

Évaluation des habiletés de vie autonome chez les personnes psychotiques

Evaluation of Autonomous Life Skills of Psychotic Patients

Mireille Cyr, Jean Toupin and Alain D. Lesage

Volume 18, Number 2, Fall 1993

Qualité de vie et des services

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/032275ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/032275ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (print)

1708-3923 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Cyr, M., Toupin, J. & Lesage, A. D. (1993). Évaluation des habiletés de vie autonome chez les personnes psychotiques. *Santé mentale au Québec*, 18(2), 135–153. <https://doi.org/10.7202/032275ar>

Article abstract

This article studies in detail the metrological characteristics of the "Autonomous Life Skills Test" ("Echelle des Habiletés de Vie Autonome" or "EHVA") which measures the skills required of psychotic patients to function on their own in the community. The questionnaire, distributed to 276 psychotic patients, made use of 10 parameters of skills broken down into 65 items. Results show that, overall, this instrument is quite reliable, as measured by the inter-rater reliability and alpha coefficients. Three of the ten parameters, namely Mobility, Employment Search and Employment Holding, were not retained in the final version. The four validity aspects were found to be very satisfactory, namely the degree of convergence between the participant's self-evaluation and the evaluation provided by healthcare personnel, (discriminating analysis), convergent-divergent correlations with other instruments measuring psychosocial functioning and the exploratory factorial analysis. Following these analysis, the final version of the "EHVA" includes 48 items covering seven parameters. A discussion of results underscores the psychometric qualities of such a French-language instrument and suggests avenues to pursue the development of the "EHVA".



Évaluation des habiletés de vie autonome chez les personnes psychotiques

Mireille Cyr*
Jean Toupin**
Alain D. Lesage***

Ce texte détaille les caractéristiques métrologiques de l'Échelle des habiletés de Vie Autonome (EHVA) mesurant les habiletés requises chez des personnes psychotiques, pour fonctionner de façon autonome au sein de la communauté. Ce questionnaire, qui comprend 65 items répartis en dix échelles d'habiletés, a été administré à 276 personnes psychotiques. Les résultats indiquent que, dans l'ensemble, la fidélité de cet instrument est bonne, mesurée par l'accord inter-juges et les coefficients alpha. Trois des 10 échelles, soit les échelles Déplacement, Recherche d'emploi et Maintien de l'emploi, n'ont pu être conservées dans la version finale. Les quatre aspects de la validité examinés dans cette étude se révèlent très satisfaisants; il s'agit du degré de convergence entre l'évaluation faite par les participants eux-mêmes et par un membre du personnel soignant, des analyses discriminantes, des corrélations convergentes-divergentes avec d'autres instruments de mesure du fonctionnement psychosocial et de l'analyse factorielle exploratoire. Après ces analyses, la version finale de l'EHVA comprend 48 items répartis sous sept échelles. La discussion fait ressortir les qualités psychométriques d'un tel instrument en langue française et suggère des pistes de recherche pour poursuivre le développement de l'EHVA.

Les troubles mentaux sévères et plus particulièrement les psychoses s'accompagnent d'incapacités importantes et de symptômes persistants qui démoralisent les personnes, les professionnels de la

* Département de Psychologie, Université de Montréal.

** Département d'Éducation spécialisée, Université de Sherbrooke.

*** Centre de recherche Fernand-Séguin, Hôpital Louis-H. Lafontaine, Montréal.
Cette recherche a été réalisée grâce à une subvention du Conseil québécois de la recherche sociale (CQRS). Les auteurs tiennent à remercier Pierrette Aubert, Alain Brunet, Nadia Chawky, Marie-Andrée Deslandes, Nicole Drapeau, Carole Raymond et Ian Van Haaster pour la collecte des données. Ils remercient également Hélène Brouillet, Lolita Pennesi et Claude A.M. Valiquette pour l'analyse des données.

santé mentale et les membres de la famille. Bien que des études récentes réalisées à long terme (voir Mercier, 1988) démontrent que 46 à 68 % des personnes schizophrènes voient leur état s'améliorer de façon sensible ou se rétablissent complètement, un nombre important de personnes atteintes de troubles psychotiques nécessitent des soins prolongés et répétitifs. Environ 40 % des personnes schizophrènes seront réhospitalisées au cours de la première année suivant leur hospitalisation et 75 % sur une période d'au plus cinq ans (Talbot, 1981; Hogarty et al., 1974). Au Québec, ce phénomène de la porte tournante existe aussi et son ampleur est comparable à celle des États-Unis ou du reste du Canada (Dorvil, 1987).

La réadaptation psychiatrique est un des moyens mis en œuvre pour aider les personnes souffrant de problèmes psychologiques à réintégrer leur milieu de vie. Elle a pour objectif d'apprendre, à celles qui présentent des troubles psychiatriques sévères et persistants, les habiletés physiques, émotives et intellectuelles requises pour vivre, apprendre et travailler dans leur environnement (Anthony et Nemeck, 1984). Ces objectifs sont conformes au paradigme de vulnérabilité au stress et de compétence proposé par Anthony et Liberman (1986). Selon ce modèle, un épisode schizophrénique résulterait d'une interaction entre des facteurs personnels et environnementaux. Les facteurs personnels, qui définissent la vulnérabilité, incluent non seulement les dimensions biologiques et psychologiques, mais également le degré de compétence des personnes pour composer avec les exigences de leur environnement. Les facteurs environnementaux, qui correspondent aux stressors, regroupent le nombre et la sévérité des exigences environnementales mais aussi la qualité du soutien disponible. Ainsi, l'augmentation du répertoire d'habiletés qu'ont les patients pour composer avec les stressors est un des aspects essentiels de la réadaptation psychiatrique. Plusieurs études ont démontré que les répertoires d'habiletés varient en fonction du sexe, du diagnostic et du degré de chronicité des patients (Bellack et al., 1989; Childers et Harding, 1990; Test et al., 1990).

