

Développement et validation de contenu de l'échelle d'impact des problèmes actuels de comportement (IMPAC)

Development and Content Validation of the IMPAC Scale

Geneviève Thibault, Claire Croteau, Sonia Di Lillo, Rodrigo Ahumada-Alarcon and Jean Gagnon

Volume 50, Number 1, 2021

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/1077070ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/1077070ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Revue de Psychoéducation

ISSN

1713-1782 (print)

2371-6053 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Thibault, G., Croteau, C., Di Lillo, S., Ahumada-Alarcon, R. & Gagnon, J. (2021). Développement et validation de contenu de l'échelle d'impact des problèmes actuels de comportement (IMPAC). *Revue de psychoéducation*, 50(1), 23–45. <https://doi.org/10.7202/1077070ar>

Article abstract

The IMPAC Scale (Impact des problèmes actuels de comportement) is an instrument designed to evaluate the impact of challenging behaviour in people with acquired brain injury. This scale measures the impact of such behaviour on the brain-injured person and their social network based on five areas: significant relationships, psychological integrity, access to services, physical integrity and received interventions. The instrument was initially developed by specialized practitioners working with brain-injured persons exhibiting severe challenging behaviour. A series of three validation studies were conducted in which experts and practitioners in fields such as acquired brain injury rehabilitation were consulted. The results showed that the IMPAC Scale has satisfactory content validity — i.e. targeted impact areas and described impact levels are based on clearly defined criteria recognized as such by experts and practitioners. Therefore, the IMPAC Scale can be a useful tool for clinicians who need to objectively assess the impact of a user's challenging behaviour, which can help prioritize interventions and recommend appropriate residential facilities or specialized services.

Développement et validation de contenu de l'échelle d'impact des problèmes actuels de comportement (IMPAC)

Development and Content Validation of the IMPAC Scale

G. Thibault^{1,3}

C. Croteau^{3,4}

S. Di Lillo^{1,3}

R. Ahumada-
Alarcon.^{3,5,6}

J. Gagnon^{3,5,6}

¹ Programme pour les personnes présentant un trouble grave du comportement, CIUSSS Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, Québec, Canada

² Programme AVC et autres lésions cérébrales acquises non-traumatiques, CIUSSS Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, Québec, Canada

³ Centre de recherche interdisciplinaire en réadaptation du Montréal métropolitain (CRIR), Québec, Canada

⁴ École d'orthophonie et audiologie, Université de Montréal, Québec, Canada

⁵ Département de psychologie, Université de Montréal, Québec, Canada

⁶ Laboratoire d'électrophysiologie en neuroscience sociale (LENS)

Correspondance :

Geneviève Thibault, Ph.D.
Institut de réadaptation Gingras-Lindsay de Montréal
6363 chemin Hudson, Montréal,
(Québec) H3S 2J4

genevieve.thibault.ccsmtl@
sss.gouv.qc.ca

Résumé

L'échelle d'impact des problèmes actuels de comportement (IMPAC) est un outil visant à mesurer l'impact des comportements problématiques chez les personnes ayant subi une lésion cérébrale acquise. Cette mesure évalue l'impact des comportements sur la personne cérébralisée et son entourage selon cinq dimensions : les relations significatives, l'intégrité psychologique, l'accès aux services, l'intégrité physique et les interventions dispensées. Mis au point par des intervenants spécialisés en trouble du comportement chez la clientèle cérébralisée, cet outil a fait l'objet d'une série de trois études de validation de contenu. Celles-ci ont été menées auprès d'experts et de professionnels du réseau de la réadaptation en déficience physique. Les résultats ont démontré que l'échelle IMPAC possède une validité de contenu satisfaisante, c'est-à-dire que les dimensions ciblées et les niveaux d'impact décrits pour chacune d'elles reposent sur des critères clairement définis et reconnus comme tels par les experts. L'échelle IMPAC constitue donc un instrument potentiellement utile pour les cliniciens qui souhaitent évaluer de manière objective l'impact des comportements problématiques d'un usager, et ainsi contribuer à guider les interventions prioritaires et à éclairer les décisions d'orientation vers des ressources d'hébergement ou des services spécialisés.

Mots-clés : comportements problématiques, trouble du comportement, trouble grave du comportement, impact, instrument de mesure, IMPAC, lésion cérébrale acquise.

L'article soumis n'a pas fait l'objet d'une publication préalable et n'a pas été soumis dans une autre revue. Ce projet a été accepté par Comité d'éthique du Centre de recherche interdisciplinaire en réadaptation du Montréal métropolitain (no du certificat d'éthique : CRIR-689-0212). Les auteurs ne sont pas en conflit d'intérêt. Cette étude a été financée par une subvention obtenue dans le cadre de la 13^{ème} édition des projets spéciaux à caractère de recherche 2011-2013 du Centre de réadaptation Lucie-Bruneau, Québec, Canada, ainsi que par une subvention obtenue dans le cadre du programme Nouvelles initiatives du Centre de recherche interdisciplinaire en réadaptation du Montréal métropolitain de l'Institut universitaire de réadaptation en déficience physique de Montréal, Québec, Canada.

Abstract

The IMPAC Scale (Impact des problèmes actuels de comportement) is an instrument designed to evaluate the impact of challenging behaviour in people with acquired brain injury. This scale measures the impact of such behaviour on the brain-injured person and their social network based on five areas: significant relationships, psychological integrity, access to services, physical integrity and received interventions. The instrument was initially developed by specialized practitioners working with brain-injured persons exhibiting severe challenging behaviour. A series of three validation studies were conducted in which experts and practitioners in fields such as acquired brain injury rehabilitation were consulted. The results showed that the IMPAC Scale has satisfactory content validity — i.e. targeted impact areas and described impact levels are based on clearly defined criteria recognized as such by experts and practitioners. Therefore, the IMPAC Scale can be a useful tool for clinicians who need to objectively assess the impact of a user's challenging behaviour, which can help prioritize interventions and recommend appropriate residential facilities or specialized services.

Keywords: problematic behaviour, challenging behaviour, behaviour disorders, impact, assessment instrument, IMPAC, acquired brain injury

Introduction

Les comportements problématiques qui peuvent se manifester à la suite d'une lésion cérébrale représentent un frein à la participation sociale pouvant surpasser en importance les incapacités physiques ou cognitives. La mesure de l'impact des comportements problématiques sur la personne qui les émet et son entourage est essentielle pour les équipes de réadaptation qui souhaitent déterminer les besoins de la clientèle, le niveau d'encadrement et de spécialisation des services requis ainsi que les cibles d'intervention prioritaires. Alors que la majorité des outils disponibles pour la clientèle avec comportements problématiques offre une mesure de la fréquence ou de l'intensité de ceux-ci, très peu d'outils existent quant à la mesure de leur impact sur la personne et son environnement social. Pour combler ce manque, nous avons développé un outil d'évaluation de l'impact des comportements problématiques : l'échelle IMPAC. Le but de cet article est de présenter l'outil et de rendre compte de la démarche de validation de contenu de cette échelle.

Les séquelles comportementales liées aux lésions cérébrales acquises

Une lésion cérébrale acquise est une blessure au cerveau qui n'est pas héréditaire, congénitale, dégénérative ou causée par un traumatisme à la naissance. La lésion entraîne une modification de l'activité neuronale du cerveau, ce qui affecte l'intégrité physique, l'activité métabolique ou la capacité fonctionnelle des cellules nerveuses du cerveau (Brain injury association of America, s.d.). Celle-ci peut être de deux ordres : traumatique (c.-à-d. causée par un facteur externe tel un coup ou un choc) ou non traumatique (c.-à-d. causée par un facteur interne tel qu'une hémorragie).

