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

RAPPORT FINAL

Réalisé sous la direction de
Normand Boucher, Ph. D., CIRRIS/IRDPQ
David Fiset, M.A., Coordonnateur de recherche, CIRRIS
Yves Lachapelle, Ph. D., UQTR
Patrick Fougeyrollas, Ph. D., CIRRIS/IRDPQ

Collaborateurs : Luc Noreau, Ph. D., CIRRIS/IRPDQ, Université Laval
Jean Leblond, Ph. D., Statisticien, CIRRIS

Soumis au
Ministère de la Santé et des Services sociaux
Direction adjointe des personnes ayant des déficiences
Josette Chouinard
Juin 2013

CIRRIS
Centre interdisciplinaire de recherche en réadaptation et intégration sociale

IRDPQ
INSTITUT UNIVERSITAIRE DE RÉADAPTATION

Remerciements

La réalisation de cette étude n'aurait été possible sans la participation active de plusieurs personnes. Nous tenons d'abord à remercier l'ensemble des usagers, gestionnaires et intervenants des 13 sites pilotes qui ont accepté de participer à l'expérimentation de cet outil de mesure. Ce projet a exigé de ces derniers des efforts et du temps supplémentaires afin s'approprier l'outil, l'intégrer dans le cadre de leur pratique et de le compléter rigoureusement. Ces efforts nous ont fourni des données fiables et suffisantes en nombre pour nous permettre de valider la nouvelle version de l'outil MHAVIE 4.0.

Nous nous devons de remercier plus particulièrement les 13 coordonnateurs locaux : Monique Delisle, Julie Duguay, Marilène Gosselin, Louise Harvey, Sylvie Auclair, Vicky Kaseka, Michel-Robert Masson, Alain Côté, Yves Boisvert, Johanne Messier, Chantal Raymond, Chantal Caron et Dominique Pilon. La qualité de leur collaboration et leur implication soutenue fut d'une importance capitale pour le recrutement de participants, l'encadrement des équipes d'intervenants et la coordination du projet dans chacun des sites pilotes. Nous désirons également remercier les membres du comité d'experts ainsi que ceux du comité de suivi pour leur contribution à la réalisation du projet. Soulignons aussi le travail important réalisé par les formateurs de la MHAVIE : Messieurs Charles Paré, Yves Boisvert et Pierre Majeau.

Un merci spécial aux assistantes de recherche qui ont collaboré au projet : Sabrina Faleschini, Johannie Boulet, Véronique Garcia, Christine Rancourt et Arianne Saïda Giacomoni-Bisson. Leur rigueur, leur dévouement et leur enthousiasme pour la recherche ont été très appréciés et indispensables au bon déroulement du projet.

Nous tenons à souligner aussi le travail professionnel de qualité réalisé par Mme Isabelle Argall, au CIRRIS quant à la mise en page du rapport final.

Enfin, nous remercions le Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS) pour avoir financièrement soutenu la réalisation de ce projet multicentrique.

Faits saillants

- La MHAVIE est le seul instrument de mesure de la qualité de participation sociale qui combine les activités courantes et les rôles sociaux au sein d'un même outil.
- La MHAVIE met l'accent sur le point de vue de la personne afin d'identifier le niveau d'aide humaine requis et le niveau de difficulté rencontré dans la réalisation des habitudes de vie en tenant compte du niveau de satisfaction exprimé par la personne ou ses proches significatifs.
- La version 4.0 de la MHAVIE propose une nouvelle échelle de mesure plus détaillée, une reformulation et l'ajout d'énoncés relatifs aux différentes catégories d'habitudes de vie pour l'ensemble des clientèles DP-DI-TED.
- La nouvelle échelle augmente le nombre de combinaisons possibles des différentes composantes dans le calcul du niveau de réalisation; l'algorithme permettant de calculer le score a dû être complètement révisé par un comité d'experts.
- Deux temps de mesure ont été réalisés afin d'analyser la sensibilité de la nouvelle échelle de mesure.
- Au total, 424 usagers des 13 établissements CRDP, CRDITED et CSSS pilotes ont participés à l'expérimentation de l'outil.
- 88% de l'échantillon a complété le deuxième temps de mesure.
- En moyenne, la passation de la MHAVIE 4.0 a pris entre 1h00 et 1h30 par usager. Le temps de passation diminue significativement avec la fréquence d'utilisation.
- Des guides d'utilisateur ont été développés pour chacune des trois versions de l'outil.
- La MHAVIE 4.0 est en continuité avec la version précédente. Les analyses révèlent une très bonne compatibilité entre les deux versions.
- L'analyse des structures factorielles a été faite sur des échantillons représentatifs (indice KMO = 0.8) et a démontré la validité de construit de la nouvelle version. La majorité des catégories d'habitudes de vie sont déterminées par le premier facteur (« Eigenvalues »).
- L'analyse de la cohérence interne démontre que l'ensemble des items contenus dans chacune des catégories sont homogènes (alpha de Cronbach = 0.8) et que tous les items mesurés expliquent le même phénomène.
- Les courbes de fréquences sont généralement assez bonnes pour l'ensemble des habitudes de vie à l'exception de « Vie associative et spirituelle » et « Travail ».

- La réalisation des rôles sociaux est généralement plus difficile que celle des activités courantes chez les participants.
- Le niveau de réalisation des enfants (5-13 ans) se rapproche beaucoup de celui des adultes pour plusieurs habitudes de vie.
- Pour les différents groupes d'âge, on note généralement une légère baisse de la satisfaction ainsi que de l'insatisfaction entre les deux temps de mesure.
- La comparaison des deux temps de mesure démontre que la nouvelle version de l'outil présente des caractéristiques de bonne qualité en terme de construit.
- La comparaison des résultats selon l'âge démontre que l'utilisation de la MHAVIE peut se faire dans une perspective de suivi longitudinal.
- La qualité de construit de la nouvelle échelle de mesure permet de rendre compte d'une plus grande variance entre les individus que l'échelle de la version antérieure, ce qui confirme que les changements apportés ont atteint leurs objectifs et rendent la nouvelle version de l'outil plus sensible aux variations plus fines.
- 16 gestionnaires et 87 intervenants ont participé aux entrevues et groupes de discussion afin de documenter les conditions d'utilisation clinique de la MHAVIE 4.0.
- L'élément de la MHAVIE le plus apprécié des participants est la prise en compte du niveau de satisfaction de l'usager. Cette donnée facilite la priorisation des objectifs d'intervention et l'implication de l'usager dans sa réadaptation.
- Le fait que l'outil soit basé sur le PPH, qu'il permette de dresser un bilan complet de la réalisation des habitudes de vie d'une personne et que ce bilan peut être utilisé dans le PI par la suite sont des éléments appréciés dans les sites pilotes.
- Pour certains sites, la MHAVIE répond à un besoin d'outil d'évaluation standardisé, tant sur le plan clinique que de la gestion, pouvant structurer les pratiques et qui est cohérent avec le SIPAD.
- La longueur d'utilisation de l'outil est un des points négatifs les plus fréquemment discutés par les participants.
- L'utilité et l'appréciation de l'outil varient grandement en fonction des clientèles et des programmes. Dans certains cas, les intervenants ont encore du mal à saisir la pertinence de l'outil notamment en lien avec leur pratique actuelle et habituelle.
- Les formations et les guides d'utilisation sont considérés comme étant essentiels à la bonne utilisation de l'outil.
- Le moment de passation recommandé par les participants varie beaucoup en fonction des clientèles et des programmes.
- Plusieurs recommandations relatives à l'amélioration et à l'implantation de l'outil sont proposées par l'équipe de recherche.

Résumé du projet

Introduction

Depuis 2008, des travaux ont été réalisés afin de modifier le contenu et les échelles de mesure des différentes versions du questionnaire de la MHAVIE 3.1. La nouvelle version qui en résulte, la MHAVIE 4.0, présente des échelles de mesure plus précises pour évaluer les niveaux d'aide humaine et de difficulté ainsi qu'un contenu adapté à la diversité des réalités des clientèles ayant des déficiences physiques, déficiences intellectuelles et troubles envahissants du développement (DP-DI-TED). À la suite de ces changements, et dans la foulée du déploiement du système d'information pour les personnes ayant une déficience (SIPAD) à partir de 2009, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a souhaité qu'une expérimentation de cette nouvelle version de la MHAVIE soit réalisée en sites pilotes avant de procéder à son intégration finale dans le système d'information.

Objectifs général et spécifiques

Cette étude a pour but d'expérimenter en sites pilotes des nouvelles versions de l'instrument MHAVIE modifié comme outil de mesure de la qualité de la participation sociale perçue par l'usager dans la réalisation de ses habitudes de vie. Pour ce faire, cinq objectifs sont formulés :

1. Documenter les conditions d'utilisation clinique de l'outil;
2. Documenter les impacts reliés à son utilisation;
3. Déterminer les qualités métrologiques de l'outil;
4. Développer et valider un nouvel algorithme de calcul des scores;
5. Dresser un profil des habitudes de vie des participants.

Sites participants et gouvernance

Au total, 13 sites pilotes représentant 7 régions différentes ont participé au projet d'expérimentation de la MHAVIE 4.0. De ces 13 sites, tous les contextes de de réadaptation étaient représentés : 6 centres de réadaptation en déficience physique (CRDP), 4 centres de réadaptation en déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement (CRDI-TED) et 3 centres de santé et services sociaux (CSSS). Chacun des sites participants a désigné un coordonnateur local afin d'assurer le lien entre les sites et l'équipe de recherche. Afin de coordonner ce projet, deux structures de gouvernance ont été mises sur pied : un comité de suivi et un comité de coordination.

Approche méthodologique

Dans les 13 sites pilotes, l'expérimentation se déploie en deux temps de mesure sur une période d'un an. Deux types de méthodes sont mises en place pour traiter et analyser les données recueillies lors de cette étude : une démarche quantitative (objectifs 3 à 5) ainsi qu'une démarche qualitative (objectifs 1 et 2).

Résultats Quantitatifs

Un Comité d'experts de la MHAVIE a été constitué afin d'établir les pondérateurs des différentes composantes de l'échelle. La nouvelle pondération établie une séparation de l'aide technique et de l'aménagement et, contrairement à la version précédente, attribue valeur similaire à ces deux éléments sans tenir compte du niveau de difficulté ou l'aide humaine requise. Les analyses révèlent une excellente compatibilité de la nouvelle version avec la version antérieure. L'outil s'en voit donc amélioré, plus nuancé, mais le calcul du score de la MHAVIE 3.1 est toujours possible à partir de la nouvelle version 4.0, ce qui permet les comparaisons entre les deux versions. De plus, les analyses ne suggèrent aucune modification des pondérateurs afin d'améliorer les qualités métrologiques de l'outil.

Les analyses statistiques de la nouvelle version de la MHAVIE démontrent que l'échelle de mesure est bien construite. En effet, l'analyse des structures factorielles a été faite sur des échantillons représentatifs (indice KMO = 0.8) et a démontré la validité de construit de la nouvelle version de l'outil. La majorité des catégories d'habitudes de vie sont déterminées par le premier facteur (analyse en composantes principales). Ainsi, le retrait d'items de la nouvelle version ne permettrait pas d'améliorer la validité de construit.

L'analyse de la cohérence interne démontre que l'ensemble des items contenus dans chacune des catégories sont homogènes (alpha de Cronbach = 0.8) et que tous les items mesurés expliquent le même phénomène et contribuent à la construction du score global. Les catégories d'habitudes de vie associées aux rôles sociaux contiennent des échelles à items rares alors que celles associées aux activités courantes sont des échelles à items fréquents. Contrairement aux premières, pour qui un seul item peut constituer une réponse à l'ensemble de la catégorie, les dernières pourraient éventuellement être abrégées sans changer la fiabilité de la cohérence interne de l'outil.

Résultats Qualitatifs

Les entrevues réalisées auprès des gestionnaires et des intervenants ayant participé à l'expérimentation ont permis de dégager certains éléments importants quant aux conditions d'utilisation de la MHAVIE en contexte clinique. Ces entrevues ont également

permises de recueillir de nombreuses recommandations en regard de l’amélioration et de l’implantation clinique de l’outil. Un des éléments parmi les plus appréciés est qu’il tient compte du niveau de satisfaction de l’usager, facilitant ainsi la priorisation des objectifs d’intervention sur la base des habitudes de vie les plus insatisfaisantes pour la personne et implique davantage l’usager dans la réalisation de son plan d’intervention. Un autre élément largement partagé est que la MHAVIE permette de dresser un bilan complet couvrant l’ensemble des habitudes de vie d’une personne et que ce bilan peut être utilisé dans l’élaboration du plan d’intervention.

Par contre, le temps nécessaire à la passation de l’outil est considéré comme étant trop long par certains participants. L’appréciation de l’outil varie grandement en fonction des programmes et des clientèles. Le moment de passation serait également une question critique puisque certains contextes rendraient l’utilisation de l’outil plus délicate et moins pertinente. À cet égard, l’équipe a fait des recommandations quant à l’utilisation de l’outil dans ces contextes cliniques.

Table des matières

Remerciements 1
Faits saillants 2
Résumé du projet 4
Table des matières 7
Liste des tableaux 9
Liste des graphiques 10
Liste des acronymes 11
Introduction 12
Les objectifs du projet 13
Sites participants à l'expérimentation et gouvernance du projet 14
Approche méthodologique 18
- Recrutement des participants 19
- Les approbations éthiques 20
- Collecte de données Temps 1 et Temps 2 20
- Périodes de formation des intervenants 20
- Périodes de collecte T1 et T2 21
- Journal de bord du coordonnateur local et rencontres de coordination 22
- Schémas d'entrevue pour les entrevues individuelles et les groupes de discussion 23
- Pondération des nouvelles échelles 24

Saisie des données T1 et T2 25
Analyse des données 25
Présentation des résultats 27
Déroulement de l'expérimentation dans les sites pilotes selon certaines caractéristiques 31
Développement de l'algorithme d'une nouvelle échelle de mesure 33
Les propriétés métrologiques de la MHAVIE 4.0 : A) structure factorielle et B) Cohérence interne 37
Résultats portant sur la participation sociale des participants selon les différents groupes d'âge. Volets C) et D). 43
Les distributions cumulées 43
Le niveau de satisfaction des participants à l'expérimentation : quelques dimensions à retenir 60
Comparaison des résultats de l'expérimentation des différentes versions de la MHAVIE selon le temps 1 et 2, et selon l'âge, 2012 76
E- Profil comparatif de la réalisation des habitudes de vie selon les contextes d'intervention et les groupes d'âge, 2012 99
Présentation des différents items de la MHAVIE selon les groupes d'âge à l'aide de graphiques à quadrants : exemples tirés des résultats provenant des adultes et des enfants 5-13 ans. 145
Présentation des résultats obtenus à partir des entrevues individuelles et des groupes de discussion 155
Documentation des conditions d'utilisation de la MHAVIE en contexte de gestion et d'administration 155
Documentation des conditions d'utilisation de la MHAVIE en contexte clinique 158
Recommandations d'amélioration de l'outil 166
Recommandations d'amélioration des conditions de passation et d'utilisation 167
Conclusion 168
Liste de références 170

Liste des tableaux

Tableau 1 - Sites pilotes participants à l'expérimentation de la MHAVIE 4.0 14
Tableau 2 - Composition du comité de suivi du projet d'expérimentation de la MHAVIE 4.0 16
Tableau 3 - Composition du comité de coordination du projet d'expérimentation de la MHAVIE 4.0 17
Tableau 4 - Grille d'échantillonnage présentant le nombre de participants requis selon les versions de la MHAVIE tel qu'établi à l'aide de l'indice Kaiser-Meyer-Olkin 19
Tableau 5 - Composition du comité d'experts de la MHAVIE pour la pondération de la nouvelle échelle de mesure 24
Tableau 6 - Répartition du nombre de participants selon les versions de la MHAVIE et l'échantillonnage visé pour chacun des contextes d'intervention au temps 1, 2012 27
Tableau 7 - Répartition du nombre de participants selon les versions de la MHAVIE et le nombre de participants au temps 2 pour chacun des contextes d'intervention en comparaison au temps 1, 2012 27
Tableau 8 - Échelle de mesure de la réalisation des habitudes de vie des versions antérieures de la MHAVIE 35
Tableau 9 - Échelle de mesure de la réalisation des habitudes de vie des versions actualisées de la MHAVIE 4.0 36
Tableau 10 - Présentation des Eigenvalues selon les catégories d'habitudes de vie 40
Tableau 11 - Calcul de la saturation sur le premier facteur 40
Tableau 12 - Calcul de l'Alpha de Cronbach après avoir retiré le premier item 41
Tableau 13 - Présentation des corrélations d'un item versus le reste des items selon les catégories d'habitudes de vie 42
Tableau 14 - Nombre de gestionnaires de programmes participants 155
Tableau 15 - Nombre d'intervenants ayant participé aux groupes de discussion 159

Liste des graphiques

Graphique 1 - Périodes de passation des questionnaires MHAVIE 4.0 selon le temps de mesure 22
Graphique 2 - Répartition du nombre de participants à l'expérimentation selon les groupes d'âge, 2012..... 28
Graphique 3 - Répartition du nombre de participants à l'expérimentation selon les groupes d'âge et les contextes d'intervention, 2012..... 29
Graphique 4 - Répartition des participants à l'expérimentation selon le sexe, 2012 29
Graphique 5 - Répartition des participants à l'expérimentation selon le type de déficience, 2012 30
Graphique 6 - Répartition des participants à l'expérimentation selon le type de déficience et d'établissement, 2012..... 30
Graphique 7 - Comparaison de la durée de passation de la MHAVIE entre le premier temps et le second temps de mesure, 2012 32
Graphique 8 - Répartition des participants selon le moment de passation de la MHAVIE dans le processus d'intervention, 2012..... 32
Graphique 9 - Répartition des participants à l'expérimentation selon le temps écoulé entre les deux temps de mesure, 2012..... 33
Graphique 10 - Répartition du nombre de participants à l'expérimentation avec le même intervenant aux deux temps de mesure, 2012..... 33
Graphiques 11-25 - Distributions cumulées pour l'ensemble des habitudes de vie (score total), les activités courantes, les rôles sociaux et pour chacune des habitudes de vie selon les différentes versions de la MHAVIE aux temps 1 et 2, 2012 45
Graphiques1226-40 - Répartition des participants à l'expérimentation selon le niveau de satisfaction pour l'ensemble, les activités courantes, les rôles sociaux et pour chacune des habitudes de vie aux temps 1 et 2, 2012 61
Graphiques1341-54 - Comparaison des résultats de la mesure de la participation sociale pour l'ensemble (score total), les activités courantes, les rôles sociaux et pour chacune des habitudes de vie entre le temps 1 et le 2, avec les intervalles de confiance, 2012..... 77
Graphiques1455-82 - Utilisation de la MHAVIE selon l'âge, temps 1 versus temps 2 pour une perspective longitudinale, pour l'ensemble (score total), les activités courantes, les rôles sociaux et pour chacune des habitudes de vie..... 91
Graphiques1583-127 - Profil comparatif de la réalisation des habitudes de vie pour l'ensemble (score total), les activités courantes, les rôles sociaux et pour chacune des habitudes de vie selon les contextes d'intervention et les groupes d'âge, 2012..... 100
Graphiques16128-133 - Graphiques à quadrants illustrant la réalisation de différentes habitudes de vie selon les niveaux d'aide humaine et de difficulté en lien la présence ou non d'une aide technique ou d'un aménagement, participants adultes, 2012..... 146
Graphiques17134-136 - Graphiques à quadrants illustrant la réalisation de différentes habitudes de vie selon les niveaux d'aide humaine et de difficulté en lien la présence ou non d'une aide technique ou d'un aménagement, participants 5-13 ans, 2012. 152

Liste des acronymes

CIRRIS	Centre interdisciplinaire de recherche en réadaptation et intégration sociale
IRDPQ	Institut de réadaptation en déficience physique de Québec
PPH	Processus de production du handicap
MHAVIE	Mesure des habitudes de vie
AVD	Activités de la vie domestique
AVQ	Activités de la vie quotidienne
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
SIPAD	Système d’information pour les personnes ayant une déficience
DP	Déficience physique
DI	Déficience intellectuelle
TED	Troubles envahissants du développement
CRDP	Centre de réadaptation en déficience physique
CRDITED	Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement
CSSS	Centre de santé et services sociaux
AERDPQ	Association des établissements de réadaptation en déficience physique
FQCRDITED	Fédération québécoise des centres de réadaptation en déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement
AQESSS	Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux
ASSS	Agences de la santé et des services sociaux
KMO	Indice de Kaiser-Meyer-Olkin
CÉR	Comité d’éthique à la recherche
CÉRC	Comité d’éthique à la recherche conjointe
UQTR	Université du Québec à Trois-Rivières
T1	Temps 1 (premier temps de mesure)
T2	Temps 2 (deuxième temps de mesure)

Introduction

La participation sociale, tantôt saisie comme un processus dynamique tantôt comme un résultat, est un domaine d'études et d'interventions auprès de différentes populations ayant des incapacités caractérisé par une très grande effervescence au cours des dernières années. Il faut rappeler rapidement ici que la définition de la participation sociale dont il est question dans ce rapport découle directement des travaux liés au modèle conceptuel du développement humain dans son application à la compréhension du handicap, soit le Processus de Production du Handicap (PPH). Ce modèle a été adopté comme cadre de référence dans les champs de la réadaptation en déficience physique, intellectuelle et des troubles envahissant du développement au Québec.

Selon cette approche du PPH, la qualité de la participation sociale correspond au mode de réalisation des habitudes de vie d'une personne. Les habitudes de vie sont soit des activités courantes, soit des rôles sociaux correspondant aux projets de vie des personnes selon leur âge, leur sexe et leur identité socioculturelle. Et c'est là que réside l'originalité de cette définition et de sa mesure en conjuguant tant les activités de vie quotidienne et domestique (AVD/AVQ) que les rôles sociaux réalisés par la personne dans son contexte de vie. Il est ainsi possible de soutenir sans hésitation que la Mesure des habitudes de vie (MHAVIE) est le seul instrument de mesure de la qualité de participation sociale, jusqu'à ce jour, qui combine ces deux dimensions au sein d'un même outil. La MHAVIE est un instrument de mesure qui se caractérise par une approche mettant l'accent sur le point de vue de la personne, sur l'identification du niveau d'aide humaine requis et de celui de la difficulté rencontrée dans la réalisation des habitudes de vie; il permet pour chacune des habitudes de vie de dégager un niveau de réalisation lequel s'accompagne d'un niveau de satisfaction exprimé par la personne ou ses proches significatifs.

Depuis 2008, la présente équipe de recherche travaille à l'amélioration et à la modification du contenu et des échelles de mesure des différentes versions du questionnaire de la MHAVIE. Cet exercice s'est avéré essentiel principalement pour deux raisons : d'abord, les différentes utilisations de la MHAVIE, tant en recherche qu'en clinique, ont bien démontré le besoin d'améliorer la précision des échelles de mesure comme l'aide humaine et le niveau de difficulté; ensuite, son utilisation auprès de différents groupes de populations ayant des incapacités a fait émerger un besoin de précision quant à la formulation ou à l'ajout de certains énoncés en lien avec certaines habitudes de vie, et ce, afin que la MHAVIE puisse refléter plus adéquatement cette diversité de réalités.

À la suite de ces changements, et dans la foulée du déploiement du système d'information pour les personnes ayant une déficience (SIPAD) à partir de 2009, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a souhaité qu'une expérimentation de cette nouvelle version de la MHAVIE en sites pilotes soit réalisée avant de procéder à son intégration finale dans le système d'information. Le présent rapport présente donc les résultats découlant de l'expérimentation de cette nouvelle version de la MHAVIE que l'on désigne comme étant la version 4.0 pour la version adultes; ce qui comprend la version de la naissance à 4 ans et celle qui s'adresse aux jeunes de 5 à 13 ans.

Les objectifs du projet

Objectif général :

Expérimenter en sites pilotes des nouvelles versions de l'instrument MHAVIE[1] modifié comme outil de mesure de la qualité de la participation sociale perçue par l'usager dans la réalisation de ses habitudes de vie.

Objectifs spécifiques :

1. Documenter les conditions et exigences liées à l'utilisation systématique de l'instrument MHAVIE auprès d'informateurs clés impliqués dans la gestion administrative et clinique des sites pilotes;
2. Documenter les impacts reliés à l'utilisation de l'instrument MHAVIE pour les usagers, les parents, les intervenants et les établissements, notamment, lors de l'élaboration des PI;
3. Initier la détermination des qualités métrologiques de l'instrument MHAVIE (validité de construit et cohérence interne);
4. Développer et valider un nouvel algorithme permettant d'établir les scores de la MHAVIE pour :
    a. chacune des 12 catégories d'habitudes de vie;
    b. les activités courantes et aux rôles sociaux (2 scores);

[1] La référence faite ici à l'instrument MHAVIE, ici et dans la suite du texte, renvoie aux versions modifiées du questionnaire.

c. le score total de l'outil

5. Dresser un profil des habitudes de vie des participants ayant des incapacités selon les versions de la MHAVIE et les contextes d'utilisation (CRDP, CRDI-TED, CSSS).

Sites participants à l'expérimentation et gouvernance du projet

Au total, 13 sites pilotes de différentes régions ont participé au projet d'expérimentation de la MHAVIE. De ces 13 sites, tous les contextes de de réadaptation étaient représentés : soit les centres de réadaptation en déficience physique (CRDP), les centres de réadaptation en déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement (CRDI-TED) et les centres de santé et services sociaux (CSSS). La sélection des sites participants s'est réalisée sous la responsabilité du ministère de la santé et des services sociaux (MSSS) en collaboration avec les associations d'établissements suivantes: l'Association des établissements de réadaptation en déficience physique (AERDPQ), la Fédération québécoise des centres de réadaptation en déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement (FQCRDITED), l'Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux (AQESSS) et les agences de la santé et des services sociaux (ASSS). Au final, six CRDP, quatre CRDI-TED et trois CSSS représentant 7 régions administratives du territoire québécois (voir tableau 1 ci-dessous). Chacun des sites participants a désigné une personne afin de d'assurer le rôle de coordonnateur local. Celui-ci ayant pour tâche de faire le lien entre le site pilote et l'équipe de recherche.

Tableau 1 – Sites pilotes participants à l'expérimentation de la MHAVIE 4.0

RÉGIONS	CRDP	CRDI	CSSS
Capitale-Nationale (03)	Institut de réadaptation en déficience physique de Québec (IRDPQ)		
Mauricie (04)		CRDI-TED Mauricie-	CSSS de Trois-Rivières

		Centre du Québec	
Estrie (05)	Centre de réadaptation Estrie (CRE)		
Chaudière-Appalaches (12)	CRDP Chaudière-Appalaches	CRDI-TED Chaudière-Appalaches	CSSS de Montmagny-L'Islet
Laval (13)		CRDI-TED Normand-Laramée	
Montérégie (16)	Centre Montérégien de Réadaptation	CRDI-TED Montérégie Est	CSSS de Vaudreuil-Soulanges
Montréal (6)	Institut Nazareth et Louis-Braille (INLB)		
	Institut Raymond-Dewar (IRD)		
7 régions	**6 CRDP**	**4 CRDI**	**3 CSSS**

Afin de coordonner ce projet mettant en œuvre un grand nombre d'acteurs, 2 structures de gouvernance ont été mises sur pied. La première étant le comité de suivi du projet. Ce comité est présidé par un représentant du MSSS et composé de représentants des associations d'établissements (AERDPQ, FQCRDITED, AQESSS et ASSS) et de l'équipe de recherche (voir tableau 2). Le rôle du comité de suivi consiste entre autres à assurer le suivi de l'expérimentation, à soutenir le Comité de coordination (décrit ici-bas) et à informer le MSSS de l'avancement des travaux. Le comité de suivi s'est réuni à une seule reprise le 2 février 2012 et a par la suite été informé du déroulement du projet par des communications courriels et téléphoniques régulières.

Tableau 2 – Composition du comité de suivi du projet d'expérimentation de la MHAVIE 4.0

Membres du comité	Établissements
Josette Chouinard, Présidente du comité	MSSS, Direction des personnes ayant une déficience
Normand Boucher, Chercheur principal	CIRRIS, Université Laval
David Fiset, Coordonnateur de recherche	CIRRIS, Université Laval
Marie-Josée Collard, Répondante DP-DI-TED	ASSS, Région de la Capitale-Nationale
Gilles Bourgeault, Conseiller aux affaires cliniques et professionnelles	AERDPQ
Monique Nadeau, Conseillère aux affaires professionnelles et cliniques	FQCRDITED
Anne-Marie Cloutier, Conseillère en organisation de services	AQESSS
Jacques Thibault, conseiller à la recherche	MSSS, Direction de l'évaluation
Marie-Josée Bilodeau, conseillère	MSSS, Direction des personnes ayant une déficience
Lina Leblanc, conseillère	MSSS, Direction des personnes ayant une déficience

Le second comité, le comité de coordination, est composé des 13 coordonnateurs locaux, d'un représentant de l'équipe de formateur, d'une représentante de la Direction des personnes ayant une déficience du MSSS et de deux représentants de l'équipe

de recherche (voir tableau 3). Ce comité a pour objectifs d'assurer le bon déroulement de l'expérimentation et de l'uniformité des opérations dans l'ensemble des sites participants; d'identifier des difficultés réelles ou potentielles et de proposer, le cas échéant, des solutions appropriées; d'assurer le suivi auprès du Comité de suivi et, enfin, de collaborer à la validation des questionnaires de collecte de données élaborés pour l'expérimentation ainsi qu'à l'analyse des données. Le comité de coordination s'est réuni, sous forme de visioconférences, à deux reprises les 13-14 mars 2012 et les 5-6 septembre 2012.

Tableau 3 – Composition du comité de coordination du projet d'expérimentation de la MHAVIE 4.0

Membres du comité	Établissements
Monique Delisle, Chef au programme en déficience sensorielle enfants/adolescents	Institut de réadaptation en déficience physique de Québec (IRDPQ)
Julie Duguay, Chef au programme Adultes	Centre de réadaptation Estrie (CRE)
Marilène Gosselin, Conseillère à recherche	CRDP Chaudière-Appalaches
Louise Harvey, Conseillère cadre à la DSP	Centre Montérégien de Réadaptation
Sylvie Auclair, Chef au programme Ainés	Institut Nazareth et Louis-Braille (INLB)
Vicky Kaseka, Chef au programme 0-12 ans en déficience auditive	Institut Raymond-Dewar (IRD)
Michel-Robert Masson, Conseiller à la Direction recherche, enseignement et qualité	CRDI-TED Mauricie-Centre du Québec
Alain Côté, Conseiller aux programmes	CRDI-TED Chaudière-Appalaches
Yves Boisvert, Agent de planification, de programmation et de recherche	CRDI-TED Normand-Laramée

Johanne Messier, Coordonnatrice de la recherche et du soutien au développement des pratiques	CRDI-TED Montérégie Est
Chantal Raymond, Directrice adjointe au programme personnes âgées et déficience physique	CSSS de Trois-Rivières
Chantal Caron, Chef au programme DI-TED-DP	CSSS de Montmagny-L'Islet
Dominique Pilon, Directeur des services généraux et spécifiques	CSSS de Vaudreuil-Soulanges
Pierre Majeau, formateur	RIPPH
Normand Boucher, Chercheur principal	CIRRIS, Université Laval
David Fiset, Coordonnateur de recherche	CIRRIS, Université Laval

Approche méthodologique

Dans les 13 sites pilotes, la collecte de donnée s'est réalisée en deux temps sur une période d'un an, soit de janvier à décembre 2012. En fonction des cinq objectifs décrits ci-dessus, deux types de méthodes ont été déployés pour traiter et analyser les données recueillies lors de cette étude. D'abord, une démarche quantitative a été réalisée afin de déterminer les qualités métrologiques de la nouvelle échelle de mesure de l'outil MHAVIE 4.0 et dresser le profil de la réalisation des habitudes de vie des participants en fonction des contextes d'utilisation (CSSS, CRDP, CRDI-TED) et des trois versions de l'outil (0-4 ans, 5-13 ans et Adolescents-Adultes-Aînés). Ensuite, une démarche qualitative visant à documenter les conditions et exigences reliées à l'utilisation de l'instrument MHAVIE en contexte clinique a été réalisée auprès des cliniciens et des gestionnaires de programmes. Les informations recueillies

lors de cette dernière démarche ont servi à élaborer des recommandations quant à l'implantation et l'utilisation de l'outil MHAVIE 4.0 dans les établissements de réadaptation en déficience physique, intellectuelle et troubles envahissants du développement au Québec.

Recrutement des participants

Le recrutement des usagers-participants s'est effectué au sein des sites pilotes sous la responsabilité des coordonnateurs locaux (tableau 3). Chacun des 13 coordonnateurs locaux devait assurer le recrutement, avec l'aide des intervenants, des usagers dans les programmes participant au projet. Afin de guider les sites pilotes dans cette tâche, une grille d'échantillonnage développée à l'aide de l'indice de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) leur a été remise. On retrouve au tableau 4, l'échantillon requis établi à l'aide de l'indice KMO pour réaliser les analyses statistiques en fonction des différentes versions de la MHAVIE pour les clientèles des CR et des CSSS[2]. Par la suite, cette grille a permis de répartir la composition de l'échantillon en fonction des types d'établissement et des versions de l'outil afin d'assurer une diversité de clientèles dans les échantillons et, ainsi, la validité statistique des analyses prévues à l'objectif 3. Au total, nous visions le recrutement de 560 participants.

Tableau 4 - Grille d'échantillonnage présentant le nombre de participants requis selon les versions de la MHAVIE tel qu'établi à l'aide de l'indice Kaiser-Meyer-Olkin

MHAVIE	CRDP (6)	CRDI (4)	CSSS (3)	Total
0-4 ans	40	40	60	140
5-13 ans	40	40	60	140
Adulte/Aînée	80	80	120	280

[2] Étant donné que les différentes versions de la MHAVIE sont balisées en fonction de l'âge, des analyses seront également possibles selon les groupes d'âge des participants.

Total	**160**	**160**	**240**	**560**

Les approbations éthiques

Cette étude a obtenu l'approbation finale du comité d'éthique de la recherche (CÉR) de l'Institut de réadaptation en déficience physique de Québec (IRDPQ) (numéro de projet : MP-IRDPQ-11-239) pour projet multicentrique en février 2012. Les comités d'éthique locaux de la recherche conjointe des CRDITED (CÉRC/CRDITED), de ceux de l'Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR) ont également approuvé ce projet de recherche. Enfin, le CÉR de l'IRDPQ a également approuvé la création d'une banque de données de recherche afin de permettre la conservation de données dénominalisées pour des fins de recherches ultérieures.

Collecte de données Temps 1 et Temps 2

La collecte de données s'est réalisée sous la supervision des coordonnateurs locaux et le soutien de l'équipe de recherche. Suite au recrutement des usagers, des intervenants formés ont procédé à la passation de l'outil MHAVIE 4.0. Il est important de mentionner que l'équipe de recherche n'a formulé aucune consigne concernant le moment de passation dans le cours du processus de réadaptation. Ce moment faisant l'objet d'une évaluation dans le cadre de ce projet d'expérimentation, les intervenants ont été libres de choisir le moment qu'ils jugeaient opportun afin de respecter les diverses réalités cliniques en fonction des établissements et des clientèles.

Périodes de formation des intervenants

Pour chacun des sites pilotes, les intervenants identifiés pour participer au projet ont reçu une formation sur l'outil MHAVIE. D'une durée d'une journée, cette formation était donnée par un formateur accrédité et visait à initier les intervenants à la compréhension et l'utilisation de la MHAVIE 4.0 ainsi qu'aux fondements conceptuels de l'outil basé sur le modèle du Processus de production du handicap (PPH). Ce volet théorique de la formation est essentiel afin de distinguer ce qui appartient à la personne (les systèmes organiques, les facteurs identitaires et les aptitudes) et les activités courantes et rôles sociaux qu'elle réalise (les habitudes de vie). Cette distinction est primordiale à la bonne utilisation de l'outil.

