

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

PROJET D'INTÉGRATION PRÉSENTÉ À  
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

COMME EXIGENCE PARTIELLE  
DE LA MAÎTRISE EN ERGOTHÉRAPIE (M. Sc.)

PAR  
NOÉMIE PRÉVOST-FONTAINE

VALIDATION DE LA TRADUCTION DE L'OUTIL *ÉVALUATION DE LA  
PRÉDISPOSITION À L'UTILISATION D'UNE AIDE TECHNOLOGIQUE* AUPRÈS D'UNE  
CLIENTÈLE AYANT UNE DÉFICIENCE MOTRICE SÉVÈRE AUX MEMBRES  
SUPÉRIEURS

AOÛT 2013

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

### Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

## RÉSUMÉ

**Introduction** : Les déficiences motrices aux membres supérieurs ont des impacts directs sur la réalisation des activités quotidiennes des personnes atteintes, de même que sur leur entourage. Heureusement, certaines technologies peuvent venir en aide à ces personnes et les ergothérapeutes sont des professionnels habilités à promouvoir l'utilisation de telles technologies. Cependant, l'attribution de ce type d'aide peut s'avérer complexe, pour des raisons telles que la diversité des solutions possibles et les besoins particuliers de chaque personne rencontrée. De plus, peu d'outils sont actuellement disponibles pour aider les ergothérapeutes dans la démarche d'attribution en lien avec les aides technologiques (AT). **Objectifs** : Traduire et valider en français une version anglophone d'un outil évaluant la prédisposition à l'utilisation d'une AT. **Méthode** : Le devis d'étude est qualitatif de type méthodologique. Trois usagers, deux experts, un groupe classe et la superviseure du projet sont rencontrés afin de réaliser trois des sept étapes de la validation transculturelle d'un outil d'évaluation proposées par Vallerand (1989). La version préliminaire de l'outil est administrée aux usagers, tandis que les autres participants bénéficient de la version originale anglophone et de la version préliminaire francophone à des fins de comparaison. Les commentaires et suggestions de tous les participants sont recueillis puis analysés et un consensus entre l'étudiante chercheuse et la superviseure du projet d'intégration permet d'obtenir la version proposée. **Résultats** : Les commentaires obtenus sont variés. Certaines suggestions n'ont pas été retenues puisqu'elles modifieraient de façon importante la forme de l'outil. Les suggestions retenues sont intégrées à la version finale de l'outil. **Conclusion** : Suite à la validation transculturelle de l'Évaluation de la prédisposition à l'utilisation d'une aide technologique (ÉPAT), les ergothérapeutes francophones sont maintenant en mesure de l'utiliser dans leur pratique. Cependant, pour poursuivre la validation de cette version, plusieurs démarches pourraient être entreprises dans le futur.

Mots clé français : Déficience motrice, aides technologiques, évaluation, validation, ergothérapie.

Mots clé anglais : Motor impairment, assistive technology, assessment, validation, occupational therapy.

## TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ .....	i
LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES.....	iv
LISTE DES ABRÉVIATIONS .....	v
REMERCIEMENTS .....	vi
1. INTRODUCTION .....	1
2. PROBLÉMATIQUE .....	2
2.1 La déficience motrice aux membres supérieurs .....	2
2.2 Répercussions au quotidien .....	3
2.3 Les aides technologiques .....	4
2.3.1 Qu'est-ce que c'est? .....	4
2.3.2 Les bénéfices de l'utilisation des AT .....	5
2.3.3 L'abandon des AT .....	5
2.4 Le rôle de l'ergothérapeute en lien avec les aides technologiques.....	6
2.5 Outils d'évaluation disponibles .....	7
2.6 Buts et objectifs de la recherche .....	9
3. CADRE CONCEPTUEL.....	10
3.1 Aides technologiques.....	10
3.2 Pratique centrée sur le client.....	11
3.3 Modèle de correspondance entre la personne et la technologie (MCPT).....	11
3.4 Modèle canadien du rendement et de l'engagement occupationnel (MCREO) .....	12
4. MÉTHODE.....	14
4.1 Évaluation de la prédisposition à l'utilisation d'une aide technologique (ÉPAT) .....	14
4.1.1 Description de l'outil .....	14
4.1.2 Contenu de l'outil .....	14
4.1.3 Propriétés métrologiques de l'ADTPA .....	15
4.2 Devis d'étude .....	15
4.3 Population consultée, échantillon et critères de sélection .....	17
4.4 Procédures et recrutement .....	17
4.5 Collecte de données .....	18
4.6 Analyse des données.....	19
4.7 Considérations éthiques.....	19
5. RÉSULTATS .....	20

5.1 Description des participants.....	20
5.2 Synthèse des résultats .....	21
5.2.1 Suggestions et commentaires des participants .....	21
5.2.2 Consensus menant à la version finale.....	22
6. DISCUSSION.....	23
6.1 Retour sur l'objectif de l'étude.....	23
6.2 Utilisation de l'ÉPAT en ergothérapie .....	23
6.3 Retombées pour la pratique .....	24
6.4 Retombées théoriques.....	24
6.5 Forces et limites de l'étude.....	25
7. CONCLUSION .....	27
RÉFÉRENCES .....	28
ANNEXE A – VERSION ORIGINALE DE L'ADTPA .....	33
(présentée ici avec l'autorisation des auteurs).....	33
ANNEXE B - VERSION PRÉLIMINAIRE DE L'ÉPAT .....	36
ANNEXE C – GUIDE D'ENTREVUE .....	42
ANNEXE D - CERTIFICAT ÉTHIQUE .....	43
ANNEXE E - LETTRE D'INFORMATION DES USAGERS .....	44
ANNEXE F - LETTRE D'INFORMATION DES EXPERTS .....	46
ANNEXE G - FORMULAIRE DE CONSENTEMENT .....	48
ANNEXE H – SUGGESTIONS ET COMMENTAIRES DES PARTICIPANTS.....	49
ANNEXE I - VERSION FINALE DE L'ÉPAT .....	50

## LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

Tableau 1	Caractéristiques des usagers.....	20
Tableau 2	Suggestions et commentaires des participants.....	49
Figure 1	Traduction libre et adaptation du Modèle de correspondance entre la personne et la technologie de l' <i>Institut Matching Person et Technology, Inc</i> .....	12

## LISTE DES ABRÉVIATIONS

ADTPA	<i>Assistive Technology Device Predisposition Assessment</i>
AT	Aide technologique
CAM	Chien d'assistance à la mobilité
CRDP	Centre de réadaptation en déficience physique
ÉCAT	Équipe de consultation sur les aides techniques
ÉPAT	Évaluation de la prédisposition à l'utilisation d'une aide technologique
MCREO	Modèle canadien du rendement et de l'engagement occupationnel
MCPT	Modèle de correspondance entre la personne et la technologie
MPT	<i>Matching Person and Technology</i>
MS	Membre supérieur
OEQ	Ordre des ergothérapeutes du Québec
UQTR	Université du Québec à Trois-Rivières
SWLS	<i>Satisfaction with Life Scale</i>

## **REMERCIEMENTS**

Je tiens à remercier Madame Claire Dumont, superviseure du projet d'intégration, pour son soutien, ses idées et ses encouragements tout au long de la réalisation de l'étude. Je remercie aussi tous les participants qui ont généreusement accepté de faire partie de ce projet et de partager leur expérience. Un merci tout spécial aux usagers que j'ai rencontrés, qui en plus de leur participation au projet, m'ont beaucoup apporté au plan personnel grâce à leur ouverture et au partage de leur vécu.



## **1. INTRODUCTION**

La technologie et l'ergothérapie sont deux domaines qui, à première vue, peuvent sembler bien distants l'un de l'autre. Cependant, au cours des dernières décennies, plusieurs avancées technologiques se sont avérées pertinentes pour ce domaine de la réadaptation. Elles ont permis d'élargir la banque de solutions étant à la disposition des ergothérapeutes et à celle de leurs clients. Ces nouvelles stratégies, appelées aides technologiques (AT), offrent des possibilités jusque-là inexistantes pour les personnes ayant des problématiques de santé physique. Cependant, il n'est pas si simple de choisir quelle AT, parmi l'éventail accessible, sera la plus favorable au mode de vie et aux attentes de chaque personne.

Comme peu d'outils sont actuellement disponibles pour guider les ergothérapeutes dans l'attribution d'AT, la présente étude vise à fournir une version francophone d'un questionnaire ayant pour but d'aider les ergothérapeutes ainsi que leurs clients à faire les meilleurs choix possible dans le domaine des AT. Ce document comprend donc chacune des étapes permettant d'arriver à cet objectif.

D'abord, la problématique en lien avec le sujet de l'étude et ses composantes connexes sont présentées, suivies des objectifs de l'étude. Par la suite, la description des concepts sous-jacents aux thématiques abordées à travers le projet d'intégration est détaillée, dans le but d'offrir un langage clair et uniforme au lecteur. Puis, la méthode employée pour parvenir à récolter les données et à les analyser est décrite. Cette section inclut la population à l'étude, les méthodes d'échantillonnage et de collecte de données, l'analyse des données ainsi que les considérations éthiques. Suite à la description de la méthode, les résultats obtenus lors de la collecte de données sont présentés. Ensuite, la discussion permet d'approfondir la réflexion en abordant les aspects pratiques et théoriques de l'outil ainsi qu'en soulignant les forces et limites de l'étude. Finalement, la conclusion est l'occasion de faire un bref retour sur l'étude et de proposer des avenues intéressantes pour des recherches futures.

## **2. PROBLÉMATIQUE**

Dans cette section, sont décrits les thèmes principaux de la problématique, soit la déficience motrice sévère aux membres supérieurs (MS), les répercussions au quotidien, les AT, le rôle de l'ergothérapeute en lien avec les AT, les outils actuellement disponibles et finalement les objectifs de l'étude.

### **2.1 La déficience motrice aux membres supérieurs**

De nombreuses occupations, telles que se nourrir, préparer des repas, se vêtir et se prodiguer des soins d'hygiène, par exemple, requièrent l'utilisation complémentaire des deux MS. Cependant, selon une enquête de Statistique Canada publiée en 2001 et portant sur la participation et les limitations d'activités, 9,7% des adultes de 15 ans et plus qui avaient une incapacité en lien avec la dextérité qui entraînait des difficultés à réaliser leurs occupations. Il va sans dire que diverses pathologies peuvent être à l'origine d'une diminution du fonctionnement des MS. La déficience motrice cérébrale (Park, Sim et Rha, 2011), les dystrophies musculaires (Stuberg, 2001), la quadriplégie, la sclérose en plaques (Wynia, Wijlen, Middel, Reijneveld et Meilof, 2012), le spina-bifida (Dennis et al., 2006), les ataxies (Association canadienne des ataxies familiales, 2013) et les tremblements essentiels (Rajput, Robinson et Rajput, 2004), pour ne nommer que quelques exemples, entraînent souvent des incapacités motrices sévères chez les personnes atteintes. En effet, elles peuvent donner lieu à une diminution importante de la force, de l'endurance et des amplitudes de mouvement (Eriks-Hoogland, de Groot, Post et van der Woude, 2009). De plus, elles peuvent provoquer l'apparition de mouvements involontaires et de spasticité, ainsi qu'affecter la coordination motrice des MS.

Il est pertinent de noter que certaines conditions entraînant une diminution du fonctionnement des MS voient leur prévalence augmenter au fil des années. Par exemple, le nombre de cas de lésions médullaires dénombrés par année tend à s'accroître pour plusieurs raisons. D'abord, les chutes chez les personnes âgées sont une cause de plus en plus fréquente de blessures médullaires (Pickett, Campos-Benitez, Keller et Duggal, 2006). Ensuite, les avancées dans le domaine de la médecine permettent de sauver davantage de patients ayant

subi un tel accident (Kirshblum, 2004), ce qui fait augmenter, par exemple, le taux de survie sur les lieux d'accidents ou l'espérance de vie de ces personnes (DeVivo, 2012). De plus, Ahoniemi et ses collaborateurs (2008) ont noté que depuis quelques années, un plus grand pourcentage des blessés médullaires subissent une lésion au niveau cervical, ce qui entraîne un impact direct sur le fonctionnement des MS.

## **2.2 Répercussions au quotidien**

Il peut arriver à tous de rencontrer des défis dans la réalisation des soins personnels (ex. : prendre un bain, couper ses aliments, etc.), des activités productives (ex. : tondre la pelouse, effectuer une tâche à son travail, etc.) ainsi que des loisirs (ex. : activités sportives, activités artistiques, etc.). Par contre, les conséquences sur l'accomplissement des occupations sont particulièrement importantes chez les personnes ayant une déficience motrice sévère aux MS. En effet, une diminution bilatérale de la motricité fine et grossière engendre des répercussions dans pratiquement toutes les sphères occupationnelles. Par exemple, elle peut rendre difficiles la réalisation d'un repas ainsi que l'exécution des tâches ménagères, des soins personnels et des activités de loisir.

Cependant, les atteintes motrices sévères n'ont pas que des conséquences occupationnelles. Elles ont aussi un impact sur l'environnement physique, sur l'environnement social et sur la dimension affective de la personne. Par exemple, la limitation ou la perte de la préhension peut mener à une dépendance quotidienne à des aidants, que ce soit des membres de la famille ou des professionnels de la santé, ainsi qu'à une diminution de l'autodétermination, de la vie privée et de la qualité de vie (Rupp et Gerner, 2004). En effet, il peut devenir ennuyeux de constamment être en présence d'autres personnes (Verdonck, Chard et Nolan, 2011) puisque cela offre peu de moments d'intimité en plus du fait que les gens peuvent se sentir un fardeau pour les autres. De plus, la perte d'autonomie physique engendrée par une condition chronique engendre chez certains une diminution du bien-être psychologique (Gignac et Cott, 1998).

L'utilisation d'une AT est une des solutions permettant d'augmenter l'autonomie et de réduire la dépendance envers les aidants auprès de plusieurs types de clientèles (Muncert et al.,

2011). Il s'agit donc d'une avenue devant être explorée avec attention, d'autant plus que de nouvelles technologies font régulièrement leur apparition sur le marché.

## 2.3 Les aides technologiques

### 2.3.1 Qu'est-ce que c'est?

Une AT est en fait « tout produit ([...] dispositif, équipement, instrument, technologie et logiciel) fabriqué spécialement ou existant sur le marché, destiné à prévenir, à compenser, à contrôler, à soulager ou à neutraliser les déficiences, les limitations d'activité et les restrictions de la participation » (Heerkens, Bougie, et de Kleijn-de Vrankrijker, 2013). Cette large définition représente une grande quantité d'AT qui possèdent chacune des caractéristiques et des buts très différents. Pour clarifier ce concept, les AT peuvent être regroupées selon des catégories. Il existe plusieurs classifications (ex. : ISO 9999 (Heerkens, 2013); Martin, Martin, Stumbo et Morrill, 2011), mais une seule sera présentée ici, celle de *AbleData*, qui contient 20 catégories générales et plusieurs sous-catégories. Cette classification a été choisie puisqu'elle comprend une grande variété d'éléments et qu'elle est présentée de façon claire :

- Aide à la vie quotidienne (hygiène, habillement, transfert, alimentation, etc.);
- Non-voyant et vision faible (ordinateurs, soins de santé, aide à la cuisine, orientation et mobilité, etc.);
- Communication (communication alternative, bâtons buccaux, téléphones, etc.);
- Ordinateurs (interfaces, accessoires d'ordinateur, etc.);
- Contrôles (contrôles de l'environnement, interrupteurs);
- Surdité et difficulté d'audition (amplificateurs, conduite, langage des signes, etc.);
- Non-voyant et surdité (outils de communication pour non-voyants et sourds, signaux piétonniers vibrants, etc.);
-  ducation (matériels d'éducation, classes);
- Adaptations de l'environnement (environnement intérieur, environnement extérieur, éclairage, etc.);
- Activités de la vie domestique (préparation des repas, lavage, commissions, etc.);
- Orthèses (tête et cou, MS, membres inférieurs, tronc);

- Prothèses (MS, membres inférieurs);
- Loisirs (électronique, musique, photographie, etc.);
- Sécurité (alarmes et systèmes de sécurité, verrouillage, etc.);
- Bancs (système d'assise, coussins, sièges thérapeutiques);
- Aides thérapeutiques (évaluations, exercices, habiletés de motricité fine et grossière, etc.);
- Transport (véhicule, accessoires pour véhicule, etc.);
- Marche (cannes, béquilles, etc.);
- Mobilité sur roues (fauteuils roulants, accessoires pour fauteuils roulants, chariot, etc.);
- Travail (équipement d'agriculture, équipement de bureau, etc.).