Parmi les étiologies les plus fréquentes des lésions cérébrales acquises, on retrouve, en ordre décroissant de fréquence, le traumatisme craniocérébral, l'accident vasculaire cérébral, le dommage cérébral lié à l'alcool, l'hypoxie cérébrale et la tumeur cérébrale (Kelly et al., 2008). Il est courant que la personne ayant subi une lésion cérébrale acquise puisse présenter des séquelles (changements post-TCC) touchant les sphères du fonctionnement cognitif, émotionnel et comportemental. Parmi les séquelles directement associées aux atteintes cérébrales des personnes ayant subi un traumatisme craniocérébral, on retrouve l'irritabilité, la labilité émotionnelle, la diminution de la motivation, l'impulsivité, la désinhibition et le manque de jugement, dont les plus fréquentes ont trait au contrôle émotionnel (Brooks et al., 1987; Cattran et al., 2011; Rapoport et al., 2002; Vaishnavi et al., 2009). Lorsqu'elle est confrontée à des obstacles dans son environnement qui nuisent à la réalisation de ses habitudes de vie, la personne présentant des séquelles cognitives, émotives et comportementales fournit des efforts d'adaptation qui peuvent mener à une expression inappropriée de ses sentiments, de ses besoins et de ses inconforts.

De nombreuses études confirment que plus de la moitié des victimes d'un traumatisme craniocérébral présente des comportements problématiques, sous une forme ou une autre (Johnson et Balleny, 1996; Worthington et al., 2006). Dans une série d'études, Kelly et collaborateurs (2006, 2008) ont identifié plusieurs types de comportements problématiques présentés par des personnes ayant une lésion cérébrale acquise : l'agression verbale, l'agression physique envers les objets, l'agression physique envers soi-même, l'agression physique envers autrui, les comportements sexuels inappropriés, la persévération/comportement répétitifs, le vagabondage/fugue, les comportements sociaux inappropriés et le manque d'initiative. Selon une revue systématique de la littérature (Stéfan et Mathé, 2016), la prévalence des comportements agressifs (agressivité verbale, agressivité physique envers autrui, envers soi et envers les objets) pourrait s'élever jusqu'à 39 % alors que celle de l'apathie varierait entre 20 et 71 % chez les personnes ayant subi un traumatisme craniocérébral. Les comportements les plus fréquents demeureraient l'agressivité verbale et les comportements inappropriés socialement (Gagnon et al., 2017; Hicks et al., 2017). La littérature nous apprend également que les comportements problématiques auraient tendance à persister jusqu'à 5 ans à la suite du traumatisme craniocérébral (Masson et al., 1996; Vaishnavi et al. 2009) alors que des perturbations sur le plan émotionnel et comportemental sont rapportées jusqu'à 10 à 20 ans après l'atteinte cérébrale (Hicks et al., 2017; Marsh et Kersel, 2006; Ponsford et al., 2014).

La notion d'impact

Afin de mieux identifier les personnes présentant des comportements problématiques dont la persistance, l'intensité ou la complexité du profil clinique nécessitent des services spécialisés, voire surspécialisés, le réseau de la santé et des services sociaux du Québec s'est doté au cours des dernières années d'une définition commune du trouble grave du comportement. En 2015, un comité d'experts au Québec piloté par Paquet et collaborateurs (Paquet et al., à paraître) a développé une définition du trouble grave du comportement, commune aux différentes clientèles du réseau (jeunesse, dépendance, déficience physique, déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme). Cette définition s'articule

autour de 4 critères : 1) la présence de manifestations comportementales récentes (90 jours) et persistantes; 2) une situation clinique complexe et des manifestations comportementales pouvant avoir des causes multiples et être associées à des comorbidités; 3) la présence de manifestations comportementales graves et multiples entraînant des préjudices sociaux ou des inadaptations sociales graves qui peuvent s'être accumulés au cours de la dernière année; et 4) une perturbation de la dispensation de services telle qu'illustrée par les situations suivantes : l'usager ne répond pas aux traitements habituels reconnus; il refuse les services alors qu'il en a besoin; ou les services sont limités et ne permettent pas d'offrir les interventions appropriées.

On constate que la description des différents aspects (ex. : préjudices sociaux, perturbation de services) identifiés par les experts converge avec les observations rapportées dans la littérature scientifique, à savoir que l'impact des comportements problématiques est multiple et peut affecter à la fois la personne et ses proches. La présence de problèmes émotionnels et comportementaux serait associée à une diminution de la participation sociale, notamment dans la sphère du travail (Lipper-Gruner et al., 2002), des relations sociales et de l'intégration dans la communauté (Tam, McKay et al., 2015; Winkler et al., 2006). À cet égard, Carnavale et collaborateurs (2006) notent la difficulté des équipes de réadaptation à maintenir les services offerts aux personnes présentant des comportements problématiques. Par ailleurs, l'impact des comportements problématiques sur l'intégrité psychologique des proches de la personne ayant subi un traumatisme craniocérébral a été maintes fois documenté dans la littérature, et ce depuis de nombreuses années (Brooks et McKinlay, 1983; Godfrey et al., 2003; Marsh et al., 2002; Perlesz et al., 1999; Tam et al., 2015). Dans une revue systématique de la littérature, Sander et collaborateurs (2013) identifient la présence de séquelles comportementales comme un prédicteur significatif de la détresse émotionnelle chez les proches aidants. L'échelle IMPAC tente d'évaluer ces multiples aspects de l'impact des comportements problématiques à travers ces différentes dimensions (relations significatives, intégrité psychologique, accès aux services, intervention, intégrité physique).

Outils de mesure existants

De nombreuses échelles ont été développées afin de documenter les séquelles cognitives, émotionnelles et comportementales du traumatisme craniocérébral (ex. : *St Andrew's-Swansea Neurobehavioural Outcome Scale* : Alderman et al., 2011; *Behavior Rating Inventory of Executive Function* : Gioia et al., 2000; *Frontal Systems Behavior Scale* : Grace et Malloy, 2001; *Neurobehavioural Rating Scale* : McCauley, Levin et al., 2001; *Dysexecutive Questionnaire* : Wilson et al., 1996) ou évaluer l'impact de celles-ci sur la participation sociale (ex. : Inventaire d'Adaptabilité de Mayo-Portland : Bohac et al., 1997; *Community Outcome Scale* : Stilwell et al., 1998). Bien que plusieurs de ces outils incluent dans leur évaluation certaines des séquelles comportementales telles l'impulsivité, le manque d'inhibition ou même l'agressivité, aucun ne cible spécifiquement les comportements problématiques.

Par ailleurs, plusieurs instruments s'intéressent aux comportements problématiques liés aux lésions cérébrales acquises et permettent d'en documenter la fréquence. Ils couvrent plusieurs types de comportements, dont l'agitation (*Agitated Behavior Scale* : Corrigan, 1989), l'agressivité (*Overt Aggression Scale* : Silver et Yudofsky, 1991), l'apathie (*Apathy Evaluation Scale* : Marin et al., 1991) et les comportements sexuels inappropriés (*St-Andrew's Sexual Behaviour Assessment* : Knight et al., 2008). Pour sa part, l'Échelle des comportements observables (ÉCO : Gagnon et al., 2016) constitue un inventaire de comportements plus complet. Elle permet de documenter la fréquence de neuf catégories comportementales : l'agression verbale, l'agression physique envers les objets, l'agression physique envers soi-même, l'agression physique envers autrui, les comportements sexuels inappropriés, la persévération et les comportements répétitifs, le vagabondage/fugue, les comportements sociaux inappropriés et le manque d'initiative.

Bien que la mesure de la fréquence des comportements problématiques constitue un élément essentiel de l'évaluation de l'équipe de réadaptation, il s'avère qu'elle n'est pas toujours en relation étroite avec l'impact sur la personne et son environnement social qui en découle. Par exemple, un geste posé une fois (blesser quelqu'un en le bousculant), peut avoir davantage d'impact sur la personne qu'un autre geste d'agressivité qui survient plus fréquemment (claquer la porte). Inversement, le fait de poser la même question plusieurs fois par jour pourrait avoir un impact plus important sur les relations sociales de la personne que le fait de proférer des menaces occasionnellement. À notre connaissance, il n'existe actuellement aucun instrument validé mesurant de manière spécifique, objective et opérationnelle l'impact des comportements problématiques sur la personne et son environnement social pour la clientèle avec lésion cérébrale acquise. Seule l'ÉCO (Gagnon et al., 2016) possède une mesure d'impact de ses neuf catégories de comportements problématiques, mais ne précise pas de quelle façon l'impact peut s'articuler dans la vie de la personne et de son entourage. En outre, la mesure d'impact de cet inventaire repose sur un jugement subjectif de l'évaluateur étant donné qu'elle ne comprend pas de définition opérationnelle des niveaux d'impact, ce qui constitue une limite pour son utilisation en milieu de pratique. C'est dans le but de pallier ces limites que l'échelle IMPAC a été développée.