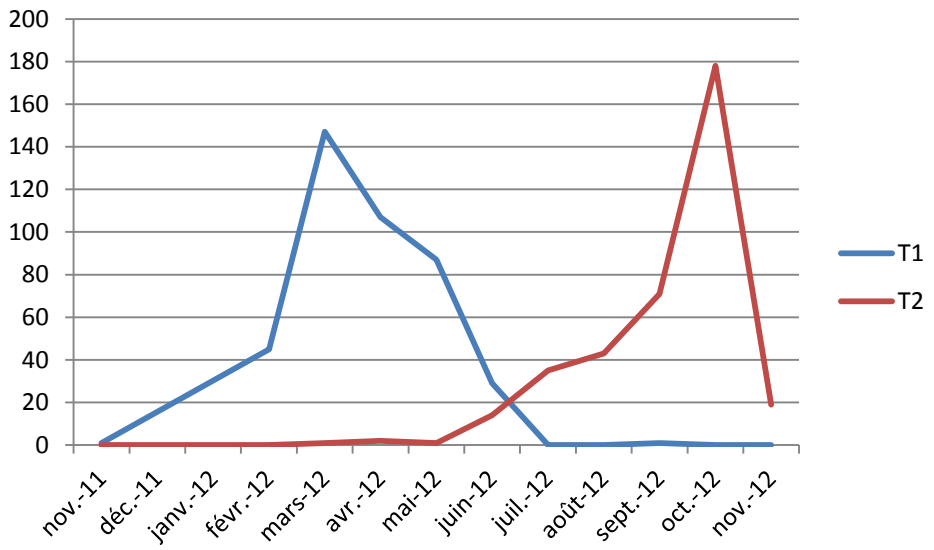
À l'exception de quelques sites ayant reçu la formation précocement, soit à l'automne 2011, l'ensemble des sites a été formé peu avant le premier temps de mesure entre les mois de décembre 2011 et février 2012. Il est à noter que, avant le deuxième temps de mesure, certains sites ont bénéficié d'une seconde formation condensée d'une demi-journée au printemps 2012 afin de pallier de nombreux départs d'intervenants pour cause de maladie, maternité, retraite, etc.

En plus de la formation, des guides d'utilisation adaptés à chacune des versions de l'outil ont été fournis aux sites pilotes en tant que document de référence afin de soutenir les utilisateurs dans la compréhension des énoncés et des consignes de la MHAVIE. Également, les intervenants et les coordonnateurs locaux ont été soutenus par l'équipe de recherche qui a gardé des contacts fréquents avec les sites pilotes afin de répondre aux questions sur l'outil et le projet de recherche et ainsi assurer la cohérence globale de la démarche et l'uniformisation des consignes et lignes directrices formulées. Plusieurs communications ont été retransmises à l'ensemble des sites pilotes afin de les tenir informés de tous nouveaux éléments discutés.

Périodes de collecte T1 et T2

Deux temps de mesure ont été réalisés afin de chercher à cerner une certaine forme de sensibilité au changement de la nouvelle échelle de mesure dans les contextes d'utilisations de services. D'entrée de jeu, l'équipe de recherche a insisté sur la grande prudence qu'il faut conserver à l'égard d'une telle attente et, particulièrement, dans le contexte où se déroule l'expérimentation caractérisée notamment par une diversité de clientèle et une durée déterminée. Dans le respect de l'échéancier du projet, les sites pilotes devaient respecter un délai de 3 à 6 mois entre les deux temps de mesure alors qu'ils avaient jusqu'au 31 mai pour terminer le premier temps et jusqu'au 31 octobre pour le deuxième temps. Dans les faits, quelques sites ont nécessité un délai supplémentaire d'un mois pour pallier des difficultés de recrutement et de mobilité du personnel. Ainsi, le premier temps de mesure s'est déroulé entre les mois de février et juin 2012 alors que le second s'est étiré du mois de juillet à novembre 2012 (Graphique 1).

Graphique 1 - Périodes de passation des questionnaires MHAVIE 4.0 selon le temps de mesure



Journal de bord du coordonnateur local et rencontres de coordination

Dans le souci de bien documenter les conditions d'utilisation de l'outil et son impact sur la pratique clinique, un journal de bord (voir annexe 4) a été distribué aux 13 coordonnateurs locaux. Il avait pour objectif de colliger les observations du coordonnateur local et des intervenants sur le déroulement de l'expérimentation. De plus, trois rencontres de coordination impliquant l'ensemble des coordonnateurs locaux ont eu lieu au cours de l'expérimentation. Ces réunions ont été appréciées parce qu'il s'agissait d'une occasion d'échanger sur les difficultés rencontrées en cours d'expérimentation ou encore de partager des éléments de solution. Ces informations ont été rediscutées lors des groupes de discussion et ont été prises en compte dans le présent rapport. Le journal de bord était structuré en fonction de quatre thèmes, soit :

1. L'utilisation de la MHAVIE dans le contexte de la pratique clinique
2. La compréhension de la MHAVIE lors de la passation

3. Améliorations à apporter à la MHAVIE ou à son utilisation
4. Autres commentaires (intervenants, participants, parents, etc.)

Schémas d'entrevue pour les entrevues individuelles et les groupes de discussion

Les objectifs 1 et 2 consistaient à réaliser des entrevues individuelles avec les gestionnaires des programmes participants au projet ainsi que des groupes de discussion avec les intervenants ayant utilisé la MHAVIE dans le cadre de l'expérimentation. Pour réaliser ces objectifs, deux schémas d'entrevue de type semi-structurée ont été développés.

Le schéma d'entrevue individuelle (annexe 6) visait à documenter, auprès des gestionnaires de programmes, divers aspects de l'implantation et de l'utilisation de la MHAVIE au sein des équipes, dans les programmes et les établissements:

- les enjeux de l'utilisation et de l'implantation de la MHAVIE dans les services de réadaptation
- le moment de passation
- l'intervenant responsable de la passation
- l'utilité de la MHAVIE pour la gestion de programme

Le schéma d'entrevue de groupe (annexe 7) abordait plutôt des aspects de la pratique clinique :

- la participation de l'usager
- la clarté du contenu de l'outil (consignes, énoncés, échelles de cotation, etc.)
- la durée de passation
- l'appréciation des guides d'utilisation et de la formation
- la contribution de l'outil à la pratique clinique (plan d'intervention, équipe multidisciplinaire, etc.)
- les recommandations d'amélioration de l'outil

Pondération des nouvelles échelles

Les modifications apportées à la nouvelle échelle de mesure ont eu pour conséquences d'augmenter les options de réponses, et de ce fait, nécessitaient le développement d'un nouvel algorithme de calcul du niveau de réalisation de la MHAVIE. En effet, l'ajout de sous-échelles précisant l'intensité de l'aide humaine et le niveau de difficulté a diversifié les conditions de réalisation des habitudes de vie passant de 10 à 51. Un comité d'experts a été mis sur pied afin de pondérer ces nouvelles possibilités de réponse et ainsi créer un nouvel algorithme. Ce comité était composé d'utilisateurs expérimentés (chercheurs et cliniciens) ayant une connaissance approfondie de la MHAVIE et de son développement ainsi que de la mesure (Tableau 5). Le comité s'est réuni à trois reprises.

Tableau 5 – Composition du comité d'experts de la MHAVIE pour la pondération de la nouvelle échelle de mesure

Membres du comité	Établissements
Mélanie Levasseur, Professeure adjointe, École de réadaptation	Université de Sherbrooke
Cynthia Gagnon, Professeure adjointe, École de réadaptation	Université de Sherbrooke
Désirée Maltais, Professeure adjointe, Département de réadaptation	Université Laval
Lucie Boissière, Ergothérapeute, Programme des atteintes cérébrales	Institut de réadaptation en déficience physique de Québec (IRDPQ)
Yves Boisvert, Agent de planification, de programmation et de recherche	CRDI-TED Normand-Laramée
Line Beauregard, Chercheure	CIRRIS/IRDPQ
Patrick Fougeyrollas, Directeur de	Institut de réadaptation en déficience

l'enseignement et du soutien scientifique	physique de Québec (IRDPQ)

Saisie des données T1 et T2

Les cahiers d'expérimentation ayant été complétés en version papier, il était nécessaire de saisir les données dans une base de données informatisée pouvant permettre leur traitement statistique. Afin de diminuer le risque d'erreur de saisie, deux mesures ont été appliquées. D'abord, un formulaire électronique a été développé sur une page web non publiée à accès sécurisée et hébergée sur le même serveur que le site internet du CIRRIS, soit celui de la Faculté de médecine de l'Université Laval. Identique au formulaire papier, le formulaire électronique permettait d'effectuer la saisie des données sans confusion ou perte de repère graphique. De plus, quatre assistantes de recherche ont été embauchées, ce qui a permis de valider la saisie par un processus de double vérification, c'est-à-dire qu'elles ont révisé la saisie de chacun des formulaires en équipe de deux. La saisie des données du premier temps de mesure a été réalisée par deux assistantes à temps plein pendant 10 semaines durant l'été 2012 (fin juin à début septembre). Les données du deuxième temps de mesure ont été saisies à l'aide de quatre assistantes à temps partiel pendant 10 semaines sur une période s'échelonnant sur une période allant de la fin octobre 2012 au début du mois de janvier 2013. Durant la saisie, les assistantes de recherche ont documenté les principaux problèmes rencontrés dans un journal de bord.

Analyse des données

L'analyse des données quantitatives s'est faite à partir du logiciel SPSS 21 et visait à répondre aux objectifs 3, 4 et 5. Pour ce faire, les scores totaux des 12 catégories d'habitudes de vie ont été calculés pour les trois versions de l'outil, et ce, à l'aide de la nouvelle pondération déterminée par le comité d'experts. Ces scores par habitudes ont également permis de calculer les scores agrégés de deux sous-groupes, les activités courantes et les rôles sociaux, ainsi que les scores globaux. Puisque la validité de contenu avait déjà été réalisée (l'interprétation, la pertinence et l'exhaustivité des énoncés) par des experts, l'analyse des qualités métrologiques de l'outil consistait à établir la validité de construit, en analysant **(A)** les structures factorielles et **(B)** la cohérence interne. **(C)** De plus, une comparaison a été faite entre la version 4.0 et une estimation de ce qu'auraient été les résultats s'ils avaient été calculés en

fonction de grille de la version originale (3.1)**. (D)** Par la suite, nous avons procédé à l’analyse de validité de la mesure du changement (T1-T2). **(E)** De surcroît, nous avons comparé les distributions en fonction de l’âge des répondants. Ces analyses ont permis de valider la pondération de la nouvelle échelle de mesure de même qu’à évaluer si la nouvelle version de la MHAVIE permettait de la nuancer sans y introduire de nouveaux facteurs.

L’analyse des données qualitatives issues des entrevues individuelles et de groupes a été réalisée à l’aide de deux grilles d’analyse distinctes développées et validées par l’équipe de recherche. Ces grilles (voir annexes 8 et 9) ont été conçues à partir des thèmes à documenter contenus dans les schémas d’entrevue. Une analyse thématique des entrevues, basée sur des notes manuscrites prises lors des entrevues ainsi que sur les enregistrements audionumériques, a permis une analyse verticale (en fonction des sites pilotes et types d’établissement) et horizontale (en fonction des thématiques abordées). Seuls les thèmes atteignant une certaine saturation des données, c’est-à-dire mentionnés au moins une fois par la majorité des sites regroupés par contexte (CRDP, CRDITED, CSSS), sont présentés dans ce rapport.

Présentation des résultats

Cette section présente d'abord les taux de participation sociale et les principales caractéristiques des participants à l'expérimentation de la MHAVIE en sites-pilotes. D'abord, il est intéressant de noter que les taux de participation aux deux temps sont relativement élevés avec respectivement 76% et 88% de l'échantillon visé (tableaux 6 et 7). La faible attrition des participants entre le temps 1 et le temps 2 est particulièrement intéressante à noter pour ce type d'étude, et surtout, dans des contextes de déroulement qui sont relativement différents les uns des autres. Il faut rappeler qu'il s'agit de personnes qui utilisaient des services de réadaptation ou des services de première ligne dispensés par les CSSS. Nous observons que le recrutement a été plus difficile pour certains groupes d'âge et contextes comme les enfants et adolescents en CDRI-TED et en CSSS. Par contre, du côté des CRDP, le nombre de participants a dépassé l'échantillonnage visé initialement dans le projet.

Tableau 6 - Répartition du nombre de participants selon les versions de la MHAVIE et l'échantillonnage visé pour chacun des contextes d'intervention au temps 1, 2012

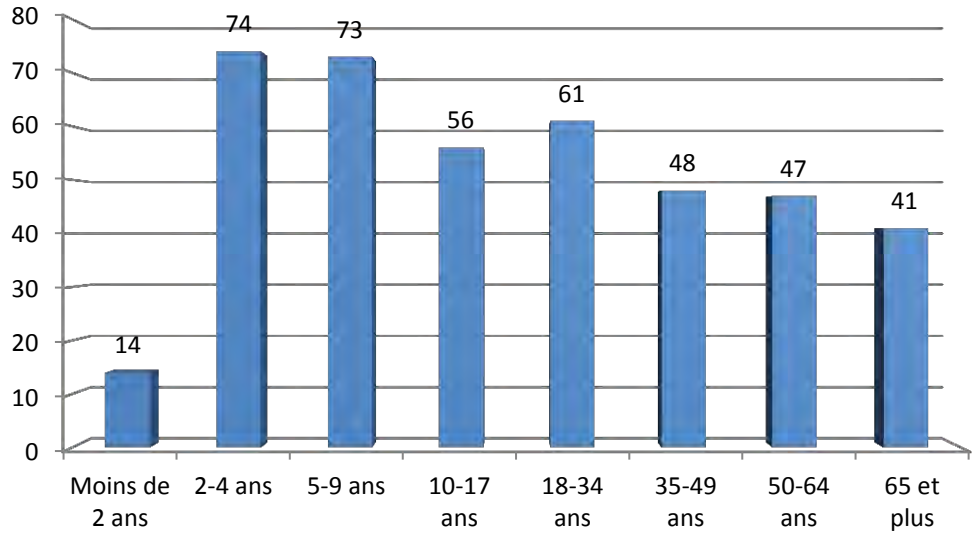
MHAVIE	CRDP (6)	CRDI (4)	CSSS (3)	Total
0-4ans	44/40 (110%)	29/40 (73%)	25/60 (42%)	98/140 (70%)
5-13ans	42/40 (105%)	27/40 (68%)	23/60 (38%)	92/140 (66%)
Adulte/aînée	88/80 (110%)	64/80 (80%)	82/120 (68%)	234/280 (84%)
Total	174/160 (109%)	120/160 (75%)	130/240 (54%)	424/560 (76%)

Tableau 7 - Répartition du nombre de participants selon les versions de la MHAVIE et le nombre de participants au temps 2 pour chacun des contextes d'intervention en comparaison au temps 1, 2012

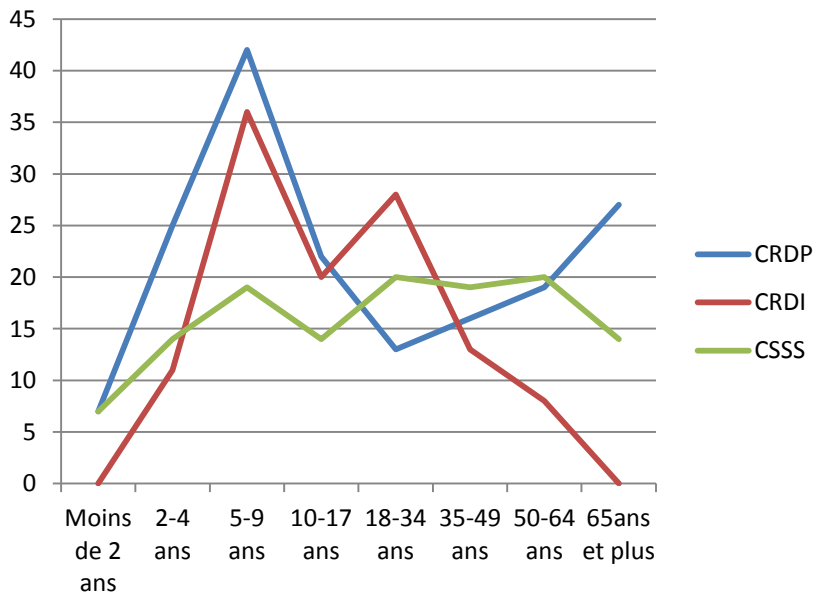
MHAVIE	CRDP (6)	CRDI (4)	CSSS (3)	Total
0-4ans	42/44 (95%)	28/29 (97%)	23/25 (92%)	93/98 (95%)
5-13ans	39/42 (93%)	20/27 (74%)	25/23 (109%)	84/92 (91%)
Adulte/aînée	67/88 (76%)	54/64 (84%)	73/82 (88%)	194/234 (83%)
Total	148/174 (85%)	102/120 (85%)	121/130 (93%)	371/424 (88%)

Les graphiques suivants révèlent certaines caractéristiques intéressantes à l'égard des participants. Outre le fait que la proportion des hommes soit légèrement supérieure (graphique 4), on observe une répartition assez continue entre les différents groupes d'âge avec un léger pic entre l'âge de 2 et 9 ans (graphique 2). Plus de la moitié des participants sont âgés de moins de 35 ans et on note une moyenne d'âge globale de 27 ans. Le plus jeune participant avait 3 mois alors que le plus âgé avait 92 ans. Il est intéressant de noter que les participants sont plus âgés du côté des CRDP et plus jeunes dans les CRDI qui ont été sites-pilotes selon le graphique 3. De même, nous observons que les principales catégories de déficiences sont représentées dans l'échantillon global des participants (graphiques 5 et 6).

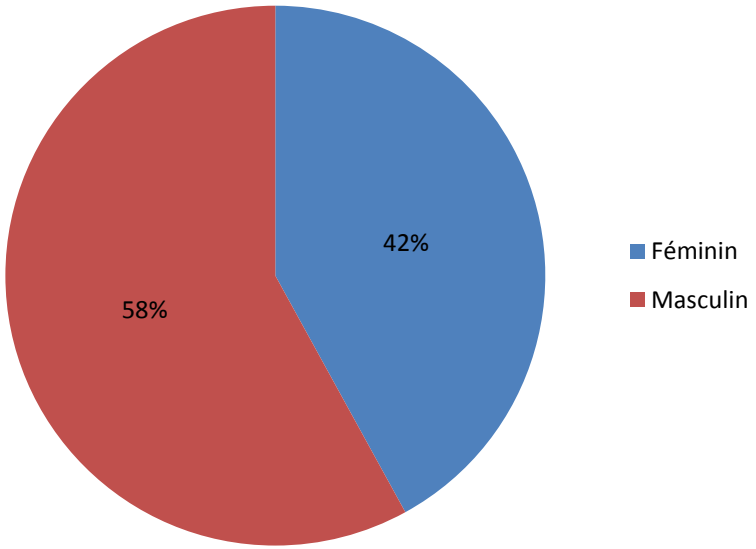
Graphique 2 - Répartition du nombre de participants à l'expérimentation selon les groupes d'âge, 2012



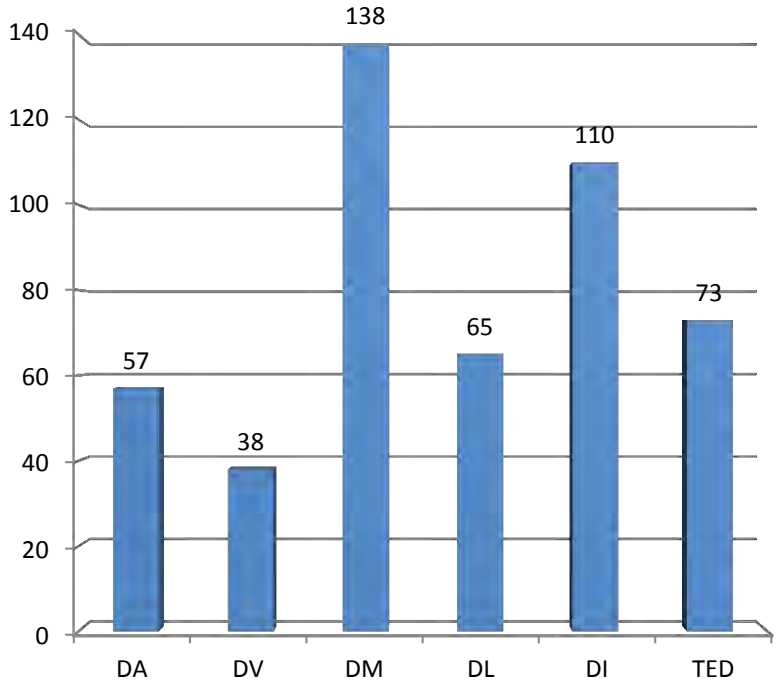
Graphique 3 - Répartition du nombre de participants à l'expérimentation selon les groupes d'âge et les contextes d'intervention, 2012



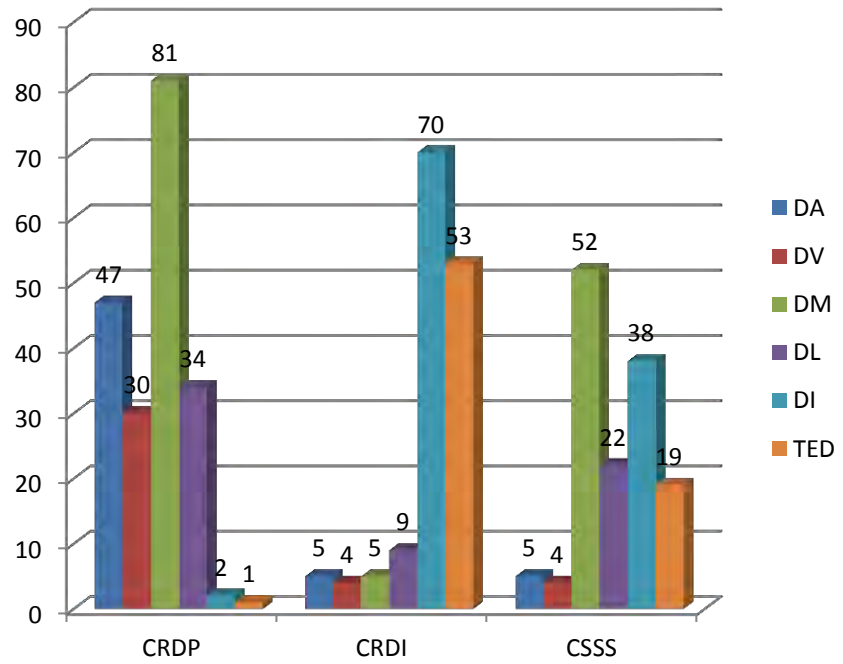
Graphique 4 - Répartition des participants à l'expérimentation selon le sexe, 2012



Graphique 5 - Répartition des participants à l'expérimentation selon le type de déficience, 2012



Graphique 6 - Répartition des participants à l'expérimentation selon le type de déficience et d'établissement, 2012



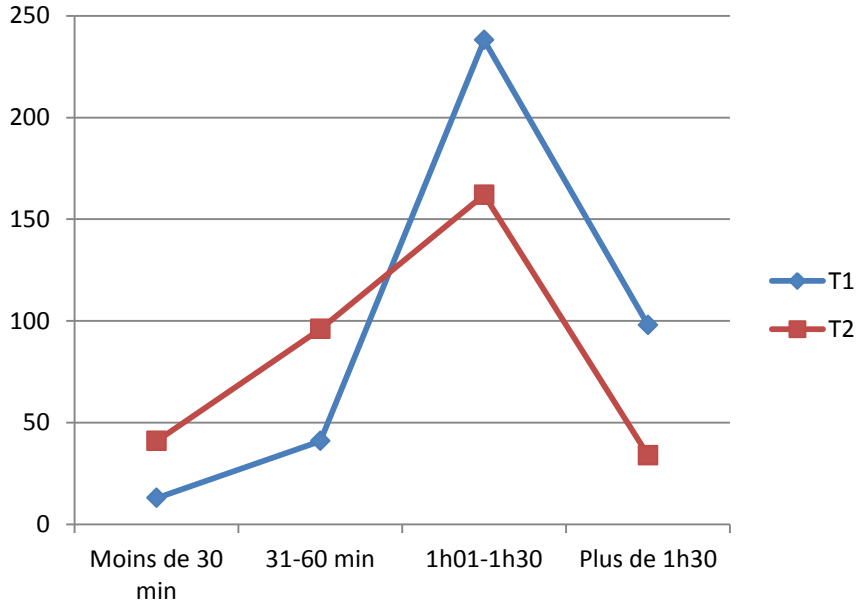
Déroulement de l'expérimentation dans les sites pilotes selon certaines caractéristiques

Outre les différentes versions de la MHAVIE, plusieurs autres points faisaient l'objet d'une attention particulière lors de cette expérimentation de la part de l'équipe de recherche. Au premier chef, la durée de passation est toujours un élément sensible tant dans un contexte d'intervention clinique que de recherche. Les durées qui sont illustrées au graphique 7 rendent compte d'une nette diminution entre le temps 1 et le temps 2 dans la complétion du questionnaire. Dans le présent contexte, il faut préciser que les participants devaient compléter deux formulaires de consentement soit le premier pour participer à l'expérimentation alors que le second était lié à la création d'une banque de données sur la participation sociale. Les intervenants ont mentionné, pour une majorité d'entre eux lors des groupes de discussion, que la passation de la MHAVIE a été nettement plus facile au temps 2 avec une meilleure connaissance de l'instrument, et ce, tant pour l'usager que l'intervenant lui-même. La question a aussi été posée et cette réduction de la durée de passation n'est pas uniquement attribuable à l'absence de formulaire de consentement. Un autre point pourrait-on dire névralgique de l'utilisation de la MHAVIE, en contexte de réadaptation et compte tenu d' une préoccupation à l'égard d'une mesure de résultats, le moment de passation est également à considérer. Les résultats du graphique 8 indiquent que la majorité des participants ont complété la MHAVIE en cours de réadaptation tant au temps 1 qu'à la seconde passation. Lors des groupes de discussion, les échanges nous ont permis de constater qu'il existe plusieurs différences selon les programmes et les clientèles. Des recommandations sont d'ailleurs formulées à cet égard à la fin du présent rapport.

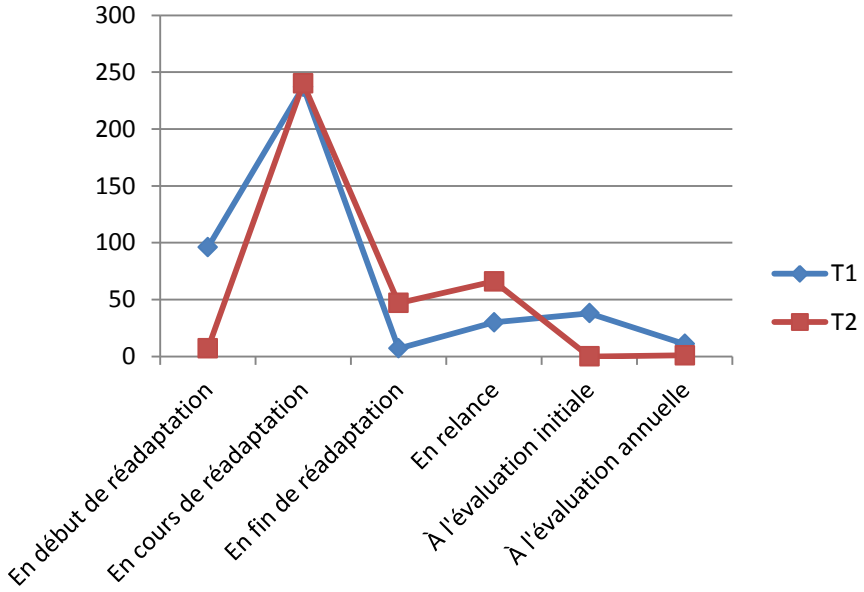
Dans la dernière partie de cette section, on observe aux graphiques 9 et 10 les résultats relatifs à deux variables soit le temps écoulé entre les deux prises de mesure et l'intervieweur. Ces points sont importants, car il s'agit de deux consignes qui ont été, pour ainsi dire, imposées afin de baliser le processus de collecte de données dans les 13 établissements et réalisées par plus de 80 intervenants qui ont fait passer la MHAVIE. La présence de deux temps de mesure visait essentiellement à explorer la possibilité d'observer un changement entre les deux tel que formulé dans les objectifs de l'expérimentation. Ainsi en regard du temps écoulé, la consigne était d'un minimum de trois mois et d'un maximum de six mois, limite imposée essentiellement par la durée du projet. On note que pour la majorité, cet intervalle se situe précisément entre trois et six mois. Il est impératif de préciser ici que pour certaines clientèles notamment celles ayant des problèmes cognitifs ou intellectuels, le temps écoulé ne permet pas de déceler un changement entre les deux temps de mesure alors que pour d'autres, c'est possible. Il faut demeurer prudent avec cette notion de changement, car le changement observé entre les deux temps de mesure ne peut être considéré comme significatif et surtout raisonnablement attendu au cours de cette période en raison notamment du nombre important de variables à contrôler. À l'égard

de la seconde consigne, il faut souligner que la MHAVIE a été conçue pour être complétée de trois manières différentes dont notamment l'auto-administration selon les capacités de la personne. Dans le cadre de l'expérimentation, la MHAVIE devait être complétée par le même intervenant aux deux temps de mesure, ce qui a été le cas pour la majorité des participants comme illustré au graphique 10, et ce, en dépit des nombreux changements de personnel qui se sont produits en cours d'expérimentation. Cette consigne visait essentiellement à s'assurer de la qualité de la collecte dans des contextes bien différents les uns des autres et de respecter le temps alloué.

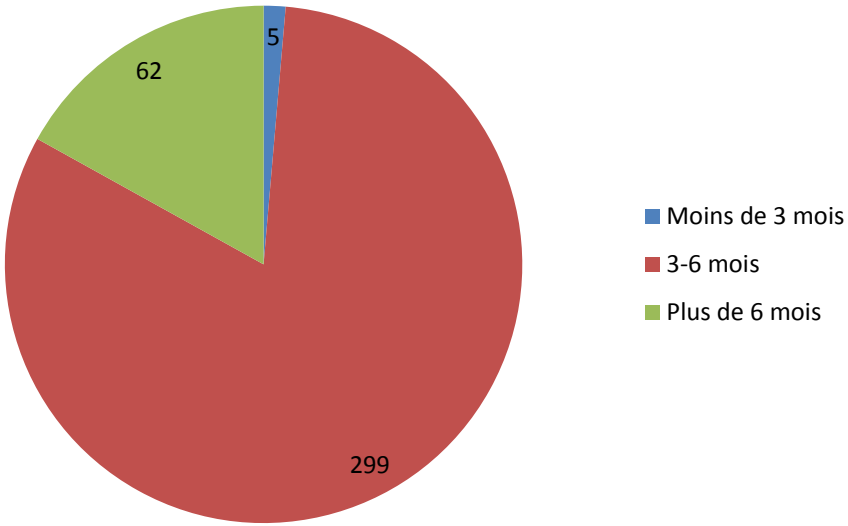
Graphique 7 - Comparaison de la durée de passation de la MHAVIE entre le premier temps et le second temps de mesure, 2012



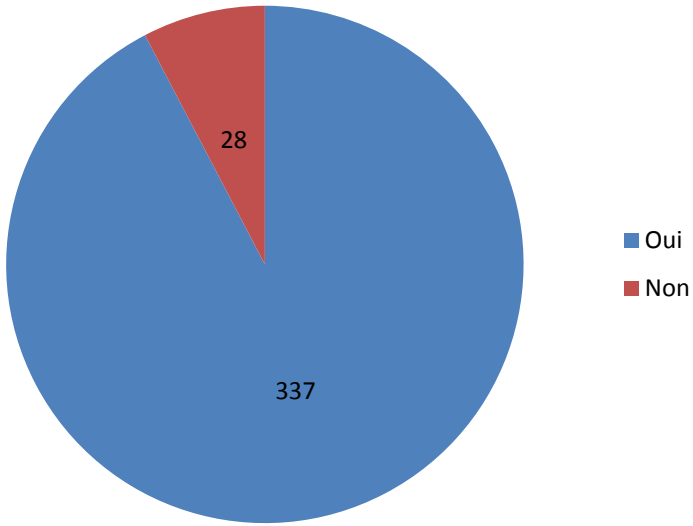
Graphique 8 - Répartition des participants selon le moment de passation de la MHAVIE dans le processus d'intervention, 2012



Graphique 9 - Répartition des participants à l'expérimentation selon le temps écoulé entre les deux temps de mesure, 2012



Graphique 10 - Répartition du nombre de participants à l'expérimentation avec le même intervenant aux deux temps de mesure, 2012



Développement de l'algorithme d'une nouvelle échelle de mesure

Les travaux de recherche importants, auxquels nous avons fait référence en introduction, ont conduit précisément à une révision complète de l'algorithme permettant de calculer un score de réalisation des habitudes de vie à partir du questionnaire de la MHAVIE. En cherchant à améliorer tant la compréhension que la complétion de manière générale de l'outil, des guides d'utilisateur ont été élaborés pour chacune des versions. Des modifications ont aussi été apportées à la composition même de l'outil comme la mesure de l'aide humaine requise et le niveau de difficulté rencontrée par la personne pour réaliser l'habitude de vie. L'appréciation

tant de l'aide que de la difficulté passe ainsi d'un mode binaire à une approche graduée respectivement selon 4 et 3 niveaux; l'ajout de ces précisions vient accroître le nombre de combinaisons possibles des différentes composantes dans le calcul du niveau de réalisation. Un Comité d'experts de la MHAVIE a été constitué afin d'établir les pondérateurs des différentes composantes de l'échelle. Ces experts ont été choisis sur la base de leur connaissance et de leur utilisation de la MHAVIE. Au total, les membres du comité se sont réunis à 3 reprises afin de discuter des différents scénarios développés par l'équipe de recherche. Parmi les éléments discutés, il faut souligner la séparation de l'aide technique et de l'aménagement et surtout de l'attribution d'une pondération similaire pour chacun des éléments contrairement à la version précédente. Il a également été décidé que la pondération de ces deux éléments ne varierait pas en fonction soit du niveau de difficulté ou encore de celui de l'aide humaine requise. Ce dernier point est excessivement important pour une mesure de la participation sociale qui ne pénalise pas l'utilisation d'une aide technique ou encore le besoin d'un aménagement par la personne, car sans l'apport de ces deux dimensions l'habitude de vie ne serait sans doute pas réalisée. La version finale de la pondération de l'échelle de mesure (représentée au tableau 9) a été validée à l'aide des données recueillies dans le cadre du présent projet d'expérimentation dont les résultats sont présentés dans les prochaines sections. Le calcul et l'illustration du niveau croissant de réalisation se font toujours sur une échelle allant de 0 à 9 pour chacun des items qui composent la grande catégorie et de 0 à 10 pour le score global permettant ainsi d'inscrire cette nouvelle version en continuité avec la précédente en plus d'en faciliter tant la compréhension que l'utilisation. Pour le moment, cette échelle ne peut être représentée visuellement comme la précédente (représentée au tableau 8), la formule de calcul étant plus complexe celle-ci se fait à l'aide d'un logiciel de chiffrier électronique comme Excel. Ces mêmes données nous ont aussi permis de déterminer les qualités métrologiques de chacun des items des catégories d'habitudes de vie et des différentes versions de l'outil. D'ailleurs, les analyses révèlent aussi une excellente compatibilité de la nouvelle version en expérimentation avec la version antérieure (annexe 3). Ce point rend bien compte de l'objectif sous-jacent aux modifications apportées à la MHAVIE qui ne visaient pas à produire un nouvel outil, mais à procéder à son amélioration et bonification. Ces résultats sont présentés dans la prochaine section.