Plusieurs programmes de traitement portant sur l'acquisition d'habiletés de vie et d'habiletés sociales ont été développés et des études ont été menées afin de vérifier l'efficacité de ces entraînements auprès des schizophrènes (Brown et Munford, 1983; Bellack et al., 1984; Hogarty et al., 1986; Liberman et al., 1986). Lors d'une méta-analyse réalisée sur les 27 études considérées les plus valides, Benton et Schroeder (1990) concluent que l'entraînement aux habiletés permet l'apprentissage de comportements sociaux adaptatifs, en-

traîne des apprentissages sociaux durables pouvant se généraliser et permet une sortie plus rapide de l'hôpital ainsi qu'une diminution des rechutes.

Avant de procéder à l'implantation d'un programme de réadaptation, il faut réaliser une évaluation spécifique des compétences des patients, des exigences de leur environnement et du soutien disponible. Au fil des années, plusieurs instruments de mesure du fonctionnement psychosocial et des habiletés fonctionnelles ont été développés. Les qualités psychométriques de ces instruments de même que leurs faiblesses ont fait l'objet de plusieurs articles effectuant une recension des instruments disponibles (Wallace, 1986; Weissman, 1975; Weissman et Bothwell, 1976; Weissman et al., 1981). Parmi ces outils, l'Independent Living Skills Survey (ILSS), développé par Wallace et al. (1985), vise à fournir une évaluation détaillée des habiletés requises pour fonctionner de façon autonome au sein de la communauté. Cet instrument, destiné aux sujets présentant des troubles graves et persistants qui résident avec une personne significative dans la communauté ou dans des ressources résidentielles, présente plusieurs qualités. Il couvre dix dimensions importantes du fonctionnement communautaire, on peut le faire passer en peu de temps, et il permet l'évaluation des gains acquis par des personnes psychotiques qui ont participé à un programme d'entraînement aux habiletés de vie. C'est d'ailleurs dans le contexte clinique de la mise sur pied d'un programme de ce type, où l'évaluation du fonctionnement pré et postintervention était requise, que Wallace et ses collaborateurs ont développé l'ILSS (1985).

Le présent travail vise à évaluer les caractéristiques d'une adaptation en langue française du ILSS. En plus de traduire cet instrument, nous l'avons en effet adapté afin de pouvoir le faire passer à une population de personnes hospitalisées. Cette modification nous semblait souhaitable pour permettre aux cliniciens et aux chercheurs d'utiliser l'instrument à des fins de placement, de traitement ou de recherche avec des personnes hospitalisées. Nous analysons ici la fidélité interjuges, la fidélité test-retest et la consistance interne. Nous explorons aussi plusieurs dimensions de la validité de cet instrument dont la convergence entre deux sources d'information (patient contre personnel soignant), la validité discriminante des échelles, la validité convergente/divergente avec d'autres mesures du fonctionnement psychosocial et la validité de construit.

L'étude des propriétés psychométriques de cet instrument prend tout son sens tant dans le contexte de la désinstitutionnalisation des

personnes manifestant des troubles mentaux graves et persistants que de la planification des soins et services requis pour favoriser une meilleure qualité de vie dans la communauté.

Méthode

Sujets

L'étude porte sur 276 personnes souffrant ou ayant souffert d'un trouble psychotique. Nous avons exclu de cette recherche les sujets présentant un retard mental, un trouble organique ou un diagnostic primaire de toxicomanie. Les participants proviennent de divers milieux, ce qui nous permet d'étendre les résultats à divers sous-groupes d'individus souffrant d'un trouble psychotique. Ainsi, 56 personnes étaient hospitalisées au département de psychiatrie d'un hôpital de soins de courte durée (identifiées dans ce texte par le sigle CDH), 75 étaient hospitalisées dans un hôpital psychiatrique de soins de longue durée où la durée de leur séjour variait de un à cinq ans (LDH), 46 séjournaient dans la communauté depuis au moins un mois depuis leur sortie d'un département de soins de courte durée (CDE), 11 habitaient dans la communauté depuis leur sortie d'un hôpital de soins de longue durée (LDE). Trois autres groupes résidaient également dans la communauté de façon autonome ou dans une ressource protégée, mais depuis au moins 18 mois sans avoir été réadmis à l'hôpital. Ces 88 participants se répartissent selon trois sous-échantillons: 41 avaient été radiés de départements de psychiatrie d'un hôpital de soins de courte durée et vivaient de façon autonome (CDC), 32 résidaient en pavillon après un congé d'un centre hospitalier psychiatrique de soins de longue durée (LDPA) et 15 habitaient en famille d'accueil depuis leur sortie d'un centre hospitalier psychiatrique de soins à long terme (LDFA).

Les sujets sont répartis presque également entre les deux sexes avec 48,6 % de femmes et 51,4 % d'hommes. L'âge moyen est de 48,1 années (é.t.= 11,1). Ces personnes ont terminé en moyenne une dixième année (é.t.= 3,1). La majorité, soit 69,9 %, est célibataire et 72,5 % n'occupaient aucun emploi au moment de l'étude. Quant à leur histoire psychiatrique, 58,0 % ont reçu un diagnostic de schizophrénie, 11,6 % de trouble schizophréniforme, 12,7 % de trouble schizo-affectif; les troubles dépressifs (3,6 %), maniaques (9,1 %) ou bipolaires (2,9 %) avec éléments psychotiques représentaient des proportions moins importantes de l'échantillon. La durée moyenne de l'hospitalisation actuelle est de 67,6 jours (é.t.= 65,8 jours) pour les sujets ayant reçu des soins de courte durée et de 1839,1 jours

(é.t.= 1853,9 jours) soit d'environ cinq années pour ceux ayant reçu des soins de longue durée. Les participants dont les soins étaient de courte durée ont été hospitalisés en moyenne 4,7 fois dans le passé (é.t.= 5,6) pour une durée totale moyenne de 378,3 jours (é.t.= 421,2 jours), alors que ceux dont les soins étaient de longue durée ont vécu 6,5 hospitalisations (é.t.= 5,4) totalisant en moyenne 3875,4 jours (é.t.= 2638,9 jours).

À partir de cet échantillon principal, nous avons sélectionné trois sous-échantillons pour effectuer des analyses de fidélité et de validité. Ces participants présentent des caractéristiques sociodémographiques et psychiatriques très similaires à celles de l'échantillon global. L'échantillon des personnes qui a participé au test-retest est composé de 55 personnes, alors que celui permettant de vérifier l'accord interjuges en comporte 64. Finalement, 60 membres du personnel soignant, qui connaissent bien le participant concerné, ont répondu à l'EHVA.