Contexte historique

L'échelle IMPAC est le produit des études menées sur l'Échelle d'évaluation globale du trouble du comportement (ÉEGTC). L'ÉEGTC a été développée en 2003 (révisée en 2007) par l'équipe du Programme régional d'expertise multidisciplinaire en troubles graves du comportement (PREM-TGC). L'outil permettait de documenter la fréquence des comportements jugés socialement ou culturellement inacceptables chez la clientèle ayant subi une atteinte cérébrale et d'identifier la présence d'impacts négatifs sur cinq dimensions de la vie de la personne et de son entourage : les relations significatives, l'intégrité physique, l'intégrité psychologique, les services reçus et l'encadrement offert. L'identification de ces cinq dimensions découlait d'un consensus de cliniciens experts. Toutefois, des études de validation de contenu (Caron et al. 2005), ont recommandé l'abandon de la mesure de la fréquence des comportements problématiques au profit de la mesure de leur impact. En conséquence, seule la mesure de l'impact a servi de base à la construction

de l'échelle IMPAC. Les cinq dimensions ont été retenues ainsi que les énoncés correspondant aux niveaux d'impact pour chacune de ces dimensions.

Le développement de l'échelle IMPAC a été mené par les intervenants du Programme pour les personnes présentant un trouble grave du comportement du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, issu de l'équipe initiale du PREM-TGC. Étant donné le besoin prioritaire sur le plan clinique d'avoir un instrument mesurant l'impact des comportements problématiques pour offrir des services spécialisés et surspécialisés à la clientèle, l'utilisation de l'échelle IMPAC, sous une forme expérimentale, a débuté avant d'obtenir une version finale complète, standardisée, et validée. Le développement de l'échelle IMPAC doit être compris comme un long travail itératif basé sur l'expérience des cliniciennes du Programme pour les personnes présentant un trouble grave du comportement et les besoins des intervenants qui ont été soulevés, ainsi que sur l'opinion d'experts externes travaillant auprès de la clientèle présentant des troubles du comportement.

Objectifs de l'étude

La présente étude vise, d'une part, l'explication du processus de développement de l'IMPAC en tant qu'instrument de mesure de l'impact des comportements problématiques sur la personne présentant une lésion cérébrale acquise et son environnement social, puis d'autre part, l'obtention des premières données de validation quant à son contenu. Plus précisément, le premier objectif est celui de la précision des conditions d'administration (p. ex., la consigne, la durée d'observation) et le développement d'un système de cotation habilitant la génération de scores quantifiables. Le second objectif consiste en la validation de contenu des définitions et de l'échelle de cotation de l'échelle IMPAC auprès de plusieurs échantillons composés de cliniciens et d'étudiants ayant servi d'experts et de juges.

Méthode

Pour atteindre le premier objectif, celui du développement d'une version complète de l'instrument, une procédure en quatre étapes a été suivie : 1) la rédaction des objectifs de l'outil, des consignes et conditions d'administration; 2) la précision des définitions opérationnelles des dimensions et niveaux d'impact; 3) le choix du système de cotation et 4) la consultation d'un comité d'experts composé de cliniciens oeuvrant auprès de la clientèle cérébrolésée présentant des comportements problématiques sur les aspects cités précédemment. La Figure 1 illustre les étapes de construction et de validation de l'IMPAC à partir de l'ÉEGTC.

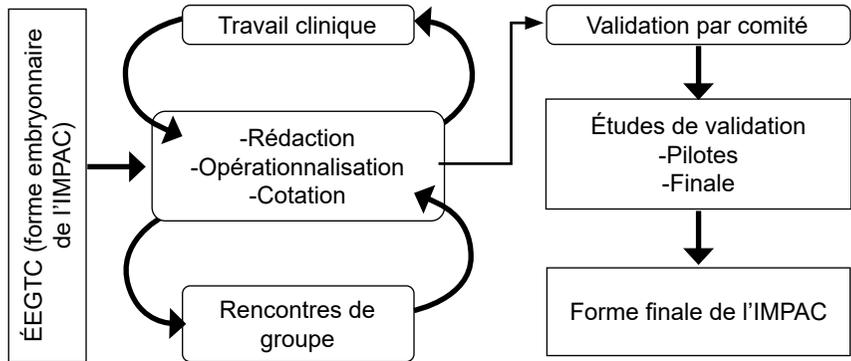


Figure 1. Étape de construction et de validation de l'IMPAC.

Développement de l'outil

L'équipe du Programme pour les personnes présentant un trouble grave du comportement est constituée d'une psychologue, d'une neuropsychologue et d'une spécialiste en activités cliniques qui, ensemble, cumulent une trentaine d'années d'expérience avec la clientèle cérébrolésée présentant des comportements problématiques. L'équipe intervient principalement auprès d'une clientèle cérébrolésée vivant en milieu d'hébergement. Cette équipe a d'abord procédé à la rédaction des éléments clés de l'instrument : les objectifs de l'instrument, les qualifications de l'administrateur, le protocole d'administration permettant de recueillir les données ainsi que les consignes de passation. Cette rédaction a été effectuée en fonction des besoins du milieu et découle de l'expérience clinique des intervenantes. Des discussions de groupe et le partage d'expériences découlant de l'utilisation de l'outil sous sa forme embryonnaire ont permis l'élaboration des différentes sections, l'ajustement et l'ajout de caractéristiques à l'outil original.

L'échelle IMPAC a été soumise au jugement d'un comité composé de trois cliniciens ayant plusieurs années d'expérience auprès de cette clientèle : un psychiatre (plus d'une vingtaine d'années d'expérience), une psychoéducatrice (plus de cinq ans d'expérience) et un éducateur spécialisé (avec plus d'une dizaine d'années d'expérience). Le comité devait se prononcer sur l'outil à l'aide d'une échelle à quatre points d'ancrage sur laquelle il devait indiquer leur niveau d'accord sur les énoncés (tout à fait en accord, en accord, en désaccord, tout à fait en désaccord). Les énoncés portaient sur le but de l'instrument (ex. : Dans quelle mesure êtes-vous en accord que l'échelle IMPAC est une mesure de l'impact des comportements présentés par un usager (et qu'elle) peut aider à suivre l'évolution des comportements présentés par l'usager) et sur le construit mesuré (ex. : Dans quelle mesure êtes-vous en accord avec le critère d'impact comme manière de classer la gravité des troubles du comportement?), les conditions d'administration (c.-à-d. les qualifications de l'utilisateur, les préalables requis à l'administration, le délai pour considérer l'impact d'un comportement, les éléments à ne pas considérer dans l'évaluation de l'impact), la clarté des consignes d'administration et de cotation, la clarté des définitions des niveaux d'impact ainsi que la pertinence de la structure

de l'outil (c.-à-d. l'échelle des cinq niveaux d'impact, les cinq dimensions, la structure du système de cotation). Les membres du comité pouvaient également faire des commentaires généraux qu'ils ont partagés avec l'équipe de développement de l'outil lors d'une rencontre de type *focus group*.

Validation de contenu

Pour atteindre le second objectif, soit la validation de contenu de l'échelle IMPAC, une série de trois études a été menée : 1) deux études pilotes de validation de contenu auprès de cliniciens experts, puis d'étudiants de niveau collégial et 2) une étude de validation de contenu auprès de cliniciens du milieu de la réadaptation.

Une première étude pilote s'est tenue auprès de six cliniciens possédant un minimum de 5 années d'expérience en réadaptation auprès d'utilisateurs présentant une lésion cérébrale acquise et des comportements problématiques. Ces cliniciens n'avaient aucune expérience avec l'échelle IMPAC. Dans cette étude, 25 fiches individuelles étaient remises aux participants sur lesquelles on pouvait lire les définitions correspondant aux cinq niveaux d'impact pour les cinq dimensions. Un canevas vierge de l'échelle était également fourni. Les participants devaient associer chacune des fiches à la bonne dimension et sérier ensuite les fiches à l'intérieur de chaque dimension afin de respecter l'ordre croissant des niveaux d'impact. Les participants devaient répondre à deux questions pour chacune des fiches : À quelle dimension cette définition appartient-elle? Quel niveau d'impact représente-t-elle (aucun, léger, modéré, grave, extrême)?