### **2.3.2 Les bénéfices de l'utilisation des AT**

Les AT sont des dispositifs dont l'efficacité a été démontrée dans plusieurs cas. Certaines peuvent permettre à des utilisateurs de passer davantage de temps sans la présence d'une personne pour subvenir à leurs besoins à la maison ou de faire des activités de façon autonome (lire, faire des apprentissages, jeux) (Verdonck et al., 2011). Elles permettent aussi d'améliorer les contacts avec l'environnement social de la personne, par le biais d'adaptations des appareils de communication par exemple (Nguyen, Garrett, Downing, Walker et Hobbs, 2007). Les relations avec l'entourage s'en voient aussi améliorées. En effet, les personnes ayant une incapacité motrice sévère ayant recours à des AT n'ont pas autant l'impression d'être un fardeau pour les autres et tendent à moins s'excuser que celles qui n'en utilisent pas (Verdonck et al.). Elles ont davantage de contrôle sur leur vie et de satisfaction dans la réalisation de leurs occupations (Stickel, Ryan, Rigby et Jutai, 2002). Cependant, ces données concernent seulement les personnes qui utilisent leurs AT. D'autres en effet peuvent choisir de les délaisser car ils ne voient pas ou plus l'utilité de leurs AT.

### **2.3.3 L'abandon des AT**

Selon différentes études (Martin et al., 2011; Steel et Gray, 2009; Reimer-Reiss et Wacker, 2000), entre 13,5% et 65% des AT sont délaissées par les usagers après un certain temps. Une partie de ces technologies, soit 6,4%, n'a même jamais été utilisée (Reimer-Reiss

et Wacker). Plusieurs facteurs influencent leur degré d'utilisation, tels que les changements physiques qui surviennent chez la personne, les besoins perçus par l'utilisateur, l'apparence esthétique de l'AT, la facilité d'utilisation, sa fidélité, sa durabilité et son efficacité (Steel et Gray). De façon plus globale, l'insatisfaction par rapport à l'AT pousse souvent l'utilisateur à en cesser l'utilisation (Reimer-Reiss et Wacker). En plus de causer des pertes de temps et d'argent (Reimer-Reiss et Wacker), les conséquences de ces abandons peuvent être une diminution de l'indépendance et de l'autonomie.

Il existe pourtant des moyens simples à mettre en place afin de limiter le taux d'abandon des AT. Les usagers qui sont impliqués de façon importante dans le choix de l'AT, qui ont l'opportunité de faire l'essai de l'AT et qui rencontrent d'autres clients qui utilisent l'AT ont moins de chance d'abandonner leur technologie (Martin et al., 2011; Steel et Gray, 2009; Reimer-Reiss et Wacker, 2000). Aussi, les personnes qui sont bien informées préalablement à l'acquisition d'une AT ont généralement un plus haut niveau de satisfaction et utilisent leur AT sur une plus longue période de temps (Martin et al.). Finalement, un travail en équipe multidisciplinaire pourrait diminuer significativement le taux d'abandon des AT (Verza, Carvalho, Battaglia et Uccelli, 2006).

## **2.4 Le rôle de l'ergothérapeute en lien avec les aides technologiques**

L'ergothérapeute peut être amené à remplir une variété de rôles différents dans le choix des AT auprès de la clientèle concernée. L'un d'entre eux est «d'évaluer et formuler des recommandations auprès des personnes qui requièrent des services spécialisés», par exemple des aides techniques à la communication ou de s contrôles de l'environnement (Ordre des ergothérapeutes du Québec [OEQ], 2008). Il est entendu que le rôle de l'ergothérapeute ne se limite pas seulement à l'attribution des AT. En tant que professionnel, il est primordial de faire un suivi, au besoin en collaboration avec les proches et l'équipe interdisciplinaire, pour s'assurer que l'équipement est toujours pertinent et qu'il n'y a pas un nouvel appareil plus performant, qui répond davantage aux besoins du client (Martin et al., 2011).

Par contre, l'attribution d'une AT et le suivi sont des tâches ardues pour l'ergothérapeute puisque les attentes d'une personne et ses réactions relativement à une

nouvelle technologie sont complexes (Scherer, Sax, Vanbiervliet, Cushman et Scherer, 2005). De plus, plusieurs aides technologiques sont disponibles sur le marché et il peut être difficile pour un professionnel de s'y retrouver parmi ces multiples options. Aussi, il est important de ne pas tomber dans le piège de proposer une même AT pour tous les clients présentant une problématique semblable. De fait, il est essentiel d'être centré sur le client dans le processus d'attribution d'une AT et de suivi (Martin et al., 2011), puisque l'engagement d'une personne dans des activités significatives augmente le sentiment de bien-être vécu (Vrkljan et Miller-Polgar, 2001). Ainsi, un outil d'évaluation valide, s'intéressant tant à la personne, à ses occupations, qu'à son environnement, permettrait aux ergothérapeutes de faire preuve d'une pratique centrée sur le client et de fournir une aide appropriée aux besoins de chacun. Qu'en est-il des moyens actuels pour soutenir le clinicien dans cette démarche? La prochaine section permettra d'en apprendre davantage à ce sujet.

## **2.5 Outils d'évaluation disponibles**

Actuellement, plusieurs stratégies sont utilisées pour attribuer des AT aux clients, mais il existe peu d'outils d'évaluation dans la documentation scientifique qui aident les ergothérapeutes à cibler des AT répondant aux besoins de la personne (Friederich, Bernd et de Witte, 2010). Pourtant, il est important que le processus d'évaluation soit efficace puisqu'une AT qui ne répond pas aux besoins de la personne peut tout aussi bien devenir une barrière à la réalisation des occupations (Wey, 2005). Les outils repérés lors de la revue documentaire sont donc présentés afin de dresser un portrait plus précis de la situation actuelle.

Une revue systématique entreprise par Bernd et ses collaborateurs (2009) démontre que neuf instruments visant à guider le choix d'AT et trois instruments évaluant la satisfaction des clients envers leur AT sont publiés et utilisés. Des neuf premiers, sept sont issus d'un même modèle et feront l'objet de plus amples descriptions dans la prochaine section. Les deux autres outils sont le *Lifespace Access Profile* (LAP) (Williams, Stemach, Wolfe et Stranger, 1995, cité dans Bernd, Van der Pijl et de Witte, 2009) et le *Lifespace Access Profile Upper Extension* (LAPUE) (Williams, Stemach, Wolfe et Stranger, 1994, cité dans Bernd et al.), conçus pour des personnes ayant une incapacité sévère. Ils permettent de guider le processus de sélection et l'implantation de l'AT au quotidien, et sont disponibles en version

électronique. De plus, ces deux instruments, non standardisés, ont montré plusieurs bénéfices et permettent d'accomplir un travail d'équipe efficace chez les professionnels (Copley et Ziviani, 2007). En ce qui a trait à l'évaluation de la satisfaction suite à l'acquisition d'une AT, les professionnels disposent entre autres de l'*Évaluation de la satisfaction envers une aide technique* (ESAT). Il s'agit de la version française d'un questionnaire québécois (QUEST) (Demers, Weiss-Lambrou, et Ska, 1996) comportant 12 énoncés, permettant de mesurer la satisfaction du client relativement à une aide technique déjà acquise. Il existe aussi le *Psychosocial Impact of Assistive Devices Scale* (PIADS) (Jutai et Day, 2002), qui est un questionnaire auto rapporté s'intéressant à l'effet de l'AT sur l'indépendance fonctionnelle, le bien-être et la qualité de vie. Finalement, le *Individually Prioritised Problem Assessment* (IPPA) (Wessels et al., 2000), mesure les effets de l'utilisation d'une nouvelle AT sur l'accomplissement des occupations quotidiennes.

Lindqvist et Borell (2010) ont fait une étude auprès de personnes ayant des troubles cognitifs légers survenus suite à un accident vasculaire cérébral. Ces personnes utilisaient un ordinateur qui faisait des rappels d'activités ou qui fournissait de l'aide pour compléter les différentes étapes de leurs occupations. Les auteurs ont développé *The Assistive Technology support process* ainsi qu'un questionnaire basé sur ce processus afin d'optimiser l'utilisation de l'ordinateur. Le questionnaire incluait quatre sections, soit le type d'information qui doit être donné à l'ordinateur (ex. : dates, anniversaires, activités, etc.), les informations que l'ordinateur doit transmettre à la personne (ex. : l'heure à laquelle l'ordinateur doit transmettre l'information, l'intervalle à laquelle l'ordinateur doit transmettre l'information, etc.), la façon dont doit être confirmée la complétion de la tâche et finalement, les autres actions dont l'ordinateur doit tenir compte (ex. : après combien de temps l'action doit être débutée?). Ce processus était individuel à chaque personne et permettait une utilisation de l'ordinateur à son plein potentiel et personnalisée pour chacun. Il a permis de faire une correspondance adéquate entre l'ordinateur et le type de soutien dont la personne avait besoin.

Le processus d'évaluation *Matching Person and Technology* (MPT) propose une série de tests crayon papier qui ont pour but de déterminer la combinaison idéale entre un usager et une AT (Scherer et Craddock, 2002). Il s'agit d'un processus personnalisé et collaboratif entre



le thérapeute et le client (Scherer, 2005). Il prend en considération les besoins et objectifs de la personne, les barrières à l'utilisation optimale d'une AT, les éléments à travailler pour une utilisation optimale et finalement, le soutien supplémentaire qu'une personne pourrait requérir (Scherer et Craddock). Il existe actuellement une traduction francophone du processus d'évaluation (Scherer et Craddock). Par contre, elle n'est pas disponible dans les bases de données ni dans le cédérom fourni par l'*Institut for Matching Person and Technology*. Il est donc pertinent de travailler à concevoir une version francophone de l'un des sous-tests compris dans ce processus d'évaluation.

## **2.6 Buts et objectifs de la recherche**

La recherche entreprise dans le cadre de ce projet sert plusieurs visées. D'abord, les principaux buts de l'étude sont de contribuer à l'amélioration des pratiques professionnelles dans le domaine de l'ergothérapie et de réduire les abandons d'AT par les clients. En effet, l'étude permettra d'apporter un nouvel outil d'évaluation des clients pouvant bénéficier ou ayant déjà en leur possession une AT. De plus, elle favorise l'utilisation des AT attribuées aux clients et donc la réduction de coûts et de pertes de temps, comme il l'a été mentionné plus haut dans le texte.

Ensuite, l'objectif général est de proposer un outil d'évaluation francophone valide aux ergothérapeutes œuvrant auprès d'une population d'adultes ayant une déficience motrice sévère aux MS. Dans les faits, l'outil pourrait aussi être utilisé avec d'autres clientèles bénéficiant d'AT, même si elles ne font pas partie de la clientèle ciblée dans le cadre de cette étude. Il est possible de croire que l'outil sera pertinent pour toutes les clientèles utilisant une ou des AT. La présence de cet instrument sera en effet bénéfique, étant donné la disponibilité limitée de méthodes d'évaluation en langue française s'intéressant à cette sphère de la pratique.

Finalement, afin de clarifier l'objectif général de l'étude, des objectifs spécifiques doivent être établis. Le premier est de traduire la version anglophone de l'outil en langue française. Le second est de procéder à la validation de la traduction de l'instrument. La méthode employée pour atteindre ces objectifs est présentée dans la quatrième section du document.

### **3. CADRE CONCEPTUEL**

Cette section vise à clarifier les termes et les concepts qui sont utilisés comme toile de fond tout au long de la recherche. Y sont définis les aides technologiques, la pratique centrée sur le client, le Modèle de correspondance entre la personne et la technologie ainsi que le Modèle canadien du rendement et de l'engagement occupationnel (MCREO).

#### **3.1 Aides technologiques**

Dans le cadre de cet essai, une distinction est faite entre une aide technologique et une aide technique, bien que dans plusieurs études et selon certaines définitions, aucune différenciation ne soit faite. Selon le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (2013), la définition d'une aide technique est la suivante :

Une aide technique est un appareil, un équipement ou un dispositif visant à corriger une déficience, à compenser une incapacité ou à réduire une situation de handicap. Elle permet d'être plus autonome dans les activités de tous les jours. Cet équipement peut aider aux activités courantes comme se lever du lit, se déplacer, communiquer, s'habiller, préparer les repas, et ce, malgré la présence d'une déficience physique ou intellectuelle. Dans certains cas, une aide technique peut prendre la forme d'une fourniture jetable (ex. : sonde urinaire, culotte d'incontinence).

Il s'agit donc d'un groupe très large, dans lequel sont comprises les AT. Plusieurs personnes pourraient penser que les AT sont des dispositifs utilisant une technologie très avancée (Scherer et Glueckauf, 2005). Il est important de spécifier que ce n'est pas toujours le cas, puisqu'une alarme pourrait par exemple permettre d'augmenter l'autonomie d'une personne (Scherer et Glueckauf). Les AT se définissent donc comme étant :

[...] une vaste gamme de produits, passant des appareils de technologie rudimentaire relativement simples à fabriquer et à utiliser, comme les tableaux de communication et les aides à l'habillage, à des technologies de pointe comme les fauteuils roulants électriques et les prothèses myoélectriques (Miller Polgar, 2002, cité dans OEQ, 2010, p. VI)

### 3.2 Pratique centrée sur le client

La participation du client est un facteur clé dans la pratique centrée sur le client (Townsend et Polatajko, 2007). En effet, ce dernier doit être impliqué dans l'élaboration des objectifs et le thérapeute doit être en mesure de lui fournir les informations nécessaires à une prise de décision éclairée (Sumsion, 2005). Le thérapeute doit aussi partager le pouvoir avec le client (Sumsion et Law, 2006), puisque celui-ci est considéré un expert de sa situation dans la pratique centrée sur le client. Bien que l'application en clinique de cette pratique ne soit pas toujours effectuée à son plein potentiel (Duggan, 2005), cette approche a fait ses preuves auprès de plusieurs clientèles (Chen, Rodger et Polatajko, 2002; McKee et Rivard, 2005). Ainsi, l'outil d'évaluation d'intérêt dans cette recherche répond à une approche de ce type, puisqu'il implique directement le client et s'intéresse à sa vision de sa situation.

### 3.3 Modèle de correspondance entre la personne et la technologie (MCPT)

En ergothérapie, l'amélioration de l'autonomie d'une personne peut être rendue possible grâce à l'attribution d'AT (Ivanoff, Iwarsson et Sonn, 2006). Le Modèle de correspondance entre la personne et la technologie (MCPT) (Boisvert, 2012) est l'adaptation française du *Modèle Matching Person and Technology* (Scherer, 2005). Il est employé ici puisqu'il est à la base de la conception du processus d'évaluation *Matching Person and Technology* (Scherer et Craddock, 2002).

Le MCPT comprend trois sphères principales pour guider l'évaluation. Ces sphères sont : les facteurs de l'environnement qui influencent l'utilisation de l'AT (les facteurs culturel, économique, politique et législatif, physique ainsi que les attitudes de l'entourage à l'égard de la technologie), les besoins et les préférences du client (ses attentes, ses capacités, sa motivation, sa préparation, son utilisation d'autres technologies, ses habitudes de vie) ainsi que la description des caractéristiques de l'AT ciblée (son coût, sa performance, son accessibilité, son apparence, son confort et son transport). Ces concepts sont entourés des principaux éléments de la démarche d'attribution des aides techniques : évaluer, sélectionner, adapter et utiliser.