L'Échelle des Habiletés de Vie Autonome (EHVA)

L'EHVA est la traduction en langue française du Independent Living Skills Survey développé par Wallace et al. (1985). Il existe deux versions de l'EHVA, l'une destinée au personnel soignant et à des proches du patient, alors que l'autre constitue un rapport de la personne elle-même auquel s'ajoutent quelques observations de l'évaluateur (Wallace et al., 1985). La version que nous avons retenue est celle qui s'adresse directement à la personne souffrant d'un trouble psychotique. Aucune donnée psychométrique n'est disponible sur cette version de l'ILSS. Elle comprend 65 items «présent», «absent» ou «ne s'applique pas», auxquels s'ajoutent 10 items portant sur des observations de l'interviewer. Ces 10 items d'observation ne sont pas inclus dans les analyses psychométriques, étant donné leur nature différente, leur nombre très limité et le fait qu'ils n'apparaissent pas dans chaque échelle. L'évaluation porte, selon les échelles, sur le mois précédant ou sur les habitudes normales. Ces items se regroupent sous 10 échelles soit: l'hygiène personnelle; l'apparence et la tenue vestimentaire; les habitudes alimentaires et la préparation des repas; l'entretien ménager; les habiletés de maintien de la santé et l'utilisation des services sociaux et de santé; la gestion financière; l'utilisation des transports en commun; les loisirs; les habiletés de recherche d'emploi et les habiletés de travail. L'EHVA a été rempli en présence d'un interviewer qui posait les questions aux participants

et notait leurs réponses. Il fallait de 30 à 45 minutes pour remplir le questionnaire.

Nous avons traduit et adapté l'EHVA de façon à ce que la majorité des items s'appliquent aux personnes hospitalisées à court et à long terme. Par exemple, on évalue les habiletés de travail si la personne exerce un travail rémunéré ou si elle participe à des ateliers d'ergothérapie ou des ateliers protégés. On examine la capacité de s'orienter et de se déplacer en utilisant le transport en commun si la personne peut sortir de l'hôpital durant la journée. Ainsi, 40 items sur 65 peuvent s'appliquer aux personnes hospitalisées sur une longue durée. En outre, nous avons modifié les directives afin d'évaluer les habiletés de personnes hospitalisées à court terme, en examinant leur fonctionnement lors du mois précédant leur admission. Nous avons réalisé la traduction selon une procédure de traduction inversée. L'EHVA est disponible sur demande auprès des auteurs, de même que la version qui ne s'adresse qu'aux personnes vivant dans la communauté et qui comprend 8 échelles.

Déroulement

Nous avons utilisé diverses procédures de recrutement pour rejoindre les participants à cette étude. Avant de nous adresser à un participant potentiel, nous nous sommes assurés d'obtenir l'accord du personnel traitant. Ainsi, l'interviewer a sollicité et rencontré à l'hôpital les personnes hospitalisées. Nous avons contacté les sujets séjournant dans la communauté au moment de leur départ du centre hospitalier et les avons rencontrés à leur domicile environ deux mois plus tard. Quant aux personnes qui séjournèrent dans la communauté depuis plus d'un an, nous les avons identifiées avec l'aide du personnel soignant des cliniques externes, ou encore à partir d'une sélection au hasard appliquée aux listes informatisées des archives lorsque de telles listes étaient disponibles. L'assistant de recherche a rencontré chacun des sujets pour lui expliquer les buts et le déroulement de l'étude et solliciter sa participation. Les personnes intéressées signaient alors un formulaire de consentement concernant leur participation à l'enquête et l'accès à leur dossier médical. Par la suite, nous avons examiné les dossiers médicaux afin de nous assurer que ces personnes rencontraient nos critères de sélection. Cinq interviewers, soit quatre infirmières en psychiatrie ayant de 4 à 20 ans d'expérience et un étudiant de niveau doctoral, ont rencontré les participants pour recueillir leurs réponses à l'EHVA. Ces interviewers avaient, au

préalable, reçu une formation afin d'uniformiser leur procédure d'utilisation du questionnaire.

Afin d'évaluer la fidélité test-retest, le même interviewer a rencontré à nouveau un sous-échantillon de 55 participants environ deux semaines après la première entrevue. Pour estimer l'accord interjuges, l'entrevue réalisée auprès d'un sous-échantillon de 64 personnes fut enregistrée sur bande magnétique et écoutée par deux autres interviewers qui ont alors rempli l'EHVA de façon indépendante.

Résultats

Fidélité interjuges

Nous avons évalué la fidélité interjuges de chaque item, et par la suite de chaque échelle, à l'aide du coefficient Kappa généralisé qui doit être appliqué lorsqu'il y a plus de deux juges (Fleiss, 1971). Les résultats obtenus sont excellents (voir tableau 1). Les coefficients Kappa des items oscillent entre 0,40 et 0,97 et ceux des échelles entre 0,80 et 0,94, avec une médiane de 0,89. Ces coefficients sont légèrement supérieurs à ceux obtenus par Wallace avec la version du ILSS destinée au personnel soignant.

Fidélité test-retest

Les moyennes obtenues aux deux moments où les mesures ont été prises sont assez semblables. Les corrélations de Pearson effectuées pour chaque item sont dans l'ensemble assez satisfaisantes, puisqu'elles varient de 0,42 à 0,10. Les corrélations test-retest sont faibles pour les items 1 (prendre un bain ou une douche), 2 (se laver les cheveux), 15 (changer de sous-vêtements), 31 (manger une portion de produits laitiers), 32 (manger une portion de céréales), 47 (prendre des précautions lorsque l'on fume) et 63 (aller à l'église, au temple ou à la synagogue), varient de -0,05 à 0,32. Toutefois, ces faibles corrélations n'affectent pas la corrélation test-retest sur les échelles finales (après une sélection d'items par analyses de consistance interne) qui varie de 0,67 à 0,90 (voir tableau 1). L'EHVA présente donc une bonne stabilité temporelle, telle que mesurée après un intervalle de deux semaines.

