , E_3 , E_4) ont été informés

du construit mesuré par l'Handicapomètre au cours des séances de travail et différents contacts, et au préalable ont été entraînés au Profil des AVQ en participant à deux journées d'études organisées par la Société de l'assurance automobile du Québec à l'Institut de réadaptation de Montréal et à l'Hôpital du Sacré-Coeur.

L'évaluateur (E_1) moi-même, était physiothérapeute travaillant en pratique privée et formé à l'Handicapomètre par le concepteur même de l'outil lors d'un stage dans son laboratoire à Créteil en France. Ainsi, le Profil des AVQ a été administré par les évaluateurs (E_2 , E_3 et E_4) et l'Handicapomètre par (E_1).

4.3 Procédures de recrutement des sujets

Les procédures suivantes ont été utilisées pour le recrutement des sujets. En ce qui concerne les sujets déjà admis en réadaptation, le recrutement a été fait par l'intermédiaire des évaluateurs (E_2 , E_3 , E_4) selon les critères d'inclusion et d'exclusion de l'étude. Ces derniers informaient l'évaluateur E_1 pour ensuite convenir de l'horaire des évaluations. Les nouveaux sujets admis en réadaptation étaient aussi contactés par (E_2 , E_3 , E_4) pour déterminer leur appui et établir l'horaire d'évaluation.

4.4 Critères d'inclusion à l'étude

Les critères d'inclusion retenus pour participer à l'étude sont la gravité initiale du traumatisme et l'âge du sujet au moment de l'accident. Le traumatisme cranio-encéphalique a été qualifié de:

modéré si les sujets avaient, à l'admission, un score situé entre 9 et 12 à l'Échelle de coma de Glasgow et une durée de coma inférieure à 6 heures; sévère si les sujets avaient un score inférieur à 8 à l'Échelle de coma de Glasgow et une durée de coma de 6 heures ou plus (Jennett & Teasdale, 1981). Les sujets doivent être âgés de 16 à 60 ans.

4.5 Critères d'exclusion à l'étude

Selon les informations consignées dans les dossiers médicaux, les critères d'exclusion à cette étude sont les suivants: avoir subi un dommage cérébral antérieur à l'accident initial ou présenter une pathologie pouvant affecter les tissus cérébraux ou encore présenter des antécédents psychiatriques d'ordre psychotique.

4.6 Instruments de mesure

Les instruments de mesure utilisés pour évaluer les situations de handicap sont: le Profil des AVO, partie questionnaire s'adressant au sujet et portant sur la question 4 (Dutil et al., 1990); l'Handicapomètre, partie questionnaire-situations et habitudes de vie (handicaps), les actes de vie courante (tâches 1 à 16) (Hamonet, 1990), déjà décrits au chapitre II.

Une correspondance entre les tâches mesurées par chaque instrument de mesure a été faite (voir tableau 4), ainsi qu'une transformation des échelles de cotations en différents scénarios pour comparer les résultants obtenus à l'aide des deux instruments de mesure (voir tableau 5).

4.7 Devis de l'étude

Les recueils des données ont été effectués sous forme d'entrevues semi-structurées dont la durée était d'une heure 30 minutes pour le Profil des AVQ et 20 minutes pour l'Handicapomètre pendant les heures de thérapie des sujets. L'administration des entrevues a été faite selon un ordre préétabli. Trente minutes séparaient les deux évaluations.

4.8 Analyse de données

Étant en face de deux instruments avec échelles ordinales et niveaux de cotations différents, nous avons choisi les tests statistiques suivants: le coefficient tau c (tc) de Kendall pour les tableaux rectangulaires ($r \times c$) et le coefficient tau b (tb) de Kendall pour les tableaux carrés (2×2). Ces coefficients ont été développés par Kendall & Sundrum en 1953. Ils sont utilisés dans des cas où l'effectif d'échantillon est petit ($n < 30$) et sont appropriés aux données ordinales. Les principes de ces coefficients sont fonctions des paires concordantes (c) et discordantes (d). Au lieu d'imposer des scores arbitraires aux niveaux des variables ordinales, on utilise l'information d'ordre dans les tableaux en considérant toutes les paires de cas possibles (Nie, Hadlai Hull, Jenkins, Steinbrenner & Bent, 1975; Daniel, 1991; Bulle, 1990).

Les données ont été compilées et analysées au moyen du logiciel Statistical Package for Social Sciences (SPSS) version 6.1 pour Windows (Norusis, 1994). Trois types de scénario regroupant les échelles de cotation pour chaque tâche du Profil des AVQ et l'Handicapomètre ont été

analysés dans le but de trouver une correspondance expliquant le concept de situation de handicap comme étant des difficultés à réaliser une tâche dans une situation donnée.

L'interprétation des résultats se fonde sur l'échelle de Landis & Koch (1977) pour apprécier l'association entre les données catégorielles. Également, nous apprécierons l'association entre le Profil des AVO et l'Handicapomètre en tenant compte des pourcentages d'accord entre ces deux instruments de mesure.

En ce qui concerne les associations, elles sont considérées comme pauvres si elles sont < 0 , faibles si elles sont situées entre $0,00 - 0,20$, acceptables entre $0,21 - 0,40$, modérées entre $0,41 - 0,60$, très bonnes entre $0,61 - 0,80$ et presque parfaites entre $0,81 - 1,00$. D'autre part, les pourcentages d'accord sont faibles s'ils sont inférieurs à 50% et bons s'ils sont supérieurs à 50%.

Tableau 3

Caractéristiques socio-démographiques et cliniques des sujets (n= 20)

	n	%	x ± E.T.
<u>Sexe</u>			
Hommes	14	70	
Femmes	6	30	
<u>Tranches d'âges</u>			
16 à 30 ans	11	60	33.75 ± 10.91
30 à 35 ans	3	15	
35 à 45 ans	2	10	
45 à 50 ans	1	5	
50 à 55 ans	2	10	
55 à 60 ans	1	5	
<u>Statut matrimonial</u>			
Marié(e)	6	30	
Divorcé(e)	4	20	
Célibataire	8	40	
Veuf(ve)	2	10	
<u>Statut professionnel</u>			
Ouvrier	6	30	
Contremaître	2	10	
Cadre	2	10	
Chômeur	8	40	
Étudiant	2	10	
<u>Niveau d'études</u>			
Primaire	10	45	
Secondaire	4	20	
Collégial	3	15	
Universitaire	3	15	
<u>Gravité du traumatisme</u>			
Modéré	5	25	
Sévère	8	40	
*	7	35	
<u>État de conscience</u>			
Score à l'échelle de coma de Glasgow			9.00 ± 2.70
Durée de coma (jrs)			10.50 ± 12.0
<u>Durée post-traumatique</u>			
1 mois	1	5	
6 mois	7	35	
1 an	8	45	
2 ans +	4	20	

* Données manquantes

Tableau 4
Correspondance entre les tâches reliées aux deux instruments de
mesure : le Profil des AVQ et l'Handicapomètre

Tâches	I. Profil des AVQ (Question 4)	Tâches	II. Handicapomètre
1.	Faire sa toilette au lit/lavabo/ douche/bain	1.	Faire sa toilette
2.	Prendre soin de son apparence/ cheveux/dents/aiselle/barbe	2.	Faire sa toilette
3.	S'acquitter de l'hygiène excrétrice	3.	Aller aux toilettes
4.	Mettre ses vêtements et chaussures	4.	S'habiller et se déshab..
5.	Mettre/Enlever ses vêtements d'extérieur	5.	S'habiller et se déshabiller
6.	Prendre un repas	6.	Manger et boire
7.	Respecter sa diète/Prendre sa médication	7.	Prendre des médicaments (appliquer la prescription)
8.	Assurer sa sécurité en situation d'urgence	8.	Appeler en cas de détresse
9.	Préparer un repas léger	9.	Vaquer à des occupations ménagères (cuisine, ménage)
10.	Préparer un repas chaud	10.	Vaquer à des occ. ménagères
11.	Faire l'entretien quotidien	11.	Vaquer à des occ. ménagères
12.	Faire le ménage hebdomadaire	12.	Vaquer à des occ. ménagères
13.	Faire les petits travaux d'entretien à l'extérieur	13.	Vaquer à des occ. ménagères
14.	Entretenir les vêtements	14.	Vaquer à des occ. ménagères
15.	Se déplacer à l'extérieur	15.	Sortir et entrer dans son logement
16.	Utiliser un transport en commun régulier	16.	Utiliser un moyen de transport
17.	Conduire une voiture	17.	Utiliser un moyen de transport
18.	Faire des courses	18.	Faire ses courses
19.	Téléphoner pour une information	19.	Téléphoner
20.	Payer un compte chèque	20.	Écrire
21.	Faire un budget	21.	Gérer un budget

Tableau 5

Transformations des échelles de cotations entre deux instruments
de mesure: le Profil des AVQ et l'Handicapomètre

Scénario I			
<u>Profil des AVQ</u>		<u>Handicapomètre</u>	
Dépendance	0	Impossible	0
Assistance verbale/physique	1	Difficulté importante	1
Indépendance avec difficulté	2	Difficulté moyenne	2
Indépendance sans difficulté	3	Difficulté minime	3
		Pas de difficulté	4
Scénario II			
<u>Profil des AVQ</u>		<u>Handicapomètre</u>	
Dépendance/assistance verbale/ physique	0,1	Impossibilité/ difficulté importante	0,1
Indépendance avec difficulté/ sans difficulté	2,3	Difficulté moyenne/ minime / pas de difficulté	2,3,4
Scénario III			
<u>Profil des AVQ</u>		<u>Handicapomètre</u>	
Dépendance/assistance verbale/ physique	0,1	Impossibilité/difficul- té importante/moyenne	0,1,2
Indépendance avec difficulté/ sans difficulté	2,3	Difficulté minime/pas de difficulté	3,4

Chapitre V: Résultats

Les résultats de cette étude sont présentés pour les 23 paires des tâches entre le Profil des AVQ et l'Handicapomètre selon les dimensions soins personnels, domiciliaire et communautaire. On note aux tableaux 6, 7 et 8, les valeurs de coefficient Kendall (tb) et (tc) respectives à ces paires des tâches en fonction des différents scénarios de cotation. Tandis que le tableau 9 renseigne sur le pourcentage d'accord entre le Profil des AVQ et l'Handicapomètre.

5.1 Niveaux d'association entre deux instruments de mesure: le Profil des AVQ et l'Handicapomètre

5.1.1 Environnement soins personnels

Au tableau 6, l'environnement soins personnels est composé des tâches 1 à 8. Il est observé au scénario I que 3 paires de tâches: 3, 7 et 8 (S'acquitter de l'hygiène excrétrice / Aller aux toilettes. Respecter sa diète / Prendre des médicaments. Assurer sa sécurité en situation d'urgence / Appeler en cas de détresse) présentent une association "pauvre" et "négative" par manque de variance à cause des données qui se sont concentrées dans une même colonne dans les tableaux des contingences.

Quatre paires de tâches: 1, 2, 5 et 6 (Faire la toilette au lit / lavabo / douche / Faire sa toilette. Prendre soin de son apparence / Faire sa toilette. Mettre / enlever ses vêtements d'extérieur / Se déplacer à l'extérieur. Prendre un repas / Manger et boire) présentent

une association "faible", et seulement une paire de tâches 4 (Mettre ses vêtements / S'habiller et se déshabiller) présente une association "acceptable". Cependant, aucune association "modérée", "très bonne" ou "presque parfaite" n'a été observée.

Les scénarios II et III révèlent chacun quatre paires de tâches: 1, 2, 3 et 8 (Faire la toilette au lit /lavabo / douche / Faire sa toilette. Prendre soin de son apparence / Faire sa toilette. S'acquitter de l'hygiène excrétrice / Aller aux toilettes. Assurer sa sécurité en situation d'urgence / Appeler en cas de détresse) où il n'y a pas de variabilité de données. Cependant au scénario II, on observe deux paires de tâches, 6 et 7 (Prendre un repas / Manger et boire. Respecter sa diète / Prendre des médicaments) qui présentent une association "pauvre" et "négative" par manque de variance à cause des données qui se sont concentrées dans une même colonne dans les tableaux de contingence. Deux tâches, 4 et 5 (Mettre ses vêtements / S'habiller et se déshabiller. Mettre / enlever ses vêtements d'extérieur / Se déplacer à l'extérieur) présentent une "très bonne association", tandis qu'aucune association "acceptable", "modérée" ou "presque parfaite" n'a été observée.

Au scénario III, on observe presque les patrons de réponses similaires comparativement au scénario II. Cependant, la tâche 4 (Mettre ses vêtements / S'habiller et se déshabiller) présente une "très bonne" association comparativement aux autres tâches quel que soit le scénario envisagé. De même la tâche 5 (Mettre / enlever ses vêtements

d'extérieur / Se déplacer à l'extérieur) présente aux scénarios II et III une association "très bonne" comparativement à l'association "faible" observée au scénario 1.

5.1.2 Environnement domiciliaire

Le tableau 7 comprend les tâches 9 à 14 qui comportent l'environnement domiciliaire. Il est observé au scénario I, que la paire de tâches 13 (Faire les petits travaux d'entretien / Vaquer à des occupations ménagères) présente une association "pauvre" et "négative" par manque de variance à cause des données qui se sont concentrées dans une même colonne dans les tableaux de contingence.

