

Développement Humain, Handicap et Changement Social Human Development, Disability, and Social Change



Réflexion sur l'utilisation de l'Outil d'évaluation Multiclientèle (OÉMC) pour identifier les besoins de participation sociale des aînés ayant des incapacités

Melanie Levasseur, Annie Carrier and Pier-Luc Turcotte

Volume 22, Number 1, December 2016

Les défis de la participation sociale des aînés ayant des incapacités
Facing the Challenges of Social Participation for Seniors with Disabilities

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/1086380ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/1086380ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Réseau International sur le Processus de Production du Handicap

ISSN

1499-5549 (print)

2562-6574 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Levasseur, M., Carrier, A. & Turcotte, P.-L. (2016). Réflexion sur l'utilisation de l'Outil d'évaluation Multiclientèle (OÉMC) pour identifier les besoins de participation sociale des aînés ayant des incapacités. *Développement Humain, Handicap et Changement Social / Human Development, Disability, and Social Change*, 22(1), 23–55. <https://doi.org/10.7202/1086380ar>

Article abstract

The home support and social participation of seniors with disabilities require the appropriate coordination of various community resources, including home support within health and social service centers. Despite their importance, interventions currently offered by health and social service centers for seniors with disabilities are limited and focus mainly on safety and independence in hygiene, dressing, transfers and nutrition, at the detriment of social and leisure activities. This can be partly explained by an evaluation that does not thoroughly cover all aspects, nor adequately capture the complexity of seniors' needs. This article presents a reflection on the use of the Autonomy Assessment in the Multiclientele Assessment Tool, including the Functional Autonomy Measurement System (SMAF), to identify the social participation needs of seniors with disabilities. This reflection is supported by a comparison between the Multiclientele Assessment Tool, the Assessment of Life Habits (LIFE-H, 4.0) and the Canadian Occupational Performance Measure (COPM, 5th edition). The results of this comparison show that the Multiclientele Assessment Tool does not allow for a comprehensive evaluation of the social participation needs of seniors with disabilities. The least covered activities are those related to health and well-being, including regular physical social and relaxation activities as well as cognitive stimulation and entertainment. The Multiclientele Assessment Tool contains some ambiguities and overlap, as well as items that do not pertain to the dimensions of social participation. The approach and language used in the Multiclientele Assessment Tool could involve seniors more and be more focused on their abilities and preventative activities. In short, by revisiting the Multiclientele Assessment Tool or supplementing it with another tool such as the LIFE-H or the COPM, interventions could potentially improve and maintain the health and social participation of seniors with disabilities.

Réflexion sur l'utilisation de l'Outil d'évaluation Multiclientèle (OÉMC) pour identifier les besoins de participation sociale des aînés ayant des incapacités

MELANIE LEVASSEUR¹, ANNIE CARRIER¹ ET PIER-LUC TURCOTTE²

¹ École de réadaptation de la Faculté de médecine et des sciences de la santé de l'Université de Sherbrooke et Centre de recherche sur le vieillissement (Research Centre on Aging) du Centre de santé et de services sociaux – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke (CSSS-IUGS), Canada

² Université de Sherbrooke, Québec, Canada



Article original • Original Article

Résumé : Le maintien à domicile et la participation sociale des aînés ayant des incapacités sollicitent une concertation appropriée de diverses ressources de la communauté, dont celles du soutien à domicile (SAD) des Centres de santé et de services sociaux (CSSS). Malgré leur importance, les interventions actuellement offertes par les CSSS aux aînés ayant des incapacités sont limitées et portent principalement sur la sécurité et l'indépendance lors de l'hygiène, de l'habillement, des transferts et de l'alimentation, au détriment des activités sociales et de loisir. Cette offre limitée pourrait en partie être expliquée par une évaluation qui ne permet pas de bien couvrir toutes les dimensions des besoins des aînés et d'en cerner adéquatement la complexité. Cet article présente une réflexion sur l'utilisation de l'Évaluation de l'autonomie de l'Outil d'évaluation Multiclientèle (OÉMC), incluant le Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF), pour identifier les besoins de participation sociale des aînés ayant des incapacités. Cette réflexion est appuyée par une comparaison entre l'OÉMC, la Mesure des habitudes de vie (MHAVIE 4.0) et la Mesure canadienne du rendement occupationnel (MCRO; 5^e édition). Les résultats de cette comparaison démontrent que l'OÉMC ne permet pas d'identifier de façon exhaustive les besoins de participation sociale des aînés ayant des incapacités. Spécifiquement, les activités les moins couvertes sont en lien avec la santé et le bien-être, dont notamment la pratique régulière d'activité physique, ainsi que les activités sociales, de relaxation et de détente, de stimulation cognitive et de loisir. L'OÉMC présente quelques ambiguïtés et chevauchements, ainsi que des éléments qui ne font pas partie des dimensions de la participation sociale. L'approche et le langage utilisés dans l'OÉMC pourraient impliquer davantage l'aîné et être orientés vers ses capacités et les interventions de prévention. En bref, en révisant l'OÉMC ou en le complétant à l'aide d'un autre outil tel que la MHAVIE ou la MCRO, les interventions pourraient contribuer davantage à améliorer et à maintenir la participation sociale et la santé des aînés ayant des incapacités.

Mots-clés : besoins de participation sociale, outil d'évaluation, OÉMC, SMAF, MHAVIE, MCRO, soins et services de santé, incapacités physiques, perte d'autonomie fonctionnelle, empowerment, autonomisation, promotion de la santé

Abstract : The home support and social participation of seniors with disabilities require the appropriate coordination of various community resources, including home support within health and social service centers. Despite their importance, interventions currently offered by health and social service centers for seniors with disabilities are limited and focus mainly on safety and independence in hygiene, dressing, transfers and nutrition, at the detriment of social and leisure activities. This can be partly explained by an evaluation that does not thoroughly cover all aspects, nor adequately capture the complexity of seniors' needs. This article presents a reflection on the use of the Autonomy Assessment in the Multiclientele Assessment Tool, including the Functional Autonomy Measurement System (SMAF), to identify the social participation needs of seniors with disabilities. This reflection is supported by a comparison between the Multiclientele Assessment Tool, the Assessment of Life Habits (LIFE-H, 4.0) and the Canadian Occupational Performance Measure (COPM, 5th edition). The results of this comparison show that the Multiclientele Assessment Tool does not allow for a comprehensive evaluation of the social participation needs of seniors with disabilities. The least covered activities are those related to health and well-being, including regular physical social and relaxation activities as well as cognitive stimulation and entertainment. The Multiclientele Assessment Tool contains some ambiguities and overlap, as well as items that do not pertain to the dimensions of social participation. The approach and language used in the Multiclientele Assessment Tool could involve seniors more and be more focused on their abilities and preventative activities. In short, by revisiting the Multiclientele Assessment Tool or supplementing it with another tool such as the LIFE-H or the COPM, interventions could potentially improve and maintain the health and social participation of seniors with disabilities.

Keywords : social participation needs, assessment tool, Multiclientele Assessment Tool, SMAF, LIFE-H, COPM, health care and services, physical disability, loss of functional autonomy, empowerment, health promotion

Introduction

L'optimisation de la participation sociale des aînés ayant des incapacités permet de promouvoir leur maintien à domicile et leur intégration dans la communauté, une importante priorité individuelle et sociétale. Selon le Modèle de développement humain - Processus de production du handicap (MDH-PPH) (Fougeyrollas, 2010), la participation sociale correspond à la réalisation d'activités courantes et de rôles sociaux valorisés par la personne ou son contexte socioculturel. Variant sur un continuum allant d'une situation de participation sociale optimale à une situation de handicap, la participation sociale est le résultat de l'interaction entre les caractéristiques d'une personne et son contexte de vie (Fougeyrollas, 2010). La participation sociale renvoie également à l'*empowerment* et au respect des choix des personnes, nécessite la considération de leurs projets de vie et de leurs aspirations et requiert leur implication active aux prises de décisions, incluant l'évaluation des besoins et la mise en place de services de soutien à l'intégration sociale dans la communauté (Fougeyrollas et al., 2006). La participation sociale contribue ainsi à développer chez les aînés une perception plus positive de leur santé (Young & Glasgow, 1998), à diminuer les conséquences du vieillissement, à retarder l'apparition des incapacités (Mendes de Leon et al., 1996) et à augmenter leur qualité de vie (Hebert et al., 1997; Levasseur et al., 2008). Ainsi, la participation sociale des aînés est une cible incontournable des interventions sociales et de santé, liée aux besoins fondamentaux relationnels et d'appartenance, ainsi que de réalisation de soi (Maslow, 1947).

Cohérentes avec la participation sociale, les visées du système de santé et les services sociaux sont « le maintien et l'amélioration de la capacité physique, psychique et sociale des personnes d'agir dans leur milieu et d'accomplir les rôles qu'elles entendent assumer d'une manière acceptable pour elles-mêmes et pour les groupes dont elles font partie » [Loi sur les services de santé et les services sociaux (CSSS), article 1]. Conséquemment, agir sur

les déterminants de la santé, telle que la participation sociale, tout en ayant une planification et une intégration optimale des interventions sociales et de santé, est un élément central des politiques ministérielles. Par exemple, afin de favoriser le maintien et l'amélioration de la santé et du bien-être de la population de leur territoire [Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) du Québec, 2004], les Centres de santé et de services sociaux (CSSS) ont une responsabilité populationnelle et de coordination du réseau local de services (RLS) qui implique de travailler en étroite collaboration avec leurs partenaires. Ainsi, les CSSS doivent non seulement assurer la prise en charge et l'accompagnement des personnes dans le système de santé et de services sociaux, mais aussi rendre accessible un ensemble de services pertinents et coordonnés, répondant de manière optimale aux besoins exprimés et non exprimés de la population (MSSS, 2011). Par ailleurs, les CSSS doivent agir en amont sur les déterminants de la santé et du bien-être, tels que la participation sociale et le soutien dans le milieu de vie.

Le Soutien à domicile (SAD) constitue le service sociosanitaire du RLS désigné pour favoriser le maintien des aînés ayant des incapacités dans leur milieu de vie (MSSS, 2003). Sous la gouverne du CSSS qui doit s'assurer que les services requis par la population soient offerts (MSSS, 2004), le SAD peut allouer divers services qui peuvent être regroupés en trois volets :

- les services à domicile généralement offerts (soutien aux activités courantes, telles que l'hygiène, l'habillage et les transferts; suivi infirmier, psychosocial ou de réadaptation; organisation communautaire...);
- les services au pourtour du domicile offerts par les centres de jour et les hôpitaux de jour, et les services généraux et spécialisés, ambulatoires et en établissement;
- les mesures relatives au logement, au transport adapté et à l'intégration sociale et professionnelle (MSSS, 2003).



Ainsi, les intervenants du SAD des CSSS agissent en partenariat avec les entreprises d'économie sociale et les organismes communautaires. Ces organismes communautaires ont pour mission, entre autres, d'encourager les contacts sociaux et de briser l'isolement, de promouvoir la défense des droits, ainsi que d'améliorer la qualité et les conditions de vie des aînés.

Malgré l'existence de ces ressources et de leurs services, les besoins de participation sociale des aînés ayant des incapacités seraient peu satisfaits. En effet, une étude conduite auprès de 8434 utilisateurs des services offerts par les programmes SAD des CSSS de la Montérégie soutient que seulement 8 % des besoins liés aux activités courantes sont satisfaits (Tousignant et al., 2007). Des constats similaires, c'est-à-dire une demande qui dépasse largement l'offre de services disponibles, ont aussi été rapportés ailleurs au Canada (Turcotte, 2014), ainsi qu'au Danemark et en Finlande (Timonen, 2014), au Japon (Takahashi, 2014), en Italie et en Belgique (pour la Solidarité et Groupe chèque déjeuner, 2012) et dans les Pays-Bas (Eissens van der Laan et al., 2014). Puisqu'ils sont plus à risque d'être isolés que les aînés qui demeurent dans une résidence offrant des activités sociales et de loisir, ces constats sont particulièrement préoccupants pour les aînés vivant à domicile. Pourtant, l'augmentation du nombre d'interventions liées à la réalisation des activités courantes des aînés ayant des incapacités est une cible importante des plans d'action régionaux des Agences de santé et des services sociaux (MSSS, 2005).

En dépit de la responsabilité populationnelle des CSSS, les besoins liés aux activités sociales sont, sauf en Estrie, encore peu ciblés dans les plans d'action régionaux (Direction de santé publique de l'Estrie, 2013). Par ailleurs, les besoins d'ordre psychologique, tel qu'un soutien émotionnel pour l'adaptation aux problèmes de santé, ont été rapportés prioritaires et non-satisfaits par les aînés ayant subi un accident vasculaire cérébral et leur proche-aidant (Talbot et al., 2004). Ces résultats concordent avec ceux d'une récente étude auprès d'aînés

des Pays-Bas qui a mis en évidence leurs difficultés d'adaptation psychosociale, leur sentiment de solitude et leurs besoins sociaux non comblés (Eissens van der Laan et al., 2014). De plus, une autre étude a démontré que les services pour modifier l'environnement physique seraient habituellement accessibles, alors que les services offerts pour satisfaire les besoins psychologiques et cognitifs, et soutenir la participation sociale, le seraient moins (Markle-Reid et al., 2008). Les interventions actuellement offertes sont ainsi limitées et portent principalement sur la sécurité et l'indépendance lors de l'hygiène, de l'habillage, des transferts et de l'alimentation, au détriment des activités sociales et de loisirs (Levasseur et al., 2012).