Consistance interne

Nous avons souligné précédemment que la version française de l'EHVA fut modifiée afin que les personnes hospitalisées à court

Tableau 1
Coefficients Kappa moyen de la fidélité interjuges,
corrélations de Pearson de la fidélité test-retest et
coefficient alpha pour chaque échelle de l'EHVA,
ainsi que le nombre d'items initiaux et finaux

Échelles	Nb items	Kappa	Test-retest r^1	Alpha	Nb items final
Hygiène personnelle	7	0,91	,67	,60	6
Apparence et tenue vestimentaire	6	0,83	0,74	,73	6
Entretien ménager	6	0,92	0,90	0,71	6
Alimentation	11	0,91	0,80	0,65	10
Santé	7	0,85	0,90	0,65	6
Gestion financière	8	0,88	0,81	0,71	8
Déplacements	6	0,90	a	b	0
Loisirs	7	0,87	0,67	0,46	6
Recherche d'emploi	4	0,80	a	b	0
Capacité à garder son emploi	3	0,94	a	b	0

1 r significatif à $p < ,05$.

a Nombre de participants insuffisant pour effectuer les calculs; $n < 10$.

b Nombre de participants insuffisant pour effectuer les calculs; $N < 40$.

terme puissent y répondre. Ceci a eu pour conséquence d'obtenir un nombre variable de participants ayant répondu aux items, puisque certaines questions ne s'appliquent pas à la réalité des personnes hospitalisées. Dans un tel cas, on ne peut utiliser les méthodes conventionnelles d'analyse d'items (Bernstein, 1988; Nunnally, 1978) sans exclure un nombre important d'items ou encore un nombre important de sujets. Nous avons donc procédé à la construction des échelles indépendamment les unes des autres, à partir d'une matrice de données complètes (personnes x items). Par la suite, le calcul des corrélations entre les échelles a porté sur un nombre variable de participants d'une échelle à l'autre.

Ces analyses nous ont conduits à exclure certains items de certaines échelles afin d'obtenir une bonne consistance interne. Ainsi, nous avons exclu de l'échelle Hygiène l'item 5 a et b qui concernait le rasage de la barbe pour les hommes et les soins requis lors des menstruations chez les femmes; l'échelle Alimentation ne comporte pas l'item 34 (Sandwiches), ni l'échelle Santé, l'item 46 (remboursement des médicaments) et l'échelle Loisirs, l'item 63 (église). Les coefficients alpha obtenus (voir tableau 1) sont tous satisfaisants,

sauf celui de l'échelle Loisirs qui est faible ($\alpha = 0,46$). Soulignons également que nous n'avons pas pu réaliser le calcul du coefficient de consistance interne pour les échelles Déplacement, Recherche d'un emploi et Capacité de garder son emploi. Celles-ci, malgré nos efforts d'adaptation, ne s'appliquaient qu'à un nombre limité de sujets de notre échantillon ou encore ne présentaient aucune variance.

Validité convergente entre les participants et le personnel soignant

Nous avons évalué le degré de convergence provenant de deux sources d'évaluation différentes sur les échelles de l'EHVA par des corrélations entre l'évaluation fournie par le participant et celle provenant du membre du personnel soignant qui connaissait le mieux ce dernier. Les corrélations de Pearson révèlent 6 relations significatives d'ordre élevé ou moyen. La corrélation la plus élevée est obtenue pour l'échelle Gestion financière ($r = ,71$; $p < ,001$), l'échelle Apparence et tenue vestimentaire atteint 0,55 ($p < ,001$), suivie par l'échelle Totale avec 0,54 ($p < ,001$). L'échelle Alimentation obtient une corrélation de 0,51 ($p < ,001$). On note une corrélation modérée pour l'échelle Hygiène avec 0,39 ($p < ,01$), de même que pour l'échelle Loisirs qui atteint 0,38 ($p < ,01$). Finalement, des corrélations faibles et non significatives sont obtenues pour les échelles Entretien ménager ($r = ,10$) et Santé $r = ,15$). Les corrélations suggèrent donc une excellente convergence pour la majorité des échelles de l'EHVA. Elles indiquent que les participants et les membres du personnel perçoivent de façon similaire les capacités des premiers concernant leurs habiletés de la vie quotidienne. Seules les échelles portant sur l'Entretien ménager et la Santé amènent des divergences d'opinion.

Validité discriminante

Comme autre test de la validité de l'EHVA, nous avons examiné sa capacité à classer les participants selon diverses caractéristiques. Les premières analyses de variance portent sur les différents sous-échantillons de sujets recrutés (voir la section «sujets»). Dans les cas où apparaissent des différences significatives, des tests de contraste (Scheffé) a posteriori ont été réalisés. Le tableau 2 rapporte les scores moyens de chaque groupe de participants pour chaque échelle; ces scores peuvent varier entre 0 et 2, sauf pour l'échelle Totale¹. Une différence significative est obtenue pour l'échelle Hygiène ($F(6,275) = 5,4$; $p < ,001$), où le test de contraste a posteriori indique que les participants hospitalisés pour une longue durée (LDH) et ceux

Tableau 2
Scores moyens des groupes de participants
sur les échelles de l'EHVA

Échelles	LDH n=75	LDE n=11	CDH n=56	CDE n=46	CDC n=41	LDPA n=32	LDFA n=15
Hygiène personnelle	1,27*	1,11	1,17	1,16	1,08*	1,27*	1,16
Apparence et tenue	1,23	1,12	1,13	1,10	1,11	1,22	1,06
Entretien ménager	1,15	1,05	1,17	1,17	1,15	1,14	1,11
Alimentation	1,14	1,02	1,11	1,17	1,12	1,11	1,11
Santé	1,19	1,08	1,14	1,09	1,07	1,12	1,23
Gestion financière	1,58	1,41	1,23	1,15	1,17	1,65	1,43
Loisirs	1,53	1,47	1,41	1,38	1,39	1,55	1,42
Total	8,99	8,25	8,35	8,12	8,08	9,13	8,50

LDH: hospitalisé dans un établissement de soins de longue durée; LDE: sorti d'un hôpital de soins de longue durée depuis environ un mois; CDH: hospitalisé dans un établissement de soins de courte durée; CDE: sorti d'un hôpital de soins de courte durée depuis environ un mois; CDC: sorti d'un hôpital de soins de courte durée et vivant dans la communauté depuis plus d'un an et demi; LDPA: sorti d'un hôpital de soins de longue durée et vivant en pavillon depuis plus d'un an et demi; LDFA: sorti d'un hôpital de soins de longue durée et vivant en famille d'accueil depuis plus d'un an et demi.

