

Apport de la Nouvelle Grille d'évaluation du Handicap

Imene Ksibi*, Catherine Dziri*, Fatma Zohra Ben Salah*, Mejda Hammadi**, Lotfi Bellelahom**.

* : Service de Médecine Physique et Rééducation Fonctionnelle. Institut Mohamed Kassab d'Orthopédie, 2010 La Manouba

** : Institut de Promotion des Personnes Handicapées. 2010 La Manouba

I. Ksibi, C. Dziri, F. Zohra Ben Salah, M. Hammadi, L. Bellelahom

I. Ksibi, C. Dziri, F. Zohra Ben Salah, M. Hammadi, L. Bellelahom

Apport de la Nouvelle Grille d'évaluation du Handicap

The contribution of the new scale for assessing disability

LA TUNISIE MEDICALE - 2010 ; Vol 88 (n°08) : 551 - 556

LA TUNISIE MEDICALE - 2010 ; Vol 88 (n°08) : 551 - 556

R É S U M É

Problématique : L'évaluation de la personne handicapée et sa prise en charge est complexe et problématique. Dans une perspective de garantir l'égalité des chances entre les personnes handicapées et les autres, une nouvelle loi adoptée en Août 2005 a proposé une nouvelle méthode d'évaluation du handicap applicable sur une plus large échelle par des médecins généralistes.

But : Evaluer l'apport de la nouvelle grille d'évaluation du handicap chez des patients atteints de pathologies handicapantes, pour en vérifier la conformité en Tunisie.

Méthodes : Etude transversale à propos de 60 patients hémiparalés, parapalés post traumatiques et traumatisés crâniens. Les patients ont bénéficié d'une évaluation clinique et d'un bilan fonctionnel. Les outils d'évaluation appliqués ont été : la classification de l'American Spinal Injury Association, l'indice de Barthel, le Glasgow Outcome Scale, la Mesure d'Indépendance Fonctionnelle, le Health Assessment Questionnaire et la Social Function-36. Les patients ont été évalués en parallèle avec la nouvelle grille du handicap.

Résultats : Concernant les parapalés, la limitation d'activité a concerné la mobilité, l'entretien personnel, la vie domestique, les relations sociales, la vie communautaire et les grands domaines de la vie. Concernant les hémiparalés, les domaines relatifs à la communication, la mobilité, l'entretien personnel, la vie domestique, les relations sociales, la vie communautaire et les grands domaines de la vie ont été affectés. Nous avons noté une corrélation entre la nouvelle grille et l'indice de Barthel. Concernant les traumatisés crâniens, Les domaines les plus touchés étaient ceux relatifs à la mobilité, l'entretien personnel, la vie domestique et les grands domaines de la vie. Une corrélation a été retrouvée entre la nouvelle grille et la Mesure d'Indépendance Fonctionnelle chez les trois populations, de même que la qualité de vie qui a été corrélée à l'incapacité. Le handicap a été jugé moyen chez 90% des parapalés, 80% des hémiparalés et 50% des traumatisés crâniens. Le handicap le plus lourd a été observé chez les traumatisés crâniens avec une fréquence de 20%.

Conclusion : La nouvelle grille d'évaluation du handicap a bien reproduit l'incapacité et les besoins spécifiques des patients parapalés, hémiparalés et traumatisés crâniens.

S U M M A R Y

Problem: The assessment of disability and its management is complex and problematic. With a view to ensuring equality of opportunity between disabled people and others, a new law adopted in August 2005 proposed a new method for assessing disability is applicable on a wider scale by GPs.

Aim : Assessing the contribution of the new scale for assessing disability in patients suffering from debilitating diseases, to verify compliance in Tunisia.

Methods : Cross-sectional study on 60 hemiplegic, paraplegic and post traumatic head injuries. The patients underwent clinical evaluation and a functional assessment. The assessment tools used were: the classification of the American Spinal Injury Association, the Barthel Index, Glasgow Outcome Scale, Functional Independence Measure, the Health Assessment Questionnaire and the Social Function-36. Patients were also evaluated with the new scale of disability.

Results: concerning paraplegic patients, limitation of activity concerned mobility, maintenance staff, domestic life, social relationships, community life and major areas of life.

On the hemiplegic, areas related to communication, mobility, maintenance staff, domestic life, social relationships, community life and major areas of life have been affected. We have noted a correlation between the new scale and the Barthel Index.

