

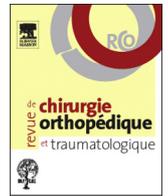


Disponible en ligne sur

ScienceDirect  
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte  
www.em-consulte.com



Mémoire original

## Validation de la version française de deux questionnaires de genou à haut niveau d'activité<sup>☆</sup>



### Validation of the French version of two on high-activity knee questionnaires



Y. Diesinger, J.-Y. Jenny\*

Centre de chirurgie orthopédique et de la main, hôpitaux universitaires de Strasbourg, 10, avenue Baumann, 67400 Illkirch, France

#### IN F O A R T I C L E

Historique de l'article :  
Accepté le 28 février 2014

Mots clés :  
Genou  
Prothèse totale  
Cotation  
Questionnaire de qualité de vie

#### R É S U M É

**Introduction.** – Les questionnaires de qualité de vie auto-administrés sont devenus un instrument d'évaluation indispensable en chirurgie orthopédique. Les questionnaires classiques sont limités après implantation d'une prothèse de genou par un effet plafond significatif. La validation d'une version en français de deux questionnaires dits « de haute activité » (High Activity Arthroplasty Score – HAAS et Activity Scale for Arthroplasty Patients – ASAP) était l'objet de ce travail, en comparant les résultats à la cotation clinique et fonctionnelle de l'American Knee Society (AKS) et au score d'Oxford.

**Hypothèse.** – Il n'existait pas de corrélation entre les cotations selon les questionnaires de haute activité d'une part et les scores d'Oxford et AKS de l'autre.

**Matériel et méthodes.** – Parmi les patients porteurs d'une prothèse de genou, 100 ont été sélectionnés pour cette étude. Les réponses aux quatre questionnaires ont été analysées et comparées entre elles.

**Résultats.** – Aucune difficulté de compréhension des questionnaires de haute activité n'a été rencontrée. Les scores HAAS et ASAP moyens étaient respectivement de  $8,2 \pm 3,0$  et  $30,7 \pm 9,6$ . Les distributions ne pouvaient pas être considérées comme normales. Il n'existait pas d'effet plancher. Il existait un effet plafond de faible importance (respectivement 0% et 14%). La cohérence interne était bonne. Il existait une corrélation significative entre les scores de haute activité et les scores conventionnels.

**Discussion.** – Les deux questionnaires de haute activité étudiés dans notre traduction française sont une manière fiable d'évaluer la fonction globale du genou d'un patient porteur d'une prothèse, comme les ont leurs versions originales en anglais. Leur caractère auto-administré, leur simplicité d'emploi, la possibilité d'obtenir les réponses par voie postale et l'absence d'effet plafond significatif sont des éléments intéressants dans une surveillance à grande échelle. Le score HAAS apparaît plus performant.

**Niveau de preuve.** – Étude cas-témoin, niveau III.

© 2014 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

## 1. Introduction

L'évaluation de l'état clinique et fonctionnel des patients est fondamentale dans le contrôle de la qualité des soins prodigués. Dans la chirurgie de la gonarthrose, de nombreux scores ont été proposés [1–5]. Il est toutefois avéré que les questionnaires de qualité de vie, dits « auto-administrés », c'est-à-dire remplis par le patient

sans intervention du personnel de soins, sont décrits comme plus objectifs [6,7], car ils représentent plus fidèlement le ressenti du patient. En complément des questionnaires de qualité de vie dit « génériques » (WOMAC [8] ou SF36 [9]), ubiquitaires mais d'emploi lourd en pratique clinique quotidienne [10,11], ont été développés des scores spécifiques, comme le questionnaire d'Oxford adapté au genou (OKS) [12,13] dans la chirurgie de la gonarthrose. Il a toutefois été démontré que ce score avait un faible caractère discriminant après l'intervention, mettant en doute la puissance de ce questionnaire pour détecter des différences subtiles dans le résultat de l'intervention, notamment chez les patients ayant un résultat considéré comme favorable [14]. L'utilisation de scores plus sévères a de ce fait été proposée pour l'analyse fine des résultats des prothèses de genou, comme la partie fonctionnelle du nouveau score de la Knee Society [5], le « High Activity Arthroplasty Score » (HAAS)

DOI de l'article original : <http://dx.doi.org/10.1016/j.otsr.2014.02.013>.

