

Lyne Bertrand, Sophie Morier et Jean-Marie Boisvert¹
Université Laval

Incapacité physique et compétence sociale : Le questionnaire sur les difficultés sociales reliées à la limitation physique

Résumé

Le Questionnaire sur les Difficultés sociales reliées à la Limitation Physique a été conçu afin de pallier à l'absence d'instrument portant sur les difficultés sociales particulières aux personnes ayant des incapacités physiques. Il vise à évaluer, à l'aide de deux échelles distinctes, (a) le malaise dans des situations sociales où l'incapacité physique peut susciter des difficultés et (b) la fréquence de comportements habiles socialement. Les résultats de la présente étude, menée auprès de 63 personnes ayant divers types d'incapacités physiques, indiquent que l'instrument présente de bonnes qualités psychométriques relativement à la consistance interne, la validité de convergence et la validité de divergence. L'analyse factorielle révèle la présence de trois facteurs pour chacune des échelles. Il s'agit de l'affirmation de soi, la directivité, les demandes et les refus, la mise en évidence de la limitation physique et son acceptation par la personne atteinte. Les implications théoriques et cliniques des résultats sont discutés.

Mots-Clefs: Incapacité physique, anxiété sociale, habiletés sociales

Physical disability and social skills: The Questionnaire on Social Difficulties Related to Physical Limitation

Abstract

The Questionnaire on Social Difficulties Related to Physical Limitation was elaborated to palliate the absence of measure of the social difficulties specific to persons with physical disabilities. It aims at evaluating, in two different scales, (a) the feeling of discomfort in social situations where physical disability may give rise to difficulties and (b) the frequency of socially skillful behaviors. Results of this study, done with 63 persons with different types of physical disabilities, indicate that the instrument has good psychometric qualities concerning internal consistency, convergent validity and divergent validity. Factor analysis reveals the presence of three factors for each scale. Those factors were named self-assertion, directivity, requests and refusals, showing physical limitation and acceptance of physical limitation. Theoretical and clinical implications of these results are discussed.

Key words: Physical disability, social anxiety, social skills

1. Nous tenons à remercier Madame Claire Dumont de même que le personnel de l'Institut de réadaptation en déficience physique de Québec qui ont collaboré à cette étude. De plus, un remerciement spécial s'adresse à toutes les personnes ayant une incapacité physique et qui ont gracieusement accepté de répondre aux questionnaires. Le courrier concernant cet article doit être adressé à Jean-Marie Boisvert, École de psychologie, Pavillon F.-A. Savard, Université Laval, Québec, Qc, G1K 7P4. Le courrier électronique peut être communiqué à Jean-Marie.Boisvert@psy.ulaval.ca.

La présence d'une incapacité physique affecte les relations interpersonnelles d'un individu de diverses façons et nécessite sans doute des habiletés sociales particulières (Morier, Boisvert, Loranger, & Arcand, 1996). Les attitudes négatives et les comportements discriminatoires de la part des autres constituent un handicap rendant la participation sociale de l'individu plus problématique (Morier & al., 1996; Niessen & Newman, 1992; Sheehan, Boisvert, Pépin, & Fougeyrollas, 1995). De fait, un sondage effectué par Penn et Dudley (1980) révèle que l'isolement social est une des difficultés les plus importantes éprouvées par les étudiants ayant une incapacité physique.

Les implications psychosociales de l'incapacité physique peuvent se subdiviser en quatre catégories (Dunn & Herman, 1982). Les attitudes des gens envers les personnes limitées physiquement représentent la première. Plusieurs auteurs s'entendent pour dire qu'elles sont l'obstacle principal à l'intégration et à l'épanouissement social des personnes ayant des incapacités (Esses & Beaufoy, 1994; Livneh, 1982; Marchioro & Bartels, 1994; Morier & al., 1996; Sheehan & al., 1995; Westbrook, Legge, & Pennay, 1993; Yaker, 1994). Ces attitudes se reflètent dans toute l'organisation sociale, tant sur le plan architectural et politique que sur le plan des contacts personnels (Fougeyrollas, 1997). Elles se traduisent par des stéréotypes où la personne limitée physiquement est perçue comme étant plus introvertie, plus distante, plus apathique et plus soumise que les autres (Fichten & Amsel, 1986). Selon Westbrook et ses collaborateurs (1993), les attitudes négatives s'expriment souvent par l'exclusion ou l'absence d'accès à des activités, des services et des rôles sociaux. Ainsi, les personnes ayant des incapacités physiques ont moins de chances d'être éduquées, de travailler, d'être mariées ou d'aller dans des endroits publics (Vash, 1981).

La deuxième catégorie d'implications sociales reliées à la limitation physique concerne les comportements des gens envers les personnes ayant des incapacités. En effet, il a été mis en évidence que les gens sont fréquemment mal à l'aise en présence de personnes limitées physiquement et ont tendance à éviter les interactions avec elles (Morier & al., 1996; Sheehan & al., 1995). Lorsque l'interaction a tout de même lieu, les gens la terminent plus tôt et se tiennent à une plus grande distance de leur interlocuteur (Kleck, Ono, & Hastorf, 1966; Stephens & Clark, 1987). En plus d'adopter ces comportements teintés d'anxiété et d'incertitude, certaines personnes vont même dévisager, questionner de manière indiscrete, aider sans avoir été sollicitées ou humilier la personne présentant une limitation physique (Weinberg, 1983).

Les perturbations dans les situations sociales découlant directement de la limitation physique représentent la troisième catégorie proposée par Dunn et Herman (1982). Il peut s'agir, par exemple, de situations où la personne tombe de son fauteuil roulant, où la communication est compliquée en raison de l'aphasie, ou lorsqu'il lui est difficile de transporter son café parce qu'elle présente des problèmes de coordination.