* Indique une différence significative (test a posteriori de Scheffé) entre les groupes ainsi désignés.

ayant déjà été hospitalisés pour une longue durée mais vivant en pavillon depuis plus d'une année et demie sans avoir été réhospitalisés (LDPA) sont les moins autonomes pour leur hygiène personnelle; ils se distinguent significativement des personnes sorties d'un hôpital de courte durée qui vivent dans la communauté depuis plus d'une année et demie (CDC). Une différence significative apparaît pour l'échelle Apparence et tenue vestimentaire ($F(6,275) = 3,4$; $p < ,003$), mais le test de contraste ne permet de distinguer aucun des groupes. Pour les échelles Entretien ménager et Alimentation, aucune différence significative ne se manifeste entre les groupes. Les scores moyens indiquent que les participants sont relativement autonomes par rapport à ces dimensions dans leur milieu de vie. Les sujets se distinguent par leurs habiletés à s'occuper de leur santé ($F(6,275) = 2,2$; $p < ,05$), mais le test de contraste n'est pas concluant. Des différences sont également obtenues sur l'échelle Gestion financière ($F(6,231) = 19,5$; $p < ,001$); le test de contraste indique que les personnes hospitalisées à long terme (LDH) ont peu d'habiletés pour administrer leur argent, alors que les trois groupes de participants ont été hospitalisés pour une courte durée sont les plus habiles à cet égard. Les résultats significatifs apparaissent sur l'échelle Loisirs ($F(6,275) = 5,3$; $p < ,001$) et le test de contraste a posteriori nous

rèvelent que les participants ayant déjà séjourné dans un département de courte durée (CDE) ou vivant dans la communauté depuis plus d'une année et demie (CDC) sont ceux qui ont le plus d'habiletés dans leurs activités de loisirs et qu'ils se distinguent significativement des personnes hospitalisées pour une longue durée (LDH). L'échelle Totale indique des différences significatives entre les sous-groupes ($F(6,231) = 8,27$; $p < ,001$). Le test de contraste révèle que les personnes hospitalisées pour une longue durée (LDH) et celles déjà hospitalisées pour une longue durée et qui vivent en pavillon (LDPA) obtiennent le score le plus élevé, ce qui signifie qu'elles présentent moins d'habiletés pour composer avec la vie quotidienne que les trois groupes provenant des soins de courte durée (CDH, CDE, CDC) et qui sont les plus autonomes.

Tableau 3
Scores moyens des participants selon leur diagnostic
sur les échelles de l'EHVA

Échelles	Schizo- phrénie	Trouble schizo- phrénifor- me	Trouble schizo- affectif	Maladie affective majeure	Autre psychose
Hygiène personnelle	1,23*	1,14	1,16	1,09	1,08*
Apparence et tenue vestimentaire	1,19	1,13	1,10	1,07	1,14
Entretien ménager	1,16	1,17	1,12	1,15	1,12
Alimentation	1,13	1,16	1,08	1,15	1,14
Santé	1,16	1,12	1,11	1,07	1,08
Gestion financière	1,42	1,19	1,34	1,21	1,16
Loisirs	1,50*	1,35*	1,45	1,40	1,41
Total	8,66	8,26	8,39	8,14	8,13

* Indique une différence significative (tests a posteriori de Scheffé) entre les groupes ainsi désignés.

Nous avons également effectué des analyses en fonction des catégories diagnostiques. Les résultats, rapportés au tableau 3, indiquent des différences significatives sur les échelles Hygiène personnelle ($F(4,269) = 5,5$ $p < ,001$), Apparence et tenue vestimentaire ($F(4,269) = 2,86$; $p < ,02$), Gestion financière ($F(4,227) = 6,5$; $p < ,001$) et Loisirs ($F(4,269) = 4,1$; $p < ,01$). Dans tous les cas, les personnes diagnostiquées schizophrènes sont celles qui présentent le moins d'habiletés; les tests de contraste a posteriori (à l'exception de l'échelle Apparence et tenue vestimentaire qui n'atteint pas le seuil de signification de 0,05) révèlent le plus souvent des différences avec les sujets ayant d'autres psychoses ou des troubles schizophréniformes. Pour l'échelle Totale ($F(4,227) = 3,4$; $p < ,01$), le test de con-

traste a posteriori ne permet pas de spécifier la différence. Aucune différence significative n'est obtenue pour les échelles Entretien ménager, Alimentation et Santé.

Finalement, des analyses de variance ont également été réalisées pour découvrir d'éventuelles différences entre les hommes et les femmes de notre échantillon (voir tableau 4). Trois échelles révèlent des différences significatives, soit l'échelle Hygiène ($F(1,275)= 30,2$; $p < ,001$), l'échelle Apparence et tenue vestimentaire ($F(1,275)= 19,7$; $p < ,001$) et l'échelle Entretien ménager ($F(1,275)= 16,3$ $p < ,001$). Dans les trois cas, les femmes se révèlent plus autonomes que les hommes dans ces habiletés de vie. Une différence significative apparaît également pour l'échelle Totale ($F(1,223)= 11,4$; $p < ,001$); ici aussi les femmes obtiennent le score le plus faible, ce qui indique plus d'habiletés.

Tableau 4
Scores moyens des participants
selon leur sexe pour les échelles de l'EHVA

Échelles	Femmes	Hommes
Hygiène	1,11*	1,27*
Apparence et tenue vestimentaire	1,10*	1,22*
Entretien ménager	1,09*	1,21*
Alimentation	1,11	1,14
Santé	1,13	1,14
Gestion financière	1,33	1,34
Loisirs	1,45	1,46
Total	8,28*	8,66*

* Indique une différence significative.