Regarding traumatic brain injury, the areas most affected were those related to mobility, maintenance staff, domestic life and the major areas of life.

A correlation was found between the new scale and the Functional Independence Measure in three populations, as well as the quality of life that has been correlated with disability.

Disability was observed in 90% of paraplegics, 80% and 50% of hemiplegic patients with severe brain injury. The handicap was the heaviest seen in traumatic brain injury patients with a frequency of 20%.

Conclusion : The new scale for assessing disability has reproduced disability and special needs of paraplegic patients, stroke patients and traumatic brain injury.

Mots-clés

Traumatisés crâniens, handicap

Key- words

Brain injury, disability

Le handicap et la prise en charge des personnes handicapées ont de plus en plus suscité ces dernières années l'attention des organismes de la santé mais aussi des gouvernements dans le monde. Par ailleurs, la diversité des mesures de classification et d'évaluation du handicap ont abouti à des biais majeurs notamment sur l'estimation de la prévalence du handicap, mais ceci a également retenti sur les stratégies et les moyens à mettre en œuvre pour évaluer les besoins spécifiques des malades en situation de handicap [1,2].

Dans une perspective de garantir l'égalité des chances entre les personnes handicapées et les autres personnes, une loi a vu le jour en Tunisie en Août 2005. Cette loi a adopté une nouvelle définition de la personne handicapée fondée sur une approche médico-psycho-sociale suivant les recommandations de la Classification Internationale du Fonctionnement, du Handicap et de la Santé (CIF), définissant ainsi la personne handicapée comme : « toute personne ayant une déficience permanente dans les aptitudes et les capacités physiques, mentales ou sensorielles, d'origine congénitale ou acquise qui limite son aptitude à accomplir une ou plusieurs activités quotidiennes de base personnelles ou sociales et qui réduit les chances de son insertion dans la société »[3]. Cette évolution de la définition ne pouvait qu'engendrer une nouvelle procédure d'évaluation des personnes handicapées. D'où la nécessité d'avoir un outil « tunisien » d'évaluation fonctionnelle et du handicap prenant en considération les caractéristiques propres de la population tunisienne. Ceci a incité les instances politiques et sanitaires à élaborer une nouvelle « échelle d'évaluation du handicap » destinée à être utilisée par les médecins généralistes et spécialistes, en vue d'évaluer le degré de handicap d'une personne et statuer sur la nécessité d'octroi de la carte de handicapé. Fondée sur l'approche médico-psycho-sociale du handicap, la conception de la nouvelle échelle s'est inspirée de nombreux instruments d'évaluation validés et renommés tels que la Classification Internationale du Fonctionnement, du Handicap et de la Santé (CIF) et le système français d'identification et de mesure du handicap.

La nouvelle loi a également révisé l'ancienne procédure d'octroi de la carte de handicap, étant donné les multiples insuffisances qu'elle présentait en termes de manque de précision avec focalisation sur les déficiences et négligence du volet fonctionnel et social de la maladie. En effet, l'ancienne procédure s'est basée essentiellement sur l'identification des lésions et l'établissement d'une cartographie des déficiences (mentales, physiques, sensorielles...) sur la base de laquelle se faisait l'octroi de la carte de handicap.

Une nouvelle méthode d'évaluation du handicap a ainsi vu le jour en Tunisie, c'est la « Nouvelle Grille d'Évaluation du Handicap (NGEH) ». Cette dernière a été adoptée en Août 2005 par le ministère de la santé publique dans le but de fournir une carte de handicap unique, donnant droit à certains avantages en fonction des déficiences, des limitations d'activité et des restrictions de participation qui en découlent. Cette carte comporte désormais une seule couleur avec un, deux voire trois barres en fonction de la sévérité du handicap.

Dans notre activité médicale quotidienne, notamment en Médecine Physique et Rééducation Réadaptation

Fonctionnelle, nous sommes souvent amenés à prendre en charge des patients atteints de pathologies diverses, à l'origine de déficiences lourdes et responsables d'une limitation considérable de leur participation familiale et sociale. Ainsi, le fait de posséder un outil de mesure fiable et complet permettant d'identifier les besoins spécifiques et les cibles de la rééducation s'avère un préalable nécessaire pour une prise en charge adaptée et personnalisée à chaque patient et chaque pathologie.