Une deuxième étude pilote a été tenue, cette fois auprès de 50 étudiants collégiaux inscrits à leur dernière session d'étude dans un programme de techniques d'éducation spécialisée, un public cible éventuel de l'outil. Le choix de recruter des étudiants a permis l'emploi d'un échantillon plus large ($n=50$, âge moyen = 32, femmes = 86 %, nombre moyen de sessions complétées dans le programme d'étude = 4.4). La tâche soumise aux étudiants comportait quelques modifications par rapport à la première étude de validation. Elle a été divisée en deux parties afin que les taux de réussite à la tâche de classification (À quelle dimension cette définition appartient-elle?) puisse être établi indépendamment du taux de réussite à la tâche de sériation (Quel niveau d'impact cette définition représente-elle? Aucun, léger, modéré, grave ou extrême?). Dans la première partie, chaque définition d'un niveau d'impact devait être classée dans une des cinq catégories correspondant aux cinq dimensions. Dans la deuxième partie, chaque dimension était présentée avec les cinq définitions de niveaux d'impact lui correspondant. Celles-ci étaient présentées dans le désordre et le participant devait associer chaque définition à un niveau d'impact (aucun impact, impact léger, modéré, grave ou extrême).

La troisième étude de validation de contenu a été tenue auprès de 13 professionnels du CIUSSS Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal œuvrant en réadaptation auprès de la clientèle ayant une lésion cérébrale acquise et cumulant en moyenne 6.5 ans d'années d'expérience en réadaptation. Les professionnels ne possédaient pas d'expérience majeure auprès d'une clientèle avec trouble du comportement et ne connaissaient pas l'échelle IMPAC. Le recours à des professionnels sans expérience en trouble du comportement a permis de sonder

l'aisance de l'utilisation du questionnaire par des intervenants qui ne sont pas nécessairement des experts dans le domaine, c'est-à-dire le public cible de l'IMPAC. Nous avons demandé aux professionnelles de participer aux deux mêmes activités de validation que lors de la deuxième étude, cette fois avec les dernières modifications apportées aux définitions par l'équipe de travail.

Étant donné les échantillons plus petits de la première et de la troisième étude, il a été décidé que l'observation du pourcentage total de bonnes réponses constitue un meilleur indicateur du niveau de qualité des différents énoncés que la moyenne de personnes ayant répondu correctement à une réponse comme lors de la seconde étude. Les données de deux participants ont été exclues pour la première partie de l'activité de validation de la troisième étude, car ils n'avaient pas suivi la consigne de la tâche. Nous avons conservé leurs réponses à la deuxième partie de l'activité, celle-ci n'étant pas liée à la première.

Résultats

Développement de l'échelle IMPAC

Des précisions ont été obtenues à propos des objectifs de l'outil, des consignes et des conditions d'administration. Le but de l'instrument a été précisé par rapport à l'outil original en clarifiant que l'échelle est conçue pour les personnes adultes âgées de 18 ans et plus, et qui ont subi une lésion cérébrale acquise. De plus, les éléments à ne pas considérer dans sa cotation ont été précisés, soit les impacts anticipés (c.-à-d. un impact qui n'a pas encore été observé, même s'il est à risque de survenir) et les impacts qui sont inférés et qui peuvent être teintés d'un jugement en fonction des valeurs de l'administrateur (c.-à-d. un administrateur attribue un impact négatif sur l'intégrité psychologique des proches d'un usager parce qu'il juge que la situation est intolérable, alors que les proches n'expriment pas de détresse). Afin d'augmenter l'utilité clinique de l'outil, il a été convenu par l'équipe de travail que la mesure de l'impact des comportements problématiques présentés par un usager doit être actuelle. La période au cours de laquelle les comportements doivent être observés pour être considérés actuels a été fixée à deux semaines.

D'autres précisions ont été apportées à propos des définitions opérationnelles des dimensions et des niveaux d'impact. L'échelle IMPAC se divise en cinq dimensions (relations significatives, intégrité physique, intégrité psychologique, accès aux services et interventions). Pour chacune des dimensions, l'impact des comportements problématiques était d'abord décliné en quatre niveaux (c.-à-d. impact léger, impact modéré, impact grave et impact extrême). L'ajout d'un niveau d'impact correspondant à « aucun impact » a été fait dans le but de faciliter l'administration et la cotation de l'instrument en évitant de laisser une catégorie non répondue, le cas échéant. Par la suite, l'équipe s'est assurée de bien cerner les divers construits à mesurer pour chacune des dimensions. Une définition opérationnelle a été rédigée afin d'assurer une meilleure compréhension du construit ciblé. Par exemple, pour la dimension Relations significatives, les intervenantes se sont questionnées à savoir : Quelles sont les caractéristiques d'une relation significative? Un intervenant peut-il entretenir une relation significative

avec un usager? La fréquence des contacts doit-elle être considérée pour qualifier une relation de significative? Ces questions ont émané des enjeux observés lors de la pratique clinique. La réflexion des cliniciennes pour y répondre a permis de dégager des construits théoriques fidèles à la réalité du terrain. La dimension Encadrement offert a été renommée Interventions afin de mieux refléter le construit mesuré. Finalement, la définition opérationnelle correspondant à chaque niveau d'impact a été révisée et bonifiée pour chacune des dimensions afin de faciliter la cotation par l'utilisateur.

À propos du système de cotation, les décisions suivantes ont été prises. Pour chacune des dimensions, un score a été attribué à chaque niveau d'impact. Un score de 0 est associé au niveau Aucun impact et des scores de 1 à 4 sont associés aux niveaux d'impact léger, modéré, grave et extrême. Le système de cotation a été conçu de manière à quantifier l'impact des comportements problématiques sur deux sous-échelles et un score global. La première sous-échelle est celle de l'Étendue de l'impact. Le score à cette sous-échelle varie entre 0 et 5. Il correspond au nombre de dimensions pour lesquelles un impact a été indiqué (c.-à-d. chaque dimension pour laquelle le score est différent de 0). La seconde sous-échelle est celle de la Gravité de l'impact. Le score à cette sous-échelle varie entre 0 et 20. Il correspond à l'addition des scores associés au niveau d'impact identifié pour chaque dimension. Enfin, le score global correspond à l'addition des scores Étendue de l'impact et Gravité de l'impact. Il varie de 0 à 25.

Enfin, pour faire suite aux commentaires des experts, d'autres modifications ont été apportées à l'instrument : 1) les qualifications de l'utilisateur ont été élargies pour inclure tout intervenant du réseau de la santé et des services sociaux détenant une formation de niveau collégial en éducation spécialisée ou soins infirmiers ou universitaire en psychologie, travail social, psychoéducation ou médecine; 2) la période au cours de laquelle les comportements doivent être apparus pour être considérés comme actuels a été allongée à trois mois afin de faciliter le suivi de l'évolution de la situation et des changements à la suite de la mise en place d'interventions; 3) les définitions de certaines dimensions (relations significatives et accès aux services) ont été légèrement modifiées de manière à les rendre plus claires.

Études de validation de contenu

Les résultats de la première étude de validation de contenu ont démontré que le pourcentage d'énoncés correctement classés et sériés était insatisfaisant pour plusieurs dimensions (voir Tableau 1). Les niveaux d'impact léger et modéré étaient discriminés avec beaucoup de difficulté par les cliniciens pour les dimensions Intégrité psychologique et Relations significatives. Pour la dimension Intégrité psychologique, le pourcentage de classement exact était de 16,7 % pour les niveaux d'impact léger et modéré. Bien que les résultats étaient légèrement meilleurs pour la dimension Relations significatives, le pourcentage de classement exact atteignait seulement 50 %. L'activité de validation a fait ressortir un manque de clarté surtout au niveau des définitions des niveaux d'impact. Ainsi, suivant cette étude de validation, une révision des énoncés a été faite afin que les niveaux d'impact puissent être mieux discriminés par les utilisateurs.