Ces interventions limitées pourraient être, en partie, expliquées par une évaluation qui ne permet pas de bien couvrir toutes les dimensions des besoins des aînés, d'en prendre adéquatement en compte la complexité, ni de considérer la réalisation souhaitée des activités en lien avec les projets de vie et les aspirations de la personne (Stevens-Ratchford, 2005). De façon cohérente avec la responsabilité populationnelle des CSSS du Québec (MSSS, 2011) et les visées du système de santé (LSSSS, art. 1), il est primordial d'évaluer optimalement les besoins de participation sociale des aînés. En effet, l'évaluation permet de bien cerner l'ampleur et les conséquences d'un problème de santé, d'identifier les objectifs qu'une personne souhaite atteindre, afin d'élaborer un plan d'intervention et, ensuite, d'effectuer un suivi ou d'attribuer des services selon les besoins réels (allocation de ressources, indemnisation...). L'évaluation peut aussi vérifier l'efficacité des interventions, déterminer le progrès ou apprécier l'évolution (amélioration, plateau, rechute...). Depuis le début des années 2000, en réponse à des disparités régionales, à l'absence de suivi régulier et systématique des personnes, ainsi qu'au manque d'utilisation d'outils d'évaluation standardisés (Dubuc et al., 2004), des travaux ont mené au développement et à l'implantation de l'Outil d'évaluation Multiclientèle (OÉMC). Utilisé à la suite d'une recommandation du Vérificateur général du Québec (Gouvernement du Québec, 2013) dans l'ensemble des programmes SAD du

Québec depuis 2013, l'OÉMC est complété afin de déterminer :

- les besoins des aînés en perte d'autonomie et des personnes ayant une déficience physique ou intellectuelle;
- leur Plan de services individualisé et d'allocation de services (PSIAS).

Ainsi, l'OÉMC représente une avancée importante en matière de standardisation de l'évaluation des besoins et de la prestation des services. Cependant, peu d'éléments psychosociaux (Delli-Colli et al., 2007) et liés aux activités sociales, incluant les relations interpersonnelles et les loisirs (Levasseur et al., 2012; 2014), sont inclus dans l'OÉMC. Puisque l'OÉMC complété est habituellement la seule évaluation réalisée pour identifier l'ensemble des besoins, les intervenants peuvent difficilement élaborer un plan d'intervention ou attribuer des services selon ces besoins et, ainsi, favoriser la santé et le bien-être de leurs clients. Considérant la responsabilité populationnelle du CSSS (MSSS, 2011), cette évaluation doit nécessairement inclure les activités sociales et de loisir, et ce, même si ces besoins sont répondus par les proches aidants, les organismes communautaires ou les entreprises d'économie sociale. Par ailleurs, bien que le temps disponible pour réaliser les évaluations soit restreint, plusieurs intervenants se disent ouverts à modifier leur pratique afin, entre autres, d'aider les aînés à reconnaître et accepter leurs incapacités et l'aide requise (Levasseur et al., 2012; 2014).

En bref, il existe un consensus quant à l'importance du maintien de la participation sociale des aînés ayant des incapacités pour leur santé et leur bien-être. Toutefois, la majorité des interventions offertes aux aînés ayant des incapacités par les CSSS et leurs partenaires seraient parcellaires, fragmentées et en quantité largement insuffisantes et principalement axées sur les activités courantes au détriment des rôles sociaux. Par ailleurs, l'outil d'évaluation actuellement utilisé, l'OÉMC, pourrait ne pas permettre une exploration optimale des besoins de participation sociale des aînés ayant des incapacités, ce qui rendrait les interven-

tions pertinentes difficiles à planifier et à réaliser. L'objectif de cet article est donc de présenter une réflexion sur l'utilisation de l'Évaluation de l'autonomie, une des composantes de l'OÉMC, pour identifier les besoins de participation sociale des aînés ayant des incapacités. Cette réflexion est appuyée par une comparaison entre l'OÉMC, la Mesure des habitudes de vie (MHAVIE 4.0) et la Mesure canadienne du rendement occupationnel (MCRO; 5^e édition). Pour réaliser cette comparaison, les catégories d'activités ciblées par chaque outil ont été extraites à l'aide d'une grille, puis mises en relation avec la MHAVIE, un des outils étalon pour mesurer la participation sociale (Roy-Bouthot et al., 2013). Les éléments de l'OÉMC associés à plus d'une dimension étaient mis en évidence. La rigueur de cette catégorisation a été assurée par la consultation des écrits décrivant les outils (guide d'administration et articles publiés sur les qualités psychométriques des outils), la consultation de leur modèle conceptuel sous-jacent et la réalisation de l'analyse par les deux auteures. Ensuite, la concordance (faible, moyenne, bonne) des dimensions des outils a été établie en fonction de leur degré d'exactitude avec les catégories de la MHAVIE. La proportion des outils couvrant chacune des dimensions de la participation sociale a aussi été identifiée. Lorsqu'un des éléments de l'outil se répétait, il était comptabilisé seulement dans la dimension présentant la meilleure concordance. Enfin, une analyse critique inspirée de l'ethnographie institutionnelle (Carrier et Prodingier, 2014) a permis de mettre en relief la terminologie utilisée dans chaque outil, et de la relier à leurs modèles conceptuels sous-jacents et à la façon dont la personne âgée est considérée (Reid, 2008). Ce type d'analyse a notamment été utilisé avec succès pour identifier, de manière systématique, les éléments de base qui composent les politiques, y compris les publics cibles, les comportements attendus et les modes formels de sanction pour non-conformité (Siddiki et al., 2011), ainsi que pour étudier les tensions sous-jacentes à l'utilisation de dossiers informatisés des clients (Swinglehurst, 2014).



L'Évaluation de l'autonomie de l'Outil d'évaluation Multiclientèle (OÉMC)

Les objectifs de l'OÉMC sont multiples : permettre une collecte d'informations uniformisées et uniques, plutôt que variables et répétitives, favoriser les échanges entre intervenants, déterminer les services et en assurer la continuité (Fougeyrollas et al., 2006). L'OÉMC est disponible en français et en anglais, et inclut les sections suivantes : État de santé, Habitudes de vie, Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF), Situation psychosociale, Conditions économiques et Environnement physique. Le temps d'administration moyen est d'environ 150 minutes (2,5 heures) et peut aller jusqu'à 300 minutes (5 heures) dépendant de la complexité de la situation et de la disponibilité des informations. Enfin, le SMAF social, qui a récemment été ajouté à la nouvelle version de l'OÉMC, sera aussi inclus dans la présente réflexion.

Les sections « État de santé », « Habitudes de vie », « Situation psychosociale », « Conditions économiques » et « Environnement physique » de l'OÉMC mettent en évidence la présence de problèmes en lien avec ces dimensions. La section « État de santé » inclut l'histoire de santé personnelle et familiale, et les diagnostics actuels; la santé physique, la santé psychique, les soins particuliers, la médication et les services de santé. L'alimentation, le sommeil, la consommation de tabac, la consommation d'alcool et de drogues, et les activités personnelles et de loisirs composent quant à eux la section « Habitudes de vie ». Située après le SMAF (décrit plus bas), la section « Situation psychosociale » inclut : l'histoire sociale; le milieu familial; les aidants principaux; le réseau social; les ressources communautaires, publiques et privées; l'état affectif; la perception de l'usager; la sexualité; et les croyances et valeurs personnelles, culturelles et spirituelles. La capacité de faire face à ses obligations, selon ses revenus actuels, est présente sous la section « Conditions économiques ». Enfin, la dernière section, « Environnement physique », inclut les conditions du logement; la sécurité personnelle et environnementale; l'accessibilité; ainsi que la proximité des services.

Inclus dans l'OÉMC, le SMAF repose sur l'intégration de deux modèles antagonistes, médical et social, tout comme la Classification internationale du fonctionnement, des handicaps et de la santé [CIF; Organisation mondiale de la santé (OMS), 2001]. Dans le modèle médical, le handicap est perçu comme un problème de la personne, conséquence directe d'une maladie, d'un traumatisme ou d'un autre problème de santé (Levasseur et al., 2007). Dans le modèle social, par contre, le handicap est perçu comme étant principalement la conséquence d'un problème créé par la société et une question d'intégration complète des individus dans la société (OMS, 2001). Le handicap n'est pas un attribut de la personne, mais plutôt un ensemble complexe de situations, dont un bon nombre est créé par l'environnement social. L'influence du modèle médical se répercute sur la place importante que prennent les problèmes de santé dans le modèle et le discours, selon lequel « les différences normatives sont expliquées par le degré de variation dans le développement et l'adaptation de l'humain » (Levasseur et al., 2007). De son côté, l'influence du modèle social se retrouve, entre autres, dans la considération des facteurs environnementaux.

De façon plus opérationnelle, le SMAF inclut 29 fonctions réparties dans cinq domaines, soit les activités de la vie quotidienne, la mobilité, la communication, les fonctions mentales et les tâches domestiques (Hébert et al., 1988). La cotation se fait à l'aide d'une échelle à quatre ou cinq niveaux, selon l'énoncé : autonomie (0), difficulté (-0,5), besoin de supervision (-1), besoin d'aide (-2) et dépendance (-3). Le score minimal est de -87, indiquant un haut niveau de dépendance, un changement de cinq points est cliniquement significatif et un score ≥ 15 est représentatif d'une atteinte modérée à importante de l'autonomie fonctionnelle (Hébert et al., 1997). Le SMAF présente de très bonnes qualités psychométriques : de bons coefficients de fidélité test-retest (0,95) et inter-juges (0,96) (Hébert et al., 2001) et une bonne validité discriminante d'individus vivant dans des institutions ayant des niveaux différents de soins (Hébert et Bilodeau, 1986). De plus, le SMAF est fortement corrélé ($r = 0,90$; $p = 0,001$) avec

la Mesure de l'indépendance fonctionnelle (MIF), un outil très connu et utilisé (Desrosiers et al., 2003). En résumé, le SMAF est un bon instrument de mesure de l'autonomie fonctionnelle et, puisqu'il est inclus dans l'OÉMC implanté dans tout le Québec depuis plusieurs années, bien connu des milieux cliniques québécois. De plus, puisque les intervenants le complètent à l'aide du logiciel, la solution du Réseau de services intégrés aux personnes âgées (RSIPA), l'intégration des données et les communications intra- et inter-établissements sont favorisées. En effet, le logiciel RSIPA permet aux intervenants d'inclure les notes d'évolutions et de suivi relatives à l'usager, de même que les rapports d'évaluation disciplinaires. De plus, il s'agit d'un incontournable puisque, dans certains CSSS, aucun service n'est octroyé avant que le SMAF ne soit complété. Le SMAF est le seul instrument clinico-administratif utilisé dans la planification des services requis pour répondre aux besoins des usagers.

Le SMAF permet également d'obtenir un « profil Iso-SMAF », une classification visant à déterminer, valider et suivre les services requis pour un usager dans le but de faciliter la planification des soins, l'allocation des ressources, la dotation en personnel, l'orientation de l'usager dans le système, la planification et la défense du budget, le remboursement des coûts et le maintien des standards de qualité (Edwardson et Giovannetti, 1994); (McConnell, 2000). Il existe 14 profils Iso-SMAF qui peuvent être regroupés en cinq catégories :

- atteinte aux tâches domestiques;
- atteinte motrice prédominante;
- atteinte mentale prédominante;
- aide à la mobilité;
- alité et dépendant AVQ (Dubuc et al., 2004).

Tel que souligné par les auteurs de leur développement (Dubuc et al., 2004), les profils Iso-SMAF ne devraient pas être considérés de façon rigide, mais plutôt pour guider les intervenants qui entreprennent une démarche d'allocation de services, un défi lorsque le financement y est rattaché. Ainsi, les profils Iso-SMAF doivent demeurer un outil et ne doivent pas remplacer le raisonnement clinique des professionnels qui tient compte du bon sens et des

désirs des personnes et de leurs familles. De plus, puisque les services de promotion de la santé et de réadaptation et les services psychosociaux nécessaires pour améliorer et maintenir l'autonomie fonctionnelle ont été exclus de l'estimation des coûts associés à chaque profil Iso-SMAF (Dubuc et al., 2004), les recherches sur ces profils doivent se poursuivre.

Ajouté à l'OÉMC en 2014, le SMAF social est aussi disponible en français et en anglais, et comprend six items du fonctionnement social :

- les activités sociales et récréatives;
- les relations sociales;
- les ressources sociales;
- les rôles sociaux;
- les attitudes;
- l'expression de soi.

Cet outil utilise une échelle de quatre niveaux allant de 0 à -3 et correspondant au niveau de l'autonomie du répondant en lien avec chacun des six items (0 = autonome à -3 = dépendant). Le score total varie de 0 à -18 et est obtenu en additionnant le score de chacun des items (Pinsonnault et al., 2002; 2003). Cet instrument a été développé pour des personnes âgées de 55 ans et plus, mais a été validé auprès d'une population de personnes présentant des déficiences physiques âgées de 18 ans et plus (données non publiées). Des études réalisées au Québec et en France auprès d'aînés présentant une perte d'autonomie fonctionnelle, ainsi que des troubles cognitifs ou résidant en centres d'hébergement et de soins de longue durée soutiennent que le SMAF social présente une bonne fidélité interjuges et test-retest, et une bonne cohérence interne (coefficient de corrélation intraclasse = 0,78; Pinsonnault et al., 2009). L'outil démontre également une bonne validité de construit convergente avec la mesure de l'autonomie de l'*Older American Resources and Services* (OARS; $r = 0,42$), le *Social Provisions Scale* (SPS; $r = 0,49$) mesurant le support social (Fillenbaum, 1988), et la MHAVIE ($r = 0,31$). Ajouté en réponse aux demandes de personnes ayant des incapacités, le SMAF social (Pinsonnault et al., 2002; 2009) n'est cependant pas considéré dans les profils Iso-SMAF (Dubuc et al., 2004). Tout comme le



SMAF, cet outil permet de se questionner sur les capacités nécessaires au maintien à domicile et a été développé pour aider les professionnels à planifier leurs interventions, non pour répondre aux exigences administratives. Pour compléter le SMAF social, il est nécessaire de bien prendre le temps de connaître la personne et de corroborer les informations auprès de son entourage.