La quatrième catégorie des implications psychosociales de la limitation physique réfère aux habiletés sociales utiles pour faire face aux difficultés engendrées par les trois catégories précédentes, soit les situations de handicap. Comme le souligne Hilbourne (1973), les normes sociales "normales" ne sont plus appropriées lorsqu'un individu rencontre une personne ayant des incapacités. C'est ce qui expliquerait l'ambivalence et les attitudes négatives dans de telles situations. Il pourrait donc être

important pour les personnes atteintes de développer des techniques visant à aider les autres à mieux gérer les situations créant de l'ambivalence (Hilbourne, 1973). De fait, les personnes qui sont habiles socialement, qui communiquent bien, qui acceptent leur limitation et qui sont prêtes à en discuter suscitent des attitudes positives chez les autres (Yuker, 1988). Dans une recension des écrits, Morier et ses collaborateurs (1996) identifient les habiletés que les personnes ayant des incapacités physiques ont avantage à utiliser afin de diminuer le malaise et l'incertitude chez les gens qui interagissent avec elles. Il s'agit de :

1. Utiliser la révélation de soi : parler de l'incapacité physique de façon constructive et expliquer en quoi elle interfère avec l'atteinte de certains buts.
2. Amorcer l'interaction : débiter l'interaction et aborder le sujet de l'incapacité en premier.
3. Légitimer la curiosité : lors d'une interaction, inviter les gens à poser des questions sur l'incapacité tout en démontrant de la compréhension face à leur curiosité.
4. Clarifier le rôle de l'aide lors d'une demande d'aide : expliquer en quoi la limitation est un obstacle à l'accomplissement d'une tâche et donner des indications précises sur la façon d'aider.
5. Partager à propos d'activités et d'intérêts communs : manifester de l'intérêt pour des activités semblables à celles pratiquées par les gens en général et les informer de sa propre participation à de telles activités.
6. Utiliser l'humour : faire de l'humour lorsque c'est approprié pour parler de son incapacité et des difficultés qui s'y rattachent.
7. S'affirmer : l'affirmation de soi s'avère une autre habileté sociale valable pour faire face aux situations de handicap rencontrées par les personnes ayant des incapacités physiques.

Il existe un grand nombre de questionnaires auto-administrés qui portent sur les difficultés dans les relations interpersonnelles (Boisvert, 1987). Mais très peu d'entre eux permettent d'évaluer les habiletés utiles aux personnes ayant des incapacités physiques pour faire face aux situations de handicap. Il y a bien le "Spinal Cord Injury Assertion Questionnaire", développé par Dunn (1977) et qui vise à évaluer le malaise et la probabilité que la personne réponde de la manière décrite dans différentes situations sociales reliées à la limitation physique. Toutefois, ce questionnaire s'adresse uniquement à des personnes utilisant un fauteuil roulant et n'est pas approprié pour les gens présentant d'autres types d'incapacité.

Dans le cadre d'un programme d'entraînement aux habiletés sociales auprès des personnes ayant des incapacités, les membres de notre équipe de recherche ont constaté que les outils traditionnels s'avéraient peu utiles pour détecter les difficultés sociales particulières aux personnes ayant différents types d'incapacités physiques. Nous avons donc développé un instrument afin de pallier à ces lacunes, soit le Questionnaire sur les Difficultés Sociales Reliées à la Limitation Physique (DSLSP). Le DSLSP vise à évaluer le malaise dans des situations sociales où l'incapacité physique peut susciter des difficultés de même que la fréquence de comportements habiles socialement. Cet article présente les résultats du processus d'élaboration et de validation de ce questionnaire, processus adoptant la démarche proposée par DeVellis (1991).

Tableau 1
Description de l'échantillon

Variable	Fréquence
Sexe	
femme	25
homme	38
Statut civil	
célibataire	21
marîé-e	22
séparé-e, divorcé-e	14
en famille recomposée	2
veuf (veuve)	4
Scolarité	
primaire	8
secondaire	27
métier	5
collège	11
université	11
Occupation	
prestation d'invalidité	27
Travail	14
retraite	10
à la maison	7
aide sociale	3
études	2
Type de limitation	
paraplégie	14
maladie rhumatismale	11
amputation	10
quadruplégie	7
sclérose en plaques	5
paralysie cérébrale	3
dystrophie musculaire	1
traumatisme crânien	1
autres	10

Méthode

Participants

L'échantillon est composé de 63 personnes ayant des incapacités physiques. Pour être sélectionnés, les participants doivent présenter une incapacité physique visible et permanente; il n'est toutefois pas nécessaire qu'ils rencontrent des difficultés dans leurs relations sociales. Ils sont recrutés à l'Institut de Réadaptation en Déficience Physique de Québec de janvier 1997 à juillet 1997. Vingt-cinq femmes et 38 hommes, âgés de 19 à 77 ans (âge moyen = 45,57 ans) participent à l'étude. Les données démographiques, présentées au tableau 1, indiquent qu'ils présentent divers types d'incapacités physiques et ce depuis 1 à 49 ans (durée moyenne = 9,74 ans).

Élaboration du DSLP

Dans une perspective comportementale, l'anxiété et le manque d'habiletés sociales sont souvent considérés comme les deux principaux facteurs entraînant des difficultés dans les relations interpersonnelles (Boisvert, 1987; Gambrill & Richey, 1975). Par conséquent, le DSLP vise à évaluer le malaise ressenti par la personne dans les situations décrites de même que la fréquence à laquelle elle adopte les comportements décrits pour chacune de ces situations. La distinction entre le malaise et le comportement est utile d'un point de vue clinique puisqu'elle permet d'orienter le choix des stratégies thérapeutiques. Par exemple, une personne présentant principalement un problème d'anxiété dans les situations de handicap bénéficierait davantage d'exercices d'exposition aux situations anxiogènes. Par ailleurs, l'entraînement aux habiletés sociales serait plus indiquée lorsque le sujet adopte rarement les comportements décrits.