Tableau 1. Résultats de la première étude de validation**Pourcentage de classement exact moyen en fonction des niveaux d'impact et des dimensions**

Dimensions	Aucun	Léger	Modéré	Grave	Extrême
Relations	100	50	50	100	100
Int. physique	100	83.3	66.7	66.7	83.3
Int. psychologique	100	16.7	16.7	83.3	100
Accès aux services	100	66.7	50	66.7	83.3
Interventions	100	100	100	100	100

Les résultats de la seconde étude de validation de contenu ont indiqué que le pourcentage d'énoncés correctement classés et sériés a significativement augmenté par rapport à la première étude pilote (voir Tableau 2). La moyenne des participants ayant répondu correctement à la tâche de classement se situait entre 86,4 % et 99,2 % alors que la moyenne des participants ayant répondu correctement à la tâche de sériation se situait entre 70,4 % et 85,6 %. Des modifications mineures à certaines définitions ont tout de même été jugées nécessaires vu un taux plus faible de bonnes réponses pour certaines dimensions.

Tableau 2. Résultats de la deuxième étude de validation**Moyenne des participants ayant répondu correctement à la tâche de classement des définitions par dimensions**

Dimensions	Moyenne	Écart-type
Relations	99,2	3,96
Int.physique	89,2	17,24
Int. psychologique	90,4	14,14
Accès aux services	86,4	19,56
Interventions	90,4	17,72

Moyenne des participants ayant répondu correctement à la tâche de sériation des définitions selon le niveau d'impact

Dimensions	Moyenne	Écart-type
Relations	74,8	27,94
Int. physique	94	18,63
Int. psychologique	85,6	24,92
Accès aux services	70,4	25,62
Interventions	74,8	27,35

Enfin, les résultats obtenus lors de la dernière étude de validation de contenu ont démontré une amélioration au niveau de la clarté et la spécificité des différents énoncés (voir Tableau 3), les pourcentages d'énoncés correctement classés et correctement sériés se situant tous au-dessus de 90 %. De nouvelles précisions ont tout de même été apportées afin de corriger les quelques faiblesses observées. La définition du construit mesuré par la dimension Interventions a été précisée (c.-à-d. Les interventions correspondent aux moyens mis en place afin de modifier le comportement ou le contrôler). Des exemples ont été ajoutés à la définition de l'impact léger sur la dimension Accès aux services. Ces dernières modifications complètent la forme actuelle de l'IMPAC.

Tableau 3. Pourcentage moyen d'énoncés correctement classés

Dimensions	% d'énoncés correctement classés pour chaque dimension	% d'énoncés correctement sériés pour chaque niveau d'impact e/f des dimensions
Relations significatives	100	100
Intégrité psychologique	100	96,9
Accès aux services	94,5	100
Intervention	94,5	90,8
Intégrité physique	100	100
Moyenne	97,8	97,5

Note : Dans la première partie, le pourcentage a été calculé sur un total de 55 réponses (5 dimensions X 11 participants). Dans la seconde partie, le pourcentage a été calculé sur un total de 65 réponses (5 niveaux d'impact X 13 participants).

Discussion

Le but de la présente étude était de présenter la démarche de développement et les premières étapes de validation de l'échelle IMPAC en tant qu'instrument de mesure de l'impact des comportements problématiques sur la personne cérébrolésée et son environnement social. L'échelle IMPAC comprend cinq dimensions qui ont été retenues par les experts dans le domaine comme les plus pertinentes en ce qui a trait à l'impact des comportements problématiques tels qu'ils se présentent chez la clientèle présentant une lésion cérébrale acquise. Un processus de réflexion itératif, mené par des cliniciens possédant une grande expérience en trouble du comportement avec cette clientèle, a permis de préciser les construits cernés par chacune des dimensions (c.-à-d. les relations significatives, l'intégrité psychologique, l'accès aux services, les interventions et l'intégrité physique) et d'offrir des définitions opérationnelles des niveaux d'impact des comportements problématiques reflétant la réalité des usagers et des intervenants œuvrant auprès d'eux. Ce processus de développement de l'outil a été suivi par trois études de validation dont les résultats ont permis de s'assurer que les définitions des niveaux d'impact reposent sur des critères clairement définis

et reconnu par la quasi-totalité des participants. L'échelle IMPAC est maintenant disponible dans une version améliorée, accompagnée d'un guide d'administration complet (Godbout et al., 2021).

L'échelle IMPAC pallie un manque criant d'outils pour évaluer l'impact des comportements problématiques à la suite d'une lésion cérébrale acquise, et ce d'une manière rigoureuse, mais aussi conviviale et efficiente. Elle constitue un outil objectif et simple d'utilisation, qui s'adresse à l'ensemble des intervenants œuvrant auprès des usagers présentant des comportements problématiques dans le contexte d'une prestation de services sociaux, de santé, de réadaptation, d'éducation, d'hébergement, de services communautaires ou de loisirs. On sait que la présence de comportements problématiques est fréquente chez les personnes ayant subi une lésion cérébrale acquise et que ceux-ci peuvent devenir chroniques (Marsh et Kersel, 2006; Ponsford et al., 2014; Stéfan et Mathé, 2016; Hicks et al., 2017). L'impact découlant des problématiques comportementales est énorme, tant pour le réseau que pour l'utilisateur et son entourage (Winkler et al., 2006; Sander et al., 2013; Tam et al., 2015). En effet, le cheminement de la personne présentant des comportements problématiques peut être grandement perturbé tout au long de son parcours de réadaptation jusqu'à son milieu de vie. L'utilisateur et son entourage sont très souvent isolés et rencontrent des difficultés importantes à recevoir ou conserver des services offerts dans le réseau de la santé et des services sociaux, ainsi que dans la communauté (p. ex., centre de loisir, bibliothèque) (Carnavale et al., 2006). C'est précisément cet impact que l'IMPAC cherche à décrire et à qualifier.

Bien que le développement de l'échelle IMPAC ne se soit pas appuyé sur un modèle théorique, des rapprochements conceptuels peuvent être faits avec le Modèle de développement humain - Processus de production du handicap (MDH-PPH2 : Fougeyrollas, 2010). En effet, les construits auxquels s'intéresse l'échelle IMPAC recoupent en partie les habitudes de vie identifiées dans le MDH-PPH2. Dans le MDH-PPH2, le degré de réalisation de ces habitudes de vie correspond à la participation sociale de la personne. Selon ce modèle, les incapacités physiques, cognitives et comportementales d'une personne en relation avec les obstacles qu'elle rencontre dans son environnement produisent des situations où la personne n'est plus en mesure de réaliser pleinement ses habitudes de vie comme assumer ses responsabilités ou encore bénéficier d'interactions sociales (c.-à-d. restriction à la participation sociale). Les milieux de la réadaptation physiques font habituellement appel au MDH-PPH2 pour concevoir la formulation de cas et le plan de traitement de la personne ayant subi une lésion cérébrale acquise en visant l'atténuation des obstacles à la participation sociale. Nous croyons que l'échelle IMPAC représente une valeur ajoutée aux situations de handicap telles que conçues dans le MDH-PPH2, car elle définit de manière plus précise et spécifique les dimensions à travers lesquelles se manifestent sur la personne et ses proches les impacts de ses comportements problématiques à la suite d'une atteinte cérébrale. En voici un exemple.

L'expérience clinique nous suggère que les restrictions à la participation sociale auxquelles font face les personnes puissent contribuer à l'apparition de comportements problématiques. Par exemple, le manque d'accès à des loisirs adaptés, les difficultés à maintenir des relations sociales satisfaisantes ou encore

l'impossibilité d'avoir accès à des activités professionnelles rémunérées peuvent constituer des défis d'adaptation importants pour la personne présentant une lésion cérébrale acquise, la poussant à exprimer ses émotions et inconforts d'une manière peu appropriée. En retour, ces comportements problématiques peuvent avoir un impact sur la personne et son entourage en réduisant davantage les opportunités auxquelles elles ont accès. C'est cet impact que l'échelle IMPAC cherche à mesurer. L'impact des comportements problématiques est mesuré sur cinq dimensions, qui sont importants dans le fonctionnement de l'individu et ses proches selon l'expérience clinique auprès de personnes ayant des troubles graves du comportement. Un comité d'experts les a retenues de façon consensuelle comme étant les plus pertinentes aux vues de l'impact des comportements problématiques sur la personne et son entourage. La Figure 2 illustre comment l'impact des comportements problématiques pourrait s'inscrire dans le cadre conceptuel du MDH-PPH2. Il rend compte des relations dynamiques entre les facteurs influençant les comportements problématiques et la participation sociale.