Corrélations convergentes et divergentes

La capacité discriminative de l'EHVA étant établie, il reste à connaître les relations de cet instrument avec d'autres mesures. Nous avons réalisé des corrélations de Pearson en comparant les échelles de l'EHVA avec celles d'autres instruments qui mesurent des dimensions similaires. Les instruments retenus sont l'Échelle d'Adaptation sociale-II (EAS), des sous-échelles de la Grille New York (GNY) et la Mesure du Répertoire comportemental (MRC). Ces questionnaires ont été au préalable traduits en français et validés (Cyr et al., 1992). Dans l'ensemble, les corrélations obtenues sont faibles, la plus élevée

étant de 0,48 pour l'échelle d'Autonomie fonctionnelle du MRC et celle des Loisirs de l'EHVA. Tel que prévu, des corrélations sont obtenues entre l'échelle Selfcare de la GNY et les échelles d'Hygiène personnelle ($r = 0,22$; $p < ,01$) et d'Apparence et tenue vestimentaire ($r = 0,19$; $p < ,01$) et, de façon plus étonnante, avec les échelles Gestion financière ($r = 0,22$; $p < ,01$) et Loisirs ($r = 0,25$; $p < ,01$). L'échelle Comact, qui mesure le degré d'autonomie au plan communautaire, est corrélée avec toutes les échelles de l'EHVA, sauf Entretien ménager et Alimentation. Ces corrélations oscillent entre 0,23 et 0,47 ($p < ,01$ et $p < ,001$). Ces corrélations faibles semblent attribuables au fait que les questionnaires mesurent des perspectives différentes, notamment parce que dans un cas le répondant est le participant et, dans l'autre, un membre du personnel soignant. Des corrélations significatives apparaissent entre l'échelle Bien-être de l'EAS-II et la plupart des échelles de l'EHVA (r varie de 0,18 à 0,36; $p < ,01$ et $p < ,001$). Ceci peut s'expliquer par le fait que l'échelle Bien-être évalue entre autres le fait de bien se nourrir, se vêtir et d'avoir une apparence propre. Tel qu'attendu, les échelles Hygiène ($r = 0,33$; $p < ,01$) et Apparence ($r = 0,24$; $p < ,01$) sont corrélés avec l'échelle d'Autonomie fonctionnelle du MRC, l'échelle Loisirs est corrélée avec l'échelle Habiletés interactives ($r = 0,25$; $p < ,001$) de même qu'avec les échelles Gestion financière ($r = 0,43$; $p < ,001$) et l'échelle Totale ($r = 0,38$; $p < ,001$). L'ensemble de ces résultats nous indique donc que les échelles de l'EHVA mesurent des dimensions qui sont significativement corrélées avec celles mesurées par d'autres instruments. Toutefois, les corrélations faibles ou modérées suggèrent que les construits mesurés diffèrent également.

Analyse factorielle exploratoire

La dernière épreuve de validité a consisté en une analyse en composantes principales avec rotation Varimax des composantes dont la valeur singulière excède l'unité (Kayser, 1960). Il nous apparaissait intéressant de vérifier les construits mesurés à l'aide de l'EHVA, d'autant plus qu'une telle analyse n'a jamais été réalisée avec les versions originales américaines. Deux facteurs principaux ont été identifiés. Le premier, qui explique 35 % de la variance, regroupe les échelles servant à mesurer les habiletés «primaires» soit l'hygiène, l'apparence, l'alimentation et l'entretien ménager. Le second facteur regroupe les habiletés liées à la santé, à la gestion financière et les loisirs et explique 21 % de la variance.

Discussion

Nous avons poursuivi deux objectifs principaux lors des travaux rapportés ici, soit d'adapter l'EHVA de façon à ce que cet instrument puisse être utilisé auprès d'une population de personnes psychotiques hospitalisées et d'évaluer les qualités psychométriques de la version française ainsi modifiée. Les résultats obtenus sont concluants quant aux qualités de l'EHVA.

Les efforts entrepris pour adapter l'instrument à l'évaluation des habiletés de vie des personnes hospitalisées s'avèrent généralement fructueux. La majorité des échelles a pu être conservée et présente une bonne consistance interne. Certaines échelles posent toutefois des problèmes, notamment celles concernant la recherche et le maintien d'un emploi, ainsi que celles évaluant les habiletés pour se déplacer et utiliser les transports en commun. Les participants provenant des centres de longue durée travaillent trop peu souvent en atelier, particulièrement ceux vivant dans des familles d'accueil ou dans d'autres ressources externes. Pour certains d'entre eux, d'autres conditions (ex.: capacité physique ou choix personnel) rendent ces items inappropriés. Deux des 6 items de l'échelle Déplacement, soit la détention d'un permis de conduire et la conduite automobile, ne concernaient qu'une fraction très restreinte de l'échantillon.

Les autres items étaient redondants, les corrélations intercorrélations atteignant 0,90; cela nous a fait soupçonner un phénomène, comparable au paradoxe de l'atténuation (Loevinger, 1954), consistant à mesurer avec une précision excessive un phénomène psychologique fort restreint chez une minorité de sujets. Ainsi, la version adaptée de l'EHVA exclut ces trois échelles et se compose donc de 48 items qui se répartissent dans les 7 échelles suivantes: hygiène personnelle; apparence et tenue vestimentaire; habitudes alimentaires et préparation des repas; entretien ménager; habiletés de maintien de la santé et de l'utilisation des services sociaux et de santé; gestion financière; et loisirs.

Les résultats portant sur les qualités psychométriques de l'EHVA sont très satisfaisants. Plusieurs épreuves de fidélité ont été conduites. Nous avons d'abord mesuré la fidélité test-retest de l'instrument pour les items puis pour les différentes échelles qui obtiennent des corrélations variant de 0,67 à 0,90. Ce résultat est satisfaisant; il faut considérer les coefficients comme très élevés, puisqu'ils portent sur des scores qui manifestent peu de variance. Soulignons également pour les quelques items qui obtenaient une corrélation

test-retest faible ne gênaient pas les corrélations test-retest des échelles, ni l'accord interjuges, ni la consistance interne. Leur retrait de l'instrument n'apparaissait donc pas justifié. La fidélité interjuges est élevée et ce, pour toutes les échelles. Les analyses portant sur la consistance interne nous ont amenés à exclure 5 items du questionnaire, de même que trois échelles: soit celles de Déplacement, Recherche d'emploi et Capacité à garder son emploi. Des travaux ultérieurs seraient nécessaires pour développer des échelles mesurant les habiletés liées au travail et au déplacement et qui seraient plus adaptées au besoin d'un tel échantillon.