Les items du DSLP décrivent des comportements habiles socialement qu'une personne ayant une incapacité peut adopter lorsqu'elle est dans une situation sociale où la limitation physique est impliquée (Morier & al., 1996). Ceux-ci sont tirés de plusieurs sources : le "Spinal Cord Injury Assertion Questionnaire" de Dunn (1977), la liste des habiletés sociales que les personnes ayant des incapacités physiques ont intérêt à utiliser selon Morier et ses collaborateurs (1996), les difficultés sociales particulières à ces personnes telles que recensées dans la littérature (Morier & al., 1996; Sheehan & al., 1995) de même que des informations obtenues par les membres de notre équipe de recherche lors d'entrevues avec des personnes limitées physiquement. De ces sources sont tirés 32 items. Une échelle en cinq points est privilégiée. Elle varie de 1 (*pas du tout mal à l'aise*) à 5 (*extrêmement mal à l'aise*) pour l'échelle du malaise, et de 1 (*j'agis toujours de cette manière*) à 5 (*je n'agis jamais de cette manière*) pour l'échelle de la fréquence. Pour les deux échelles, le répondant peut également indiquer que sa limitation physique n'entraîne pas cette difficulté (N.A.).

Neuf personnes ayant des incapacités physiques complètent la première version du DSLP. Ces personnes rencontrent des difficultés dans leurs relations sociales et sont évaluées dans le but de participer à un programme d'entraînement aux habiletés sociales. Cet échantillon est composé de six hommes et de trois femmes âgés de 20 à 47 ans. Deux de ces personnes occupent un emploi, cinq n'en ont pas et cinq sont étudiants. Leur limitation physique est présente depuis 3 à 32 ans.

Tout en complétant le DSLP, les neuf personnes notent si les questions sont claires et faciles à comprendre et si elles font référence à des situations qu'elles ont déjà rencontrées. Elles indiquent également s'il y a des situations susceptibles d'être ajoutées. Suite à cette première passation, plusieurs items sont reformulés de façon à décrire les comportements de façon plus précise. Par exemple, l'item "Réagir devant quelqu'un qui vous dévisage" est remplacé par "Soutenir le regard d'une personne qui vous dévisage". Ces reformulations visent à éliminer la variation dans les scores due à l'interprétation de l'item plutôt qu'au malaise relié à la situation ou à la fréquence du comportement.

Dans le but de faciliter les analyses statistiques subséquentes, le choix "Ma limitation physique n'entraîne pas cette difficulté" (N.A.) est éliminé, sauf pour cinq items qui ne s'appliquent pas à toutes les formes d'incapacité physique. De plus, un item est éliminé parce que les répondants ne le considèrent pas pertinent. Enfin, un item est

ajouté ("Répondre à un enfant qui vous questionne au sujet de votre limitation physique"), parce qu'il représente une situation problématique pour certains répondants.

La nouvelle version du DSLP, comportant 32 items, est présentée à deux personnes sans études universitaires et non expertes dans le domaine de la compétence sociale et des situations de handicap. Il s'agit de deux hommes âgés de 26 et 42 ans. Le but de cette démarche vise à s'assurer que les nouveaux items sont clairs et faciles à comprendre. Pour chaque item, un expérimentateur vérifie auprès de la personne ce qu'elle comprend de la question afin de s'assurer de la correspondance entre l'idée des chercheurs et celles des personnes quant à la situation décrite. Suite à cet examen, les items ne sont pas modifiés. Seule la deuxième consigne, pour l'échelle de fréquence, est modifiée. Il y a ajout d'explications parce que les gens croyaient répondre aux mêmes questions que dans la première partie du questionnaire.

Dans la dernière étape de l'élaboration du DSLP, trois experts évaluent la dernière version du questionnaire. Il s'agit de trois psychologues oeuvrant auprès des personnes ayant des incapacités physiques. Ils utilisent une échelle en 5 points afin de déterminer si l'item est *pas du tout pertinent* (1) à *extrêmement pertinent* (5). Ils doivent également indiquer si l'item est clair. De plus, ils peuvent ajouter des items s'ils considèrent que certaines situations importantes ne sont pas incluses dans le DSLP. Un premier commentaire des experts concerne la redondance des items. Nous n'en avons pas tenu compte puisque cette répétition est volontaire. Il s'agit en effet d'inclure le plus d'items possibles pour ensuite éliminer ceux qui présentent de moins bonnes qualités d'un point de vue statistique (DeVellis, 1991). Un expert suggère d'ajouter le choix "Ma limitation physique n'entraîne pas ce type de difficultés" à tous les items. Ici encore, cette suggestion n'est pas retenue pour des motifs statistiques, tel qu'énoncé précédemment. Finalement, les items sont tous considérés très pertinents ou extrêmement pertinents (scores de 4 et 5) par les experts. Les questions sont, d'après leurs commentaires, suffisamment claires. Aucune suggestion d'ajout d'item n'est faite.

Mesures de la validité de convergence

L'*Inventaire sur l'affirmation de soi* (IAS). L'*Inventaire sur l'affirmation de soi* (IAS) de Gambrell et Richey (1975), traduit en français par Boisvert (1976), permet d'évaluer le degré de malaise de la personne dans différentes situations interpersonnelles de même que la fréquence des comportements affirmatifs dans ces situations. Il comprend 40 questions pour lesquelles le répondant indique, dans un premier temps, s'il se sent *pas du tout mal à l'aise* (1) à *énormément mal à l'aise* (5) dans cette situation et, dans un deuxième temps, s'il adopte *toujours* (1) à *jamais* (5) le comportement décrit. La sommation de chaque item permet d'obtenir le score total, qui peut varier de 40 à 200, pour chacune des échelles. Plus le score augmente, plus la personne est mal à l'aise et moins elle adopte le comportement décrit. Ce questionnaire présente une bonne fidélité test-retest (coefficient de corrélation de Pearson = ,87 pour l'échelle du malaise et ,81 pour l'échelle de la probabilité) de même qu'une bonne validité prédictive.