Trois paires de tâches dont 10, 11 et 14 (Préparer un repas chaud / Vaquer à des occupations ménagères. Faire l'entretien quotidien / Vaquer à des occupations ménagères. Entretien des vêtements / Vaquer à des occupations ménagères) présentent une association "faible", et deux autres paires de tâches, 9 et 12 (Préparer un repas léger / Vaquer à des occupations ménagères. Faire le ménage hebdomadaire / Vaquer à des occupations ménagères) présentent une association "acceptable". Cependant aucune association "pauvre" et "négative", "modérée", "très bonne" ou "presque parfaite" n'est observée.

Au scénario II, seule la paire de tâches 9 (Préparer un repas léger / Vaquer à des occupations ménagères) présente une association "pauvre" et "négative" par manque de variance à cause des données qui se sont concentrées dans une même colonne dans les tableaux de

contingence. Cependant, 4 paires de tâches: 10, 11, 13 et 14 (Préparer un repas chaud / Vaquer à des occupations ménagères. Faire l'entretien quotidien / Vaquer à des occupations ménagères. Entretenir les vêtements / Vaquer à des occupations ménagères) présentent une association "faible". La paire de tâches 12 (Faire le ménage hebdomadaire / Vaquer à des occupations ménagères) présente une association "acceptable". Comme dans le précédent scénario, aucune association "modérée", "très bonne" ou "presque parfaite" n'est observée.

Selon le scénario III, 2 paires de tâches, 10 et 11 (Préparer un repas chaud / Vaquer à des occupations ménagères / Faire l'entretien quotidien / Vaquer à des occupations ménagères) présentent une association "pauvre". Trois paires de tâches dont 9, 13 et 14 (Préparer un repas léger / Vaquer à des occupations ménagères. Faire les petits travaux d'entretien / Vaquer à des occupations ménagères. Entretenir les vêtements / Vaquer à des occupations ménagères) présentent une association "faible" tandis que la paire de tâches 12 (Faire le ménage hebdomadaire / Vaquer à des occupations ménagères) présente une association "acceptable" comparativement aux autres paires de tâches quel que soit le scénario.

5.1.3 Environnement communautaire

Au tableau 8, l'environnement communautaire est composé des tâches 15 à 23. Il est observé au scénario I que 6 paires de tâches: 15, 16, 17, 21, 22 et 23 (Se déplacer à l'extérieur / Vaquer à des occupations ménagères. Se déplacer à l'extérieur / Sortir et entrer

dans le logement. Se déplacer à l'extérieur / Faire ses courses. Téléphoner pour une information / Téléphoner. Payer un compte chèque / Écrire. Faire un budget / Gérer son budget) présentent une association "faible", deux paires de tâches 18 et 19 (Utiliser un transport en commun régulier / Utiliser un moyen de transport. Conduire une voiture / Utiliser un moyen de transport) présentent une association "acceptable", la paire de tâches 20 (Faire des courses / Faire ses courses) présente une association "modérée". Aucune association "pauvre", "très bonne" ou "presque parfaite" n'a été observée.

Le scénario II démontre 3 paires de tâches: 15, 16 et 18 (Se déplacer à l'extérieur / Vaquer à ses occupations ménagères. Se déplacer à l'extérieur / Sortir et entrer dans le logement. Utiliser un transport en commun / Utiliser un moyen de transport) présentent une association "pauvre", trois autres paires de tâches 17, 19 et 23 (Se déplacer à l'extérieur / Sortir et entrer dans le logement. Conduire une voiture / Utiliser un moyen de transport. Faire un budget / Gérer son budget) présentent une association "faible" avec un coefficient Kendall (tb) semblable. Seule la paire de tâches 20 (Faire des courses / Faire ses courses) présente une association "modérée". Cependant, aucune association "acceptable", "très bonne" ou "presque parfaite" n'a été observée.

Au scénario III, il est observé également 3 paires de tâches: 15, 16 et 18 (Se déplacer à l'extérieur / Vaquer à ses occupations ménagères. Se déplacer à l'extérieur / Sortir et entrer dans le

logement. Utiliser un transport en commun régulier / Utiliser un moyen de transport) avec une association "faible", 2 paires de tâches, 17 et 19 (Se déplacer à l'extérieur / Faire ses courses. Conduire une voiture / Utiliser un moyen de transport) avec une association "acceptable". La paire de tâche 20 (Faire des courses / Faire ses courses) présente une association modérée comparativement aux autres paires de tâches quel que soit le scénario.

Dans l'ensemble, ces résultats démontrent des patrons d'association fluctuant entre le Profil des AVQ et l'Handicapomètre. Cependant, les coefficients Kendall (tb) et (tc) se situent majoritairement dans la catégorie "faible", soit 66%, et dans la catégorie "acceptable", soit 20%, 5% dans la catégorie "modérée" et 5% dans la catégorie "pauvre" réparties dans chaque environnement. Seulement 4% des résultats se retrouvent dans la catégorie "très bonne" et sont particulièrement dans les scénarios II et III et appartiennent à l'environnement soins personnels.

Les paires de tâches présentant une association "pauvre" sont également associées négativement et se retrouvent presque dans tous les scénarios quel que soit l'environnement envisagé (soins personnels, domiciliaire et communautaire).

5.2 Pourcentages d'accord entre le Profil des AVQ et l'Handicapomètre

Le tableau 9 nous renseigne sur les pourcentages d'accord entre le Profil des AVQ et l'Handicapomètre. Au scénario I, nous n'avons pas

calculé les pourcentages d'accord à cause des tableaux de contingence rectangulaires (R X C). Au scénario II, sur l'ensemble de 23 paires de tâches, seulement trois dont 9, 13 et 23 (Préparer un repas léger / Vaquer à des occupations ménagères. Se déplacer à l'extérieur / Vaquer à des occupations ménagères. Faire un budget / Gérer son budget) présentent des pourcentages d'accord inférieurs à 50% et sont réparties dans l'environnement soins personnels, domiciliaire et communautaire.

Trois autres paires de tâches dont 13, 18 et 19 (Faire les petits travaux d'entretien / Vaquer à des occupations ménagères. Utiliser un transport en commun régulier / Utiliser un moyen de transport et Conduire une voiture / Utiliser un moyen de transport) présentent des pourcentages d'accord égaux à 50% et sont réparties seulement dans l'environnement domiciliaire et communautaire. Tandis que 17 paires de tâches dont 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 10, 11, 12, 14, 16, 17, 20, 21, et 22 présentent des pourcentages d'accord supérieurs à 50% et sont réparties dans l'environnement soins personnels, domiciliaire et communautaire.

De même au scénario III, sur l'ensemble de 23 paires de tâches, 7 paires de tâches dont 7, 9, 10, 11, 15, 17 et 23 (Respecter sa diète / Prendre des médicaments, Préparer un repas léger. Vaquer à des occupations ménagères. Préparer un repas chaud. Faire l'entretien quotidien / Vaquer à des occupations ménagères. Se déplacer à l'extérieur / Faire des courses / Faire un budget / Gérer son budget), des pourcentages d'accord inférieurs à 50% ont été observés et se

répartissent dans l'environnement soins personnels, domiciliaire et communautaire. Seulement 2 paires de tâches dont 13 et 18 (Faire les petits travaux d'entretien / Vaquer à des occupations ménagères, Utiliser un transport en commun régulier / Utiliser un transport en commun) présentent des pourcentages d'accord égaux à 50% et se répartissent dans l'environnement domiciliaire et communautaire. 14 paires de tâches, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 12, 14, 16, 19, 20, 21 et 22, présentent des pourcentages d'accord supérieurs à 40% et sont réparties dans les trois environnements.

L'environnement soins personnels présente au scénario II des pourcentages d'accord plus élevés variant de 54% à 95%. Cependant, ces pourcentages d'accord sont fluctuants dans l'environnement domiciliaire et communautaire et varient de 44% à 64% et 46% à 94%. Pour le scénario III, l'environnement soins personnels fait état de pourcentages d'accord variant de 27% à 95%. Contrairement à ce qui a été observé au scénario précédent, seule la tâche 7 (Respecter sa diète / Prendre des médicaments) présente un pourcentage d'accord très inférieur (27%) par rapport aux autres tâches quel que soit l'environnement. Les pourcentages d'accord les plus faibles se retrouvent dans l'environnement domiciliaire et se situent de 41% à 64% et sont presque semblables à ceux observés au scénario II qui varient de 44% à 64%.

De même, l'environnement communautaire fait état de pourcentages d'accord variant de 35% à 89%, comparativement au scénario II, ces pourcentages d'accord sont encore faibles et varient de 47% à 94%. Dans

l'ensemble, des pourcentages d'accord fluctuant d'un environnement à l'autre quel que soit le scénario envisagé sont notés.

De façon générale, pour l'ensemble des environnements (soins personnels, domiciliaire et communautaire) les pourcentages d'accord entre le Profil des AVO et l'Handicapomètre sont plus élevés pour les trois scénarios envisagés contrairement aux associations, "pauvres", "faibles" "modérées" et "acceptables" obtenues avec les statistiques Kendall (tb) et (tc).

Tableau 6

Mesures d'association entre le Profil des AVQ et l'Handicapomètre
(coefficient de Kendall tau b (tb) et Kendall tau c (tc))

S O I N S P E R S O N N E L S

Tâches	Scén. I (tc)	Scén. II (tb)	Scén. III (tb)
1. Faire la toilette au lit/ lavabo, douche/ Faire sa toilette.	.06	-	-
2. Prendre soins de son apparence/ Faire sa toilette.	.19	-	-
3. S'acquitter de l'hygiène excrétri- ce/ Aller aux toilettes.	-.01	-	-
4. Mettre ses vête- ments/ S'habiller et se déshabiller.	.39	.68	.68
5. Mettre/enlever ses vêtements d'exté- rieur/se déplacer à l'extérieur.	.17	.68	.68
6. Prendre un repas/ Manger et boire.	.10	-.07	-.07
7. Respecter sa diète/ Prendre des médicaments.	-.09	-.28	-.51
8. Assurer sa sécurité en situation d'urgence/ Appeler en cas de détresse.	-.26	-	-

Tableau 7

Mesures d'association entre le Profil des AVQ et l'Handicapomètre
(coefficient de Kendall tau b (tb) et Kendall tau c (tc))

D O M I C I L I A I R E

Tâches	Scén. I (tc)	Scén. II (tb)	Scén. III (tb)
9. Préparer un repas léger/ Vaquer à des occupations ménagères (cuisine, ménage).	.30	-.24	.19
10. Préparer un repas chaud/ Vaquer à des occupations ménagères (cuisine, ménage).	.15	.18	-.04
11. Faire l'entretien quotidien/ Vaquer à des occupations ménagères (cuisine, ménage).	.19	.03	-.09
12. Faire le ménage hebdomadaire/ Vaquer à des occupations ménagères (cuisine, ménage).	.35	.29	.30
13. Faire les petits travaux d'entretien/ Vaquer à des occupations ménagères (cuisine, ménage).	-.12	.00	.00
14. Entretien des vêtements/ Vaquer à des occupations ménagères (cuisine, ménage).	.15	.09	.16

Tableau 8

Mesures d'association entre le Profil des AVQ et l'Handicapomètre
(coefficient de Kendall tau b (tb) et Kendall tau c (tc))

C O M M U N A U T A I R E

Tâches	Scén. I (tc)	Scén. II (tb)	Scén. III (tb)
15. Se déplacer à l'extérieur/ Vaquer à ses occupations ménagères (cuisine, ménage).	.12	-.02	-.11
16. Se déplacer à l'extérieur/ Sortir et entrer dans le logement.	.08	-.16	-.23
17. Se déplacer à l'extérieur/ Faire ses courses.	.15	.08	.27
18. Utiliser un transport en commun régulier/ Utiliser un moyen de transport.	.21	-.10	-.10
19. Conduire une voiture/ Utiliser un moyen de transport	.26	.08	.25
20. Faire des courses/ Faire ses courses.	.46	.57	.50
21. Téléphoner pour une information/ Téléphoner.	.06	-	-
22. Payer un compte chèque/ Écrire.	.18	-	-
23. Faire un budget/ Gérer un budget.	.19	.08	-

Tableau 9
Pourcentages d'accord entre le Profil des AVQ et l'Handicapomètre

S O I N S P E R S O N N E L S - D O M I C I L I A I R E - C O M M U N A U T A I R E

Tâches	Scén. I % d'accord	Scén. II % d'accord	Scén. III % d'accord
1	-	90	90
2	-	85	85
3	-	94	94
4	-	95	95
5	-	94	94
6	-	85	85
7	-	54	27
8	-	84	84
9	-	44	44
10	-	60	46
11	-	52	41
12	-	64	64
13	-	50	50
14	-	56	56
15	-	47	35
16	-	70	58
17	-	60	46
18	-	50	50
19	-	50	60
20	-	80	66
21	-	94	89
22	-	85	85
23	-	46	46

N.B. - signifie que les % d'accord ne sont pas calculés au scénario I à cause des tableaux de contingence rectangulaires (R X C).

