

Évaluation des habiletés en fauteuil roulant, Version questionnaire (WST-Q-F) : Version 4.3
Fauteuil roulant motorisé manœuvré par l'utilisateur

Question	Réponse
Quel est le nom de l'utilisateur de fauteuil roulant?	
Quelle est la date (mois, jour, année)?	
Avez-vous complété le questionnaire vous-même?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si vous avez eu de l'aide, quel est le nom de la personne qui vous a aidé?	
Si vous avez eu de l'aide, quel est le lien entre vous et la personne qui vous a aidé?	<input type="checkbox"/> Membre de la famille <input type="checkbox"/> Ami <input type="checkbox"/> Aidant <input type="checkbox"/> Autre

Introduction au questionnaire

- Une copie de ce questionnaire peut être téléchargée à l'adresse suivante : <http://www.wheelchairskillsprogram.ca/fr/>.
- Plus de détails concernant le questionnaire peuvent être trouvés dans le Guide du WSP-F.
- Dans ce questionnaire, des questions concernant les différentes habiletés que vous pourriez exécuter en tant qu'utilisateur de fauteuil roulant vous seront posées. Les questions de départ portent sur des habiletés de base, puis les questions finales portent sur des habiletés plus avancées.
- Il n'y a pas de « bonnes » ni de « mauvaises » réponses. Le but de ce questionnaire est simplement de nous aider à comprendre de quelle façon vous utilisez votre fauteuil roulant.
- Le questionnaire peut être complété en 10 minutes environ, mais vous disposez de tout le temps dont vous aurez besoin.
- Si vous possédez plus d'un fauteuil roulant, répondez aux questions en fonction du fauteuil roulant que vous utilisez le plus souvent.
- Si vous avez des commentaires, vous pourrez les noter à la fin du questionnaire.
- Pour chaque habileté spécifique, débutant à la page 3, jusqu'à quatre questions vous seront posées. Les questions et les réponses possibles sont présentées ci-dessous.

- Pour chaque habileté, vous devez répondre à la question suivante :

Question : « Pouvez-vous le faire? »	
Réponses possibles	Signification
Oui	Je peux exécuter cette habileté de façon sécuritaire, autonome et sans aucune difficulté.
Oui, mais avec difficulté	Oui, mais pas aussi bien que je le voudrais.
Non	Je n'ai jamais exécuté cette habileté ou je ne m'en sens pas capable en ce moment.
Impossible avec ce fauteuil roulant	Mon fauteuil roulant ne dispose pas des composants nécessaires à l'exécution de cette habileté. (Cette option est présentée uniquement pour les habiletés où un tel score est possible.)

- Si l'un des objectifs de ce questionnaire est d'évaluer votre niveau de confiance lors de la réalisation d'une habileté, vous devez aussi répondre à la question suivante pour chaque habileté :

Question : « À quel point êtes-vous confiant? »	
Réponses possibles	Signification
Pleinement confiant	Je suis pleinement confiant que je peux exécuter cette habileté de façon sécuritaire, et ce, à chaque fois.
Assez confiant	Je suis assez confiant que je peux exécuter cette habileté de façon sécuritaire, et ce, à chaque fois.
Pas du tout confiant	Je ne suis pas du tout confiant que je peux exécuter cette habileté de façon sécuritaire, et ce, à chaque fois.

- Si l'un des objectifs de ce questionnaire est d'évaluer la fréquence à laquelle vous réalisez une habileté, vous devez aussi répondre à la question suivante pour chaque habileté :

Question : « À quelle fréquence le faites-vous? »	
Réponses possibles	Signification
Toujours	Chaque fois que j'ai besoin ou que je veux le faire.
Parfois	Parfois quand j'ai besoin ou que je veux le faire, parfois non.
Jamais	Jamais ou moins d'une fois par année.

- Si l'un des objectifs de ce questionnaire est d'identifier des objectifs d'entraînement, vous devez aussi répondre à la question suivante pour chaque habileté :

Question : « Est-ce un objectif d'entraînement? »	
Réponses possibles	Signification
Oui	Je suis intéressé à recevoir un entraînement pour cette habileté.
Non	Je ne suis pas intéressé à recevoir un entraînement pour cette habileté.

