

F.-C. Boyer^{a,g,*}, V. Tiffreau^b, I. Richard^c, A. Calmus^d, L. Percebois-Macadre^d, J.-B. Hardouin^e, C. Reveillere^f, M. Drame^a, I. Morrone^a, C. Barbe^a, A. Wolak^a, J.-L. Novella^a, D. Jolly^a
^a EA 3797, UFR médecine, université Reims Champagne Ardenne, 51095 Reims cedex, France

^b Service de MPR, centre de référence MNM, hôpital Swynghedaaw, CHU de Lille, 59013 Lille, France

^c Service de MPR, CRRRF, centre de référence MNM, CHU d'Angers, BP 40329, rue des Capucins, 49103 Angers, France

^d Pôle de MPR, hôpital Sébastopol, CHU de Reims, 51092 Reims cedex, France

^e EA 4275, faculté de pharmacie, université de Nantes, 1, rue Gaston-Veil, 44035 Nantes, France

^f EA 2114, département de psychologie, université François-Rabelais-Tours, BP 4103, rue des Tanneurs, 37041 Tours, France

^g Médecine physique et de réadaptation, hôpital Sébastopol, CHU de Reims, 48, rue de Sébastopol, 51092 Reims cedex, France

* Auteur correspondant.

Mots clés : Questionnaire ; Qualité de vie ; Psychométrie ; Qualitative ; Focus groupe ; Delphi ; Maladies neuromusculaires

Introduction.– Il y a très peu d'outils capables de capturer les perceptions subjectives spécifiques des personnes atteintes de maladies neuromusculaires. L'approche théorique utilisée pour la construction de l'outil QOL-NMD s'appuie sur l'écart entre les aspirations du sujet et ses ressources physiques, psychologiques et sociales. C'est l'appréciation et le vécu de cet écart qui font sens comme mesure qualitative dite qualité de vie liée à la santé.

Matériels et méthodes.– Un comité d'experts multidisciplinaire (praticiens, psychologues, neuropsychologues, méthodologistes, biostatisticiens, linguistes, patients) a été constitué. Il a établi le cahier des charges, obtenu un consensus sur les principales décisions notamment le choix des domaines, la génération d'items, la métrique employée. Les patients inclus étaient atteints de maladie neuromusculaire d'origine génétique à prédominance motrice lentement évolutive. Cinq focus group ont été réalisés par le même animateur dans quatre centres participants à l'étude (Angers-Nantes, Créteil, Lille, Reims). Chaque transcrite des focus group a ensuite été analysé en termes de fréquence des thématiques CIF abordée par les malades. Des items ont été construits en rapport avec ces idées selon la méthodologie QAS99 et ont été réduits par des méthodes Delphi itératives entre les experts. Finalement, la banque d'items finale a été testée pour vérifier sa faisabilité et son acceptabilité.

Résultats.– Quarante et un personnes ont été incluses dans les focus groupes. Les transcrits ont été transformés en 333 items initiaux regroupés dans 5 domaines dont un optionnel : impacts des symptômes corporels et organiques, perception de soi et projection dans l'avenir, satisfaction d'environnement de l'accessibilité et des soins, activités et participations, module ventilation. Après méthode Delphi, la banque d'items a été réduite à 114 items. Cinquante-six patients, recrutés en multicentrique, ont bien voulu remplir la banque d'items. La durée moyenne de passation était de 32 ± 14 minutes. L'acceptabilité, la compréhension et les niveaux de réponses aux items ont été analysés et modifiés si nécessaire.

Discussion.– La banque d'items constituée est faisable, acceptée par les malades atteints de maladies neuromusculaires. Une deuxième étape de validation de structure et de la métrique de l'outil est en cours.

doi:10.1016/j.rehab.2011.07.312

CO36-008–FR

Reproductibilité et cohérence interne de l'échelle HADS chez des adultes atteints de myotonie de Steinert

F.-C. Boyer^{a,c}, A. Rapin^{b,*}, A. Calmus^b, L. Percebois-Macadré^b, L. Tambosco^b, S. Bertaud^b, E. Regrain^b, G. Belassian^b, C. Gombert^b, A. Potet^b, J.-M. Coulon^b, D. Jolly^a

^a EA 3797, UFR médecine, université Reims Champagne Ardenne, rue Cognacq-Jay, 51095 Reims cedex, France

^b Pôle MPR, hôpital Sébastopol, CHU de Reims, 51092 Reims cedex, France

^c Médecine physique et de réadaptation, 48, rue de Sébastopol, 51092 Reims cedex, France

* Auteur correspondant.