La Mesure des habitudes de vie (MHAVIE 4.0)

La Mesure des habitudes de vie (MHAVIE version 4.0 pour adolescents, adultes et aînés; Fougereyrollas et Noreau, 2014) est un questionnaire générique qui recueille le niveau de réalisation et la satisfaction envers la participation dans les activités courantes et les rôles sociaux. Ce questionnaire a été élaboré en lien avec le MDH-PPH qui illustre l'interaction entre les facteurs personnels (internes) et les facteurs environnementaux (externes) qui déterminent le niveau de réalisation des habitudes de vie selon l'âge, le sexe et l'identité socioculturelle des personnes. Le MDH-PPH s'inscrit dans une orientation holistique, écologique et systémique respectant l'idéologie des droits de la personne et de l'égalité (Levasseur et al., 2007). Spécifiquement, la MHAVIE comprend 96 énoncés répartis à travers 12 domaines d'activités courantes et de rôles sociaux (Fougereyrollas et Noreau, 2014) :

Activités courantes	Rôles sociaux
Communication	Responsabilités
Déplacements	Relations interpersonnelles
Nutrition	Vie associative et spirituelle
Condition physique et bien-être psychologique	Éducation
Soins personnels et de santé	Travail
Habitation	Loisirs

La MHAVIE inclut deux scores : réalisation et satisfaction. La réalisation est cotée en deux étapes. La première étape permet d'abord d'indiquer si l'activité est réalisée, non-réalisée ou ne s'applique pas, dans le cas où l'activité n'est pas accomplie par l'individu en raison de choix liés à son style de vie. La deuxième étape permet ensuite d'indiquer le type d'aide utilisée pour réaliser l'activité [aide technique, aménagement ou aide humaine (sans aide, légère, importante ou complète)], ainsi que le niveau de difficulté (sans ou avec peu de difficulté, avec une certaine difficulté ou avec beaucoup de difficulté). Un score global moyen peut être compilé pour chaque domaine, les deux catégories (activités courantes et rôles sociaux) et l'instrument en entier (score total). L'échelle « réalisation » varie de la « non réalisation de l'activité » (0) à la « réalisation complète sans difficulté et sans aide technique ou humaine » (9 pour chaque catégorie et 10 pour le score total), tandis que l'échelle « satisfaction » varie de « très insatisfait » (1) à « très satisfait » (4). Le temps d'administration moyen varie entre 45 et 60 minutes. Complété à l'aide d'un ordinateur, un nouvel algorithme de calcul du niveau de réalisation précisant à la fois le niveau de difficulté et l'intensité de l'aide humaine a été développé pour la version 4.0 (Boucher et al., 2013). Disponible sous peu en version électronique, il sera possible de compléter une « MHAVIE interactive » au moyen d'un ordinateur ou d'une tablette dotée d'une connexion Internet. Cette version interactive permettra de réduire le temps requis pour l'analyse des résultats et le coût de l'instrument.

La MHAVIE 4.0 présente une bonne validité de contenu (MDH-PPH et consultations d'experts) et de construit, ainsi qu'une cohérence interne élevée (alpha de Cronbach = 0.8). (Boucher et al., 2013). Par ailleurs, la MHAVIE 4.0 est similaire et en continuité avec sa version précédente (3.0) qui est disponible dans sept langues, dont le français et l'anglais, et qui présentait aussi une bonne validité de critère et de construit (Desrosiers, Noreau et Rochette, 2004) ainsi qu'une bonne fidélité test-retest (ICC = 0,95) et inter-juges (ICC = 0,89) auprès des personnes âgées ayant une autonomie fonctionnelle diminuée (Noreau et al., 2004). De

récents travaux (Roy-Bouthot et al., 2013) ont été réalisés afin d'ajouter une question sur l'importance des activités pour la personne, dont l'échelle de Likert à quatre niveaux allant de « très important » à « pas du tout important » permet une pondération du score de la satisfaction par l'importance.

La Mesure canadienne du rendement occupationnel (MCRO - 5^e édition)

Traduite en 36 langues, dont le français et l'anglais, et utilisée dans plus de 40 pays, la MCRO - 5^e Édition (Law et al., 2014) est un entretien semi-dirigé qui permet de considérer l'importance, le rendement et la satisfaction tels que perçus par le client, dans ses activités et ses occupations (Law et al., 2014). Cette mesure standardisée et personnalisée a été élaborée en lien avec le Modèle canadien du rendement et de l'engagement occupationnels (MCREO; Townsend et Polatajko, 2013) et comprend quatre étapes lors desquelles le client :

- identifie les activités qui sont problématiques;
- indique l'**importance** qu'il accorde à ces activités [sans importance (1) à extrêmement important (10)], ce qui permet d'identifier un maximum de cinq priorités;
- cote son **rendement** à réaliser ces activités [incapable d'exécuter la tâche (1) à capable d'exécuter parfaitement la tâche (10)] et sa **satisfaction** [pas satisfait du tout (1) à extrêmement satisfait (10)];
- à la suite de l'intervention, réévalue son rendement et sa satisfaction dans ces activités. Le temps d'administration moyen varie entre 15 et 30 minutes (Law et al., 2014).

Un score total de rendement et de satisfaction est obtenu en additionnant ces cotes respectives divisées par le nombre de problèmes identifiés par le client. La MCRO présente une bonne validité de contenu (MCREO, lignes directrices de l'Association canadienne des ergothérapeutes, norme nationale et internationale) et de construit (mesures fonctionnelles ou de fonctionnement psychologique et social), une fidélité test-retest [CCI = R: 0,67 à 0,83 et r =

0,73 à 0,93] et une cohérence interne (alpha de Cronbach de 0,41 à 0,71; Bosch, 1995) acceptables à bonnes, et est sensible au changement (Law et al., 2014). Lorsque comparé à d'autres outils de mesure, entre 50 et 80 % des problèmes dans les activités identifiés par la MCRO sont généralement également identifiés par d'autres outils. La MCRO permet toutefois l'identification d'un plus grand nombre de difficultés que la plupart des autres instruments (Law et al., 2014).

Comparaison de l'Évaluation de l'autonomie de l'Outil d'évaluation Multiclientèle (OÉMC) et de la Mesure canadienne du rendement occupationnel (MCRO - 5^e édition) avec la Mesure des habitudes de vie (MHA-VIE 4.0)

Les résultats démontrent que l'OÉMC ne permet pas d'identifier de façon exhaustive les besoins de participation sociale des aînés ayant des incapacités, principalement au niveau des activités sociales et de certaines activités courantes (Tableau 1). Spécifiquement, les dimensions des activités les moins couvertes par l'OÉMC sont : la condition physique et le bien-être psychologique, l'habitation, les responsabilités, les relations interpersonnelles, la vie associative et spirituelle, l'éducation, le travail, et les loisirs (Figure 1). Ces activités peu couvertes sont déterminantes pour la santé et le bien-être, dont notamment la pratique régulière d'activité physique, ainsi que les activités sociales, de relaxation et de détente, de stimulation cognitive, et de loisir. Considérant l'importance de la pratique régulière d'activité physique pour la prévention des maladies chroniques et de la stimulation (lecture, mots croisés, activités sociales...) pour le maintien des fonctions cognitives, il est surprenant que l'OÉMC n'inclut rien à ce sujet. Ainsi, sans l'évaluation des besoins en lien avec ces activités, les intervenants n'ont pas un important levier sur lequel s'appuyer pour réaliser des recommandations personnalisées sur l'activité physique et la stimulation cognitive. Quoique la section cinq de la dimension « Habitudes de vie » porte sur les Activités personnelles et de loisirs (intégration aux loisirs, activités usuelles, activités souhaitées, empêchements...), cette section est



très succincte (présenté dans 1/3 de page, soit 1,7 % de l'OÉMC; Tableau 1) et vague et ne permet pas d'évaluer, de façon optimale, ces activités ni de cerner adéquatement les aspirations et le projet de vie de la personne. Aucune question ne porte sur l'équilibre de vie (action de doser ses activités) de la personne et ses activités significantes, c'est-à-dire qui ont du sens pour elle, deux éléments importants pour la santé et le bien-être (Moll et al., 2014).

Par ailleurs, la concordance de la plupart des éléments de l'OÉMC avec les catégories de la MHAVIE est faible (24; 53,3 % voir * du Tableau 1) ou moyenne (19; 42,2 % voir ** du Tableau 1). En conséquence, même si elles sont en partie présentes dans l'OÉMC, les activités sont moins précises (ex. : vider les poubelles et sortir les ordures; utiliser les toilettes ailleurs qu'à son domicile). Cette précision est néanmoins importante pour des personnes ayant des incapacités vivant dans la communauté. Enfin, le SMAF inclut à la fois des éléments en lien avec les fonctions (vésicales/intestinales, habiletés de communication et mentales) et les activités (Tableau 1). Ainsi, pour ces fonctions, leurs répercussions dans les activités sont moins connues (ex. : quel est l'impact concret de l'incontinence occasionnelle sur les activités : la personne se prive-t-elle de sortir de son domicile?). Dans ces situations, le manuel d'utilisation de l'OÉMC suggère à l'évaluateur de préciser ces répercussions dans la section « commentaires » de chaque item du SMAF.

L'OÉMC présente quelques ambiguïtés et chevauchements, de même que des éléments qui ne font pas partie des dimensions de la participation sociale. Par exemple, la dimension « Situation psychosociale » inclut des éléments qui sont reliés aux facteurs personnels (scolarité, immigration, état affectif...) ou à l'histoire sociale de la personne (mariage, divorce, deuil...), à son environnement (déménagement, composition de la famille, aidants, réseau social) et à des activités sociales (occupation, interaction de l'utilisateur avec les membres de son réseau, fréquence d'utilisation des ressources...). Par ailleurs, le fil conducteur de l'OÉMC est difficile à suivre, principalement en

lien avec l'ordre et le regroupement des éléments. Des chevauchements entre les sections impliquent aussi de revenir plusieurs fois, notamment sur les déplacements, la nutrition, les médicaments et la gestion du budget (Tableau 1). Ces chevauchements sont exacerbés avec l'intégration du SMAF social, et peu de gains significatifs sont réalisés en termes de précision des activités sociales et de loisirs, ou d'identification des aspirations et du projet de vie de la personne. En effet, même si « Occuper son temps libre » et « Accomplir des rôles sociaux significatifs et propres à sa situation » sont inclus dans le SMAF social, ces éléments renvoient à plusieurs activités sociales ou de loisirs (Tableau 1). Ces activités peuvent difficilement être évaluées par une seule question sur le niveau d'incapacité de la personne, puis sur les ressources humaines pour combler l'incapacité. Enfin, quoiqu'ils sont importants pour la mise en place de services sociaux et de santé, plusieurs éléments de l'OÉMC ne font pas partie des dimensions de la participation sociale (environ sept pages, soit 35,0 % de l'OÉMC; Figure 1), ce qui prolonge considérablement l'évaluation.

Les ambiguïtés et les chevauchements de l'OÉMC, lorsqu'on le compare à la MHAVIE, peuvent être expliqués par les différences entre la CIF et le MDH-PPH (Levasseur et al., 2007). En effet, les dimensions « Nutrition », « Condition corporelle » et « Responsabilités » du MDH-PPH n'ont pas leur équivalent dans les domaines de la CIF. Par contre, d'autres domaines de la CIF contiennent des éléments qui représentent ces dimensions du MDH-PPH, respectivement : le domaine « Entretien personnel » de la CIF inclut « Manger et boire » et aussi « Surveiller sa condition physique », alors que le domaine « Tâches et exigences générales » inclut « Assumer ses responsabilités » (Levasseur et al., 2007). Le MDH-PPH et la MHAVIE, contrairement à la CIF et au SMAF, regroupent d'une façon plus naturelle les éléments à travers les différentes dimensions. Un exemple de regroupement surprenant de la CIF est le domaine « Activités domestiques » qui inclut l'élément « Aide apportée aux autres » (Levasseur et al., 2007).

TABEAU 1 : Comparaison des dimensions couvertes par la Mesure des habitudes de vie (MHA-VIE 4.0), l'Évaluation de l'autonomie de l'Outil d'évaluation Multiclientèle incluant le Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF) et le SMAF social, et la Mesure canadienne du rendement occupationnel (MCRO)

Mesure des habitudes de vie (MHA-VIE 4.0; 24 pages)	Évaluation de l'autonomie de l'Outil d'évaluation Multiclientèle		SMAF social (2 pages)	MCRO (2 pages)
	État de santé, habitudes de vie, situation psychosociale, conditions économiques et environnement physique (8 pages)	Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF; 10 pages)		
Activités courantes : 12 (50,0)†	3,5 (43,8)	5,67 (56,7)	0,67 (33,3)	N/A
Communication : 2 (8,3)	0,5 (6,3)	0,33 (3,3)	0,33 (16,7)	N/A
Communiquer - avec une autre personne à la maison ou dans la communauté (faire connaître vos besoins, exprimer vos idées...) - avec un groupe de personnes à la maison ou dans la communauté (faire connaître vos besoins, exprimer vos idées...) - par écrit (écrire une lettre, un message, une carte de souhaits...) - par internet (courriel, CHAT, Webcam...)	Situation psychosociale : <i>4. Réseau social</i> (Interaction de l'usager avec les membres de son réseau)*		6. Exprimer ses désirs, ses idées, ses opinions ainsi que ses limites**	Loisirs : <i>Vie sociale</i> (écrire des lettres; converser au téléphone)*‡ et <i>Vie communautaire</i> (faire appel à des services; prendre un rendez-vous)*
Tenir une conversation à la maison ou dans la communauté (donner votre opinion, discuter, argumenter...)				Productivité : <i>Jeu/travail scolaire</i> (raconter sa journée)*
Lire et comprendre de l'information écrite (journaux, livres, lettres, signalisation, consignes...)				Loisirs : <i>Activités récréatives paisibles</i> (lire des livres, des journaux ou des magazines)*
Utiliser un téléphone - à votre domicile ou au travail - public ou un téléphone cellulaire		E. Tâches domestiques (activités de la vie domestiques) <i>5. Utiliser le téléphone</i> (incluant la recherche d'un numéro dans le bottin)**		Soins personnels : <i>Vie communautaire</i> (utiliser le téléphone)**
Utiliser une radio, un téléviseur, un ordinateur, l'internet, un système DVD ou un système de son...				