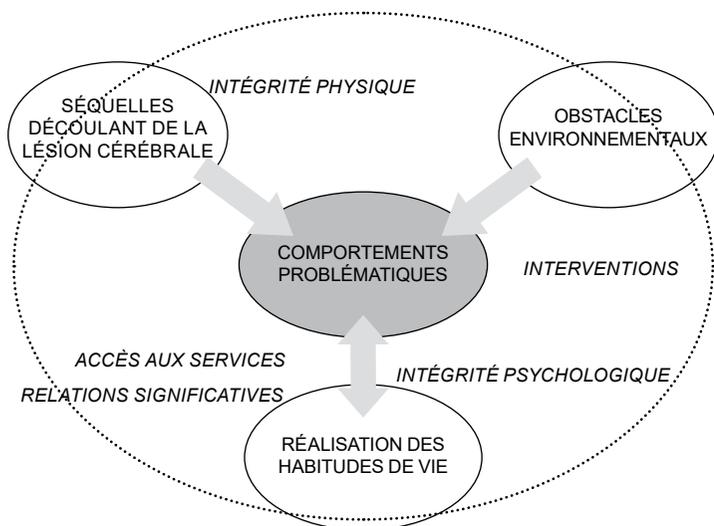


Figure 2. Liens conceptuels possibles entre le MDH-PPH2 et les dimensions de l'échelle IMPAC

En somme, l'échelle IMPAC se veut un outil précieux dans l'évaluation de l'impact des comportements problématiques sur les personnes présentant une lésion cérébrale acquise et leur entourage. Il est démontré que l'évolution des situations de trouble du comportement se fait souvent en dents de scie et est ponctuée de crises, ce qui complexifie l'intervention. Elle confronte souvent les intervenants à leurs limites personnelles et professionnelles et il peut devenir ardu de maintenir des discussions cliniques d'équipe neutres et objectives. Dans ce contexte, l'IMPAC se veut un outil de choix, car il permet aux intervenants de s'appuyer sur une méthode d'évaluation objective et rigoureuse. À cet égard, l'échelle IMPAC favorise une

évaluation transdisciplinaire et facilite l'obtention d'un consensus sur les priorités d'intervention. En effet, en tenant compte du point de vue subjectif de l'utilisateur et de ses proches et en permettant une comparaison de l'impact sur les différentes dimensions, il permet de centrer les interventions sur les besoins immédiats de l'utilisateur et de sa famille et ainsi prévenir ou atténuer les impacts les plus graves des comportements problématiques. Par ailleurs, l'échelle IMPAC se veut un outil d'évaluation qui tient compte de la situation de l'utilisateur et ses proches dans son ensemble, en allant au-delà des situations aiguës de crises ou des événements passés. Il contribue à obtenir un portrait global et actuel de la situation de trouble du comportement. L'échelle IMPAC s'attarde aux conditions actuelles de l'utilisateur sur le plan personnel, clinique et de l'environnement (humain et physique) et peut ainsi soutenir les intervenants dans leur travail. Par exemple, l'IMPAC peut aider les intervenants à déterminer une orientation judicieuse au sein des ressources d'hébergement, contribuer à déterminer des priorités d'intervention ou faciliter la gestion des listes d'attente. Finalement, il semble que l'IMPAC permet de soutenir les équipes traitantes en réadaptation physique, car il permet de documenter les progrès observés à la suite de la mise en place de leurs interventions et démontrer que leurs efforts en valent la peine.

Bien que la présente étude ait permis d'obtenir une validation des éléments et des définitions par des experts et juges dans le domaine, les résultats ont été obtenus à partir d'un petit échantillon. Il serait important de poursuivre des études de validité de contenu. La présente étude a aussi des limites importantes par le fait qu'elle ne rapporte aucune donnée sur les autres qualités psychométriques de l'échelle. En effet, l'échelle IMPAC pourrait bénéficier d'études de validation supplémentaires, par exemple au niveau de sa sensibilité au changement, son système de cotation quantifiable et de sa validité convergente et divergente en fonction d'autres outils déjà validés. La fidélité temporelle de l'échelle IMPAC reste également à être démontrée, tout comme sa fidélité interjuges lors de l'évaluation d'un usager par deux coteurs indépendants. Aussi, comme l'échelle a été développée par des cliniciennes possédant une grande expérience auprès des usagers et des équipes des milieux d'hébergement à long terme du réseau de la santé et services sociaux, l'utilisation de l'échelle dans des contextes cliniques différents ou auprès de clientèles différentes pourrait être explorée davantage.

Conclusion

Les résultats de la présente étude indiquent que l'échelle IMPAC est satisfaisante au niveau de ses objectifs, ses consignes, ses conditions d'administration et de la définition opérationnelle de ses construits. De plus, les résultats démontrent que l'IMPAC possède des qualités psychométriques satisfaisantes au niveau de sa validité de contenu. L'IMPAC paraît être un instrument pratique pour les cliniciens désirant mesurer l'impact des comportements problématiques des usagers ayant une lésion cérébrale acquise.

Références

- Alderman, N., Wood, R.L. et Williams, C. (2011). The development of the St Andrew's-Swansea Neurobehavioural Outcome Scale: Validity and reliability of a new measure of neurobehavioural disability and social handicap. *Brain Injury*, 25(1), 83-100.
- Bohac, D.L., Malec, J.F. et Moessner, A.M. (1997). Factor analysis of the Mayo-Portland Adaptability Inventory: Structure and validity. *Brain Injury*, 11(7), 469-482.
- Brain injury association of America (s.d.) What is the difference between an acquired brain injury and a traumatic brain injury? Récupéré le 30 septembre 2020 de <https://www.biausa.org/brain-injury/about-brain-injury/nbiic/what-is-the-difference-between-an-acquired-brain-injury-and-a-traumatic-brain-injury>
- Brooks, N., McKinlay, W., Symington, C., Beattie, A. et Campsie, L. (1987). Return to work within the first seven years of severe head injury. *Brain Injury*, 1(1), 5-19.
- Brooks, D.N. et McKinlay, W. (1983). Personality and behavioural change after severe blunt head injury: A relative's view. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 46(4), 336-344.
- Carnevale, G.J., Anselmi, V., Johnston, M.V., Busichio, K. et Walsh, V. (2006). A natural setting behavior management program for persons with acquired brain injury: A randomized controlled trial. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 87(10), 1289-1297.
- Caron, J., Fleury, M.J., Godbout, D. et Desranleau, M. (2005). Traumatisés cranio-cérébraux présentant des troubles graves du comportement : définition, mesure et détermination des besoins pour l'organisation des services. Rapport de recherche. Montréal : Québec. Centre de recherche de l'hôpital Douglas.
- Catran, C., Oddy, M. et Wood, R. (2011). The development of a measure of emotional regulation following acquired brain injury. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 33(6), 672-679.
- Corrigan, J.D. (1989). Development of a scale for assessment of agitation following traumatic brain injury. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 11(2): 261-277.
- Fougeyrollas P. (2010) *La funambule, le fil et la toile. Transformations réciproques du sens du handicap*. Presses de l'Université Laval.
- Gagnon, J., Rochat, L., Messier, F., Chiochio, F., Sordes, C., Beaulieu, J., et Fortin-Langelier, E. (2017). Développement d'une tâche pour dépister le risque de présenter des comportements inappropriés socialement suite à un traumatisme cranio-cérébral : la tâche de décision sociale (TDS). *Revue canadienne des sciences du comportement*, 49(2), 100-111. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/cbs0000067>
- Gagnon, J., Simpson, G.K., Kelly, G., Godbout, D., Ouellet, M., et Drolet, J. (2016). A French adaptation of the Overt Behaviour Scale (OBS) measuring challenging behaviours following acquired brain injury: The Échelle des comportements observables (ÉCO). *Brain Injury*, 30(8), 1019-1025.
- Gioia, G., Isquith, P., Guy, S.C. et Kenworthy, L. (2000). Behavior rating inventory of executive function. *Child Neuropsychology*, 6(3), 235-238.
- Godbout, D., Di Lillo, S., Deschênes, M., Thibault, G. et Gagnon, J. (2021). *Impact des problèmes actuels de comportement - IMPAC. Guide de l'administrateur*. Montréal : Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, 18 p.