Tableau 8 - Échelle de mesure de la réalisation des habitudes de vie des versions antérieures de la MHAVIE

Niveau de réalisation	Score
Réalisée sans difficulté Sans aide	9
Réalisée sans difficulté Avec aide technique (ou aménagement)	8
Réalisée avec difficulté Sans aide	7
Réalisée avec difficulté Avec aide technique (ou aménagement)	6
Réalisée sans difficulté Avec aide humaine	5
Réalisée sans difficulté Avec aide technique (ou aménagement) et aide humaine	4
Réalisée avec difficulté Avec aide humaine	3
Réalisée avec difficulté Avec aide technique (ou aménagement) et aide humaine	2
Réalisée par substitution	1
Non réalisée	0

Tableau 9 - Échelle de mesure de la réalisation des habitudes de vie des versions actualisées de la MHAVIE 4.0

	Aide humaine				Aide technique	Aménagement
	Sans aide	Légère	Importante	Complète		
Sans ou avec peu de difficulté	0	2	4	7	3	5
Avec une certaine difficulté	2	3	6	9	3	5
Avec beaucoup de difficulté	5	6	7	10	3	5
Non réalisé	20					

Pour un item, le score brut est l'addition des volets aides humaines, techniques et aménagement pour un maximum de 18. Le score de l'habitude de vie est ultérieurement ramené entre 0 et 9 alors que le score total entre 0 et 10. De même ils ont opté pour un score maximal de 20 pour la non-réalisation alors que le score maximal est de 18 lorsque l'habitude de vie est réalisée. Cette décision repose tant sur des raisons d'analyses statistiques (qualité des distributions) que d'experts où la non-réalisation de l'habitude de vie en raison d'incapacité trop importante ou d'obstacles trop importants est généralement considérée comme la situation la plus difficile vécue par la personne.

Nous attirons votre attention sur un point important discuté par les experts. Il aurait été possible de nuancer les scores d'aides techniques et aménagement en fonction de la difficulté. Les experts n'ont pas jugé appropriés de le faire principalement d'abord parce que l'aide technique ou encore l'aménagement est directement rattaché à l'habitude de vie et à un autre niveau, il est très difficile de départager entre les types d'aides techniques ainsi qu'entre les différents aménagements possibles.

Tout comme avec la version 3.1 le niveau de satisfaction exprimé par le répondant n'est pas inclus dans l'établissement du score global dans cette nouvelle version. Cette décision repose sur le fait le nouveau calcul ajoute déjà beaucoup de complexité et que l'ajout de la satisfaction aurait été un changement trop majeur pour être validé dans la présente démarche d'expérimentation. À lui seul, le niveau de satisfaction est une mesure importante notamment dans utilisation clinique alors que son intégration dans le score global l'aurait fait disparaître cette information.

Les propriétés métrologiques de la MHAVIE 4.0 : A) structure factorielle et B) Cohérence interne

La validation des échelles de mesure implique obligatoirement le recours à l'analyse factorielle (analyse en composantes principales). Dans ce type d'analyse, l'indice de Kaiser-Meyer-Olkin ($0 \leq KMO \leq 1$) procure une estimation de la représentativité des échantillons. Sans un indice égal à 0,7 ou mieux, la taille de l'échantillon ne permet pas d'obtenir des matrices de saturation suffisamment stables pour assurer que des résultats identiques seraient obtenus si l'expérimentation était répétée (Durand, 2005). C'est cependant un minimum. Le calcul du KMO à partir des données recueillies révèle un bon indice autour de 0,8 pour la majorité des habitudes comme illustré au tableau 10. Sur ce point, nous avons atteint l'objectif que nous avions fixé dans le devis. Pour le développement de questionnaires, une estimation réaliste situe plutôt l'indice KMO minimal aux environs de 0,8.

À cela s'ajoute le pourcentage de variance expliquée par le premier facteur de la catégorie d'habitude de vie qui oscille autour de 50% pour la majorité d'entre eux tel qu'illustré aussi au tableau 10. Les « Eigenvalues » sur les cinq premiers facteurs reflètent aussi la même tendance avec un niveau élevé sur le premier facteur et qui décroit de manière appréciable dès le second facteur. Elles expriment ainsi la variation expliquée par chaque facteur. Par catégories, le tableau 11 illustre les saturations sur le premier facteur pour chacune des habitudes de vie (items). Une saturation supérieure à 0,30 indique une contribution appréciable au score global de la catégorie (Durand, 2005). Les items en rouge soulèvent certaines interrogations quant à leur pertinence relative avec la catégorie d'habitude ou plutôt la dimension de l'habitude vie représentée. Ces interrogations attirent ici notre attention sans toutefois justifier le retrait de ces items pour différentes raisons. **1)** La plupart de ces items étaient déjà présents dans la version antérieure de la MHAVIE. Certains utilisateurs de la MHAVIE ont besoin des réponses item par item pour leur travail; il serait alors préjudiciable de

les enlever. **2)** Certains items visent à mesurer certains comportements rares qui créent un peu de distorsion statistique, mais apportent une information essentielle à l'évaluation de l'habitude de vie. Nous les conservons pour des raisons d'exhaustivité.

Il est à noter que pour certaines catégories d'habitudes de vie identifiées en jaune dans le tableau 11 que l'indice KMO est nettement plus bas. De plus pour la catégorie vie associative et spirituelle, la matrice de corrélation s'est avérée singulière probablement en raison du faible nombre d'items qui s'appliquent. Dans ce cas, les résultats statistiques ne peuvent pas être calculés. Pour les catégories d'habitudes de vie dont les items sont rarement endossés, ce phénomène est observé tout au long des différentes analyses statistiques réalisées dans ce rapport; ce qui n'est pas surprenant dans la mesure où la majorité des participants étaient dans un contexte de réadaptation. Il y a un point qui est excessivement important à considérer, et qui a d'ailleurs été déterminant dans la décision de l'équipe de ne retirer aucun item, et ce, même lorsqu'ils présentaient parfois certaines difficultés sur le plan des analyses statistiques, soit le fondement normatif et conceptuel sur lequel repose chacune des habitudes de vie. Une habitude de vie est une réalité construite socialement qui comporte une multitude de dimensions qui peuvent ne pas s'appliquer selon les contextes ou les projets des personnes. Dans certains cas, il s'agit d'items que l'on peut considérer comme étant rares à l'instar de ceux de la vie associative et spirituelle qui semblent correspondre peu à la réalité des participants à l'expérimentation. Il s'agit d'activités comme participer à titre de membre à des associations sportives, étudiantes, partis politiques ou encore à des groupes sociaux. Au plan statistique, cette catégorie d'habitudes de vie obtient malheureusement des résultats peu probants dans toutes les analyses pour ces mêmes raisons. Pour le reste des analyses statistiques, la version 4.0 présente de bonnes propriétés métrologiques comme nous l'illustrerons dans les prochaines sections.

À cet égard, le tableau 12 illustre l'alpha de Cronbach pour chacune des catégories d'habitudes de vie et cela même en retirant certains items potentiellement interférents, les résultats demeurent relativement bons pour l'ensemble avec 0,8. Les items en vert correspondent à ceux que nous ne pouvons absolument pas retirer de la catégorie sans affecter sérieusement sa qualité. Cet aspect peut s'avérer utile notamment lorsque l'on cherche à faire des versions abrégées et qu'il faut choisir des items. Pour l'habitude de vie « Condition physique et bien-être psychologique », le calcul de l'Apha ne ferait aucun sens avec un aussi petit nombre d'items comme illustré en rose. Les résultats des analyses de la cohérence interne réalisées selon la procédure du calcul des corrélations d'un item versus le reste des items présentés au tableau 13 rendent compte de la présence de certaines difficultés qui sont illustrées

par des scores plus bas principalement pour les mêmes catégories d’habitudes de vie comme « Vie associative et spirituelle » alors que pour certains items comme les deux derniers relatifs au « Déplacement », il n’y a pas vraiment d’éléments d’explication qui s’imposent outre la rareté d’endossement; on réfère ici aux items liés à l’utilisation des moyens de transport à titre de passager et de conducteur. Il ne s’agit pas non plus de nouveaux items qui ont été ajoutés dans le processus de révision de la MHAVIE 3.1. Ce type d’analyse nous informe relativement bien sur la dynamique interne de chacune des catégories d’habitude de vie où parfois un seul facteur peut expliquer une partie importante de la variation du score global. Il faut souligner ici que l’alpha de Cronbach demeure relativement élevé pour chacun des items qui composent cette habitude de vie avec un score qui se situe à 0,9, ce qui est même élevé (Tableau 13).

Tableau 10 - Présentation des Eigenvalues selon les catégories d'habitudes de vie

N items		KMO	F1	F1	F2	F3	F4	F5
9	MHAVIE (4.0) Communications	0,844	50,0%	4,50	1,46	0,75	0,64	0,49
13	MHAVIE (4.0) Déplacements	0,888	56,2%	7,31	1,10	0,99	0,75	0,66
7	MHAVIE (4.0) Nutrition	0,772	46,4%	3,25	1,13	0,79	0,62	0,55
5	MHAVIE (4.0) Condition physique et bien-être psychologique	0,622	38,7%	1,94	1,14	0,76	0,71	0,45
8	MHAVIE (4.0) Soins personnels et de santé	0,856	55,5%	4,44	1,03	0,80	0,52	0,46
8	MHAVIE (4.0) Habitation	0,821	52,3%	4,18	1,13	0,74	0,61	0,48
9	MHAVIE (4.0) Responsabilités	0,476	42,4%	3,82	1,46	0,97	0,69	0,64
7	MHAVIE (4.0) Relations interpersonnelles	0,796	48,0%	3,36	1,06	0,78	0,60	0,49
8	MHAVIE (4.0) Vie associative et spirituelle	La matrice des corrélations n'est pas définie positive.						
6	MHAVIE (4.0) Éducation	0,809	51,8%	3,11	1,03	0,61	0,49	0,42
8	MHAVIE (4.0) Travail	0,545	37,0%	2,96	1,63	1,18	0,89	0,66
8	MHAVIE (4.0) Loisirs	0,811	47,3%	3,79	1,05	0,88	0,63	0,60

Tableau 11 - Calcul de la saturation sur le premier facteur

Item 01	Item 02	Item 03	Item 04	Item 05	Item 06	Item 07	Item 08	Item 09	Item 10	Item 11	Item 12	Item 13
0,723	0,714	0,822	0,693	0,564	0,643	0,767	0,729	0,677				
0,845	0,797	0,873	0,902	0,788	0,848	0,676	0,726	0,796	0,855	0,608	0,063	0,569
0,599	0,606	0,782	0,689	0,642	0,706	0,725						
0,630	0,022	0,806	0,753	0,566								
0,872	0,828	0,823	0,832	0,806	0,509	0,576	0,621					
0,545	0,686	0,833	0,708	0,757	0,800	0,786	0,624					
0,623	0,620	0,656	0,655	0,719	0,700	0,577	0,844	0,363				
0,787	0,533	0,693	0,685	0,759	0,694	0,670						

0,672	0,633	0,813	0,777	0,605	0,790		
0,611	0,708	0,460	0,434	0,819	0,289	0,437	0,859
0,659	0,657	0,620	0,592	0,746	0,780	0,769	0,656

Tableau 12 - Calcul de l'Alpha de Cronbach après avoir retiré le premier item

N items			N	Item 01	Item 02	Item 03	Item 04	Item 05	Item 06	Item 07	Item 08	Item 09	Item 10	Item 11	Item 12	Item 13
9	MHAVIE (4.0) Communications	0,857	148	0,848	0,844	0,830	0,840	0,860	0,838	0,835	0,842	0,841				
	Items 5 et 8 enlevés	0,845	216	0,827	0,820	0,802	0,837		0,831	0,815		0,828				
13	MHAVIE (4.0) Déplacements	0,901	75	0,888	0,892	0,887	0,885	0,891	0,883	0,890	0,888	0,889	0,888	0,904	0,926	0,903
	Items 7, 8 , 9, 11 et 12 enlevés	0,933	204	0,922	0,929	0,918	0,914	0,926	0,921				0,921			0,940
7	MHAVIE (4.0) Nutrition	0,795	145	0,777	0,776	0,739	0,763	0,786	0,777	0,754						
	Items 1, 2, 4 et 7 enlevés	0,654	219			0,626		0,586	**0,451**							
5	MHAVIE (4.0) Condition physique et bien-être psychologique	0,575	151	0,513	0,629	**0,389**	**0,427**	0,548								
	Items 3, 4 et 5 enlevés	0,182	230													
8	MHAVIE (4.0) Soins personnels et de santé	0,887	155	0,856	0,865	0,866	0,863	0,862	0,892	0,888	0,883					
	Item 6 enlevé	0,883	217	0,848	0,861	0,856	0,856	0,861		0,895	0,884					
8	MHAVIE (4.0) Habitation	0,886	79	0,895	0,872	0,861	0,870	0,867	0,865	0,858	0,882					
	Items 1, 2, 4 et 6 enlevés	0,818	177			0,741		0,782		0,733	0,822					
9	MHAVIE (4.0) Responsabilités	0,875	17	0,856	0,865	0,861	0,854	0,865	0,848	0,890	0,841	0,869				
	Items 2, 6, 8 et 9 enlevés	0,695	196	0,608		0,671	0,634	0,619		0,691						
7	MHAVIE (4.0) Relations interpersonnelles	0,808	34	0,734	0,841	0,778	0,783	0,764	0,739	0,811						
	Items 1, 6 et 7 enlevés	0,745	185		0,750	0,656	0,648	0,676								
8	MHAVIE (4.0) Vie associative et spirituelle	0,404	18	0,428	0,374	**0,151**	0,344		0,564	**0,107**	0,430					
	Items 1, 4 et 5 enlevés	0,423	25		**0,310**	**0,330**			0,599	**0,105**	0,380					
6	MHAVIE (4.0) Éducation	0,784	26	0,780	0,791	0,721	0,706	0,764	0,738							
	Items 2, 3 et 5 enlevés	0,684	58	0,671			**0,471**		0,643							
8	MHAVIE (4.0) Travail	0,735	10	0,673	0,662	0,590	0,796	0,678	0,811		**0,576**					
	Items 2, 4, 5 et 7 enlevés	0,563	25	0,474		**0,413**			0,627		**0,374**					
8	MHAVIE (4.0) Loisirs	0,836	62	0,823	0,806	0,832	0,832	0,797	0,804	0,815	0,822					
	Items 1, 2, 5 et 6 enlevés	0,639	68			0,601	0,652			**0,481**	0,534					

Tableau 13 - Présentation des corrélations d'un item versus le reste des items selon les catégories d'habitudes de vie

9	MHAVIE (4.0) Communications	0,625	0,565	0,707	0,603	0,523	0,623	0,695	0,598	0,648				
	Items 5 et 8 enlevés	0,652	0,619	0,727	0,550		0,562	0,661		0,578				
13	MHAVIE (4.0) Déplacements	0,823	0,756	0,826	0,857	0,668	0,860	0,693	0,733	0,700	0,854	0,574	0,021	0,342
	Items 7, 8 , 9, 11 et 12 enlevés	0,812	0,737	0,841	0,895	0,755	0,831				0,815	0,529		
7	MHAVIE (4.0) Nutrition	0,495	0,480	0,673	0,559	0,501	0,476	0,595						
	Items 1, 2, 4 et 7 enlevés			0,457		0,545	0,536							
5	MHAVIE (4.0) Condition physique et bien-être psychologique	0,404	-0,020	0,516	0,470	0,303								
	Items 3, 4 et 5 enlevés	0,107	0,107											
8	MHAVIE (4.0) Soins personnels et de santé	0,807	0,736	0,720	0,759	0,771	0,433	0,503	0,553					
	Item 6 enlevé	0,808	0,722	0,750	0,765	0,718		0,469	0,526					
8	MHAVIE (4.0) Habitation	0,436	0,649	0,766	0,670	0,701	0,718	0,793	0,550					
	Items 1, 2, 4 et 6 enlevés			0,709		0,633		0,721	0,521					
9	MHAVIE (4.0) Responsabilités	0,717	0,624	0,639	0,759	0,792	0,760	0,218	0,813	0,537				
	Items 2, 6, 8 et 9 enlevés	0,531		0,472	0,514	0,534		0,324						
7	MHAVIE (4.0) Relations interpersonnelles	0,777	0,014	0,579	0,553	0,649	0,755	0,443						
	Items 1, 6 et 7 enlevés		0,412	0,592	0,605	0,558								
8	MHAVIE (4.0) Vie associative et spirituelle	0,021	0,167	0,530	0,262		-0,189	0,561	0,088					
	Items 1, 4 et 5 enlevés		0,306	0,275			-0,117	0,532	0,207					
6	MHAVIE (4.0) Éducation	0,398	0,388	0,650	0,786	0,485	0,588							
	Items 2, 3 et 5 enlevés	0,430			0,649		0,504							
8	MHAVIE (4.0) Travail	0,563	0,653	0,819	-0,089	0,582	-0,287		0,857					
	Items 2, 4, 5 et 7 enlevés	0,368		0,436			0,118		0,469					
8	MHAVIE (4.0) Loisirs	0,514	0,646	0,452	0,445	0,709	0,673	0,579	0,520					
	Items 1, 2, 5 et 6 enlevés			0,377	0,300			0,546	0,469					

Résultats portant sur la participation sociale des participants selon les différents groupes d'âge. Volets C) et D).

Dans cette section, les résultats de l'expérimentation de la MHAVIE 4.0 sont présentés en s'appuyant sur différents types d'analyses qui permettent de mettre en relief des particularités susceptibles d'attirer l'attention à l'égard des caractéristiques des données. Pour chacune des analyses statistiques, les résultats sont présentés pour l'ensemble des habitudes de vie (Score global), les activités courantes, les rôles sociaux (sous-échelles) et par grandes catégories d'habitudes de vie. Pour chacune des trois catégories d'âge et ce aux deux temps de mesure. D'abord, les résultats sont présentés sous la forme de courbes de fréquences cumulées ainsi que le niveau de satisfaction à titre indicatif. Par la suite, les résultats sont présentés en comparaison des deux temps de mesure et enfin les données sont présentées selon l'âge afin d'illustrer son utilisation potentielle dans une perspective de suivi longitudinal.

Les distributions cumulées

L'intérêt de recourir à l'utilisation de fréquences cumulées réside dans une présentation des données qui permet d'identifier et de distinguer des groupes de participants selon leur positionnement par rapport à des points d'intérêts différents selon les lecteurs. On calcule généralement une distribution de fréquences en fonction par exemple des différents effectifs d'un groupe par rapport à l'ensemble de l'effectif[3]. En d'autres mots, la distribution cumulée permet d'observer la fréquence donnée à l'intérieur d'un intervalle donné alors que le tableau fréquences brutes permet plus difficilement de voir une tendance qui s'accumule au travers des catégories. Ainsi l'utilisation de cette technique ou méthode permet d'identifier pour l'habitude de vie « Loisirs » la proportion chez les participants adultes se situant soit en de ça ou égale à un certain niveau de réalisation. Par exemple, on note que pour cette habitude de vie que 50% des adultes ont un niveau de réalisation soit inférieur ou égal à 6, 5 selon l'échelle de réalisation au temps 1 et qu'il y a peu de variations au temps 2 (Graphique 25). L'approche utilisée ici est une distribution de fréquences cumulées croissante alors que les distributions de fréquences brutes se retrouvent à l'annexe 1. En termes généraux, on observe que les courbes de fréquences sont généralement assez bonnes pour l'ensemble des habitudes de vie à l'exception de « Vie associative et spirituelle » et « Travail » pour les raisons susmentionnées. On note aussi que la réalisation des rôles sociaux est généralement plus difficile que celle des activités courantes chez les participants qui étaient des utilisateurs des services du réseau de la santé et des services sociaux. Également, la présence d'un effet plafond qui pourrait être

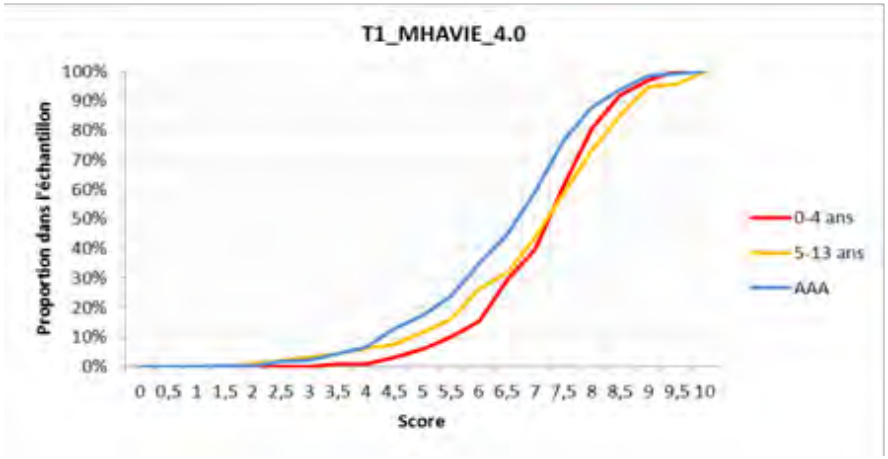
[3] Pour plus d'information sur les fréquences cumulées : http://www.statcan.gc.ca/edu/power-pouvoir/ch10/5214862-fra.htm

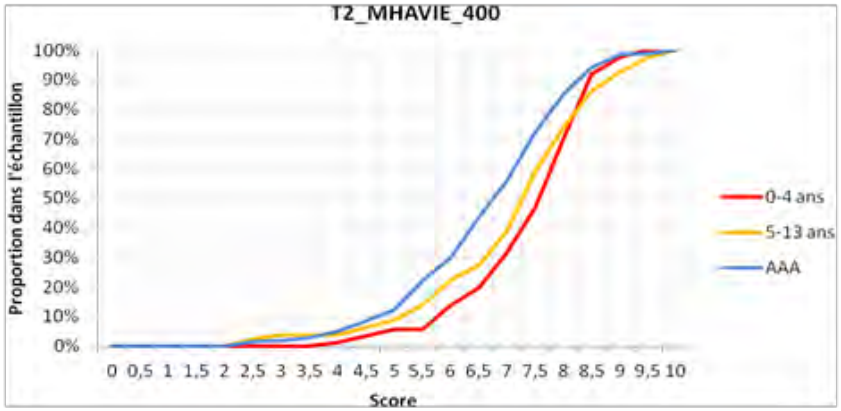
expliqué par les caractéristiques mêmes de ces habitudes de vie qui sont plus larges ou englobantes que les activités courantes. On observe enfin que le niveau de réalisation des enfants (5-13 ans) se rapproche beaucoup de celui des adultes pour plusieurs habitudes de vie. Ces courbes permettent d'identifier la médiane selon la courbe de distribution établie en fonction des points de l'ordonnée et de l'abscisse.

Dans les graphiques de distributions cumulées (graphiques 11 à 25), une courbe qui s'élève rapidement à partir de la gauche indique la catégorie d'habitude vie est plus difficilement réalisée. Une courbe qui ne s'élève qu'avec une pente abrupte uniquement à l'extrémité droite du graphique indique que la catégorie est réalisée sans difficulté par l'ensemble des participants.

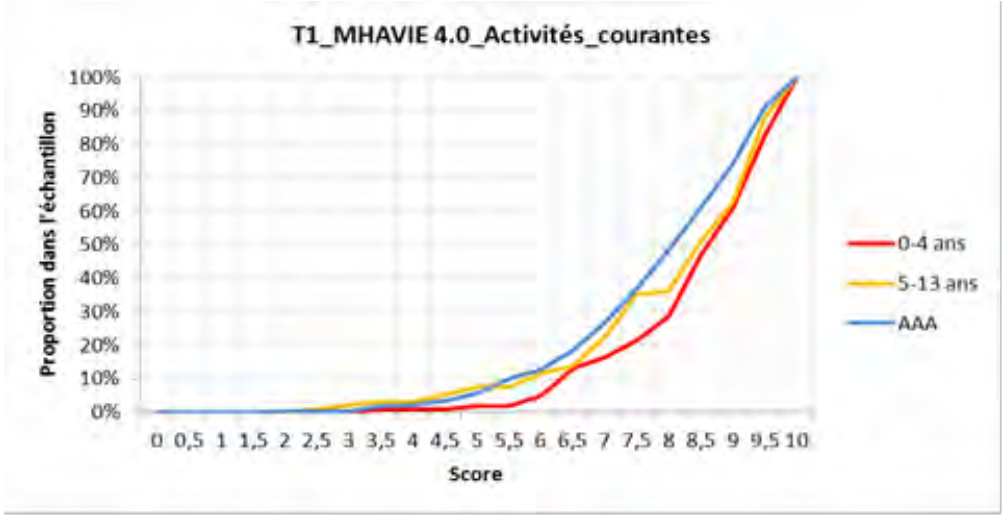
Graphiques 11-25 - Distributions cumulées pour l'ensemble des habitudes de vie (score total), les activités courantes, les rôles sociaux et pour chacune des habitudes de vie selon les différentes versions de la MHAVIE aux temps 1 et 2, 2012

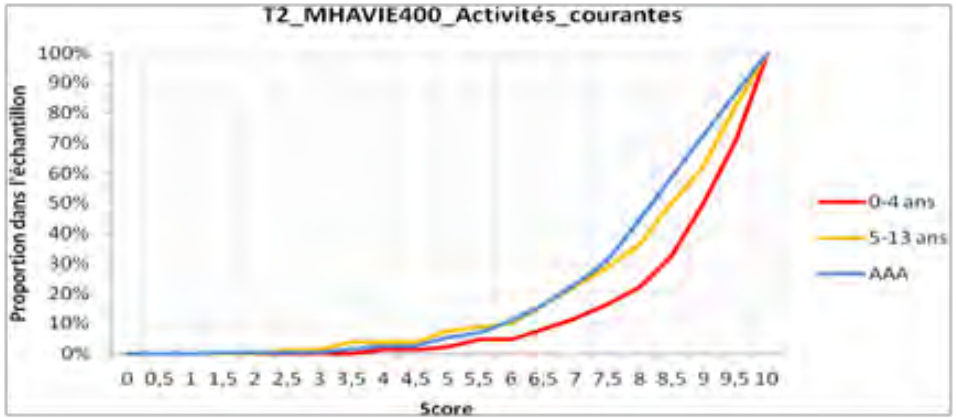
Graphique 11 :



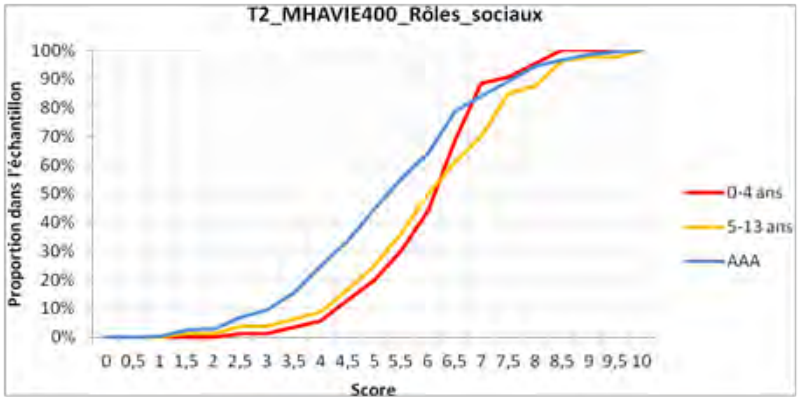


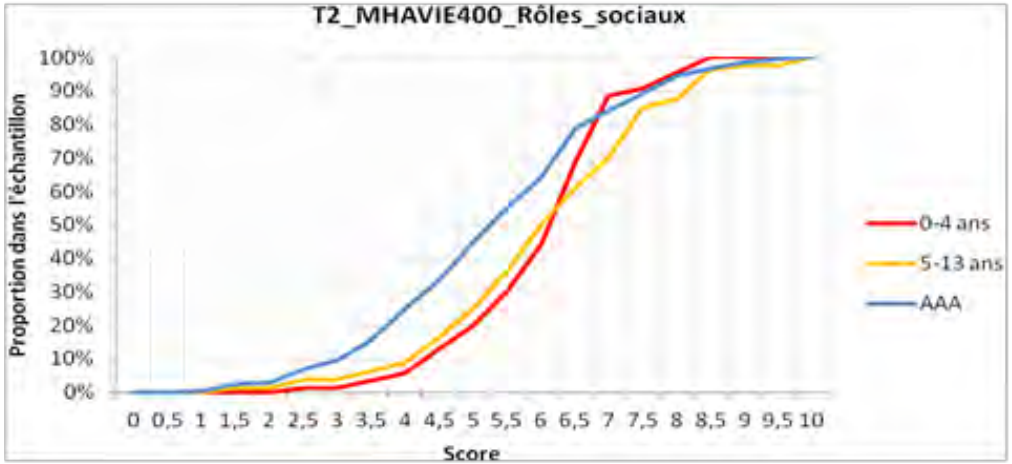
Graphique 12 :



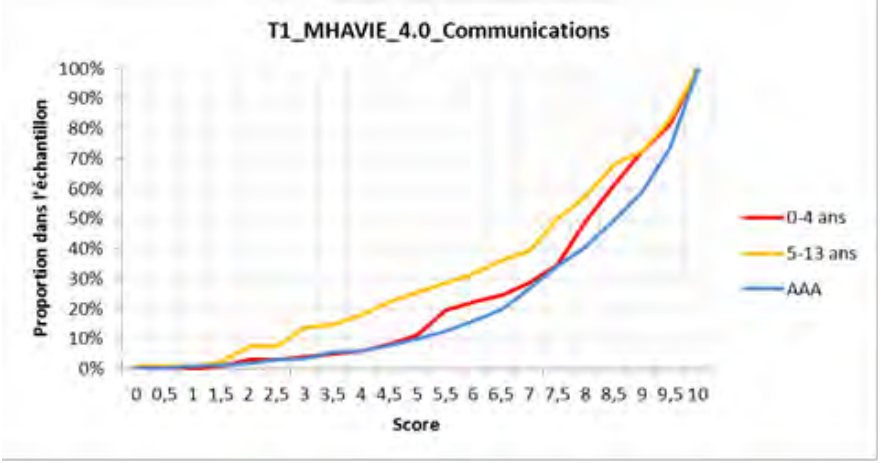


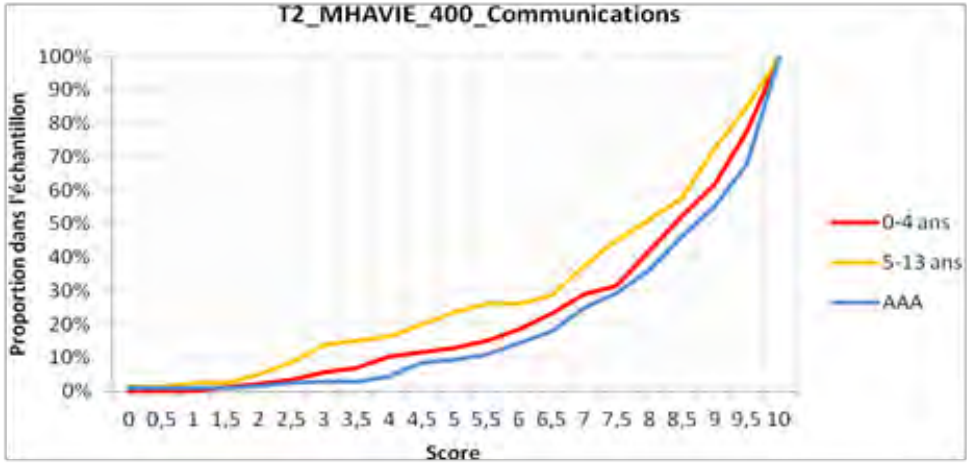
Graphique 13 :



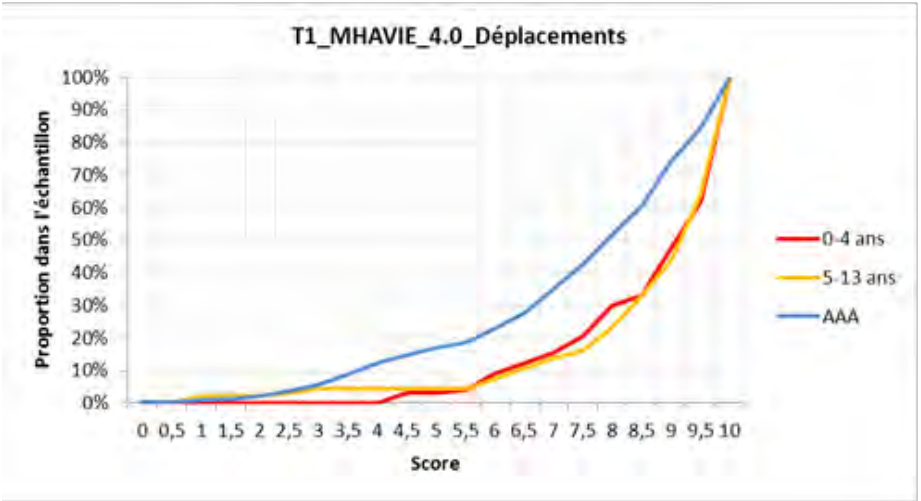


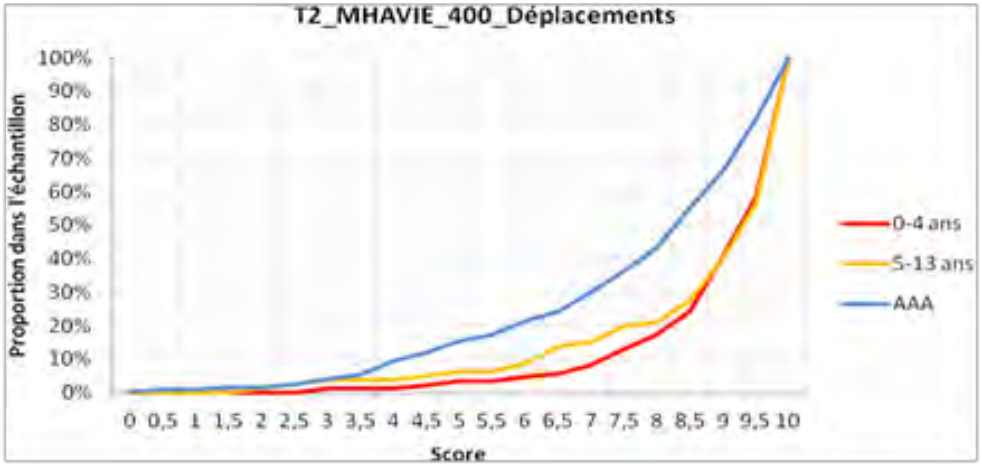
Graphique 14 :



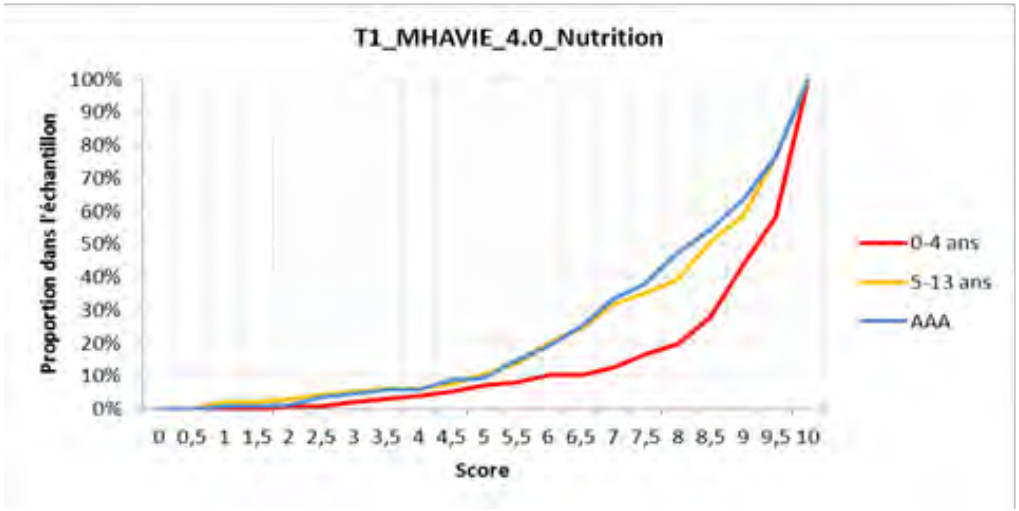


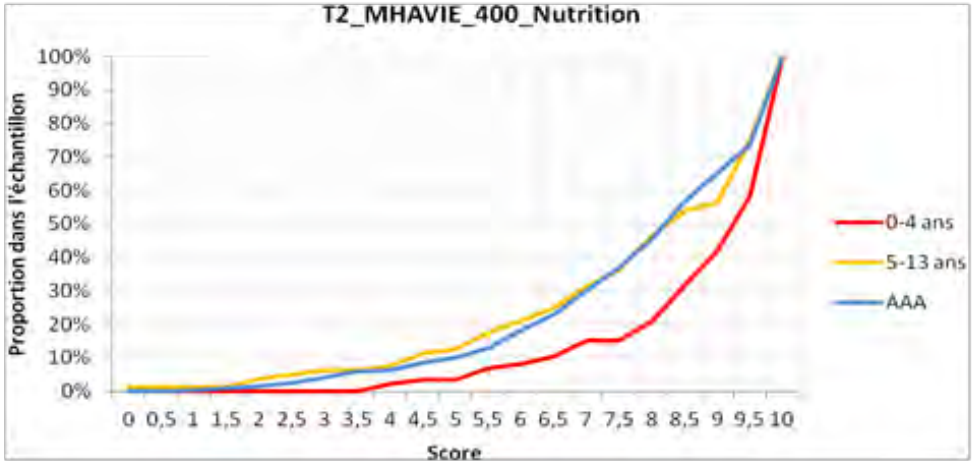
Graphique 15 :