Nous avons évalué différentes facettes de la validité de cet instrument. La validité discriminante de l'EHVA est excellente. Les analyses conduites ont permis de vérifier les capacités de ses échelles à distinguer les personnes selon leurs diverses caractéristiques. Les échelles Entretien ménager et Alimentation sont celles qui ont causé le moins de différences significatives entre les différents groupes. Ceci semble s'expliquer par le fait que les participants sont dans l'ensemble assez habiles pour effectuer ces tâches, dans la mesure où leur milieu de vie les autorisait à accomplir de telles tâches. Dans le cas de l'alimentation, ces habiletés concernent surtout la capacité de manger de façon équilibrée, c'est-à-dire en choisissant des mets des quatre groupes alimentaires recommandés par les diététiciens. Les autres items concernant la cuisson des aliments, l'épicerie et l'entreposage des aliments n'ont pu être évalués pour la majorité des participants, ceux-ci étant hospitalisés et n'ayant pas l'occasion d'exercer ces habiletés. Soulignons en outre que les différences significatives obtenues entre les différents groupes de personnes vont dans le sens des travaux de recherche antérieurs, qui ont démontré que les femmes possèdent un répertoire d'habiletés plus vaste que les hommes (Childers et Harding, 1990), que les personnes diagnostiquées comme schizophrènes ont moins d'habiletés que les autres groupes diagnostiqués (Bellack et al., 1989; Test et al., 1990 et que les personnes hospitalisées à long terme possèdent moins d'habiletés pour mener une vie autonome.

Les corrélations entre les patients et les membres du personnel soignant sont significatives pour plusieurs échelles et assez élevées. Ce résultat est très satisfaisant, puisque plusieurs études ont démontré que les corrélations entre les observations provenant de sources multiples sont faibles ou inexistantes (Mischel et Peake, 1982). Les résultats suggèrent que les patients sont en mesure de nous fournir une évaluation valable de leurs habiletés.

Les corrélations convergentes et divergentes indiquent que l'EHVA cerne les habiletés de vie autonome d'une façon qui est assez spécifique par rapport à l'évaluation de dimensions similaires par d'autres instruments de mesure.

Ces premiers résultats concernant l'EHVA nous indiquent donc que cet instrument est stable dans le temps, peut être utilisé par plusieurs interviewers et produire des résultats similaires, qu'il permet de cerner deux grands types d'habiletés (primaire et secondaire), qu'il est suffisamment sensible pour distinguer le niveau d'habiletés de différents groupes de patients et, finalement, qu'il sert à mesurer des dimensions distinctes du fonctionnement psychosocial. En outre, ce questionnaire présente des qualités non négligeables sur le plan pratique. Le temps de formation des interviewers a été assez court, — moins d'une semaine —, et dès le début l'accord interjuges atteint était très élevé (voir Cyr et al., 1992). Il requiert peu de temps pour être rempli et la personne évaluée peut y répondre seule si ses capacités (lecture, concentration, etc.) le lui permettent.

Les recherches futures devraient se pencher sur les capacités prédictives de l'instrument, associées aux rechutes psychiatriques ou encore à l'évaluation de l'efficacité post-traitement. De même, on pourrait augmenter la spécificité de la mesure obtenue par l'EHVA en comparant les scores de cet instrument avec ceux d'autres mesures du fonctionnement psychosocial et des habiletés de vie. Enfin, il reste à vérifier la sensibilité de ce questionnaire pour détecter les changements qui ont pu se produire après une intervention psychologique.

Cette étude de validation nous laisse entrevoir des implications pratiques intéressantes pour cet échantillon. En premier lieu, il faut constater la faible performance au plan des habiletés de vie (hygiène personnelle, apparence et tenue vestimentaire, santé, gestion des finances, loisirs) des personnes résidant ou ayant résidé dans des hôpitaux de longue durée. Les résultats suggèrent que des programmes spécifiques destinés à l'acquisition de telles habiletés pourraient être bénéfiques pour ces sujets. En second lieu, même si le résultat moyen au plan des habiletés de vie est satisfaisant pour certains sous-groupes de l'échantillon, il demeure que certains individus éprouvent des difficultés importantes. Ce résultat met en relief le rôle du plan d'intervention individualisé et l'importance de l'évaluation individuelle des personnes, évaluation spécifique qui peut être obtenue avec l'EHVA. Finalement, cette recherche réaffirme que certains groupes diagnostiques sont plus susceptibles de manifester des déficits sur le plan des habiletés de vie. En conséquence, certains grou-

pes, notamment les personnes souffrant de schizophrénie, pourraient bénéficier de programmes taillés sur mesure. Wallace et Liberman (1985, voir aussi Liberman et al., 1986; Wallace et al., 1985) ont développé de tels programmes et démontré leur efficacité. La disponibilité d'un instrument mesurant les habiletés de vie quotidienne devrait faciliter le dépistage des personnes psychotiques qui pourraient requérir ce type de programme.

NOTE

1. L'utilisation du score moyen peut avoir pour effet d'avantager les personnes hospitalisées pour une longue durée, puisque seuls les items s'appliquant à leur situation de vie sont retenus, ce qui leur permet d'être très autonomes sur un petit nombre d'items. Toutefois, cette méthode de calcul nous apparaissait le meilleur compromis afin de conserver un nombre important de participants pour les analyses.