L'*Échelle d'acceptation de la limitation physique* (ALP). L'*Échelle d'acceptation de la limitation physique* (ALP) de Linkowski (1981), traduite en français par Morier, Tremblay, Freeston et Boisvert (1993), puis validée par Rousseau, Gagnon, Leclerc,

Tableau 2
Moyennes et écart-types des différents questionnaires

Questionnaire	Moy.	É.-t.
Questionnaire sur les difficultés sociales reliées à la limitation physique : Échelle du malaise (DSLPM-M)	27,42	10,80
Questionnaire sur les difficultés sociales reliées à la limitation physique : Échelle de la fréquence (DSLFP-F)	32,51	11,71
Échelle d'acceptation de la limitation physique (ALP)	227,15	33,77
Inventaire sur l'affirmation de soi : Échelle du malaise (IAS-M)	85,20	28,26
Inventaire sur l'affirmation de soi : Échelle de la fréquence (IAS-F)	100,91	22,99

Lalancette, Freeston et Boisvert (1996) vise à évaluer l'ajustement personnel à la présence d'une limitation physique. Elle comprend 50 items pour lesquels le répondant indique s'il est *tout à fait en désaccord* (1) à *tout à fait en accord* (6). Le score total, qui peut varier de 50 à 300, est obtenu par l'addition des cotes attribuées à chaque item (certains items sont inversés). Plus le score augmente, plus la personne accepte sa limitation physique. Cet instrument présente une bonne consistance interne (alpha de Cronbach = ,93) et une bonne stabilité temporelle (coefficient de corrélation de Spearman = ,84, $p < ,0002$). Il est associé à l'estime de soi ($r(77) = ,72, p < ,0001$) de même qu'à la détresse psychologique ($r(77) = -,55, p < ,0001$) (Rousseau & al., 1996).

Procédure

Trois méthodes de cueillette des données sont utilisées. Lorsque les participants séjournent à l'Institut de Réadaptation en Déficience Physique de Québec (IRDPO), l'expérimentateur les contacte directement et leur propose de participer à l'étude de validation. S'ils acceptent, une enveloppe contenant les questionnaires leur est remise, puis l'expérimentateur la recueille une fois les questionnaires complétés, au cours de la semaine suivante. Les personnes qui vivent à l'extérieur, mais qui ont un suivi régulier à l'IRDPO sont contactées par téléphone et l'étude leur est expliquée. Si elles acceptent de participer, elles sont rencontrées lors d'un rendez-vous à l'IRDPO pour la remise des questionnaires et de nouveau une semaine plus tard, pour les recueillir. Finalement, les gens qui ne viennent à l'IRDPO que pour un seul rendez-vous et qui acceptent de participer se voient remettre une enveloppe de retour pré-affranchie. Ils peuvent ainsi compléter les questionnaires à la maison et les poster une fois qu'ils ont terminé. Des participants ayant accepté de répondre aux questionnaires, 63% les ont retournés.

Résultats

Dans un premier temps, les items qui présentent une moyenne inférieure à 1,30 ou supérieure à 4,30 et un écart-type inférieur à 1 sont éliminés puisqu'ils ne permettent pas de détecter de différences entre les individus. L'examen de la matrice de corrélations permet ensuite de détecter les items fortement corrélés entre eux et donc d'éliminer ceux qui n'apportent pas d'informations additionnelles. Dans ce cas, le choix de l'item à conserver s'appuie sur les critères suivants : (a) la clarté de l'item, selon les

Tableau 3

Matrice factorielle du DSLP-M

Item	Facteurs		
	1	2	3
1. Demander de l'aide à quelqu'un pour faire quelque chose que vous avez de la difficulté à faire seul-e en raison de votre limitation physique.	,30	,44	,61
2. Refuser l'aide qu'on vous propose lorsque vous ne la désirez pas.	,08	,60	,46
3. Suggérer à vos ami-e-s une autre activité parce que celle qui vous est proposée vous convient pas en raison de votre limitation physique.	-,14	,74	,28
4. Dire que vous n'êtes pas d'accord à quelqu'un qui s'exclame devant votre limitation physique «Pauvre toi, tu fais pitié».	,05	,64	,49
5. Essayer de mettre les gens à l'aise lors d'un incident impliquant votre limitation physique.	,70	,26	,33
6. Demander qu'on s'adresse à vous plutôt qu'à votre ami-e lorsqu'on devrait vous parler directement. Par exemple, dans un magasin de vêtements, on demande à votre ami-e : «Est-ce que ça lui fait ?».	,35	,46	,31
7. Donner des instructions sur la façon de procéder à quelqu'un qui vous aide et qui ne connaît rien à votre limitation physique.	,27	,33	,54
8. Exprimer vos sentiments à quelqu'un qui fait un commentaire blessant à propos de votre limitation physique.	,02	,19	,86

Suite page suivante...

commentaires des participants, (b) la valeur du coefficient de consistance interne de Cronbach et (c) la capacité de l'item à discriminer entre deux groupes extrêmes. Ces groupes sont formés en utilisant les scores extrêmes à l'IAS. Le premier groupe inclut les sujets dont les scores du malaise ou de la fréquence à l'IAS se situent au premier quartile et le second, ceux dont les scores se situent au dernier quartile. La capacité de chaque item du DSLP à discriminer entre les deux groupes, formés à partir des scores à l'IAS, est testée à l'aide de tests *t*. À cette étape, 17 items sont éliminés. La version finale du DSLP comprend donc 15 questions et les scores peuvent varier de 15 à 75. Le coefficient de consistance interne de Cronbach est de ,90 pour l'échelle du malaise et de ,83 pour l'échelle de la fréquence. Ils rencontrent donc le critère habituel de ,70 (Nunnally, 1978).