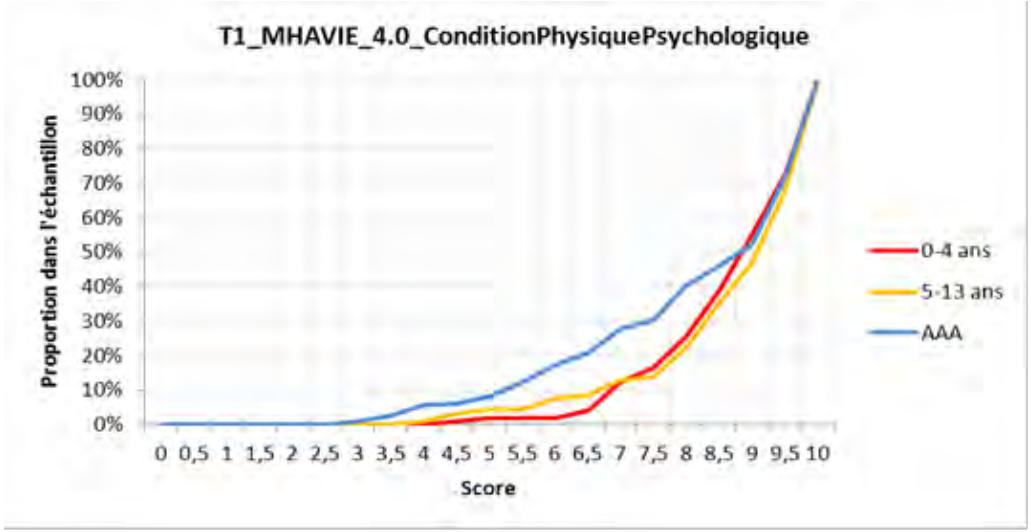


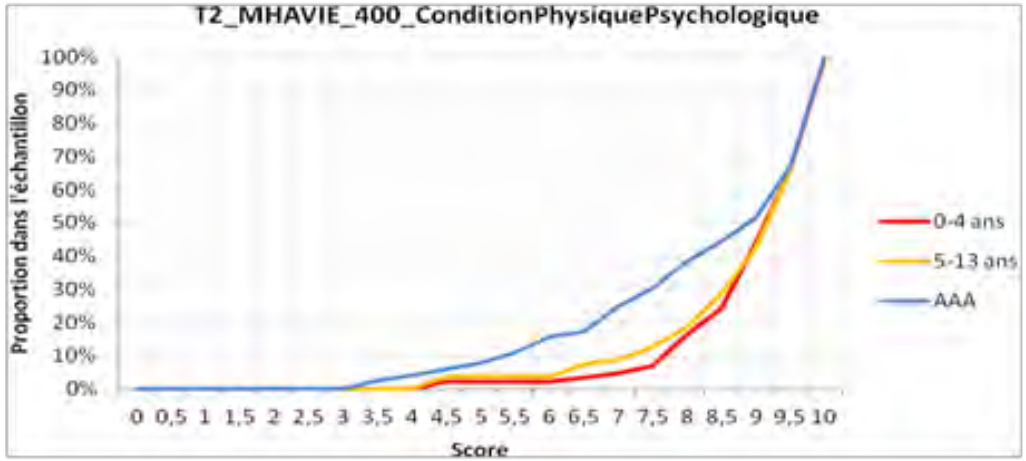
Graphique 16 :



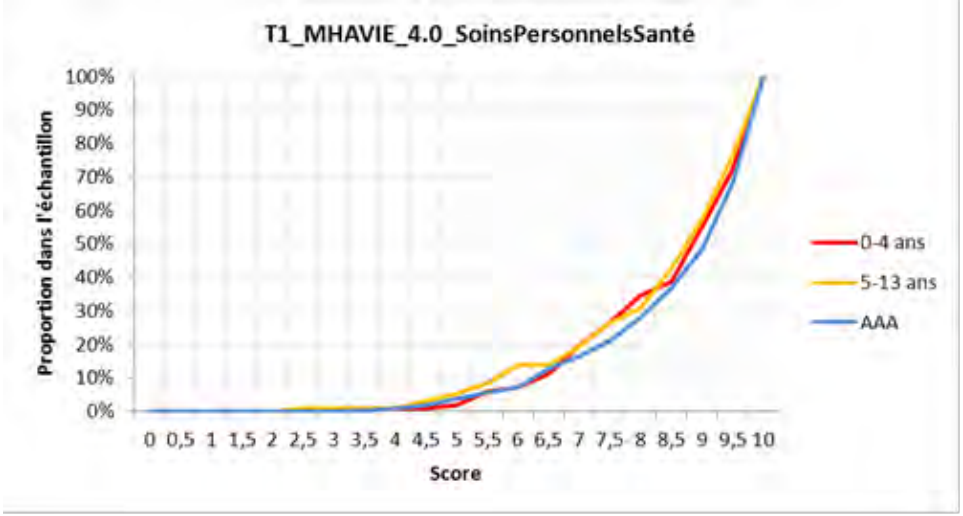


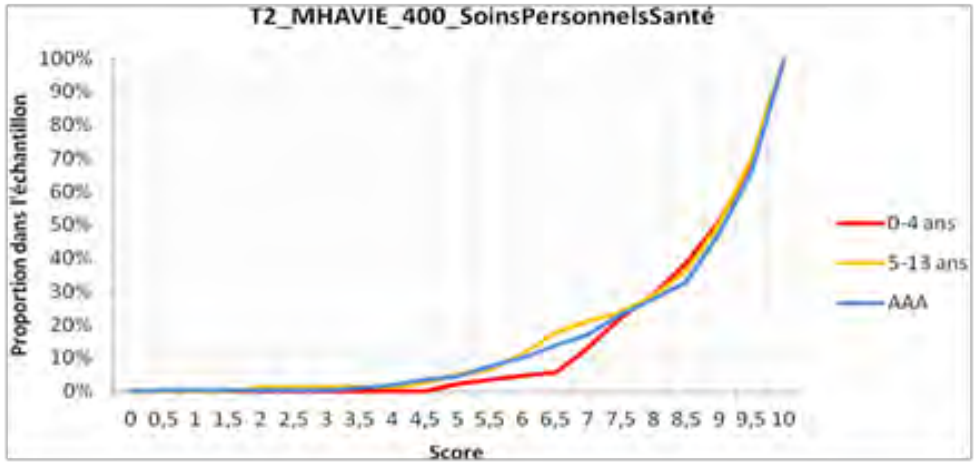
Graphique 17 :



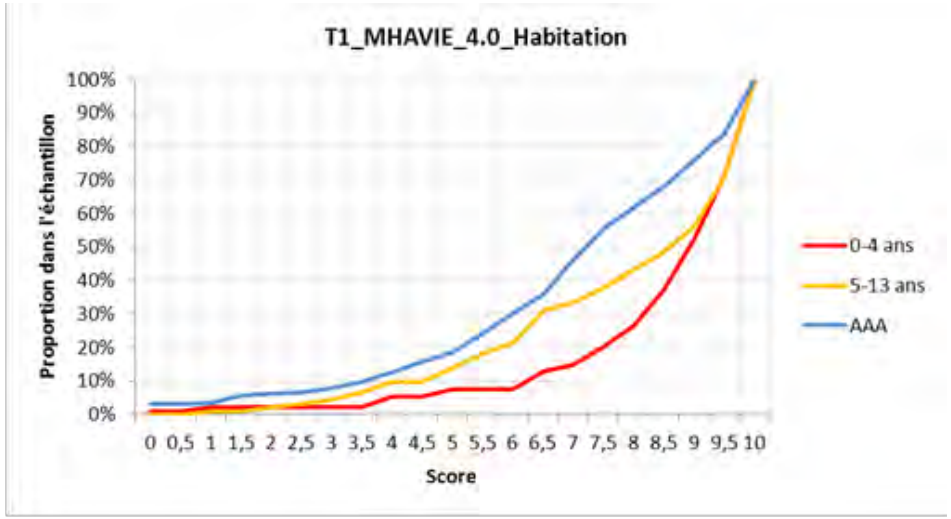


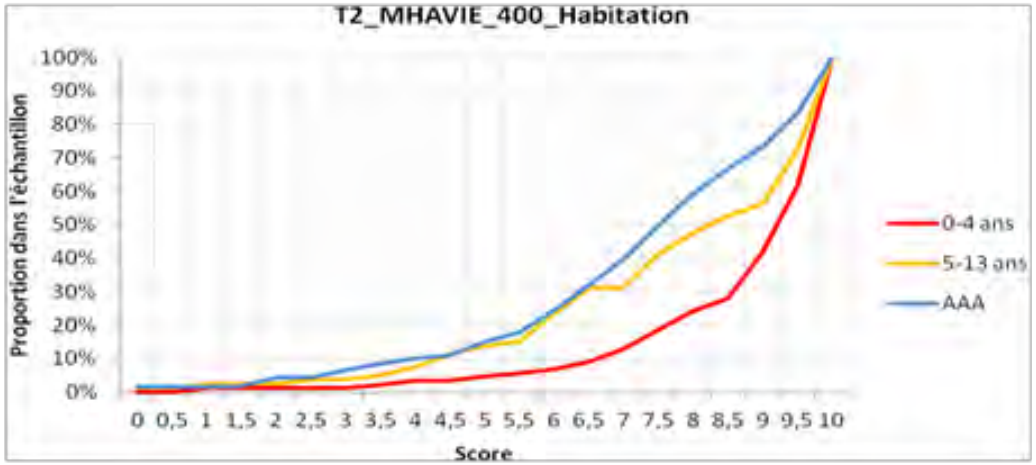
Graphique 18 :



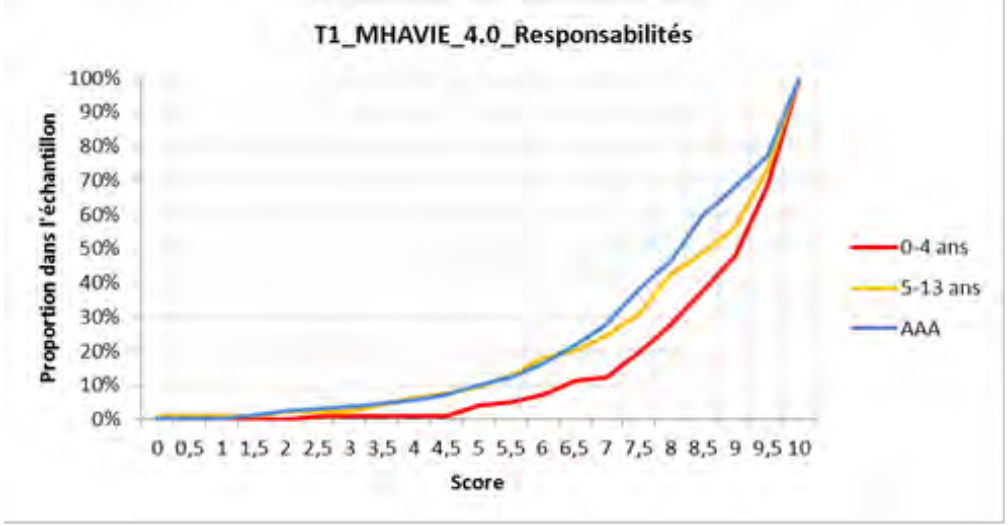


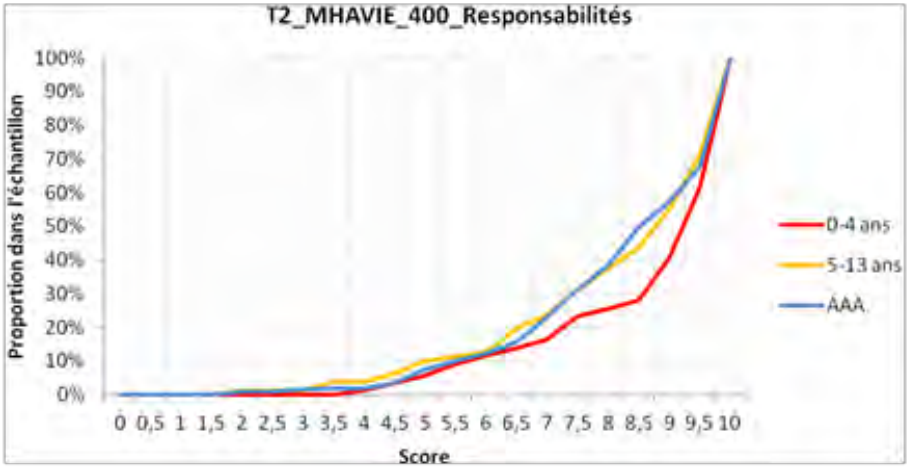
Graphique 19 :



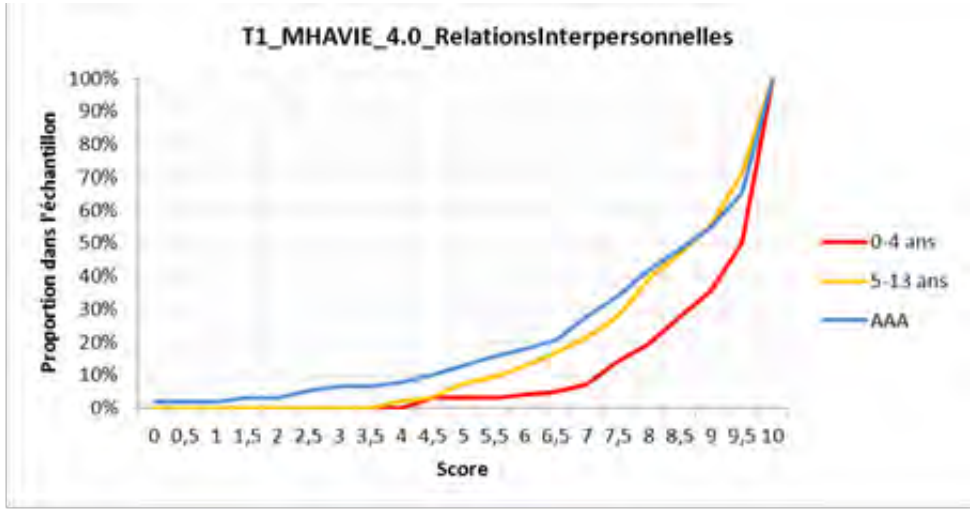


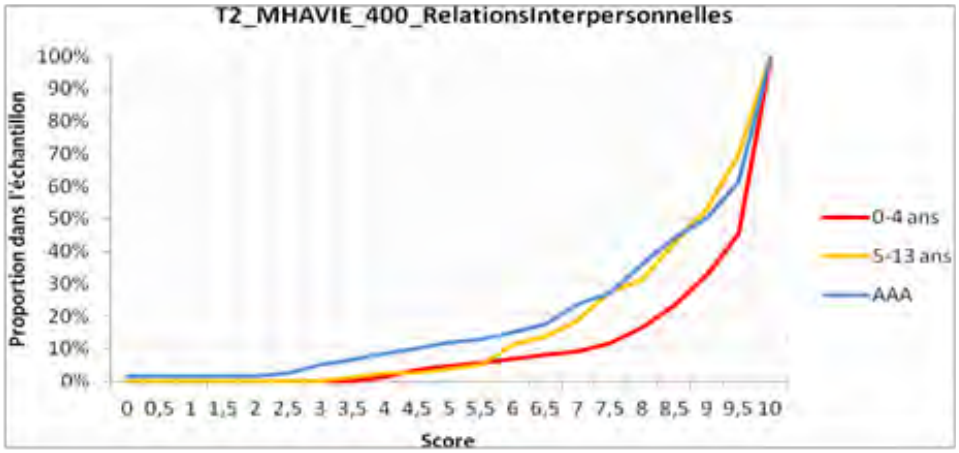
Graphique 20 :



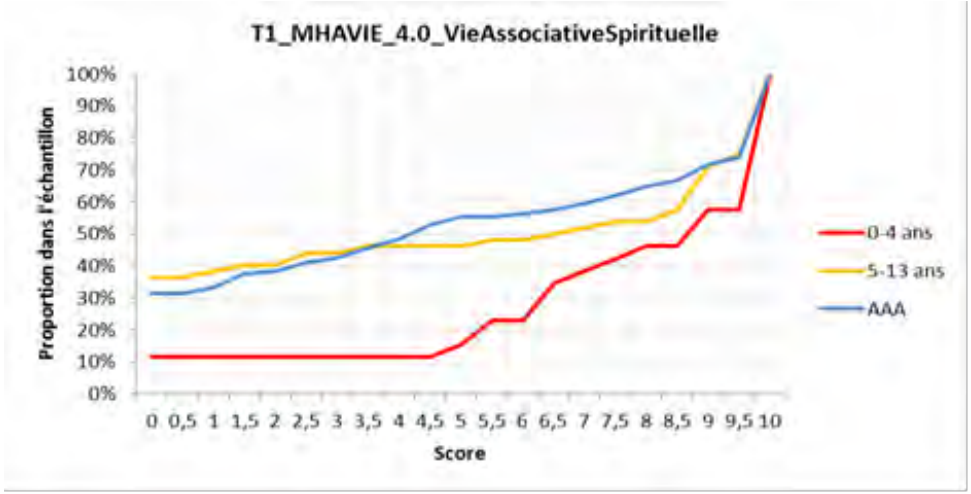


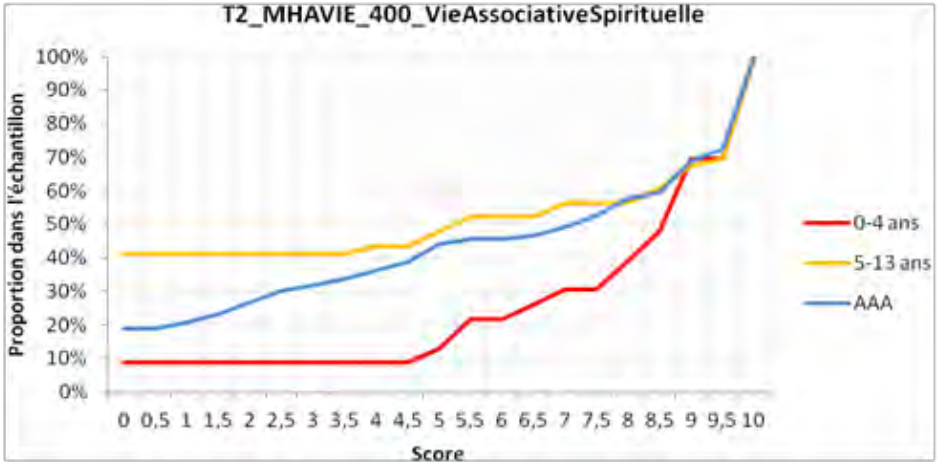
Graphique 21 :



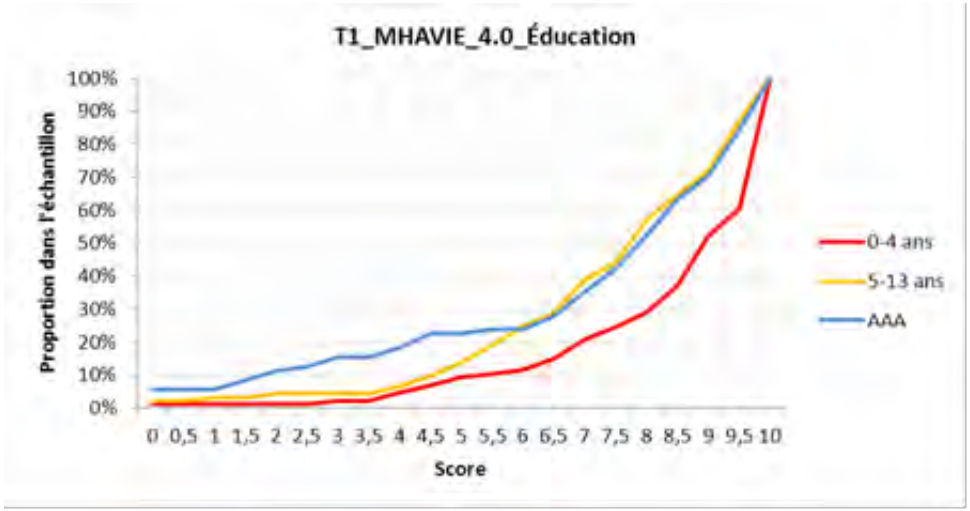


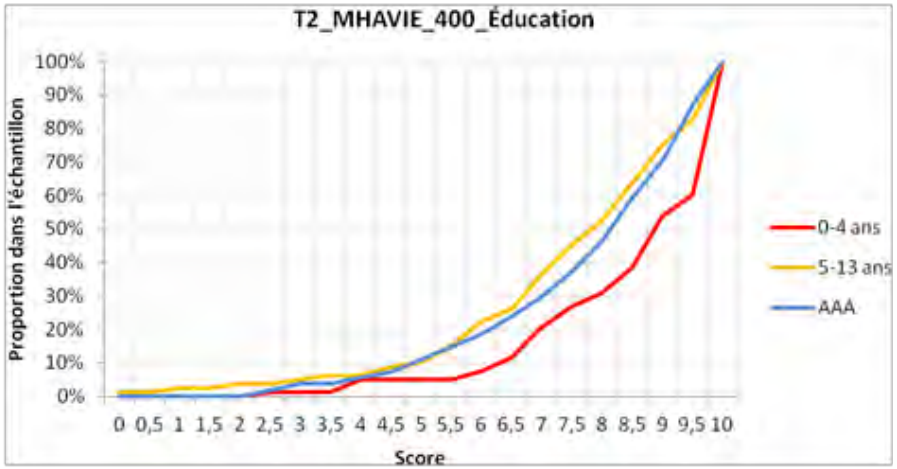
Graphique 22 :



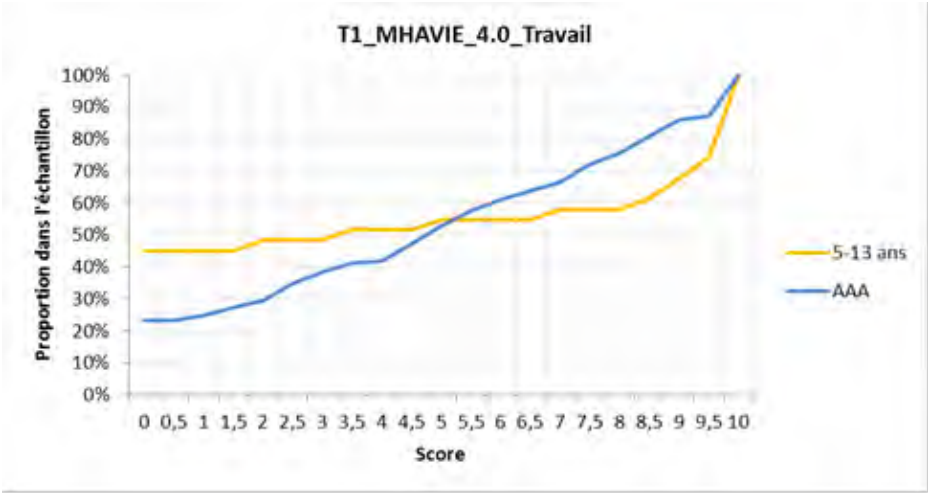


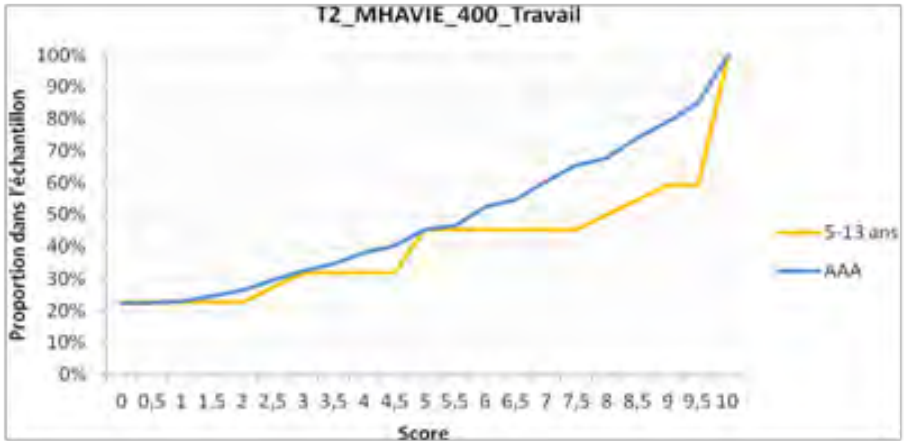
Graphique 23 :



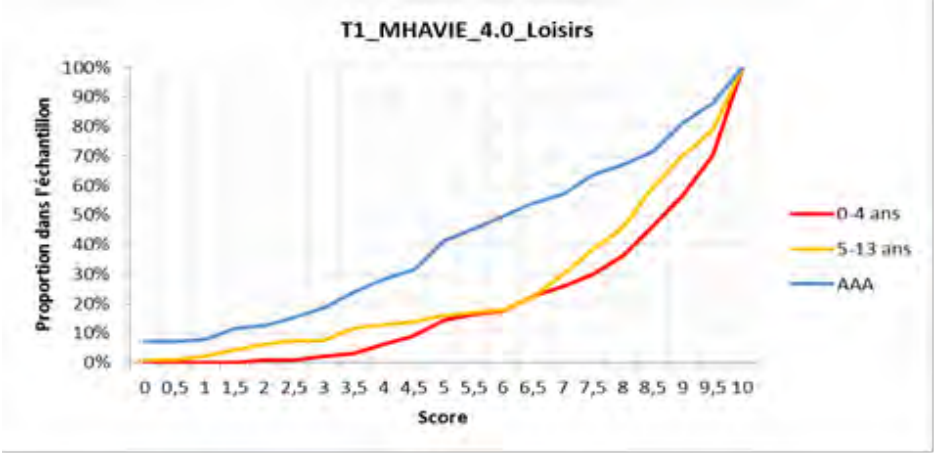


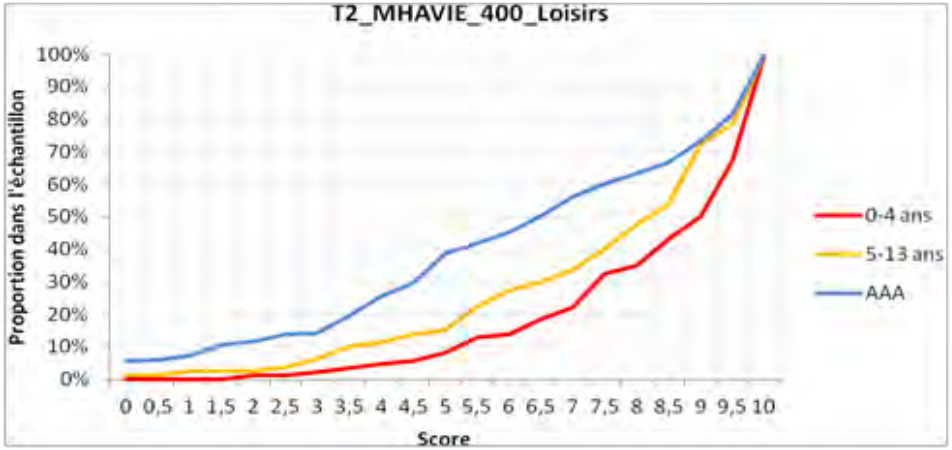
Graphique 24 :





Graphique 25 :



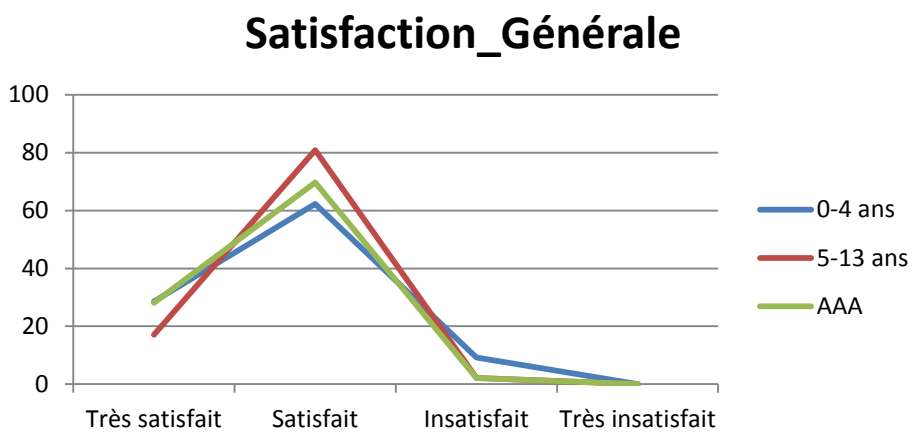


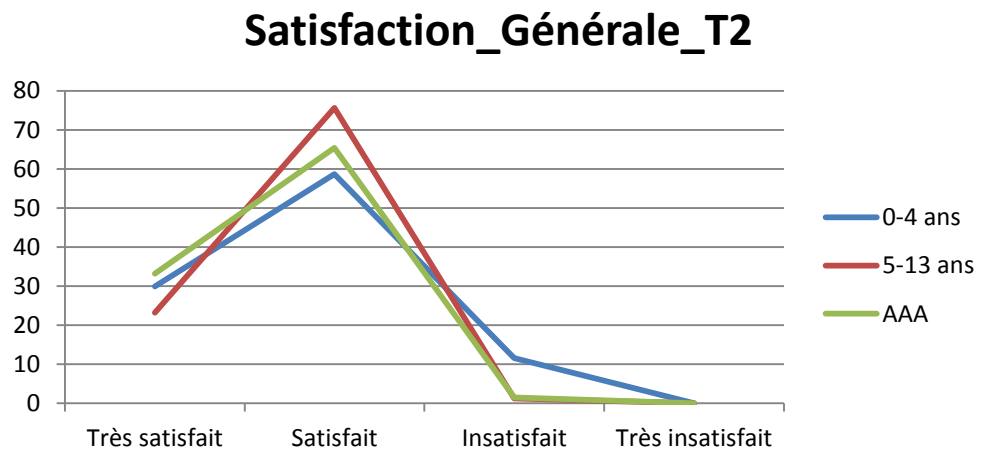
Le niveau de satisfaction des participants à l'expérimentation : quelques dimensions à retenir

Dans cette section, il est intéressant de dégager certains points quant à la satisfaction des participants à l'expérimentation; il s'agit d'une dimension importante de la MHAVIE, et ce, même si le résultat n'est pas inclus dans le calcul du score global de participation sociale. Nous avons choisi de présenter en miroir les résultats au temps 1 et au temps 2 afin qu'ils s'éclairent mutuellement et constater certaines variations. Il ne s'agit pas de chercher à expliquer les différences observées lorsqu'elles sont présentes entre les deux temps de mesure, mais de faire ressortir cette variable en fonction de certaines catégories d'habitudes de vie; il s'agit d'une dimension qui est généralement très appréciée par les utilisateurs et l'expérimentation s'inscrit dans la même perspective notamment de la part des intervenants. Nous décrivons également ici des profils de population qui se caractérisent par un niveau moyen de satisfaction exprimé selon différentes catégories d'habitudes de vie. À l'exception de celles liées à la vie associative et spirituelle, au travail et à l'éducation où il est difficile d'interpréter les résultats, on note généralement une légère baisse de la satisfaction entre les deux temps de mesure de même ce phénomène est observé en ce qui a trait à l'insatisfaction exprimée pour les différents groupes d'âge. La situation diffère légèrement pour la communication où on note une légère augmentation au temps deux et pour le groupe des 0 à 4 ans pour lequel on note une légère augmentation du niveau de satisfaction et une baisse de l'insatisfaction lors de la seconde prise de mesure. Il faut préciser ici qu'il s'agit de la satisfaction exprimée par les parents à l'égard de la manière dont leur enfant réalise ses habitudes de vie. Pour le groupe des 5 à 13 ans, on observe une augmentation de la proportion qui se déclare très satisfait concernant les déplacements, l'habitation et les relations interpersonnelles. Mais de manière générale, ces variations ne constituent pas des changements majeurs révélant surtout le maintien de la même tendance qu'au premier temps de mesure; ce qui peut sans doute s'expliquer par la courte période de temps écoulé ou qu'il n'y a pas eu de changement entre les deux temps de mesure.