PATIENTS ET MÉTHODES

Nous avons réalisé une étude transversale au près de 60 patients en situation de handicap, afin d'évaluer l'apport de la NGEH par rapport à d'autres outils de mesure validés et spécifiques pour trois pathologies handicapantes ; chaque groupe de patients étant constitué de vingt malades atteints respectivement de paraplégie post traumatique, d'hémiplégie et de traumatisme crânien. Notre choix de la population à étudier a été guidé par le fait qu'il s'agit de trois pathologies relativement complexes classées parmi les affections justifiant une prise en charge interdisciplinaire, pour lesquelles il existe des outils d'évaluations détaillés et des échelles spécifiques restant plutôt du domaine du médecin spécialiste, et sur lesquelles on a voulu tester la NGEH. Ce nouvel instrument de mesure comportant des items similaires ou approchant aux autres échelles de mesure, devrait être utilisable par le médecin de famille ou le généraliste.

La finalité de notre travail a ainsi été de tester l'apport de la NGEH pour savoir si cette échelle relativement générale permettait quand même d'aborder de façon satisfaisante le handicap en comparaison avec les autres échelles plus complexes.

Notre étude est transversale, menée dans le service de Médecine Physique et Réadaptation Fonctionnelle (MPRF) de l'Institut National de Mohamed Kassab d'Orthopédie (INMKO) entre le mois de Février et le mois de Décembre 2006. L'étude a été effectuée sur un échantillon de 60 patients répartis en trois groupes de 20 patients présentant respectivement un tableau de paraplégie post traumatique, d'hémiplégie vasculaire cérébrale et des séquelles de traumatisme crânien grave. Les critères d'exclusion étaient les troubles majeurs du comportement et de jugement pouvant entraver l'entretien et l'évaluation.

Les patients retenus pour l'étude et répondant à nos critères d'inclusion et d'exclusion ont bénéficié d'une évaluation complète, par un examen clinique détaillé précisant le statut neurologique, orthopédique, vésicosphinctérien, cutané etc.

L'évaluation a été complétée par des échelles spécifiques à chaque pathologie et des échelles d'évaluation plus globalistes et générales.

Les échelles spécifiques utilisées sont la classification ASIA pour la paraplégie [4], le score de Barthel pour l'hémiplégie [5] et la Glasgow Outcome Scale [6] pour le traumatisme crânien. Nous avons fait appel par ailleurs à d'autres instruments d'évaluation fonctionnelle et de qualité de vie dont certains sont validés dans notre population tunisienne ; il s'agit de l'indice de

Mesure de l'Indépendance Fonctionnelle (MIF) [7], du Health Assessment Questionnaire (HAQ) [8] et de la SF-36 [9]. L'application de la NGEH à notre échantillon de patients a permis d'établir un état des lieux de leur situation physique et fonctionnelle ainsi que leur besoins spécifiques.

RÉSULTATS

1- Concernant les patients paraplégiques

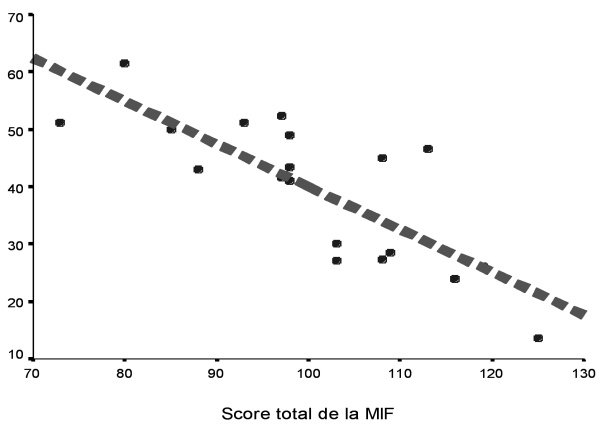
La limitation d'activité évaluée par la NGEH a concerné essentiellement les domaines de la mobilité, de l'entretien personnel, de la vie domestique, les relations sociales, la vie communautaire et les grands domaines de la vie (Tableau N°I).