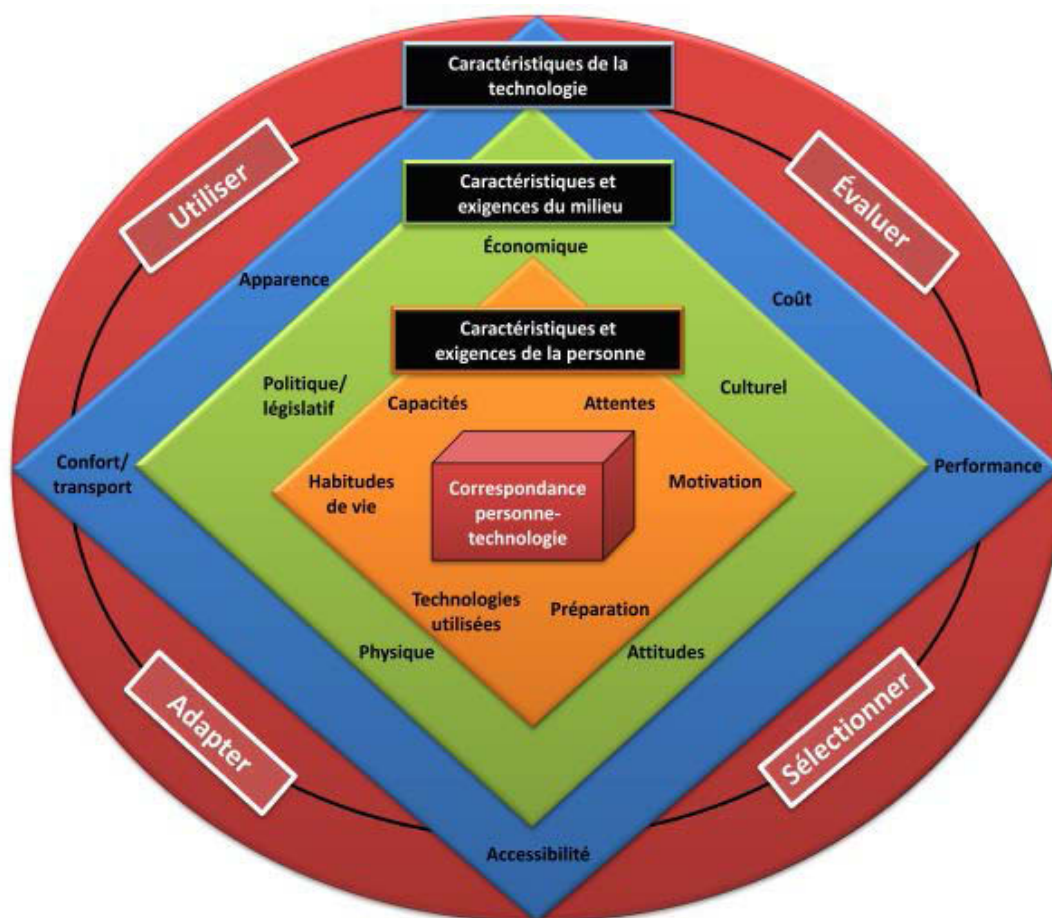


Figure 1. Traduction libre et adaptation du Modèle de correspondance entre la personne et la technologie de l'Institut Matching Person et Technology, Inc. (Scherer, 2005, p. 734). (Tiré de Boisvert (2012) et reproduit ici avec l'autorisation de l'auteure).

### 3.4 Modèle canadien du rendement et de l'engagement occupationnel (MCREO)

Bien que le modèle *Matching Person and Technology* soit basé sur la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (Scherer, 2005; World Health Organization, 2002), le MCREO (Townsend et Polatajko, 2007) est privilégié dans cette recherche puisqu'il s'agit d'un modèle conçu pour les ergothérapeutes et qu'il dégage les concepts principaux de cette profession. Ces concepts sont la personne, que l'on peut décliner en quatre dimensions : physique, cognitive, affective et spirituelle; l'environnement, qui se divise en environnements physique, institutionnel, culturel et social; et l'occupation, qui se subdivise en trois catégories : soins personnels, productivité et loisirs. Une fois mis en interaction, ces sphères déterminent le rendement occupationnel d'une personne ainsi que son

engagement occupationnel (Zhang, McCarty et Craik, 2008). L'engagement occupationnel est le degré d'implication avec lequel une personne s'investit dans une occupation donnée (Polatajko et al., 2008). Ce modèle permettra d'ajouter une vision plus holistique de la personne ainsi que d'aborder le rendement et l'engagement occupationnels que peut permettre d'atteindre l'utilisation d'une nouvelle AT.

## 4. MÉTHODE

Cette section comprend la description de l'outil d'évaluation, le devis d'étude utilisé, les méthodes d'échantillonnage employées auprès des usagers et des experts, ainsi que les critères d'inclusion et d'exclusion des participants. Par la suite, sont détaillées la méthode de collecte des données puis la manière dont les données sont analysées. Enfin, les considérations éthiques sont énoncées.

### 4.1 Évaluation de la prédisposition à l'utilisation d'une aide technologique (ÉPAT)

#### 4.1.1 Description de l'outil

Comme il l'a été mentionné plus haut, le processus d'évaluation MPT est composé de plusieurs évaluations. Celle qui a été sélectionnée pour la traduction est le *Assistive Technology Device Predisposition Assessment – Consumer (Follow-Up)* (ATDPA) (*Institute for Matching Person et Technology*), qui a été traduit par *l'Évaluation de la prédisposition à l'utilisation d'une aide technologique – Client (Suivi)* (ÉPAT). La version «suivi» a été retenue pour des raisons de faisabilité dans le contexte du projet d'intégration. En effet, il existe aussi une version «initiale» de cette évaluation, mais elle ne sera pas abordée dans le présent document. Il est à noter que la version « initiale » et la version « suivi » comprennent les mêmes dimensions, sections et sous-sections, mis à part l'ajout d'un tableau récoltant l'information sur les raisons des abandons dans la version « suivi » et le fait que les questions ont été légèrement adaptées. Le but de L'ÉPAT est d'aider le thérapeute à choisir l'AT la plus appropriée pour un client et par la suite, de déterminer si l'AT utilisée est adéquate (Scherer, 2005). L'évaluation peut être complétée par le client ou servir de guide à l'entrevue (Scherer). La version anglophone (originale) de cet outil est fournie à l'annexe A.

#### 4.1.2 Contenu de l'outil

Cet outil comprend cinq grandes sections. La première s'intéresse à la perception de l'utilisateur face à ses habiletés dans neuf dimensions (ex. : vision, utilisation des MS, etc.). La seconde concerne la satisfaction dans neuf autres dimensions, plus générales cette fois (ex. : soins personnels et entretien ménager, sentiment d'appartenance, etc.). Ensuite, le client doit choisir des énoncés qui le représentent (ex. : j'ai le soutien que je veux de ma famille, je suis

souvent frustré ou débordé, etc.). Dans la section suivante, plusieurs AT utilisées par la personne sont comparées, à l'aide d'énoncés, afin de déterminer laquelle est la plus satisfaisante pour le client et pour quelles raisons. Finalement, la dernière partie vise à nommer quelles AT ont été abandonnées par le client, lorsque le cas se présente, et à souligner la raison principale des abandons.

#### **4.1.3 Propriétés métrologiques de l'ADTPA**

Bien que la version originale de l'outil n'ait pas été étudiée sous tous ses angles, quelques propriétés métrologiques sont disponibles afin d'en apprécier la qualité. Selon l'étude de Scherer et Frisina (1998), la version originale de l'outil a démontrée avoir une bonne validité de critère en classifiant correctement à 85% des patients n'ayant aucune déficience auditive ou ayant une déficience auditive légère à modérée. Pour ce qui est de la validité de construit, la deuxième section de l'ADTPA a une forte corrélation (0,89;  $p < 0,01$ ) avec l'échelle *Satisfaction with Life Scale* (SWLS), ce qui implique qu'elle mesure aussi la qualité de vie (Scherer et Cushman, 2001). En effet, la SWLS est un questionnaire de cinq ou 18 questions, selon la version, qui s'intéresse de façon globale au jugement qu'une personne porte sur sa vie (Post, van Leeuwen, van Koppenhagen et de Groot, 2012).

#### **4.2 Devis d'étude**

Le devis d'étude utilisé dans le cadre de cette recherche est qualitatif de type méthodologique (Fortin, 2010). En effet, ce type de devis est utilisé dans le but d'examiner la validité de la traduction d'un outil d'évaluation, afin qu'il puisse être utilisé par le praticien ou le chercheur (Fortin).

Vallerand (1989) propose une méthodologie en sept étapes pour effectuer la validation transculturelle<sup>1</sup> d'un questionnaire : 1. la préparation d'une version préliminaire; 2. l'évaluation et la modification de la version préliminaire; 3. l'évaluation de la version expérimentale par un pré-test; 4. l'évaluation de la validité concomitante et de contenu; 5.

---

<sup>1</sup> Validation transculturelle: Consiste à examiner la validité de la traduction dans une autre langue d'un outil d'évaluation.

l'évaluation de la fidélité; 6. l'évaluation de la validité de construit; et finalement, 7. l'établissement de normes.

Dans le cadre de cette étude, les trois premières étapes suggérées par cet auteur sont complétées, c'est-à-dire la réalisation d'une version préliminaire du questionnaire, l'évaluation et la modification de la version préliminaire ainsi que l'évaluation de la version expérimentale. Elles sont expliquées en détail dans les prochains paragraphes.

Il existe plusieurs façons de faire pour élaborer une première version d'un outil d'évaluation (Meric, Pham et Chéry-Croze, 1997; Laplante, Cole, McCusker, Singh et Ouimet, 2005). Dans le cas présent, la traduction traditionnelle est la méthode employée pour la préparation de la version préliminaire du questionnaire, c'est-à-dire que l'étudiante chercheuse effectue seule la traduction dans la langue cible (Vallerand, 1989). La version préliminaire de l'outil est présentée à l'annexe B.

Pour la deuxième étape, il est recommandé qu'un comité se penche sur l'outil afin de proposer des améliorations et de produire une version expérimentale. Dans le cas présent, les personnes consultées à cette étape sont un groupe de neuf étudiants de la même cohorte que l'étudiante chercheuse, avec lesquels un échange d'une durée d'une heure a eu lieu dans le cadre d'un cours de séminaire. Aussi, une discussion avec la superviseure du projet a permis de déceler différentes erreurs. La version qui en ressort est par la suite utilisée pour la troisième étape. Les deux premières étapes sont ainsi préalables à la collecte de données.

À cette dernière étape, soit le pré-test, le questionnaire est administré à des usagers afin d'obtenir leur opinion sur la traduction de l'outil d'évaluation et de vérifier que le langage utilisé est clair. Cette étape est cruciale puisque le questionnaire final sera utilisé par des usagers étant dans des situations semblables. Finalement, à cette même étape, la consultation d'experts dans le domaine d'intérêt est primordiale afin de s'assurer que les termes employés correspondent à ceux utilisés dans la pratique actuelle et qu'ils reflètent correctement ceux de la version originale. Aussi, certaines expressions pourraient être plus adéquates que celles rédigées dans la version préliminaire.



### **4.3 Population consultée, échantillon et critères de sélection**

Deux groupes sont consultés, soit un groupe d'utilisateurs et un groupe d'experts. La taille de l'échantillon souhaitée est entre deux et cinq participants dans le groupe d'utilisateurs et de même dans le groupe d'experts.

L'échantillonnage est fait selon une méthode non probabiliste, par choix raisonné (Fortin, 2010), pour faciliter le recrutement. Les critères d'inclusion sont les suivants :

Critères d'inclusion des utilisateurs :

- Être âgé d'au moins 18 ans;
- Avoir une déficience motrice sévère aux MS (bilatérale);
- Utiliser au moins une AT comme aide à la réalisation des occupations;
- Résider dans la région de la Mauricie;
- Comprendre et communiquer en français.

Critères d'inclusion des experts :

- Être ergothérapeute reconnu expert dans le domaine de l'attribution des AT pour le type de clientèle ciblée;
- Avoir une maîtrise de l'anglais et du français.

### **4.4 Procédures et recrutement**

Des ergothérapeutes qui connaissent des utilisateurs utilisant des AT sont consultés pour recruter des participants. Aussi, certaines personnes ayant des incapacités et utilisant des technologies ont créé leur propre site Web et invitent les personnes qui le désirent à communiquer avec elles. Il est donc possible de communiquer avec des participants potentiels par le biais d'un site Web. Le courriel est utilisé pour les échanges avec les participants pour les informer du déroulement du projet et prévoir un rendez-vous à leur domicile au moment qui leur convient le mieux.

Pour ce qui est du recrutement des professionnels, cette étape est faite par contacts personnels auprès des ergothérapeutes qui sont reconnus avoir une expertise dans le domaine des aides techniques, par l'entremise de la superviseuse de la recherche. Plus précisément, les membres de l'équipe de consultation sur les aides techniques (ÉCAT) sont sollicités. L'ÉCAT est le regroupement officiel des ergothérapeutes de la province qui sont spécialisés dans l'attribution des AT. Ces ergothérapeutes sont employés auprès de différents centres locaux de services communautaires, de centres de réadaptation en déficience physique (CRDP) pour enfants et adultes, d'organismes ou d'établissements d'enseignement (Centre de Réadaptation InterVal, 2013).

#### **4.5 Collecte de données**

La collecte de données est faite de deux façons distinctes auprès des usagers et des experts. Les usagers sont rencontrés à leur domicile pour une entrevue où ils sont d'abord invités à répondre à la version préliminaire de l'ÉPAT. Les questions sont posées oralement par l'étudiante chercheuse, qui inscrit sur le formulaire les réponses fournies par l'utilisateur. Ensuite, une entrevue semi-dirigée basée sur un questionnaire maison est réalisée. Cette entrevue vise à récolter l'opinion des usagers sur le contenu de la version préliminaire de l'ÉPAT et à vérifier qu'il n'y ait pas d'ambiguïté dans les questions. Le guide de l'entrevue est présenté à l'annexe C. Les usagers sont aussi invités à donner des suggestions pour l'amélioration de la traduction de l'outil. Encore une fois, les commentaires sont rédigés directement sur le questionnaire par l'étudiante chercheuse.

La collecte de données auprès des experts est faite d'une autre façon. Les versions originale et préliminaire du questionnaire leurs sont envoyées par courriel. Ils peuvent alors comparer les deux versions et inscrire leurs commentaires sur la version francophone. Le fait de bénéficier de la version anglophone, en plus d'avoir une expérience professionnelle dans le domaine, leur permet de fournir des commentaires pertinents à l'amélioration de l'outil. Pour finir, leurs opinions et suggestions d'amélioration sont récoltées par téléphone ou par courriel, selon la convenance de chacun.

#### **4.6 Analyse des données**

Une analyse qualitative des opinions obtenues suite aux entrevues est faite par l'étudiante chercheuse et la superviseure du projet d'intégration. Les commentaires et suggestions apportés par les usagers et les experts sont étudiés. Par la suite, un consensus entre l'étudiante chercheuse et la directrice d'essai en est dégagé. Il permet d'apporter des modifications à la version préliminaire de l'outil d'évaluation traduit et d'en faire une version finale acceptable pour les usagers et les ergothérapeutes québécois francophones.

#### **4.7 Considérations éthiques**

Afin d'assurer la protection des personnes qui participent à la recherche, une demande de certificat éthique auprès du comité de la recherche avec des êtres humains de l'UQTR a été faite. L'obtention du certificat éthique a été préalable à la collecte de données auprès des participants. Il a été émis le 30 novembre 2012 (voir annexe D).

Le consentement libre et éclairé des participants est obtenu préalablement à l'entrevue. Une lettre d'information ainsi qu'un formulaire de consentement expliquant le but de l'étude ainsi que les avantages et risques encourus est lue et signée dès le début de la rencontre (voir annexes E, F et G). Il est à noter que la recherche ne comporte aucun risque direct pour les participants.

Les données récoltées sont traitées de manière confidentielle. Aucun document nominatif ne sera diffusé. Tous les documents sont conservés sous forme papier dans le classeur sous clé de la directrice d'essai pendant un an suite au dépôt du projet d'intégration. Ils seront ensuite détruits.