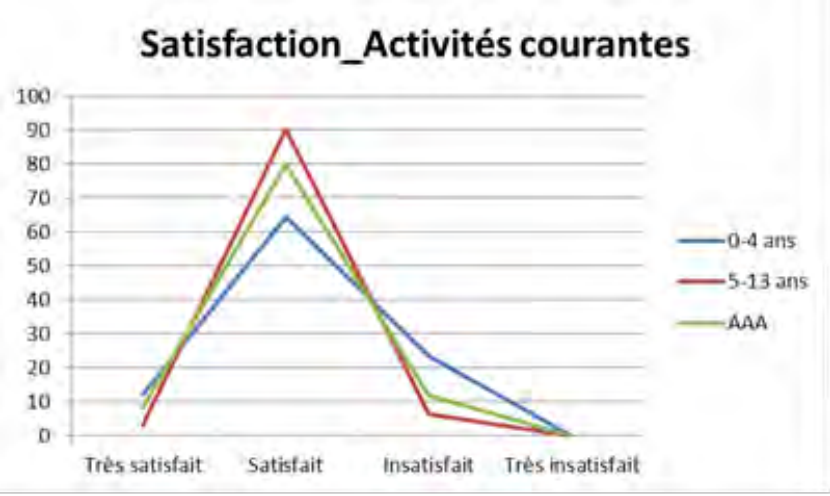
Graphiques 26-40 - Répartition des participants à l'expérimentation selon le niveau de satisfaction pour l'ensemble, les activités courantes, les rôles sociaux et pour chacune des habitudes de vie aux temps 1 et 2, 2012

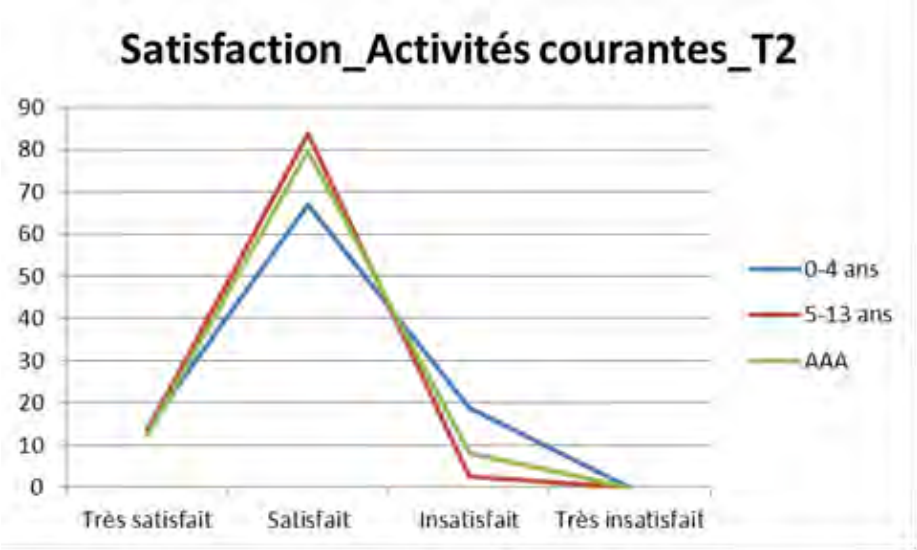
Graphique 26 :



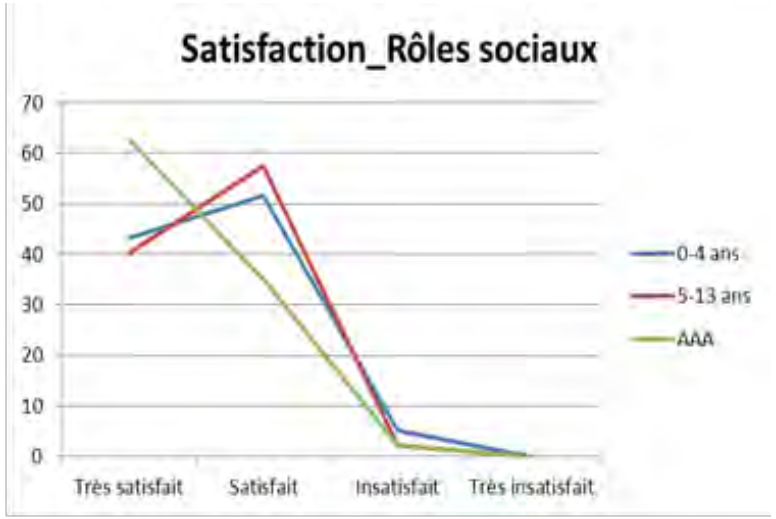


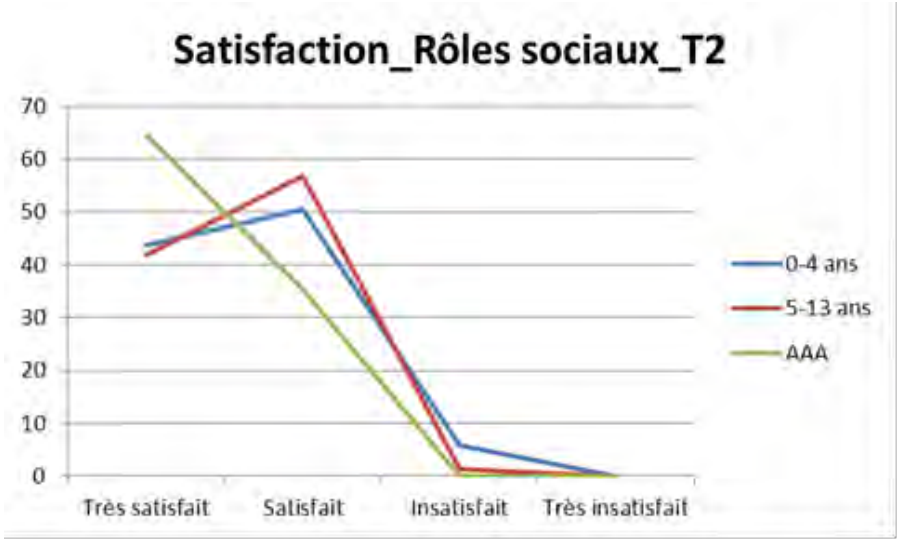
Graphique 27 :



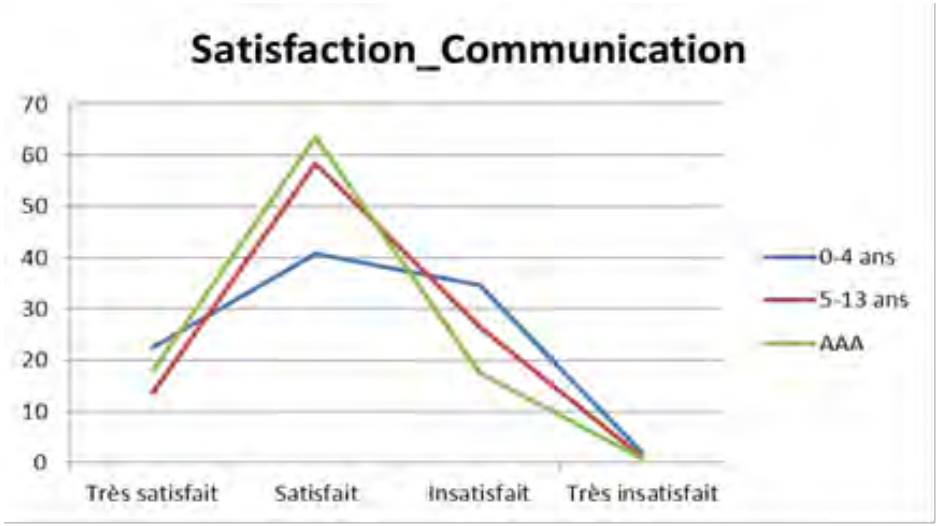


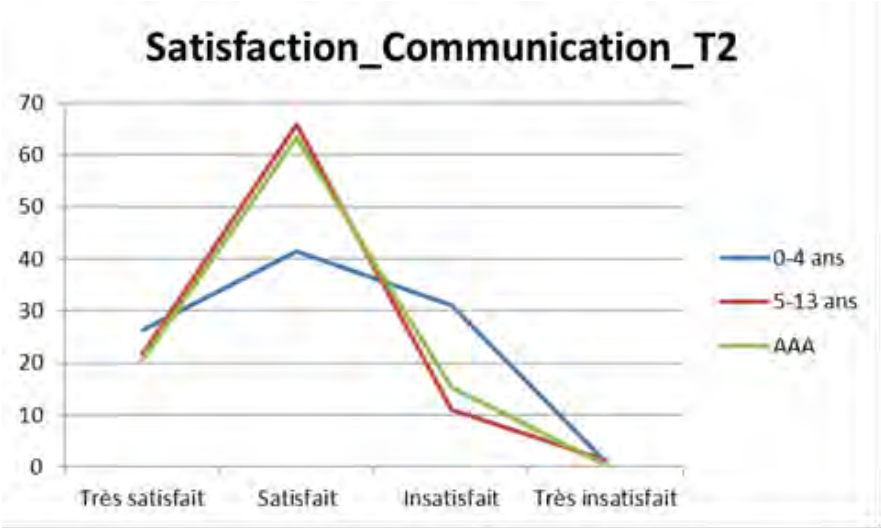
Graphique 28 :



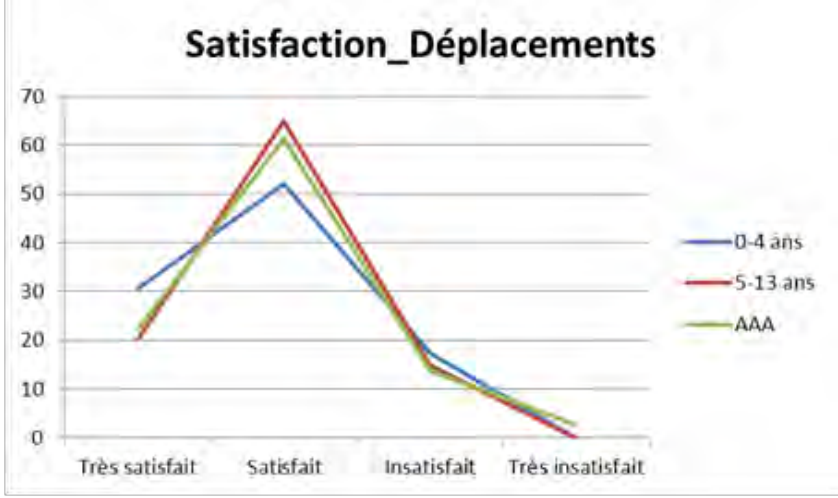


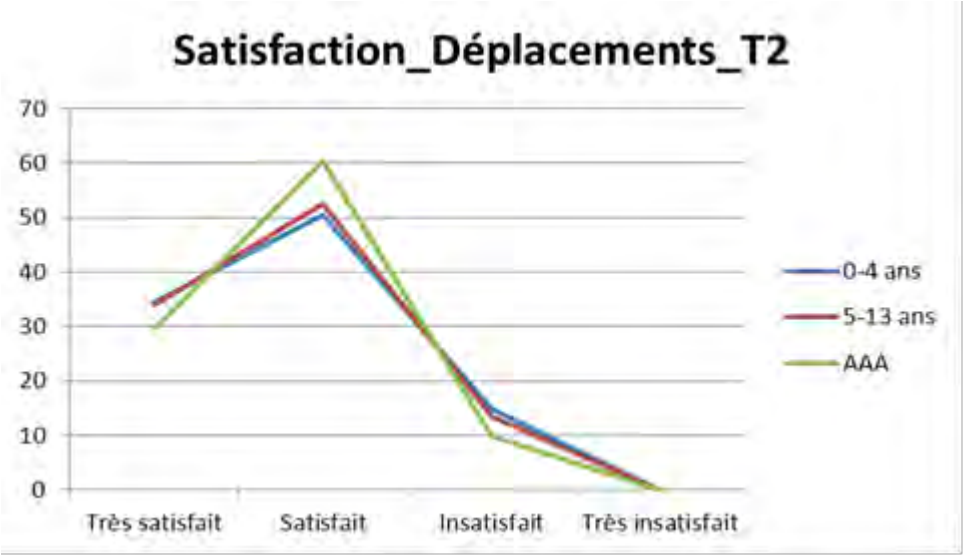
Graphique 29 :





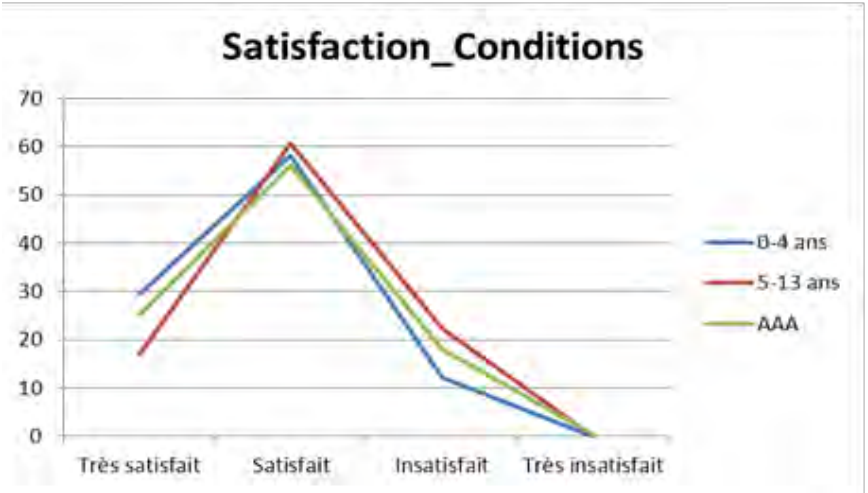
Graphique 30 :

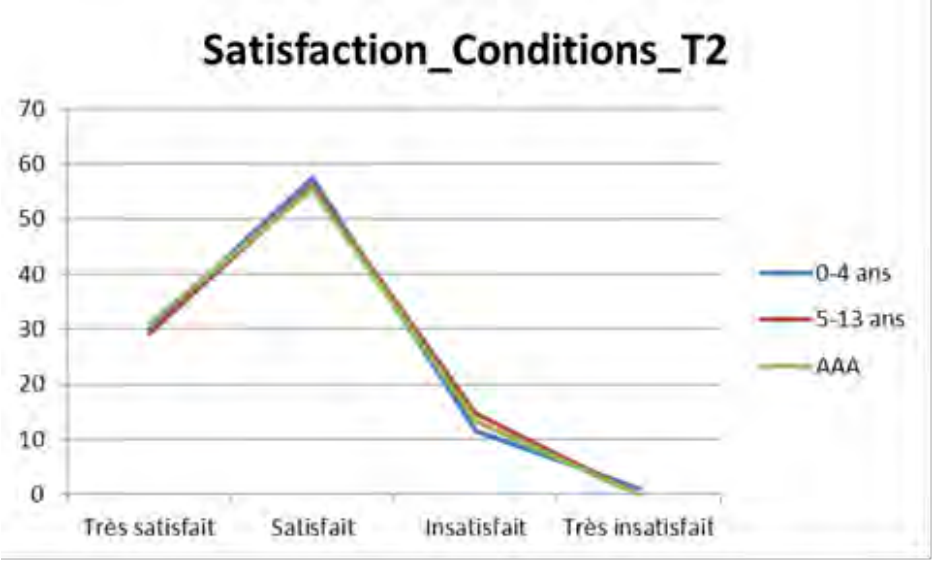




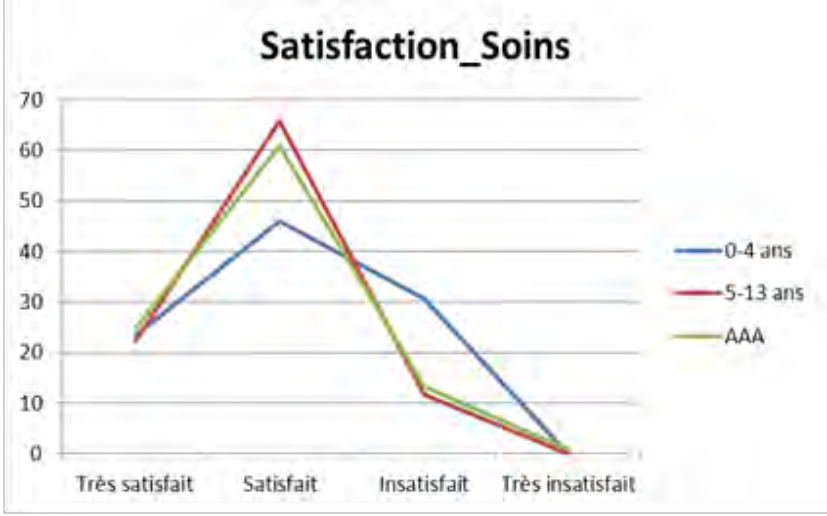
Graphique 31 :

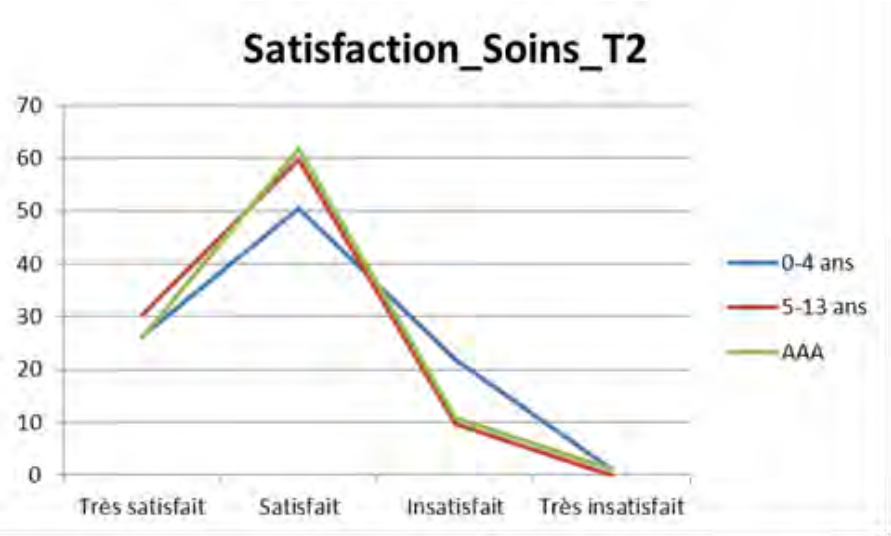
Graphique 32 :



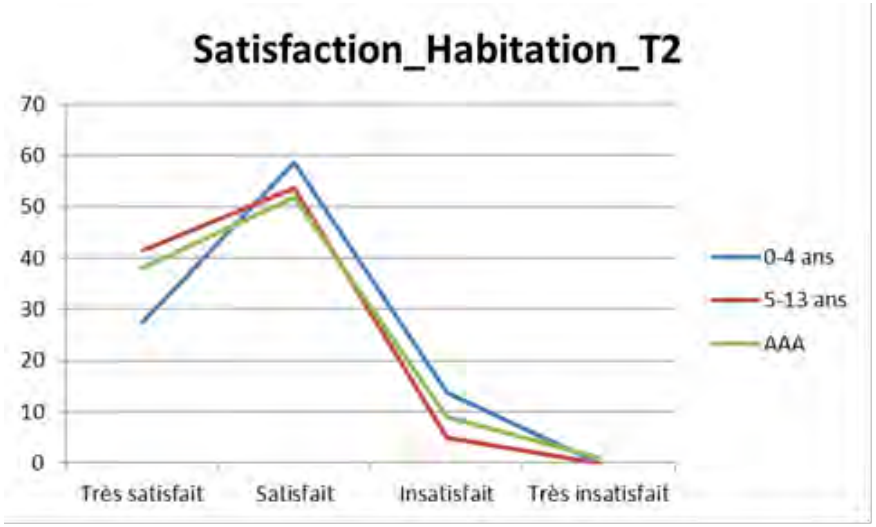


Graphique 33 :

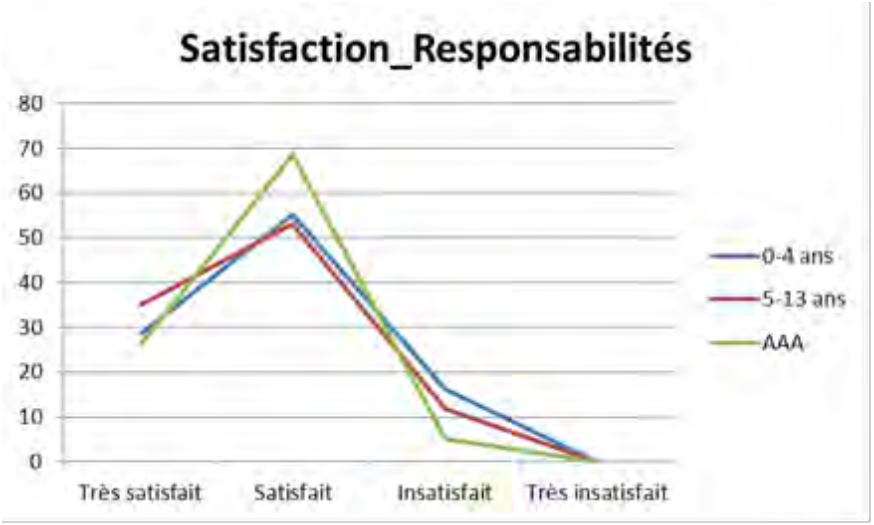


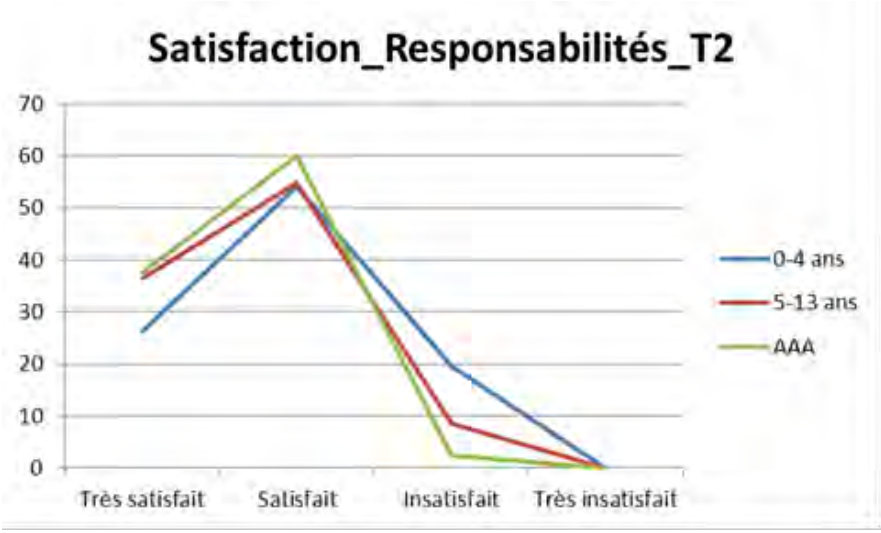


Graphique 34 :

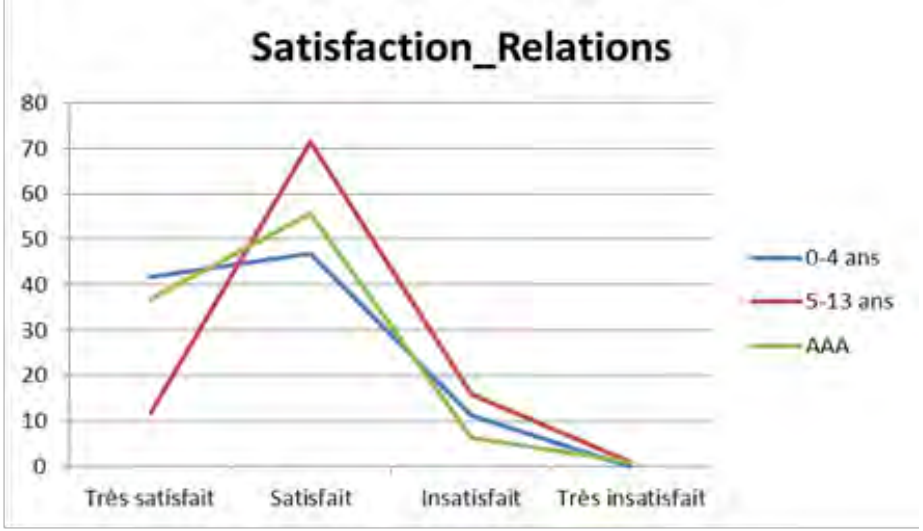


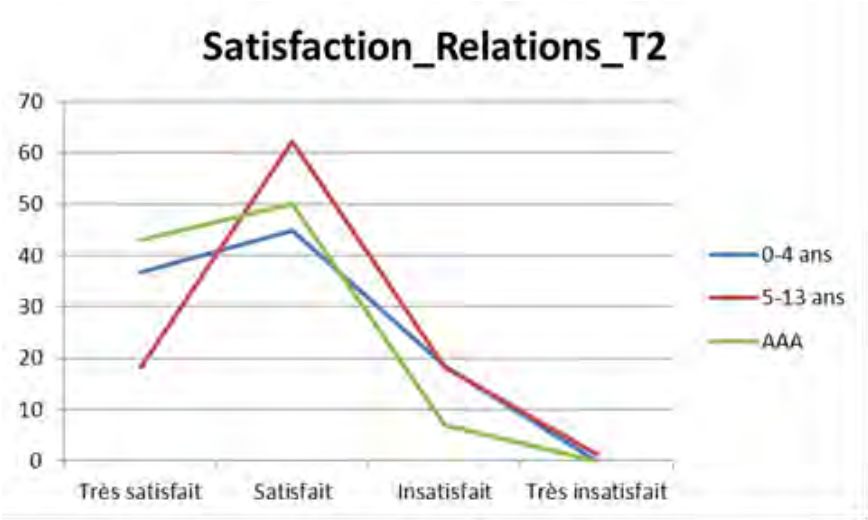
Graphique 35 :



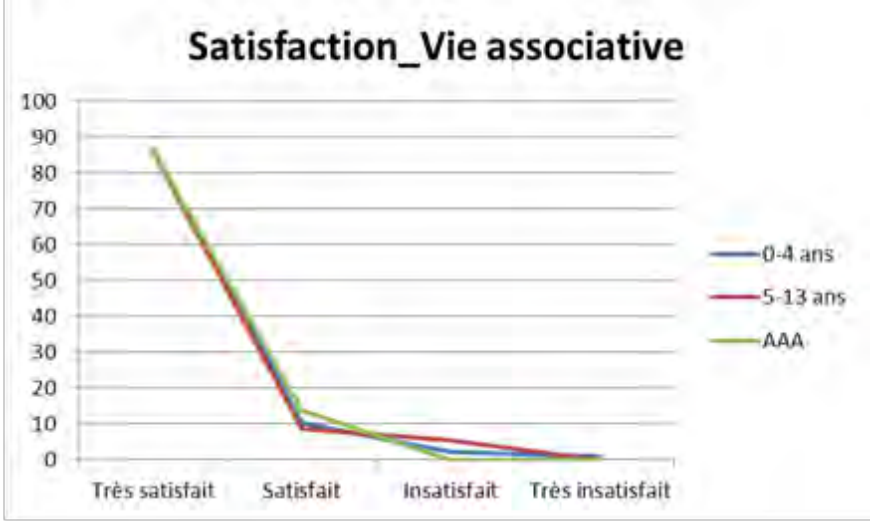


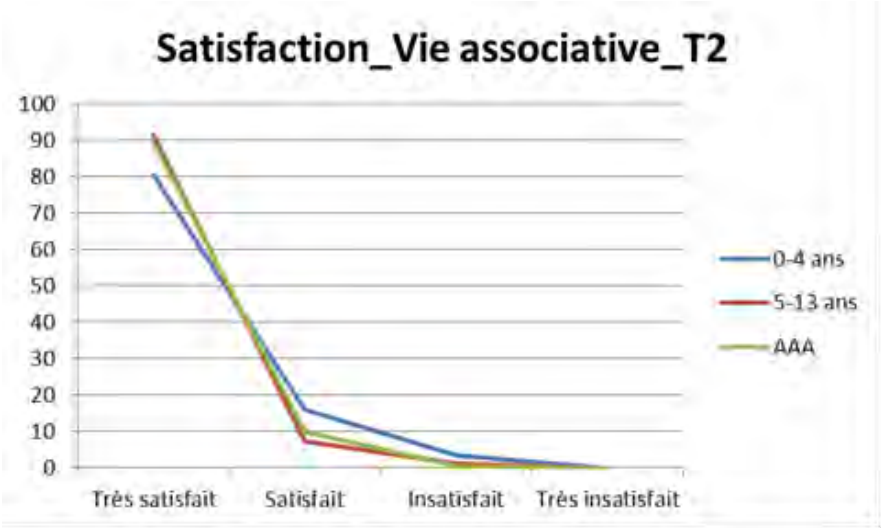
Graphique 36 :



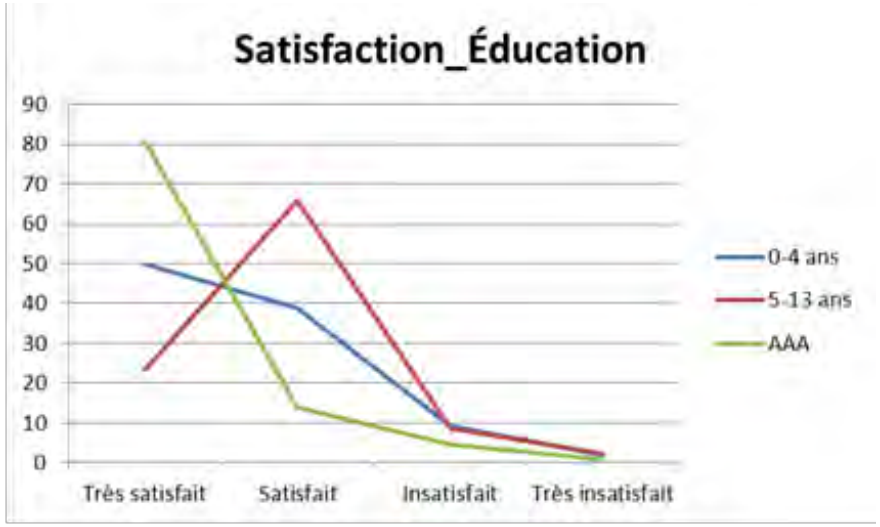


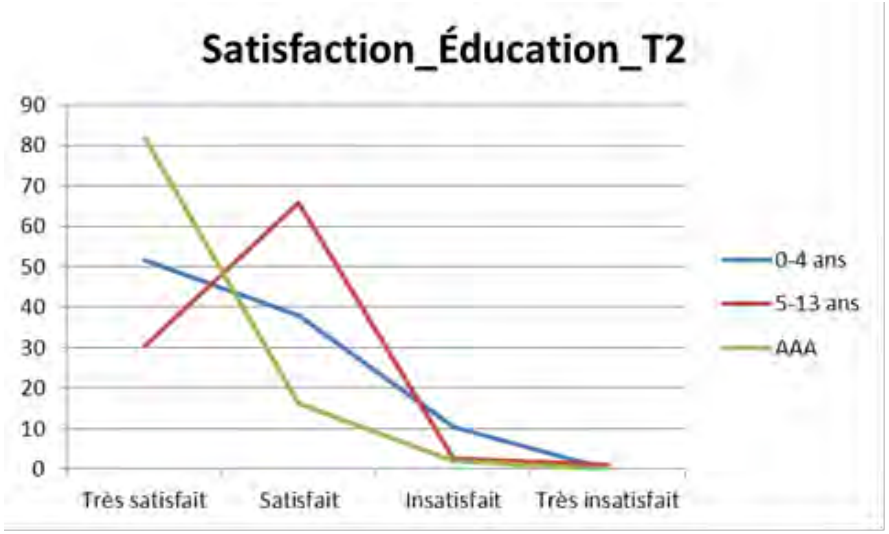
Graphique 37 :





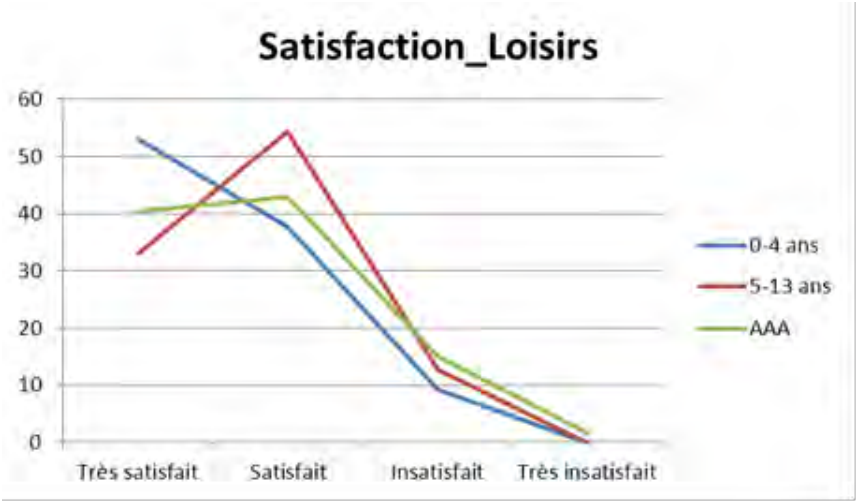
Graphique 38 :

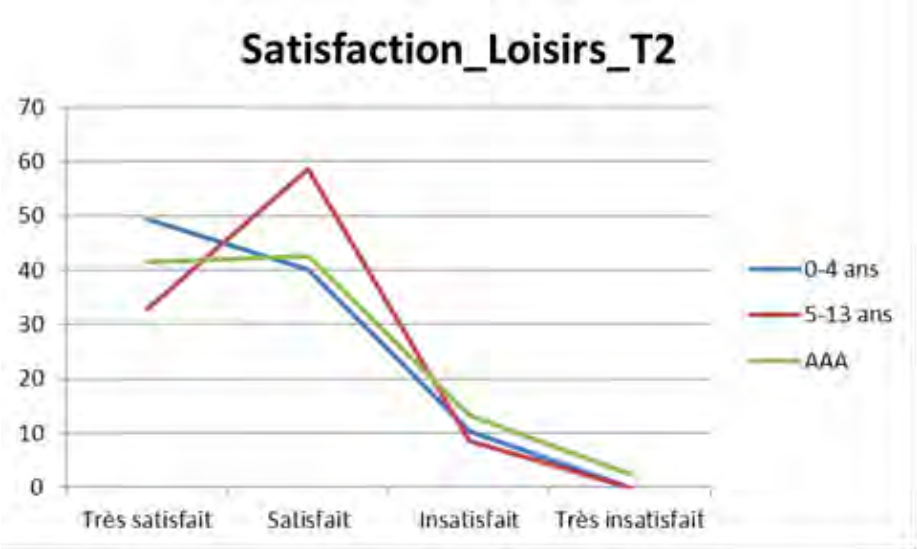




Graphique 39 :

Graphique 40 :





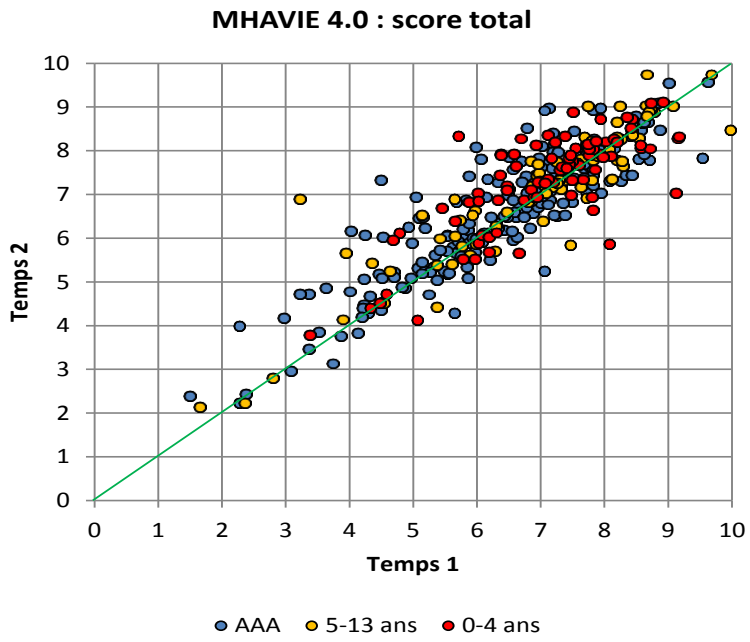
Comparaison des résultats de l'expérimentation des différentes versions de la MHAVIE selon le temps 1 et 2, et selon l'âge, 2012

Dans cette section, on retrouve deux types d'analyse des données qui viennent illustrer différentes dimensions et la qualité de l'instrument de mesure. Le premier type d'analyse compare les résultats obtenus avec les trois catégories d'âge au temps 1 et au temps 2. Toujours selon la même démarche, les résultats sont d'abord présentés pour l'ensemble des habitudes de vie donnant un score global de participation sociale puis selon les deux grandes sous échelles soit les activités courantes et les rôles sociaux et enfin pour chacune des douze catégories d'habitudes de vie. On observe les mêmes tendances que dans les précédentes où l'on note pour les grandes catégories selon la distribution que la réalisation des habitudes de vie des participants en lien avec les rôles sociaux est davantage perturbée que celles relatives aux activités courantes.

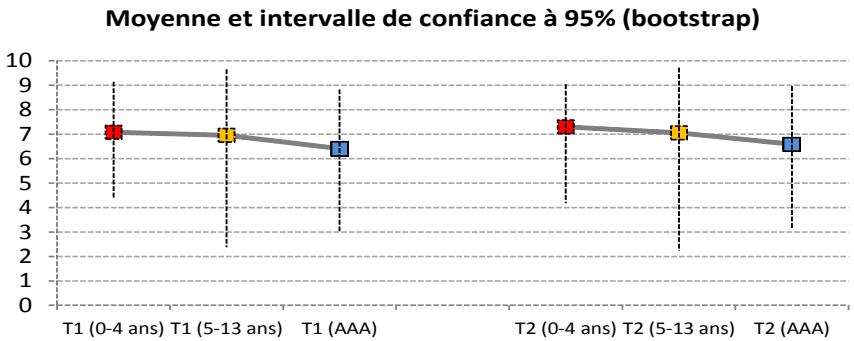
Les intervalles de confiance sont calculés à partir de la méthode « bootsrap ». Les résultats sont relativement bons entre les deux temps de mesure. Les graphiques et les données descriptives sont présentés ci-dessous (graphiques 41-54). Ceux-ci rendent compte d'un bon écart entre le minimum et le maximum en regard de la moyenne des scores. On ne peut pas parler ici d'une distribution selon une courbe normale à la lumière des présents résultats; on note plutôt pour la majorité des habitudes de vie qu'il y a une utilisation de l'ensemble de l'échelle; ce qui révèle une plus grande variation entre les personnes; cet élément est important dans la mesure où il vient en quelque sorte confirmer les changements qui ont été apportés à l'instrument de mesure afin qu'il soit plus sensible aux variations plus fines; à cet égard, l'instrument montre une belle prise en compte de cette dimension. On observe sensiblement les mêmes tendances selon la distribution des points le long de l'échelle entre le premier et le second temps de mesure; ce qui s'observe aussi à la lecture des moyennes obtenues aux deux temps; il s'agit d'un aspect positif qui permet à l'outil de présenter des caractéristiques en terme de construit qui sont de bonne qualité.

La dernière série d'analyses de cette section en fonction de l'âge révèle aussi des résultats intéressants principalement si l'on souhaite utiliser la MHAVIE dans une perspective de suivi longitudinal. Ainsi on observe une belle distribution selon l'âge aux deux temps de mesure, c'est-à-dire ici aussi selon les trois versions de la MHAVIE qui sont l'objet de l'expérimentation. Il faut rappeler aussi que le plus jeune des participants a 3 mois et le plus âgé a 92 ans et que la moitié a moins de 35 ans, ce qui explique une certaine concentration dans la plupart des graphiques. On note enfin que la réalisation de certaines habitudes de vie semble plus difficile avec l'âge comme les déplacements, l'habitation et les loisirs.