Les moyennes et les écart-types à tous les questionnaires sont présentés au tableau 2. Les résultats de l'échantillon à l'IAS se situent dans la moyenne d'un échantillon normatif (échelle du malaise : $M = 94$, $É.T. = 20,85$; échelle de la fréquence : $M = 104,15$, $É.T. = 15,9$) (Gambrill & Richey, 1975). De même, il y a

Tableau 3 (suite)

Matrice factorielle du DSLP-M

Item	Facteurs		
	1	2	3
9. Lorsqu'une personne vous parle d'une activité, accepter d'en discuter même si vous ne pouvez pas la faire en raison de votre limitation physique.	,50	,07	,63
10. Demander à quelqu'un de modifier son comportement pour s'adapter aux besoins de votre limitation physique (par exemple, parler plus fort si vous êtes malentendant ou s'asseoir pour vous parler si vous êtes en fauteuil roulant).	,43	,70	-,01
11. Accepter de faire des activités qui risquent de mettre en évidence votre limitation physique.	,69	,40	-,03
12. Chercher une solution, avec d'autres personnes, à un problème entraîné par votre limitation physique et qui vous concerne tous.	,86	-,04	,18
13. Demander à quelqu'un qui vous traite différemment, en raison de votre limitation physique, de vous traiter comme les autres (par exemple, un patron qui exige plus de travail de votre part ou quelqu'un qui vous parle plus lentement qu'aux autres).	,36	,67	,10
14. Saluer, plutôt qu'éviter, une personne que vous n'avez pas vue depuis que vous avez votre limitation physique.	,67	,18	,35
15. Soutenir le regard d'une personne qui vous dévisage.	,36	,24	,58
Valeur propre	6,42	1,68	1,22
Pourcentage de trace	42,82	11,17	8,13

similarité entre les résultats à l'ALP de cet échantillon et ceux du groupe ayant participé à la validation française de l'ALP ($M = 217,13$, $É.T. = 37,77$) (Rousseau & al., 1996).

Analyse factorielle

Le but de cette analyse factorielle est de résumer la plus grande partie de l'information en un nombre de facteurs le plus petit possible; l'analyse en composantes principales est donc privilégiée (Hair, Anderson, Tatham, & Black, 1992). Une rotation varimax suit puisqu'elle permet de maximiser la variance intra-groupe et ainsi d'obtenir des facteurs plus clairs (Hair & al., 1992). La valeur de la mesure d'adéquation de l'échantillonnage (test MAE) est de ,81 pour l'échelle du malaise et de ,68 pour celle de la fréquence; l'analyse factorielle peut donc être entreprise.

Tableau 4
Matrice factorielle du DSLP-F

Item	Facteurs		
	1	2	3
1. Demander de l'aide à quelqu'un pour faire quelque chose que vous avez de la difficulté à faire seul-e en raison de votre limitation physique.	,09	,47	,62
2. Refuser l'aide qu'on vous propose lorsque vous ne la désirez pas.	,02	,51	,32
3. Suggérer à vos ami-e-s une autre activité parce que celle qui vous est proposée vous convient pas en raison de votre limitation physique.	,38	,63	,30
4. Dire que vous n'êtes pas d'accord à quelqu'un qui s'exclame devant votre limitation physique «Pauvre toi, tu fais pitié».	,81	,03	,38
5. Essayer de mettre les gens à l'aise lors d'un incident impliquant votre limitation physique.	,39	,18	,51
6. Demander qu'on s'adresse à vous plutôt qu'à votre ami-e lorsqu'on devrait vous parler directement. Par exemple, dans un magasin de vêtements, on demande à votre ami-e : «Est-ce que ça lui fait ?».	,70	,06	,07
7. Donner des instructions sur la façon de procéder à quelqu'un qui vous aide et qui ne connaît rien à votre limitation physique.	,66	,47	,23
8. Exprimer vos sentiments à quelqu'un qui fait un commentaire blessant à propos de votre limitation physique.	,24	,25	,36

Suite page suivante...

Échelle du malaise. La solution retenue pour l'échelle du malaise, sur la base des valeurs propres supérieures à 1 (Hair & al., 1992), comprend trois facteurs et permet d'expliquer 62% de la variance totale. Les valeurs des saturations de chaque item pour chacun des facteurs sont présentées au tableau 3. Les items dont la valeur de la saturation est supérieure à 0,35 sont retenus dans la solution finale. Ce critère s'appuie sur les directives proposées par Hair et ses collaborateurs (1992). Le facteur 1 comprend donc les items 5, 11, 12 et 14, le facteur 2, les items 2, 3, 4, 6, 10 et 13, le facteur 3, les items 1, 7, 8, 9 et 15.

Les trois facteurs présentent une bonne consistance interne. En effet, le coefficient de Cronbach est de ,83 pour les facteurs 1 et 2 et de ,84 pour le facteur 3. Afin de faciliter le choix des noms pour chaque facteur, des corrélations (Pearson) sont calculées entre ceux-ci et l'ALP, l'IAS-M et l'IAS-F. Les résultats, présentés au tableau 5, indiquent que le facteur 1 corrèle de façon relativement équivalente avec l'ALP, l'IAS-M et l'IAS-F. Le facteur 2 est plus fortement corrélé avec l'IAS-M tandis que le facteur 3 l'est davantage avec l'ALP. Les noms donnés aux trois facteurs sont donc "Mise en évidence de la limitation physique" (facteur 1), "Affirmation de soi" (facteur 2) et "Acceptation de la limitation physique" (facteur 3).