RÉFÉRENCES

- ANTHONY, W.A., LIBERMAN, R.P., 1986, The Practice of Psychiatric Rehabilitation: Historical, Conceptual and Research Base, *Schizophrenia Bulletin*, 12, 542-559.
- ANTHONY, W.A., NEMEC, P.P.B., 1984, Psychiatric Rehabilitation, in A.S. Bellack, Ed., *Schizophrenia: Treatment, Management and Rehabilitation*, Grune et Stratton, New York.
- BELLACK, A.S., MORRISON, R.L., MUESER, K.T., WADE, J.H., 1989, Social Competence in Schizoaffective Disorder, Bipolar Disorder, and Negative and Non-negative Schizophrenia, *Schizophrenia Research*, 2, 391-401.
- BELLACK, A.S., TURNER, S.M., HERSEN, M., LUBER, R.F., 1984, An Examination of the Efficacy of Social Skills Training for Chronic Schizophrenic Patients, *Hospital and Community Psychiatry*, 35, 1023-1028.
- BENTON, M.K., SCHRÖEDER, H.E., 1990, Social Skills Training with Schizophrenics: A Meta-analytic Evaluation, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 741-747.
- BERNSTEIN, I.H., 1988, *Applied Multivariate Analysis*, Springer-Verlag, New York.
- BROWN M.A., MUNFORD, A., 1983, Life Skills Training for Chronic Schizophrenics, *Journal of Nervous and Mental Disease*, 171, 466-470.
- CHILDERS, S.E., HARDING, C.M., 1990, Gender, Premorbid Social Functioning, and Long-term Outcome in DSM-III Schizophrenia, *Schizophrenia Bulletin*, 16, 309-318.

- COHEN, J., 1960, A Coefficient of Agreement for Nominal Scales, *Educational and Psychological Measurement*, 20, 37-46.
- CYR, M., TOUPIN, J., LESAGE, A.D., 1992, *L'évaluation des problèmes psychosociaux chez des personnes ayant des problèmes psychiatriques graves*, Rapport déposé auprès du Conseil québécois de la recherche sociale.
- CYR, M., TOUPIN, J., LESAGE, A.D., VALIQUETTE, C.A.M., 1992, Méthode de formation d'interviewers et évolution temporelle de l'accord interjuges, *Revue Canadienne de Psycho-éducation*, 21, 29-44.
- DORVIL, H., 1987, Les caractéristiques du syndrome de la porte tournante à l'Hôpital Louis-H. Lafontaine, *Santé Mentale au Québec*, 12, 79-89.
- HOGARTHY, G.E., ANDERSON, C.M., REISS, D.J., KORNBLITH, S.J. GREENWALD, D.P., JAVNA, C.D., MADONIA, M.J., 1986, Family Psychoeducation, Social Skills Training and Maintenance Chemotherapy in the Aftercare Treatment of Schizophrenia, *Archives of General Psychiatry*, 43, 633-642.
- HOGARTHY, G.E., GOLDBERG, S.C., SCHOOLER, N.R., ULRICH, R.F., 1974, Drug and Sociotherapy in the Aftercare of Schizophrenic Patients: II. Two-year Relapse Rates, *Archives of General Psychiatry*, 31, 603-608.
- KAYSER, H.F., 1960, The Application of Electronic Computers to Factor Analysis, *Educational and Psychological Measurement*, 20, 141-151.
- LIBERMAN, R.P., MUESER, K.T., WALLACE, C.J., 1986, Social Skills Training for Schizophrenic Individuals at Risk for Relapse, *American Journal of Psychiatry*, 143, 523-526.
- LÖEVINGER, J., 1954, The Attenuation Paradox in Test Theory, *Psychological Bulletin*, 51, 493-504.
- MERCIER, C., 1988, La réinsertion sociale: entre l'enthousiasme et l'amertume, *Santé Mentale au Québec*, 13, 11-17.
- MISCHEL, W., PEAKE, P.K., 1982, Beyond Déjà vu in the Search for Cross-situational Consistency, *Psychological Review*, 89, 730-755.
- NUNNALLY, J.C., 1978, *Psychometric Theory*, 2^e éd., McGraw-Hill, New York.
- TALBOTT, J.A., 1981, *Chronic Mental Patients: Treatment, Programs, Systems*, Human Sciences Press, New York.
- TEST, M.A., BURKE, S.S., WALLISCH, L.S., 1990, Gender Differences of Young Adults with Schizophrenic Disorders in Community Care, *Schizophrenia Bulletin*, 16, 331-344.
- WALLACE, C.J., 1986, Functional Assessment in Rehabilitation, *Schizophrenia Bulletin*, 12, 604-630.
- WALLACE, C.J., BOONE, S.E., DONAHUE, P.C., FOY, D.W., 1985, The Chronically Mentally Disabled: Independent Living Skills Training, in D.H. Barlow, Ed., *Clinical Handbook of Psychological Disorders*, Guilford, New York, 462-501.

- WALLACE, C.J., KOCHANOWICZ, N., WALLACE, J., 1985, *Independent Living Skills Survey*, Unpublished manuscript, Mental Health Clinical Research Center for the Study of Schizophrenia, West Los Angeles VA Medical Center, Rehabilitation Medicine Service, Brentwood Division, Los Angeles.
- WALLACE, C.J., LIBERMAN, R.P., 1986, Social Skills Training for Patients with Schizophrenia: A Controlled Clinical Trial, *Psychiatry Research*, 15, 239-247.
- WEISSMAN, M.M., 1975, The Assessment of Social Adjustment: A Review of Techniques. *Archives of General Psychiatry*, 32, 357-365.
- WEISSMAN, M.M., BOTHWELL S., 1976, The Assessment of Social Adjustment by Patient Self-report, *Archives of General Psychiatry*, 33, 1111-1115.
- WEISSMAN, M.M., SHOLOMSKAS, M.A., JOHN, K., 1981, The Assessment of Social Adjustment, *Archives of General Psychiatry*, 38, 1250-1258.

ABSTRACT

Evaluation of Autonomous Life Skills of Psychotic Patients

This article studies in detail the metrological characteristics of the «Autonomous Life Skills Test» («Échelle des Habiletés de Vie Autonome» or «EHVA») which measures the skills required of psychotic patients to function on their own in the community. The questionnaire, distributed to 276 psychotic patients, made use of 10 parameters of skills broken down into 65 items. Results show that, overall, this instrument is quite reliable, as measured by the inter-rater reliability and alpha coefficients. Three of the ten parameters, namely Mobility, Employment Search and Employment Holding, were not retained in the final version. The four validity aspects were found to be very satisfactory, namely the degree of convergence between the participant's self-evaluation and the evaluation provided by healthcare personnel, (discriminating analysis), convergent-divergent correlations with other instruments measuring psychosocial functioning and the exploratory factorial analysis. Following these analysis, the final version of the «EHVA» includes 48 items covering seven parameters. A discussion of results underscores the psychometric qualities of such a French-language instrument and suggests avenues to pursue the development of the «EHVA».