- Godfrey, H.P., Harnett, M.A., Knight, R.G., Marsh, N.V., Kesel, D.A., Partridge, F.M. et Robertson, R.H. (2003). Assessing distress in caregivers of people with a traumatic brain injury (TBI): a psychometric study of the Head Injury Behaviour Scale. *Brain Injury*, 17(5), 427-435.
- Grace, J. & Malloy, P.F. (2001). *Frontal Systems Behavior Scale (FrSBe): Professional Manual*. Lutz, FL: Psychological Assessment Resources.
- Hicks, A. J., Gould, K.R., Hopwood, M., Kenardy, J., Krivonos, I. et Ponsford, J.L. (2017). Behaviours of concern following moderate to severe traumatic brain injury in individuals living in the community. *Brain Injury*, 31(10), 1312-1319.
- Johnson, R. & Balleny, H. (1996). Behaviour problems after brain injury: Incidence and need for treatment. *Clinical Rehabilitation*, 10, 173-181.
- Kelly, G., Brown, S., Todd, J., et Kremer, P. (2008). Challenging behaviour profiles of people with acquired brain injury living in community settings. *Brain Injury*, 22(6), 457-470.
- Kelly, G., Todd, J., Simpson, G., Kremer, P. et Martin, C. (2006). The Overt Behaviour Scale (OBS): A tool for measuring challenging behaviours following ABI in community settings. *Brain Injury*, 20(3), 307-319.
- Knight, C., Alderman, N., Johnson, C., Green, S., Birkett-Swan, L. et Yorstan, G. (2008). The St Andrew's Sexual Behaviour Assessment (SASBA): development of a standardised recording instrument for the measurement and assessment of challenging sexual behaviour in people with progressive and acquired neurological impairment. *Neuropsychological Rehabilitation*, 18(2), 129-159.
- Lipper-Gruner, M., Wedekind, C.H. et Klug, N. (2002). Functional and psychosocial outcome one year after severe traumatic brain injury and early-onset rehabilitation therapy. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 34(5), 211-214.
- Marin, R.S., Biedrzycki, R.C. et Firinciogullari, S. (1991). Reliability and validity of the Apathy Evaluation Scale. *Psychiatry Research*, 38(2), 143-162.
- Marsh, N.V., Kersel, D.A., Havill, J.A. et Sleigh, J.W. (2002). Caregiver burden during the year following severe traumatic brain injury. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 24(4), 434-447.
- Marsh, N.V. et Kersel, D.A. (2006). Frequency of behavioural problems at one year following traumatic brain injury: Correspondence between patient and caregiver reports. *Neuropsychological Rehabilitation*, 16(6), 684-694.
- Masson, F., Maurette, P., Salmi, L.R., Dartigues, J.F., Vecsey, J., Destailats, J.M. et Erny, P. (1996). Prevalence of impairments 5 years after a head injury, and their relationship with disabilities and outcome. *Brain Injury*, 10(7), 487-498.
- McCauley, S.R., Levin, H.S., Vanier, M., Mazaux, J.M., Boake, C. Goldfader, P.R., Rockers, D., Butters, M., D.A., Lambert, J. et Clifton, G.L. (2001). The neurobehavioural rating scale-revised: Sensitivity and validity in closed head injury assessment. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 71(5), 643-651.
- Paquet, M., Sabourin, G., Camiré, M., Gagnon, I., Gagnon, S. & Godbout, D. (à paraître). Élaboration d'une définition de « troubles graves de comportement » commune au réseau de la santé et des services sociaux.
- Perlesz, A., Kinsella, G., et Crowe, S. (1999). Impact of traumatic brain injury on the family: A critical review. *Rehabilitation Psychology*, 44(1), 6-35.
- Ponsford, J.L., Downing, M.G., Olver, J., Ponsford, M., Acher, R., Carty, M. et Spitz, G. (2014). Longitudinal follow-up of patients with traumatic brain injury: outcome at two, five, and ten years post-injury. *Journal of Neurotrauma*, 31(1), 64-77.

- Rapoport, M., McCauley, S., Levin, H., Song, J. et Feinstein, A. (2002). The role of injury severity in neurobehavioral outcome 3 months after traumatic brain injury. *Neuropsychiatry, Neuropsychology and Behavioral Neurology*, 15(2), 123-132.
- Sander, A.M., Maestas, K.L., Clark, A.N. et Havins, W.N. (2013). Predictors of emotional distress in family caregivers of persons with traumatic brain injury: A systematic review. *Brain Impairment*, 14(1), 113-129.
- Silver, J.M. et Yudofsky, S.C. (1991). The Overt Aggression Scale: Overview and guiding principles. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 3(2), S22-29.
- Stefan, A. et Mathé, J.F. (2016). What are the disruptive symptoms of behavioral disorders after traumatic brain injury? A systematic review leading to recommendations for good practices. *Annals of Physical Rehabilitation Medicine*, 59(1), 5-17.
- Stilwell, P., Stilwell, J., Hawley, C. et Davies, C. (1998). Measuring outcome in community-based rehabilitation services for people who have suffered traumatic brain injury: the Community Outcome Scale. *Clinical Rehabilitation*, 12(6), 521-531.
- Tam, S., McKay, A., Sloan, S. et Ponsford, J. (2015). The experience of challenging behaviours following severe TBI: A family perspective. *Brain Injury*, 29(7-8), 813-821.
- Vaishnavi, S., Rao, V. et Fann, J.R. (2009). Neuropsychiatric problems after traumatic brain injury: Unraveling the silent epidemic. *Psychosomatics*, 50(3), 198-205.
- Wilson, B.A., Alderman, N., Burgess, P.W., Emslie, H., Evans, J.J. (1996). Behavioral assessment of the dysexecutive syndrome. Thames Valley Test Company.
- Winkler, D., Unsworth, C. et Sloan, S. (2006). Factors that lead to successful community integration following severe traumatic brain injury. *The Journal of Head Trauma Rehabilitation* 21(1), 8-21.
- Worthington, A.D., Matthews, S., Melia, Y. et Oddy, M. (2006). Cost-benefits associated with social outcome from neurobehavioural rehabilitation. *Brain Injury*, 20(9), 947-957.

IMPAC

ÉCHELLE D'IMPACT DES PROBLÈMES ACTUELS DE COMPORTEMENT

Nom de l'utilisateur : Âge :

Diagnostic principal :

Nom de l'évaluateur : Fonction :

Établissement : Date :

**VOUS POUVEZ TÉLÉCHARGER ET IMPRIMER
CE DOCUMENT SUR LE LIEN SUIVANT :**

<https://iurdpm.ca>

Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
du Centre-Sud-
de-l'Île-de-Montréal
Québec 

CRIR
Centre de recherche
interdisciplinaire
en réadaptation
du Montréal métropolitain

INSTITUT UNIVERSITAIRE
SUR LA RÉADAPTATION EN DÉFICIENCE
PHYSIQUE DE MONTRÉAL

CONSIGNES D'ADMINISTRATION

Pour chaque dimension, choisissez la définition qui décrit le mieux l'impact des comportements problématiques de l'utilisateur sur lui-même ou sur autrui. Encerclez le chiffre correspondant dans la colonne de droite. Vous ne pouvez choisir qu'un seul niveau d'impact pour chaque dimension. Vous devez considérer les comportements qui sont survenus au cours des trois derniers mois et leur impact doit être apparu au cours de cette période.

QUELS SONT LES COMPORTEMENTS PROBLÉMATIQUES DE L'USAGER SURVENUS AU COURS DES 3 DERNIERS MOIS ?