## 5. RÉSULTATS

Cette section a pour but de faire une brève description des participants et ensuite de présenter une synthèse des résultats obtenus. Les résultats abordés sont ceux recueillis lors des échanges avec les usagers et les experts, soit leurs commentaires et leurs suggestions émis en vue d'améliorer l'ÉPAT.

### 5.1 Description des participants

Au total, trois usagers et deux experts ont été rencontrés. Les usagers, deux hommes et une femme, étaient âgés de 19, 40 et 56 ans. Leur diagnostic était respectivement une lésion médullaire complète au niveau cervical 5, l'amyotrophie spinale de type 3 et la neuroacanthocytose, qui tous suggèrent une atteinte bilatérale aux MS. Les caractéristiques des usagers sont présentées dans le tableau 1.

*Tableau 1 - Caractéristiques des usagers*

	Sexe	Âge (ans)	Diagnostic
Usager 1	Homme	19	Lésion médullaire C <sub>5</sub>
Usager 2	Homme	40	Amyotrophie spinale de type 3
Usager 3	Femme	56	Neuroacanthocytose

Tous les usagers utilisaient au moins une AT au moment de la collecte de données et deux des trois usagers ont abandonné une AT au cours des dernières années. L'usager n'ayant pas abandonné une AT a pour sa part délaissé une aide à la communication non orale (tableau de communication en carton).

Les expertes rencontrées, deux ergothérapeutes de sexe féminin travaillant dans un CRDP, avaient respectivement cinq et 10 années d'expérience dans le domaine des AT. Les deux avaient une bonne maîtrise de l'anglais et l'une d'entre elles a d'ailleurs fait ses études universitaires dans cette langue.

## **5.2 Synthèse des résultats**

Les résultats sont d'abord présentés en énumérant les suggestions apportées par chaque participant, puis un consensus entre l'étudiante chercheuse et la directrice du projet permet de prendre en compte les commentaires de chacun et de présenter la version finale de l'ÉPAT. Il est à noter que ces consultations ont été réalisées suite à l'élaboration de la version préliminaire de l'outil (première étape suggérée par Vallerand (1989) et des ajustements apportés par un comité d'experts (deuxième étape suggérée par Vallerand). Elles constituent donc la troisième étape du processus de traduction et validation d'outils et d'instruments de mesure proposée par cet auteur.

### **5.2.1 Suggestions et commentaires des participants**

Cette section présente un aperçu des données récoltées lors des entrevues. Pour plus de précision, se référer à l'annexe H qui présente, sous forme de tableau, l'ensemble des commentaires et suggestions formulés par les participants.

De façon générale, les usagers ont fait des commentaires diversifiés en lien avec la précision des énoncés, la présentation de l'outil et son utilisation. Plus spécifiquement, des suggestions en lien avec l'ordre de présentation de certains énoncés ont été entendues. Aussi, deux usagers ont proposé une méthode de calcul des résultats différente et plus représentative selon eux. Quelques suggestions visant l'amélioration de la clarté de certains énoncés ont été apportées. De plus, l'ajout d'un énoncé a été suggéré afin d'élargir le choix de réponses à une question. Finalement, tous les usagers ont mentionné que dans l'ensemble, les questions sont claires, posées adéquatement et que l'outil est pertinent à utiliser.

Pour leur part, les experts ont émis des suggestions en lien avec la traduction des termes du questionnaire, dans la majorité des cas. Elles ont mentionné que l'outil serait pertinent à utiliser dans leur champ de pratique et qu'elles seraient intéressées à avoir la version finale.

### **5.2.2 Consensus menant à la version finale**

Afin de proposer une version finale de l'outil tenant compte de l'opinion des participants, une rencontre entre l'étudiante chercheuse et la superviseure de projet a eu lieu. Lors de cet échange, quelques modifications ont été apportées à la version préliminaire du questionnaire en fonction des suggestions faites. Il est à noter que les suggestions de modifications ayant trait à la forme du questionnaire, c'est-à-dire à l'ordre des questions, à la modification de consignes ou à la méthode de calcul par exemple, n'ont pu être prises en considération. En effet, si elles étaient appliquées, elles constitueraient des changements importants à l'outil qui empêcheraient de faire des comparaisons avec des études utilisant l'outil original ou un outil étant fidèle à la version originale. De plus, les données comme les propriétés métrologiques ou les résultats ne pourraient faire l'objet d'analyses comparatives avec la version anglophone.

Ensuite, les éléments dont la modification a été approuvée lors du consensus étaient pour leur part reliés à la traduction de termes. Ces ajustements ont été réalisés afin de respecter le plus fidèlement possible l'esprit dans lequel a été conçue la version originale. Lors de cette rencontre d'une durée d'environ une heure, un dictionnaire courant de traduction anglaise a été utilisé pour aider à la réflexion. De plus, il est à noter que la mise en page a été légèrement modifiée par l'étudiante chercheuse suite à l'utilisation de la version préliminaire de l'outil, pour une présentation plus conviviale. Cette étape n'a aucunement modifié le contenu de l'outil. La version finale de l'ÉPAT est présentée à l'annexe I.

## **6. DISCUSSION**

Cette partie met en lumière le lien entre l'objectif de l'étude et les résultats obtenus. Aussi, l'utilisation de l'ÉPAT dans le domaine de l'ergothérapie est abordée, suivi des retombées pour la pratique de l'ergothérapie, des retombées théoriques et finalement des forces et limites de l'étude.

### **6.1 Retour sur l'objectif de l'étude**

L'objectif principal visé par la présente étude était d'agir pour améliorer les pratiques en proposant un outil d'évaluation francophone valide aux ergothérapeutes de la province œuvrant dans le domaine de l'attribution des AT. La réalisation de trois des sept étapes proposées par Vallerand (1989) pour compléter une traduction transculturelle a permis d'effectuer une partie de la démarche de validation de l'ÉPAT. Afin d'améliorer la qualité de la présente validation, les prochaines étapes que suggère Vallerand (1989) sont l'évaluation de la validité concomitante et de contenu, l'évaluation de la fidélité, l'évaluation de la validité de construit et pour finir, l'établissement de normes. Ces démarches seraient pertinentes à entreprendre, dans un projet futur, pour assurer une plus grande validité transculturelle. Quoi qu'il en soit, l'utilisation de la version actuelle reste pertinente pour les ergothérapeutes.

### **6.2 Utilisation de l'ÉPAT en ergothérapie**

Les bénéfices que représente l'utilisation de l'ÉPAT en ergothérapie sont nombreux. Les commentaires reçus de la part des experts lors de la collecte de données se sont avérés positifs en ce qui a trait à l'utilisation de l'ÉPAT. En effet, les deux personnes consultées se sont montrées intéressées à obtenir la version finale de l'outil. Selon elles, il s'agit d'une évaluation pertinente à utiliser dans leur domaine. De plus, ces deux expertes ont démontré de l'intérêt et de la curiosité envers le modèle théorique sous-jacent à l'outil d'évaluation. Cela souligne la pertinence des thèmes abordés dans l'ÉPAT.

Dans le cadre de ce projet, l'ÉPAT a été utilisé avec des personnes présentant une déficience motrice aux MS et utilisant des AT. Cependant, il va sans dire qu'il pourrait être tout à fait pertinent d'employer ce questionnaire avec d'autres clientèles et d'autres types

d'aides techniques (aides à la mobilité, à l'audition, à la vision, etc.), et notamment avec le chien d'assistance à la mobilité (CAM) (Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2001). Effectivement, les sphères abordées à travers l'outil d'évaluation, telles que les habiletés dans différents domaines, la satisfaction dans la réalisation des activités quotidiennes et l'autoperception, par exemple, peuvent aisément s'appliquer à l'utilisation du CAM.

### **6.3 Retombées pour la pratique**

En bénéficiant de cet outil d'évaluation, les ergothérapeutes seront sensibilisés à l'existence d'une grande variété de composantes essentielles et devant être prises en considération dans le processus d'évaluation d'un usager. Ces professionnels sont déjà en terrain connu lorsqu'il s'agit de s'interroger sur la personne, son environnement et ses occupations. Malgré tout, l'ÉPAT s'avère être un outil pertinent puisqu'il propose une série de sous-catégories complémentaires qui apportent différents éclairages sur l'utilisation des AT. De plus, il représente une ligne directrice que les ergothérapeutes pourront utiliser avec aisance et un canevas d'entrevue qui couvre un large domaine. Grâce à l'étendue de ses questions, les aspects importants sont couverts et la satisfaction du client s'en voit grandie. Cela permet aussi d'assurer l'utilisation des AT attribuées par le client et donc de diminuer l'abandon. En effet, cette approche est centrée sur le client et tient compte de sa perspective. Un autre aspect important à souligner est que, bien que la durée de l'évaluation initiale de l'ergothérapeute puisse être plus longue en raison de l'utilisation de l'ÉPAT, le temps gagné à long terme peut être rentabilisé. Effectivement, il est plus facile de cibler rapidement l'AT qui correspondra aux besoins du client avec cet outil, ce qui peut diminuer à long terme le nombre de réévaluations nécessaires.

### **6.4 Retombées théoriques**

Le MCPT s'avère pertinent pour la pratique en ergothérapie, particulièrement dans le contexte d'attribution des AT. L'outil traduit et validé ici découle de ce modèle et un survol de l'outil permet de constater que des dimensions diversifiées y sont abordées. De plus, il contient plusieurs dimensions qui sont considérées importantes par les ergothérapeutes. En effet, en comparant le MCPT avec le modèle théorique utilisé dans le domaine de l'ergothérapie et retenu dans le cadre conceptuel, soit le MCREO (Townsend et Polatajko,



2007), il est possible d'observer bon nombre de similitudes. Par exemple, les aspects physiques et cognitifs de la personne, les soins personnels ainsi que les environnements physique et social sont abordés autant dans l'un que dans l'autre. Aussi, la dimension spirituelle du MCREO peut correspondre à la motivation dans le MCPT, et dans l'ÉPAT, à des énoncés portant sur l'atteinte des buts et le sens accordé à la vie. Cependant, quelques différences subsistent entre le MCPT, l'outil et le MCREO. Par exemple, une grande portion de l'ÉPAT s'intéresse à l'autoperception de la personne. Il est à noter que la prise en considération de la perception de l'utilisateur et son implication dans les décisions qui le concernent font maintenant partie des pratiques à privilégier non seulement en ergothérapie, mais dans le domaine de la santé en général (Faculté de médecine, 2013). Bien que les dimensions affective et cognitive du MCREO puissent s'en rapprocher, l'autoperception est toutefois difficile à situer dans ce modèle théorique. La même observation peut être faite avec les dimensions du bien-être et de la routine, que l'on retrouve plus explicitement dans l'outil que dans le modèle utilisé par les ergothérapeutes. Il en est de même pour certains aspects qui peuvent être reliés aux dimensions culturelles et institutionnelles qui sont présentes dans l'outil, mais en rapport spécifiquement aux AT. L'ÉPAT s'avère donc un outil cohérent avec les approches généralement utilisées en ergothérapie et qui propose des dimensions ou des spécificités complémentaires et pertinentes pour les ergothérapeutes. Ils sont donc des professionnels bien placés pour utiliser cet outil.

## **6.5 Forces et limites de l'étude**

Comme l'étude a eu lieu dans un contexte bien précis et avec des ressources limitées, elle comprend bien entendu certaines forces et certaines limites. D'abord, une des forces de la méthode employée est d'avoir consulté à la fois des usagers utilisant des AT et des experts dans le domaine, ce qui a pu apporter deux visions différentes sur la compréhension et sur l'utilisation de l'outil d'évaluation. De plus, il s'agit principalement des deux groupes de personnes pouvant bénéficier de l'utilisation de cet outil, d'où la pertinence de les consulter. Ensuite, bien qu'étant de petite taille, l'échantillon des usagers était diversifié, tant au plan de l'âge, du sexe que du diagnostic des participants. Aussi, les usagers utilisaient et avaient abandonnés des AT très différentes. Encore une fois, cet aspect tend à générer des résultats

allant dans des directions diverses, ce qui est bénéfique puisque l'outil sera utilisé avec des personnes ayant des caractéristiques variées.

Plusieurs limites doivent être soulignées afin de pouvoir porter un regard critique sur les résultats obtenus. D'abord, la taille restreinte de l'échantillon consulté ne permet pas l'atteinte de la saturation des données. Aussi, bien que les experts consultés maîtrisent l'anglais, aucun traducteur n'a participé à l'étude, ce qui aurait permis d'accroître la validité de la traduction de l'outil. De plus, la traduction traditionnelle a été utilisée pour préparer la version préliminaire. Bien que cette méthode comporte plusieurs biais et qu'une méthode de traduction inversée<sup>2</sup> soit idéale pour la validation transculturelle (Vallerand, 1989), elle a tout de même été employée dans le contexte de la rédaction du projet d'intégration en raison de la limite de temps et des ressources disponibles. Finalement, une des limites de l'étude concerne le groupe d'utilisateurs, qui avait comme caractéristique commune une déficience motrice bilatérale aux MS. Cette similarité pourrait limiter la généralisation des commentaires obtenus à une population plus diversifiée.

---

<sup>2</sup> Traduction inversée: Ce type de traduction implique minimalement deux personnes. Généralement, la version préliminaire de l'outil est traduite par une personne bilingue, puis cette version est retraduite par une autre personne dans sa langue originale. Cette étape permet de vérifier si la reproduction est fidèle à la version originale et permet de faire les modifications nécessaires (Vallerand, 1989).

## 7. CONCLUSION

Pour conclure, les étapes de validation transculturelle de l'ÉPAT réalisées ont été rendues possibles grâce à la participation de plusieurs personnes issues de différents milieux, qui ont apporté chacune leur vision particulière de l'évaluation. Cela a permis de recueillir des commentaires très diversifiés et d'offrir une version de l'outil qui soit la plus compréhensible possible et la plus fidèle à la version originale. Il ne faut pas oublier qu'une partie de la méthode suggérée par Vallerand (1989) s'est avérée pertinente dans le contexte du projet d'intégration et qu'il est maintenant possible de poursuivre la démarche de validation transculturelle de l'outil en s'inspirant des étapes subséquentes. De plus, dans un projet futur, il serait possible de créer une version électronique de l'ÉPAT, qui pourrait être complétée directement à l'ordinateur, comme l'offre la version originale anglophone.

Finalement, la version de l'ÉPAT proposée dans ce document est pertinente pour les ergothérapeutes francophones travaillant auprès de toutes clientèles requérant des AT et des aides techniques. L'utilisation d'un tel outil contribue à améliorer la pratique car l'utilisation d'outils standardisés et reconnus fait partie de la pratique basée sur les preuves scientifiques qui est prônée pour tous les professionnels. De plus, l'outil comprend des dimensions diversifiées et ne s'intéresse pas seulement aux caractéristiques de l'AT, mais surtout à l'opinion de la personne. L'utilisation d'outils d'évaluation ayant cette visée est également encouragée chez les ergothérapeutes. En effet, la pratique centrée sur le client et la notion de patient partenaire suggèrent que la personne fasse partie intégrante de l'équipe de soin, que son savoir en lien avec sa situation soit pris en considération tout au long des interventions et qu'elle soit impliquée dans le processus de décision (Faculté de médecine, 2013). Cette avenue est à considérer dans l'avenir puisqu'elle suggère des résultats prometteurs.