Tableau 1 : Moyenne des différents domaines de la NGEH chez les patients paraplégiques

	Moyenne	Ecart type	Minimum	Maximum
Communication	1,8	4,1	1	2
Mobilité	11,6	3,9	2	21
Entretien personnel	8,1	5,1	0	21
Vie domestique	17,8	7,8	4	27
Relations	4,7	2,1	2	10
Grands domaines	7,2	3,4	4	13
Vie communautaire	7	3,4	4	18

La NGEH a été comparée à la MIF. La corrélation entre le score global de la NGEH et le score global de la MIF était statistiquement significative ($r = -0,802, p < 10^{-3}$). Plus le score de la MIF était élevé (témoin d'une plus grande autonomie), plus celui de la NGEH était bas (témoin d'une plus grande dépendance) et inversement (figure 1).

Figure 1 : Corrélation entre le score global de la NGEH et le score global de la MIF



Nous avons également retrouvé des corrélations statistiquement significatives entre les items de la NGEH et ceux de la MIF, dans les domaines liés aux soins personnels, à la mobilité, à la locomotion et au contrôle des sphincters (Tableau N°II).

Tableau 2 : Corrélations entre les différents domaines de la NGEH et de la MIF chez les patients paraplégiques

NGEH	MIF					
	Soins personnels	Contrôle des sphincters	Mobilité	Locomotion	Communication	Comportement social
Communication	NS	R = +0,463 P 0,04	NS	NS	NS	NS
Mobilité	R = -0,494 P = 0,027	R = -0,453 P = 0,045	R = -0,601 P = 0,005	R = -0,715 P < 10 ⁻³	NS	NS
Entretien personnel	R = -0,741 P < 10 ⁻³	NS	R = -0,757 P < 10 ⁻³	R = -0,478 P = 0,03	NS	NS
Vie domestique	NS	NS	NS	NS	NS	NS
Relations sociales	R = -0,646 P = 0,002	NS	R = -0,478 P = 0,03	R = -0,452 P = 0,045	NS	NS
Grands domaines	R = -0,751 P = 0,009	R = -0,499 P = 0,025	R = -0,447 P = 0,048	NS	NS	NS
Vie communautaire	R = -0,725 P < 10 ⁻³	R = -0,574 P = 0,008	R = -0,744 P < 10 ⁻³	NS	NS	NS
Activité	NS	R = -0,670 P = 0,001	R = -0,471 P = 0,036	R = -0,662 P = 0,001	NS	R = -0,463 P = 0,04

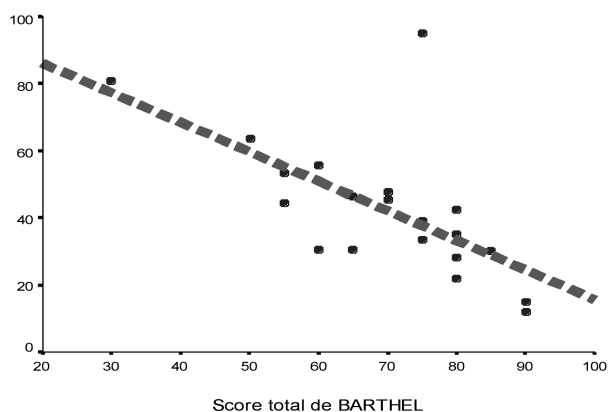
2- Concernant les patients hémiparaplégiques

La plupart des domaines de la NGEH ont été affectés, notamment ceux relatifs à la communication, la mobilité, l'entretien personnel, la vie domestique, les relations sociales, la vie communautaire et les grands domaines de la vie (Tableau N°III).

Tableau 3 : Moyennes des différents domaines de la NGEH chez les patients hémiparaplégiques

Items de la NGEH	Moyenne	Ecart type	Minimum	Maximum
Communication	3,4	2,6	2	12
Mobilité	10,6	3,8	3	18
Entretien personnel	10,2	5,2	0	19
Vie domestique	19,6	8,8	3	27
Relations	4	2,1	0	8
Grands domaines	8,3	5,3	1	18
Vie communautaire	7	5,3	0	18

La NGEH a été comparée au score de Barthel. Il existait une corrélation statistiquement significative ($r = -0,640, p = 0,002$) entre le score global de la NGEH et le score de Barthel. Plus le score de Barthel était élevé (témoin d'une plus grande autonomie), plus celui de la NGEH était bas (témoin d'une plus grande dépendance) et inversement (figure 2).

Figure 2 : Corrélation entre le score global de la NGEH et le score de Barthel

Nous avons également retrouvé des corrélations statistiquement significatives entre les items de la NGEH et ceux du score de Barthel (Tableau N°IV).