<sup>☆</sup> Ne pas utiliser, pour citation, la référence française de cet article, mais celle de l'article original paru dans *Orthopaedics & Traumatology: Surgery & Research*, en utilisant le DOI ci-dessus.

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [jean-yves.jenny@chru-strasbourg.fr](mailto:jean-yves.jenny@chru-strasbourg.fr) (J.-Y. Jenny).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rcot.2014.02.025>

1877-0517/© 2014 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

[15,16] ou le « Activity Scale for Arthroplasty Patients » (ASAP) [17]. Une précédente étude sur la même cohorte a été récemment publiée en anglais [16], avec pour objectif spécifique d'analyser le potentiel discriminant du score HAAS de façon générique, sans influence de la langue utilisée pour le questionnaire. La présente étude souhaitait apporter des éclairages spécifiques à la version en langue française.

L'objectif de cette étude était de valider la traduction française de ces deux derniers questionnaires, en comparant la traduction française de ces questionnaires aux scores conventionnels de référence (OKS et score d'American Society – AKS [4]). L'hypothèse était la suivante : il n'existait pas de corrélation entre les cotations selon les questionnaires de haute activité et les scores conventionnels.

## 2. Matériel – méthodes

### 2.1. Le questionnaire HAAS [15]

C'est un questionnaire auto-administré qui comporte 4 questions sur la vie quotidienne : marche, course, pratique des escaliers et niveau d'activité (Matériel complémentaire, Annexes 1 et 2). Chaque question a différents niveaux de réponse, depuis une fonction normale (cotée de 3 à 6 selon la question) jusqu'à une gêne majeure (cotée 0). Le score global est calculé par l'addition des 4 scores élémentaires. Le meilleur score est de 18 points, et le plus mauvais de 0 point.

### 2.2. Le questionnaire ASAP [17]

C'est un questionnaire auto-administré qui comporte 10 questions sur la vie quotidienne ou sportive (Matériel complémentaire, Annexes 3 et 4). Chaque question a 4 niveaux de réponse, depuis une fonction normale (cotée 4) jusqu'à une gêne majeure (cotée 1). Le score global est calculé par l'addition des 10 scores élémentaires. Le meilleur score est donc de 40 points, et le plus mauvais de 10 points.

### 2.3. Le questionnaire d'Oxford pour le genou [12]

C'est un questionnaire auto-administré qui comporte 12 questions sur la vie quotidienne. Pour une meilleure compréhension, l'échelle originale négative a été inversée. Chaque question a 5 niveaux de réponse, depuis une fonction normale (cotée 5) jusqu'à une gêne majeure (cotée 1). Le score global est calculé par l'addition des 12 scores élémentaires. Le meilleur score est donc de 60 points, et le plus mauvais de 12 points.

### 2.4. Le score de l'AKS [4]

Ce questionnaire est rempli par le personnel soignant après interrogation et examen du patient. Il comporte deux scores élémentaires : le score clinique et le score fonctionnel, chacun noté de 0 à 100 points, la note étant d'autant plus élevée que l'état du genou est meilleur.

### 2.5. La population d'étude

Parmi les patients, 100 ont été sélectionnés pour cette étude de façon consécutive au courant de l'année 2010. Il s'agissait de patients porteurs d'une prothèse totale ou unicompartmentale du genou, revus de façon consécutive lors d'un contrôle postopératoire de routine à plus d'un an de l'intervention. Ont été enregistrés l'âge, le sexe, le côté atteint, le poids, la taille, l'indice de masse corporelle.