Chapitre VI: Discussion

Les résultats de cette étude indiquent qu'une association (pauvre - faible - acceptable - modérée - très bonne) ainsi qu'un patron de pourcentages d'accord différents existent pour certaines tâches entre le Profil des AVO - Questionnaire et l'Handicapomètre selon les trois scénarios envisagés quel que soit l'environnement (soins personnels - domiciliaire - communautaire). Nous avons obtenu des associations plus élevées selon le scénario II, de même que pour les pourcentages d'accord qui sont différents.

Les paires de tâches qui sont associées ou en accord entre elles mesurent peut-être le même concept "situations de handicap". Toutefois, comme un grand nombre de tâches ne sont pas associées ou en accord entre elles, plusieurs facteurs peuvent être reliés à ces résultats, dont entre autres:

6.1 Les facteurs reliés au concept de situations de handicap

Le concept de situations de handicap est nouveau dans le milieu de la réadaptation. La faible association et les pourcentages d'accord entre les résultats obtenus à l'aide des deux instruments, observée dans cette étude pourraient être due à la difficulté d'intégrer le concept de situation de handicap de la part des évaluateurs. Multidimensionnel, il est difficile à définir et à mesurer, les paramètres distinguant l'assistance et l'indépendance sont parfois confondus, ce qui peut

entraîner des difficultés dans la cotation parce qu'ils ne fournissent pas les indications qui permettent de voir le fonctionnement de la personne dans une tâche donnée ou encore dans l'accomplissement de ses rôles sociaux.

Les échelles de cotations ordinales ont été construites de façon à mesurer les situations de handicap et sont basées sur la dépendance, l'assistance (physique/verbale), l'indépendance pour le Profil des AVQ et les difficultés ou impossibilités (minimes, moyennes, importantes) pour l'Handicapomètre. Mais dans cette étude, nous avons confronté les échelles de cotation entre les deux instruments de mesure pour nous conformer à la définition opérationnelle du concept de situations de handicap, ce qui crée un paradoxe lorsqu'on applique ces échelles. Par exemple, la personne TCE qui utilise une aide technique pour réaliser une tâche serait cotée deux (2) avec l'Handicapomètre, tandis qu'elle sera indépendante trois (3) avec le Profil des AVQ. L'aide technique peut aider le sujet à réaliser une tâche donc il n'y a pas de situation de handicap et pourquoi la pénaliser dans la cotation.

Ce qui n'est pas loin des idées émises par Minaire et al. (1981), que le handicap n'est pas une constante, mais une variable à la fois dans l'espace et dans le temps, en ajoutant les facteurs motivationnels et les stratégies de compensation que la personne peut utiliser pour solutionner ou non une situation de handicap. Cette perte d'information a pu basculer nos résultats dans un sens ou dans un autre. L'utilisation d'échelles à trois niveaux limite l'information qui peut être recueil-

lie, ce qui peut expliquer les résultats faiblement associés et les pourcentages d'accord obtenus dans cette étude.

Selon le modèle conceptuel du processus de production des handicaps (Fougeyrollas et al., 1991), le concept de situations de handicap est expliqué par un ensemble des variables (déficiences - incapacités - facteurs environnementaux) qui interagissent. Ce qui est différent avec la définition opérationnelle qui considère les situations de handicap comme des perturbations dans la réalisation des habitudes de vie de la personne. Cette vision différenciée entre le conceptuel et l'opérationnel a pu introduire des différences dans les cotations selon les évaluateurs ce qui peut expliquer les résultats faiblement associés obtenus dans cette étude.

6.2 Les facteurs d'ordre méthodologique

6.2.1 Population à l'étude. Bien que les sujets avec un traumatisme cranio-encéphalique ayant participé à l'étude présentaient des atteintes de gravité modérée et sévère (Jennett et Teasdale, 1981) et qu'ils étaient à différentes étapes de leur processus de réadaptation (allant de aigu à la réadaptation professionnelle), la variabilité des scores obtenus aux deux tests étaient peu marqué pour un grand nombre de tâches. Ces absence de variabilité pourrait expliquer, en partie, les faibles niveaux d'association observés dans la présente étude.

6.2.2 Administration des tests. Trois évaluatrices ont collaboré à l'administration du Profil des AVQ et un seul évaluateur

pour l'Handicapomètre. Les évaluatrices pour le Profil des AVQ étaient des ergothérapeutes travaillant en milieu de réadaptation, majoritairement avec des personnes TCE. Par contre, l'évaluateur pour l'Handicapomètre était un physiothérapeute travaillant en pratique privée et n'ayant pas d'expérience avec cette clientèle. Ces formations et expériences différentes constituent un biais pouvant influencer les scores obtenus.

Selon le protocole, l'ordre préétabli pour l'administration des tests n'était pas respecté compte tenu des rotations des évaluatrices selon les centres. Les tests ont été administrés l'un après l'autre, donc pas de répit dans les milieux hospitaliers ne plaçant pas la personne TCE dans son environnement de vie naturel.

Le Profil des AVQ a été seulement administré au sujet et non à la personne significative (parent, époux(se)), vivant avec la personne TCE. Ainsi, il n'a pas été possible de confronter les réponses du sujet et de la personne significative pour coter l'importance des difficultés éprouvées et leurs conséquences sur la réalisation des AVQ. Ceci est important étant donné que la personne présentant un traumatisme cranio-encéphalique peut éprouver des difficultés à évaluer de façon objective ses capacités de réaliser une tâche (Prigatano et al., 1990; Brooks, 1988).

6.2.3 Analyse des données. Le coefficient (tc) de Kendall pour les tableaux rectangulaires ($r \times c$) et le coefficient (tb) pour les

tableaux carrés (2 x 2) ont été utilisés. Ces tests sont basés sur l'approche non-paramétrique et ne supposent pas que les données aient une distribution normale (Bulle, 1990; Lang-Michaud, 1980). Ils sont applicables dans les situations où les tests paramétriques ne peuvent être utilisés, par exemple lorsque les variables ne sont mesurées que par des échelles ordinales comme c'est le cas dans notre étude. La substitution des données par des indicateurs (rang des observations) a entraîné la perte d'information. En plus, nous ne nous sommes pas reportés au score total, mais au score par paire des tâches pour apprécier l'association entre les deux instruments de mesure, ce qui a rendu nos résultats non cumulatifs (Lévesque, d'Amour, Lepage, Reidy, 1982). De même nous n'avons pas additionné le score fonctionnel et situationnel pour déterminer s'il y a ou pas situations de handicap.

Cependant, il a été démontré par Ottenbacher & Barrett (1990) et Bland & Altman (1986) que les Kendall (tb) et tc) sont des tests très conservateurs (c'est-à-dire que Alpha: puissance du test diminue pour un seuil de signification donné). En pratique, cela veut dire que l'on aura peu de chance d'avoir des résultats significatifs et associés, ce qui est le cas dans notre étude. Comme le souligne Wainapel, Hebert & Kayne (1985), ces tests statistiques sont rarement utilisés en réadaptation en faveur des tests paramétriques classiques.

Toutes ces lacunes méthodologiques ont pu entraîner des biais, ce qui expliquerait les résultats faiblement associés obtenus dans cette étude.

6.3 Les facteurs reliés aux tâches (variables mesurées)

6.3.1 Environnement soins personnels. Au tableau 6, selon le scénario I, les tâches 1, 2, 3, 5, 6 et 7 présentent une association "faible". La cotation de ces tâches est plus difficile compte tenu de la description et du contenu des éléments-clés qui sont différents selon les instruments de mesure utilisés et les contextes culturels. Par exemple, la tâche 1 (Faire sa toilette) dans le Profil des AVQ comporte des sous-tâches (au lit/lavabo/douche) avec des degrés de difficultés différents, tandis que la même tâche dans l'Handicapomètre est définie de façon générale. Selon le protocole, les évaluateurs doivent octroyer une cote en fonction de ces difficultés pour le Profil des AVQ, tandis que pour l'Handicapomètre, l'évaluateur semble se laisser influencer seulement par la réalisation générale de la tâche.

Ce qui fait par exemple que pour cette tâche (Faire sa toilette au lit/lavabo/douche avec Faire sa toilette), 5 sujets ont scoré (difficultés minimales et 15 sujets pas de difficultés) avec l'Handicapomètre, tandis qu'avec le Profil des AVQ, 2 sujets ont scoré (assistance verbale/physique), 4 sujets (indépendance avec difficultés) et 14 sujets ont scoré (indépendance sans difficulté).

Les tâches 3, 7 et 8 présentent une association faible mais négative qui pourrait s'expliquer par manque de variance et par la difficulté à évaluer ces tâches de la part des sujets et des évaluateurs. Par exemple, la tâche 3 (S'acquiescer de l'hygiène excrétrice/Aller aux toilettes) est pour les sujets une tâche très

intime touchant les valeurs personnelles lors de sa réalisation, comme par exemple tous les gestes d'élimination des urines et/ou des matières fécales dans les lieux prévus pour cela, défaire ses vêtements, s'installer sur un siège, s'en relever, s'essuyer. Mais le fait de se voir questionner sur sa pratique a pu entraîner une gêne, dont il était difficile d'avoir une réponse sincère et objective et dépendant aussi de l'évaluateur (homme/femme).

Du côté des évaluateurs, certains ont extrapolé les cotations en fonction de ce que peut répondre le sujet. Ainsi, plutôt que de pénaliser un sujet selon les difficultés techniques à réaliser cette tâche, comme par exemple (oublier l'étape de s'essuyer après être allé à la selle) ils ont tendance à donner une cote générale. Pour cette tâche, un seul sujet a scoré (difficulté minime et 19 sujets ont scoré (pas de difficulté) avec l'Handicapomètre le même schème de cote générale est aussi observé pour le Profil des AVQ. La variabilité dans la pratique quotidienne de cette tâche étant différente selon la phase de réadaptation et la gravité initiale du traumatisme, cela a pu aussi introduire des biais, ce qui peut expliquer des résultats négatifs et faiblement associés obtenus dans cette étude.

La tâche 4 (Mettre ses vêtements/S'habiller et se déshabiller) présente une association "acceptable" parce que le protocole du Profil des AVQ est plus proche de l'Handicapomètre, et il y a une certaine homogénéité dans la description de ces tâches, d'où une association "acceptable" qui pourrait aussi s'expliquer selon Hamonet (1990) par

l'importance culturelle que les sujets accordent à cette tâche qui joue un rôle dans la représentation sociale de l'individu.

Les tâches 1, 2, 4, 6 et 7 présentent un patron d'association fluctuant de "faible" à "modérée". Cette fluctuation pourrait s'expliquer par le fait que ces tâches sont beaucoup plus sensibles aux valeurs et habitudes de vie individuelles, et les opérations dans la manière d'agir ne sont pas suffisamment décrites et discriminantes dans le protocole de même que les réponses données par les sujets ne correspondent pas pour eux à l'attribut mesuré.

Aux scénarios II et III, on note beaucoup de cellules vides concernant les tâches 1, 2, 3, et 8, les coefficients Kendall (τ_b) n'ont pas été calculés par manque de variance parce que les données se sont concentrées dans une même colonne. Certains sujets ne réalisent pas ces tâches au moment précis de leur réadaptation parce que ne faisant pas partie de leurs habitudes de vie et beaucoup étaient des sujets masculins. Cela a pu nuire à l'analyse des données, car nous n'avons pas utilisé l'information qu'on savait de l'ensemble des items pour estimer les réponses ou soit encore attribuer aux sujets qui avaient les données manquantes, les moyennes de leur performance sur les autres items.

Les tâches 6 et 7 présentent une association faible mais négative qui pourrait s'expliquer pour les raisons évoquées précédemment dans le scénario I. Ces tâches étant monotoniques par rapport au construit

mesuré et les sujets ne sont pas capables de mieux discriminer les réponses. Toutefois, des pourcentages d'accord moins élevés pour la tâche 7 au scénario III comparativement aux résultats faiblement obtenus avec le coefficient Kendall (tb) pourraient aussi s'expliquer par manque de variance.

On note cependant aux scénarios II et III un patron d'association semblable pour les tâches 4 et 5 se situant dans la catégorie "très bonne" de même qu'un patron de pourcentages d'accord semblable se situant entre 94% à 95%. Cela pourrait s'expliquer par le fait que ces tâches présentent un même degré de difficulté dans la cotation et les deux instruments détectent les mêmes types de changement.

Dans l'ensemble de l'environnement soins personnels, les résultats présentés sont en contradiction avec les réflexions élaborées par Hamonet & Bégué-Simon (1988) au sujet de l'évaluation des AVQ. Ces auteurs commentent la cotation de ces activités comme étant facile à étalonner et à codifier par le fait de leur normalité bien connue par l'évaluateur, étant donné qu'il s'agit d'un exercice quotidien pour lui-même. L'évaluation et la cotation des activités de la vie quotidienne n'apparaissent pas si simples. Cette difficulté peut être influencée par les cadres conceptuels sous-jacents aux deux instruments de mesure et par l'objectif de la dite évaluation et les valeurs culturelles accordées à la pratique quotidienne des AVQ. Les statistiques Kendall (tb) et (tc) qui sont négatives pourraient peut être s'expliquer par ce profil inverse entre les deux instruments.