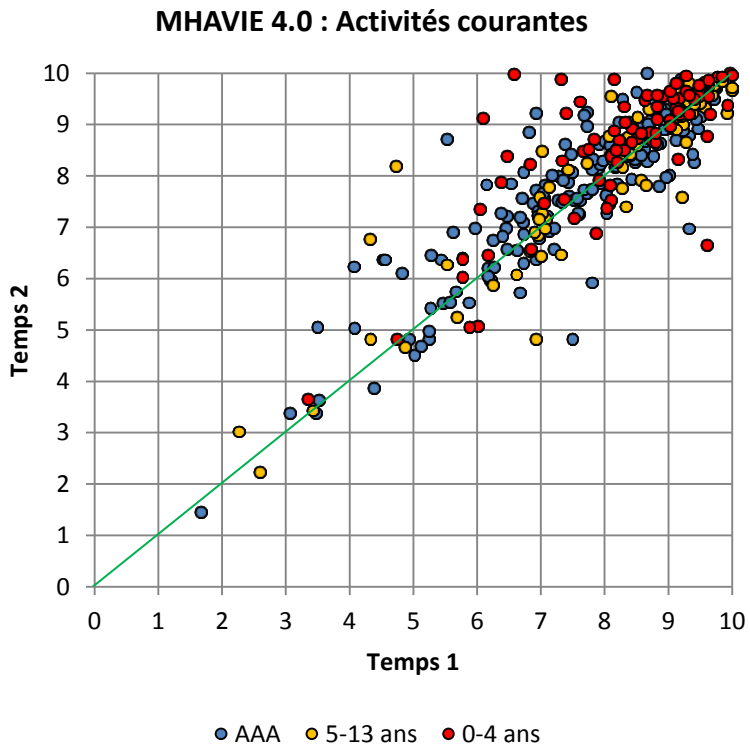
Graphiques 41-54 - Comparaison des résultats de la mesure de la participation sociale pour l'ensemble (score total), les activités courantes, les rôles sociaux et pour chacune des habitudes de vie entre le temps 1 et le 2, avec les intervalles de confiance, 2012



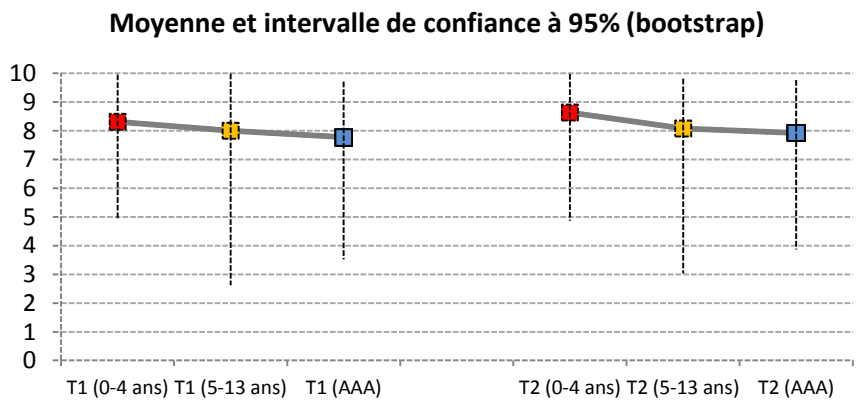
		0-4 ans	5-13 ans	AAA
Temps 1	Moyenne	7,08	6,95	6,42
	Écart-type	1,15	1,63	1,50
	N	98	94	231
	Minimum	3,38	1,66	1,50
	Maximum	9,17	9,98	9,63
	IC bas	4,36	2,37	2,98
	IC haut	9,15	9,67	8,84
Temps 2	Moyenne	7,30	7,05	6,59
	Écart-type	1,13	1,54	1,42
	N	86	80	201
	Minimum	3,78	2,13	2,23
	Maximum	9,12	9,74	9,58
	IC bas	4,18	2,23	3,13
	IC haut	9,05	9,72	8,97



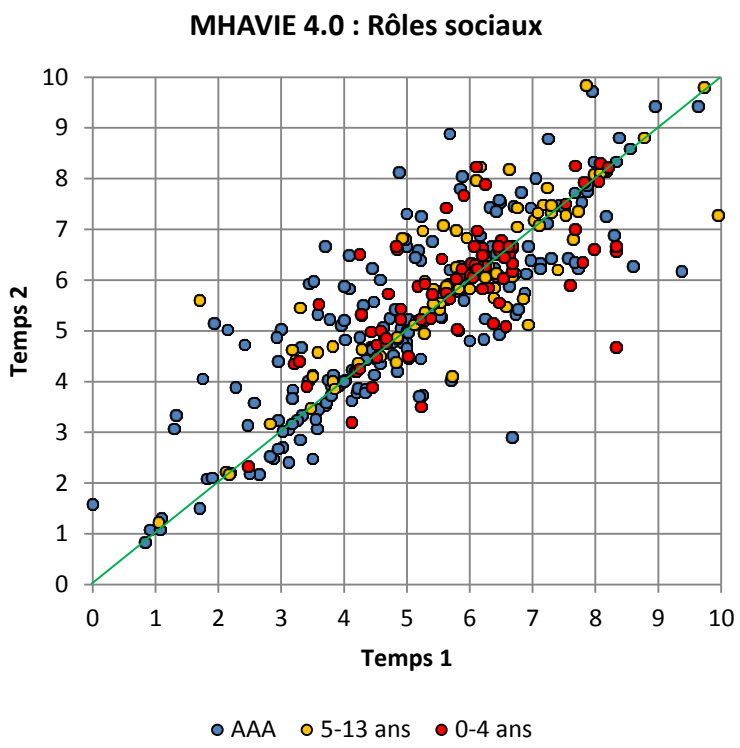
		0-4 ans	5-13 ans	AAA
Pearson	r	,79	,91	,88
	r^2	62%	82%	78%
	Sig.	,0000	,0000	,0000
	N	86	80	199
Spearman	r	,70	,91	,86
	r^2	49%	83%	75%
	Sig.	,0000	,0000	,0000
	N	86	80	199



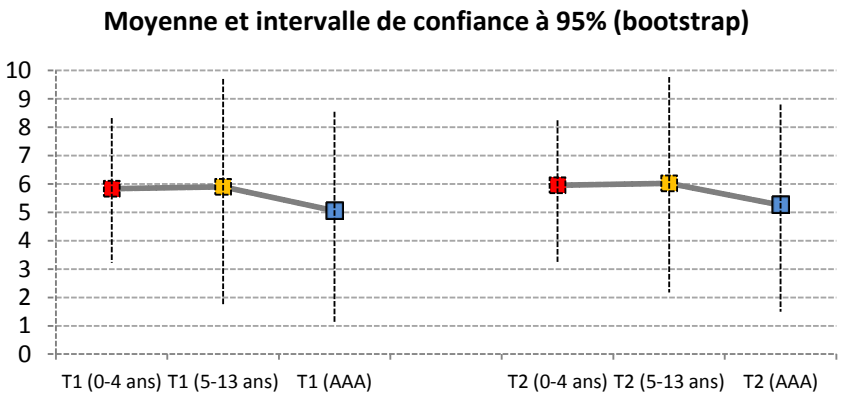
		0-4 ans	5-13 ans	AAA
Temps 1	Moyenne	8,31	8,01	7,78
	Écart-type	1,29	1,66	1,54
	N	98	94	231
	Minimum	3,38	1,66	1,50
	Maximum	9,17	9,98	9,63
	IC bas	4,93	2,62	3,52
	IC haut	9,96	10,00	9,72
Temps 2	Moyenne	8,64	8,09	7,93
	Écart-type	1,30	1,68	1,50
	N	86	80	201
	Minimum	3,78	2,13	2,23
	Maximum	9,12	9,74	9,58
	IC bas	4,87	3,03	3,87
	IC haut	9,98	9,82	9,77



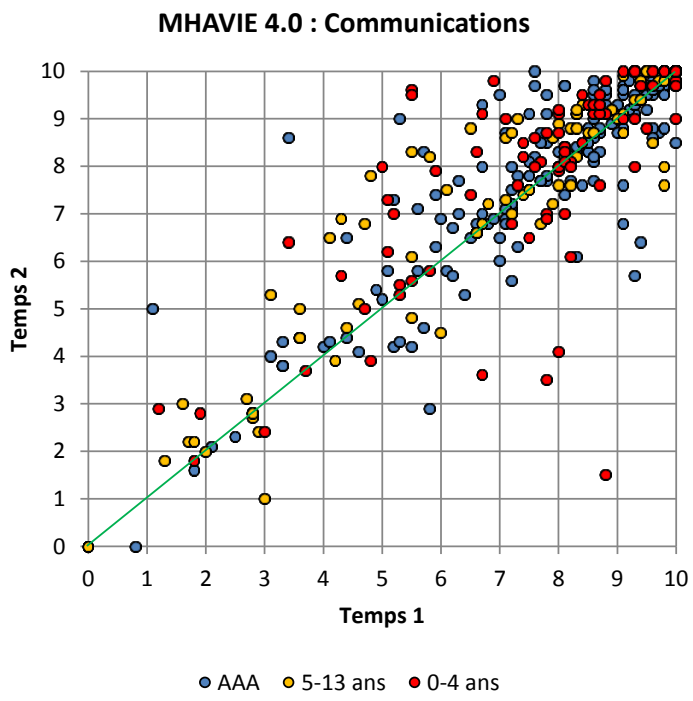
		0-4 ans	5-13 ans	AAA
Pearson	r	,78	,91	,89
	r^2	62%	83%	80%
	Sig.	,0000	,0000	,0000
	N	86	80	199
Spearman	r	,70	,90	,87
	r^2	49%	81%	76%
	Sig.	,0000	,0000	,0000
	N	86	80	199



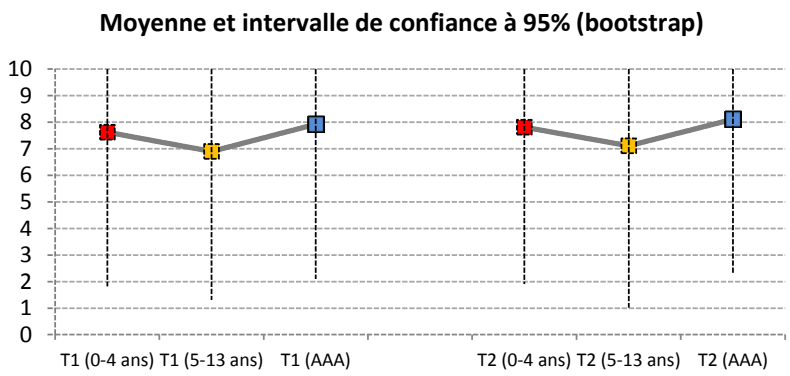
		0-4 ans	5-13 ans	AAA
Temps 1	Moyenne	5,84	5,90	5,05
	Écart-type	1,28	1,78	1,82
	N	98	94	231
	Minimum	3,38	1,66	1,50
	Maximum	9,17	9,98	9,63
	IC bas	3,21	1,71	1,10
	IC haut	8,33	9,71	8,55
Temps 2	Moyenne	5,96	6,02	5,26
	Écart-type	1,17	1,63	1,77
	N	86	80	201
	Minimum	3,78	2,13	2,23
	Maximum	9,12	9,74	9,58
	IC bas	3,25	2,17	1,50
	IC haut	8,25	9,78	8,80



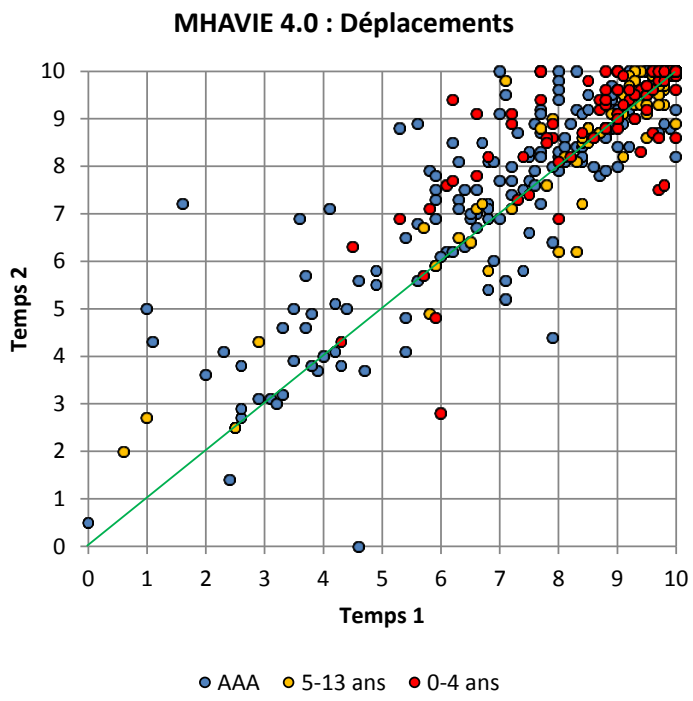
		0-4 ans	5-13 ans	AAA
Pearson	r	,71	,85	,82
	r^2	50%	72%	67%
	Sig.	,0000	,0000	,0000
	N	86	80	199
Spearman	r	,68	,84	,81
	r^2	47%	71%	65%
	Sig.	,0000	,0000	,0000
	N	86	80	199



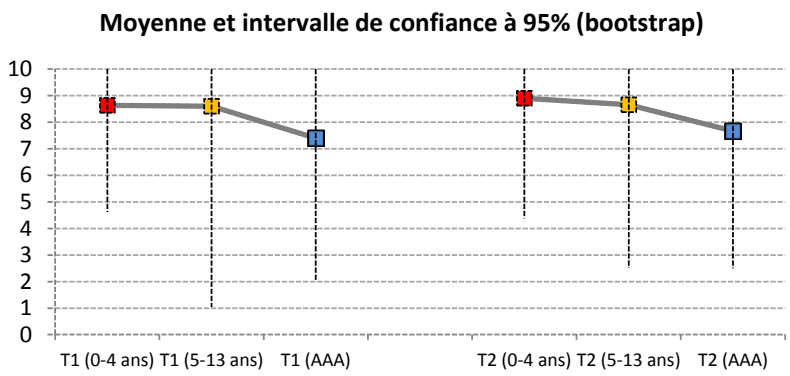
		0-4 ans	5-13 ans	AAA
Temps 1	Moyenne	7,63	6,90	7,93
	Écart-type	2,04	2,64	2,06
	N	98	94	231
	Minimum	3,38	1,66	1,50
	Maximum	9,17	9,98	9,63
	IC bas	1,82	1,31	2,10
	IC haut	10,00	10,00	10,00
Temps 2	Moyenne	7,81	7,11	8,11
	Écart-type	2,19	2,62	2,02
	N	86	80	201
	Minimum	3,78	2,13	2,23
	Maximum	9,12	9,74	9,58
	IC bas	1,91	1,02	2,30
	IC haut	10,00	10,00	10,00



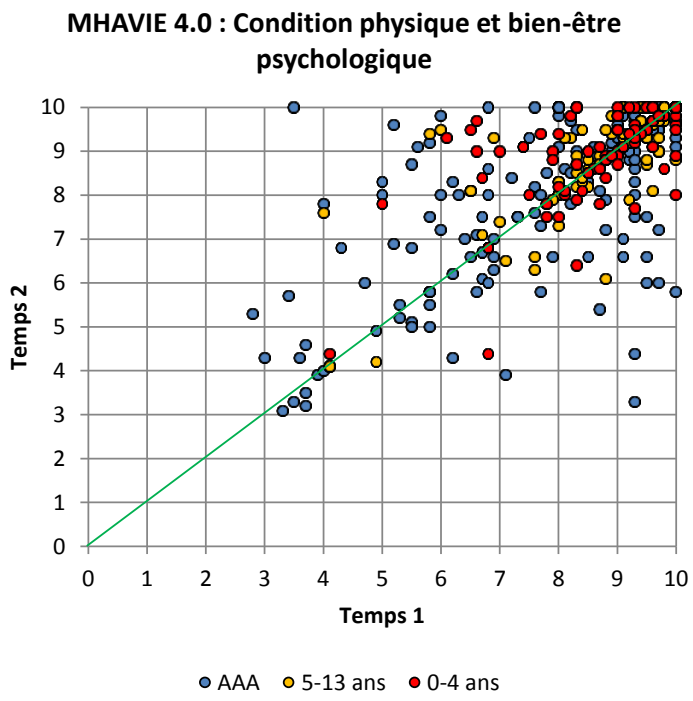
		0-4 ans	5-13 ans	AAA
Pearson	r	,73	,93	,88
	r^2	53%	86%	78%
	Sig.	,0000	,0000	,0000
	N	86	80	199
Spearman	r	,75	,91	,86
	r^2	56%	83%	74%
	Sig.	,0000	,0000	,0000
	N	86	80	199



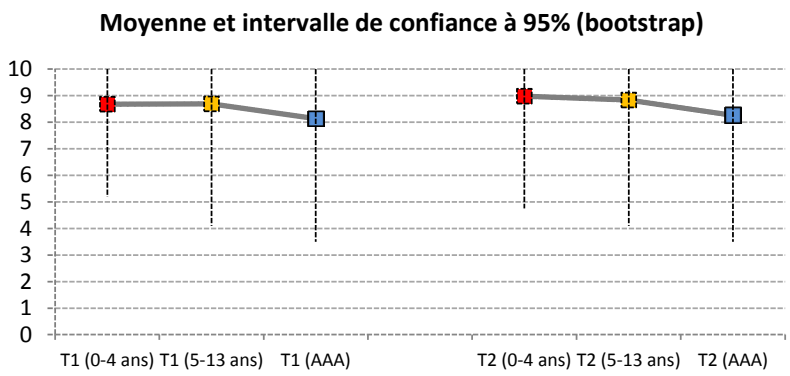
		0-4 ans	5-13 ans	AAA
Temps 1	Moyenne	8,64	8,61	7,40
	Écart-type	1,50	1,84	2,25
	N	97	94	231
	Minimum	3,38	1,66	1,50
	Maximum	9,17	9,98	9,63
	IC bas	4,62	1,04	2,00
	IC haut	10,00	10,00	10,00
Temps 2	Moyenne	8,90	8,66	7,67
	Écart-type	1,36	1,83	2,18
	N	86	80	201
	Minimum	3,78	2,13	2,23
	Maximum	9,12	9,74	9,58
	IC bas	4,38	2,51	2,50
	IC haut	10,00	10,00	10,00



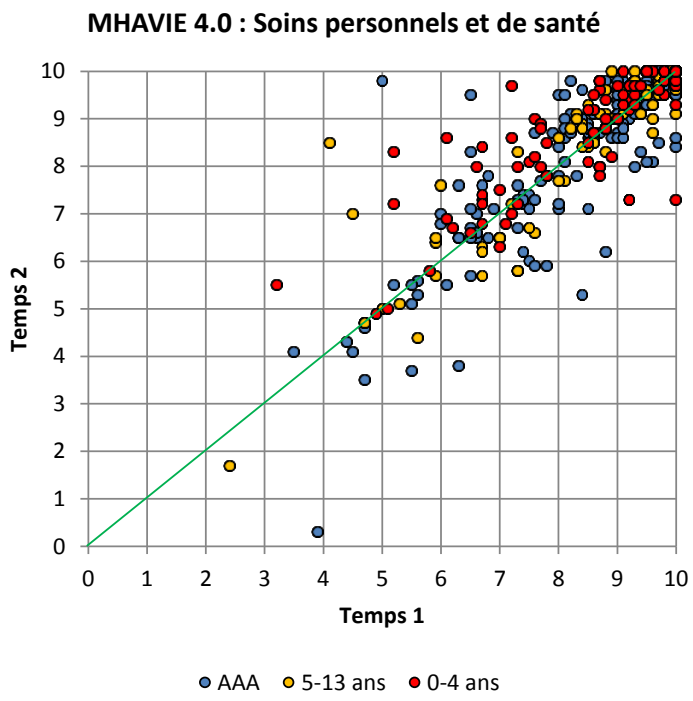
		0-4 ans	5-13 ans	AAA
Pearson	r	,76	,94	,87
	r^2	58%	88%	76%
	Sig.	,0000	,0000	,0000
	N	85	80	199
Spearman	r	,73	,85	,87
	r^2	54%	72%	75%
	Sig.	,0000	,0000	,0000
	N	85	80	199



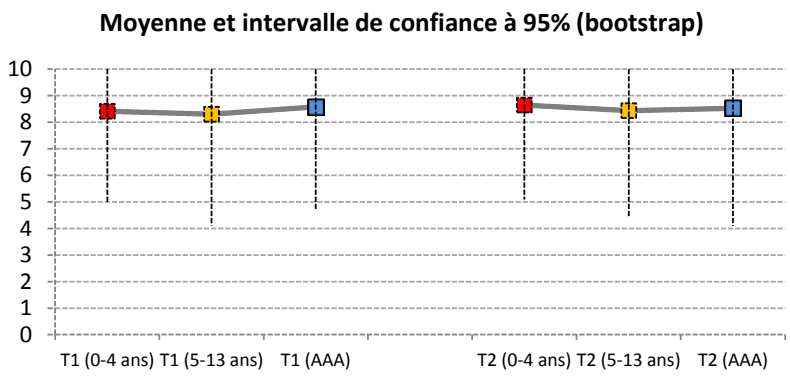
		0-4 ans	5-13 ans	AAA
Temps 1	Moyenne	8,68	8,69	8,13
	Écart-type	1,19	1,40	1,87
	N	98	94	231
	Minimum	3,38	1,66	1,50
	Maximum	9,17	9,98	9,63
	IC bas	5,19	4,10	3,50
	IC haut	10,00	10,00	10,00
Temps 2	Moyenne	8,99	8,83	8,25
	Écart-type	1,08	1,34	1,84
	N	86	80	201
	Minimum	3,78	2,13	2,23
	Maximum	9,12	9,74	9,58
	IC bas	4,75	4,10	3,50
	IC haut	10,00	10,00	10,00



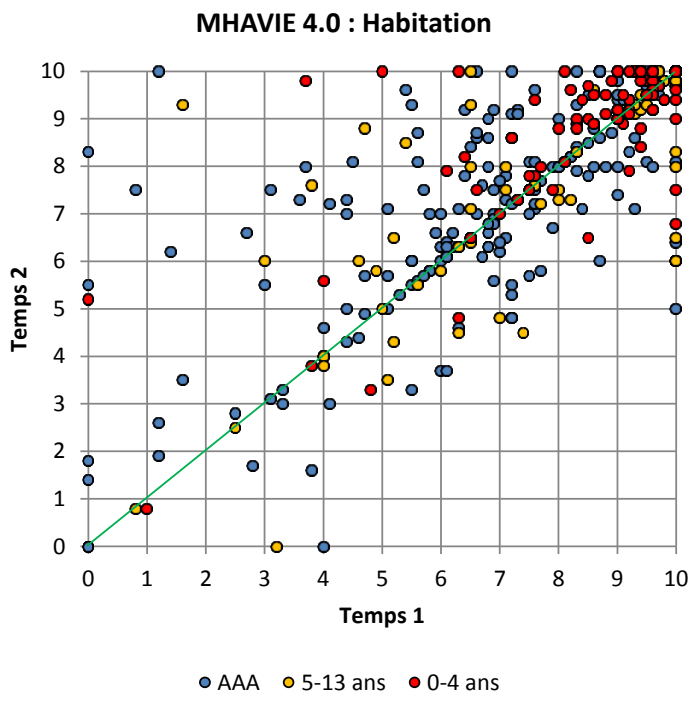
		0-4 ans	5-13 ans	AAA
Pearson	r	,61	,76	,69
	r^2	37%	58%	48%
	Sig.	,0000	,0000	,0000
	N	86	80	199
Spearman	r	,62	,77	,70
	r^2	39%	60%	49%
	Sig.	,0000	,0000	,0000
	N	86	80	199



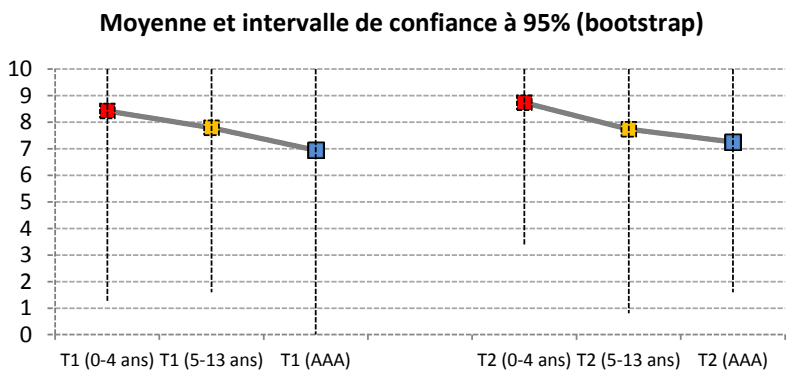
		0-4 ans	5-13 ans	AAA
Temps 1	Moyenne	8,42	8,30	8,58
	Écart-type	1,49	1,61	1,46
	N	98	94	231
	Minimum	3,38	1,66	1,50
	Maximum	9,17	9,98	9,63
	IC bas	4,94	4,11	4,70
	IC haut	10,00	10,00	10,00
Temps 2	Moyenne	8,65	8,43	8,52
	Écart-type	1,27	1,69	1,66
	N	86	80	201
	Minimum	3,78	2,13	2,23
	Maximum	9,12	9,74	9,58
	IC bas	5,09	4,41	4,10
	IC haut	10,00	10,00	10,00



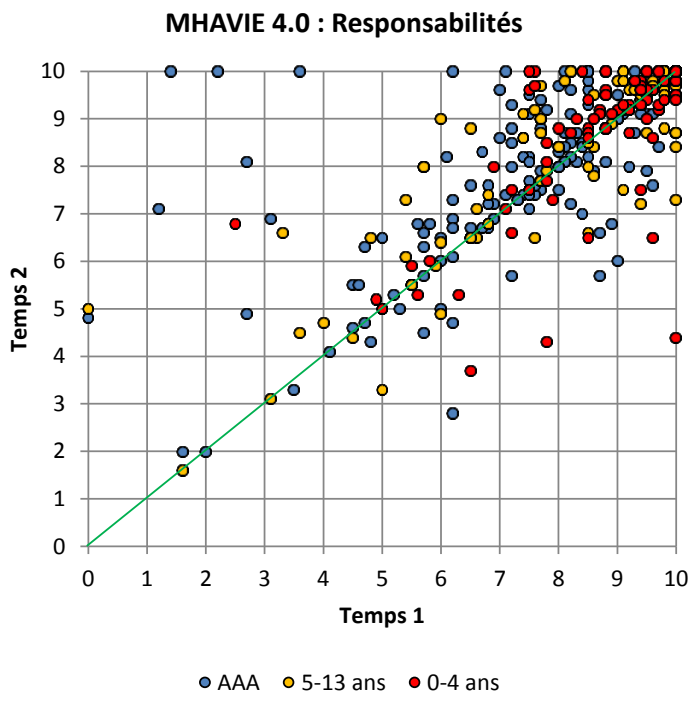
		0-4 ans	5-13 ans	AAA
Pearson	r	,81	,88	,87
	r^2	66%	78%	75%
	Sig.	,0000	,0000	,0000
	N	86	80	199
Spearman	r	,80	,89	,84
	r^2	64%	78%	70%
	Sig.	,0000	,0000	,0000
	N	86	80	199



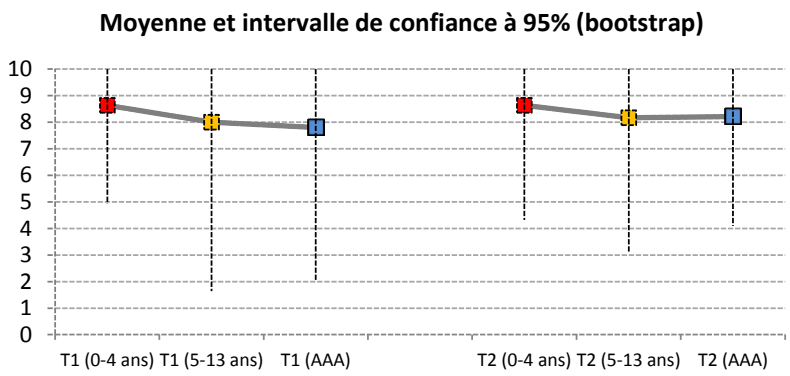
		0-4 ans	5-13 ans	AAA
Temps 1	Moyenne	8,42	7,79	6,95
	Écart-type	1,87	2,29	2,50
	N	94	93	228
	Minimum	3,38	1,66	1,50
	Maximum	9,17	9,98	9,63
	IC bas	1,27	1,60	0,00
	IC haut	10,00	10,00	10,00
Temps 2	Moyenne	8,73	7,74	7,25
	Écart-type	1,69	2,28	2,27
	N	86	80	199
	Minimum	3,78	2,13	2,23
	Maximum	9,12	9,74	9,58
	IC bas	3,35	0,80	1,59
	IC haut	10,00	10,00	10,00



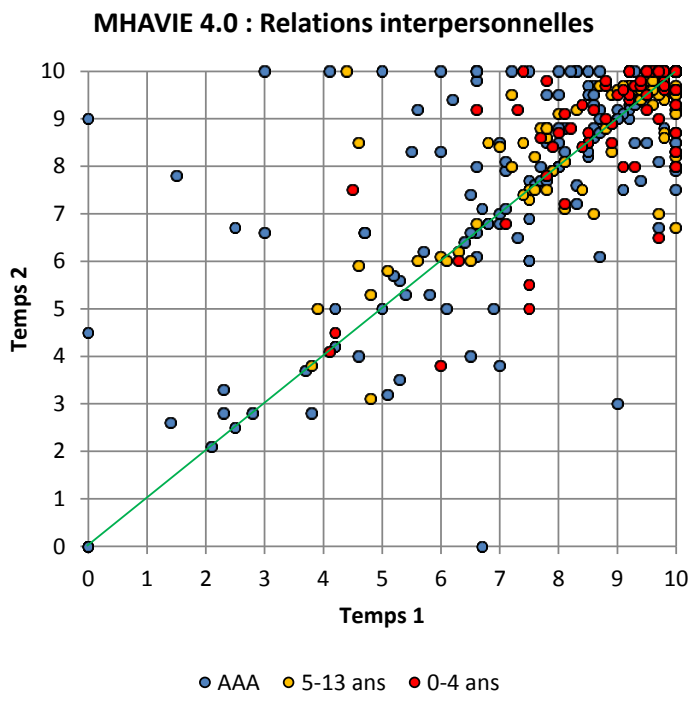
		0-4 ans	5-13 ans	AAA
Pearson	r	,73	,72	,72
	r^2	53%	51%	51%
	Sig.	,0000	,0000	,0000
	N	83	79	197
Spearman	r	,59	,68	,72
	r^2	34%	46%	51%
	Sig.	,0000	,0000	,0000
	N	83	79	197



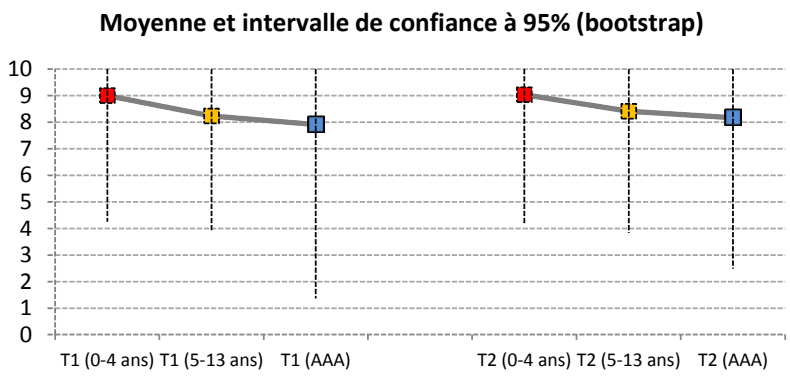
		0-4 ans	5-13 ans	AAA
Temps 1	Moyenne	8,63	8,00	7,80
	Écart-type	1,47	2,06	2,02
	N	98	94	231
	Minimum	3,38	1,66	1,50
	Maximum	9,17	9,98	9,63
	IC bas	4,92	1,64	2,00
	IC haut	10,00	10,00	10,00
Temps 2	Moyenne	8,64	8,17	8,22
	Écart-type	1,62	1,89	1,76
	N	86	80	201
	Minimum	3,78	2,13	2,23
	Maximum	9,12	9,74	9,58
	IC bas	4,32	3,11	4,10
	IC haut	10,00	10,00	10,00



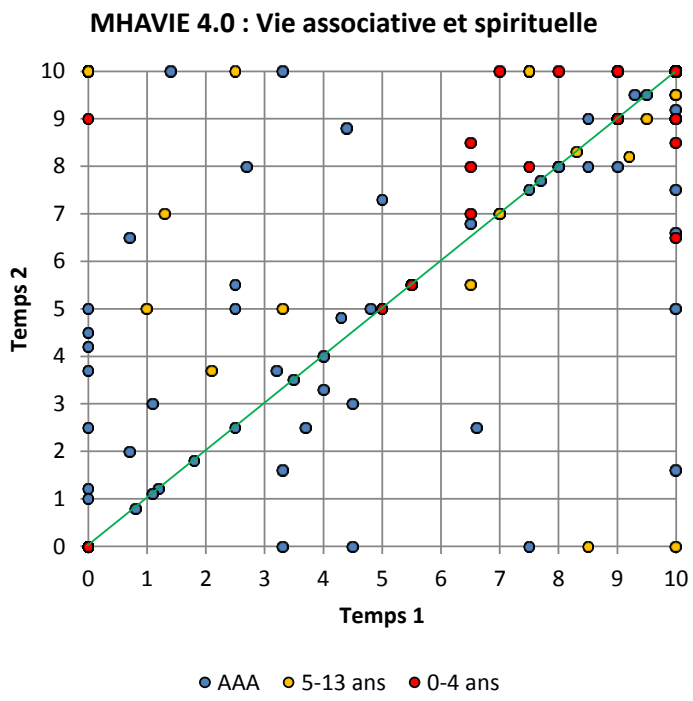
		0-4 ans	5-13 ans	AAA
Pearson	r	,70	,84	,71
	r^2	49%	70%	51%
	Sig.	,0000	,0000	,0000
	N	86	80	199
Spearman	r	,68	,75	,75
	r^2	46%	57%	57%
	Sig.	,0000	,0000	,0000
	N	86	80	199



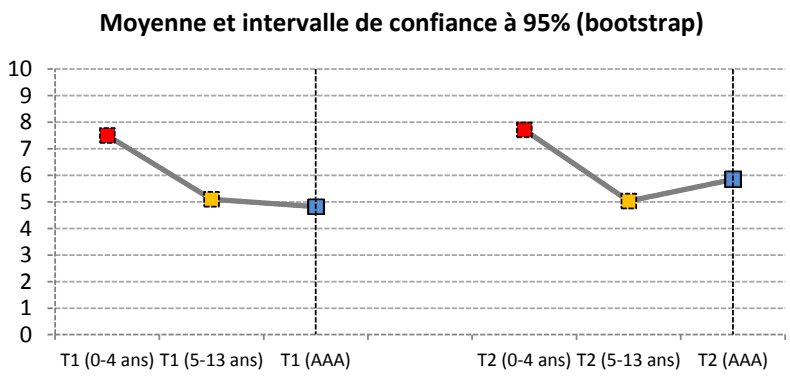
		0-4 ans	5-13 ans	AAA
Temps 1	Moyenne	9,01	8,24	7,92
	Écart-type	1,33	1,67	2,37
	N	98	94	230
	Minimum	3,38	1,66	1,50
	Maximum	9,17	9,98	9,63
	IC bas	4,25	3,91	1,37
	IC haut	10,00	10,00	10,00
Temps 2	Moyenne	9,04	8,42	8,17
	Écart-type	1,43	1,55	2,25
	N	86	80	200
	Minimum	3,78	2,13	2,23
	Maximum	9,12	9,74	9,58
	IC bas	4,17	3,83	2,49
	IC haut	10,00	10,00	10,00