Tableau 4 (suite)
Matrice factorielle du DSLP-F

Item	Facteurs		
	1	2	3
9. Lorsqu'une personne vous parle d'une activité, accepter d'en discuter même si vous ne pouvez pas la faire en raison de votre limitation physique.	,70	,00	,26
10. Demander à quelqu'un de modifier son comportement pour s'adapter aux besoins de votre limitation physique (par exemple, parler plus fort si vous êtes malentendant ou s'asseoir pour vous parler si vous êtes en fauteuil roulant).	,67	,21	,11
11. Accepter de faire des activités qui risquent de mettre en évidence votre limitation physique.	,03	-,02	,77
12. Chercher une solution, avec d'autres personnes, à un problème entraîné par votre limitation physique et qui vous concerne tous.	,12	,68	,25
13. Demander à quelqu'un qui vous traite différemment, en raison de votre limitation physique, de vous traiter comme les autres (par exemple, un patron qui exige plus de travail de votre part ou quelqu'un qui vous parle plus lentement qu'aux autres).	,03	,80	,06
14. Saluer, plutôt qu'éviter, une personne que vous n'avez pas vue depuis que vous avez votre limitation physique.	,35	,05	,50
15. Soutenir le regard d'une personne qui vous dévisage.	,40	,35	,19
Valeur propre	4,66	1,65	1,52
Pourcentage de trace	31,05	10,99	10,16

Échelle de la fréquence. La solution retenue pour l'échelle de la fréquence comprend trois facteurs. Le critère des valeurs propres supérieures à 1 (Hair & al., 1992) suggère une solution à 5 facteurs, mais dans ce cas, certains facteurs n'incluent qu'un seul item. La solution à trois facteurs est retenue pour les raisons suivantes : (a) le nombre d'items dans chaque facteur est satisfaisant, (b) les valeurs des communautés de la majorité des items sont supérieures à 0,30, (c) la solution à quatre facteurs n'est pas très claire et (d) cette solution est plus parcimonieuse (Hair & al., 1992). Elle explique 52% de la variance totale. Le tableau 4 permet de voir les valeurs des saturations des items pour chacun des facteurs. Ici encore, les items retenus présentent une saturation dont la valeur est supérieure à ,35 (Hair & al., 1992). Il s'agit des items 4, 6, 7, 9, 10 et 15 pour le facteur 1, des items 2, 3, 12 et 13 pour le facteur 2 et des items 1, 5, 8, 11 et 14 pour le facteur 3.

Les coefficients de consistance interne de Cronbach sont de ,84, ,84 et ,82 pour les facteurs 1, 2 et 3 respectivement. Ils rencontrent le critère habituel de ,70 (Nunnally,

Tableau 5
Corrélations entre les différentes mesures

	DSLP-M	DSLP-M1	DSLP-M2	DSLP-M3	DSLP-F	DSLP-F1	DSLP-F2	DSLP-F3	IAS-M	IAS-F
DSLP-M	,79 ^c									
DSLP-M1		,55 ^c								
DSLP-M2		,59 ^c	,67 ^c							
DSLP-M3		,58 ^c	,40 ^b	,33 ^a						
DSLP-F		,36 ^a	,29	,23	,91 ^c					
DSLP-F1		,32 ^a	,38 ^a	,19	,82 ^c	,62 ^c				
DSLP-F2		,60 ^c	,70 ^c	,47 ^c	,44 ^b	,83 ^c	,62 ^c	,54 ^c		
DSLP-F3		,58 ^c	,43 ^b	,53 ^c	,51 ^c	,32 ^b	,22	,15	,45 ^b	
IAS-M		,47 ^c	,43 ^b	,49 ^c	,31 ^a	,47 ^c	,35 ^b	,41 ^b	,47 ^c	,51 ^c
IAS-F		,50 ^c	,45 ^b	,35 ^a	,50 ^c	,31 ^b	,26 ^a	,22	,31 ^a	,14 ^a
ALP										,32 ^b

a : $p < .01$, b : $p < .001$, c : $p < .0001$; dl = 62.

1978). Les résultats des analyses de corrélation (Pearson) entre les 3 facteurs de l'échelle de fréquence et l'ALP, l'IAS-M et l'IAS-F sont présentés au tableau 5. Une fois encore, ces analyses visent à faciliter le choix des noms de chaque facteur. Le facteur 1 est davantage corrélé avec l'échelle de fréquence de l'IAS et s'appelle "Directivité". Le facteur 2 corrèle aussi davantage avec l'échelle de fréquence de l'IAS et s'appelle "Demandes et refus". Finalement, le troisième facteur entretient des relations élevées avec les deux échelles de l'IAS. Il s'agit aussi du facteur ayant la plus forte corrélation avec l'ALP et nous l'avons nommé "Acceptation de la limitation physique".

Validité de construit divergente du DSLP

Les résultats des analyses de corrélations (Pearson) indiquent qu'aucune corrélation entre les échelles du DSLP et les données socio-démographiques n'est significative. D'autre part, le malaise et la fréquence des comportements décrits ne sont pas associés significativement au type d'incapacité physique ni à la durée de celle-ci. Ces résultats appuient ceux d'études antérieures indiquant l'absence de relation entre, d'une part, l'anxiété et l'affirmation de soi et, d'autre part, la sévérité et la durée de la limitation physique (Dunn & Herman, 1982).

Validité de construit convergente du DSLP

Les deux échelles du DSLP sont corrélées de façon significative sans toutefois présenter une association trop élevée (tableau 5). Ce résultat témoigne de l'utilité d'utiliser deux échelles. Ainsi, les difficultés dans les relations interpersonnelles sont associées au malaise, à la fréquence des comportements ou à une combinaison de ces deux éléments. L'échelle du malaise (DSLPM) est corrélée avec les deux échelles de l'IAS, mais davantage avec celle du malaise que celle de la fréquence. D'autre part, l'échelle de la fréquence du DSLP présente une corrélation plus forte avec celle de la fréquence de l'IAS qu'avec celle du malaise. Ce patron de corrélation appuie la validité des deux échelles du DSLP. En effet, chaque échelle entretient une relation plus forte avec l'échelle de l'IAS partageant un construit théorique similaire. Par ailleurs, les deux échelles du DSLP corrélaient de façon significative et inverse avec le questionnaire d'acceptation de la limitation physique. Ainsi, plus la personne accepte son incapacité physique, plus elle est à l'aise dans les situations de handicap et plus elle adopte les comportements décrits. Ce résultat supporte celui de Linkowski et Dunn (1974) quant à l'association entre l'acceptation de la limitation physique et la satisfaction dans les relations sociales. Le patron de corrélations indique donc que le DSLP évalue des dimensions reliées à l'affirmation de soi et à l'acceptation de la limitation physique, sans toutefois fournir de l'information redondante (Anastasi, 1988).