.....

.....

.....

Impact sur les relations significatives (de l'utilisateur)

Une personne significative est un individu avec qui l'utilisateur entretient un lien et avec qui il aime être en contact (ex. famille, amis, proches, camarades). On exclut les intervenants qui œuvrent auprès de l'utilisateur.

Au cours des **3 derniers mois**, les comportements problématiques de l'utilisateur...

N'ont eu aucun impact sur une relation significative.	Aucun impact	<input type="radio"/>	0
Ont entraîné une personne significative à lui demandeur d'améliorer ses comportements .	Impact léger	<input type="radio"/>	1
Ont entraîné une personne significative à réduire la fréquence ou la durée de leurs contacts. Ex. : <i>appelle moins souvent, reste moins longtemps lors de ses visites.</i>	Impact modéré	<input type="radio"/>	2
Ont entraîné une personne significative à refuser d'avoir des contacts avec l'utilisateur. Cette personne a exprimé son ouverture à une reprise éventuelle de la relation.	Impact grave	<input type="radio"/>	3
Ont entraîné une personne significative à refuser d'avoir des contacts avec l'utilisateur. Cette personne a signifié à l'utilisateur que leur relation est rompue définitivement .	Impact extrême	<input type="radio"/>	4

Impact sur l'intégrité psychologique (de l'utilisateur ou d'autrui)

Une atteinte psychologique peut être une préoccupation, une crainte, une souffrance, une sensation de fardeau, etc. La souffrance psychologique affecte l'utilisateur ou autrui (ses proches, ses intervenants ou ses pairs).

Au cours des 3 derniers mois, les comportements problématiques de l'utilisateur...

N'ont eu aucun impact psychologique.	Aucun impact	<input type="radio"/>	0
Ont entraîné des atteintes psychologiques qui n'ont pas requis de soutien .	Impact léger	<input type="radio"/>	1
Ont entraîné des atteintes psychologiques qui ont requis du soutien informel de la part d'aïdants. <i>Ex. : discuter avec ses proches, ses collègues ou ses intervenants.</i>	Impact modéré	<input type="radio"/>	2
Ont entraîné des atteintes psychologiques qui ont requis un soutien formel . <i>Ex. : un proche demande un suivi psychologique au CLSC, un intervenant demande à ce qu'on lui retire certaines tâches avec l'utilisateur, un utilisateur demande de l'aide, un intervenant réfère l'utilisateur en psychothérapie.</i>	Impact grave	<input type="radio"/>	3
Ont entraîné des atteintes psychologiques qui ont requis une hospitalisation ou ont empêché une personne d'exercer un rôle social . <i>Ex. : une personne néglige sa famille, un intervenant ou un proche demande un congé de maladie.</i>	Impact extrême	<input type="radio"/>	4

Impact sur l'accès aux services (de l'utilisateur)

Il s'agit de services sociaux, de santé, communautaires, d'hébergement, d'éducation ou de loisirs dont l'utilisateur a besoin ou qu'il désire recevoir.

Au cours des 3 derniers mois, les comportements problématiques de l'utilisateur...

N'ont eu aucun impact sur son accès aux services.	Aucun impact	<input type="radio"/>	0
Ont entraîné un dispensateur de services à l'informer qu'il doit améliorer ses comportements . <i>Ex. : lettre d'avertissement provenant du service de transport adapté, rencontre avec le directeur de l'école.</i>	Impact léger	<input type="radio"/>	1
Ont entraîné un dispensateur de services à réduire la fréquence ou la durée du service offert. <i>Ex. : nombre d'heures prodiguées, fréquence des rencontres.</i>	Impact modéré	<input type="radio"/>	2
Ont entraîné un dispensateur de services à interrompre le service. Il a exprimé son ouverture à une reprise éventuelle du service. <i>Ex. : retrait temporaire de l'école ou d'une activité, hospitalisation temporaire ou répit en raison des comportements.</i>	Impact grave	<input type="radio"/>	3
Ont entraîné un dispensateur de services à refuser un service ou à signifier qu'il y met fin définitivement . <i>Ex. : arrêt définitif d'une activité, retrait permanent de l'école ou du milieu d'hébergement</i>	Impact extrême	<input type="radio"/>	4

Impact sur les interventions (auprès de l'utilisateur)

Les interventions correspondent aux moyens mis en place afin de modifier le comportement ou le contrôler. Les interventions sont dispensées par les intervenants du réseau ou par les aidants. On considère les interventions qui sont utilisées au quotidien auprès de l'utilisateur, sans égard à leur efficacité.

Au cours des **3 derniers mois**, les comportements problématiques de l'utilisateur...

N'ont eu aucun impact sur l'intervention dispensée.	Aucun impact	<input type="radio"/>	0
Ont entraîné l'utilisation d' interventions verbales . <i>Ex. : « STP, arrête ! », « Si tu continues, tu devras te retirer à ta chambre. », « Attention, tu risques de te faire mal/que quelqu'un porte plainte contre toi. »</i>	Impact léger	<input type="radio"/>	1
Ont entraîné l'utilisation d' interventions visant à modifier une activité . <i>Ex. : donner un soin à deux intervenants, remplacer le bain par la toilette partielle, accompagner lors d'une activité.</i>	Impact modéré	<input type="radio"/>	2
Ont entraîné l'utilisation d'interventions visant à restreindre l'utilisateur lors d'une activité spécifique . <i>Ex. : cesser un soin, recours à une médication en PRN, annuler une sortie, demander à l'utilisateur de sortir de la classe, faire un arrêt d'agir, utiliser une mesure de contrôle.</i>	Impact grave	<input type="radio"/>	3
Ont entraîné l' utilisation d'interventions visant à restreindre l'utilisateur dans l'ensemble de ses activités. <i>Ex. : surveillance ou accompagnement en tout temps, judiciarisation, sédation.</i>	Impact extrême	<input type="radio"/>	4

Impact sur l'intégrité physique (de l'utilisateur ou d'autrui)

Les blessures physiques affectent l'utilisateur ou autrui (ses proches, ses intervenants ou ses pairs).

Au cours des **3 derniers mois**, les comportements problématiques de l'utilisateur...

N'ont eu aucun impact sur l'intégrité physique.	Aucun impact	<input type="radio"/>	0
Ont entraîné des blessures physiques qui n'ont pas requis de soins .	Impact léger	<input type="radio"/>	1
Ont entraîné des blessures physiques qui ont requis des soins primaires . <i>Ex. : application d'un pansement, désinfection, application de glace ou de chaleur.</i>	Impact modéré	<input type="radio"/>	2
Ont entraîné des blessures physiques qui ont requis un soin médical . <i>Ex. : consultation médicale, points de suture, radiographie, plâtre.</i>	Impact grave	<input type="radio"/>	3
Ont entraîné des blessures physiques qui ont requis une hospitalisation ou ont mis la vie d'une personne en danger .	Impact extrême	<input type="radio"/>	4

IMPAC

ÉCHELLE D'IMPACT DES PROBLÈMES ACTUELS DE COMPORTEMENT

Nom de l'utilisateur : Âge :

Diagnostic principal :

Nom de l'évaluateur : Fonction :

Établissement : Date :

Score Étendue de l'impact : Cocher chacune des dimensions pour lesquelles un impact différent de 0 a été indiqué dans la colonne Impact présent. Additionner le nombre de crochets et indiquer le total dans la case *Étendue de l'impact*.

Score Gravité de l'impact : Pour chacune des dimensions, inscrire le chiffre associé au niveau d'impact choisi sur la ligne correspondante. Additionner les chiffres associés au niveau d'impact indiqué pour chaque dimension et indiquer le total dans la case *Gravité de l'impact*.

Score global : Additionner les scores Étendue de l'impact et Gravité de l'impact et inscrire le total dans la case *Score global*.

	Impact présent (oui ou non)	Aucun (0 points)	Léger (1 points)	Modéré (2 points)	Grave (3 points)	Extrême (4 points)
Relations significatives						
Intégrité psychologique						
Accès aux services						
Interventions						
Intégrité physique						
Étendue de l'impact (0 à 5)		Gravité de l'impact (0 à 20)				
Score global (0 à 25)						