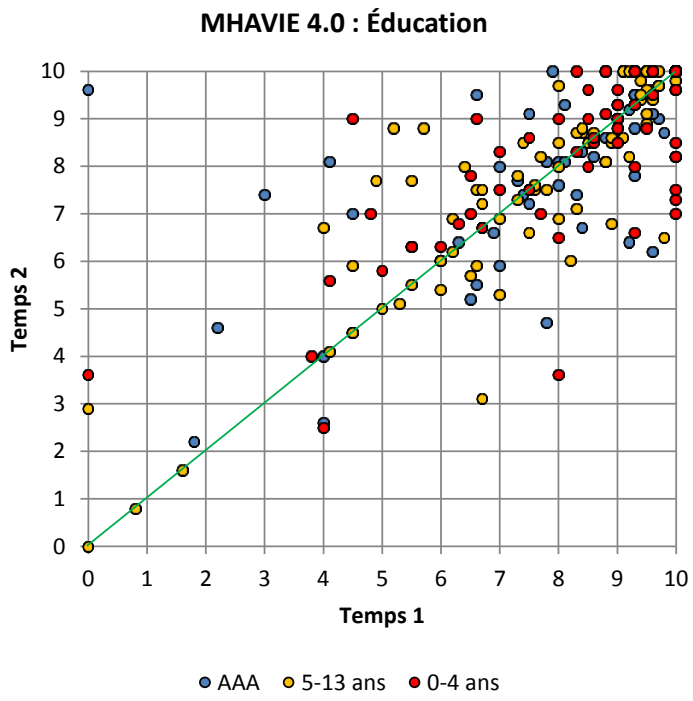
		0-4 ans	5-13 ans	AAA
Pearson	r	,75	,75	,73
	r^2	56%	57%	53%
	Sig.	,0000	,0000	,0000
	N	86	80	198
Spearman	r	,67	,65	,70
	r^2	45%	42%	48%
	Sig.	,0000	,0000	,0000
	N	86	80	198



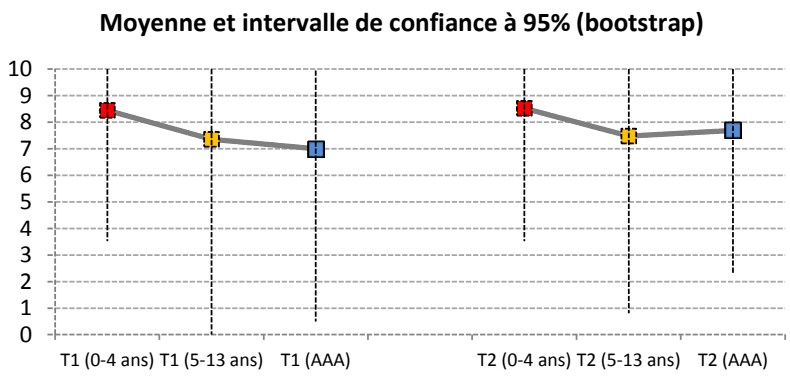
		0-4 ans	5-13 ans	AAA
Temps 1	Moyenne	7,50	5,10	4,82
	Écart-type	3,24	4,50	4,23
	N	26	52	153
	Minimum	3,38	1,66	1,50
	Maximum	9,17	9,98	9,63
	IC bas	0,00	0,00	0,00
	IC haut			10,00
Temps 2	Moyenne	7,72	5,04	5,85
	Écart-type	2,90	4,53	3,95
	N	23	46	116
	Minimum	3,78	2,13	2,23
	Maximum	9,12	9,74	9,58
	IC bas	0,00	0,00	0,00
	IC haut			10,00



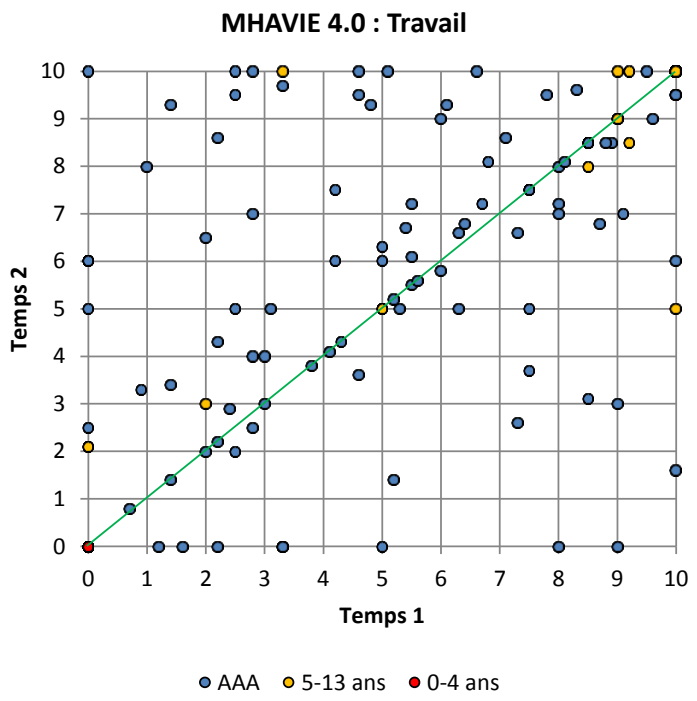
		0-4 ans	5-13 ans	AAA
Pearson	r	,72	,67	,74
	r^2	52%	44%	54%
	Sig.	,0005	,0000	,0000
	N	19	38	103
Spearman	r	,64	,66	,71
	r^2	40%	44%	50%
	Sig.	,0034	,0000	,0000
	N	19	38	103



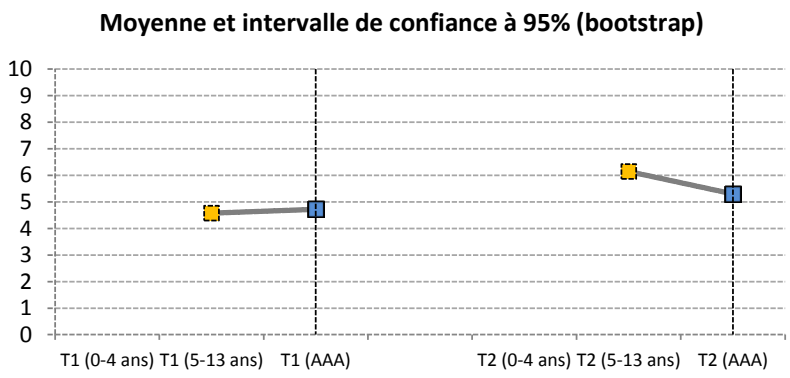
		0-4 ans	5-13 ans	AAA
Temps 1	Moyenne	8,45	7,36	7,00
	Écart-type	1,98	2,22	2,89
	N	86	93	71
	Minimum	3,38	1,66	1,50
	Maximum	9,17	9,98	9,63
	IC bas	3,52	0,00	0,50
	IC haut	10,00	10,00	9,95
Temps 2	Moyenne	8,53	7,48	7,69
	Écart-type	1,73	2,16	1,90
	N	78	80	54
	Minimum	3,78	2,13	2,23
	Maximum	9,12	9,74	9,58
	IC bas	3,52	0,80	2,31
	IC haut	10,00	10,00	10,00



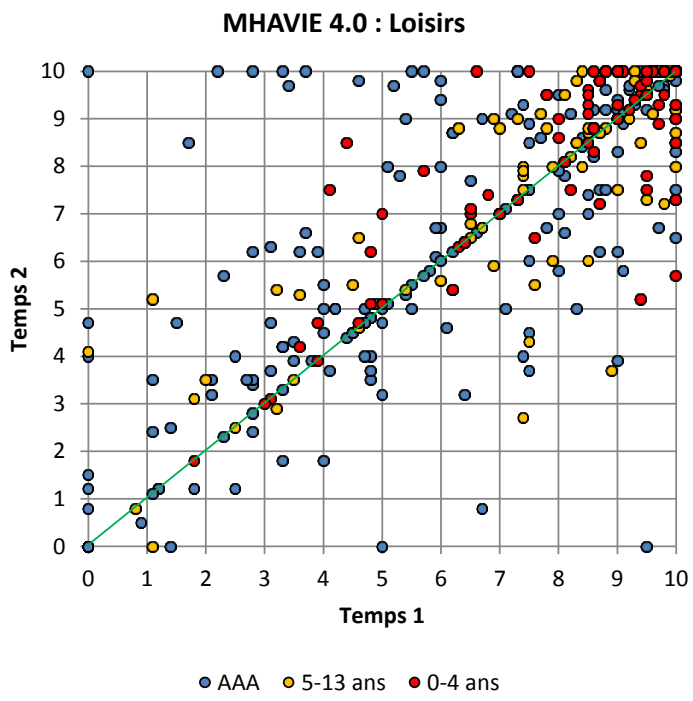
		0-4 ans	5-13 ans	AAA
Pearson	r	,76	,85	,56
	r^2	58%	73%	31%
	Sig.	,0000	,0000	,0000
	N	76	79	50
Spearman	r	,71	,80	,59
	r^2	51%	63%	35%
	Sig.	,0000	,0000	,0000
	N	76	79	50



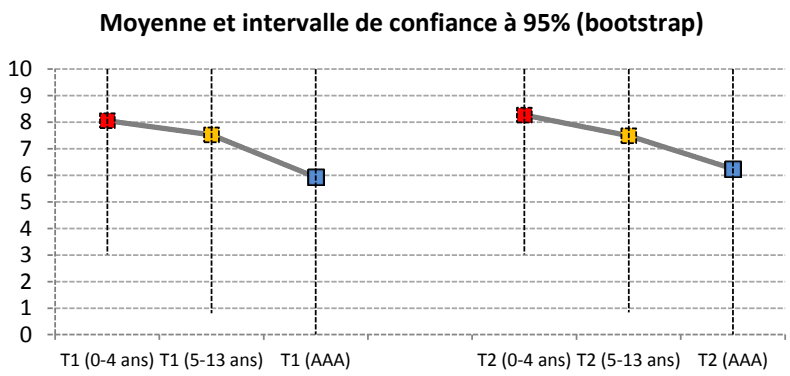
		0-4 ans	5-13 ans	AAA
Temps 1	Moyenne	0,00	4,57	4,72
	Écart-type	0,00	4,61	3,58
	N	98	**31**	172
	Minimum	3,38	1,66	1,50
	Maximum	9,17	9,98	9,63
	IC bas			0,00
	IC haut			10,00
Temps 2	Moyenne	0,00	6,15	5,29
	Écart-type	0,00	4,18	3,70
	N	98	**22**	139
	Minimum	3,78	2,13	2,23
	Maximum	9,12	9,74	9,58
	IC bas			0,00
	IC haut			10,00



		0-4 ans	5-13 ans	AAA
Pearson	r	.a	,88	,65
	r^2	#VALEUR!	77%	42%
	Sig.	,0000	,0000	,0000
	N	98	18	132
Spearman	r	,00	,80	,65
	r^2	0%	65%	42%
	Sig.	,0000	,0001	,0000
	N	98	18	132

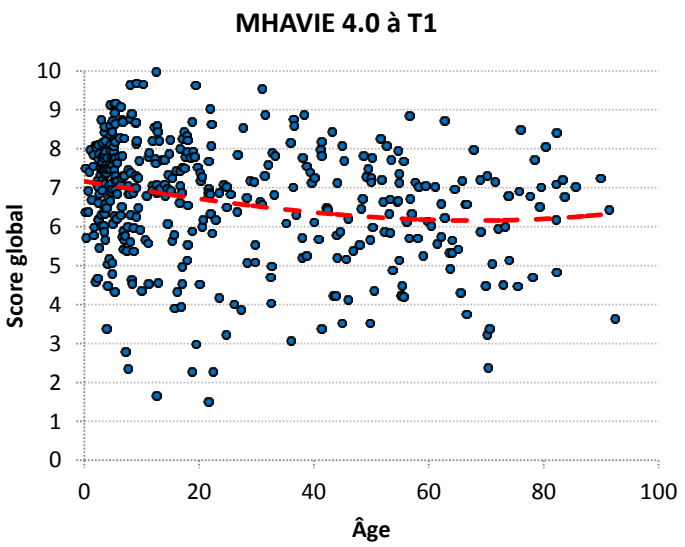


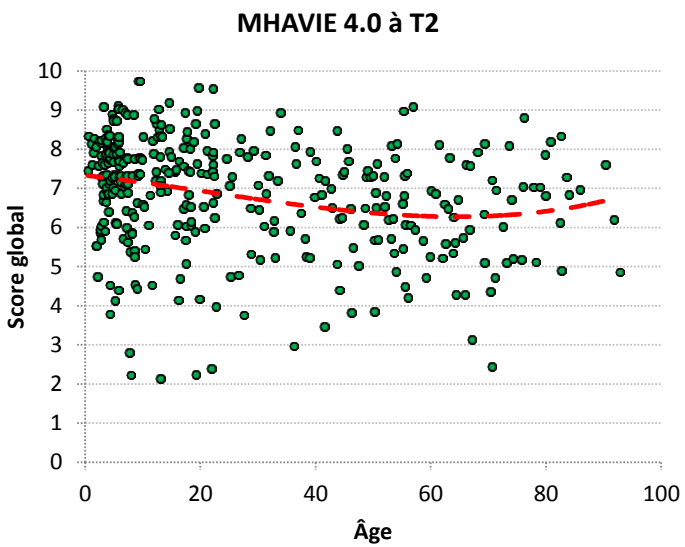
		0-4 ans	5-13 ans	AAA
Temps 1	Moyenne	8,06	7,53	5,93
	Écart-type	2,07	2,48	3,05
	N	97	94	225
	Minimum	3,38	1,66	1,50
	Maximum	9,17	9,98	9,63
	IC bas	3,02	0,81	0,00
	IC haut	10,00	10,00	10,00
Temps 2	Moyenne	8,27	7,49	6,24
	Écart-type	1,97	2,41	3,05
	N	86	80	196
	Minimum	3,78	2,13	2,23
	Maximum	9,12	9,74	9,58
	IC bas	3,02	0,84	0,00
	IC haut	10,00	10,00	10,00

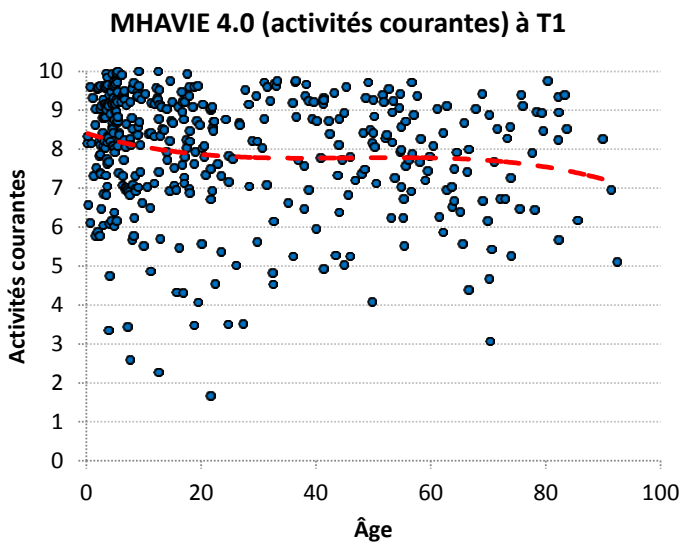


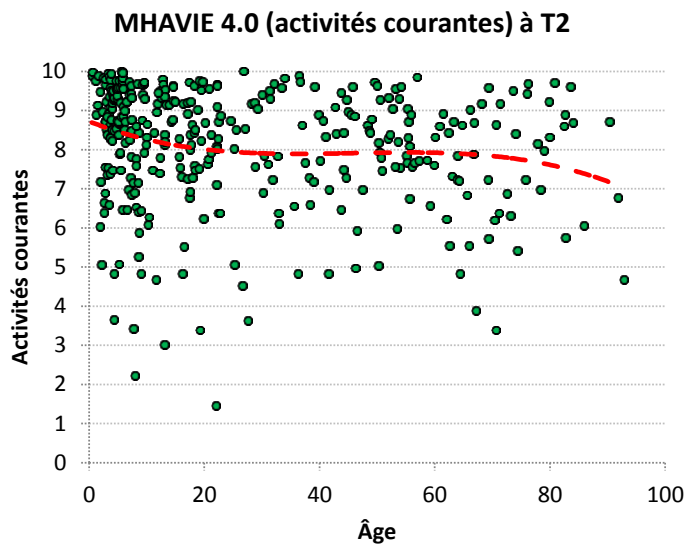
		0-4 ans	5-13 ans	AAA
Pearson	r	,80	,82	,71
	r^2	64%	67%	51%
	Sig.	,0000	,0000	,0000
	N	85	80	193
Spearman	r	,67	,77	,69
	r^2	45%	60%	47%
	Sig.	,0000	,0000	,0000
	N	85	80	193

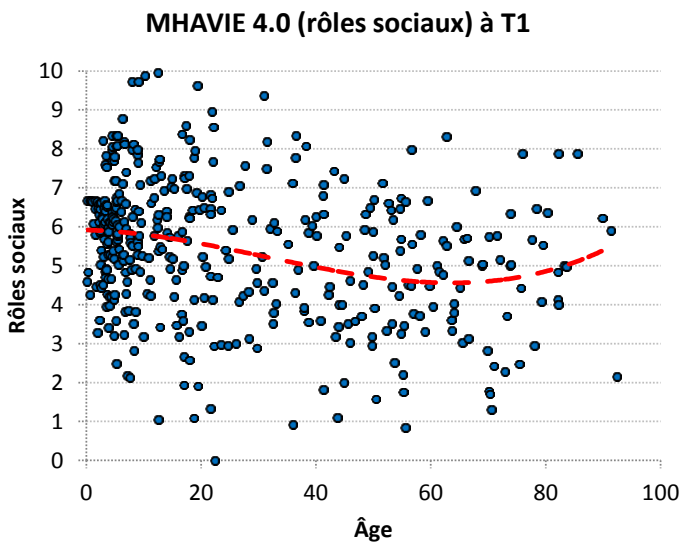
Graphiques 55-82 - Utilisation de la MHAVIE selon l'âge, temps 1 versus temps 2 pour une perspective longitudinale, pour l'ensemble (score total), les activités courantes, les rôles sociaux et pour chacune des habitudes de vie.

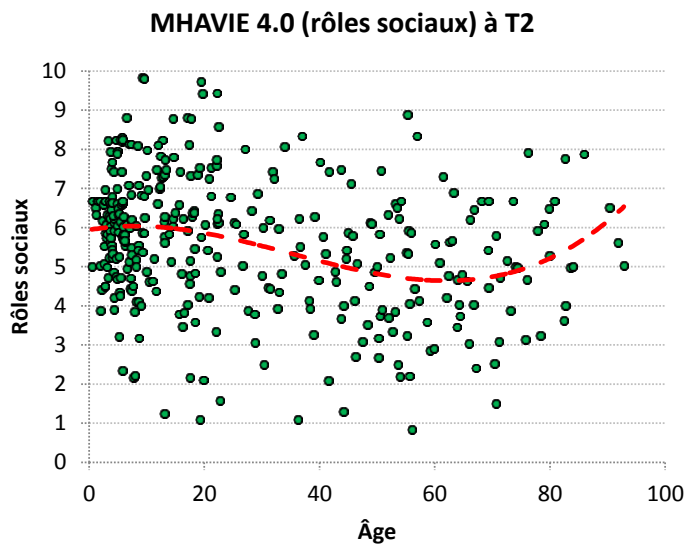


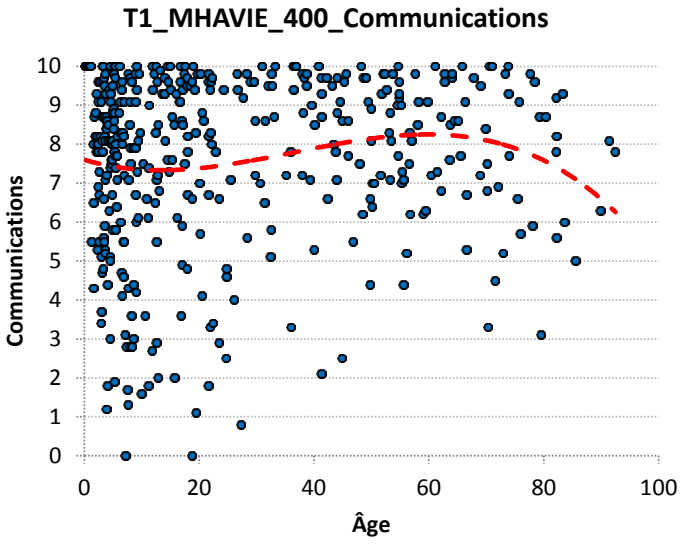


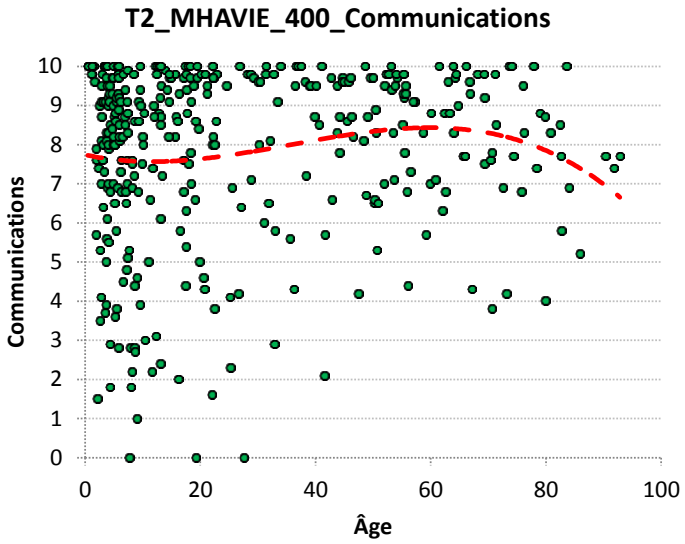

MHAVIE 4.0 (activités courantes) à T1
Activités courantes
Âge
0
1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
0
20
40
60
80
100

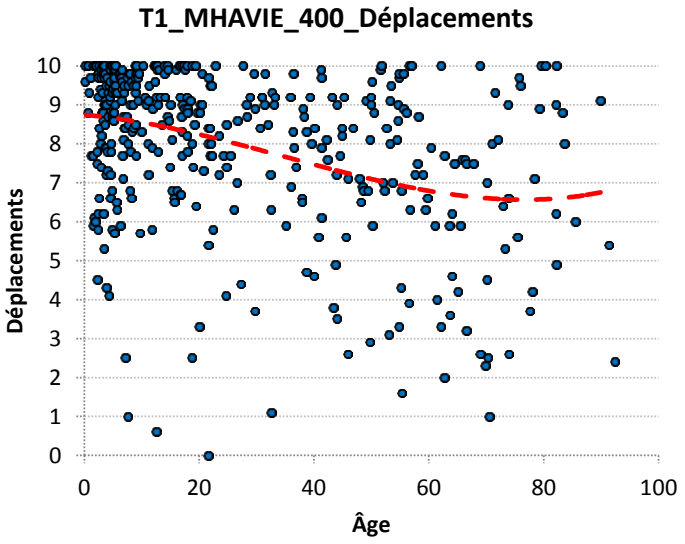

MHAVIE 4.0 (activités courantes) à T2
Activités courantes
Âge
0
1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
0
20
40
60
80
100

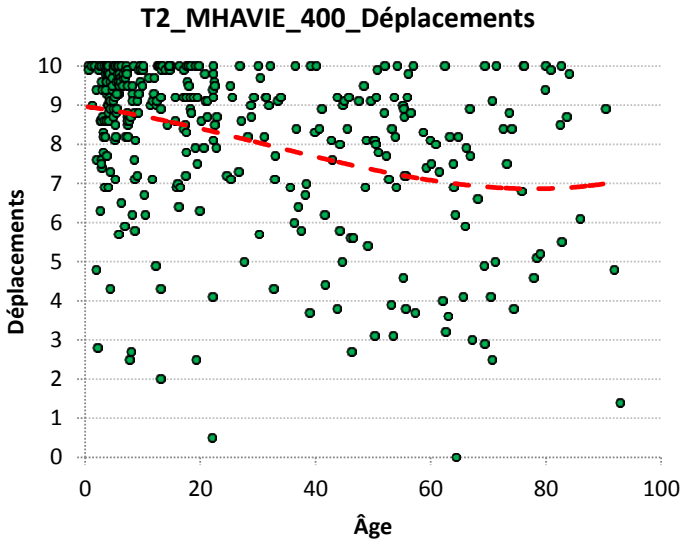

MHAVIE 4.0 (rôles sociaux) à T1
Rôles sociaux
Âge
0
1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
0
20
40
60
80
100

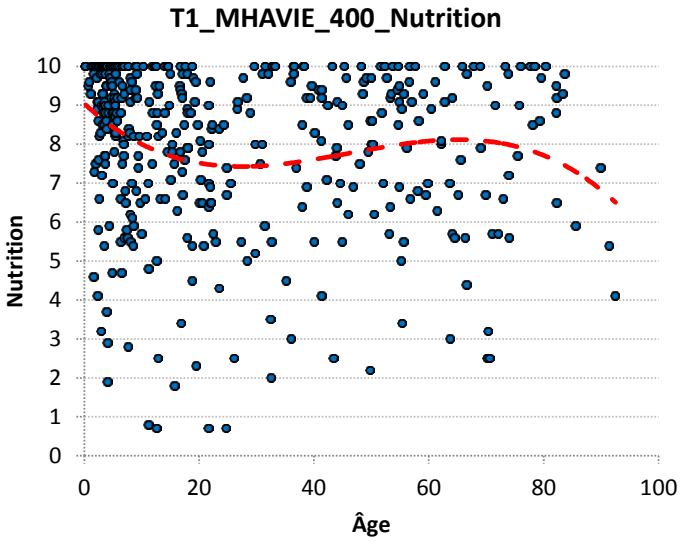

MHAVIE 4.0 (rôles sociaux) à T2
Rôles sociaux
Âge
0
1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
0
20
40
60
80
100

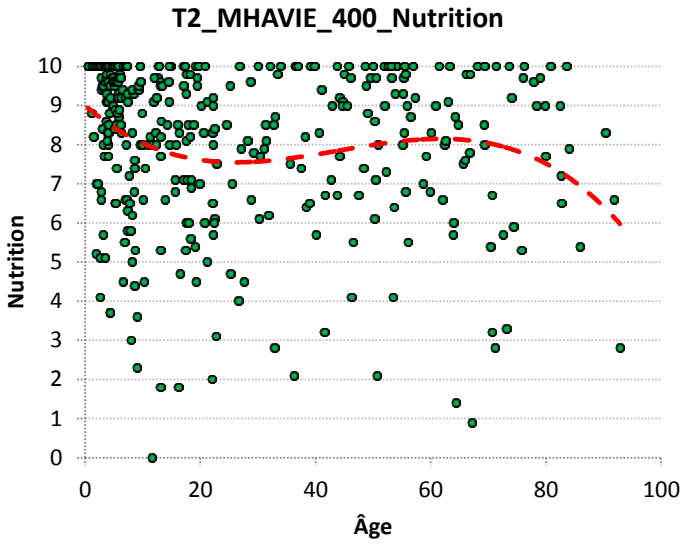

T1_MHAVIE_400_Communications
Communications
Âge
0
1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
0
20
40
60
80
100

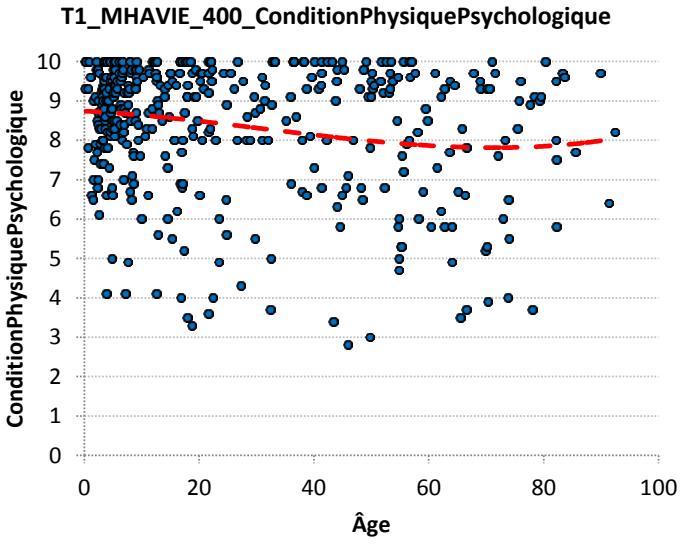

T2_MHAVIE_400_Communications
Communications
Âge
0
1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
0
20
40
60
80
100

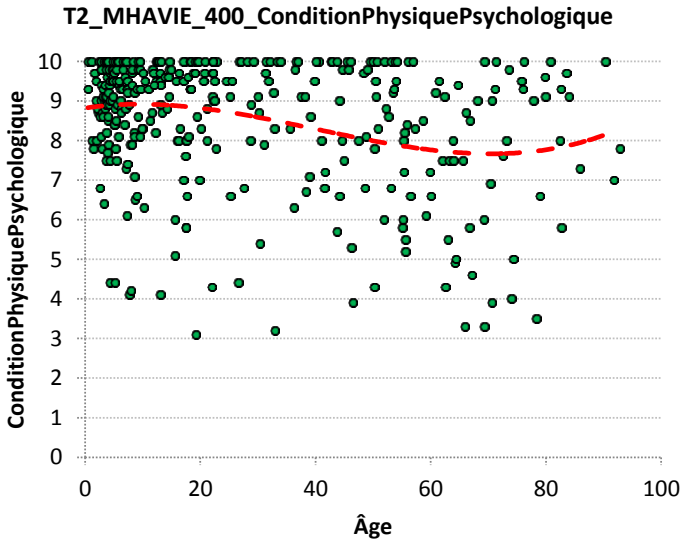

T1_MHAVIE_400_Déplacements
Déplacements
Âge
0
1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
0
20
40
60
80
100

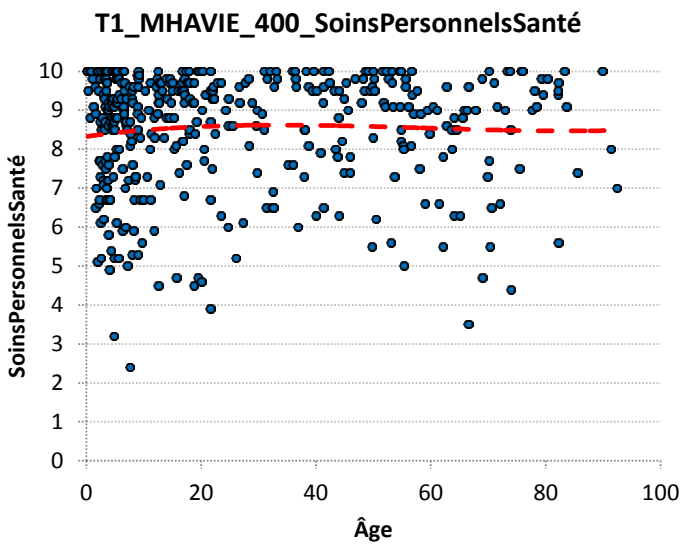

T2_MHAVIE_400_Déplacements
Déplacements
Âge
0
1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
0
20
40
60
80
100

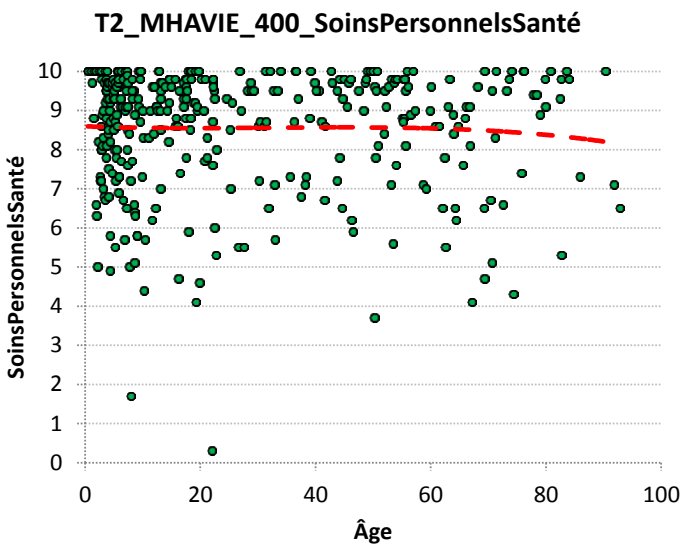

T1_MHAVIE_400_Nutrition
Nutrition
Âge
0
1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
0
20
40
60
80
100

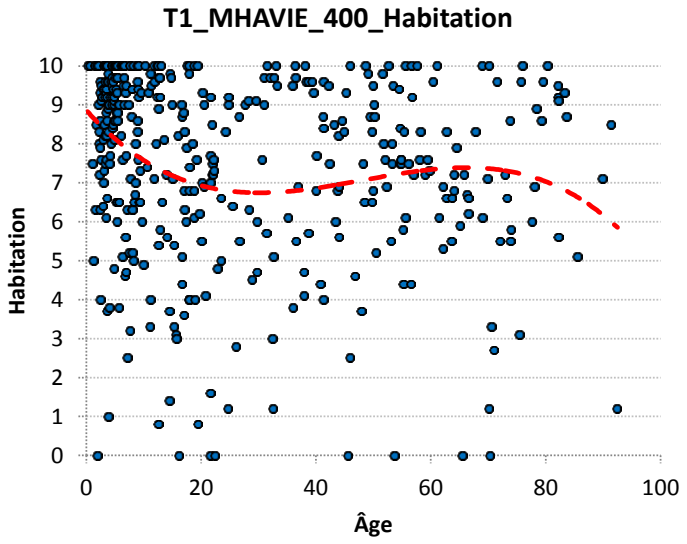

T2_MHAVIE_400_Nutrition
Nutrition
Âge
0
1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
0
20
40
60
80
100

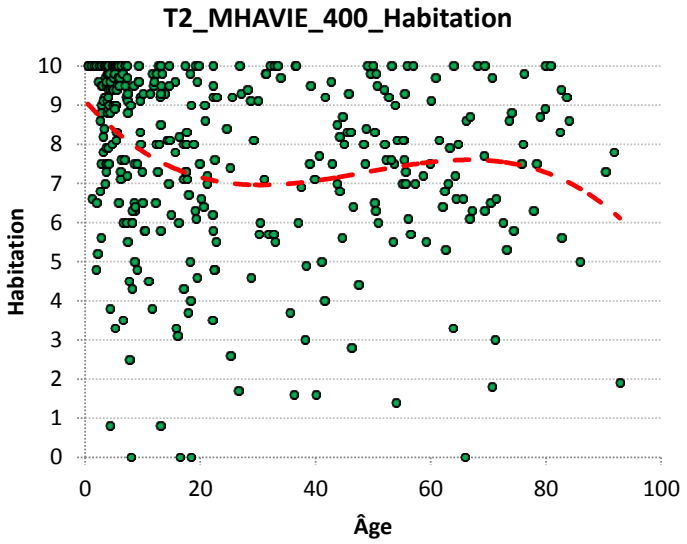

T1_MHAVIE_400_ConditionPhysiquePsychologique
ConditionPhysiquePsychologique
Âge
0
1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
0
20
40
60
80
100

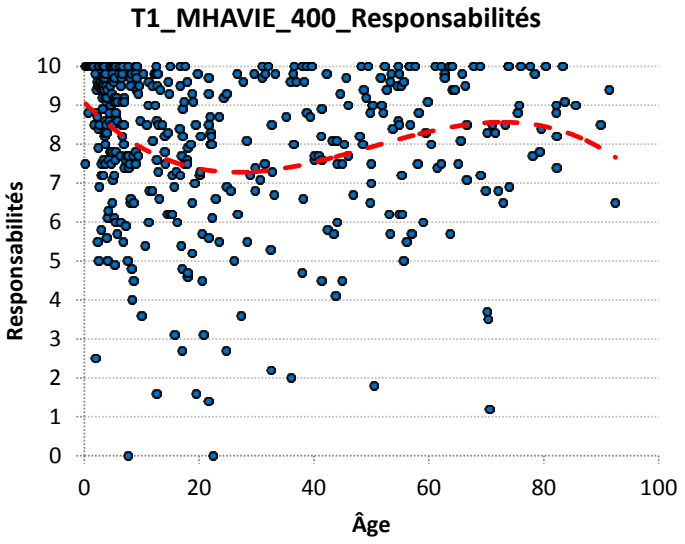

T2_MHAVIE_400_ConditionPhysiquePsychologique
ConditionPhysiquePsychologique
Âge
0
1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
0
20
40
60
80
100