Déplacements : 2 (8,3)	0,5 (6,3)	1,67 (16,7)	0 (0)	N/A
Entrer et sortir - de votre lieu d'occupation principale (travail, études, centre de jour, bénévolat...) - dans les commerces et les services (restaurant, épicerie, cliniques médicales...)	Environnement physique 3. <i>Accessibilité</i> (barrières architecturales, etc.; difficultés éprouvées ou observations spécifiques)*			Soins personnels : Vie communautaire (faire des courses)*
Vous déplacer - à l'intérieur de votre résidence - sur le terrain de votre résidence (cour, parterre...) - dans la rue ou sur le trottoir - sur une surface glissante ou inégale (neige, glace, herbe, gravier...) - dans votre lieu d'occupation principale - dans les lieux de loisirs de son milieu - dans les commerces et les services - à bicyclette (pour vos transports, vos loisirs...) Entrer et sortir de votre résidence	Environnement physique 3. <i>Accessibilité</i> (barrières architecturales, etc.; difficultés éprouvées ou observations spécifiques)** et 4. <i>Proximité des services</i> (épicerie, banque, église, buanderie, etc.; difficultés éprouvées ou observations spécifiques)*	B. Mobilité 2. <i>Marcher à l'intérieur</i> (incluant dans l'immeuble et se rendre à l'ascenseur; logement où habite l'utilisateur permet la circulation en fauteuil roulant)**, 4. <i>Se déplacer en fauteuil roulant à l'intérieur*</i>, 5. <i>Utiliser les escaliers*</i> et 6. <i>Circuler à l'extérieur</i> (environnement où habite l'utilisateur permet l'accès et la circulation en fauteuil roulant ou triporteur/quadrporteur)**		Soins personnels : Mobilité fonctionnelle (monter des escaliers; tolérance quant à la station debout / à la marche)* et Loisirs : Loisirs actifs (sortir dans les bars ou des boîtes de nuit; conduire, visiter des lieux; aller au parc, à la plage, au terrain de jeu; se rendre au musée ou à la bibliothèque; voyager)*
Traverser la rue à une intersection				
Vous rendre à votre lieu d'occupation principale (travail, études, centre de jour, bénévolat...)	Environnement physique 3. <i>Accessibilité</i> (barrières architecturales, etc.; difficultés éprouvées ou observations spécifiques)*			
Utiliser - un véhicule à moteur comme conducteur (auto, moto, motolette...) - des moyens de transport comme passager (auto, transport en commun, taxi...)		E. Tâches domestiques (activités de la vie domestiques) 6. <i>Utiliser les moyens de transport</i> (automobile, véhicule adapté, taxi, autobus, etc.)***		Soins personnels : Mobilité fonctionnelle (monter dans une voiture ou un taxi et en descendre)* et Vie communautaire (conduire un véhicule; utiliser les transports publics)*** et Loisirs : Loisirs actifs (conduire, visiter des lieux)*

Nutrition : 2 (8,3)	0,75 (9,4)	0,67 (6,7)	0 (0)	N/A
Planifier l'achat de vos aliments (faire la liste d'épicerie)		E. Tâches domestiques (activités de la vie domestiques) 3. <i>Faire les courses</i> (incluant la planification)*		
Choisir les aliments pour vos repas, selon vos goûts et vos besoins particuliers (quantité, fraîcheur, type d'aliments, diète personnelle, faire l'épicerie...)	Habitudes de vie 1. <i>Alimentation</i> (régime alimentaire quotidien; difficultés éprouvées ou observations spécifiques; satisfaisantes)*	E. Tâches domestiques (activités de la vie domestiques) 3. <i>Faire les courses</i> *		Productivité : <i>Gestion du foyer</i> (faire l'épicerie)*
Préparer des repas - simples (sandwich, salade, collation...) - complets tels une entrée, un plat principal ou un dessert (incluant la réalisation de recettes et l'utilisation d'appareils électroménagers...)		E. Tâches domestiques (activités de la vie domestiques) 1. <i>Préparer les repas</i> **		Productivité : <i>Gestion du foyer</i> (prévoir les repas; suivre une recette; préparer à manger)**
Manger un repas (incluant l'utilisation de la vaisselle et des ustensiles, respecter les règles de politesse à table selon les habitudes du milieu...)		A. Activités de la vie quotidienne (AVQ) 1. <i>Se nourrir</i> **		
Manger au restaurant (service aux tables, commander, payer la facture...)				Soins personnels : <i>Vie communautaire</i> (payer des factures)* et Loisirs : <i>Loisirs actifs</i> (aller au restaurant)**
Utiliser une machine distributrice				
Condition physique et bien-être psychologique : 2 (8,3)	0,25 (3,1)	0,33 (3,3)	0 (0)	N/A
Vous mettre au lit et sortir de votre lit		B. Mobilité 1. <i>Transferts</i> (du lit vers le fauteuil et la position debout et vice versa)**		Soins personnels : <i>Mobilité fonctionnelle</i> (se retourner dans le lit; s'extraire d'un fauteuil roulant)*
Vous endormir, dormir et vous réveiller (confort, durée, continuité, qualité du sommeil...)	Habitudes de vie 2. <i>Sommeil</i> (insomnie, se lève et pourquoi, peur, agitation, médicament, heures du lever et du coucher, siestes, etc.; difficultés éprouvées ou observations spécifiques; satisfaisantes)*			Soins personnels : <i>Hygiène personnelle</i> (dormir)**



Pratiquer des activités physiques pour maintenir ou améliorer votre condition physique (marche, exercices individuels ou en groupe...)				
Réaliser des activités pour assurer votre bien-être psychologique (yoga, méditation, écouter de la musique...)				Loisirs : Activités récréatives paisibles (écouter de la musique)*
Exécuter des activités d'attention ou de concentration (échecs, jeux de mémoire, mots croisés...)				
Soins personnels et de santé : 2 (8,3)	1,25 (15,6)	2 (20,0)	0,33 (16,7)	N/A
Vous occupez de votre hygiène corporelle (vous laver les mains, se brosser les dents, prendre un bain ou une douche...)		A. Activités de la vie quotidienne (AVQ) 2. <i>Se laver</i> (incluant entrer et sortir de la baignoire ou de la douche)** et 4. <i>Entretenir sa personne</i> (se brosser les dents ou se peigner ou se faire la barbe ou couper ses ongles ou se maquiller)**		Soins personnels <i>Hygiène personnelle</i> (se laver; se brosser les dents; entretenir ses ongles; se raser; se maquiller)** et <i>Mobilité fonctionnelle</i> (entrer dans la baignoire et en sortir)*
Utiliser les équipements sanitaires - de votre domicile (incluant lavabo, toilettes et tout autre matériel nécessaire à l'élimination...) - autre que ceux de votre domicile (incluant lavabo, toilettes et tout autre matériel nécessaire à l'élimination ...)		A. Activités de la vie quotidienne (AVQ) 7. <i>Utiliser les toilettes</i> (incluant s'asseoir, s'essuyer, s'habiller et se relever)**		Soins personnels : <i>Hygiène personnelle</i> (utiliser les toilettes)**
Vous habiller et vous déshabiller (choisir et mettre vos vêtements incluant boutons, fermeture éclair, lacets de chaussures, bijoux...)		A. Activités de la vie quotidienne (AVQ) 3. <i>S'habiller</i> (toutes saisons)**		Soins personnels : <i>Hygiène personnelle</i> (sortir les vêtements des placards et des tiroirs; manipuler les fermoirs de vêtements; retirer ses vêtements)**
Changer vos vêtements lorsqu'ils sont souillés ou salis				
Mettre, enlever et entretenir vos orthèses, prothèses, lentilles, lunettes, appareil auditif...		B. Mobilité 3. <i>Installer prothèse ou orthèse***</i>		

Vous soigner (appliquer un pansement, prendre vos médicaments, renouveler vos prescriptions, suivre les consignes thérapeutiques, demander de l'aide...)	État de santé 4. <i>Soins particuliers</i> (pansements, cathéters, oxygène, aspiration des sécrétions, drainage postural, dialyse périnéale, etc., et ceux faisant l'objet de la demande de services)* et 5. <i>Médication</i> *	E. Tâches domestiques (activités de la vie domestiques) 7. <i>Prendre ses médicaments</i> *		Soins personnels : Hygiène personnelle (prendre des médicaments)*
Utiliser les services de santé (une clinique médicale, un centre hospitalier ou de réadaptation, une clinique dentaire...)	État de santé 6. <i>Services de santé</i> (services médicaux, réadaptation, médecine douce, psychologie, podiatrie, etc.; suivi médical régulier; préciser les services requis non comblés)*		3. Utiliser les ressources de son milieu*	
Habitation : 2 (8,3)	0,25 (3,1)	0,67 (6,7)	0 (0)	N/A
Choisir une résidence selon vos besoins (maison, appartement, centre d'hébergement...)				
Aménager votre résidence selon vos goûts et vos besoins (incluant l'adaptation du domicile, décoration, choix du mobilier...)				
Entretenir - l'intérieur de la résidence où vous habitez (ménage, lavage, faire des réparations mineures...) - l'extérieur de la résidence où vous habitez (gazon, neige, feuilles, jardin...)		E. Tâches domestiques (activités de la vie domestiques) 1. <i>Entretenir la maison</i> (incluant entretien quotidien et travaux occasionnels)**		Productivité : Gestion du foyer (débarrasser la table; faire la vaisselle; nettoyer la cuisine; épousseter et nettoyer les meubles; balayer le plancher; utiliser un aspirateur; nettoyer la salle de bain; faire de petites réparations)*
Vider les poubelles et sortir les ordures				Productivité : Gestion du foyer (disposer des ordures)**
Faire votre grand ménage (vitres, murs...)				
Laver, repasser, plier et ranger le linge		E. Tâches domestiques (activités de la vie domestiques) 4. <i>Faire la lessive</i> **		Productivité : Gestion du foyer (faire la lessive; repasser)**

Utiliser l'ameublement et les équipements de la résidence où vous habitez (bureau, rangement, chauffage...)	Environnement physique 3. <i>Accessibilité</i> (emplacement des appareils, etc.; difficultés éprouvées ou observations spécifiques)*			
Rôles sociaux : 12 (50,0)	2,42 (30,2)	0,67 (6,7)	1,67 (83,3)	N/A
Responsabilités : 2 (8,3)	0,33 (4,2)	0,67 (6,7)	0,33 (16,5)	N/A
Faire des achats (choisir la marchandise, payer, achats par téléphone ou internet, accès intérieur des commerces...)		E. Tâches domestiques (activités de la vie domestiques) 3. <i>Faire les courses</i> **	3. Utiliser les ressources de son milieu*	Soins personnels : Vie communautaire (payer des factures; gérer l'argent, compter la monnaie)*
Utiliser les cartes bancaires ou le guichet automatique		E. Tâches domestiques (activités de la vie domestiques)		
Planifier votre budget et respecter vos obligations financières (répartir vos dépenses et vos économies, paiement des comptes...)	Conditions économiques <i>Capacité de faire face à ses obligations selon ses revenus actuels</i> (loyer, nourriture, habillement, médicaments, etc.; difficultés éprouvées ou observations spécifiques)**	8. <i>Gérer son budget</i> (incluant gestion bancaire)**	5. Accomplir des rôles sociaux significatifs et propres à sa situation*	Soins personnels : Vie communautaire (préparer un budget; remplir des formulaires d'impôts)** et Productivité : Travail rémunéré ou non (gérer des responsabilités)*
Respecter les droits et biens d'autrui, voter, respecter les lois et règlements			5. Accomplir des rôles sociaux significatifs et propres à sa situation* et 4. Agir de façon appropriée (respect, harmonie, politesse) dans ses relations avec les autres**	Productivité : Travail rémunéré ou non (respecter les règles de sécurité; gérer des responsabilités)*
Faire respecter vos droits (prendre sa place, revendiquer, exprimer votre opinion...)			6. Exprimer ses désirs, ses idées, ses opinions ainsi que ses limites*	
Prendre soin et soutenir les membres de votre famille incluant votre conjoint			5. Accomplir des rôles sociaux significatifs et propres à sa situation*	Productivité : Gestion du foyer (s'occuper d'enfants)**
Accepter l'aide des membres de votre famille, d'un proche, incluant votre conjoint				

Assurer l'éducation de vos enfants			5. Accomplir des rôles sociaux significatifs et propres à sa situation*	Productivité : <i>Gestion du foyer</i> (s'occuper d'enfants)**
Prendre soin d'un animal de compagnie				Loisirs : <i>Loisirs actifs</i> (s'occuper d'un animal domestique)***
Relations interpersonnelles : 2 (8,3)	1,25 (15,6)	0 (0)	0,33 (16,7)	N/A
Maintenir des relations affectives avec : • votre conjoint (intimité, encouragement, soutien moral...) • votre famille autre que le conjoint (intimité, encouragement, soutien moral...) Maintenir des liens avec : • des amis • votre entourage (voisins, collègues de travail, d'études ou de loisirs...) Gérer des conflits avec autrui	Situation psychosociale 2. <i>Milieu familial</i> (Dynamique familiale - interactions de l'usager avec sa famille et des membres de la famille entre eux)* et 4. <i>Réseau social</i> (incluant le milieu scolaire et le milieu de travail; Dynamique des relations - interactions de l'usager avec les membres de son réseau social)*		2. Maintenir ou créer des liens significatifs avec sa famille, ses proches, ses amis et ses intervenants**	Productivité : <i>Travail rémunéré ou non</i> (tisser des liens avec les collègues; gérer les problèmes et les conflits)** et Loisirs : <i>Vie sociale</i> (rendre visite à des amis, des membres de la famille; organiser des fêtes; planifier des rencontres sociales)**
Avoir des relations sexuelles	Situation psychosociale 8. <i>Sexualité</i> (satisfaction de l'usager, préoccupation, comportement socialement inacceptable, etc.; difficultés éprouvées ou observations spécifiques)**			Soins personnels : <i>Hygiène personnelle</i> (avoir des rapports sexuels)***
Utiliser une ou des méthodes de prévention (contraception, protection contre les maladies transmises sexuellement...)				
Vie associative et spirituelle : 2 (8,3)	0,5 (6,3)	0 (0)	0 (0)	N/A
Participer à titre de membre à : • des associations étudiantes (conseil d'école, conseil de classe, comité parascolaire...) • des associations sportives ou de loisirs (club de hockey...) • des associations, groupes culturels et artistiques	Situation psychosociale 5. <i>Ressources communautaires, publiques et privées</i> (bénévoles, associations, centre de jour, transport adapté, services inscrits dans le bail, etc.;		5. Accomplir des rôles sociaux significatifs et propres à sa situation*	Loisirs : <i>Vie sociale</i> (organiser des fêtes; planifier des rencontres sociales; assister à des réunions de groupe)*