- Si vous avez des objectifs d'entraînement auxquels vous pensez en ce moment, consignez-les dans l'espace disponible ci-dessous. Vous pourrez identifier d'autres objectifs plus tard.

--

- SVP, lisez les questions débutant à la page suivante concernant chaque habileté. Consignez les réponses dans les espaces appropriés.

Questions sur les habiletés spécifiques

#	Description de l'habileté	Questions (Choisissez une seule réponse pour chaque question)			
		Pouvez-vous le faire?	À quel point êtes-vous confiant?	À quelle fréquence le faites-vous?	Est-ce un objectif d'entraînement?
1	Éloigner l'unité de commande et la replacer dans sa position initiale.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Oui, mais avec difficulté <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Pleinement <input type="checkbox"/> Assez <input type="checkbox"/> Pas du tout	<input type="checkbox"/> Toujours <input type="checkbox"/> Parfois <input type="checkbox"/> Jamais	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
2	Mettre en marche et éteindre l'unité de commande du fauteuil roulant.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Oui, mais avec difficulté <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Pleinement <input type="checkbox"/> Assez <input type="checkbox"/> Pas du tout	<input type="checkbox"/> Toujours <input type="checkbox"/> Parfois <input type="checkbox"/> Jamais	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
3	Modifier les paramètres de conduite et la vitesse du fauteuil roulant.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Oui, mais avec difficulté <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Pleinement <input type="checkbox"/> Assez <input type="checkbox"/> Pas du tout	<input type="checkbox"/> Toujours <input type="checkbox"/> Parfois <input type="checkbox"/> Jamais	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
4	Débrayer les moteurs du fauteuil roulant de façon ce qu'une personne puisse le pousser manuellement, puis embrayer les moteurs.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Oui, mais avec difficulté <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Pleinement <input type="checkbox"/> Assez <input type="checkbox"/> Pas du tout	<input type="checkbox"/> Toujours <input type="checkbox"/> Parfois <input type="checkbox"/> Jamais	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
5	Charger les batteries du fauteuil roulant.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Oui, mais avec difficulté <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Pleinement <input type="checkbox"/> Assez <input type="checkbox"/> Pas du tout	<input type="checkbox"/> Toujours <input type="checkbox"/> Parfois <input type="checkbox"/> Jamais	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
6	Déplacer le fauteuil roulant vers l'avant en ligne droite sur une courte distance, le long d'un court corridor par exemple.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Oui, mais avec difficulté <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Pleinement <input type="checkbox"/> Assez <input type="checkbox"/> Pas du tout	<input type="checkbox"/> Toujours <input type="checkbox"/> Parfois <input type="checkbox"/> Jamais	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
7	Déplacer le fauteuil roulant à reculons en ligne droite sur une courte distance, pour s'éloigner d'une table par exemple.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Oui, mais avec difficulté <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Pleinement <input type="checkbox"/> Assez <input type="checkbox"/> Pas du tout	<input type="checkbox"/> Toujours <input type="checkbox"/> Parfois <input type="checkbox"/> Jamais	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
8	Faire pivoter le fauteuil roulant dans un espace restreint de façon à faire face à la direction opposée.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Oui, mais avec difficulté <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Pleinement <input type="checkbox"/> Assez <input type="checkbox"/> Pas du tout	<input type="checkbox"/> Toujours <input type="checkbox"/> Parfois <input type="checkbox"/> Jamais	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
9	Tourner un coin tout en déplaçant le fauteuil roulant vers l'avant .	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Oui, mais avec difficulté <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Pleinement <input type="checkbox"/> Assez <input type="checkbox"/> Pas du tout	<input type="checkbox"/> Toujours <input type="checkbox"/> Parfois <input type="checkbox"/> Jamais	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