Dans le cas de l'Handicapomètre, l'échelle de cotation permet de constater s'il existe ou non une difficulté à exécuter une tâche AVQ donnée (description de la tâche), mais elle ne permet pas de comprendre, comme dans le Profil des AVQ, tous les aspects de la problématique de la personne traumatisée cranio-encéphalique ni de la situer en fonction des AVQ. Cette échelle (Processus de résolution de problèmes) ne semble pas avoir été construite initialement dans le but d'élaborer un plan d'intervention, mais c'est un instrument de dépistage des conséquences des maladies ou traumatismes (Hamonet, 1990). Ne devrait-on pas plutôt se poser la question suivante: les tâches traditionnellement évaluées en ergothérapie obtiennent-elles un pourcentage d'accord plus élevé? Selon le tableau 9, les tâches (1, 2, 3, 5, 6 et 8) démontrent des pourcentages d'accord élevés (supérieurs à 50%) sauf pour la tâche 7 qui présente au scénario III un pourcentage d'accord de 27%.

Cela peu en effet s'expliquer par le fait que ce sont des tâches traditionnellement évaluées en ergothérapie, et donc mieux maîtrisées pour les ergothérapeutes autant au niveau contenu qu'à celui du mode d'évaluation (Rousseau et al., 1994).

6.3.2 Environnement domiciliaire. Au tableau 7, selon le scénario I, les tâches 9, 10, 11, 12 et 14 présentent un patron d'association allant de "faible" à "acceptable". Ceci pourrait s'expliquer par le fait que cet environnement comprend les activités typiquement réalisées au domicile qui font référence aux valeurs

individuelles et aux habitudes de vie antérieures tant pour les sujets que pour les évaluateurs.

La tâche 13 présente une association faible qui pourrait s'expliquer par le fait que seulement 4 sujets ont scoré (impossibilité/pas de difficultés avec l'Handicapomètre. Par exemple, dans le Profil des AVQ cette tâche est définie de façon générale (Faire le ménage hebdomadaire) tandis que dans l'Handicapomètre, elle est descriptive et inclut les occupations ménagères et domestiques (cuisine, ménage) qui font référence aux activités traditionnellement réservées aux femmes. Comme la majorité de nos sujets (14/20) étaient masculins, cela a pu introduire une différence dans la cotation selon les évaluateurs, ce qui expliquerait aussi cette association faible et négative.

Selon les scénarios II et III, des patrons d'association variant de "faible" à "acceptable", qui pourraient s'expliquer par des raisons déjà évoquées ci-dessus ont été observés. La tâche 13 (Faire les petits travaux d'entretien/Vaquer à des occupations ménagères (cuisine, ménage) présente des patrons d'association (nulle ou zéro) qui sont identiques pour les deux scénarios. Cela s'expliquerait par le fait que dans cette tâche, il y a eu le même nombre de sujets ayant un score identique pour les deux instruments de mesure, ce qui la différencie des autres tâches analysées dans l'environnement domiciliaire.

Cependant, au tableau 9 des pourcentages d'accord moins élevés

comparativement à l'environnement soins personnels (se situant entre 41% et 64%) sont observés à cause des échelles qui ne sont pas sensibles. Les tâches 9, 12, 13 et 14 présentent des pourcentages d'accord semblables entre les deux scénarios. Tandis que les tâches 10 et 11, présentent des pourcentages fluctuants inférieurs à 50% dans le scénario III. Cela pourrait également s'expliquer par le fait que ces tâches regroupent plusieurs tâches qui semblent être difficiles à coter, même si elles sont relativement bien décrites, et que la hiérarchisation des difficultés au niveau des échelles soient beaucoup plus sévères au niveau du scénario II qu'au niveau du scénario III. Dans ces types de tâches, certains évaluateurs semblent être plus sensibles aux jugements dans la réalisation qu'on soit femme ou homme et ont tendance à se référer aux habitudes de vie antérieures de la personne pour extrapoler son fonctionnement particulièrement pour E₂, E₃ et E₄ étant donné qu'ils ont administré toutes les questions du Profil des AVQ.

Les résultats concernant l'environnement domiciliaire obtenus dans notre étude corroborent avec les réflexions élaborées par Luria, (1973) et Joseph & Attal, (1993) selon lesquelles la personne TCE éprouve des difficultés à savoir comment se prendre pour réaliser certaines tâches dans les situations de vie non structurées comme par exemple, préparer un repas simple. De même que 60% des personnes TCE sévères vues 5 ans post-traumatisme présentent des difficultés pour entretenir une maison. Donc, plusieurs situations de handicap dans la réalisation des habitudes de vie.

6.3.3 Environnement communautaire. Au tableau 8, selon les scénarios I, les tâches 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22 et 23 présentent un patron d'association allant de "faible" à "modérée", et aucune association négative n'est notée par manque de variance. Les tâches 16 (Se déplacer à l'extérieur / Sortir et entrer dans le logement) et 21 (Téléphoner pour une information/Téléphoner) présentent les valeurs du coefficient Kendall (tb) les plus faibles et certains pourcentages d'accord élevés par manque de variance. Ces tâches ont des composantes physiques et intellectuelles. Cela peut s'expliquer par les difficultés qu'éprouve la personne TCE à marcher et se déplacer sur un terrain (Dornan, 1985), de même qu'un manque de structuration dans l'organisation de l'information dans toute opération mentale qui consiste à combiner deux ou plusieurs informations comme l'exigent le jugement, la pensée mathématique, l'initiative ou la créativité (Brooks, 1988).

Aux scénarios II et III, des patrons d'association fluctuant de "faible" à "modérée" avec 3 tâches associées négativement parmi lesquelles on retrouve les tâches 15, 16 et 18 sont observés. Cette association négative pourrait s'expliquer par manque de variance du fait de la modification des échelles de cotation à l'intérieur de ces scénarios et la manière de coter qui ne sont pas bien décrites et discriminantes dans le protocole.

Des données manquantes en ce qui concerne les tâches 21, 22 et

23 ont été notées, cela encore par manque de variance et les données se sont concentrées dans une colonne.

La tâche 20 (Faire des courses/Faire ses courses) présente des coefficients Kendall supérieurs aux autres tâches de l'environnement communautaire et se situe dans la catégorie "modérée" pour l'ensemble des trois scénarios. Cela pourrait s'expliquer par une certaine homogénéité dans la description de la tâche entre les deux instruments.

La tâche 19 (Conduire une voiture/Utiliser un moyen de transport) présente un patron d'association "faible", ce qui s'expliquerait par le fait que cette tâche implique les souvenirs de l'accident et certains sujets n'avaient même pas encore repris la conduite automobile au moment de nos évaluations.

De façon générale, pour l'ensemble des environnements (soins personnels, domiciliaire et communautaire) les pourcentages d'accord entre le Profil des AVQ et l'Handicapomètre sont plus élevés pour les trois scénarios envisagés contrairement aux associations faibles et modérées obtenues avec les statistiques Kendall t_c et t_b , cela par manque de variance.

Le Profil des AVQ a été conçu pour être administré dans le milieu de vie réel de la personne. Néanmoins, ceci n'exclut pas son utilisation en milieu institutionnel avec les deux modes d'évaluation

(mise en situation et questionnaire) pour déterminer s'il y a ou pas situations de handicap. Dans cette étude seulement la question 4 de la partie questionnaire a été utilisée en milieu institutionnel.

Toutefois, il ne faut pas avoir le "culte" de l'associativité, pour certaines tâches, il peut exister une association faible statistiquement mais qui ne recouvre en rien la signification fonctionnelle et clinique observée.

Conclusion

L'objectif de la présente étude était de comparer les résultats obtenus avec le Profil des AVQ - questionnaire et un autre instrument similaire soit l'Handicapomètre, dans le but de démontrer la validité de trait du Profil des AVQ. Plus spécifiquement, elle visait une meilleure compréhension du construit théorique mesuré (situations de handicap).

La comparaison de deux instruments de mesure dont il est question dans cette étude nous a semblé intéressante d'autant que nous avions à discuter des différentes approches entre ces deux instruments qui évaluent des situations de handicap. Ce type de confrontation présente un intérêt pragmatique en réadaptation qu'à la façon d'aborder ce concept qui est nouveau et de comprendre certaines problématiques, particulièrement celle de la personne traumatisée cranio-encéphalique. Il s'agit donc d'opérationnaliser le concept de situation de handicap et de structurer les instruments de mesure.

Les résultats permettent d'identifier que certaines paires de tâches sont difficiles à mesurer parce qu'elles touchent les valeurs individuelles, culturelles des sujets et comportent des sous-tâches ce qui rendraient la cotation difficile et confuse, de même que la stratégie utilisée dans la transformation des échelles de cotation pour nous conformer à la définition opérationnelle du concept et comparer nos résultats. Nous nous sommes reportés au score item / item et non au

score total (volet fonctionnel et situationnel) pour mesurer des situations de handicap.

Ce qui confère à cette étude des coefficients Kendall (tb) et (tc) fluctuant de (pauvre - faible - acceptable - modéré - très bon) et certains pourcentages d'accord différents entre les deux instruments selon les scénarios envisagés. Il se dégage aussi que certaines tâches parmi celles ayant les coefficients Kendall et les pourcentages d'accord élevés sont des tâches de l'environnement soins personnels traditionnellement évaluées par les ergothérapeutes et pratiquées quotidiennement par les sujets. Ce qui permet de penser qu'il y a une indication de la validité de construit entre les deux instruments de mesure concernant la partie "Activités de la vie quotidienne" et en particulier démontrer une validité de trait pour le Profil des AVQ.

Peu d'études se sont penchées sur les aspects théoriques du construit "situation de handicap". Les résultats de la présente étude illustre la complexité de ce construit multidimensionnel. De par sa nature, ce construit est difficile à objectiver si l'on considère que la situation de handicap est le résultat d'une interaction dynamique de la personne et de son environnement.

Il n'est pas exclu qu'une version améliorée du Profil des AVQ soit entreprise incluant les variables sociales, professionnelles, loisirs et éducation pour mieux se conformer à la nomenclature des habitudes de vie proposée par le CQCIDIH, de même mieux définir une

échelle de cotation uniforme du Profil des AVQ en fonction des différents scénarios proposés dans notre étude et de la définition opérationnelle du concept de situations de handicap. Il sera intéressant pour les travaux ultérieurs d'explorer de telles avenues de recherche et établir une nouvelle étude de validité de trait du Profil des AVQ. D'autres études de validité, telle la validité de critère seront nécessaires pour établir les qualités métrologiques du Profil des AVQ.

Références

- BEGUE-SIMON, A.M. (1988). Instruments de mesure utilisés en réadaptation. Revue internationale de recherche en réadaptation, 12 (3), 279-295.
- BEGUE-SIMON, A.M. (1986). Indicateur de situation. Revue santé mentale, 90, 27-30.
- BEGUE-SIMON, A.M. & HAMONET, C. (1989). Handiscope-Athéna-Outil de mesure et d'évaluation tridimensionnelle du handicap. Laboratoire de recherches appliquées à l'évaluation du handicap. Département de santé et société, Université Paris XII: France, 1-11.
- BENSON, J. & CLARK, F. (1982). A guide for instrument development and validation. American Journal of Occupational Therapy, 36, (12), 789-800.
- BLAND, J.M. & ALTMAN, D.G. (1986). Statistical methods for assessing agreement between two methods of clinical measurement. The Lancet, 307 - 310.
- BLOCH-LAINE (1957). Étude du problème général de l'inadaptation des personnes handicapées. Rapport au Premier ministre-Dokumentation française, p. 72.
- BOND, M.R. (1979). The stages of recovery from severe head injury with special reference to late outcome. International Rehabilitation Medicine, 1 (4), 155-159.
- BROOKS, D.N. (1988). Behavioural abnormalities in head injured patients. Scandinavian Journal of Rehabilitation Medicine, 17, 41-46.
- BRUET, T.L. & OVERS, R.P. (1962). A critical review of 12 ADL scales. Physical Therapy, 49 (8), 857-862.
- BRYDEN, J.S. (1987). La dimension européenne d'un fléau méconnu. Réadaptation, 355, (12).
- BULLE, T. (1990). Comparaison de populations - Tests non paramétriques et analyse de variance. Édition Masson, Paris, p. 115.
- CAMPBELL, D.T. (1960). Recommendation for APA test standards regarding construct, trait, or discriminant validity. American Psychologist, (15), 546-553.