Discussion

Le DSLP présente une bonne consistance interne, indice qu'une source commune est à l'origine de la variation des scores. Il reste toutefois à démontrer sa stabilité temporelle. Le score moyen plus élevé à l'échelle de la fréquence du DSLP qu'à celle du malaise suggère certaines hypothèses. Il est possible que la majorité des personnes ayant des incapacités physiques ressentent peu d'anxiété dans différentes situations sociales, même si ce n'est pas le cas de leur interlocuteur (Morier & al., 1996; Sheehan & al., 1995). Par ailleurs, ils n'utilisent peut-être pas suffisamment les habiletés sociales (échelle de la fréquence du DSLP), qui pourraient contribuer à diminuer le malaise des autres (Morier & al., 1996). En supposant que plusieurs personnes limitées physiquement ignorent ces comportements habiles, elles peuvent rencontrer des difficultés dans leurs relations sociales en raison des réactions d'autrui. Il s'avèrerait donc important de sensibiliser les personnes ayant des incapacités aux habiletés qui favorisent les contacts sociaux.

Les résultats de l'analyse factorielle semblent indiquer la présence de plusieurs facteurs pouvant expliquer la variation des scores au DSLP. L'affirmation de soi, la directivité, les demandes et les refus, la mise en évidence de la limitation physique de même que son acceptation en sont les principales composantes. En ce qui concerne l'échelle du malaise, la validité de construit est plus claire pour les facteurs 2 "affirmation de soi" (corrélation élevée avec l'IAS-M) et 3 "acceptation de la limitation physique" (relation la plus forte avec l'ALP). Le facteur 1 "mise en évidence de la limitation physique" réfère à des situations où le handicap est généralement en évidence, ce qui nécessite peut-être une dose équivalente d'affirmation de soi et d'acceptation de sa limitation physique (corrélations avec l'IAS et l'ALP). Il reste toutefois à évaluer si ce facteur n'entretient pas des relations plus claires avec d'autres construits, non évalués dans cette étude. De même, les items du facteur 1 se

regrouperait peut-être avec les autres facteurs si des analyses étaient effectuées auprès d'un plus grand nombre de sujets.

Le facteur 1 "directivité" de l'échelle de la fréquence entretient quant à lui une relation plus étroite avec l'IAS-F. Les items de ce facteur font en effet référence à des situations où la personne doit s'affirmer et indiquer aux autres de quelle façon agir dans ces situations. Il en va de même pour le deuxième facteur de cette échelle, soit celui intitulé "demandes et refusé". Ces derniers comportements nécessitent également une bonne dose d'affirmation de soi. Cependant, le premier réfère à des situations où l'expression des sentiments négatifs peut s'avérer utile tandis que le second fait plus appel à des habiletés de résolution de problèmes. À ce stade-ci, l'utilité de conserver ces deux facteurs n'est pas claire. L'évaluation des relations entre les facteurs du DSLP et les habiletés à résoudre des problèmes permettrait peut-être de trancher cette question. Le dernier facteur, intitulé "acceptation", entretient quant à lui des relations similaires avec les autres instruments de mesure. Il s'agit cependant du facteur ayant la plus forte corrélation avec l'ALP et dont les items réfèrent à des situations où la limitation physique est mise en évidence, ce qui nécessite peut-être l'acceptation de son état. Toutefois, la prudence s'impose quant à l'interprétation de ces résultats. Il est en effet préférable, pour ce type d'analyse, d'avoir un échantillon d'au moins 100 sujets, ce qui n'est pas le cas ici (Hair & al., 1992). Il est possible que des analyses subséquentes auprès d'un plus grand échantillon entraînent, par exemple, le regroupement des facteurs 1 et 2 de l'échelle de la fréquence.

Les relations entre le DSLP et les autres instruments utilisés dans cette étude témoignent d'une bonne validité de construit. Celles entre le DSLP et l'IAS indiquent qu'une partie de la variation des scores est reliée au malaise ressenti de même qu'à la fréquence des comportements habiles émis dans des situations sociales. Une autre partie de cette variation serait reliée à l'acceptation de la limitation physique. Ce résultat appuie celui d'une étude de Linkowski et Dunn (1974) qui rapporte une relation entre l'acceptation de la limitation physique et la satisfaction en rapport avec les relations interpersonnelles. Le patron de corrélations illustre également qu'une partie de la variation des scores serait spécifique au DSLP. Elle concerne probablement les difficultés particulières que les personnes ayant des incapacités physiques rencontrent. Le DSLP permettrait donc d'évaluer le malaise et la fréquence des comportements habiles des personnes ayant des incapacités physiques dans des situations de handicap. Par ailleurs les échelles du malaise et de la fréquence du DSLP ne sont pas reliées à la sévérité de la limitation ni à sa durée. Ces résultats sont en accord avec ceux de Dunn (1977). En effet, cet auteur rapporte l'absence de lien entre la sévérité de l'incapacité, sa durée et le "Spinal Cord Injury Assertion Questionnaire".

L'évaluation des qualités psychométriques du DSLP est à poursuivre auprès d'un plus grand nombre de personnes ayant des incapacités physiques. Elle permettrait de mieux cerner la structure factorielle du DSLP. De plus, il reste à évaluer la stabilité temporelle de ce questionnaire. Par ailleurs, l'exploration des relations entre le DSLP et d'autres mesures de la compétence sociale, comme par exemple les habiletés à la résolution de problèmes, contribuerait à mieux définir sa validité de construit. Le DSLP apparaît toutefois un outil clinique utile pour cibler des situations problématiques particulières à ces personnes. L'utilisation de deux échelles, une évaluant le malaise et l'autre la fréquence des comportements, permet également d'orienter l'intervention.