10	Tourner un coin en déplaçant le fauteuil roulant à reculons.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Oui, mais avec difficulté <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Pleinement <input type="checkbox"/> Assez <input type="checkbox"/> Pas du tout	<input type="checkbox"/> Toujours <input type="checkbox"/> Parfois <input type="checkbox"/> Jamais	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
11	Déplacer le fauteuil roulant latéralement dans un espace restreint, par exemple pour se placer près d'un comptoir de cuisine, puis revenir à la position initiale.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Oui, mais avec difficulté <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Pleinement <input type="checkbox"/> Assez <input type="checkbox"/> Pas du tout	<input type="checkbox"/> Toujours <input type="checkbox"/> Parfois <input type="checkbox"/> Jamais	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
12	Déplacer le fauteuil roulant pour atteindre un objet situé au-dessus de vous, un bouton d'ascenseur élevé par exemple.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Oui, mais avec difficulté <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Pleinement <input type="checkbox"/> Assez <input type="checkbox"/> Pas du tout	<input type="checkbox"/> Toujours <input type="checkbox"/> Parfois <input type="checkbox"/> Jamais	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
13	Déplacer le fauteuil roulant pour ramasser un petit objet placé sur le sol devant vous, par exemple un livre.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Oui, mais avec difficulté <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Pleinement <input type="checkbox"/> Assez <input type="checkbox"/> Pas du tout	<input type="checkbox"/> Toujours <input type="checkbox"/> Parfois <input type="checkbox"/> Jamais	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
14	Diminuer la pression exercée sur le siège; un côté à la fois ou les deux côtés en même temps.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Oui, mais avec difficulté <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Pleinement <input type="checkbox"/> Assez <input type="checkbox"/> Pas du tout	<input type="checkbox"/> Toujours <input type="checkbox"/> Parfois <input type="checkbox"/> Jamais	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
15	Utiliser toutes les options de positionnement du corps du fauteuil roulant (ex. : bascule, dossier inclinable, appui-jambes élévateurs).	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Oui, mais avec difficulté <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Impossible avec ce fauteuil roulant	<input type="checkbox"/> Pleinement <input type="checkbox"/> Assez <input type="checkbox"/> Pas du tout	<input type="checkbox"/> Toujours <input type="checkbox"/> Parfois <input type="checkbox"/> Jamais	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
16	Effectuer un transfert du fauteuil roulant à un banc de la même hauteur environ, puis revenir dans le fauteuil roulant.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Oui, mais avec difficulté <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Pleinement <input type="checkbox"/> Assez <input type="checkbox"/> Pas du tout	<input type="checkbox"/> Toujours <input type="checkbox"/> Parfois <input type="checkbox"/> Jamais	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
17	Ouvrir une porte à charnières, la franchir avec le fauteuil roulant, refermer la porte derrière vous, puis revenir dans l'autre direction.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Oui, mais avec difficulté <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Pleinement <input type="checkbox"/> Assez <input type="checkbox"/> Pas du tout	<input type="checkbox"/> Toujours <input type="checkbox"/> Parfois <input type="checkbox"/> Jamais	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
18	Déplacer le fauteuil roulant sur une plus longue distance, par exemple sur une surface plane de la longueur d'un terrain de sport environ.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Oui, mais avec difficulté <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Pleinement <input type="checkbox"/> Assez <input type="checkbox"/> Pas du tout	<input type="checkbox"/> Toujours <input type="checkbox"/> Parfois <input type="checkbox"/> Jamais	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
19	Tout en déplaçant le fauteuil roulant, éviter des personnes en mouvement qui ne vous remarquent pas.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Oui, mais avec difficulté <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Pleinement <input type="checkbox"/> Assez <input type="checkbox"/> Pas du tout	<input type="checkbox"/> Toujours <input type="checkbox"/> Parfois <input type="checkbox"/> Jamais	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