- CAMPBELL, D.T. (1994). The social psychology of scientific validity: An epistemological perspective and a personalized history. In W.R. Shadish & S. Fuller (Eds.), *The social psychology of science* (pp. 124-161). New-York: Guilford Press.
- CARMINES, E.G. & ZELLER, R.A. (1990). Reliability and validity Assessment, (13th ed.) Newbury Park, CA: Sage Publications.
- CASTELAIN, P., NOOTS-VILLERS, P., BUXANT, P. & SPICHER, C. (1994). Création et expérimentation d'un outil d'évaluation systématique des patients cérébrolésés - ESOPE. Réseau international CIDIH, 7 (2), 2-26.
- CHAPIREAU, F. (1990). Le handicap impossible. Annales Médico-Psychologiques, 146 (2), 41-56.
- CHARRON, L., BISSON, A., DEMERS, G., GENOIS, J., BENOIT, N., DUBREUIL, N., BEDARD, A., CLOUTIER, R., FORCIER, P. & VIEL, A. (1992). Profil des victimes d'un traumatisme crânio-encéphalique à la suite d'un accident de route au Québec. Rapport de recherche, Société de l'assurance automobile du Québec, 3, 33-43.
- COHADON, F. & RICHER, E. (1983). Évolution et devenir des comas traumatiques graves. Neurochirurgie, 29, 305-325.
- COHADON, F., RICHER, E., REGLADE, C. & DARTIGUES, J.F. (1988). Recovery of motor function after severe traumatic coma. Scandinavian Journal of Rehabilitation Medicine, 17, 75-85.
- CONTANDIRIOPOLUS, A.P., CHAMPAGNE, F., POTVIN, L., DENIS, J.L. & BOYLE, P. (1990). Savoir préparer une recherche, la définir, la structurer, la financer. Les Presses de l'Université de Montréal, 195, 74-81.
- CORTHELL, D.W. & TOOMAN, M. (1985). Rehabilitation of traumatic brain injury. Report of research and Training Centre Stout vocational rehabilitation Institute. University of Wisconsin Stout, Menomonie, Wisconsin.
- COTE, J. (1991). Réflexions sur l'évolution historique de la notion de handicap. Réseau international CIDIH, 4, 3, 35-39.
- DANIEL, W.W. (1991). Biostatistics: A foundation for analysis in the health sciences. Fifth edition. Wiley series in probability and mathematical statistics - Applied.
- DARTIGUES, J.F., MAURETTE, P., MASSON, F., SALMI, R. & ERNY, P. (1993) Évolution à 5 ans d'une cohorte de traumatismes crâniens en Aquitaine. Données préliminaires. Revue Réadaptation, 398, 7-8.

- DORNAN, J. (1985). Les séquelles à long terme du traumatisme crânien: I. Médecine moderne du Canada, 40, 3.
- DUTIL, E. & FORGET, A. (1991). Profil des AVQ. Version 2.0. Montréal: Équipe du Projet Trauma et Société de l'assurance automobile du Québec. Document de travail.
- DUTIL, E., FORGET, A., VANIER, M. & GAUDREAU, C. (1990). Development of ADL Profile: An evaluation for adults with severe head injury. Occupational Therapy in Health Care, 7, 7-22.
- DUTIL, E., ROUSSEAU, J., LAMBERT, J., VANIER, M., AUGER, C., MARTEL, N. & LABELLE, J. (1994). Reliability of an activity of daily assessment (ADL Profile) used for traumatic brain injured (TBI) persons. Compte-rendu d'une conférence présentée au World Federation of Occupational Therapist, 11th International Congress, Londres.
- ELE CORE, D., MOYSAN, C., JOPPE, B., DORVAL, H.P., FRIAT, G. & LE BIGOT, P. (1994). Approche épidémiologique et itinéraire des traumatisés crâniens adultes dans le département du Finistère Annales de Réadaptation et de Médecine physique. 37, 335 - 347.
- FRYE, B. (1987). Head injury and the family: Related literature. Rehabilitation Nursing, 12 (3), 135-136.
- FOUGEYROLLAS, P. (1994). Interaction personne / Environnement. Des applications pour l'évolution individualisée et la planification des programmes. Réseau international CIDIH, 7, 2.
- FOUGEYROLLAS, P., NOREAU, L., DION, S.A., LEPAGE, C., SEVIGNY, M. & SAINT-MICHEL, G. (1995). La mesure des habitudes de vie. Réseau international CIDIH.
- FOUGEYROLLAS, P., NOREAU, L. & SEVIGNY, M. (1993). Indicateurs de situations de handicaps. Applications aux individus ayant une lésion médullaire. Canadian Journal of Rehabilitation, 7, 63-65.
- FOUGEYROLLAS, P., NOREAU, L. & SEVIGNY, M. (1994). Processus de validation d'un instrument de mesure des situations de handicap. Cahier de validation - Document de travail: Centre François-Charon, Québec.
- FOUGEYROLLAS, P. & SAINT-MICHEL, G. (1991). Le processus de production des handicaps. Comment utiliser le modèle conceptuel. Réseau international CIDIH, 4 (3), 3-61.
- FOUGEYROLLAS, P., SAINT-MICHEL, G., BERGERON, H. & CLOUTIER, R. (1991). Le processus de production des handicaps: nouvelles propositions complètes. Réseau international CIDIH, 4, 1-2, 8-37.

- GERVAIS, N. (1995). Étude de validité de trait du Profil des AVQ: Instrument de mesure portant sur les activités de la vie quotidienne. Mémoire de maîtrise. Université de Montréal (Québec). École de réadaptation. Document non publié.
- GIAMI, A. (1986). Situation du handicap. Revue santé mentale, 90, 51-54.
- GIROUX, M. (1994). Le mot de la S.A.A.Q. L'éveil - Bulletin d'information sur le traumatisme crânio-cérébral. Société de l'Assurance automobile du Québec, 1, 1-12.
- GRIMBY, G. (1988). Experience with the use of handicapped classification in rehabilitation medicine. In Classification internationale des handicaps: du concept à l'application. Actes du Colloque CTNERHI. Diffusion PUF - Vanves, France, 350 pages.
- GROSWASSER, Z., COHEN, M. & BLANKSTEIN, E. (1990). Polytrauma associated with traumatic brain injury: Incidence, nature and impact on rehabilitation outcome. Brain injury, 4, 2, 161-166.
- HAMONET, C. (1986). Les situations de handicap. - L'enjeu. Revue santé mentale, 90, 10-11.
- HAMONET, C. (1990). Proposition d'évaluation mesurée des situations et habitudes de la vie au quotidien chez le traumatisé cérébral. Revue Française de dommage corporel, 16, 4, 609-615.
- HAMONET, C. (1990). Proposition d'une méthodologie pour l'application de l'approche tridimensionnelle des conséquences des maladies et traumatismes à la mesure et l'évaluation. Réseau international CIDIH, 3, 16.
- HAMONET, C. (1993). Handicapomètre D.A.C. - Guide de passation (2ème Ed. révisée). Laboratoire Georges Lambert - Antropologie du handicap, Service de réadaptation médicale - CHU Henri Mondor Créteil, France.
- HAMONET, C. & BEGUE-SIMON, A.M. (1988). Évaluation des situations de la vie quotidienne chez le traumatisé crânio-cérébral. Réadaptation, 355, 20-23.
- HAMONET, C., PILATO, M. & KISSOUS, M. (1994). Obésité et handicap. Évaluation avec un nouvel instrument: le Handicapomètre. Comparaison avec l'index de Barthel. Annales de Réadaptation et de Médecine physique, 37, 395-402.
- HARVEY, R.F. & JELLINEK, H.M. (1981). Functional performance assessment: A program approach. Archives of Physical Medicine Rehabilitation, 62, 456-461.

- HOLOSKO, M.J. & HUEGE, S. (1989). Perceived social adjustment and support among a sample of head injured adults. Canadian Journal of Rehabilitation, 2 (3), 145-154.
- JANKOWSKI, L.W. & SULLIVAN, S.J. (1990). Aerobic and neuromuscular training: Effect of the capacity, efficiency, and fatigability of patients with traumatic brain injuries. Archives of Physical Medecine Rehabilitation, 71, 500-504.
- JENNETT, B. (1987). L'évaluation de l'état initial et de la sévérité du traumatisme crânien. Réadaptation, 344, 16-18.
- JENNETT, B. & TEASDALE, G. (1981). Management of head injuries. Philadelphia: F.A. David Compagny.
- JENNETT, B. TEASDALE, G., BRAAKMAN, R., MINDERHOUD, J., HEIDEN, J. & KURZE, T. (1979). Prognosis of patients with severe head injury. Neurosurgery, 4 (4), 283-288.
- JENNETT, B. TEASDALE, G., GALBRAITH, S., PICKARD, J., GRANT, H., BRAAKMAN, R., AVERZAAT, C., MAAS, A., MINDERHOUD, J., VECHT, C.J., HEIDEN, J., SMALL, R., CATON, W. & HURZE, T. (1977). Severe head injuries in tree contries. Journal of Neurology and Psychiatry, 40, 291-298.
- JOSEPH, P.A. & ATTAL, N. (1993). Inventaire des besoins à court et à long terme après traumatisme crânio-encéphalique grave. Réadapation, 398, 14-15.
- KALSBECK, W.D. MCLAURIN, R.L., HARRIS, B.S.H. & MILLER, J.D. (1980). The National Head and Spinal Cord Head Injury Survey: Major findings. Journal of Neurosurgery (Supplement), 53, 19-31.
- KEITH, R.A. (1984). Functional Assessment Measures in Medical Rehabilitation: Current Status. Archives of Physical Medecine and Rehabilitation, 65, 4-7.
- KENDALL, M.G. & SUNDRUM, R.M. (1953). Distribution free methods and order properties. Review of the International Statistical Institute, 21, (3), 124-134.
- KERR, T.A., KAY, D.W.K. & LASSMAN, L.P. (1971). Characteristics of patients, type of accident, and mortality in a consecutives series of head injuries admitted to neurosurgical unit. British Journal of Preventive and Social Medecine, 25, 179-185.
- KIELHOFNER, G. (1980). A model of human occupation. Part I: Conceptual framework and content. American Journal of Occupational Therapy, 34, 572-581.

- LABARTHE, J.D., CANO-LE BOURHIS, M., TREPOS, J. (1994). Traumatisés crâniens, évaluation, prise en charge, réinsertion. Encyclopédie médico-chirurgicale (Paris), Fiche additive, 26, 461- A-10.
- LAMBERT, J. (1989). Validity and reliability of evaluative tools in the clinic. Actes du colloque international - L'évaluation mesurable en médecine de réadaptation, Montréal - Canada.
- LARGET-PIET, B., HAMONET, C. & CHEVALIER, X. (1992). Evaluation des lombalgies, de la lésion au handicap. Revue de la Presse thermale et climatique, 129 (1), 10-14.
- LAWTON, M.P. (1983). Environment and other determinants of well-being in older people. The Gerontologist, 23, 349-357.
- LETOURNEAU, P.Y., BERUBE, J.L., FORCIER, P., GELINAS, S., GIROUX, M., ROUSSEL, J.M., VERVILLE, J. PETEL, M.J. & CHATELOIS, J. (1992). Pour mieux comprendre et aider: Le traumatisme crânio-cérébral. Société de l'Assurance automobile du Québec.
- LEVESQUE, L., D'AMOUR, D., LEPAGE, Y. & REIDY, M. (1982). Étude méthodologique d'un instrument d'autonomie fonctionnelle pour les résidents âgés. Revue de Gériatrie, 7 (6), 288-293.
- LEZAK, M.D. (1982). The problem of assessing executive functions. International Journal of Psychology, 17, 281-297.
- LEZAK, M.D. (1989). Assessment of psychosocial dysfunctions resulting from head trauma. In M.D. LEZAK (Ed.), Assessment of the behavioral consequences of trauma (pp. 113-144). New York: Alan, R. Liss, Inc.
- LISHMAN, W.A. (1973). The psychiatric sequelae of head injury: A review. Psychological Medicine, 3, 304-318.
- LISHMAN, W.A. (1978). Organic Psychiatric. Oxford: Blackwell Scientific Publications.
- LURIA, A.R. (1973). The working brain: An introduction to neuropsychology. New York: Basic Books.
- MALEC, J. (1984). Training the brain-injured client in behavioral self-management skills. In B.A. Edelstein & E.T. Couture (Eds). Behavioral assessment and rehabilitation of the traumatically brain-damaged. New York: Plenum Press.
- MAUTUIT, D. (1994). Évaluation d'un programme d'intégration socio-professionnelle utilisant les activités physiques. Réseau international CIDIH et facteurs environnementaux, 7 (2), 27-33.

- MAZAUX, J.M. (1985). Approche épidémiologique des traumatisés crâniens. Journal de Réadaptation médicale, 5, 185-189.
- MAZAUX, J.M. (1993). L'évaluation médicale des traumatisés crâniens. Réadaptation, 398, 9-11.
- MAZAUX, J.M. (1986). Réinsertion professionnelle des traumatisés crâniens graves. Réadaptation, 322, 3-9.
- MAZAUX, J.M., VANIER, M., MARTIN, F. & GIROIRE, J.M. (1989). Évaluation des troubles neuro-psychologiques et comportementaux des traumatisés crâniens graves. Journal de Réadaptation médicale, 9 (3), 61-69.
- MINAIRE, P., CHERPIN, J., FLORES, J.L. & WEBER, D. (1981). L'étude fonctionnelle d'une population: une nécessité en réadaptation - l'exemple de Saint-Cyr-sur-le-Rhône (approches conceptuelles). Revue santé mentale, 90, 40-49.
- MONDAIN-MONVAL, J. (1987). Le traumatisé crânien: le pôle pratique, la prise en charge au retour à domicile, amis et voisins, installations sportives et de loisirs. Réadaptation, 355, 11-33.
- MONTELL, I. (1991). Contribution à la validation d'un nouvel instrument d'évaluation du handicap (Handicapomètre) au domicile de myopathes adultes. Thèse de doctorat en médecine, document non publié, Université François Rabelais-Tours, 152 pages.
- MORRIS, J. (1987). Evaluation des ressources sociales, professionnelles et collectives pour les traumatisés crâniens. Réadaptation, 355, 30-34.
- NAJENSON, T., GROSWASSER, Z., MENDELSON, L. & HACKETT, P. (1980). Rehabilitation outcome of brain damaged patients after severe head injury. International Rehabilitation Medicine, 2, (1), 17-22.
- NAJENSON, T., MENDELSON, L. SCHECTER, I., DAVID, C., MINTZ, N. & GROSWASSER, Z. (1974). Rehabilitation after severe head injury. Scandinavian Journal of Rehabilitation Medicine, 6, 5-14.
- NIE, N.H., HADLAI HULL, C., JENKINS, J.G., STEINBRENNER, K. & BENT, D.H. (1975). Statistical Package for Social Sciences (SPSS). McGraw-Hill Inc.
- NORUSIS, M.J. (1994). Statistical Package for Social Sciences. SPSS - Version Windows 6.1. Base System User's Guide.
- NUTTIN, I. (1985). Théorie de la motivation humaine. Edition de la Presse universitaire de France, 333 pages.