## 2.6. Méthodes

Les questionnaires de haute activité originaux en langue anglaise ont été traduits par l'un d'entre nous, chirurgien orthopédiste spécialisé en chirurgie du genou, parlant l'anglais de façon courante (Matériel complémentaire, Annexes 1 et 2).

Les questionnaires HAAS, ASAP et OKS ont été remis au patient lors de la consultation chirurgicale. Le patient était informé sur la nécessité de remplir ce questionnaire lui-même ou éventuellement aidé de ses proches. Le questionnaire était recueilli à l'issue de la consultation, pendant laquelle un des membres de l'équipe chirurgicale remplissait le questionnaire du score AKS.

Toutes les données ont été saisies sur le logiciel tableur Excel, puis transférées pour analyse statistique dans un logiciel spécialisé (Statview 9.0, SAS Institute France, Grégy-sur-Yerre, France).

La faisabilité du questionnaire a été étudiée par le pourcentage de patients n'ayant pas pu le compléter. Les données élémentaires ont été étudiées par des statistiques descriptives classiques (moyenne, écart-type, maximum et minimum). La normalité des distributions a été analysée par un test de Shapiro-Wilk. L'existence d'un effet plancher et plafond a été étudiée par le pourcentage de réponses comprises entre le score maximal diminué d'un écart-type (effet plafond) et le pourcentage de réponses comprises entre le score minimal augmenté d'un écart-type (effet plancher). La cohérence interne de construction a été analysée par le calcul du coefficient  $\alpha$  de Cronbach.

La liaison entre les deux scores de haute activité a été analysée par le calcul du coefficient de corrélation linéaire et du coefficient de corrélation de Spearman. La cohérence entre les deux scores a été analysée selon la technique de Bland-Altman.

La liaison entre les scores de haute activité d'une part, les scores Oxford et AKS de l'autre a été analysée par le calcul du coefficient de corrélation linéaire et du coefficient de corrélation de Spearman. Les effets planchers et plafonds ont été comparés entre les différents scores avec un test de Chi<sup>2</sup> test avec correction a posteriori de Bonferrini.

Tous les tests statistiques ont été analysés au seuil de 5%.

## 3. Résultats

L'étude a regroupé 40 hommes et 60 femmes, d'un âge moyen de 72 ans (extrêmes de 57 et 91 ans, DS 8 ans). Le côté droit était impliqué dans 50 cas. Le recul postopératoire moyen était de 3 ans (extrêmes de 1 et 7 ans, DS 2 ans). Le poids moyen était de 80 kg (extrêmes de 48 et 137 kg, DS 18 kg). La taille moyenne était de 166 cm (extrêmes de 152 et 185 cm, DS 8 cm). L'indice de masse corporelle moyen était de 28,8 kg/m<sup>2</sup> (extrêmes de 19,7 et 40,0 kg/m<sup>2</sup>, DS 5,2 kg/m<sup>2</sup>).

Aucune difficulté de compréhension des questions n'a été rencontrée. Tous les patients ont été capables de répondre à toutes les questions, éventuellement avec l'aide de leurs proches.

Le score moyen des questionnaires HAAS et ASAP était respectivement de 8,2 (extrêmes de 3 et 14, DS 3,0) et 23,70 (extrêmes de 10 et 37, DS 7,6). Leur distribution ne pouvait pas être considérée comme normale ( $p < 0,001$ ) (Fig. 1 et 2). Il n'existait d'effet plancher que pour le score ASAP (30%). Il existait un effet plafond de faible importance : 0% pour le score HAAS et 14% pour le score ASAP. La cohérence interne des questionnaires HAAS et ASAP était bonne, avec un coefficient  $\alpha$  de Cronbach respectivement de 0,58 et 0,90.

Il existait une corrélation significative entre les scores HAAS et ASAP ( $p < 0,001$  – Fig. 3). La cohérence entre les deux scores était mauvaise ( $R^2 = 0,64$ ).

Les corrélations respectives entre les scores de haute activité et les scores conventionnels sont rapportées dans le Tableau 1.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4090422>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4090422>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)