20	Monter une pente faiblement inclinée avec le fauteuil roulant, par exemple une rampe d'accès standard (12 fois plus longue que haute).	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Oui, mais avec difficulté <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Pleinement <input type="checkbox"/> Assez <input type="checkbox"/> Pas du tout	<input type="checkbox"/> Toujours <input type="checkbox"/> Parfois <input type="checkbox"/> Jamais	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
21	Descendre une pente faiblement inclinée avec le fauteuil roulant.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Oui, mais avec difficulté <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Pleinement <input type="checkbox"/> Assez <input type="checkbox"/> Pas du tout	<input type="checkbox"/> Toujours <input type="checkbox"/> Parfois <input type="checkbox"/> Jamais	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
22	Monter une pente abrupte (environ deux fois plus inclinée qu'une rampe standard) avec le fauteuil roulant.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Oui, mais avec difficulté <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Pleinement <input type="checkbox"/> Assez <input type="checkbox"/> Pas du tout	<input type="checkbox"/> Toujours <input type="checkbox"/> Parfois <input type="checkbox"/> Jamais	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
23	Descendre une pente abrupte avec le fauteuil roulant.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Oui, mais avec difficulté <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Pleinement <input type="checkbox"/> Assez <input type="checkbox"/> Pas du tout	<input type="checkbox"/> Toujours <input type="checkbox"/> Parfois <input type="checkbox"/> Jamais	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
24	Déplacer le fauteuil roulant le long d'une pente inclinée latéralement, par exemple pour traverser une entrée de stationnement.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Oui, mais avec difficulté <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Pleinement <input type="checkbox"/> Assez <input type="checkbox"/> Pas du tout	<input type="checkbox"/> Toujours <input type="checkbox"/> Parfois <input type="checkbox"/> Jamais	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
25	Déplacer le fauteuil roulant sur une courte sur une surface molle, par exemple du gravier.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Oui, mais avec difficulté <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Pleinement <input type="checkbox"/> Assez <input type="checkbox"/> Pas du tout	<input type="checkbox"/> Toujours <input type="checkbox"/> Parfois <input type="checkbox"/> Jamais	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
26	Franchir un obstacle au sol avec le fauteuil roulant, par exemple un seuil de porte.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Oui, mais avec difficulté <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Pleinement <input type="checkbox"/> Assez <input type="checkbox"/> Pas du tout	<input type="checkbox"/> Toujours <input type="checkbox"/> Parfois <input type="checkbox"/> Jamais	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
27	Franchir un trou avec le fauteuil roulant, par exemple un sillon dans la rue trop large pour rouler dessus.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Oui, mais avec difficulté <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Pleinement <input type="checkbox"/> Assez <input type="checkbox"/> Pas du tout	<input type="checkbox"/> Toujours <input type="checkbox"/> Parfois <input type="checkbox"/> Jamais	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
28	Monter un dénivellement avec le fauteuil roulant, par exemple à l'entrée d'un édifice.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Oui, mais avec difficulté <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Pleinement <input type="checkbox"/> Assez <input type="checkbox"/> Pas du tout	<input type="checkbox"/> Toujours <input type="checkbox"/> Parfois <input type="checkbox"/> Jamais	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
29	Descendre un dénivellement avec le fauteuil roulant.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Oui, mais avec difficulté <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Pleinement <input type="checkbox"/> Assez <input type="checkbox"/> Pas du tout	<input type="checkbox"/> Toujours <input type="checkbox"/> Parfois <input type="checkbox"/> Jamais	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
30	Se relever du sol et retourner dans le fauteuil roulant, après une chute par exemple.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Oui, mais avec difficulté <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Pleinement <input type="checkbox"/> Assez <input type="checkbox"/> Pas du tout	<input type="checkbox"/> Toujours <input type="checkbox"/> Parfois <input type="checkbox"/> Jamais	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Si vous avez des commentaires généraux à propos des questions auxquelles vous avez répondu, consignez-les dans l'espace disponible ci-dessous.

Si vous avez des objectifs d'entraînement que vous n'avez pas encore mentionnés, consignez-les dans l'espace disponible ci-dessous.

Un bref rapport sera créé à partir des réponses que vous avez fournies. Si vous désirez une copie de ce rapport pour votre usage personnel ou celui de quelqu'un d'autre, consignez dans l'espace ci-dessous le nom et l'adresse de la personne à qui le rapport doit être envoyé.

Le questionnaire est terminé, merci de l'avoir complété.