- ODDY, M. & HUMPHREY, M. (1980). Social recovery during the year following severe head injury. Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry, 43, 798-802.
- OTTENBACHER, K.T. & BARRETT, K.A. (1990). Statistical conclusion validity of rehabilitation research. A quantitative analysis. American Journal of Physical Medicine and Rehabilitation, 69, 2, 102-106.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE (1980). Classification internationale des déficiences, incapacités et handicaps (désavantages). Un manuel de la classification des conséquences des maladies. Presses Universitaires de France, 203 pages.
- PANIKOFF, L.B. (1983). Recovery trends of functional skills in the head-injured adult. American Journal of Occupational Therapy, 37, 735-743.
- PETIT-ROBERT (1950). Dictionnaire de la langue française, Paris: Hachette, Supplément, 185 pages.
- PIERRA, J.B. (1991). Les traumatisés crâniens et le sport, dans J. Pélissier, M. Barat, J.M. Mazaux, Traumatisme crânien grave et médecine de rééducation. Paris-Masson, pages 333-336.
- FRIGATANO, G.P., ALIMAN, I.M. & O'BRIEN, K.P. (1990). Behavioral limitations that traumatically brain-injured patients tend to underestimate. The Clinical Neuropsychologist, 4 (2), 163-176.
- POLLENS, R.D., MCBRATNIE, B.P. & BURTON, P.L. (1988). Beyond cognition: Executive functions in closed head injury. Cognitive Rehabilitation, 26-32.
- REED, K.L. (1984). Models of Practice Occupational Therapy. Baltimore, M.D.: Williams & Wilkins.
- ROUSSEAU, J., DUFIL, E. & LAMBERT, J. (1994). Fidélité inter-examineurs du "Profil des AVQ - Mise en situation" chez la personne traumatisée cranio-encéphalique. Partie I: Étude sur la cote globale. Canadian Journal of Occupational Therapy, 61, (3) 149-158.
- ROUSSEAU, J., DUFIL, E. & LAMBERT, J. (1994). Fidélité inter-examineurs du "Profil des AVQ - Mise en situation" chez la personne traumatisée cranio-encéphalique. Partie 2: Étude sur la cote des opérations. Canadian Journal of Occupational Therapy, 61, (3), 159-167.
- ROTHSTEIN, J.M. & ECHTERNACH, J.L. (1993). Primer on measurement: An introductory guide to measurement issues. VA: American Physical Therapy Association.

- SCHUIND, F. & BROTCHE, J. (1984). Facteurs de pronostic après un traumatisme crânien grave, Revue Médicale de Bruxelles, 5, 447-453.
- SIM, J. & ARNELL, P. (1993). Measurement validity in Physical Therapy research, Physical Therapy, 73 (2).
- SMITH, S.S. (1985). Traumatic head injuries, in D.A. Humphred (Ed.): Neurological Rehabilitation, 3, 249-288. Saint-Louis: C.V. Mosby Company.
- STEEG, A.M. & LANKHORST, G.J. (1994). Screening Instrument for Disability. Critical Reviews in Physical & Rehabilitation Medicine, 6, (1), 101-102.
- TALMAGE, E.W. & COLLINS, G.A. (1983). Physical abilities after head injury. Physical Therapy, 63 (12), 2010-2017.
- THOMSEN, I.V. (1984). Late outcome of severe blunt head trauma: a 10-15 year second follow-up. Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry, 47, 260-268.
- TRUELLE, J.L. (1987). Le traumatisme crânien grave: un handicap singulier. Réadaptation, 344, 6-8.
- VANIER, M., DUTIL, E., PROVOST, J., LAMBERT, J., MAZAUX, J.M., SULLIVAN, J., MELANSON, D., CHADAN, N., FORGET, A. & BOULANGER, Y.L. (1993). Les séquelles psychologiques des traumatismes crâniens graves et leur répercussions sur l'autonomie sociale et professionnelle des victimes, Médecine & Sciences, 5 (9), 624-629.
- VIENNOT, M. (1989). Le traumatisé crânien dans sa famille. Intervention à Handitec - AFTC Ile-de-France.
- WAINAPEL, S.F., HEBERT, L. & KAYNE, H.L. (1985). Statistical methods in rehabilitation research. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 66, 322-324.
- WALSH, K. (1985). Understanding brain damage: A primer of neuropsychological evaluation. New York: Chrchill Levingstone.

Appendice A

Correspondance avec le concepteur de l'instrument de mesure des situations de handicap



Un milieu d'adaptation-réadaptation
pour les personnes ayant une déficience physique

Québec, le 24 octobre 1994

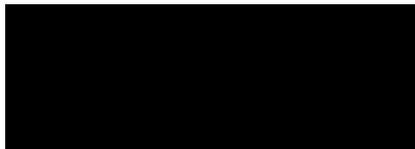
Monsieur Gabriel Kashindi
Centre de recherche
Institut de réadaptation de Montréal
6300, Darlington
Montréal (Québec)
H3S 2J4

OBJET : Instrument de mesure des situations de handicap
DOCUMENT DE TRAVAIL CONFIDENTIEL

Cher Gabriel,

Voici l'instrument de mesure des situations de handicap que nous sommes à élaborer. C'est un document de travail qui ne doit pas circuler. Je te l'envoie donc pour ton usage personnel. Je te tiendrai au courant du processus de validation en cours.

Avec mon amitié,



Patrick Fougeyrollas

PF/gd

p-j.

Appendice B

Profil des AVQ - Section B - Questionnaire

Entrevue avec le sujet

PROFIL DES AVQ
Section B: Questionnaire
Entrevue avec le sujet

Fiche d'identification du
sujet

INFORMATIONS GÉNÉRALES

Nom _____ No _____

Prénom _____

Sexe M F

Date de naissance

J	M	A	Âge <input type="text"/>	

Date de l'accident

J	M	A		

Date du retour à domicile

J	M	A		

Date d'évaluation

J	M	A		

MILIEU(X) DE VIE

Code de milieu(x) de vie

Avant l'accident

Actuel(s)

- Code de milieu(x) de vie
1. Hôpital
 2. Maison
 3. Appartement
 4. Maison de chambre
 5. Domicile parental
 6. Famille d'accueil
 7. Appartement supervisé
 8. Autre (précisez)

MODE(S) DE DÉPLACEMENT

Code de déplacement

À l'intérieur

À l'extérieur

- Code de déplacement
1. Marche avec ou sans prothèse
 2. Marche avec canne(s) ou marchette
 3. Se déplace en fauteuil roulant

COMMENTAIRES _____

Signature de l'évaluateur _____

Nom _____ No _____

Date

J	M	A		

Évaluateur _____

PROFIL DES AVQ
Section B: Questionnaire
Entrevue avec le sujet

DIMENSIONS SOINS PERSONNELS ET DOMICILIAIRE
Situation pré-traumatique

DIMENSIONS

SOINS PERSONNELS

DOMICILIAIRE

TÂCHES

	Q1 Fréquence de pratique	Q2 Pertinence de participer davantage (Souligner les tâches)	Q3 Difficultés à planifier et à organiser l'ensemble des activités.
1. Faire sa toilette au lit <input type="checkbox"/> / lavabo <input type="checkbox"/> douche <input type="checkbox"/> / bain <input type="checkbox"/>	0 1 2 5		
2. Prendre soin de son apparence: cheveux <input type="checkbox"/> / dents <input type="checkbox"/> / aisselles <input type="checkbox"/> / barbe <input type="checkbox"/>	0 1 2 5		
3. S'acquitter de l'hygiène excrétrice	0 1 2 5		
4. Mettre ses vêtements et chaussures	0 1 2 5	Oui Non N/S	-2 -1 0 5
5. Mettre/enlever ses vêtements d'extérieur	0 1 2 5		
6. Mettre/enlever ses accessoires <input type="checkbox"/> / aides techniques <input type="checkbox"/>	0 1 2 5		
7. Prendre un repas	0 1 2 5		
8. Respecter sa diète <input type="checkbox"/> prendre sa medication <input type="checkbox"/>	0 1 2 5		
9. Assurer sa sécurité en situation d'urgence	0 1 2 5		
10. Préparer un repas léger	0 1 2 5		
11. Préparer un repas chaud	0 1 2 5		
12. Faire l'entretien quotidien	0 1 2 5	Oui Non N/S	-2 -1 0 5
13. Faire le ménage hebdomadaire	0 1 2 5		
14. Faire les petits travaux d'entretien à l'extérieur	0 1 2 5		
15. Entretien des vêtements	0 1 2 5		

0 Ne pratiquait pas
1 Pratiquait au besoin ou à l'occasion
2 Pratiquait régulièrement
5 Ne sait pas

-2 Beaucoup
-1 Un peu
0 Aucun
5 Ne sait pas (n/s)

Commentaires _____

nom _____ No _____

date

J	M	A		

évaluateur _____

PROFIL DES AVQ
Section B: Questionnaire
Entrevue avec le sujet

DIMENSION COMMUNAUTAIRE
Situation pré-traumatique

DIMENSION	TÂCHES	Q1	Q2	Q3
		Fréquence de pratique	Pertinence de participer davantage (souligner les tâches)	Difficultés à planifier, organiser l'ensemble des activités
	16. Se déplacer à l'extérieur	0 1 2 6		
	17. Utiliser le transport en commun régulier	0 1 2 6		
	18. Conduire une voiture*	0 1 2 6		
	19. Faire des courses	0 1 2 6		
	20. Manger au restaurant	0 1 2 6		
	21. Téléphoner pour une information	0 1 2 6	Oui Non N/S	-2 -1 0 6
	22. Payer un compte par chèque	0 1 2 6		
	23. Utiliser un guichet automatique	0 1 2 6		
	24. Faire un budget	0 1 2 6		
	25. Respecter un rendez-vous	0 1 2 6		
	26. Respecter son horaire	0 1 2 6		
		0 Ne pratiquait pas 1 Pratiquait au besoin ou à l'occasion 2 Pratiquait régulièrement 6 Ne sait pas		-2 Beaucoup -1 Un peu 0 Aucun 6 Ne sait pas (n/s)

commentaires _____

Voir questions sur la tâche conduire une voiture

Nom _____ No _____

Date

J	M	A			

Évaluateur _____

PROFIL DES AVQ
Section B: Questionnaire
Entrevue avec le sujet

DIMENSION SOINS PERSONNELS

Situation post-traumatique

	Q4	Q5	Q6	Q7
	Degre d'autonomie	Pertinence de prendre plus d'initiative	Changements dans la participation	Pertinence de participer davantage/souligner les tâches)
1. Faire sa toilette au lit <input type="checkbox"/> / lavabo <input type="checkbox"/> / douche <input type="checkbox"/> / bain <input type="checkbox"/>	3 2 1v 1p 1vp 0 6	0 1 2 6	-3 -2 -1 0 1 2 6	
2. Prendre soin de son apparence: cheveux <input type="checkbox"/> dents <input type="checkbox"/> / assiettes <input type="checkbox"/> / barbe <input type="checkbox"/>	3 2 1v 1p 1vp 0 6	0 1 2 6	-3 -2 -1 0 1 2 6	
3. S'acquitter de l'hygiène excrétrice	3 2 1v 1p 1vp 0 6	0 1 2 6	-3 -2 -1 0 1 2 6	
4. Mettre ses vêtements et chaussures	3 2 1v 1p 1vp 0 6	0 1 2 6	-3 -2 -1 0 1 2 6	
5. Mettre/enlever ses vêtements d'extérieur	3 2 1v 1p 1vp 0 6	0 1 2 6	-3 -2 -1 0 1 2 6	Oui Non N/S
6. Mettre/enlever ses accessoires <input type="checkbox"/> / aides techniques <input type="checkbox"/>	3 2 1v 1p 1vp 0 6	0 1 2 6	-3 -2 -1 0 1 2 6	
7. Prendre un repas	3 2 1v 1p 1vp 0 6	0 1 2 6	-3 -2 -1 0 1 2 6	
8. Respecter sa diète <input type="checkbox"/> / prendre sa medication <input type="checkbox"/>	3 2 1v 1p 1vp 0 6	0 1 2 6	-3 -2 -1 0 1 2 6	
9. Assurer sa sécurité en situation d'urgence	3 2 1v 1p 1vp 0 6	0 1 2 6	-3 -2 -1 0 1 2 6	

3 Indépendance sans difficulté	0 Non	-3 Ne fait plus
2 Indépendance avec difficulté	1 Un peu plus	-2 Beaucoup moins souvent
1 Assistance verbale (1v) ou physique (1p)	2 Beaucoup plus	-1 Un peu moins souvent
0 Dépendance	6 Ne sait pas (n/s)	0 Comme avant
6 Ne sait pas (n/s)		1 Un peu plus souvent
8 Non évalué -intrinsèque		2 Beaucoup plus souvent
9 Non évalué -extrinsèque		6 Ne sait pas (n/s)

Q8

Importance des difficultés à planifier et à organiser l'ensemble des activités.