Ainsi, les résultats au DSLP permettent d'estimer s'il est préférable de miser sur la diminution de l'anxiété en situation sociale ou sur l'entraînement aux habiletés sociales utiles pour diminuer l'inconfort des autres à l'égard de cette population. Finalement, l'étude des relations entre les difficultés interpersonnelles et l'acceptation de la limitation physique offre des perspectives de recherche intéressantes pour le domaine de la réadaptation. Elle permettrait de vérifier si certains comportements sociaux favorisent l'acceptation de la limitation physique et si oui, de quelle façon.

Références

- Anastasi, A. (1988). *Psychological testing*. New York : Macmillan.
- Boisvert, J.-M. (1976). *L'inventaire sur l'affirmation de soi*, de Gambrill et Richey. Document inédit, Hôpital Louis-H. Lafontaine, Montréal, Qc.
- Boisvert, J.-M. (1987). Le développement de la compétence sociale : Un guide pratique. I. Évaluation et phase préparatoire. *Revue de Modification du Comportement*, 17, 6-22.
- DeVellis, R. F. (1991). *Scale development : Theory and application*. Newbury : Sage.
- Dunn, M. (1977). Social discomfort in the patient with SCI. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 58, 257-260.
- Dunn, M. & Herman, H. (1982). Assertiveness and social skills training in physical disability. In D. M. Doleys, R. L. Meredith & R. Cimmino (Eds), *Behavioral psychology in medicine : Assessment and treatment strategies* (pp. 117-144). New York : Plenum.
- Esses, V. M. & Beaufoy, S. L. (1994). Determinants of attitudes toward people with disabilities. *Journal of Social Behavior and Personality*, 9, 43-64.
- Fichten, C. S. & Ansel, R. (1986). Trait attributions about college students with a physical disability : Circumplex analyses and methodological issues. *Journal of Applied Social Psychology*, 16, 410-427.
- Fougeyrollas, P. (1997). The influence of the social environment on the participation of people with disabilities. In C. Christiansen & C. Baum (Eds), *Enabling function and well-being* (pp. 379-390). NJ : Slack.
- Gambrill, E. D. & Richey, C. A. (1975). An assertion inventory for use in assessment and research. *Behavior Therapy*, 6, 550-561.
- Hair, J. F., Anderson, R. E., Tatham, R. L., & Black, W. C. (1992). *Multivariate data analysis*. Toronto : Macmillan.
- Hilbourne, J. (1973). On disabling the normal. *British Journal of Social Work*, 3, 497-507.
- Kleck, R., Ono, H., & Hastorf, A. H. (1966). The effects of physical deviance upon face-to-face interaction. *Human Relations*, 19, 425-436.
- Linkowski, D. C. (1981). *The acceptance of disability scale*. Washington, DC : Washington University Press.
- Linkowski, D. C. & Dunn, M. A. (1974). Self-concept and acceptance of disability. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 18, 28-32.
- Livneh, H. (1982). On the origins of negative attitudes toward people with disabilities. *Rehabilitation Literature*, 43, 338-347.
- Marchioro, C. A. & Bartels, L. K. (1994). Perceptions of a job interviewee with a disability. *Journal of Social Behavior and Personality*, 9, 383-394.

- Morier, S., Boisvert, J.-M., Loranger, M., & Arcand, D. (1996). L'incapacité physique nécessite-t-elle des habiletés sociales particulières ? *Revue Canadienne de Réadaptation, 9*, 83-91.
- Morier, S., Tremblay, M.-F., Freeston, M., & Boisvert, J.-M. (1993). *L'échelle d'acceptation de la limitation physique (ALP)*. Document inédit, Université Laval, Québec.
- Nissen, S. J. & Newman, W. P. (1992). Factors influencing reintegration to normal living after amputation. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 73*, 548-551.
- Nunnally, J. C. (1978). *Psychometric theory*. New York : McGraw-Hill.
- Penn, J. R. & Dudley, D. H. (1980). The handicapped student: Problems and perceptions. *Journal of College Student, 21*, 354-357.
- Rousseau, J., Gagnon, V., Leclerc, A., Lalancette, J., Freeston, M. H., & Boisvert, J.-M. (1996). Validation québécoise de l'Échelle d'Acceptation de la Limitation Physique (ALP) de Linkowski. *Revue Européenne de Psychologie Appliquée, 46*, 219-223.
- Sheehan, P., Boisvert, J.-M., Pépin, M., & Fougereyrollas, P. (1995). Les attitudes envers les personnes ayant une incapacité physique. *Revue Internationale de Psychologie Sociale, 8*, 23-38.
- Stephens, K. K. & Clark, D. W. (1987). A pilot study on the effect of visible physical stigma on personal space. *Journal of Applied Rehabilitation Counseling, 18*, 52-54.
- Vash, C. L. (1981). *The psychology of disability*. New York : Springer.
- Weinberg, N. (1983). Social equity and the physically disabled. *Social Work, 28*, 365-369.
- Westbrook, M. T., Legge, V., & Pennay, M. (1993). Attitudes toward disabilities in a multicultural society. *Social Science Medicine, 36*, 615-623.
- Yuker, H. E. (1988). The effects of contact on attitudes toward disabled people : Some empirical generalizations. In H. E. Yuker (Ed.), *Attitudes toward people with disabilities : Progress and prospects* (pp. 262-274). New York : Springer.
- Yuker, H. E. (1994). Variables that influence attitudes toward persons with disabilities : Conclusion from the data. *Journal of Social Behavior and Personality, 9*, 3-22.