(théâtre, danse, cinéma...)	fréquence de ces services; interactions de l'utilisateur avec ces ressources)*			
Participer aux activités - d'un organisme de promotion des droits (droits de la personne, écologie, syndicats...) - d'un parti politique - de groupes sociaux (club Lions, Âge d'Or...) - de groupes d'entraide	Situation psychosociale 5. <i>Ressources communautaires, publiques et privées</i> (bénévoles, associations, centre de jour, transport adapté, services inscrits dans le bail, etc.; fréquence de ces services; interactions de l'utilisateur avec ces ressources)**		3. Utiliser les ressources de son milieu*	
Participer à des activités reliées à des pratiques religieuses ou spirituelles (au domicile, à l'église ou autres lieux de culte, les cérémonies...)	Situation psychosociale 9. <i>Croyances et valeurs personnelles, culturelles et spirituelles</i> (expression, par exemple)*		5. Accomplir des rôles sociaux significatifs et propres à sa situation*	Loisirs : Loisirs actifs (assister à des services religieux)**
Éducation : 2 (8,3)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	N/A
Participer à - des activités d'apprentissage scolaire ou de formation professionnelle (cours, travaux, examens...) - des travaux d'équipe - des activités organisées par l'école (activités parascolaires, journées spéciales...)	Habitudes de vie 5. <i>Activités personnelles et de loisirs</i> (intégration aux études, activités usuelles, activités souhaitées, empêchements, etc.; difficultés éprouvées ou observations spécifiques; satisfaisantes)*		5. Accomplir des rôles sociaux significatifs et propres à sa situation*	Productivité : Jeu/travail scolaire (découvrir et manipuler des objets; escalader, lancer des objets, courir; jouer avec des camarades; jouer à des jeux d'équipes; partager; attendre son tour; participer à des sports; jouer à des jeux de rôles, jeux imaginaires; s'exprimer de manière créative; être séparé d'un parent; dessiner, découper, coller; écrire en script / écriture cursive; soustraire, multiplier, etc.; se rappeler des consignes; prendre des notes)*

Suivre des cours spécialisés			5. Accomplir des rôles sociaux significatifs et propres à sa situation*	Loisirs : Loisirs actifs (prendre des cours)**
Utiliser les services et les infrastructures scolaires (cafétéria, locaux, gymnase, services pédagogiques...)			3. Utiliser les ressources de son milieu*	
Réaliser des travaux scolaires à la maison			5. Accomplir des rôles sociaux significatifs et propres à sa situation*	Productivité : Jeu/travail scolaire (faire des devoirs)**
Travail : 2 (8,3)	0 (0)	0 (0)	0,33 (16,5)	N/A
Choisir un métier ou une profession			5. Accomplir des rôles sociaux significatifs et propres à sa situation*	Productivité : Travail rémunéré ou non (choisir un emploi)***
Rechercher un emploi			5. Accomplir des rôles sociaux significatifs et propres à sa situation*	Productivité : Travail rémunéré ou non (chercher un emploi; rédiger un CV; s'organiser en vue d'entrevues; passer des entrevues)**
Réaliser des activités de travail	Habitudes de vie 5. <i>Activités personnelles et de loisirs</i> (intégration au travail, activités usuelles, activités souhaitées, empêchements, etc.; difficultés éprouvées ou observations spécifiques; satisfaisantes)*		5. Accomplir des rôles sociaux significatifs et propres à sa situation*	Productivité : Travail rémunéré ou non (travailler le temps prévu; apprendre de nouvelles tâches; être ponctuel; gérer des responsabilités)**
Fréquenter un centre de jour comme occupation principale	Situation psychosociale 5. <i>Ressources communautaires, publiques et privées</i> (bénévoles, associations, centre de jour, transport adapté, services inscrits dans le bail, etc.; fréquence de ces services; interactions de l'usager avec ces ressources)*		5. Accomplir des rôles sociaux significatifs et propres à sa situation*	



Réaliser des activités de stages en milieu de travail non rémunérées			5. Accomplir des rôles sociaux significatifs et propres à sa situation*	Productivité : <i>Travail rémunéré ou non*</i>
Réaliser des activités bénévoles	Situation psychosociale <i>5. Ressources communautaires, publiques et privées (bénévoles, associations, centre de jour, transport adapté, services inscrits dans le bail, etc.; fréquence de ces services; interactions de l'utilisateur avec ces ressources)*</i>		5. Accomplir des rôles sociaux significatifs et propres à sa situation*	Productivité : <i>Travail rémunéré ou non**</i>
Réaliser des tâches familiales ou domestiques comme occupation principale			5. Accomplir des rôles sociaux significatifs et propres à sa situation*	
Utiliser les services de votre milieu d'occupation principale (cafétéria, services au personnel, salle de repos...)			3. Utiliser les ressources de son milieu*	
Loisirs : 2 (8,3)	0,33 (4,2)	0 (0)	0,67 (33,3)	N/A
Choisir vos activités sportives, physiques et récréatives				
Pratiquer des activités • sportives ou récréatives (marche, sports et jeux...) • artistiques, culturelles ou artisanales (musique, danse, bricolage...)	Habitudes de vie <i>5. Activités personnelles et de loisirs (intégration aux loisirs, activités usuelles, activités souhaitées, empêchements, etc.; difficultés éprouvées ou observations spécifiques; satisfaisantes)**</i>		1. Occuper son temps libre*	Loisirs : <i>Activités récréatives paisibles</i> (regarder la télévision; tricoter, coudre, crocheter; avoir des passe-temps, collectionner des objets; participer à des activités artistiques, culturelles; jouer aux cartes, à des jeux de société)** et <i>Loisirs actifs</i> (pratiquer un sport)***
Assister à des événements • sportifs (hockey, soccer, football...) • artistiques ou culturels (spectacles, cinéma, théâtre...)			3. Utiliser les ressources de son milieu*	Loisirs : <i>Loisirs actifs</i> (aller au cinéma ou au théâtre; assister à des événements sportifs)** et <i>Vie sociale</i> (assister à des fêtes)*

Réaliser des activités - de type touristique (voyages, visites de sites naturels ou historiques...) - de plein air (randonnée, camping...)				Loisirs : Activités récréatives paisibles (voyager)**
Utiliser les services de loisirs de votre milieu (bibliothèque, centre de loisirs municipal...)			3. Utiliser les ressources de son milieu*	Loisirs : Loisirs actifs (se rendre au musée ou à la bibliothèque)*
Autres dimensions non abordées dans la MHAVIE	3,67 (45,9)	3,33 (33,3)	0 (0)	N/A
	État de santé 1. Histoire de santé, 2. Santé physique, 3. Santé psychique			
	Habitudes de vie 3. Consommation de tabac, 4. Consommation d'alcool et de drogue			
	Situation psychosociale 1. Histoire sociale, 2. Aidants principaux, 6. État affectif et 7. Perception de l'usager			
	Environnement physique 1. Conditions du logement, 2. Sécurité personnelle et environnementale			
		A. Activités de la vie quotidienne (AVQ) 5. Fonction vésicale et 6. Fonction intestinale		
		C. Communication 1. Voir, 2. Entendre et 3. Parler		
		D. Fonctions mentales 1. Mémoire, 2. Orientation, 3. Compréhension, 4. Jugement et 5. Comportement		

				Soins personnels : <i>Hygiène personnelle</i> (ouvrir des contenants; verser des liquides; doser ses activités)
--	--	--	--	--

Légende

† : Fréquence (pourcentage) représentant le nombre de pages des outils couvrant chacune des dimensions de la participation sociale.

* : faible concordance avec la MHAVIE

** : moyenne concordance avec la MHAVIE

*** : bonne concordance avec la MHAVIE

‡ : Les éléments de la MCRO représentent uniquement des exemples d'activités disponibles en annexe (d'autres activités peuvent être identifiées par le client). Lorsqu'un des éléments de l'outil se répétait, il était comptabilisé dans la dimension présentant la meilleure concordance.

N/A : Non-applicable (puisque dans la MCRO les activités problématiques sont identifiées par le client, il n'est pas possible d'identifier la proportion de chaque dimension couverte par l'outil. Toutefois, des études antérieures ont rapporté qu'en moyenne, la moitié des problèmes identifiés portent sur les soins personnels, le quart sur la productivité et l'autre quart sur les loisirs.

FIGURE 1 : RÉPARTITION DE L'OÉMC SELON LES DIMENSIONS DE LA PARTICIPATION SOCIALE



Contrairement à la MHAVIE et à la MCRO, l'approche et le langage utilisés dans l'OÉMC impliquent que l'utilisateur (ou le sujet) est objectif, son opinion est alors peu sollicitée et son entourage est vu comme des « ressources » (Tableau 2). Les activités de l'utilisateur ne sont pas personnalisées selon la perspective ou l'importance qu'il leur accorde. Toujours dans l'OÉMC, l'intervenant a un rôle clé dans l'évaluation, notamment pour les orientations suggérées lors de la synthèse qui peuvent émaner exclusivement de sa perspective. Enfin, l'objectif sous-jacent à l'OÉMC semble ainsi identifier des problèmes qui, s'ils ne sont pas compensés par l'entourage, les entreprises d'économie sociale et les organismes communautaires, pourront l'être par le CSSS, selon son offre de services et ses ressources. Cet objectif apparaît réductionniste et, puisqu'il ne cerne pas les aspirations et le projet de vie, l'outil ne permet pas aux évaluateurs d'accompagner la personne dans son atteinte et sa réalisation. Ainsi, les « problèmes » identifiés par l'OÉMC ne doivent pas être simplifiés au point de se réduire au besoin d'aide humaine ou non, et en fonction de l'offre de services du CSSS. Il importe que l'outil puisse déterminer l'ensemble des besoins et non seulement le requis résiduel, c'est-à-dire ce qui n'est pas offert par les proches-aidants, les entreprises d'économie sociale et les organismes communautaires (Fougeyrollas, 2010). Enfin, l'OÉMC amène occasionnellement l'évaluateur à questionner la personne simultanément sur ses facteurs personnels, ses facteurs environnementaux et ses activités, ce qui peut engendrer de la confusion tant pour l'évaluateur que l'utilisateur. Une telle confusion peut rendre plus ardue l'identification des besoins et, par conséquent, l'orientation des interventions. Par exemple, l'élément « Proximité des ressources » de la section « Environnement physique » permet à l'intervenant de recueillir les difficultés que la personne éprouve ou les observations spécifiques de l'évaluateur sur cet élément. Pour recueillir ces informations, l'évaluateur doit questionner sur l'utilisation que l'utilisateur fait de ces ressources, donc sur ses activités.

Au plan clinique, l'administration de l'OÉMC, comparativement à celle de la MHAVIE ou de

la MCRO, est relativement plus longue et exigeante. Bien qu'un des objectifs de l'OÉMC soit de faciliter les échanges entre les intervenants de l'équipe interdisciplinaire, plusieurs disparités dans les établissements pourraient faire en sorte que la communication entre les professionnels reste limitée. En effet, si la solution (logiciel) RSIPA est seulement utilisée par l'intervenant pivot pour compléter l'OÉMC et que l'on n'y retrouve pas les notes d'évolution et les rapports d'évaluation disciplinaires, les autres intervenants ne s'y réfèrent pas et, ainsi, n'allègerons pas leur évaluation. De plus, comme l'évaluation dans la solution RSIPA ne peut être complétée que par un seul évaluateur, la collaboration interprofessionnelle est restreinte. Afin de favoriser la collaboration interprofessionnelle, un important déterminant de l'efficacité des interventions cliniques (Reeves et al., 2013), il importe de revoir ces contraintes. Par exemple, les sections « État de santé » et « Habitudes de vie » pourraient être remplies par une infirmière, le « SMAF » et « Environnement physique » par un ergothérapeute, et la « Situation psychosociale » et les « Conditions économiques » par un travailleur social. Par la suite, les PSIAS pourraient être rédigés en fonction des recommandations communes des intervenants et des priorités établies avec le client.