## RÉFÉRENCES

- AbleData (s.d.). *Products*. Repéré à <http://www.abledata.com/abledata.cfm?pageid=19327&etksectionid=19327>
- Ahoniemi, E., Alaranta, H., Hokkinen, E. M., Valtonen, K., et Kautiainen, H. (2008). Incidence of traumatic spinal cord injuries in Finland over a 30-year period. *Spinal Cord*, 46, 781-784. doi: 10.1038/sc.2008.53
- Association canadienne des ataxies familiales (2013). *Symptômes*. Repéré à [http://www.lacaf.org/index.php?option=com\\_content&view=article&id=13%3Ales-symptomes&catid=16%3AAla-maladie&Itemid=20&lang=fr](http://www.lacaf.org/index.php?option=com_content&view=article&id=13%3Ales-symptomes&catid=16%3AAla-maladie&Itemid=20&lang=fr)
- Bernd, T., Van der Pijl, D., et de Witte, L. P. (2009). Existing models and instruments for the selection of assistive technology in rehabilitation practice. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 16, 146-158. doi: 10.1080/11038120802449362
- Boisvert, É. (2012). *Les technologies d'assistance auprès d'une clientèle ayant une déficience intellectuelle: habiliter l'occupation d'une nouvelle manière!* (Essai de maîtrise, Université du Québec à Trois-Rivières). Repéré à <http://depothe.uqtr.ca/4481/1/030314257.pdf>
- Centre de Réadaptation InterVal (2013). *Équipe de Consultation sur les Aides Techniques*. Repéré à <http://www.centreinterval.qc.ca/fr/programmes/ecat.asp>
- Chen, Y.-H., Rodger, S., et Polatajko, H. (2002). Experiences with the COPM and client-centred practice in adult neurorehabilitation in Taiwan. *Occupational Therapy International*, 9, 167-184.
- Copley, J., et Ziviani, J. (2007). Use of a team-based approach to assistive technology assessment and planning for children with multiple disabilities: A pilot study. *Assistive Technology*, 19, 109-125.
- Demers, L., Weiss-Lambrou, R., et Ska, B. (1996). Development of the Quebec user evaluation of satisfaction with assistive technology (QUEST). *Assistive Technology*, 8, 3-13.
- Dennis, M., Salman, M. S., Jewell, D., Hetherington, R., Spiegler, B. J., MacGregor, D. L., . . . Gentili, F. (2009). Upper limb motor function in young adults with spina bifida and hydrocephalus. *Child's Nervous System: ChNS: Official Journal of the International Society for Pediatric Neurosurgery*, 25, 1447-1453. doi : 10.1007/s00381-009-0948-x
- DeVivo, M. J. (2012). Epidemiology of traumatic spinal cord injury : Trends and future implications. *Spinal Cord*, 50, 365-372.
- Duggan, R. (2005). Reflection as a means to foster client-centred practice. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 72, 103-112.

- Eriks-Hoogland, I. E., de Groot, S., Post, M. W. M., et van der Woude, L. H. V. (2009). Passive shoulder range of motion impairment in spinal cord injury during and one year after rehabilitation. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 41, 438-444. doi: 10.2340/16501977-0355
- Faculté de médecine (2013). *Le partenariat de soins et de services*. Repéré à [http://www.med.umontreal.ca/faculte/bureau\\_facultaire\\_expertise\\_patient\\_partenaire/partenariat\\_soins\\_services.html](http://www.med.umontreal.ca/faculte/bureau_facultaire_expertise_patient_partenaire/partenariat_soins_services.html)
- Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche: Méthodes quantitatives et qualitatives*. Montréal, Québec : Les Éditions de la Chenelière.
- Friederich, A., Bernd, T., et de Witte, L. (2010). Methods for the selection of assistive technology in neurological rehabilitation practice. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 17, 308-318. doi: 10.3109/11038120903377082
- Gignac, M. A. M., et Cott, C. (1998). A conceptual model of independence and dependence for adults with chronic physical illness and disability. *Social Science and Medicine*, 47, 739-753.
- Heerkens, Y. F., Bougie, T., et de Kleijn-de Vrankrijker, M. W. (2013). Classification et terminologie des produits d'assistance. Dans : J. H. Stone, M. Blouin, (dir.), *International Encyclopedia of Rehabilitation*. Repéré à <http://cirrie.buffalo.edu/encyclopedia/fr/article/265/>
- Ivanoff, S. D., Iwarsson, D., et Sonn, U. (2006). Occupational therapy research on assistive technology and physical environment issues: A literature review. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 73, 109-119.
- Jutai, J., et Day, H. (2002). Psychosocial Impact of Assistive Devices Scale (PIADS). *Technology and Disability*, 14, 107-111.
- Kirshblum, S. (2004). New rehabilitation interventions in spinal cord injury. *The Journal Of Spinal Cord Medicine*, 27, 342-350.
- Laplace, J., Cole, M., McCusker, J., Singh, S., et Ouimet, M.-A. (2005). Validation d'une version française. *Perspective Infirmière*, 3(1), 12-22.
- Lindqvist, E., et Borell, L. (2010). The match between experienced difficulties in everyday activities after stroke and assistive technology for cognitive support. *Technology and Disability*, 22, 89-98. doi: 10.3233/TAD-2010-0294
- Martin, J. K., Martin, L. G., Stumbo, N. J., et Morrill, J. H. (2011). The impact of consumer involvement on satisfaction with and use of assistive technology. *Disability and Rehabilitation: Assistive Technology*, 6, 225-242. doi: 10.3109/17483107.2010.522685
- McKee, P., et Rivard, A. (2005). Orthoses as enablers of occupation : Client-centred splinting for better outcomes. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 71, 306-314.

- Meric, C., Pham, E., et Chéry-Croze, S. (1997). Traduction et validation du questionnaire «Mesure du handicap lié à l'acouphène» (Tinnitus Handicap Questionnaire, 1990). *The Journal of Otolaryngology*, 26 (3), 167-170.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (2001). *Projet d'implantation du programme des chiens d'assistance pour les personnes présentant une déficience motrice : Évaluation et recommandations*. Repéré à [http://www.mira.ca/fr/r-amp-d/10/IMG/pdf/1105-Programmechiensd\\_assistance.pdf](http://www.mira.ca/fr/r-amp-d/10/IMG/pdf/1105-Programmechiensd_assistance.pdf)
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (2013). *Aides techniques*. Repéré à [http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/groupe/personnes\\_handicapees/index.php?aides\\_techniques](http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/groupe/personnes_handicapees/index.php?aides_techniques)
- Muncert, E. S., Bickford, S. A., Guzik, B. L., Demuth, B. R., Bapat, A. R., et Roberts, J. B. (2011). Enhancing the quality of life and preserving independence for target needs populations through integration of assistive technology devices. *Telemedicine Journal and e-Health*, 17, 478-483. doi: 10.1089/tmj.2010.0206
- Nguyen, T., Garrett, R., Downing, A., Walker, L., et Hobbs, D. (2007). Research into telecommunications options for people with physical disabilities. *Assistive Technology*, 19, 78-93.
- Ordre des ergothérapeutes du Québec (OEQ) (2008). *Secteurs d'activités*. Repéré à <http://www.oeq.org/profession/secteur-activite.fr.html>
- Ordre des ergothérapeutes du Québec (OEQ) (2010). *Référentiel de compétences lié à l'exercice de la profession d'ergothérapeute au Québec*. Repéré à [http://www.oeq.org/userfiles/File/Publications/Doc\\_professionnels/OEQ-Referentiel-Competences\\_2010\\_Couleurs.pdf](http://www.oeq.org/userfiles/File/Publications/Doc_professionnels/OEQ-Referentiel-Competences_2010_Couleurs.pdf)
- Park, E. S., Sim, E. G., et Rha, D. W. (2011). Effect of upper limb deformities on gross motor and upper limb functions in children with spastic cerebral palsy. *Research In Developmental Disabilities*, 32, 2389-2397.
- Pickett, G. E., Campos-Benitez, M., Keller, J. L., Duggal, N. (2006). Epidemiology of traumatic spinal cord injury in Canada. *Spine*, 31, 799-805.
- Polatajko, H. J., Davis, J., Steward, D., Cantin, N., Amoroso, B., Purdie L., et Zimmerman, D. (2008). Préciser le domaine de préoccupation : L'occupation comme base. Dans E. A. Townsend et H. J. Polatajko (dir.), *Faciliter l'occupation : L'avancement d'une vision de l'ergothérapie en matière de santé, bien-être et justice à travers l'occupation* (p. 15-42). Ontario, Ottawa (: CAOT publications ACE.
- Post, M. W., van Leeuwen, C. M., van Koppenhagen, C. F., et de Groot, S. (2012). Validity of the Life Satisfaction Questions, the Life Satisfaction Questionnaire, and the Satisfaction With Life Scale in persons with spinal cord injury. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 93, 1832-1837.

- Rajput, A., Robinson, C. A., et Rajput, A. H. (2004). Essential tremor course and disability: A clinicopathologic study of 20 cases. *Neurology*, 62, 932-936.
- Reimer-Reiss, M. L., et Wacker, R. R. (2000). Factors associated with assistive technology discontinuance among individuals with disabilities. *Journal of Rehabilitation*, 66(3), 44-50.
- Rupp, R., et Gerner, H. J. (2004). Neuroprosthetics of the upper extremity--clinical application in spinal cord injury and future perspectives. *Biomedizinische Technik. Biomedical Engineering*, 49(4), 93-98.
- Scherer, M. J. (2005). Assessing the benefits of using assistive technologies and other supports for thinking, remembering and learning. *Disability and Rehabilitation*, 27, 731-739. doi: 10.1080/09638280400014816
- Scherer, M. J., et Craddock, G. (2002). Matching Person & Technology (MPT) assessment process. *Technology and Disability*, 14, 125-131.
- Scherer, M. J., et Cushman, L. A. (2001). Measuring subjective quality of life following spinal cord injury: A validation study of the Assistive Technology Device Predisposition Assessment. *Disability and Rehabilitation*, 23, 387-393.
- Scherer, M. J., et Frisina, D. R. (1998). Characteristics associated with marginal hearing loss and subjective well-being among a sample of older adults. *Journal of Rehabilitation Research and Development*, 35, 420-426.
- Scherer, M. J., et Glueckauf, R. (2005). Assessing the benefits of assistive technologies for activities and participation. *Rehabilitation Psychology*, 50, 132-141. doi : 10.1037/0090-5550.50.2.132
- Scherer, M. J., Sax, C., Vanbiervliet, A., Cushman, L. A., et Scherer, J. V. (2005). Predictors of assistive technology use: the importance of personal and psychosocial factors. *Disability and Rehabilitation*, 27, 1321-1331. doi : 10.1080/09638280500164800
- Statistique Canada (2001). *Enquête sur la participation et les limitations d'activités de 2001*. Repéré à <http://www.statcan.gc.ca/pub/89-577-x/t/4065020-fra.htm>
- Steel, D. M., et Gray, M. A. (2009). Baby boomers' use and perception of recommended assistive technology: A systematic review. *Disability and Rehabilitation: Assistive Technology*, 4, 129-136. doi: 10.1080/17483100902767175
- Stickel, M. S., Ryan, S., Rigby, P. J., et Jutai, P. W. (2002). Toward a comprehensive evaluation of the impact of electronic aids to daily living: Evaluation of consumer satisfaction. *Disability and Rehabilitation*, 24, 115-125. doi: 10.1080/09638280110066794
- Stuberg, W. (2001). Home accessibility and adaptive equipment in duchenne muscular dystrophy: A case report. *Pediatric Physical Therapy*, 13(4), 169-174.

- Sumsion, T. (2005). Facilitating client-centred practice: Insights from clients. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 72, 13-20.
- Sumsion, T, et Law, M. (2006). A review of evidence on the conceptual elements informing client-centred practice. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 73, 153-162.
- Townsend, E. A., et Polatajko, H. J. (2007). *Enabling occupation II: Advancing an occupational therapy vision for health, well-being and justice through occupation*. Ottawa: CAOT Publications ACE
- Vallerand, R. J. (1989). Vers une méthodologie de validation trans-culturelle de questionnaires psychologiques: Implications pour la recherche en langue française. *Psychologie Canadienne*, 30, 662-680.
- Verdonck, M. C., Chard, G., et Nolan, M. (2011). Electronic aids to daily living: be able to do what you want. *Disability and Rehabilitation: Assistive Technology*, 6, 268-281. doi: 10.3109/17483107.2010.525291
- Verza, R., Carvalho, M. L., Battaglia, M. A., et Uccelli, M. M. (2006). An interdisciplinary approach to evaluating the need for assistive technology reduces equipment abandonment. *Multiple Sclerosis*, 12(1), 88-93.
- Vrkljan, B., et Miller-Polgard, J. (2001). Meaning of occupational engagement in life-threatening illness: A qualitative pilot project. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 68, 237-246.
- Wessels, R., de Witte, L., Andrich, R., Ferrario, M., Persson, J., Oberg, B., ... Lorentsen, O. (2000). IPPA, a user-centred approach to assess effectiveness of assistive technology provision. *Technology and Disability*, 13, 105-115.
- Wey, S. (2005). One size does not fit all: Person-centred approaches to the use of assistive technology. Dans M. Marshall (dir.), *Perspectives on rehabilitation and dementia* (p. 202-208). Londres, Angleterre : Athenaeum Press.
- World Health Organization (2002). *Towards a common language for functioning, disability and health : ICF, the International Classification of Functioning, Disability and Health*. Geneva : WHO. Repéré à <http://www.who.int/classification/icf>
- Wynia, K., van Wijlen, A. T., Middel, B., Reijneveld, S. A., et Meilof, J. F. (2012). Change in disability profile and quality of life in multiple sclerosis patients: A five-year longitudinal study using the Multiple Sclerosis Impact Profile (MSIP). *Multiple Sclerosis Journal*, 18, 654-661. doi: 10.1177/1352458511423935
- Zhang, C., McCarthy, C., et Craik, J. (2008). Students as translators for the Canadian Model of Occupational Performance and Engagement. *Occupational Therapy Now*, 10(3), 3-5.



## ANNEXE A – VERSION ORIGINALE DE L'ADTPA (présentée ici avec l'autorisation des auteurs)

Follow-up Person	<b>Assistive Technology Device Predisposition Assessment</b> CONSUMER FORM	FORM 4-1 Consumer
---------------------	---	----------------------

Name _____	Age _____
Primary Goals (6 months) _____	Today's Date _____
Primary Goals (1 year+) _____	Form Completed By _____

**A. How would you rate your abilities today in the following 9 areas when using your current AT or other support?**

- For items 1-9, mark the best response (1 for *poor* through 5 for *excellent*).
- Under *Name of Support* write the name of the support you use where relevant (example: 'eyeglasses' for # 1, *seeing*).
- Write a plus [+] in the spaces where you expect to need more support over the next year (example: 'eyeglasses' gets [+] if you'll expect to need stronger lenses during the next year). Write a [-] in the spaces where you expect to need less support, and a [0] where you expect your support should stay the same over the next year.

	Poor	Average	Excellent	Name of Support	Need more [+], less [-], same [0]	
1. Seeing	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	_____
2. Hearing	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	_____
3. Speech	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	_____
4. Understanding, remembering	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	_____
5. Physical strength/stamina	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	_____
6. Lower body use (hips, legs, feet)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	_____
7. Grasping and use of fingers	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	_____
8. Upper body use (arms, shoulders, trunk)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	_____
9. Mobility (getting from place to place)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	_____

**B. How satisfied are you currently in the following areas?**

- For items 10 – 21, circle the best response (1 for *Not Satisfied* through 5 for *Very Satisfied*).
- Which 3 items are most important to you? Under *3 Most Important*, write #1, #2 or #3 for the three areas that concern you most (#1=most important). Leave the other lines blank.
- For your 3 *Most Important* items, write the primary obstacles and barriers you face in the space beside that item.

	Not Satisfied	Satisfied	Very Satisfied	3 Most Important		
10. Personal care and household activities	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	_____
11. Physical comfort & well-being	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	_____
12. Overall health	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	_____
13. Freedom to go wherever desired	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	_____
14. Participation in desired activities	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	_____
15. Educational attainment	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	_____
16. Employment status/potential	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	_____
17. Family relationships	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	_____
18. Close, intimate relationships	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	_____
19. Autonomy and self-determination (choosing)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	_____
20. Fitting in, belonging, feeling connected	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	_____
21. Emotional well-being	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	_____

**C. PLEASE MARK ALL THE STATEMENTS BELOW THAT DESCRIBE YOU.** Mark only those that *frequently or often* apply to you and ignore those that *very rarely or never* apply to you.