-2 -1 0 6

-2 Beaucoup
-1 Un peu
0 Aucune
6 Ne sait pas (n/s)

Commentaires _____

Nom _____ No _____

Date

J	M	A		

Évaluateur _____

PROFIL DES AVQ
Section B: Questionnaire
Entrevue avec le sujet

DIMENSION DOMICILIAIRE
 Situation post-traumatique

	Q4	Q5	Q6	Q7
	Degré d'autonomie	Pertinence de prendre plus d'initiative	Changements dans la participation	Pertinence de participer davantage (souligner les tâches)
10. Préparer un repas léger	3 2 1v 1p 1vp 0 6	0 1 2 6	-3 -2 -1 0 1 2 6	
11. Préparer un repas chaud	3 2 1v 1p 1vp 0 6	0 1 2 6	-3 -2 -1 0 1 2 6	
12. Faire l'entretien quotidien	3 2 1v 1p 1vp 0 6	0 1 2 6	-3 -2 -1 0 1 2 6	
13. Faire le ménage hebdomadaire	3 2 1v 1p 1vp 0 6	0 1 2 6	-3 -2 -1 0 1 2 6	Oui Non N/S
14. Faire les petits travaux d'entretien à l'extérieur	3 2 1v 1p 1vp 0 6	0 1 2 6	-3 -2 -1 0 1 2 6	
15. Entretien des vêtements	3 2 1v 1p 1vp 0 6	0 1 2 6	-3 -2 -1 0 1 2 6	

3 Indépendance sans difficulté 2 Indépendance avec difficulté 1 Assistance verbale (1v) ou physique (1p) 0 Dépendance 6 Ne sait pas (n/s) 8 Non évalué -Intrinseque 9 Non-évalué -Extrinseque	0 Non 1 Un peu plus 2 Beaucoup plus 6 Ne sait pas (n/s)	-3 Ne fait plus -2 Beaucoup moins souvent -1 Un peu moins souvent 0 Comme avant 1 Un peu plus souvent 2 Beaucoup plus souvent 6 Ne sait pas (n/s)
---	--	---

Q8

Importance des difficultés à planifier et à organiser l'ensemble des activités.

-2 -1 0 6

-2 Beaucoup -1 Un peu 0 Aucune 6 Ne sait pas (n/s)

Commentaires _____

Nom _____ No _____

Date

J	M	A			

Évaluateur _____

PROFIL DES AVQ
Section B: Questionnaire
Entrevue avec le sujet

DIMENSION COMMUNAUTAIRE
Situation post-traumatique

	Q4 Degre d'autonomie	Q5 Pertinence de prendre plus d'initiative	Q6 Changements dans la participation	Q7 Pertinence de participer davantage (souligner les tâches)
16. Se déplacer à l'extérieur	3 2 1v 1p 1vp 0 6	0 1 2 6	-3 -2 -1 0 1 2 6	
17. Utiliser le transport en commun régulier	3 2 1v 1p 1vp 0 6	0 1 2 6	-3 -2 -1 0 1 2 6	
18. Conduire une voiture	3 2 1v 1p 1vp 0 6	0 1 2 6	-3 -2 -1 0 1 2 6	
19. Faire des courses	3 2 1v 1p 1vp 0 6	0 1 2 6	-3 -2 -1 0 1 2 6	
20. Manger au restaurant	3 2 1v 1p 1vp 0 6	0 1 2 6	-3 -2 -1 0 1 2 6	
21. Téléphoner pour une information	3 2 1v 1p 1vp 0 6	0 1 2 6	-3 -2 -1 0 1 2 6	Oui Non NS
22. Payer un compte par chèque	3 2 1v 1p 1vp 0 6	0 1 2 6	-3 -2 -1 0 1 2 6	
23. Utiliser un guichet automatique	3 2 1v 1p 1vp 0 6	0 1 2 6	-3 -2 -1 0 1 2 6	
24. Faire un budget	3 2 1v 1p 1vp 0 6	0 1 2 6	-3 -2 -1 0 1 2 6	
25. Respecter un rendez-vous	3 2 1v 1p 1vp 0 6	0 1 2 6	-3 -2 -1 0 1 2 6	
26. Respecter son horaire	3 2 1v 1p 1vp 0 6	0 1 2 6	-3 -2 -1 0 1 2 6	
	3 Indépendance sans difficulté 2 Indépendance avec difficulté 1 Assistance verbale (1v) ou physique (1p) 0 Dépendance 6 Ne sait pas (n/s) 8 Non évalué -intrinsèque 9 Non évalué -extrinsèque	0 Non 1 Un peu plus 2 Beaucoup plus 6 Ne sait pas (n/s)	-3 Ne fait plus -2 Beaucoup moins souvent -1 Un peu moins souvent 0 Comme avant 1 Un peu plus souvent 2 Beaucoup plus souvent 6 Ne sait pas (n/s)	

Q8

Importance des difficultés à planifier et à organiser l'ensemble des activités.

-2 -1 0 6

-2 Beaucoup
-1 Un peu
0 Aucune
6 Ne sait pas (n/s)

Commentaires _____

Nom _____ No _____

Date

J	M	A	

Évaluateur _____

PROFIL DES AVQ
Section B: Questionnaire
Entrevue avec le sujet

Q9

IMPORTANCES DES DIFFICULTÉS ET CONSÉQUENCES SUR LES AVQ

Dans quelle mesure le sujet éprouve-t-il les difficultés suivantes. Lorsque la difficulté est présente, indiquer si elle limite la poursuite des AVQ.

Difficultés	Importance	Effet sur les AVQ
1. Essoufflement.	-2 -1 0 6	0 1 6 9
2. Fatigabilité.	-2 -1 0 6	0 1 6 9
3. Contre-indication médicale.	-2 -1 0 6	0 1 6 9
4. Problème de vision.	-2 -1 0 6	0 1 6 9
5. Problème d'audition.	-2 -1 0 6	0 1 6 9
6. Difficulté à parler et à s'exprimer.	-2 -1 0 6	0 1 6 9
7. Problème d'équilibre.	-2 -1 0 6	0 1 6 9
8. Difficulté à marcher ou à se déplacer en fauteuil roulant.	-2 -1 0 6	0 1 6 9
9. Problème de dextérité manuelle.	-2 -1 0 6	0 1 6 9
10. Nécessité d'appareils spécialisés (ex. orthèse d'écriture, lève personne, prothèses, etc.).	-2 -1 0 6	0 1 6 9
11. Problème de concentration.	-2 -1 0 6	0 1 6 9
12. Problème de mémoire.	-2 -1 0 6	0 1 6 9
13. Difficulté à faire plus d'une chose à la fois.	-2 -1 0 6	0 1 6 9
14. Tendance à abandonner ses activités face aux obstacles et aux difficultés.	-2 -1 0 6	0 1 6 9
15. Difficulté d'organisation (ex. avoir des idées, aviser les gens au bon moment, assurer d'avoir l'aide, les services ou le temps requis, faire les démarches nécessaires, etc.).	-2 -1 0 6	0 1 6 9
16. Tendance à éviter de rencontrer les gens (ex. peur d'être jugé, ridiculisé, incompris, rejeté, etc.).	-2 -1 0 6	0 1 6 9
17. Tendance à ne rien faire, se fier trop sur les autres (ex. quelqu'un décide pour soi ou encourage à pratiquer).	-2 -1 0 6	0 1 6 9
18. Tendance à se fâcher facilement.	-2 -1 0 6	0 1 6 9
19. Peur, anxiété (ex. peur de sortir seul, de tomber ou de conduire, etc.).	-2 -1 0 6	0 1 6 9
	-2 Beaucoup -1 Un peu 0 Pas du tout 6 Ne sait pas (n/s)	0 Non, ne me limite pas 1 Oui, me limite 6 Je ne sais pas 9 Non évalué, difficulté non présente

Nom _____ No _____

Date

J	M	A			

Évaluateur _____

PROFIL DES AVQ
Section B: Questionnaire
Entrevue avec le sujet

Difficultés (suite)	Importance	Effet sur les AVQ
20. Difficulté à respecter ses limites.	-2 -1 0 6	0 1 6 9
21. Inquiétude ou manque de confiance des proches face aux capacités de la personne.	-2 -1 0 6	0 1 6 9
22. Barrières architecturales à l'intérieur de mon domicile empêchant de pratiquer certaines activités à la maison.	-2 -1 0 6	0 1 6 9
23. Barrières architecturales à domicile empêchant de sortir pour certaines activités (ex. escaliers extérieurs, largeur du hall d'entrée, etc.).	-2 -1 0 6	0 1 6 9
24. Barrières architecturales, terrains, surfaces irrégulières ou escarpées, trottoirs, etc. limitant les activités.	-2 -1 0 6	0 1 6 9
25. Absence de transport ou dépendance face à l'entourage pour les déplacements	-2 -1 0 6	0 1 6 9
26. Absence de programme de maintien à domicile adapté (ex. popote roulante, prépose ou intervenant à domicile)	-2 -1 0 6	0 1 6 9
27. Absence de programme de réadaptation dans l'entourage.	-2 -1 0 6	0 1 6 9
28. Climat hivernal limitant certaines activités.	-2 -1 0 6	0 1 6 9
29. Autres:	-2 -1 0 6	

-2 Beaucoup -1 Un peu 0 Pas du tout 6 Ne sait pas (n/s)	0 Non, ne me limite pas 1 Oui, me limite 6 Je ne sais pas 9 Non évalué, difficulté non présente
--	--

Q10

Degré de satisfaction du sujet face à son rendement dans les AVQ.

0	1	2	6
---	---	---	---

0 pas du tout 1 Assez 2 Très 6 Ne sait pas (n/s)

Expliquez : _____

Nom _____ No _____

Date

J	M	A	

Évaluateur _____

PROFIL DES AVQ
Section B: Questionnaire
Entrevue avec le sujet

Q11

Degré de satisfaction de la personne significative face au rendement dans les AVQ.

0 1 2 6

0 pas du tout
1 Assez
2 Très
6 Ne sait pas (n/s)

Expliquez : _____

Q12

Points forts du sujet: _____

Q13

Points forts des personnes significatives (Qui sont-elles?): _____

Q14

Impact des difficultés sur les habitudes de vie du sujet et de la personne significative: _____

Appendice C

Handicapomètre

(Université Paris Val-de-Marne, Paris XII)

HANDICAPOMÈTRE

Université Paris Val-de-Marne. Paris XII)

- IDENTIFICATION DE LA PERSONNE

Nom: _____ Prénom: _____

Date de naissance: _____ Sexe: M _____ F _____

Nationalité(s): _____

Adresse: _____

Situation familiale: Célibataire _____ Marié(e) _____ Divorcé(e) _____

Veuf(ve) _____ Concubinage _____

Nombre d'enfants à charge _____

Statut professionnel: Scolarisé, étudiant _____

En activité professionnelle _____

En arrêt pour cause de santé _____

Chômeur _____

Sans activité professionnelle _____

Retraité _____

Statut du conjoint: En activité professionnelle: oui _____ non _____

- DONNÉES CONCERNANT LA PATHOLOGIE

Événements pathologiques (maladies — accidents et traumatismes) survenus au cours de la vie avec mention du mois et de l'année de survenue.

Diagnostic médical	Origine		Mois et année			
	Maladie 1	Traumatisme 2	Mois	Année	Mois	Année
.....	_____	_____	_____	_____
.....	_____	_____	_____	_____
.....	_____	_____	_____	_____
.....	_____	_____	_____	_____
.....	_____	_____	_____	_____
.....	_____	_____	_____	_____

Appendice D

Autorisation d'utiliser l'Handicapomètre

HENRI MONDOR



HÔPITAL HENRI MONDOR

51, avenue du M^{re} de Lattre de Tassigny
94010 CRETEIL cedex

Téléphone : 33 (1) 49.81.21.11

Ligne directe : 33 (1) 49.81.24.95

Télécopie : 33 (1) 49.81.24.84

Créteil, le 27 mars 1995

Docteur Elisabeth DUTIL
Université de Montréal
Ecole de réadaptation
C.P. 6128, succursale A
MONTREAL

**SERVICE DE
ÉÉDUCATION FONCTIONNELLE
ET DE RÉADAPTATION MÉDICALE**

Chef de service :
Pr. C. HAMONET

Chère Madame,

J'accepte avec grand plaisir que vous utilisiez le Handicapomètre - DAC dans le cadre du projet de recherche de Monsieur Gabriel Kashindi.

Je suis bien entendu intéressé par le déroulement de votre étude et en être le conseiller.