Même en étant inclut dans l'OÉMC, le SMAF social comprend seulement six items dont la cotation est plus complexe que ceux du SMAF. En effet, même si le guide d'utilisation comprend plusieurs exemples, le SMAF social est très peu spécifique pour au moins trois éléments d'importance (l'utilisation de ressources de son milieu, l'occupation de ses temps libres et les rôles sociaux signifiants et propres à sa situation) qui représentent la moitié de l'outil (Tableau 1). Puisque ces éléments englobent beaucoup d'activités ou de rôles, la cotation est difficile (différences importantes selon les ressources, les loisirs et les rôles). En effet, l'absence d'énumération des ressources, des loisirs et des rôles peut engendrer des oublis importants en lien avec leur évaluation et, conséquemment, les interventions ne pourraient être justifiées. Par ailleurs, le rôle de citoyen n'est pas abordé et, tout comme pour le SMAF,



TABEAU 2 : Comparaison de l'approche et du langage utilisés par la Mesure des habitudes de vie (MHAVIE 4.0), l'Évaluation de l'autonomie de l'Outil d'évaluation Multiclientèle incluant le Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF) et le SMAF social, et la Mesure canadienne du rendement occupationnel (MCRO)

	MHAVIE	Évaluation de l'autonomie de l'Outil d'évaluation Multiclientèle		SMAF social	MCRO
		État de santé, habitudes de vie, situation psychosociale, conditions économiques et environnement physique	Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF)		
Nom de l'outil	Mesure des habitudes de vie	Évaluation de l'autonomie - multi-clientèle	Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle	Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle - social	Mesure canadienne du rendement occupationnel
Nom de la grille	Formulaire de cueillette d'information	Évaluation de l'autonomie		Grille d'évaluation du fonctionnement social	Formulaire de la MCRO
Personnes impliquées	• Personne • Répondant	• Usager • Proche • Évaluateur	• Usager • Ressource	• Sujet • Évaluateur • Ressource	• Client • Thérapeute
Cibles et indicateurs	Pour chaque habitude de vie : • Réalisée ou non • Type d'aide utilisée (technique, aménagement, humaine) • Niveau de difficulté (sans ou peu, certaine, beaucoup) • Niveau de satisfaction (très satisfait, satisfait, insatisfait, très insatisfait)	Pour chaque facteur de l'état de santé, habitudes de vie, situation psychosociale, conditions économiques et environnement physique : Problème (oui, non; préciser) Présence d'espace pour commenter	Pour chaque activité : • Niveau d'incapacité • Handicap (ressource humaine : oui ou non) Préciser, s'il y a lieu, la cause, la déficience responsable de l'incapacité et la réaction de l'utilisateur à cette incapacité	Pour chaque activité que la personne veut, doit ou devrait réaliser : • Définition du problème – nature des difficultés en lien avec la capacité à exécuter ses activités (occupations) • Importance • Rendement (capacité d'exécuter) • Satisfaction	
Narratif utilisé	La personne est « subjective », les questions lui sont directement posées (« vos », « vous »)	• L'utilisateur est « objectif » (« il », « se », « son », « ses »), et l'accent est mis sur l'absence ou la présence de problèmes (dichotomisé oui, non) ainsi que sur son état, ses	L'utilisateur est « objectif », les questions sont dépersonnalisées (« se », « s' ») et impliquent parfois (communication et fonction mentale) un jugement de valeur	Le sujet est « objectif », les questions sont dépersonnalisées (« sa », « son », « ses », « des », « lui-même ») et impliquent parfois un jugement de valeur (« de	Le client est « subjectif », toutes les questions sont directement répondues par lui (« vous »)

		habitudes, sa situation, ses conditions • Possibilité de subjectivation si l'évaluateur décrit ce qui est rapporté par l'utilisateur	(« adéquat », « dangereux », « convenablement », « normalement », « bien » et « sensées »)	façon appropriée »)	
Personnalisation	Habitudes de vie selon la perspective de la personne (choisir les aliments pour vos repas, selon vos goûts et vos besoins particuliers; choisir une résidence selon vos besoins; aménager votre résidence selon vos goûts et vos besoins).	- État, habitudes, situation, conditions et environnement généralement normalisés (« difficultés observées ou observations spécifiques »), sauf à quelques endroits où elles sont personnalisées (« satisfaisante pour l'utilisateur »; « pose un problème à l'utilisateur ») - Les attentes de l'utilisateur sont seulement considérées en synthèse - Les activités souhaitées sont seulement considérées dans la section 5. « Activités personnelles et de loisirs » - Les orientations suggérées lors de la synthèse semblent émaner de l'évaluateur seulement	Activités non-personnalisées (sélectionnées selon ce que chaque usager doit réaliser pour survivre et afin qu'elles s'appliquent à tous)	Activités personnalisées selon la perspective de l'évaluateur (« significatif », « propre à sa situation »)	Activités (occupation) personnalisées via la classification de l'importance de chacune pour le client (« Dans quelle mesure est-il important pour vous d'être capable d'exécuter cette activité? »)
Activités ciblées et empowerment du client	La richesse des activités et l'empowerment est mise en évidence par leur nombre et les verbes d'action utilisés : « Assister », « Assurer », « Avoir », « Choisir », « Faire »,	Activités moins nombreuses et implique une certaine perte du pouvoir du client « Médication suivie », « Difficultés éprouvées lors de l'alimentation / sommeil / activi-	Activités moins nombreuses et implique une certaine perte du pouvoir du client « Se lave seul », « A besoin d'aide », « Nécessite un rappel à	Activités moins nombreuses et implique une certaine perte du pouvoir du client : « Doit être encouragé ou stimulé », « Nécessite de l'aide », « N'a	Aspect généralement fonctionnel des activités : « Faire », « Participer », « Aller », « Avoir », « Pratiquer » et « Rendre visite »*



	« Faire respecter », « Gérer », « Maintenir », « Participer », « Planifier », « Pratiquer », « Prendre soin », « Réaliser », « Utiliser »*	tés personnelles et de loisirs / proximité des services »*	l'ordre » et « Ne marche pas »*	plus la capacité », « Ne fait plus »*	
Objectif de l'outil	Mesurer comment la personne réalise ses activités, est active dans sa vie et intégrée dans la société, ainsi que l'aide qu'elle utilise, et son niveau de difficulté et de satisfaction	Identifier les « problèmes prioritaires » et les services à mettre en place pour un usager ou un sujet			Mesurer les changements perçus par le client dans son rendement occupationnel

* Liste non exhaustive

certain énoncés du SMAF social impliquent un jugement de valeurs (de façon appropriée).

En résumé, afin d'améliorer et de maintenir la participation sociale des aînés ayant des incapacités, une révision en profondeur de l'OÉMC est nécessaire pour aller au-delà de l'évaluation de l'autonomie fonctionnelle et pour considérer les besoins de la personne en lien avec ses activités sociales et de loisir (Tableau 3). Cette révision doit permettre d'optimiser l'évaluation des besoins, notamment en regard des chevauchements et de la clarté des dimensions couvertes, mais aussi pour se détacher d'une vision réductionniste et biomédicale. L'approche et le langage utilisés dans l'OÉMC pourraient être optimisés pour impliquer davantage l'aîné (plutôt que de le prendre en charge), personnaliser l'évaluation à ses aspirations et son projet de vie, être orienté vers ses capacités (plutôt que ses déficiences), et intervenir précocement (favoriser l'optimisation du potentiel de la personne, prévenir l'apparition d'incapacités, anticiper les besoins à venir). Une approche principalement liée à l'aide humaine, telle celle de l'OÉMC, risque d'entraîner une surcompensation des incapacités (Stevens-Ratchford, 2005) et une augmentation des coûts associés. D'ici à ce que des modifications soient réalisées (ex. : implantation d'une version révisée de l'OÉMC ou d'un autre

outil), il est essentiel de compléter la cueillette d'information de l'OÉMC à l'aide d'un autre outil d'évaluation.

Quel outil choisir pour compléter l'Évaluation de l'autonomie de l'Outil d'évaluation Multiclientèle (OÉMC)?

Les outils d'évaluation permettent de rassembler des observations cliniques de manière systématique, de façon à assurer l'uniformité de l'information collectée auprès de chaque personne. Les résultats d'une évaluation sont crédibles lorsque les outils utilisés ont de bonnes qualités psychométriques. Si les outils sont imprécis ou non valides, des interprétations erronées peuvent s'ensuivre. Ainsi, les outils ne doivent pas être modifiés sans un processus rigoureux impliquant une étude des qualités psychométriques de l'outil modifié. Plusieurs critères peuvent guider le choix d'un outil, dont :

- la transmission de données significatives du point de vue clinique, afin d'être utilisées pour l'élaboration du plan d'intervention;
- l'adaptation à l'âge des personnes, à leur niveau d'éducation et à leur culture pour ainsi ne pas trop engendrer de fatigue et d'anxiété;
- la présence de bonnes qualités métrologiques, surtout la validité de contenu, l'utilisation de l'instrument dans d'autres études avec

une clientèle similaire, et la sensibilité au changement;

- la facilité d'administration et de compréhension, incluant le temps requis;
- la disponibilité des versions française et anglaise adéquatement traduites.

La MHAVIE et la MCRO sont deux outils ayant de bonnes qualités psychométriques et pouvant être utilisés pour compléter l'évaluation des besoins de participation sociale de l'OÉMC. Leur approche est globale, holistique et écologique, illustrant une déstigmatisation du processus d'incapacité et rejoignant l'idéologie des droits de la personne et de l'égalité. L'utilisation de ces deux outils implique toutefois de suivre une formation et de se procurer un manuel d'instruction et des feuilles de cotation (<http://www.ripph.qc.ca/instruments-de-mesure/mhavié/versions-disponibles> et <http://www.caot.ca/store/detail.aspx?id=PUB-ML2F>).

Même si la MHAVIE ou la MCRO sont utilisées, l'évaluation doit se faire en considérant l'environnement de la personne. De plus, l'évaluation n'est pas une finalité en soi : elle précède et soutient l'intervention. Cette intervention devrait susciter des occasions de participation sociale (incluant les loisirs), offrir un soutien personnalisé (des suivis et des réévaluations), optimiser les environnements physique et social (incluant l'accessibilité et les attitudes), et considérer les intérêts, les expériences passées, les priorités et les habiletés des personnes (Levasseur, et al., 2012 ; 2014). Par exemple, pour une intervention ciblant la réalisation d'activités de loisir, la personne doit être impliquée pour d'abord identifier son niveau de réalisation dans les activités de loisir, quels sont ses intérêts, quelles sont les opportunités de son environnement pour pratiquer de telles activités... Pour augmenter les chances de succès de l'intervention, la personne doit avoir un bon sentiment de contrôle dans le processus d'intervention, mais aussi s'approprier la démarche afin que celle-ci résulte en un changement de comportement réussi et maintenu qui est spécifique à son contexte (Vanasse, 2000). Les bénéfices perçus de l'intervention et le

sentiment de réussite sont aussi essentiels (Filiatrault & Richard, 2005).

Puisqu'ils présentent chacun des avantages et des inconvénients particuliers, la MHAVIE et la MCRO doivent être choisis par les intervenants en fonction de leurs préférences et leurs compétences ainsi que de leur contexte de pratique. La MHAVIE est un outil qui permet de faire un inventaire exhaustif et systématique du niveau de réalisation, de difficulté, de satisfaction, et peut-être éventuellement de l'importance, ainsi que du type d'aide requis pour les activités courantes et les rôles sociaux. Puisqu'elle considère le point de vue de l'individu (Whiteneck, 1994), la MHAVIE permet d'avoir une bonne compréhension des besoins spécifiques de l'individu et des problèmes rencontrés socialement. Elle offre la possibilité d'évaluer clairement les activités de la personne, et non uniquement ses facteurs personnels ou environnementaux. De plus, cet instrument tient compte de la satisfaction de la personne envers sa participation sociale, un aspect crucial de l'évaluation des besoins (Renwick & Friefeld, 1996). Enfin, par son échelle de satisfaction, l'instrument considère indirectement si la personne désire un changement dans ses activités, selon sa propre conception d'une participation sociale optimale (Rochette et al., 2006), et en reflet de ses choix et de sa réalité. Toutefois, la MHAVIE détaille parfois trop certains éléments (ex. : vêtements souillés), ce qui augmente la lourdeur et la longueur de son administration. Par ailleurs, d'autres études doivent être réalisées pour documenter les qualités psychométriques de la version 4.0, incluant la sensibilité au changement (Boucher et al., 2013), et pour y ajouter la question sur l'importance de l'activité pour la personne (Roy-Bouthot et al., 2013).

Moins exhaustive et systématique que la MHAVIE, la MCRO est un entretien semi-dirigé dont le temps d'administration est relativement court et qui permet de considérer l'importance, le rendement et la satisfaction du client dans ses activités et ses occupations (Law et al., 2014). Puisqu'elle permet au client de prioriser ses difficultés en lien avec ses activités, la MCRO favorise une approche participative et



centrée sur le client à l'aide de laquelle il est possible de déterminer rapidement les objectifs d'intervention et d'en mesurer ultérieurement le changement. Bien que développé par des ergothérapeutes, cet instrument pourrait être utilisé par d'autres professionnels compétents pour évaluer l'importance, le rendement et la satisfaction du client dans ses activités et ses occupations (Law et al., 2014). Afin d'obtenir des réponses complètes et fidèles à la MCRO, les intervenants doivent développer leurs habiletés à mener un entretien semi-dirigé et à couvrir l'ensemble des activités. Puisqu'il permet de clarifier et d'explorer certaines problématiques dans toute leur complexité, l'entretien est la méthode la plus efficace et la plus économique pour obtenir l'information désirée sur un sujet donné (Fortin, 2010). De façon opérationnelle, cet entretien de la MCRO pourrait guider principalement l'évaluation des besoins de participation sociale à travers l'OÉMC. Ainsi, les activités les plus importantes identifiées par le client seraient utilisées pour faciliter la rédaction de l'OÉMC et du PSIAS. Par ailleurs, quoiqu'utilisés par le thérapeute seulement pour l'aider à donner une structure à l'entretien, les domaines du rendement occupationnels de la MCRO (soins personnels, productivité et loisirs) présentent une classification parfois complexe ou erronée des activités. À cet effet,

Hammell (2013) propose de désigner les activités et les occupations comme des façons de se rétablir, d'établir des liens et de participer, d'accomplir des choses, et de relier le passé et le présent à un avenir fondé sur l'espoir. Ces nouvelles dimensions permettraient d'ailleurs d'intervenir davantage de façon holistique et de considérer l'habileté de prendre soin ou de contribuer au bien-être des autres ou de faire des activités avec son entourage. Enfin, pour que le client puisse identifier ses problèmes pertinents et actuels, la MCRO nécessite d'adopter une pratique centrée sur le client, c'est-à-dire qui se soucie du partage du pouvoir et qui est pertinente pour la vie des clients, leurs valeurs et leurs priorités (Association canadienne des ergothérapeutes, en collaboration avec Santé et Bien-être social Canada et le Centre de publications du gouvernement, & PWGSC, 1991). Ainsi, il est essentiel d'établir une relation de confiance et l'intervenant doit être à l'écoute de ce que le client doit et désire accomplir, de ses attentes et des difficultés qu'il éprouve (Hammell, 2013). Enfin, puisqu'une compréhension globale des besoins des aînés ayant des incapacités est essentielle à l'amélioration de leur santé et de leur bien-être, les intervenants doivent aller au-delà du motif de référence lorsqu'ils réalisent leurs évaluations.