<input type="checkbox"/> 22. I have the support I want from family <input type="checkbox"/> 23. I have the support I want from friends <input type="checkbox"/> 24. I feel encouraged by therapists, caregivers <input type="checkbox"/> 25. I feel the general public accepts me <input type="checkbox"/> 26. I aspire to go to school or work <input type="checkbox"/> 27. I have many things I want to accomplish <input type="checkbox"/> 28. I do what my therapists say without question <input type="checkbox"/> 29. I view my therapist(s) as friends, too <input type="checkbox"/> 30. I am often frustrated or overwhelmed <input type="checkbox"/> 31. I am curious & excited about new things <input type="checkbox"/> 32. I am determined to meet my goals	<input type="checkbox"/> 33. I am usually calm and patient <input type="checkbox"/> 34. My life has purpose, meaning <input type="checkbox"/> 35. I am self-disciplined <input type="checkbox"/> 36. I am often angry <input type="checkbox"/> 37. I am often depressed <input type="checkbox"/> 38. I prefer to be left alone <input type="checkbox"/> 39. I am often discouraged <input type="checkbox"/> 40. I am quite resourceful <input type="checkbox"/> 41. I like having a challenge <input type="checkbox"/> 42. I am responsible & reliable <input type="checkbox"/> 43. I am generally satisfied with my life	<input type="checkbox"/> 44. I find technology interesting <input type="checkbox"/> 45. I am cooperative <input type="checkbox"/> 46. I prefer a quiet lifestyle <input type="checkbox"/> 47. I often feel isolated & alone <input type="checkbox"/> 48. I accomplish what I set out to do <input type="checkbox"/> 49. I am not sure who I am now <input type="checkbox"/> 50. I want more independence <input type="checkbox"/> 51. I have a good self image <input type="checkbox"/> 52. I often feel insecure <input type="checkbox"/> 53. I feel as if I have little privacy <input type="checkbox"/> 54. My therapist(s) know better than I what I need
---	---	---

**D. COMMENTS:**

Follow-up  
Person

## Assistive Technology Device Predisposition Assessment

CONSUMER FORM

FORM 4-1  
Consumer

### For Determining How Well Devices Used Match with Desired Outcomes

Name _____	Form completed by _____
Primary Goals (6 months) _____	Today's Date _____
Primary Goals (1 year+) _____	

**DIRECTIONS:** Write the name of each device you are rating in the boxes below under **Device**. An example has been provided. Write how many hours per day you currently use each device. For each device, enter a [x] for the 3 items (A-L) that are most important to you. Then rate each device on the 12 items (A-L) according to the following scale and write your ratings in the appropriate boxes:

- |  |  |
|--|--|
| <b>5</b> = All the time (100% of the time)<br><b>4</b> = Often (around 75% of the time)<br><b>3</b> = Half the time, neutral (about 50% of the time) | <b>2</b> = Sometimes (around 25% of the time)<br><b>1</b> = Not at all (0% of the time)<br><b>0</b> = Not applicable |
|--|--|

	Question	Example Quad Cane	Device 1: <small>(device name)</small>	Device 2: <small>(device name)</small>	Device 3: <small>(device name)</small>
	<b>How many hours a day I currently use this device...</b>	<b>12 hours</b>			
A	This device is helping me to achieve my goals (including the primary AT goals written above).	<b>5</b>			
B	This device is benefiting me and improving my quality of life.	<b>3</b>			
C	I'm confident I'm getting the most out of this device and its various features.	x <b>4</b>			
D	I feel more secure (safe, sure of myself) when using this device.	x <b>5</b>			
E	This device fits well with my accustomed routine.	<b>4</b>			
F	I have the capabilities and stamina to use this device without discomfort, stress and fatigue.	x <b>3</b>			
G	I have the supports, assistance and accommodations to successfully use this device.	<b>4</b>			
H	This device physically fits in all desired environments (car, living room, etc.).	<b>3</b>			
I	I feel comfortable (and <i>not</i> self-conscious) using this device around family.	<b>4</b>			
J	I feel comfortable (and <i>not</i> self-conscious) using this device around friends.	<b>4</b>			
K	I feel comfortable (and <i>not</i> self-conscious) using this device at school or work.	<b>4</b>			
L	I feel comfortable (and <i>not</i> self-conscious) using this device around the community.)	<b>4</b>			
	<b>Total</b> <small>(add A-L)</small>	<b>47</b>			

Review the scores above. In general, taking into account any items that were scored 0 for *Not applicable*, the higher the **total score** (the maximum number of points=60), the more satisfied you are and the more usable the device. However, when multiple devices are being compared and total scores are close, more weight should be given to the 3 items checked as being *most important*.

#### COMMENTS AND NOTES:

Follow-up  
Person**Assistive Technology Device Predisposition Assessment**  
CONSUMER FORMFORM 4-1  
Consumer**Reasons for Not Using One or More Devices**

**DIRECTIONS:** Write the name of each device you are rating in the boxes below under *Device*. Write about how many weeks you **used** each device. For each device, enter a [x] for the 3 items (A-L) that are most important to you. Then rate each device on the 12 items (A-L) according to the following scale and write your ratings in the appropriate boxes. An example has been provided.

5 = All the time (100% of the time)

4 = Often (around 75% of the time)

3 = Half the time, neutral (about 50% of the time)

2 = Sometimes (around 25% of the time)

1 = Not at all (0% of the time)

0 = Not applicable

	Question	Ex. Quad Cane	Device 1: (device name)	Device 2: (device name)	Device 3: (device name)
	<b>Number of weeks you used the device.</b>	<b>36</b>			
A	Did the device help you to achieve your goals (including the primary AT goals written above)?	5			
B	Did the device benefit you and improve your quality of life?	3			
C	Are you confident you got the most out of the device and its various features?	x 4			
D	Did you feel secure (safe, sure of myself) when using this device?	x 5			
E	Did the device fit well with your accustomed routine?	4			
F	Did you possess the capabilities and stamina to use this device without discomfort, stress and fatigue?	x 3			
G	Did you have the supports, assistance and accommodations to successfully use this device?	4			
H	Did the device physically fit in all desired environments (car, living room, etc.)?	3			
I	Did you feel comfortable (and <i>not</i> self-conscious) using this device around family?	4			
J	Did you feel comfortable (and <i>not</i> self-conscious) using this device around friends?	4			
K	Did you feel comfortable (and <i>not</i> self-conscious) using this device at school or work?	4			
L	Did you feel comfortable (and <i>not</i> self-conscious) using this device around the community?	4			
M	<b>Primary reason you stopped using the device.</b>	<b>D</b>			
	<b>Total (add A-L)</b>	<b>47</b>			

**Directions:** On line M write the letter of the *primary* reason from the list below why you stopped using each device.

- |                                      |  |
|--------------------------------------|--|
| a. It broke and I can't use it       | g. I felt self-conscious using it                                |
| b. It was too inconvenient to use    | h. I didn't get the training I needed to use it well             |
| c. It wasn't the right size for me   | i. It didn't fit with my needs/preferences/lifestyle             |
| d. It didn't help as much as I hoped | j. I replaced it with a different device or support. What? _____ |
| e. It was too complicated to use     | k. I no longer need to use it because _____                      |
| f. It costs too much money to use    | l. Other: _____  |

**REVIEW THE SCORES ABOVE.** In general, taking into account any items that were scored 0 for *Not applicable*, the higher the **total score** (maximum points=60), the more satisfied the user and the more usable the device. However, when multiple devices are being compared and total scores are close, more weight should be given to the three items circled as being *most important* and to the **primary reason** for stopping use.

**COMMENTS AND NOTES:**

**ANNEXE B - VERSION PRÉLIMINAIRE DE L'ÉPAT**

Nom : Âge :

Objectifs principaux (6 mois): Date :

Objectifs principaux (1 an +) : Formulaire complété par :

**A. En date d'aujourd'hui, comment évaluez-vous vos habiletés dans les 9 sphères suivantes, lorsque vous utilisez vos aides technologiques habituelles ou d'autres aides techniques?**

- Pour les énoncés 1-9, inscrivez la meilleure réponse (1 pour *Pauvre* à 5 pour *Excellent*).
- Sous **Nom de l'aide technologique** écrivez le nom de l'aide technologique que vous utilisez à l'endroit approprié (exemple : «verres correcteurs» au #1, *vision*).
- Inscrivez le signe [+] dans les espaces où vous vous attendez à avoir besoin de plus d'aide dans la prochaine année (exemple : inscrivez [+] sous «verres correcteurs» si vous vous attendez à avoir besoin de lentilles plus fortes dans la prochaine année). Écrivez [-] dans les espaces où vous pensez requérir moins d'aide et [0] où vous considérez que l'aide restera la même pour la prochaine année.

	Pauvre	Moyen	Excellent	Nom de l'aide technologique	Besoin de plus [+], moins [-], même [0].
1. Vision	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2. Audition	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3. Langage	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
4. Compréhension, mémoire	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
5. Force physique, endurance	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
6. Utilisation des membres inférieurs (hanches, jambes, pieds)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
7. Préhension et utilisation des doigts	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
8. Utilisation des membres supérieurs (bras, épaules, tronc)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
9. Mobilité (se déplacer d'un endroit à l'autre)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

**B. Quel est votre niveau de satisfaction actuel dans les sphères suivantes?**

- Pour les énoncés 10-21, inscrivez la meilleure réponse (1 pour *Insatisfaisant* à 5 pour *Très satisfaisant*).
- Quels sont les trois énoncés les plus importants pour vous? Sous **Trois plus importants**, inscrivez #1, #2 ou #3 pour les trois sphères ayant le plus d'intérêt pour vous (#1 = le plus important). Laissez les autres lignes vides.
- Pour les trois énoncés les plus importants, inscrivez les principaux obstacles et barrières que vous rencontrez dans l'espace à côté de ces énoncés.

	Insatisfaisant	Satisfaisant		Très satisfaisant	Trois plus importants
10. Soins personnels et entretien ménager	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
11. Confort physique et bien-être	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
12. Santé globale	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
13. Liberté de se rendre où désiré	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
14. Participation dans les activités désirées	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
15. Niveau de scolarité	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
16. Statut d'emploi/potentiel	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
17. Relations familiales	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
18. Relations proches, intimes	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
19. Autonomie et autodétermination (choisir)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
20. Sentiment d'appartenance, se sentir à sa place	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
21. Bien-être émotionnel	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

**C. Veuillez faire un crochet vis-à-vis chaque affirmation vous décrivant.** Choisissez seulement celles qui s'appliquent *fréquemment* ou *souvent*, et ignorez celles qui s'appliquent *rarement* ou qui ne s'appliquent *jamais* à vous.

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> 22. J'ai le soutien que je souhaite de ma famille                     | <input type="checkbox"/> 33. Je suis habituellement calme et patient   | <input type="checkbox"/> 44. Je trouve la technologie intéressante                                   |
| <input type="checkbox"/> 23. J'ai le soutien que je souhaite de mes amis                       | <input type="checkbox"/> 34. Ma vie a un but, un sens                  | <input type="checkbox"/> 45. Je suis coopératif  |
| <input type="checkbox"/> 24. Je me sens encouragé par les thérapeutes et prestataires de soins | <input type="checkbox"/> 35. Je suis auto-discipliné                   | <input type="checkbox"/> 46. Je préfère un style de vie calme  |
| <input type="checkbox"/> 25. Je sens que la population en général m'accepte                    | <input type="checkbox"/> 36. Je suis souvent en colère                 | <input type="checkbox"/> 47. Je me sens souvent isolé et seul  |
| <input type="checkbox"/> 26. Je souhaite aller à l'école ou obtenir un emploi                  | <input type="checkbox"/> 37. Je suis souvent déprimé                   | <input type="checkbox"/> 48. Je termine ce que j'entreprends   |
| <input type="checkbox"/> 27. Il y a beaucoup de choses que j'aimerais accomplir                | <input type="checkbox"/> 38. Je préfère être seul                      | <input type="checkbox"/> 49. Je ne suis pas sûr de qui je suis maintenant                            |
| <input type="checkbox"/> 28. Je fais ce que mes thérapeutes disent sans poser de questions     | <input type="checkbox"/> 39. Je suis souvent découragé                 | <input type="checkbox"/> 50. Je veux plus d'indépendance   |
| <input type="checkbox"/> 29. Je vois mes thérapeutes également comme des amis                  | <input type="checkbox"/> 40. Je suis une personne pleine de ressources | <input type="checkbox"/> 51. J'ai une bonne image de moi-même  |
| <input type="checkbox"/> 30. Je suis souvent frustré ou débordé                                | <input type="checkbox"/> 41. J'aime relever des défis                  | <input type="checkbox"/> 52. Je me sens souvent insécure   |
| <input type="checkbox"/> 31. Je suis curieux et enthousiaste à propos des nouvelles choses     | <input type="checkbox"/> 42. Je suis responsable et fiable             | <input type="checkbox"/> 53. Je sens que j'ai peu d'intimité   |
| <input type="checkbox"/> 32. Je suis déterminé à atteindre mes buts                            | <input type="checkbox"/> 43. Je suis généralement satisfait de ma vie  | <input type="checkbox"/> 54. Mon (mes) thérapeute(s) sait (savent) mieux que moi ce dont j'ai besoin |

**D. Commentaires :**

Suivi  
Personne

## Évaluation de la prédisposition à l'utilisation d'une aide technologique (version préliminaire)

FORMULAIRE DU CLIENT

Formulaire  
4-1  
Client

**Déterminer jusqu'à quel point les aides technologiques utilisées correspondent aux objectifs visés.**

**INSTRUCTIONS :** Écrivez le nom de chaque aide technologique considérée dans la boîte sous **AT**. Un exemple est fourni. Écrivez combien d'heures par jour vous utilisez habituellement chaque aide technologique. Pour chaque aide technologique, inscrivez un [x] pour les trois énoncés (A-L) les plus importants pour vous. Ensuite, évaluez chaque aide technologique par rapport aux 12 énoncés (A-L) en utilisant l'échelle suivante et inscrivez les chiffres dans les cases appropriées.

**5** = Tout le temps (100% du temps)

**4** = Souvent (environ 75% du temps)

**3** = La moitié du temps, neutre (environ 50% du temps)

**2** = Parfois (environ 25% du temps)

**1** = Pas du tout (0% du temps)

**0** = Non applicable

	Affirmations	Exemple Canne quadripode	AT 1 Nom :	AT 2 Nom :	AT 3 Nom :
	<b>Combien d'heures par jour j'utilise habituellement cette aide technologique?</b>	<b>12 heures</b>			
A	Cette AT m'aide à atteindre mes buts (incluant ceux écrits plus haut).	5			
B	Cette AT est bénéfique pour moi et augmente ma qualité de vie.	3			
C	Je suis confiant que j'obtiens le maximum de cette AT et ses diverses caractéristiques.	4 X			
D	Je me sens davantage en sécurité (sûr de moi) en utilisant cette AT.	5 X			
E	Cette AT s'agence bien avec ma routine habituelle.	4			
F	J'ai les capacités et l'endurance pour utiliser cette AT sans ressentir d'inconfort, de fatigue ou de stress.	3 X			
G	J'ai le soutien, l'assistance et les accommodements pour utiliser adéquatement l'AT.	4			
H	Cette AT convient à tous les environnements utilisés (voiture, domicile, etc.)	3			
I	Je me sens confortable (et non embarrassé) d'utiliser cette AT dans ma famille.	4			
J	Je me sens confortable (et non embarrassé) d'utiliser cette AT avec des amis.	4			
K	Je me sens confortable (et non embarrassé) d'utiliser cette AT à l'école ou au travail.	4			
L	Je me sens confortable (et non embarrassé) d'utiliser cette AT dans la communauté.	4			
	<b>Total (addition A-L) :</b>	<b>47</b>			

**Examiner les résultats ci-haut.** En général, en prenant en considération que chaque énoncé noté 0 est *Non applicable*, plus le **résultat total** est élevé (nombre maximum de points = 60), plus vous êtes satisfait et plus l'aide technologique est utilisable. Toutefois, lorsque plusieurs AT ont été comparées et que des résultats totaux sont similaires, davantage de poids doit être donné aux trois énoncés considérés comme étant plus importants.