Mots clés : Questionnaire ; Reproductibilité ; Anxiété ; Dépression ; Maladies neuromusculaires ; Myotonie dystrophique ; Fiabilité ; Psychométrie

Introduction.– Le dépistage des sujets anxieux et dépressifs pourrait être surestimé chez des patients atteints de déficiences motrices comme les personnes dystrophiques de Steinert. Cette surestimation serait la résultante d'une part de la pondération trop forte des scores par des items évaluant l'adynamie motrice et d'autre part d'un contact amimique du visage par atteinte musculaire faciale de ces malades. L'échelle 'Hospital Anxiety Depression Scale' (HADS) a pour avantage de ne pas renseigner d'items sur les capacités motrices. Ce travail cherche à vérifier la fiabilité des sous échelles anxiété et dépression ainsi que leurs reproductibilités respectives pour des patients atteints d'une myotonie de Steinert.

Patients et méthode.– Trente-cinq patients myotoniques de Steinert (11 hommes, 24 femmes) ont répondu à 2 reprises au questionnaire HADS. La deuxième passation du questionnaire HADS avait lieu en moyenne à 18 ± 12 jours. Il était vérifié par interrogatoire qu'aucun problème de santé n'était survenu entre le test et le retest du questionnaire HADS. L'HADS est un auto-questionnaire constitué de 14 items, 7 items mesurant la probabilité d'être dépressif, 7 autres items évaluant le risque d'être anxieux (score ≥ 11/21). La fiabilité des 2 sous-échelles est vérifiée par le calcul des coefficients alpha de Cronbach et la reproductibilité test-retest des scores par les coefficients de corrélation intraclass (ICC).

Résultats.– Pour la sous-échelle 'anxiété', les scores test et retest respectifs sont de 7,94 ± 4 (mini 1 à 19 maxi) et 6,42 ± 3,68 (mini 1 à 14 maxi). Le coefficient alpha de Cronbach des 7 items de la sous-échelle 'anxiété' est satisfaisant à 0,74. L'ICC est bon à 0,77. Six patients ont un score ≥ 11/21 relatant une anxiété pathologique (17%).

Pour la sous-échelle 'dépression', les scores test et retest respectifs sont de 5,85 ± 3,75 (mini 1 à 16 maxi) et 5,94 ± 4,25 (mini 0 à 18 maxi). Le coefficient alpha de Cronbach est de 0,82 et l'ICC de 0,92. Quatre patients sont dépistés dépressifs (12%).

Conclusion.– L'HADS est un auto-questionnaire fiable et reproductible pour mesurer les traits anxiodépressifs des personnes myotoniques de Steinert.

doi:10.1016/j.rehab.2011.07.313

Version anglaise

CO32-001–EN

Virtual reality and cognitive rehabilitation

E. Klingner

Arts et métiers ParisTech, 4, rue de l'Ermitage, 53000 Laval, France

Keywords: Virtual reality; Cognition; Rehabilitation; Activities of daily living; Autonomy

Cognitive deficits are a major factor of loss of autonomy and dependence. Their rehabilitation is not easy; it combines analytic approaches based on the identification of impaired and preserved cognitive process with global training in activities of daily living. Cognitive rehabilitation aims at the assessment and the improvement of cognitive, emotional, psychosocial and behavioral deficits. Individualized methods are the most appropriate; they rely on a long experience of daily life situations related to the patient needs [1]. Too many patients are excluded from access to care because these methods are expensive and time consuming.

Virtual reality technologies permit simulation, control and individualization of activities of daily living for the exploration of cognitive process [2]. They offer the possibility to achieve traditional therapeutic purposes, but also to design new paradigms of assessment and rehabilitation. The scientific literature allows us to identify some key issues of virtual reality used in the cognitive field.

In the presentation we will develop all these points with a focus on the works carried out with the VAP-S virtual supermarket (Virtual Ation Planning Supermarket). Finally, we will highlight some trends related to technological progress.