3- Concernant les patients traumatisés crâniens

L'évaluation fonctionnelle par la NGEH a montré que les domaines les plus touchés étaient essentiellement ceux relatifs à la mobilité, l'entretien personnel, la vie domestique et les grands domaines de la vie (Tableau N°V).

La NGEH a été comparée au score de GOS. Il n'existait pas de liaison statistiquement significative ($p = 0,49$, entre le score global de la NGEH et le score de GOS. La moyenne du score global chez les patients ayant un score de GOS de 1 ou 2 (30,0

+/- 19,8) ne différait pas significativement de celle des patients ayant un score de GOS de 3 ou 4 (30,4 +/- 30,6).

Tableau 5 : Les moyennes des différents domaines de la NGEH chez les traumatisés crâniens

Items de la NGEH	Moyenne	Ecart type	Minimum	Maximum
Communication	6	7,3	2	12
Mobilité	12,1	5,6	3	18
Entretien personnel	12,9	8,8	0	19
Vie domestique	21,6	7,9	3	27
Relations	4,9	3,2	0	8
Grands domaines	7,2	3,2	1	18
Vie communautaire	5,7	3,7	0	18

Par ailleurs, l'évaluation du handicap par la cotation spécifique à la NGEH a jugé le handicap moyen chez 90% des paraplégiques, 80% des hémiplegiques et 50% des traumatisés crâniens. Le handicap le plus lourd a été observé chez les traumatisés crâniens avec une fréquence de 20%.

Tableau 6 : Evaluation du handicap par la NGEH

Sévérité du handicap	Paraplégiques		Hémiplegiques		Traumatisés du crâne	
	Fréquence	%	Fréquence	%	Fréquence	%
Pas de handicap	0	0	0	0	5	25
Handicap léger	1	5	2	10	1	5
Handicap moyen	18	90	17	80	10	50
Handicap lourd	1	5	2	10	4	20

Tableau 4 : Moyennes des différents domaines de la NGEH chez les patients hémiplegiques

TEMS DU SCORE DE BARTHEL		alimentation	bain	toilette	habillage	vessie	Utilisation WC	transfert lit chaise	ambulation	escaliers	
ITEMS DE LA NGEH	communication	"r"	0,048	-0,065	-0,189	-,533(*)	-,470(*)	-0,392	-,564(**)	-0,136	-,760(**)
		"p"	0,839	0,786	0,426	0,016	0,036	0,088	0,010	0,568	0,000
mobilité	"r"	-0,204	-0,257	-0,253	-,523(*)	-0,311	-,552(*)	-,673(**)	-,581(**)	-,458(*)	
	"p"	0,389	0,274	0,281	0,018	0,182	0,012	0,001	0,007	0,042	
entretien pers	"r"	-,524(*)	-,565(**)	-,516(*)	-,707(**)	-0,227	-,483(*)	-,643(**)	-,532(*)	-0,39	
	"p"	0,018	0,01	0,02	0	0,337	0,031	0,002	0,016	0,089	
vie domestique	"r"	-0,434	-0,146	-,462(*)	-,616(**)	-0,219	-,460(*)	-,582(**)	-,447(*)	-0,197	
	"p"	0,056	0,539	0,041	0,004	0,354	0,041	0,007	0,048	0,406	
relations	"r"	-0,35	-0,134	-0,389	-,471(*)	-0,404	-,677(**)	-,570(**)	-,620(**)	-0,328	
	"p"	0,131	0,575	0,09	0,036	0,077	0,001	0,009	0,004	0,158	
grands domaines	"r"	-0,384	-0,212	-0,031	-0,341	0,076	-,640(**)	-0,426	-,669(**)	-0,207	
	"p"	0,095	0,369	0,896	0,141	0,749	0,002	0,061	0,001	0,382	
vie communautaire	"r"	-0,247	-0,138	0,027	-0,382	0,072	-,577(**)	-,534(*)	-,640(**)	-0,042	
	"p"	0,294	0,563	0,909	0,096	0,763	0,008	0,015	0,002	0,862	
activité	"r"	-0,173	-0,375	-0,231	-,591(**)	-0,227	-,466(*)	-,543(*)	-0,414	-,467(*)	
	"p"	0,467	0,103	0,328	0,006	0,335	0,039	0,013	0,07	0,038	

DISCUSSION

A travers notre travail sur les populations handicapées, l'application de cette nouvelle grille d'évaluation du handicap a permis de noter les multiples avantages qu'elle présente pour le praticien et notamment le médecin de famille, en lui permettant rapidement de faire un état des lieux du patient et de son affection, de noter toutes les répercussions qu'a son affection sur les différents domaines de la vie quotidienne, familiale et sociale, et enfin de proposer des approches thérapeutiques diverses adaptées à chaque cas. La concordance des résultats avec les différents instruments de mesure est un point de plus quant à la fiabilité de l'échelle et sa capacité à identifier les restrictions de participation sociale des patients en situation de handicap et reproduire leurs besoins spécifiques.