TABLEAU 3 : Messages clés issus de la comparaison de la Mesure des habitudes de vie (MHAVIE 4.0), l'Évaluation de l'autonomie de l'Outil d'évaluation Multiclientèle incluant le Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF) et le SMAF social, et la Mesure canadienne du rendement occupationnel (MCRO)

- L'OÉMC ne permet pas d'aller au-delà de l'évaluation de l'autonomie fonctionnelle et de considérer les besoins de la personne en lien avec les activités sociales et de loisirs et de la vie dans la communauté, d'importants déterminants de la santé et de la qualité de vie des aînés.
- L'approche et le langage utilisés dans l'OÉMC pourraient être optimisés pour impliquer davantage l'aîné, être orientés vers ses capacités, agir en amont et intervenir précocement.
- Même s'il est implanté et largement utilisé, et qu'il permet de fournir les profils ISO-SMAF, l'OÉMC doit être revu pour optimiser l'évaluation des besoins, notamment en regard des chevauchements et de la clarté des dimensions couvertes.
- D'ici à ce qu'une version révisée soit implantée, il est essentiel de compléter l'OÉMC à l'aide d'un autre outil ayant de bonnes qualités métrologiques, telles que la MHAVIE ou la MCRO.

Conclusion

L'amélioration ou le maintien de la participation sociale des aînés est l'objectif ultime des interventions sociales et de santé. Le présent travail offre une réflexion sur l'utilisation de l'OÉMC incluant le SMAF et le SMAF social pour identifier les besoins de participation sociale des aînés ayant des incapacités. Cette réflexion est appuyée par une comparaison entre l'OÉMC, la MHAVIE 4.0 et la MCRO - 5^e édition. Afin de favoriser la participation sociale des aînés ayant des incapacités, l'évaluation doit aller au-delà de l'autonomie fonctionnelle et considérer les besoins de la personne en lien avec les activités et les rôles sociaux, les loisirs et la vie dans la communauté, d'importants déterminants de la santé et du bien-être des aînés. L'absence d'éléments du SMAF évaluant le fonctionnement social et les relations affectives a été soulevée comme une lacune par les intervenants œuvrant auprès de personnes ayant des incapacités.

Même s'il est implanté et largement utilisé, et qu'il permet de fournir les profils Iso-SMAF, l'OÉMC doit être revu pour optimiser l'évaluation des besoins, notamment en regard des chevauchements et de la clarté des dimensions couvertes. L'approche sous-jacente à l'OÉMC est trop peu centrée sur la personne et ses priorités, mais plutôt sur celle de l'établissement en lien avec la sécurité à domicile et l'autonomie dans les activités de base. La personne (l'usager) est peu impliquée et potentiellement considérée comme un bénéficiaire passif de soins et services. Étant donné qu'il s'agit de pratiques exemplaires, les aînés et leurs proches aidants doivent être davantage impliqués et accompagnés, selon une réelle collaboration et un partenariat, dans l'identification de leurs besoins et la mise en place des interventions (Levasseur et al., 2012; 2014). Il faut aller au-devant des plaintes et des demandes des aînés, respecter et favoriser leur désir d'autonomie et d'indépendance. Plutôt que d'être vus comme étant des ressources, les proches aidants doivent être reconnus comme des partenaires indispensables (Hébert, 2012) auxquels il importe d'offrir soutien et répit. De plus, l'apport essentiel des entreprises d'économie

sociale, des ressources privées et communautaires, de même que leur réalité et leurs ressources financières devraient être davantage reconnus, formalisés et mieux définis à l'intérieur de l'OÉMC, et ce, afin de leur permettre réellement d'appuyer les CSSS dans leur responsabilité populationnelle, incluant aussi de favoriser la participation sociale des aînés.

Les résultats issus de cette réflexion convergent avec ceux d'autres études (Talbot, et al., 2004, Delli-Colli et al., 2007, Markle-Reid et al., 2008, Levasseur et al., 2012; 2014) et expliquent, en partie, pourquoi les CSSS éprouvent de la difficulté à remplir leurs nouvelles responsabilités à l'égard de la santé et du bien-être de la population sur leur territoire. Au-delà d'une augmentation significative des budgets attribués au SAD (Hébert, 2012) qui pourraient mieux soutenir un changement significatif des pratiques cliniques (ex. : offre élargie et mieux connue d'interventions, partenariats avec les organismes communautaires et couverture des activités et des rôles sociaux dans l'évaluation systématique des besoins des aînés), une analyse plus approfondie de l'impact des outils d'évaluation utilisés pour déterminer ces besoins doit être menée. En effet, plusieurs obstacles à l'intégration des pratiques favorables à la santé et au bien-être sont identifiés par les professionnels de la santé œuvrant au soutien à domicile (Turcotte et al., sous presse). Parmi ces obstacles, la lourdeur des tâches non-cliniques et administratives figure au premier plan. Ainsi, l'utilisation d'un outil systématique et complet devrait justement permettre de contribuer réellement à l'amélioration de la santé et du bien-être. Dans cette optique, les PSIAS pourraient aussi cibler au minimum une intervention visant à promouvoir la santé et le bien-être. Afin d'éviter les doublons induits par la réalisation obligatoire des PSIAS, exigés par le MSSS, et celle des plans d'interventions disciplinaires, tels que requis par certains ordres professionnels, une meilleure concertation entre ces instances respectives est requise. Ainsi, le recours obligatoire et systématique de l'OÉMC et la réalisation des PSIAS pourraient même éventuellement être remis en question.



Étant donné que les bienfaits des activités sociales et de loisir sont clairement démontrés, la non-évaluation de ces activités est préoccupante. En effet, puisqu'il a été démontré que la réalisation des activités courantes serait moins associée à la qualité de vie d'aînés que la réalisation des rôles sociaux (Levasseur et al., 2008), les interventions actuellement offertes aux aînés permettent peu de favoriser leur santé et leur bien-être. Le bénévolat, par exemple, est une occasion de maintenir ou de créer un sentiment d'appartenance à un groupe et de faire en sorte que les aînés s'inscrivent encore dans le tissu social (Sevigny & Vezina, 2007). Ainsi, le téléphone amical ou la visite d'un bénévole n'est pas seulement un service, un contact individuel, mais une façon de préserver le lien avec la société. Les activités sociales et les loisirs sont aussi souvent perçus, à tort, comme un luxe, alors qu'ils permettent aux aînés non seulement de vivre plus longtemps, mais aussi de vivre pleinement. Il faut aussi considérer davantage les activités significatives (Reid, 2008; 2011), la vie intérieure (notamment, les expériences de vie, les préoccupations, et le sentiment de contrôle, de liberté et d'être apprécié) et l'adaptation (Levasseur et al., 2009). En effet, les bienfaits de la participation dans les activités sociales et significatives sont nombreux et bien documentés dans les écrits scientifiques : diminution de la mortalité (Zunzunegui et al., 2003; Maier & Klumb, 2005), ralentissement du déclin cognitif (Zunzunegui et al., 2003) et fonctionnel (Avlund et al., 2004), diminution de la consommation de médicaments (Bath & Gardiner, 2005), diminution de l'utilisation des services de santé (idem), amélioration de la perception de l'état de santé (Bennett, 2005), diminution des symptômes dépressifs (Abu-Rayya, 2006) et augmentation de la sensation de bien-être (Van Willigen, 2000).

Malgré l'optimisation (Chevrier et al., 2011), les changements organisationnels et les orientations ministérielles réductionnistes (coupures), ce sont les professionnels de la santé qui travaillent auprès des aînés ayant des incapacités et qui, par leur approche et leurs interventions, peuvent faire une réelle différence pour améliorer leur qualité de vie. Dans le contexte de pra-

tique actuel où la présence de listes d'attente, ainsi que la complexité des conditions de santé de la clientèle tendent à affecter le temps d'évaluation disponible aux intervenants, le MSSS doit mandater clairement le Comité scientifique pour l'évolution de l'OÉMC de poursuivre ses travaux de révision. Toutefois, toute modification de l'OÉMC n'entraînerait pas automatiquement une modification des profils ISO-SMAF ni l'attribution potentielle des ressources qui leur est associée, mais pourrait faire l'objet de nouvelles recherches. Une telle révision de l'OÉMC est essentielle, principalement dans une perspective de prévention et de restauration de l'autonomie, de participation sociale et de promotion de la santé, et permettrait d'impliquer plus officiellement les organismes communautaires. S'ils sont utilisés comme outil clinico-administratif, les profils Iso-SMAF doivent ainsi être révisés afin d'inclure des indicateurs reliés au potentiel de réadaptation, à la prévention des incapacités et à la promotion de la santé et du bien-être. En terminant, une telle révision de l'OÉMC pour inclure une évaluation plus optimale des besoins de participation sociale doit se faire sans trop alourdir ou complexifier l'évaluation. D'ici à ce qu'une version révisée soit implantée, il est essentiel de compléter l'OÉMC à l'aide d'un autre outil ayant de bonnes qualités métrologiques, telles que la MHAVIE, plus exhaustive et systématique, ou la MCRO, davantage flexible et courte. À l'heure actuelle, la MHAVIE et la MCRO sont peu utilisées en clinique, soit respectivement par 2 % et 0 % des intervenants en CSSS seulement (Major, 2014; MSSS, 2014). Pour favoriser l'utilisation de ces outils dans la pratique, il importe :

- d'offrir une formation adéquate;
- d'aider les cliniciens à les appliquer dans leur pratique (mentorat);
- d'impliquer l'entourage pour les clients ayant des problèmes cognitifs ou des troubles de communication;
- de se permettre de prendre le temps pour bien évaluer les besoins;
- de composer avec l'inconfort lié à l'implication importante du client dans le processus;
- de conjuguer les divergences entre les préoccupations professionnelles et organisationnelles;

- de mettre l'accent sur l'importance du résultat plutôt qu'uniquement sur la cause des problèmes.

Enfin, il est crucial d'impliquer davantage et significativement les aînés dans l'évaluation et la détermination des services à mettre en place, en fonction de leurs aspirations et de leur projet de vie, et en considérant leurs capacités. Ainsi, il sera possible d'améliorer et de maintenir davantage la participation sociale et la qualité de vie des aînés ayant des incapacités.

Mélanie Levasseur est chercheuse boursière junior 1 du FRQ-S (#26815). Annie Carrier est étudiante au doctorat, boursière des Instituts de recherche en santé du Canada (#250281), du Fonds de recherche du Québec – Santé (FRQ-S; #22754) et de la Fondation canadienne d'ergothérapie. Finalement, Pier-Luc Turcotte est étudiant à la maîtrise, boursier de la Faculté de médecine et des sciences de la santé de l'Université de Sherbrooke et de la Fondation canadienne d'ergothérapie. Les auteurs tiennent à remercier Isabelle Bourdeau, erg. M.A., Carole Naut, pht. MBA, Vanessa Roy, M. pht., et Marie-Claude Beaudoin, erg., ainsi que les réviseurs et l'éditeur de la revue, pour leurs précieux commentaires sur une version antérieure de cet article.

Références

- ABU-RAYYA, H. M. (2006). Depression and social involvement among elders. *The Internet Journal of Health*, 5(1), 9.
- AVLUND, K., DAMSGAARD, M. T., & OSLER, M. (2004). Social position and functional decline among non-disabled old men and women. *European Journal of Public Health*, 14(2), 212-216.
- BATH, P. A., & GARDINER, A. (2005). Social engagement and health and social care use and medication use among older people. *Eur J Ageing*, 2, 56-63.
- BENNETT, K. M. (2005). Social engagement as a longitudinal predictor of objective and subjective health. *European Journal of Ageing*, 2, 48-55.
- BOUCHER, N., FISET, D., LACHAPPELLE, Y., & FOUGEYROLLAS, P. (2013). *Projet d'expérimentation de la MHAVIE en sites-pilotes des centres de réadaptation en déficience physique et intellectuelle, trouble envahissant du développement et des centres de santé et de services sociaux, volet soutien à domicile*. Québec (Québec).
- CARRIER, A., & PRODINGER, B. (2014). Entrevoir de nouvelles avenues : L'ethnographie institutionnelle, une méthode et une théorie pour comprendre les contextes et leurs relations de pouvoir. *Actualités ergothérapiques édition spéciale « Entrevoir de nouvelles avenues : Des solutions occupationnelles créatives pour les défis occupationnels d'aujourd'hui »*, 16(2), 18-21.
- CHEVRIER, M., LE BEAU, G., & LESSARD, J. (2011). *L'optimisation en santé : les projets LEAN, une avenue à privilégier*. Midi-Conférence de la Direction générale de la planification, de la performance et de la qualité du Ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec, Québec. Repéré en octobre 2014 à <http://www.informa.msss.gouv.qc.ca>
- CHOINIÈRE, R. (2010). *Vieillessement de la population, état fonctionnel des personnes âgées et besoins futurs en soins de longue durée au Québec*. Québec : Institut national de santé publique du Québec, Gouvernement du Québec.
- DELLI-COLLI, N., DUBUC, N., HÉBERT, R., & LESTAGE, C. (2007). Sélection des variables essentielles pour déterminer les besoins psychosociaux des résidents et la charge de travail du service social en CHSLD. *L'intégration des services : les fruits de la recherche pour nourrir l'action*. É. Québec, Programme de Recherche sur l'Intégration des Services de Maintien de l'Autonomie. II: 374-395.
- DESROSIERS, J., NOREAU, L., & ROCHETTE, A. (2004). Social participation of older adults in Quebec. *Aging Clinical and Experimental Research*, 16, 406-412.
- DESROSIERS, J., ROCHETTE, A., NOREAU, L., BRAVO, G., HÉBERT, R., & BOUTIN, C. (2003). Comparison of two functional independence scales with participation measure in post-stroke. *Archives of gerontology and geriatrics*, 37(2), 157-172.
- DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE DE L'ESTRIE (2013). *Planification stratégique 2013-2015. Tout depuis le début a une influence. La perspective du parcours de vie à travers les milieux et les environnements*. Québec : Direction de santé publique de l'Estrie, Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie.
- DUBUC, N., HÉBERT, R., & TOUSIGNANT, M. (2004). Du développement à l'implantation des profils Iso-SMAF : une mise à jour. *PRISMA : Intégrer les services pour le maintien de l'autonomie des personnes*. R. Hébert, Tourigny, A., Gagnon, M., Edisem : 177-201.
- EDWARDSON, S., & GIOVANNETTI, P. (1994). Nursing workload measurement systems. *Annual Review of Nursing Research*, 12, 95-123.
- EISSENS VAN DER LAAN, M., VAN OFFENBEEK, M., BROEKHUIS, H., & SLAETS, J. (2014). A person-centred segmentation study in elderly care: Towards efficient demand-driven care. *Social Science & Medicine*, 113, 68e76.