## Commentaires et notes :

Suivi  
Personne

# Évaluation de la prédisposition à un dispositif technologique d'assistance (version préliminaire)

FORMULAIRE DU CLIENT

Formulaire  
4-1  
Client

## Raisons pour ne pas utiliser une ou plusieurs aides technologiques

INSTRUCTIONS : Écrivez le nom de chaque aide technologique que vous évaluez dans les cases sous **AT**. Écrivez combien de semaines vous **avez utilisé** chaque aide technologique. Pour chaque aide technologique, inscrivez un [x] pour les trois énoncés (A-L) qui sont les plus importants pour vous. Ensuite, évaluez chaque aide technologique par rapport aux 12 énoncés (A-L) en utilisant l'échelle suivante et inscrivez les chiffres dans les cases appropriées.

5 = Tout le temps (100% du temps)

4 = Souvent (environ 75% du temps)

3 = La moitié du temps, neutre (environ 50% du temps)

2 = Parfois (environ 25% du temps)

1 = Pas du tout (0% du temps)

0 = Non applicable

	Affirmations	Exemple Canne quadripode	AT 1 Nom :	AT 2 Nom :	AT 3 Nom :
	<b>Nombre de semaines durant lesquelles vous avez utilisé l'aide technologique.</b>	<b>36 semaines</b>			
A	Est-ce que cette AT vous aidait à atteindre vos buts (incluant ceux écrits plus haut)?	5			
B	Est-ce que cette AT était bénéfique pour vous et augmentait votre qualité de vie?	3			
C	Êtes-vous confiant que vous avez obtenu le maximum de cette AT et de ses diverses caractéristiques.	X 4			
D	Est-ce que vous vous sentiez en sécurité (sûr de vous) lorsque vous utilisiez cette AT?	X 5			
E	Est-ce que cette AT s'agencait bien avec votre routine habituelle?	4			
F	Est-ce que vous aviez les capacités et l'endurance pour utiliser cette AT sans ressentir d'inconfort, de fatigue ou de stress?	X 3			
G	Est-ce que vous aviez le soutien, l'assistance et les accommodements pour utiliser adéquatement l'AT?	4			
H	Est-ce que cette AT convenait à tous les environnements utilisés (voiture, domicile, etc.)?	3			
I	Est-ce que vous vous sentiez confortable (et non embarrassé) d'utiliser cette AT dans votre famille?	4			
J	Est-ce que vous vous sentiez confortable (et non embarrassé) d'utiliser cette AT avec des amis?	4			
K	Est-ce que vous vous sentiez confortable (et non embarrassé) d'utiliser cette AT à l'école ou au travail?	4			
L	Est-ce que vous vous sentiez confortable (et non embarrassé) d'utiliser cette AT dans la communauté?	4			
M	<b>Raison principale pour laquelle vous</b>	<b>D</b>			



	<b>avez arrêté d'utiliser l'AT</b>				
	Total (addition A-L) :	47			

**Instructions :** Sur la ligne M, écrivez la lettre correspondant à la raison *principale* de la liste ci-dessous pour laquelle vous avez arrêté d'utiliser chaque aide technologique.

- |   |   |
|---|---|
| a. L'AT s'est brisée et je ne pouvais pas l'utiliser      | g. Je me sentais embarrassé de l'utiliser                                 |
| b. L'AT n'était pas pratique à utiliser                   | h. Je n'ai pas eu l'entraînement que j'avais besoin pour bien l'utiliser  |
| c. L'AT n'était pas de la bonne dimension pour moi        | i. L'AT ne correspondait pas à mes (mon) besoins/préférences/style de vie |
| d. L'AT ne me venait pas en aide autant que je l'espérais | j. Je l'ai remplacée par une AT ou une aide différente. Laquelle?         |
| e. L'AT était trop compliquée à utiliser                  | _____ k. Je n'avais plus besoin de l'utiliser parce que                   |
| f. L'AT coûtait trop cher à utiliser                      | _____ l. Autre : _____  |

**Examiner les résultats ci-haut.** En général, en prenant en considération que chaque énoncé noté 0 est *Non applicable*, plus le **résultat total** est élevé (nombre maximum de points = 60), plus vous êtes satisfait et plus l'aide technologique est utilisable. Toutefois, lorsque des résultats totaux sont similaires, davantage de poids doit être donné aux trois énoncés considérés comme étant plus importants et à la **raison principale** pour avoir cessé l'utilisation.

**Commentaires et notes :**

## ANNEXE C – GUIDE D'ENTREVUE

### **Questionnaire suite à la complétion de l'*Évaluation de la prédisposition à un dispositif technologique d'assistance (version préliminaire)***

Version usager

- 1- Selon vous, les questions comprises dans l'outil d'évaluation sont-elles formulées de façon claire?
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
- 2- Est-ce que les termes employés permettent de bien comprendre le sens des questions?
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
- 3- Selon vous, est-ce que le questionnaire est complet? Est-ce que d'autres questions devraient être posées?
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
- 4- Quels sont vos commentaires suite à l'administration de l'outil d'évaluation?
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
- 5- Avez-vous des suggestions permettant d'améliorer le contenu de l'outil d'évaluation?

## ANNEXE D - CERTIFICAT ÉTHIQUE



### Université du Québec à Trois-Rivières CERTIFICAT D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE

#### RAPPORT DU COMITÉ D'ÉTHIQUE :

Le comité d'éthique de la recherche, mandaté à cette fin par l'Université, certifie avoir étudié le protocole de recherche :

**Titre du projet :** Validation de la traduction française de l'outil Assistive Technology Device Predisposition Assessment auprès d'une clientèle ayant une déficience motrice sévère aux membres supérieurs

**Chercheurs :** Noémie Prévost-Fontaine  
Département d'ergothérapie

#### Organismes :

et a convenu que la proposition de cette recherche avec des êtres humains est conforme aux normes éthiques.

#### PÉRIODE DE VALIDITÉ DU PRÉSENT CERTIFICAT :

Date de début : 30 novembre 2012

Date de fin : 30 novembre 2013

#### COMPOSITION DU COMITÉ :

Le comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Trois-Rivières est composé des catégories de personnes suivantes, nommées par le conseil d'administration :

- six professeurs actifs ou ayant été actifs en recherche, dont le président et le vice-président;
- une personne membre ou non de la communauté universitaire, possédant une expertise dans le domaine de l'éthique;
- un(e) étudiant(e) de deuxième ou de troisième cycle;
- un technicien de laboratoire;
- une personne ayant une formation en droit et appelée à siéger lorsque les dossiers le requièrent;
- une personne extérieure à l'Université;
- un secrétaire provenant du Décanat des études de cycles supérieurs et de la recherche ou un substitut suggéré par le doyen des études de cycles supérieurs et de la recherche.

#### SIGNATURES :

L'Université du Québec à Trois-Rivières confirme, par la présente, que le comité d'éthique de la recherche a déclaré la recherche ci-dessus mentionnée entièrement conforme aux normes éthiques.

Hélène-Marie Thérien  
Présidente du comité

Fanny Longpré  
Secrétaire du comité

Date d'émission : 30 novembre 2012

N° du certificat : CER-12-185-06.22  
D'ÉCSR

## ANNEXE E - LETTRE D'INFORMATION DES USAGERS



## LETTRE D'INFORMATION

---

***Invitation à participer au projet de recherche Validation de la traduction de l'outil Assistive Technology Device Predisposition Assessment auprès d'une clientèle ayant une déficience motrice sévère aux membres supérieurs.***

**Chercheuse principale : Noémie Prévost-Fontaine, étudiante à la maîtrise en ergothérapie, Université du Québec à Trois-Rivières**

**Directrice de recherche : Claire Dumont, erg. Ph.D., professeur au département d'ergothérapie de l'Université du Québec à Trois-Rivières**

Votre participation à la recherche, qui vise à valider un outil d'évaluation permettant de proposer des aides technologiques à des usagers ayant une déficience motrice, serait grandement appréciée.

**Objectifs**

Les objectifs de ce projet de recherche sont d'évaluer la validité de la traduction française de l'outil d'évaluation *Assistive Technology Device Predisposition Assessment*, soit *l'Évaluation de la prédisposition à un dispositif technologique d'assistance*, et de fournir une version française de l'outil aux ergothérapeutes francophones. Cet outil peut servir pour aider à sélectionner les aides techniques qui sont les plus appropriées à une personne, en fonction de ses aptitudes, ses besoins et des ressources dont elle dispose dans son environnement. Les renseignements donnés dans cette lettre d'information visent à vous aider à comprendre exactement ce qu'implique votre éventuelle participation à la recherche et à prendre une décision éclairée à ce sujet. Nous vous demandons donc de lire le formulaire de consentement attentivement et de poser toutes les questions que vous souhaitez poser. Vous pouvez prendre tout le temps dont vous avez besoin avant de prendre votre décision.

**Tâche**

Votre participation à ce projet de recherche consiste à répondre verbalement à la version traduite de l'outil d'évaluation ainsi qu'à donner votre opinion sur cet outil. La complétion de l'outil d'évaluation et du questionnaire prendra environ 45 minutes et se déroulera à votre domicile ou à un endroit de votre choix. Une seule rencontre est nécessaire.

### **Risques, inconvénients, inconforts**

Aucun risque n'est associé à votre participation. Le temps consacré au projet, soit environ 45 minutes, demeure le seul inconvénient.

### **Bénéfices**

La contribution à l'avancement des connaissances au sujet de l'outil d'évaluation *Assistive Technology Device Predisposition Assessment* est le seul bénéfice direct prévu à votre participation. Aucune compensation d'ordre monétaire n'est accordée.

### **Confidentialité**

Les données recueillies par cette étude sont entièrement confidentielles et ne pourront en aucun cas mener à votre identification. Votre confidentialité sera assurée par l'attribution d'un nom fictif. Les résultats de la recherche, qui pourront être diffusés sous forme d'un essai critique, ne permettront pas d'identifier les participants.

Les données recueillies seront conservées sous clé dans le classeur de la directrice de recherche et les seules personnes qui y auront accès seront la chercheuse principale et la directrice de recherche. Elles seront détruites un an après le dépôt du rapport et ne seront pas utilisées à d'autres fins que celles décrites dans le présent document.

### **Participation volontaire**

Votre participation à cette étude se fait sur une base volontaire. Vous êtes entièrement libre de participer ou non et de vous retirer en tout temps sans préjudice et sans avoir à fournir d'explications.

Le chercheur se réserve aussi la possibilité de retirer un participant en lui fournissant des explications sur cette décision.

### **Responsable de la recherche**

Pour obtenir de plus amples renseignements ou pour toute question concernant ce projet de recherche, vous pouvez communiquer avec Noémie Prévost-Fontaine, au numéro de téléphone (819) 376-5242, poste 4733.

### **Question ou plainte concernant l'éthique de la recherche**

Cette recherche est approuvée par le comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec à Trois-Rivières et un certificat portant le numéro CER-12-185-06.22 a été émis le 30 novembre 2012.

Pour toute question ou plainte d'ordre éthique concernant cette recherche, vous devez communiquer avec la secrétaire du comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Trois-Rivières, au Décanat des études de cycles supérieurs et de la recherche, par téléphone (819) 376-5011, poste 2129 ou par courrier électronique CEREH@uqtr.ca.

## ANNEXE F - LETTRE D'INFORMATION DES EXPERTS



### LETTRE D'INFORMATION

---

***Invitation à participer au projet de recherche Validation de la traduction de l'outil Assistive Technology Device Predisposition Assessment auprès d'une clientèle ayant une déficience motrice sévère aux membres supérieurs.***

**Chercheuse principale : Noémie Prévost-Fontaine, étudiante à la maîtrise en ergothérapie, Université du Québec à Trois-Rivières**

**Directrice de recherche : Claire Dumont, erg. Ph.D. Professeur au département d'ergothérapie, Université du Québec à Trois-Rivières**

Votre participation à la recherche, qui vise à valider un outil d'évaluation permettant de proposer des aides technologiques à des usagers ayant une déficience motrice, serait grandement appréciée.

#### **Objectifs**

Les objectifs de ce projet de recherche sont d'évaluer la validité de la traduction française de l'outil d'évaluation *Assistive Technology Device Predisposition Assessment* et de fournir une version française de l'outil aux ergothérapeutes francophones. Cet outil peut être utilisé pour aider à sélectionner les aides techniques qui sont les plus appropriées à une personne, en fonction de ses aptitudes, ses besoins et des ressources dont elle dispose dans son environnement. Les renseignements donnés dans cette lettre d'information visent à vous aider à comprendre exactement ce qu'implique votre éventuelle participation à la recherche et à prendre une décision éclairée à ce sujet. Nous vous demandons donc de lire le formulaire de consentement attentivement et de poser toutes les questions que vous souhaitez poser. Vous pouvez prendre tout le temps dont vous avez besoin avant de prendre votre décision.

#### **Tâche**

Votre participation à ce projet de recherche consiste à lire la version anglaise et française de l'évaluation qui vous sera envoyée par courriel. Vous devrez écrire vos commentaires et suggestions sur le document même. Par la suite, un téléphone ou une rencontre sera prévu, selon votre convenance, pour discuter des suggestions faites.

### **Risques, inconvénients, inconforts**

Aucun risque n'est associé à votre participation. Le temps consacré au projet, qui est estimé à environ 1 heure, demeure le seul inconvénient.

### **Bénéfices**

La contribution à l'avancement des connaissances au sujet de l'outil d'évaluation *Assistive Technology Device Predisposition Assessment* ainsi que la contribution à la disponibilité d'une version française valide de cet outil sont les seuls bénéfices directs prévus à votre participation. Aucune compensation d'ordre monétaire n'est accordée.

### **Confidentialité**

Votre nom peut ou non être divulgué comme expert consulté selon votre préférence. Si vous choisissez l'anonymat, votre confidentialité sera assurée par l'attribution d'un nom fictif. Les résultats de la recherche, qui pourront être diffusés sous forme d'un essai critique, nommeront seulement les experts qui ont accepté que leur nom soit divulgué.

Les données recueillies seront conservées sous clé dans le classeur de la directrice de recherche et les seules personnes qui y auront accès seront la chercheuse principale et la directrice de recherche. Elles seront détruites un an après le dépôt de l'essai et ne seront pas utilisées à d'autres fins que celles décrites dans le présent document.

### **Participation volontaire**

Votre participation à cette étude se fait sur une base volontaire. Vous êtes entièrement libre de participer ou non et de vous retirer en tout temps sans préjudice et sans avoir à fournir d'explications.

Le chercheur se réserve aussi la possibilité de retirer un participant en lui fournissant des explications sur cette décision.

### **Responsable de la recherche**

Pour obtenir de plus amples renseignements ou pour toute question concernant ce projet de recherche, vous pouvez communiquer avec Noémie Prévost-Fontaine, au numéro de téléphone (819) 376-5242, poste 4733.

### **Question ou plainte concernant l'éthique de la recherche**

Cette recherche est approuvée par le comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec à Trois-Rivières et un certificat portant le numéro CER-12-185-06.22 a été émis le 30 novembre 2012.

Pour toute question ou plainte d'ordre éthique concernant cette recherche, vous devez communiquer avec la secrétaire du comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Trois-Rivières, au Décanat des études de cycles supérieurs et de la recherche, par téléphone (819) 376-5011, poste 2129 ou par courrier électronique CEREH@uqtr.ca.

## ANNEXE G - FORMULAIRE DE CONSENTEMENT



## FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

**Engagement de la chercheuse**

Moi, Noémie Prévost-Fontaine, m'engage à procéder à cette étude conformément à toutes les normes éthiques qui s'appliquent aux projets comportant la participation de sujets humains.

**Consentement du participant**

Je, \_\_\_\_\_, confirme avoir lu et compris la lettre d'information au sujet du projet Validation de la traduction de l'outil *Assistive Technology Device Predisposition Assessment* auprès d'une clientèle ayant une déficience motrice sévère aux membres supérieurs. J'ai bien saisi les conditions, les risques et les bienfaits éventuels de ma participation. On a répondu à toutes mes questions à mon entière satisfaction. J'ai disposé de suffisamment de temps pour réfléchir à ma décision de participer ou non à cette recherche. Je comprends que ma participation est entièrement volontaire et que je peux décider de me retirer en tout temps, sans aucun préjudice.