Je vous assure, Chère Amie, de mes sentiments cordiaux.



Professeur Claude HAMONET.

Appendice E

Correspondances avec les comités d'éthiques



INSTITUT DE RÉADAPTATION DE MONTRÉAL

Centre hospitalier de réadaptation affilié à l'Université de Montréal

Centre de recherche • Tél.: (514) 340-2078 • Télécopieur: (514) 340-2154

Montréal, le 7 juillet 1994

Monsieur Yves Poirier
Président du Comité d'éthique
Direction de la recherche
Centre de réadaptation Lucie-Bruneau
2275, rue Laurier est
Montréal (Québec)
H2H 1R2

Objet: Demande d'approbation de recherche

Monsieur le président,

Dans le cadre d'un mémoire de Maîtrise en sciences biomédicales (réadaptation), effectué à l'École de réadaptation (Faculté de médecine) de l'Université de Montréal, je réalise une étude sous la direction scientifique de Mesdames Elisabeth Dutil, professeur titulaire à l'École de réadaptation de Montréal et Louise Potvin, chercheur au département de médecine sociale et préventive de l'Université de Montréal.

Pour mener à bien cette recherche, la collaboration de votre Centre de réadaptation est sollicitée. Trois ergothérapeutes impliquées dans vos programmes sont intéressées à collaborer à cette étude. Cette demande a pour but d'obtenir l'approbation du Comité d'éthique afin de réaliser l'étude dont vous trouverez ci-joint le protocole de recherche.

Espérant une réponse favorable, je vous prie d'accepter, Monsieur le président, l'assurance de ma très haute considération.


Gabriel Kashindi
Centre de recherche


Elisabeth Dutil
Professeur titulaire
École de réadaptation
et chercheure
Centre de recherche



CENTRE DE RÉADAPTATION LUCIE-BRUNEAU

Montréal, le 12 juillet 1994

M. Gabriel Kashindi
Centre de recherche
Institut de réadaptation de Montréal
6300 Darlington
Montréal (Québec)
H3S 2J4

OBJET: Évaluation par le comité éthique.
Projet: Comparaison de deux instruments de mesure servant à évaluer des situations de handicap chez la personne TCE: le profil des AVQ et l'handicapomètre.

Monsieur Kashindi,

Je voudrais, par la présente, vous donner officiellement le résultat de l'analyse par notre comité éthique du projet cité en titre que vous avez soumis vendredi dernier.

Le comité fut formé du Dr Bernard Talbot (physiatre et représentant du CMD), de madame Nicolina Gesualdi (psychologue et chef du programme PIC), madame Edith Lemay (ergothérapeute au PIC), de madame Caroline Giroux (ergothérapeute au programme encéphalopathie) et de moi-même.

Comme vous étiez présent et je vous en remercie d'ailleurs, vous avez été en situation de répondre aux questions des membres du comité qui ont analysé votre projet en fonction de la grille que je vous avais remise vendredi dernier.

Je dois d'emblée vous féliciter pour les nombreuses qualités de votre projet et de l'intérêt qu'il a soulevé auprès des membres du comité. Votre projet fut jugé satisfaisant sur l'ensemble des critères d'évaluation de la grille utilisée, à l'exception de deux d'entre eux et je vous ai informé de la présente démarche qui est conditionnelle à notre acceptation.

Les trois ergothérapeutes qui avaient été rencontrées avant votre dépôt étaient prévenues qu'il y avait deux autres établissements impliqués afin de couvrir le nombre de sujets souhaités. Dans le présent projet qui nous est présenté, notre établissement est le seul à devoir fournir trente (30) clients qui répondent aux critères sur une période de quelques mois, ce qui s'avère tout à fait impossible. Pour la période visée, il nous apparaît difficile d'entrevoir même recevoir dix (10) clients qui correspondent aux critères de sélection mentionnés. Il y a donc un problème de

nombre et un problème de durée du projet qui nous oblige à demander une confirmation écrite de votre superviseur. Nous ne pouvons aucunement assumer tout blâme éventuel, car il n'est pas réaliste d'entrevoir la réalisation de votre projet et sa validité avec le nombre de clients que l'on reçoit et que vous requérez pour votre étude.

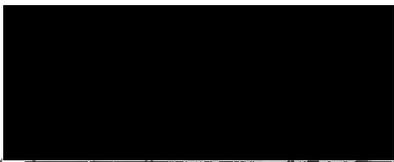
Notre acceptation est donc conditionnelle à ce que madame Dutil ou madame Potvin nous confirme par écrit qu'elle ne voit pas d'objection à la validité scientifique d'un tel échantillon ou qu'à l'opposé, la durée du projet sera prolongée jusqu'à ce que les trente (30) clients soient atteints quitte à prendre quelques années, ou encore que votre projet se réalisera concurremment dans un ou plusieurs autres établissements réduisant ainsi vos attentes en ce qui nous concerne.

Nous savons présentement que trois (3) clients doivent être évalués dès la semaine prochaine par nos ergothérapeutes et que ces clients correspondent au profil que vous recherchez. Ils pourront être envisagés dans la mesure où nous aurons reçu l'avis de l'une de vos superviseuses. Il ne peut être question de retarder les services aux clients comme vous le comprenez sans doute.

Je vous réitère toutefois l'enthousiasme soulevé par votre projet et nous espérons vraiment que vous pourrez aplanir les difficultés que nous vous avons soumises.

Je demeure disponible pour répondre à toutes les questions soulevées et vous prie de recevoir l'expression de mes meilleurs sentiments.

Pour le comité éthique,



Yves Poirier
Adjoint au directeur général

cc. Membres du comité



CENTRE DE RÉADAPTATION LUCIE-BRUNEAU

Montréal, le 15 juillet 1994

Monsieur Gabriel Kashindi
Centre de recherche
Institut de réadaptation de Montréal
6300 ave Darlington
Montréal, Qc. H3S 2J4.

Monsieur,

J'ai bien reçu votre lettre du 14 février et ses pièces jointes, à la suite de la nôtre du 12 février dernier, mettant une condition à notre acceptation. Il était en effet impossible pour nous de vous assurer 30 clients dans le délai demandé.

Selon votre correspondance, je comprends bien que vous avez entrepris des démarches à deux autres établissements. De plus, madame Dutil sera informée de la situation et je puis vous dire que je n'ai à ce moment reçu aucune réponse de madame Potvin à qui nous avons télécopié une correspondance dès mercredi dernier.

Les membres du comité éthique sont présentement absents et devant le fait que des clients soient disponibles dès la semaine prochaine, je prends la décision de vous autoriser à commencer votre étude avec les trois thérapeutes concernées (Mmes Lemay, Dominique et Giroux) et vous joins l'autorisation de consulter les dossiers.

Il est toutefois entendu que votre recherche de plus ou moins 30 clients pour la validité de votre étude demeure, qu'elle ne repose plus sur notre établissement et que nous obtiendrons une confirmation de madame Dutil dès son retour.

Acceptez l'expression de nos meilleurs sentiments.

Pour le comité éthique



Yves Poirier
Adjoint au directeur général

YP/gm
c.c. Membres du comité



INSTITUT DE RÉADAPTATION DE MONTRÉAL

Centre hospitalier de réadaptation affilié à l'Université de Montréal

Montréal, 13 juillet 1994

Madame Johanne St-Denis
Présidente du Comité d'éthique
Service Social
Hôpital Charles Lemoyne
121, Boulevard Tachereau, 6e étage
Greenfield Park, Qc
H4V 2H1

Objet: Demande d'approbation de recherche

Madame la présidente,

Dans le cadre d'un mémoire de Maîtrise en sciences biomédicales (réadaptation), effectué à l'École de réadaptation (Faculté de médecine) de l'Université de Montréal, je réalise une étude sous la direction scientifique de Mesdames Elisabeth Dutil, professeur titulaire à l'École de réadaptation de Montréal et Louise Potvin, chercheure au département de médecine sociale et préventive de l'Université de Montréal.

Pour mener à bien cette recherche, la collaboration de votre Hôpital est sollicitée. Une ergothérapeute impliquée dans vos programmes est intéressée à collaborer à cette étude. Cette demande a pour but d'obtenir l'approbation du Comité d'éthique afin de réaliser l'étude dont vous trouverez ci-joint le protocole de recherche.

Espérant une réponse favorable, je vous prie d'accepter, Madame la présidente, l'assurance de ma très haute considération.


Gabriel Kashindi
Centre de recherche

Elisabeth Dutil
Professeure titulaire
École de réadaptation
Chercheure
Centre de recherche

p.j.

Le 6 octobre 1994

Monsieur Gabriel Kashindi


**OBJET : Projet de recherche - Profil des A.V.Q.
 et de l'handicapomètre D.A.C.**

Monsieur,

Il me fait plaisir de vous informer qu'à sa réunion régulière publique du 22 septembre 1994, le conseil d'administration a accepté que le projet de recherche mentionné ci-dessus se réalise, et que vous en assumiez la responsabilité en vous assurant que Madame Lyse St-Germain, chef du service de réadaptation, soit tenue au courant de l'évolution de ce projet.

Cette acceptation fait suite aux recommandations du comité d'éthique à la recherche du comité d'éthique central.

Il doit être convenu que l'Hôpital n'assume aucun des frais encourus dans le cadre de ce projet.

Vous remerciant à l'avance de votre implication, entre autres dans ce dossier, je vous prie de recevoir l'expression de ma considération distinguée.

Au nom du conseil d'administration


Jean-Pierre Montpetit
Secrétaire

/MG/mg

c.c. : Présidente, comité d'éthique central
Présidente, comité d'éthique à la recherche
Chef de département

Appendice F

Formulaire de consentement du bénéficiaire
pour la participation à un projet de recherche

**FORMULAIRE DE CONSENTEMENT DU BÉNÉFICIAIRE POUR LA
PARTICIPATION A UN PROJET DE RECHERCHE**

Titre de l'étude

Comparaison de deux instruments de mesure servant à évaluer des situations de handicap chez la personne traumatisée crânio-encéphalique: le Profil des AVQ et l'Handicapomètre.

Responsables

Gabriel Kashindi
Étudiant à la maîtrise en sciences biomédicales (réadaptation)
École de réadaptation - Faculté de médecine
Université de Montréal

Élisabeth Dutil, M. Sc.
Professeure titulaire
École de réadaptation - Faculté de médecine
Université de Montréal

Dr Louise Potvin, Ph. D.
Département de médecine sociale et préventive
Faculté de médecine
Université de Montréal

Objectif de l'étude

Cette étude vise à comparer les résultats obtenus avec le Profil des AVQ (questionnaire) et un autre instrument de mesure similaire l'Handicapomètre (questionnaire) - situations et habitudes de vie (handicaps) dans le but de démontrer sa validité de trait, c'est-à-dire mesurer le construit (situation de handicap) autour duquel un modèle conceptuel n'est pas encore très bien développé et corréler les résultats obtenus par l'instrument à valider avec ceux obtenus par un autre instrument mesurant sensiblement le même construit.

Collaboratrices

Edith Lemay, ergothérapeute au Centre de réadaptation Lucie Bruneau

Dominique Ayisha, ergothérapeute au Centre de réadaptation Lucie Bruneau

Caroline Bottari, ergothérapeute à l'Hôpital Charles Lemoyne.

Description de l'étude

Votre ergothérapeute évaluera votre capacité à réaliser les activités de la vie quotidienne reliées aux soins personnels, aux activités domestiques et aux activités réalisées dans la communauté comme par exemple: faire votre toilette, prendre soin de votre apparence, mettre vos vêtements, préparer un repas, prendre l'autobus, etc. Il est à

noter que dans le cadre de vos traitements, l'évaluation de votre capacité à réaliser vos activités de la vie quotidienne est d'emblée effectuée par l'ergothérapeute.

Deux instruments seront administrés: le Profil des AVQ et l'Handicapomètre. Votre ergothérapeute vous questionnera sur vos habitudes de vie reliées aux activités de la vie quotidienne avec le Profil des AVQ et un autre évaluateur (Monsieur Gabriel Kashindi) s'informerá de votre fonctionnement dans les AVQ avec un autre instrument l'Handicapomètre.

Durée des évaluations

20 minutes avec Gabriel Kashindi et 1 h 30 avec votre ergothérapeute.

Risque et inconfort

Aucun risque et inconfort n'est associé à cette étude, vous recevrez aucun avantage direct de cette étude. Les résultats devraient nous amener à avoir des instruments valides afin d'optimiser vos interventions en réadaptation.

Votre décision de participer à cette étude est entièrement volontaire, si vous décidez de ne pas y prendre part, il n'y aura aucun changement dans le type de soins que vous recevrez.

Retrait de l'étude

Vous pourrez vous retirer de cette étude en tout temps sans avoir à justifier votre décision et ceci ne changeant en aucun moment le type de soins que vous recevrez.

Confidentialité

Tous les renseignements recueillis seront maintenus confidentiels. Les résultats de cette étude seront utilisés pour fins de recherche ou enseignement. Votre identité ne sera jamais révélée dans aucune présentation ou publication.

Date

Date

Signature du/de la bénéficiaire

Signature de l'évaluateur

Signature du témoin

Personne-ressource à contacter: Gabriel Kashindi 340-2078.

Appendice G

Données brutes