- FILIATRAULT, J., & RICHARD, L. (2005). L'apport des théories des changements comportementaux aux interventions de prévention et de promotion de la santé de l'ergothérapeute. *Revue canadienne d'ergothérapie*, 72(1), 45-54.
- FILLENBAUM, G. (1988). *Multidimensional Functional Assessment of Older Adults*. Hillsdale, NJ : Lawrence Erlbaum Associates.
- FOUGEYROLLAS, P. (2010). *La funambule, le fil et la toile. Transformations réciproques du sens du handicap* [The tightrope walker, wire and canvas. Reciprocal transformations of the meaning of disability]. Québec : Presses de l'Université Laval.
- FOUGEYROLLAS, P., & NOREAU, L. (2014). *La Mesure des habitudes de vie (4.0). Guide d'utilisation pour adolescents, adultes et aînés*. 80 pages. Québec : Réseau international du processus de production du handicap (RIPPH).
- FOUGEYROLLAS, P., TREMBLAY, J., BÉGIN, D., BERGERON, H., BRISSON, N., EMOND, I., ET AL. (2006). *Piloter son projet de vie et participer socialement. Les finalités attendues de l'OÉMC pour les personnes en quête d'autonomie*. Québec.
- FORTIN, M. F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche. Méthodes quantitatives et qualitatives (2^e édition)*. Montréal, Canada : Chenelière Éducation.
- GOUVERNEMENT DU QUÉBEC (2013). *Rapport du vérificateur général du Québec à l'Assemblée nationale pour l'année 2013-2014. Vérification de l'optimisation des ressources*, ch. 4 : Services à domicile.
- HAMMELL, K. (2013). Client-centred occupational therapy in Canada: Refocusing on core values. Recentrer l'ergothérapie au Canada sur les valeurs fondamentales de la pratique centrée sur le client. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 80(3), 141-149.
- HÉBERT, R. (2012). L'assurance autonomie : une innovation essentielle pour répondre aux défis du vieillissement [Autonomy insurance: an essential innovation in response to the challenges of aging]. *Canadian Journal on Aging/ La revue canadienne du vieillissement*, 31(1), 1-11.
- HÉBERT, R., & BILODEAU, A. (1986). Profil d'autonomie fonctionnelle de personnes âgées en institution. *Cahiers de l'ACFAS*, 46, 66-79.
- HEBERT, R., BRAYNE, C., & SPIEGELHALTER, D. (1997). Incidence of functional decline and improvement in a community-dwelling, very elderly population. *Am J Epidemiol*, 145, 935-944.
- HÉBERT, R., GUILBAULT, J., DESROSIERS J., & DUBUC, N. (2001). The functional autonomy measurement system (SMAF): a clinical-based instrument for measuring disabilities and handicaps in older people. *Geriatrics Today: J Can Geriatr Soc*, septembre, 141-147.
- LAW, M., BAPTISTE, S., CARSWELL, A., MCCOLL, M. A., POLATAJKO, H., & POLLOCK, N. (2014). *MCRO. La Mesure canadienne du rendement occupationnel (5e éd.)*. A. c. d. ergothérapeutes. Ottawa.
- LEVASSEUR, M., DESROSIERS, J., & ST-CYR TRIBBLE, D. (2007). Comparing the Disability Creation Process and International Classification of Functioning, Disability and Health models. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 74(ICF Special Issue), 233-242.
- LEVASSEUR, M., DESROSIERS, J., & ST-CYR TRIBBLE, D. (2008). Subjective Quality-of-Life Predictors for Older Adults with Physical Disabilities. *Am J Phys Med Rehabil*, 87(10), 830-841.
- LEVASSEUR, M., DESROSIERS, J., & ST-CYR TRIBBLE, D. (2008). Subjective quality-of-life predictors for older adults with physical disabilities. *American Journal of Physical Medicine and Rehabilitation*, 87(10), 830-841.
- LEVASSEUR, M., LARIVIÈRE, N., ROYER, N., DESROSIERS, J., LANDREVILLE, P., VOYER, P., CHAMPOUX, N., CARBONNEAU, H., & SÉVIGNY, A. (2012). Concordance entre besoins et interventions de participation des aînés recevant des services d'aide à domicile. *Gérontologie et Société*, 4(143), 111-131.
- LEVASSEUR, M., LARIVIÈRE, N., ROYER, N., DESROSIERS, J., LANDREVILLE, P., VOYER, P., CHAMPOUX, N., CARBONNEAU, H., & SÉVIGNY, A. (2014). Match between needs and services for participation of older adults receiving home care: appraisals and challenges. *Leadership in Health Care*, 27(3), 204-223.
- LEVASSEUR, M., ST-CYR TRIBBLE, D., & DESROSIERS, J. (2009). Meaning of quality of life for older adults: importance of human functioning components. *Archives of gerontology and geriatrics*, 49(2), e91-100.
- LOI SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX, Article 1, L.R.Q., c. S-4.2.
- MAIER, H., & KLUMB, P. L. (2005). Social participation and survival at older ages: is the effect driven by activity content or context. *European Journal of Ageing*, 2, 31-39.
- MAJOR, M.-C. (2014). *Évaluation de la mise en œuvre de la planification individualisée et coordonnées des services : Enquêtes dans les réseaux de la santé et des services sociaux et de l'éducation - 2012-2013*, Drummondville, 117 p.
- MARKLE-REID, M., G. BROWNE, R. WEIR, A. GAFNI, J. ROBERTS, & S. HENDERSON (2008). Senior at risk: The association between the six-month use of publicly funded home support services and quality of life and use of health services for older people. *La Revue Canadienne du Vieillissement*, 27(2), 207-224.
- MASLOW, A. (1947). A symbol for holistic thinking. *Persona*, 1, 24-25.
- MCCONNELL, E. (2000). Communication systems make a caring connection. *Nursing Management*, 31(2), 49-52.
- MENDES DE LEON, C. F., SEEMAN, T. E., BAKER, D. I., RICHARDSON, E. D., & TINETTI, M. E. (1996). Self-efficacy, physical decline and change in functioning in community-living elders: a prospective study. *Journal of Gerontology Social Science*, 51(B), S183-S190.

- MSSS (2011). *Stratégie de soutien à l'exercice de la responsabilité populationnelle*. Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec.
- MOLL, S., GEWURTZ, R., KRUPA, T., LAW, M., LARIVIÈRE, N., & LEVASSEUR, M. (2014). "Do-Live-Well": A Canadian Framework for Promoting Occupation, Health and Well-being. *Canadian Journal of Occupational Therapy*. Doi: 10.1177/0008417414545981
- NOREAU, L., DESROSIERS, J., ROBICHAUD, L. ET AL (2004). Measuring social participation: reliability of the LIFE-H in older adults with disabilities. *Disability and Rehabilitation*, 26, 346-352.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS) (2001). *Classification internationale du fonctionnement, des handicaps et de la santé*. Genève (Suisse) : OMS.
- PINSONNAULT, E., DESROSIERS, J., DUBUC, N., KALFAT, H., COLVEZ, A., & DELLI-COLLI, N. (2003). Functional autonomy measurement system: development of a social subscale. *Arch Gerontol Geriatr*, 37(3), 223-233.
- PINSONNAULT, E., DUBUC, N., DESROSIERS, J., DELLI-COLLI, N., & HÉBERT, R. (2009). Validation study of a social functioning scale: The social-SMAF (social-functional Autonomy Measurement System). *Arch Gerontol Geriatr*, 48, 40-44.
- POUR LA SOLIDARITÉ ET GROUPE CHÈQUE DÉJEUNER (2012). *Cahier de la solidarité Hors série « Les services à la Personne en Europe. Regards croisés et approche européenne sur un enjeu d'avenir »*. Repéré le 29 septembre 2014 à http://www.pourlasolidarite.eu/IMG/pdf/Cahier_SA_P_FR.pdf
- RENWICK, R., & FRIEFELD, S. (1996). Quality of life and rehabilitation. Dans R. Renwick, I. Brown & M. Nagler (Éds.), *Quality of life in health promotion and rehabilitation* (pp. 26-36). Thousand Oaks, CA: Sage.
- REEVES, S., PERRIER, L., GOLDMAN, J., FREETH, D., & ZWARENSTEIN, M. (2013). Interprofessional education: effects on professional practice and healthcare outcomes (update). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3(CD002213).
- REID, D. (2008). Exploring the relationship between occupational presence, occupational engagement, and people's well-being. *Journal of Occupational Science*, 15(1), 43-47.
- REID, D. (2011). Mindfulness and flow in occupational engagement: presence in doing. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 78(1), 50-56.
- ROCHETTE, A., KORNER-BITENSKY, N., & LEVASSEUR, M. (2006). "Optimal" participation: a reflective look. *Disabil Rehabil*, 28(19), 1231-1235. doi: 10.1080/09638280600554827
- ROY-BOUTHOT, K., FILIATRAULT, P., CARON, C., GAGNON, M., PRÉMONT, S., & LEVASSEUR, M. (2013). Modification of the assessment of life habits (LIFE-Hm) to consider personalized satisfaction with participation in activities and roles: results from a construct validity study with older adults. *Disabil Rehabil*, 36(9), 737-43. Doi: 10.3109/09638288.2013.814721
- SIDDIKI, S., WEIBLE, C. M., BASURTO, X., & CALANNI, J. (2011). Dissecting Policy Designs: An Application of the Institutional Grammar Tool. *The Policy Studies Journal*, 39(1), 79-103.
- SEVIGNY, A., & VEZINA, A. (2007). Contribution of volunteers to the home care of elderly: the limits of their action. *Canadian journal on aging = La revue canadienne du vieillissement*, 26(2), 101-111.
- STEVENS-RATCHFORD, R. (2005). Occupational engagement: motivation for older adult participation. *Topics in Geriatric Rehabilitation*, 21(3), 171-181.
- STEVENS-RATCHFORD, R. (2011). Longstanding Occupation: The Relation of the Continuity and Meaning of Productive Occupation to Life Satisfaction and Successful Aging. *Activities, Adaptation & Aging*, 35(2), 131-150.
- SWINGLEHURST, D. (2014). Displays of authority in the clinical consultation: A linguistic ethnographic study of the electronic patient record. *Social Science & Medicine*, 118, 17-26.
- TAKAHASHI, R. (2014). Integrated community care system: Japan. Best Practices in Home Care for Seniors. *Synthesis Report from the 2014 International Forum*. British Columbia : British Columbia Ministry of Health and the Michael Smith Foundation for Health Research.
- TALBOT, L., VISCOGLIOSI, C., DESROSIERS, J., VINCENT, C., ROUSSEAU, J., & ROBICHAUD, L. (2004). Identification of rehabilitation needs after a stroke: an exploratory study. *Health and Quality of Life Outcomes*, 2(53), 1-9.
- TIMONEN, V. (2014). Review of the Nordic system: Denmark and Finland. *Synthesis Report from the 2014 International Forum*. B. P. i. H. C. f. Seniors, British Columbia : British Columbia Ministry of Health and the Michael Smith Foundation for Health Research.
- TOUSIGNANT, M., DUBUC, N., HÉBERT, R. & COULOMBE, C. (2007). Home-care programmes for older adults with disabilities in Canada: How can we assess the adequacy of services provided compared with the needs of users? *Health & Social Care in the Community*, 15(1), 1-7.
- TOWNSEND, E., & POLATAJKO, H. (2013). *Habiller à l'occupation : Faire avancer la perspective ergothérapique de la santé, du bien-être et de la justice par l'occupation*. Ottawa, Ontario : CAOT publication ACE.
- TURCOTTE, M. (2014). *Les Canadiens dont les besoins en soins à domicile sont non comblés*. Regards sur la société canadienne, septembre, produit no 75-006-X au catalogue de Statistique Canada. Repéré le 5 octobre 2014 à <http://www.statcan.gc.ca/pub/75-006-x/2014001/article/14042-fra.pdf>
- TURCOTTE, P.-L., CARRIER, A., DESROSIERS, J., & LEVASSEUR, M. (sous presse; 10/2014). Are health promotion and prevention interventions integrated into occupational therapy practice with older adults having disabilities? Insights from six community health settings in Québec, Canada. *Australian Occupational Therapy Journal*.



VAN WILLIGEN, M. (2000). Differential benefits of volunteering across the life course. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 55(5), S308-318.

VANASSE, A. (2000). *Représentation de la santé : activité physique et tabagisme*. Thèse présentée à la faculté de Médecine, École de santé publique, Université catholique de Louvain.

WHITENECK, G. G. (1994). Measuring what matters: Key rehabilitation outcomes. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 75, 1073-1076.

YOUNG, F., & GLASGOW, N. (1998). Voluntary social participation and health. *Research on Aging*, 20(3), 339-362.

ZUNZUNEGUI, M. V., ALVARADO, B. E., DEL SER, T., & OTERO, A. (2003). Social networks, social integration, and social engagement determine cognitive decline in community-dwelling Spanish older adults. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*, 58(2), S93-S100.