Certains aspects positifs méritent d'être soulignés, notamment les modalités d'utilisation de la grille. En effet, la NGEH telle qu'elle est fournie avec son guide d'utilisation offre une grande facilité d'utilisation au personnel médical ou même paramédical, contrairement à d'autres outils de mesure qui, du fait de leur caractère complexe et fastidieux, entravent la généralisation de leur utilisation et leur usage quotidien. Par ailleurs, la durée de passation de l'échelle n'entrave pas le déroulement de la consultation et n'entraîne pas de sentiment de désintérêt ou de lassitude de la part du patient.

De plus, la familiarité de la NGEH avec les autres instruments de mesure tient à être soulignée ; plusieurs concordances et similitudes ont été retrouvées avec les différentes échelles en particulier dans les domaines liés à la communication, la mobilité et les soins personnels.

La NGEH a également clairement distingué les différents types de besoins : les besoins physiologiques (la respiration, l'alimentation), les besoins liés à la vie quotidienne (soins personnels, toilette, déplacements) et les besoins liés à la vie sociale (travail, loisirs, relations communautaires). Elle a également précisé les types d'aides à prescrire (aides techniques, appareillage, rééducation, soins infirmiers, aide psychologique, médicamenteuse, nécessité d'une tierce personne etc.). Ceci lui a conféré d'une part clarté et simplicité qui facilitent son utilisation, mais également un aspect de complémentarité et de vision globale qui a essayé de cerner toutes les dimensions et les intervenants potentiels dans la vie de la personne handicapée.

Il en ressort que la NGEH a reflété avec fidélité les domaines de la vie quotidienne et sociale qui étaient plus ou moins sévèrement altérés en fonction des pathologies. Cela est d'autant plus important que l'on ne dispose pas d'autres échelles qui évaluent précisément le devenir de la vie sociale et communautaire chez nos patients. Certaines échelles se sont limitées à évaluer très globalement la vie sociale des patients, ne permettant pas d'interprétations efficaces sur les causes entravant la réinsertion sociale et de ce fait ne pouvant pas donner lieu à une action dirigée dans ce sens.

De plus, certains des domaines de la NGEH ont même contribué à refléter la qualité de vie des patients dans les trois

groupes à travers les étroites corrélations observées entre les échelles de qualité de vie et les items de la NGEH.

Cependant, quelques insuffisances méritent d'être signalées, notamment la passation de la NGEH en fonction du patient qui peut dans certains cas être laborieuse voire même impossible, notamment en cas de troubles sévères du jugement, de la compréhension, de l'expression etc. De même, les âges extrêmes représentent un mauvais terrain d'étude et d'application de l'échelle et nécessitent souvent la présence et l'intervention d'une tierce personne qui connaît parfaitement le milieu de vie du malade, afin de pouvoir statuer objectivement sur ses capacités et sur les difficultés rencontrées dans sa vie quotidienne.

Par ailleurs, la subjectivité a nuancé les résultats de la NGEH. La subjectivité vient nuancer la qualité des informations retenues parce qu'elle existe dans tous les discours et toutes les réponses des patients et met l'évaluateur dans une situation délicate où il doit faire la part entre le vrai, le palpable et le subjectif. Le sujet perçoit sa déficience et son handicap différemment des autres selon le contexte culturel et religieux dans lequel il vit, mais aussi selon sa personnalité et sa façon de se représenter la vie. De plus, la qualité de vie ne peut être évaluée que par la personne elle-même, elle ne peut se mesurer que par référence à une définition intime et personnelle déterminée à partir du domaine de l'inconscient, de la religion, de l'éthique, et d'une pondération personnelle des conditions de vie [2].