**J'accepte donc librement de participer à ce projet de recherche**

Participante ou participant :	Chercheuse :
Signature :	Signature :
Nom :	Nom :
Date :	Date :



## ANNEXE H – SUGGESTIONS ET COMMENTAIRES DES PARTICIPANTS

Tableau 2 - Suggestions et commentaires des participants

Participants	Sections	Suggestions/commentaires
Usager 1		Insérer les objectifs de la personne à la fin du questionnaire, puisque les énoncés du questionnaire peuvent donner des idées d'objectifs.
		Soustraire le nombre d'énoncés <i>non applicable</i> et faire une règle de proportionnalité pour calculer le résultat de chacune des colonnes afin de faciliter l'interprétation.
		Peu pertinent d'identifier par un [x] les énoncés importants dans la section qui traite de l'abandon des AT.
		Ajouter une section pour que le client puisse identifier les AT qu'il souhaite se procurer.
Usager 2	B.19	Diviser l'énoncé en deux volets.
		Inverser les phrases « <i>Pour chaque aide technologique, inscrivez un [x] pour les trois énoncés (A-L) qui sont les plus importants pour vous.</i> » et « <i>Ensuite, évaluez chaque aide technologique par rapport aux 12 énoncés (A-L) en utilisant l'échelle suivante et inscrivez les chiffres dans les cases appropriées.</i> ».
		Le terme « communauté » utilisé dans l'énoncé « L » des deux dernières sections ne décrit pas clairement s'il s'agit exclusivement de gens à l'extérieur du domicile ou s'il inclut aussi les personnes qui fournissent des soins à domicile.
		Soustraire le nombre d'énoncés <i>non applicable</i> et faire une règle de proportionnalité pour calculer le résultat de chacune des colonnes afin de faciliter l'interprétation.
		Ajouter l'« esthétisme » dans les raisons pour lesquelles une AT a été abandonnée.
Usager 3	B	L'énoncé B.13 n'est pas clair.
		Indiquer la raison de l'utilisation de l'AT nommée dans les deux dernières sections.
Expert 1	C.49	Retrait : « Je ne suis pas sûr <del>de</del> qui je suis maintenant ».
		Vérifier si un autre mot qu' <i>accommodement</i> pouvait être utilisé à l'énoncé G des deux dernières sections.
		Remplacer le titre « Affirmations » par « Questions » dans le dernier tableau.
Expert 2	A	Ajout : Sous l'énoncé Nom de l'aide technologique écrivez le nom de l'aide technologique que vous utilisez [...].
	A	Retrait : Inscrivez le signe [x] dans les espaces où vous vous attendez à avoir besoin de plus d'aide [...].
	B	Remplacer le terme <i>Sous</i> par <u>Dans la colonne</u> et le terme <i>sphère</i> par <u>énoncés</u> dans : Sous Trois plus importants, inscrivez #1, #2 ou #3 pour les trois sphères ayant le plus d'intérêt pour vous [...].

**ANNEXE I - VERSION FINALE DE L'ÉPAT**

# Évaluation de la prédisposition à l'utilisation d'une aide technologique

FORMULAIRE DU CLIENT

Nom :	Âge :
Objectifs principaux (6 mois):	Date :
Objectifs principaux (1 an +) :	Formulaire complété par :

## A. En date d'aujourd'hui, comment évaluez-vous vos habiletés dans les neuf domaines suivants, lorsque vous utilisez vos aides technologiques habituelles ou d'autres aides techniques?

- Pour les énoncés 1 à 9, inscrivez la meilleure réponse (1 pour *Pauvre* à 5 pour *Excellent*).
- Dans la colonne *Nom de l'aide technologique* écrivez le nom de l'aide technologique que vous utilisez à l'endroit approprié (exemple : «verres correcteurs» au #1, *vision*).
- Inscrivez le signe [+] dans les espaces où vous vous attendez à avoir besoin de plus d'aide dans la prochaine année (exemple : inscrivez [+] sous «verres correcteurs» si vous vous attendez à avoir besoin de lentilles plus fortes dans la prochaine année). Écrivez [-] dans les espaces où vous pensez requérir moins d'aide et [0] où vous considérez que l'aide restera la même pour la prochaine année.

	Pauvre	Moyen	Excellent	Nom de l'aide technologique	Besoin de plus [+], moins [-], même [0].
1. Vision	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2. Audition	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3. Langage	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
4. Compréhension, mémoire	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
5. Force physique, endurance	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
6. Utilisation des membres inférieurs (hanches, jambes, pieds)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
7. Préhension et utilisation des doigts	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
8. Utilisation des membres supérieurs (bras, épaules, tronc)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
9. Mobilité (se déplacer d'un endroit à l'autre)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

## B. Quel est votre niveau de satisfaction actuel dans les domaines suivants?

- Pour les énoncés 10 à 21, inscrivez la meilleure réponse (1 pour *Insatisfaisant* à 5 pour *Très satisfaisant*).
- Quels sont les trois énoncés les plus importants pour vous? Dans la colonne *Trois plus importants*, inscrivez #1, #2 ou #3 pour les trois domaines ayant le plus d'intérêt pour vous (#1 = le plus important). Laissez les autres lignes vides.
- Pour les trois énoncés les plus importants, inscrivez les principaux obstacles et barrières que vous rencontrez dans l'espace à côté de ces énoncés.

	Insatisfaisant	Satisfaisant	Très satisfaisant	Trois plus importants
10. Soins personnels et entretien ménager	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
11. Confort physique et bien-être	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
12. Santé globale	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
13. Liberté de se rendre où désiré	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
14. Participation dans les activités désirées	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
15. Niveau de scolarité	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
16. Statut d'emploi/potentiel	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
17. Relations familiales	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
18. Relations proches, intimes	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
19. Autonomie et autodétermination (faire des choix)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
20. Sentiment d'appartenance, se sentir à sa place	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
21. Bien-être émotionnel	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5

**C. Veuillez faire un crochet vis-à-vis chaque affirmation vous décrivant.** Choisissez seulement celles qui s'appliquent *fréquemment* ou *souvent*, et ignorez celles qui s'appliquent *rarement* ou qui ne s'appliquent *jamais* à vous.

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> 22. J'ai le soutien que je souhaite de ma famille                     | <input type="checkbox"/> 33. Je suis habituellement calme et patient   | <input type="checkbox"/> 44. Je trouve la technologie intéressante                                   |
| <input type="checkbox"/> 23. J'ai le soutien que je souhaite de mes amis                       | <input type="checkbox"/> 34. Ma vie a un but, un sens                  | <input type="checkbox"/> 45. Je suis coopératif  |
| <input type="checkbox"/> 24. Je me sens encouragé par les thérapeutes et prestataires de soins | <input type="checkbox"/> 35. Je suis auto-discipliné                   | <input type="checkbox"/> 46. Je préfère un style de vie calme  |
| <input type="checkbox"/> 25. Je sens que la population en général m'accepte                    | <input type="checkbox"/> 36. Je suis souvent en colère                 | <input type="checkbox"/> 47. Je me sens souvent isolé et seul  |
| <input type="checkbox"/> 26. Je souhaite aller à l'école ou obtenir un emploi                  | <input type="checkbox"/> 37. Je suis souvent déprimé                   | <input type="checkbox"/> 48. Je termine ce que j'entreprends   |
| <input type="checkbox"/> 27. Il y a beaucoup de choses que j'aimerais accomplir                | <input type="checkbox"/> 38. Je préfère être seul                      | <input type="checkbox"/> 49. Je ne sais pas qui je suis maintenant                                   |
| <input type="checkbox"/> 28. Je fais ce que mes thérapeutes disent sans poser de questions     | <input type="checkbox"/> 39. Je suis souvent découragé                 | <input type="checkbox"/> 50. Je veux plus d'indépendance   |
| <input type="checkbox"/> 29. Je vois mes thérapeutes également comme des amis                  | <input type="checkbox"/> 40. Je suis une personne pleine de ressources | <input type="checkbox"/> 51. J'ai une bonne image de moi-même  |
| <input type="checkbox"/> 30. Je suis souvent frustré ou débordé                                | <input type="checkbox"/> 41. J'aime relever des défis                  | <input type="checkbox"/> 52. Je me sens souvent insécure   |
| <input type="checkbox"/> 31. Je suis curieux et enthousiaste à propos des nouvelles choses     | <input type="checkbox"/> 42. Je suis responsable et fiable             | <input type="checkbox"/> 53. Je sens que j'ai peu d'intimité   |
| <input type="checkbox"/> 32. Je suis déterminé à atteindre mes buts                            | <input type="checkbox"/> 43. Je suis généralement satisfait de ma vie  | <input type="checkbox"/> 54. Mon (mes) thérapeute(s) sait (savent) mieux que moi ce dont j'ai besoin |

**D. Commentaires :**

Suivi  
Personne

## Évaluation de la prédisposition à l'utilisation d'une aide technologique

FORMULAIRE DU CLIENT

Formulaire  
4-1  
Client

### Déterminer jusqu'à quel point les aides technologiques utilisées correspondent aux objectifs visés.

INSTRUCTIONS : Écrivez le nom de chaque aide technologique considérée dans la boîte sous **AT**. Un exemple est fourni. Écrivez combien d'heures par jour vous utilisez habituellement chaque aide technologique. Pour chaque aide technologique, inscrivez un [x] pour les trois énoncés (A-L) les plus importants pour vous. Ensuite, évaluez chaque aide technologique par rapport aux 12 énoncés (A-L) en utilisant l'échelle suivante et inscrivez les chiffres dans les cases appropriées.

**5** = Tout le temps (100% du temps)

**4** = Souvent (environ 75% du temps)

**3** = La moitié du temps, neutre (environ 50% du temps)

**2** = Parfois (environ 25% du temps)

**1** = Pas du tout (0% du temps)

**0** = Non applicable

	Énoncés	Exemple Canne quadripode	AT 1 Nom :	AT 2 Nom :	AT 3 Nom :
	<b>Combien d'heures par jour j'utilise habituellement cette aide technologique?</b>	<b>12 heures</b>			
A	Cette AT m'aide à atteindre mes buts (incluant ceux écrits plus haut).	5			
B	Cette AT est bénéfique pour moi et augmente ma qualité de vie.	3			
C	Je suis confiant que j'obtiens le maximum de cette AT et ses diverses caractéristiques.	4 X			
D	Je me sens davantage en sécurité (sûr de moi) en utilisant cette AT.	5 X			
E	Cette AT s'agence bien avec ma routine habituelle.	4			
F	J'ai les capacités et l'endurance pour utiliser cette AT sans ressentir d'inconfort, de fatigue ou de stress.	3 X			
G	J'ai le soutien, l'assistance et les accommodations pour utiliser adéquatement l'AT.	4			
H	Cette AT convient à tous les environnements utilisés (voiture, domicile, etc.)	3			
I	Je me sens confortable (et non embarrassé) d'utiliser cette AT avec ma famille.	4			
J	Je me sens confortable (et non embarrassé) d'utiliser cette AT avec des amis.	4			
K	Je me sens confortable (et non embarrassé) d'utiliser cette AT à l'école ou au travail.	4			
L	Je me sens confortable (et non embarrassé) d'utiliser cette AT dans la communauté.	4			
	<b>Total (addition A-L) :</b>	<b>47</b>			

**Examiner les résultats ci-haut.** En général, en prenant en considération que chaque énoncé noté 0 est *Non applicable*, plus le **résultat total** est élevé (nombre maximum de points = 60), plus vous êtes satisfait et plus l'aide technologique est utilisable. Toutefois, lorsque plusieurs AT ont été comparées et que des résultats totaux sont similaires, davantage de poids doit être donné aux trois énoncés considérés comme étant plus importants.

**Commentaires et notes :**

Suivi  
Personne

## Évaluation de la prédisposition à l'utilisation d'une aide technologique

FORMULAIRE DU CLIENT

Formulaire  
4-1  
Client

### Raisons pour ne pas utiliser une ou plusieurs aides technologiques

INSTRUCTIONS : Écrivez le nom de chaque aide technologique que vous évaluez dans les cases sous **AT**. Écrivez combien de semaines vous **avez utilisé** chaque aide technologique. Pour chaque aide technologique, inscrivez un [x] pour les trois énoncés (A-L) qui sont les plus importants pour vous. Ensuite, évaluez chaque aide technologique par rapport aux 12 énoncés (A-L) en utilisant l'échelle suivante et inscrivez les chiffres dans les cases appropriées.

**5** = Tout le temps (100% du temps)

**4** = Souvent (environ 75% du temps)

**3** = La moitié du temps, neutre (environ 50% du temps)

**2** = Parfois (environ 25% du temps)

**1** = Pas du tout (0% du temps)

**0** = Non applicable

	Questions	Exemple Canne quadripode	AT 1 Nom :	AT 2 Nom :	AT 3 Nom :
	<b>Nombre de semaines durant lesquelles vous avez utilisé l'aide technologique.</b>	<b>36 heures</b>			
A	Est-ce que cette AT vous aidait à atteindre vos buts (incluant ceux écrits plus haut)?	5			
B	Est-ce que cette AT était bénéfique pour vous et augmentait votre qualité de vie?	3			
C	Êtes-vous confiant que vous avez obtenu le maximum de cette AT et de ses diverses caractéristiques.	4 X			
D	Est-ce que vous vous sentiez en sécurité (sûr de vous) lorsque vous utilisiez cette AT?	5 X			
E	Est-ce que cette AT s'agencait bien avec votre routine habituelle?	4			
F	Est-ce que vous aviez les capacités et l'endurance pour utiliser cette AT sans ressentir d'inconfort, de fatigue ou de stress?	3 X			
G	Est-ce que vous aviez le soutien, l'assistance et les accommodements pour utiliser adéquatement l'AT?	4			
H	Est-ce que cette AT convenait à tous les environnements utilisés (voiture, domicile, etc.)?	3			
I	Est-ce que vous vous sentiez confortable (et non embarrassé) d'utiliser cette AT dans votre famille?	4			
J	Est-ce que vous vous sentiez confortable (et non embarrassé) d'utiliser cette AT avec des amis?	4			
K	Est-ce que vous vous sentiez confortable (et non embarrassé) d'utiliser cette AT à l'école ou au travail?	4			
L	Est-ce que vous vous sentiez confortable (et non embarrassé) d'utiliser cette AT dans la communauté?	4			
M	<b>Raison principale pour laquelle vous avez arrêté d'utiliser l'AT</b>	<b>D</b>			
	Total (addition A-L) :	47			

**Instructions :** Sur la ligne M, écrivez la lettre correspondant à la raison *principale* de la liste ci-dessous pour laquelle vous avez arrêté d'utiliser chaque aide technologique.

- |   |   |
|---|---|
| a. L'AT s'est brisée et je ne pouvais pas l'utiliser      | g. Je me sentais embarrassé de l'utiliser                                 |
| b. L'AT n'était pas pratique à utiliser                   | h. Je n'ai pas eu l'entraînement que j'avais besoin pour bien l'utiliser  |
| c. L'AT n'était pas de la bonne dimension pour moi        | i. L'AT ne correspondait pas à mes (mon) besoins/préférences/style de vie |
| d. L'AT ne me venait pas en aide autant que je l'espérais | j. Je l'ai remplacée par une AT ou une aide différente. Laquelle? _____   |
| e. L'AT était trop compliquée à utiliser                  | k. Je n'avais plus besoin de l'utiliser parce que _____                   |
| f. L'AT coûtait trop cher à utiliser                      | l. Autre : _____  |

**Examiner les résultats ci-haut.** En général, en prenant en considération que chaque énoncé noté 0 est *Non applicable*, plus le **résultat total** est élevé (nombre maximum de points = 60), plus vous êtes satisfait et plus l'aide technologique est utilisable. Toutefois, lorsque des résultats totaux sont similaires, davantage de poids doit être donné aux trois énoncés considérés comme étant plus importants et à la **raison principale** pour avoir cessé l'utilisation.

**Commentaires et notes :**