Notons également que la satisfaction individuelle lors de la réalisation de certaines tâches de la vie quotidienne (même avec difficulté) n'est pas évaluée par la grille, alors qu'elle représente un volet déterminant dans l'appréciation propre du patient de ses besoins spécifiques et de sa qualité de vie et mériterait de ce fait d'être prise en considération.

De plus, l'évaluation de l'environnement n'a pas été réalisée au sein de la NGEH. Cette dernière a certes cherché à évaluer les besoins spécifiques des patients en situation de handicap en identifiant les domaines de la vie quotidienne et sociale sujets aux limitations et aux restrictions de participations, mais elle n'a pas pu évaluer la part de l'environnement dans la genèse des situations de handicap. Or l'évaluation des aptitudes fonctionnelles et des restrictions de participation sociale est intimement intriquée avec les facteurs environnementaux dans lesquelles le patient en situation de handicap vit. Ainsi, la participation sociale reste pleinement tributaire des facteurs contextuels et environnementaux par leur action facilitatrice ou frénatrice.

La mesure de la qualité de l'environnement et son évaluation nous permet d'identifier les éléments facilitateurs ou les obstacles créés par le contexte de vie de la personne [10]. Ces facteurs sont d'ordre physique (le climat, l'accessibilité), social (les valeurs, les attitudes, le travail) et économique.

Partant du fait qu'il existe une forte relation entre les facteurs de l'environnement et les situations de handicap [10,11], les interventions visant ainsi à réduire les barrières environnementales auront pour effet d'optimiser la participation sociale des patients et réduire les situations de handicap, jouant ainsi le rôle de prévention [12].

CONCLUSION

Dans ce travail, la nouvelle grille d'évaluation du handicap a bien reproduit l'incapacité et les besoins spécifiques des patients paraplégiques, hémiparalés et traumatisés crâniens. Il va sans dire que notre travail est une mise au point et une évaluation préliminaire de la NGEH. L'étude et l'analyse des qualités métrologiques de cette échelle nécessitent une évaluation à plus grande échelle, sur une population homogène et à plus grand effectif.

Références

1. Chapireau F. La nouvelle classification de l'OMS : Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé. *Annales médico-psychologiques* 2002 ; 160 : 242-46
2. Hamonet C, Magalhaes T. La notion de handicap. *Ann Réadapt Méd phys* 2003 ;46 :521-4.
3. La loi d'orientation N°2005-83 du 15 Août 2005 : loi relative à la promotion et la protection des personnes handicapées. *Journal Officiel de la République Tunisienne* 6 Décembre 2005.
4. Fattal C, Leblond C. Évaluation des aptitudes fonctionnelles, du handicap et de la qualité de vie chez le blessé médullaire. *Ann Réadapt Méd Phys* 2005 ;48 :346-60
5. Gellez-Leman Mc, Colle F, Bonan I, Bradai N, Yelnik A. Évaluation des incapacités fonctionnelles chez le patient hémiparalé : mise au point. *Ann Réadapt Méd Phys* 2005 ;48 : 361-8.
6. Hkaye A, Andrewes D. Glasgow Outcome Scale : research scale or blunt instrument ? *The Lancet* 2000 ; 356:1540-41.
7. Sengler J, Hartmann E, Buisson P, Pierrejean C, Bourderont D. La mesure d'indépendance fonctionnelle (MIF) a-t-elle une valeur prédictive dans les accidents vasculaires cérébraux ? *Ann Réadapt Méd phys* 1996 ; 39 : 553-9.
8. El Meidany Ym, El Gaafary Mm, Ahmed I. Cross cultural adaptation and validation of an Arabic health assessment questionnaire for use in rheumatoid arthritis patients. *Joint bone spine* 2003; 70: 195-202.
9. Reed P J, De Wayne M. SF-36 as a predictor of Health States. *Value in Health* 2000;3:202.
10. Rochette A, Desrosiers J, Noreau L. Association between personal and environmental factors and the occurrence of handicap situations following a stroke. *Disabil Rehabil* 2001; 23; 559-69.
11. Fougere P. Documenting environmental factors for preventing the handicap creation process: Quebec contributions relating to ICF and social participation of people with functional differences. *Disabil Rehabil* 1995; 17: 145-53.
12. Ennigrou S, Dziri C, Zouari B. La prévention médicale du handicap en Tunisie. *Tunisie Médicale* - vol 80, n°9, sept. 2002, p 505 – 508.