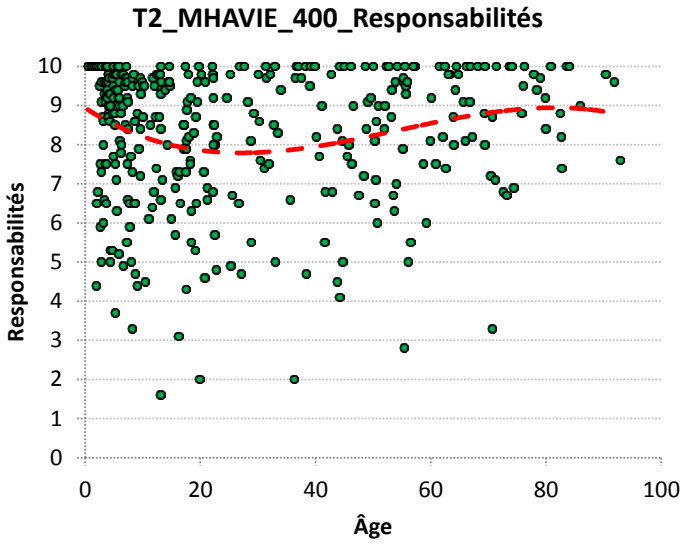

T1_MHAVIE_400_SoinsPersonnelsSanté
SoinsPersonnelsSanté
Âge
0
1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
0
20
40
60
80
100

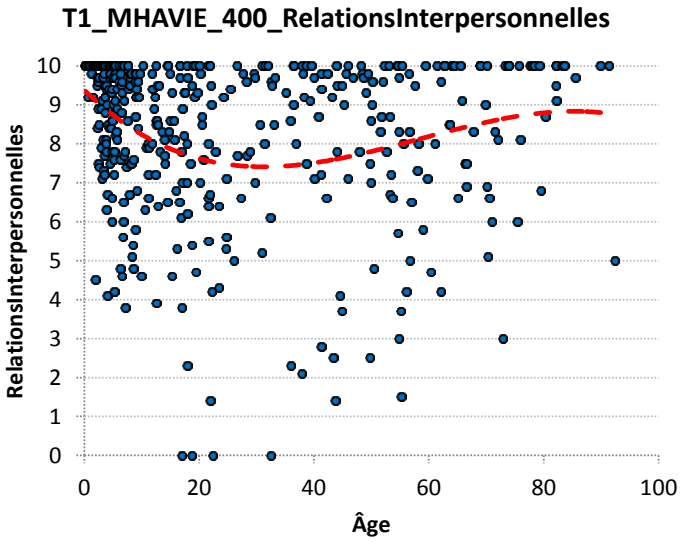

T2_MHAVIE_400_SoinsPersonnelsSanté
SoinsPersonnelsSanté
Âge
0
1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
0
20
40
60
80
100

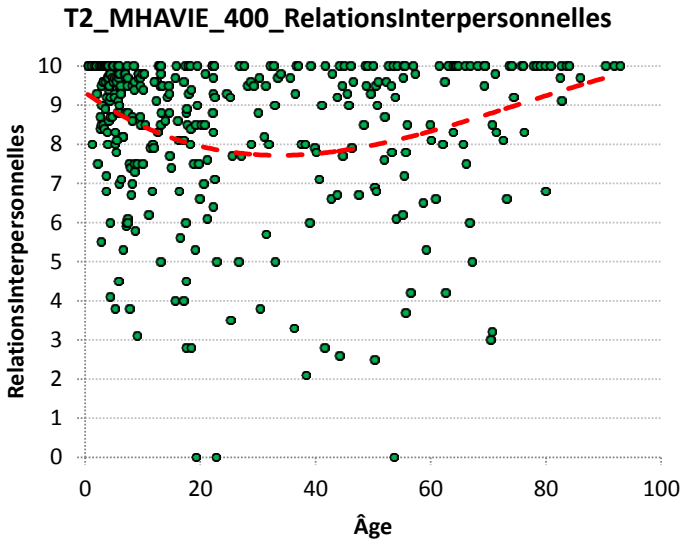

T1_MHAVIE_400_Habitation
Habitation
Âge
0
1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
0
20
40
60
80
100

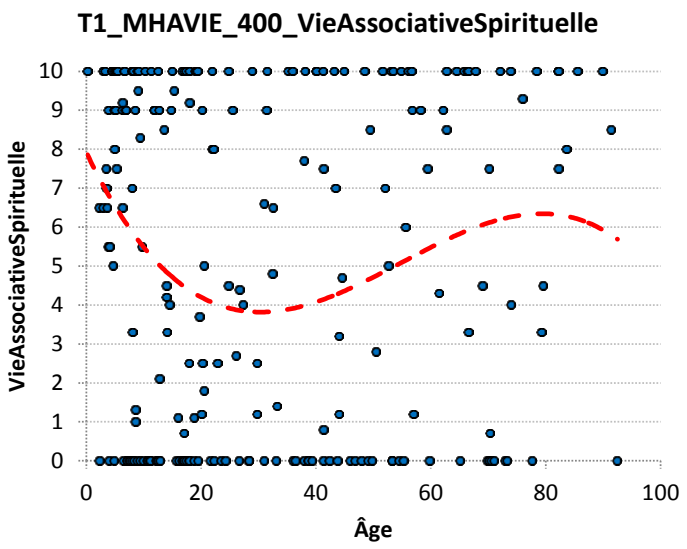

T2_MHAVIE_400_Habitation
Habitation
Âge
0
1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
0
20
40
60
80
100

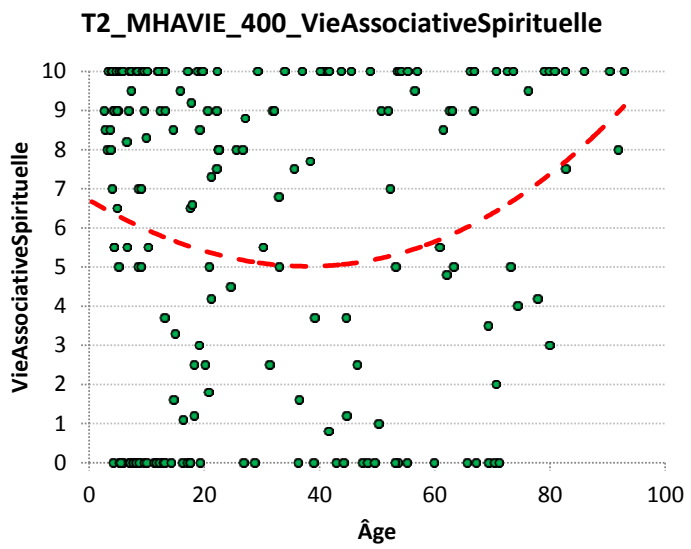

T1_MHAVIE_400_Responsabilités
Responsabilités
Âge
0
1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
0
20
40
60
80
100

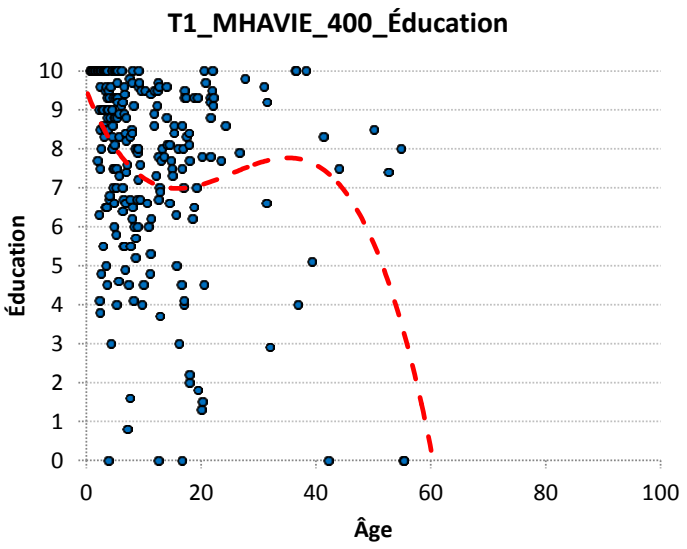

T2_MHAVIE_400_Responsabilités
Responsabilités
Âge
0
1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
0
20
40
60
80
100

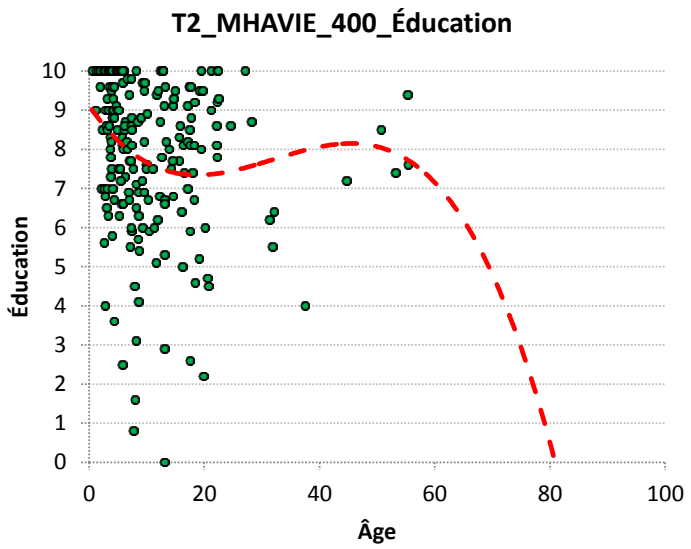

T1_MHAVIE_400_RelationsInterpersonnelles
RelationsInterpersonnelles
Âge
0
1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
0
20
40
60
80
100

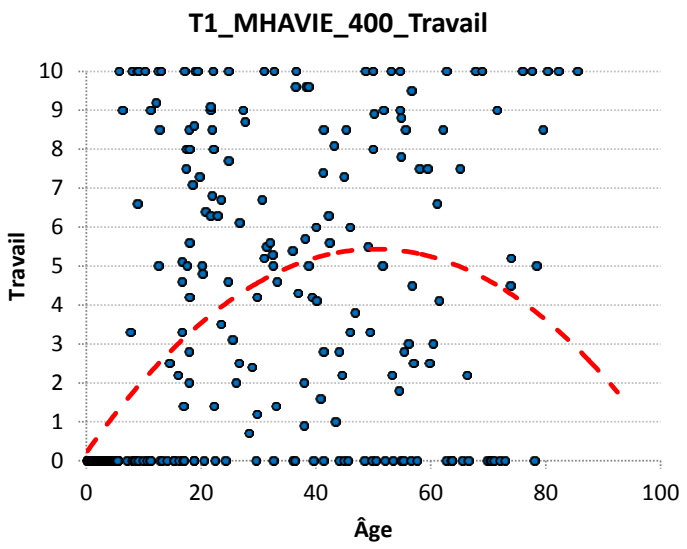

T2_MHAVIE_400_RelationsInterpersonnelles
RelationsInterpersonnelles
Âge
0
1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
0
20
40
60
80
100

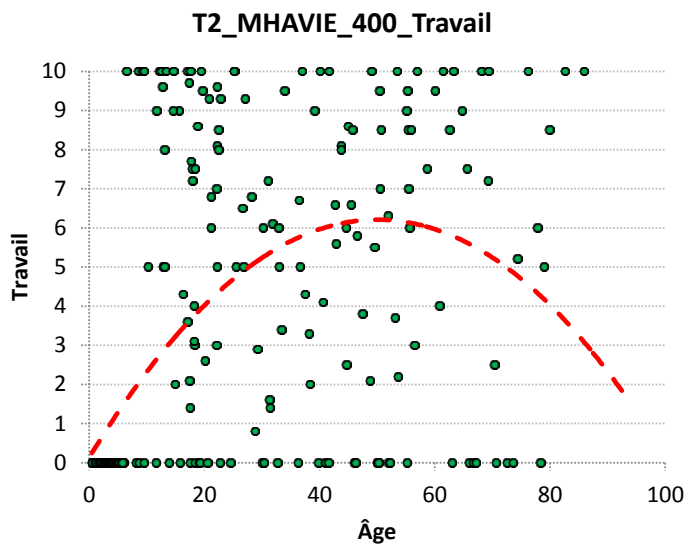

T1_MHAVIE_400_VieAssociativeSpirituelle
VieAssociativeSpirituelle
Âge
0
1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
0
20
40
60
80
100

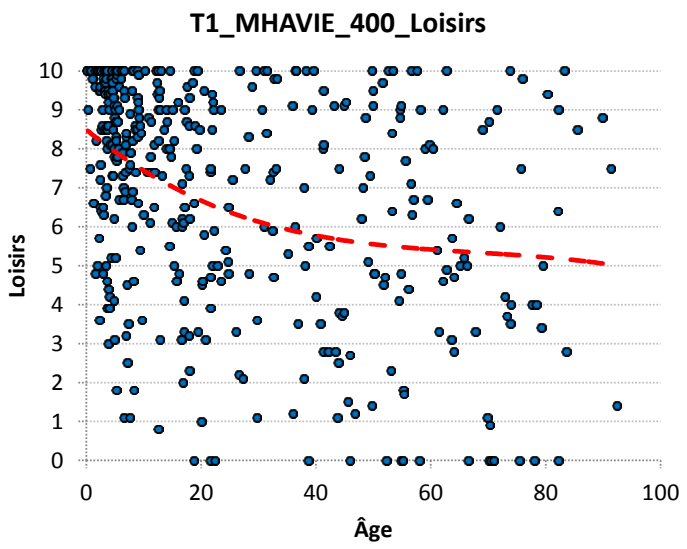

T2_MHAVIE_400_VieAssociativeSpirituelle
VieAssociativeSpirituelle
Âge
0
1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
0
20
40
60
80
100

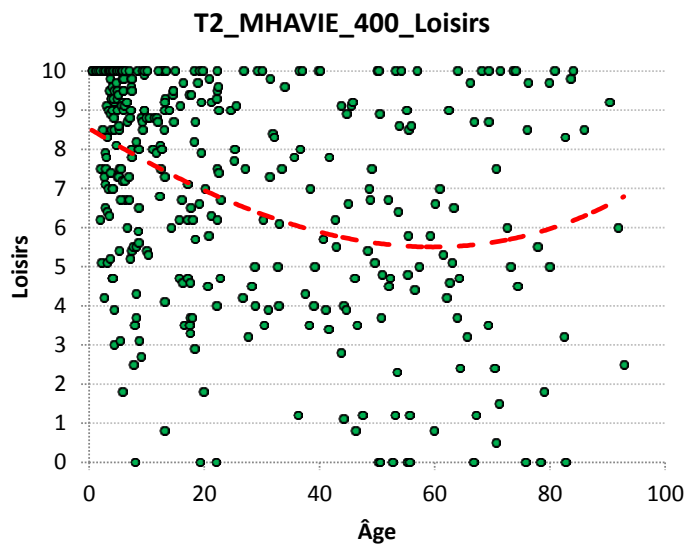

T1_MHAVIE_400_Éducation
Éducation
Âge
0
1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
0
20
40
60
80
100


T2_MHAVIE_400_Éducation
Éducation
Âge
0
1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
0
20
40
60
80
100


T1_MHAVIE_400_Travail
Travail
Âge
0
1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
0
20
40
60
80
100


T2_MHAVIE_400_Travail
Travail
Âge
0
1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
0
20
40
60
80
100

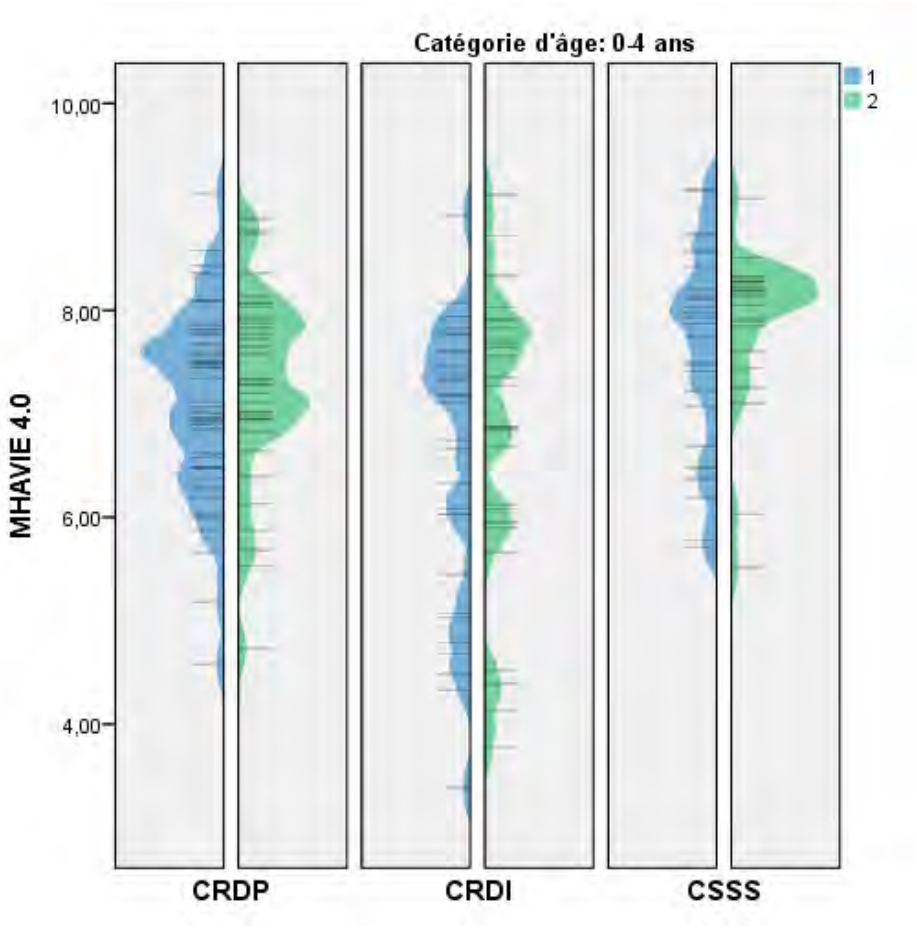

T1_MHAVIE_400_Loisirs
Loisirs
Âge
0
1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
0
20
40
60
80
100


T2_MHAVIE_400_Loisirs
Loisirs
Âge
0
1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
0
20
40
60
80
100

E- Profil comparatif de la réalisation des habitudes de vie selon les contextes d'intervention et les groupes d'âge, 2012

Cette dernière série d'analyses statistiques vise à répondre à l'objectif 5 qui concerne l'établissement de profil comparatif entre les participants selon les contextes d'intervention, soit les CRDP, les CRDITED et les CSSS. Des analyses de la variance ont été réalisées entre les trois groupes à l'aide d'une ANOVA ainsi que l'utilisation du coefficient G de Hedge pour déterminer les valeurs des différences entre les trois contextes intervention et selon les trois versions de la MHAVIE. Les analyses ont été effectuées d'abord pour l'ensemble des participants d'un groupe d'âge, pour les activités courantes, les rôles sociaux et finalement pour chacune des habitudes de vie. Dans l'ensemble, on observe les mêmes tendances en termes de distribution entre le temps 1 et 2 pour les différents groupes d'âge. On note cependant que les résultats rendent compte de l'existence de certaines différences significatives entre les contextes (voir données surlignées en jaune dans les tableaux) ; ce qui n'est pas une surprise en soi, car il s'agit de populations qui présentent des caractéristiques différentes selon les contextes d'intervention. Par exemple, on observe une distribution plus étendue sur l'ensemble de l'échelle du profil de réalisation des participants adultes pour l'habitude de vie déplacement en CSSS que dans les autres contextes; et les différences observées sont significatives. On note la même situation pour l'habitude de vie responsabilité, habitation chez les adultes. Il ne s'agit pas ici de chercher à dégager les éléments d'explication de ces différences, car ceux-ci peuvent être nombreux. Par contre, il faut insister encore une fois sur la qualité de la nouvelle échelle de réalisation de la MHAVIE qui permet de rendre compte d'une plus grande variance entre les individus que la version antérieure; ce qui permet d'affirmer que les changements apportés à l'instrument ont atteint leurs objectifs.

Graphiques 83-127 - Profil comparatif de la réalisation des habitudes de vie pour l'ensemble (score total), les activités courantes, les rôles sociaux et pour chacune des habitudes de vie selon les contextes d'intervention et les groupes d'âge, 2012.

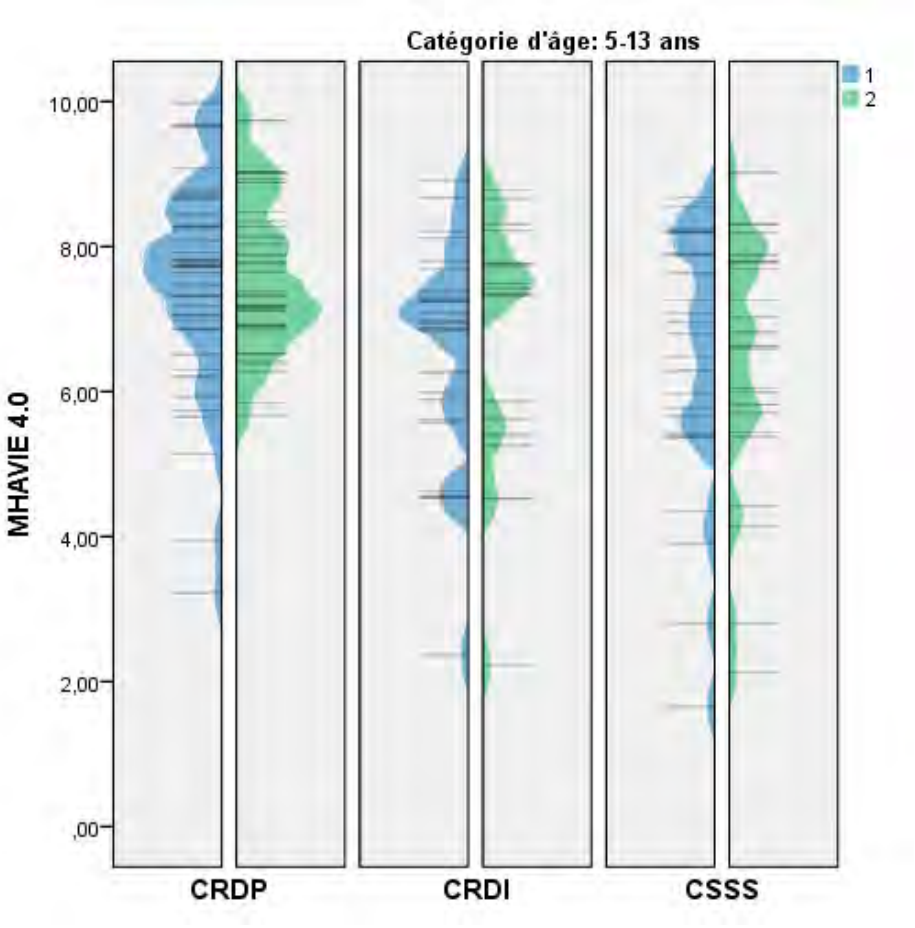


ANOVA : F(2,95) = 6,8 ; p = ,002
eta2 partiel = ,125

	Moyenne	Écart-type	N
CRDP	7,12	0,93	44
CRDI	6,54	1,37	29
CSSS	7,63	0,99	25
Total	7,08	1,15	98

	CRDI	CSSS	
CRDP	0,58	-0,51	Différence
	,084	,197	*p*
	0,53	-0,47	g de Hedge

	CSSS	
CRDI	-1,09	Différence
	,001	*p*
	-1,00	g de Hedge

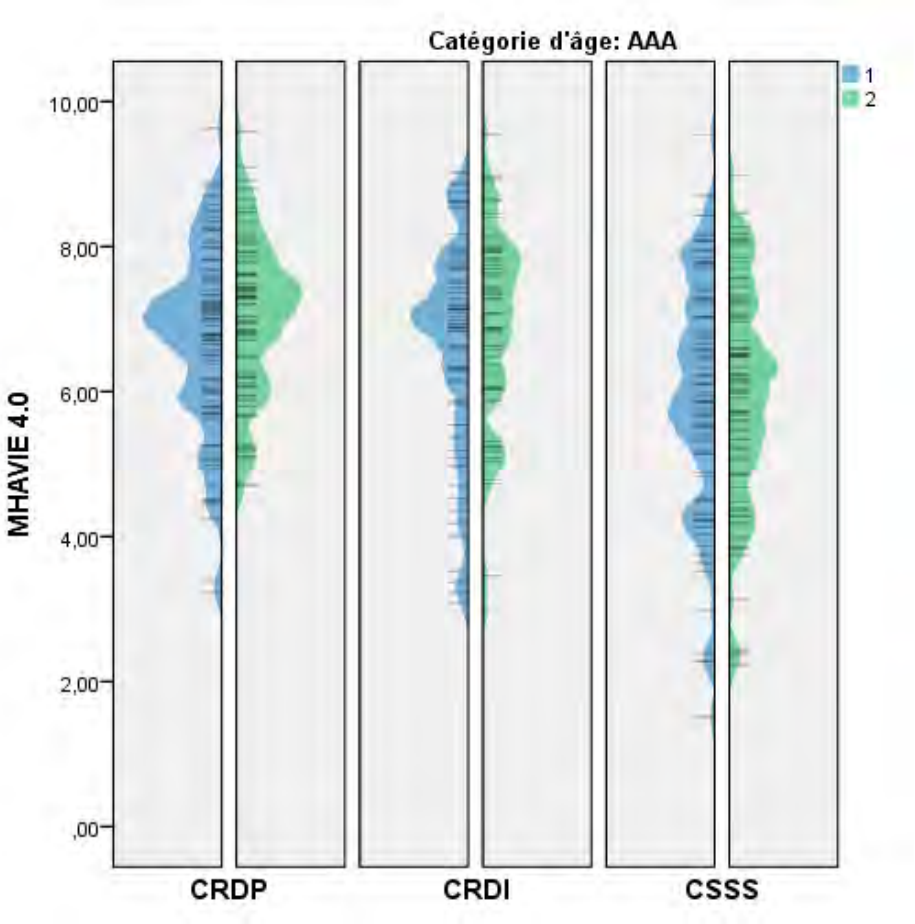


ANOVA : F(2,91) = 4,9 ; p = ,009
eta2 partiel = ,098

	Moyenne	Écart-type	N
CRDP	7,51	1,44	42
CRDI	6,57	1,49	27
CSSS	6,42	1,83	25
Total	6,95	1,63	94

	CRDI	CSSS	
CRDP	0,95	1,09	Différence
	,049	,021	*p*
	0,60	0,69	g de Hedge

	CSSS	
CRDI	0,14	Différence
	1,000	*p*
	0,09	g de Hedge

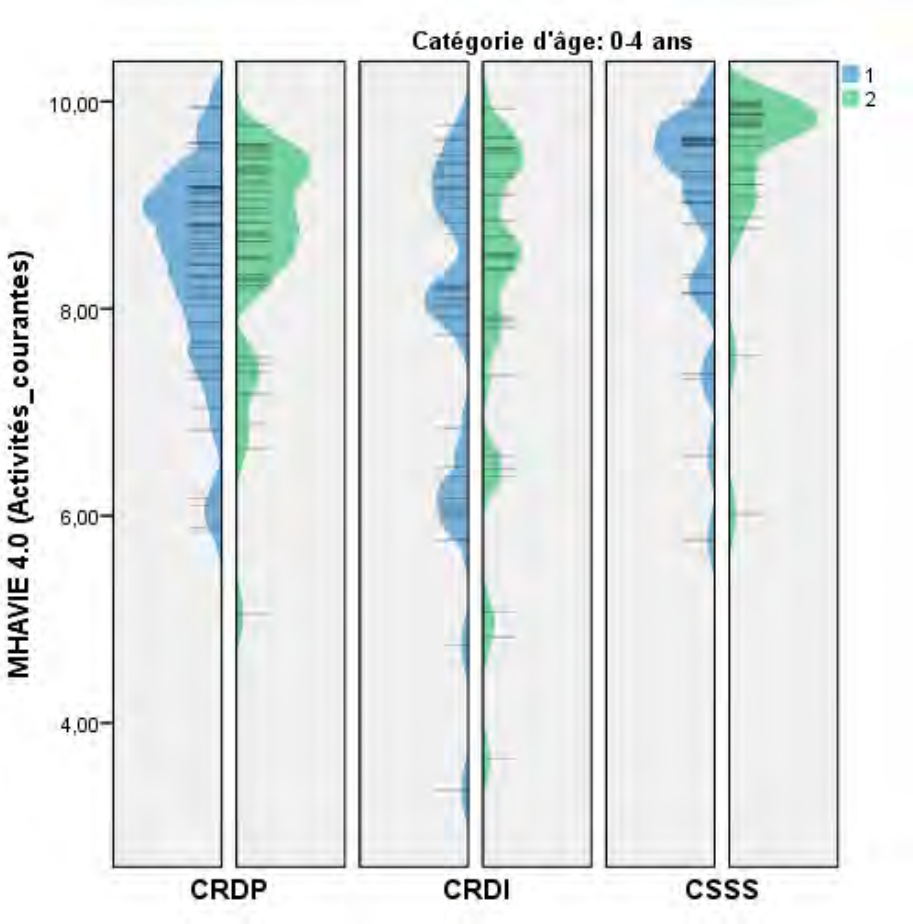


ANOVA : F(2,228) = 6,9 ; p = ,001
eta2 partiel = ,057

	Moyenne	Écart-type	N
CRDP	6,72	1,25	88
CRDI	6,61	1,47	63
CSSS	5,93	1,66	80
Total	6,42	1,50	231

	CRDI	CSSS	
CRDP	0,10	0,79	Différence
	1,000	,002	*p*
	0,07	0,54	g de Hedge

	CSSS	
CRDI	0,69	Différence
	,018	*p*
	0,47	g de Hedge

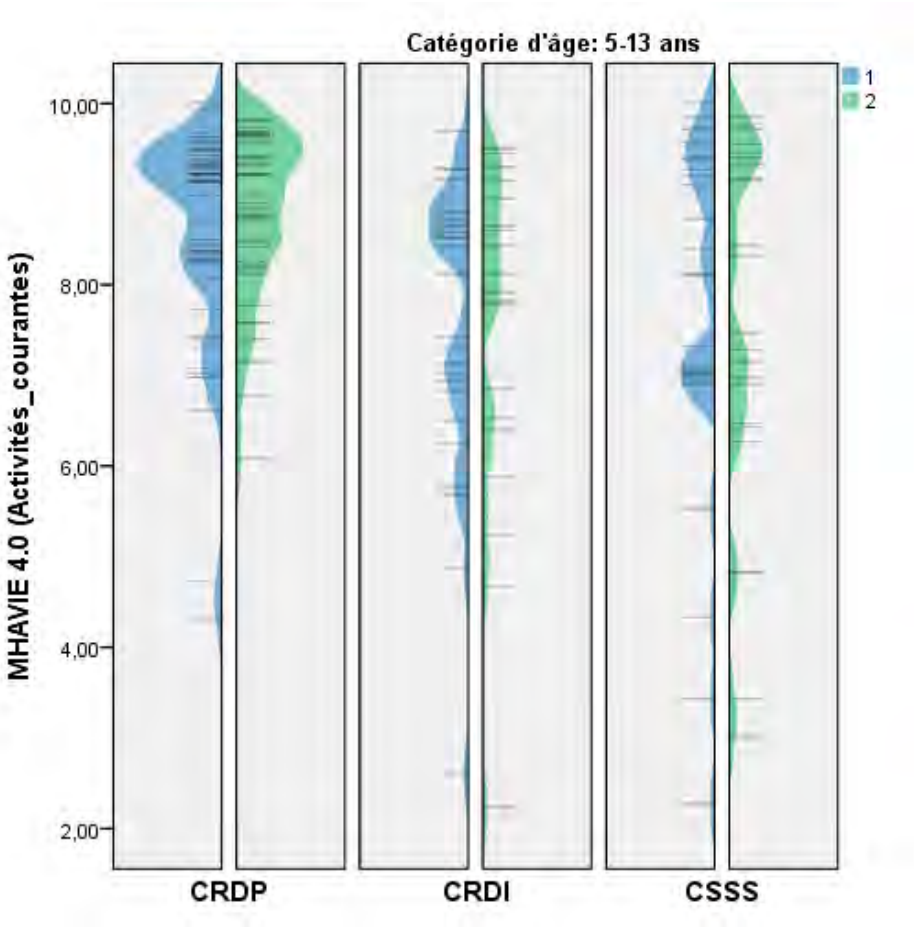


ANOVA : F(2,95) = 5,8 ; p = ,004
eta2 partiel = ,109

	Moyenne	Écart-type	N
CRDP	8,40	0,98	44
CRDI	7,72	1,62	29
CSSS	8,85	1,11	25
Total	8,31	1,29	98

	CRDI	CSSS	
CRDP	0,68	-0,45	Différence
	,069	,457	*p*
	0,55	-0,36	g de Hedge

	CSSS	
CRDI	-1,13	Différence
	,003	*p*
	-0,91	g de Hedge

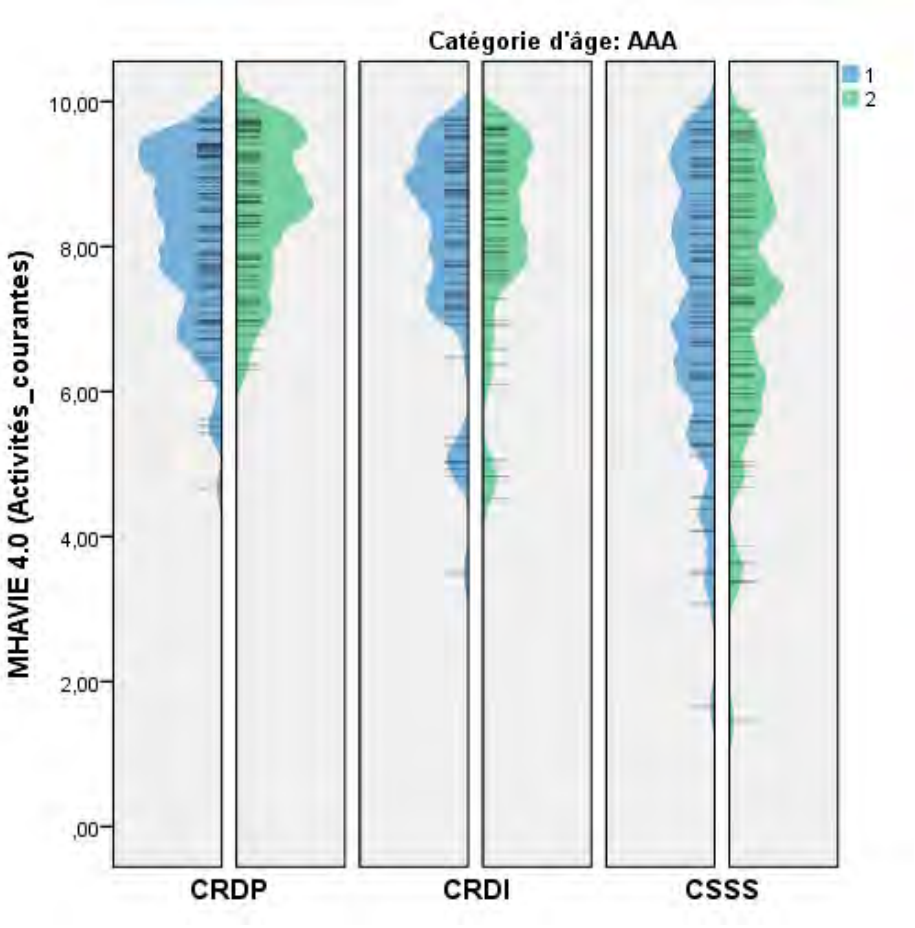


ANOVA : F(2,91) = 4,2 ; p = ,017
eta2 partiel = ,085

	Moyenne	Écart-type	N
CRDP	8,54	1,25	42
CRDI	7,53	1,64	27
CSSS	7,63	2,03	25
Total	8,01	1,66	94

	CRDI	CSSS	
CRDP	1,01	0,92	Différence
	,037	,078	*p*
	0,63	0,57	g de Hedge

	CSSS	
CRDI	-0,10	Différence
	1,000	*p*
	-0,06	g de Hedge

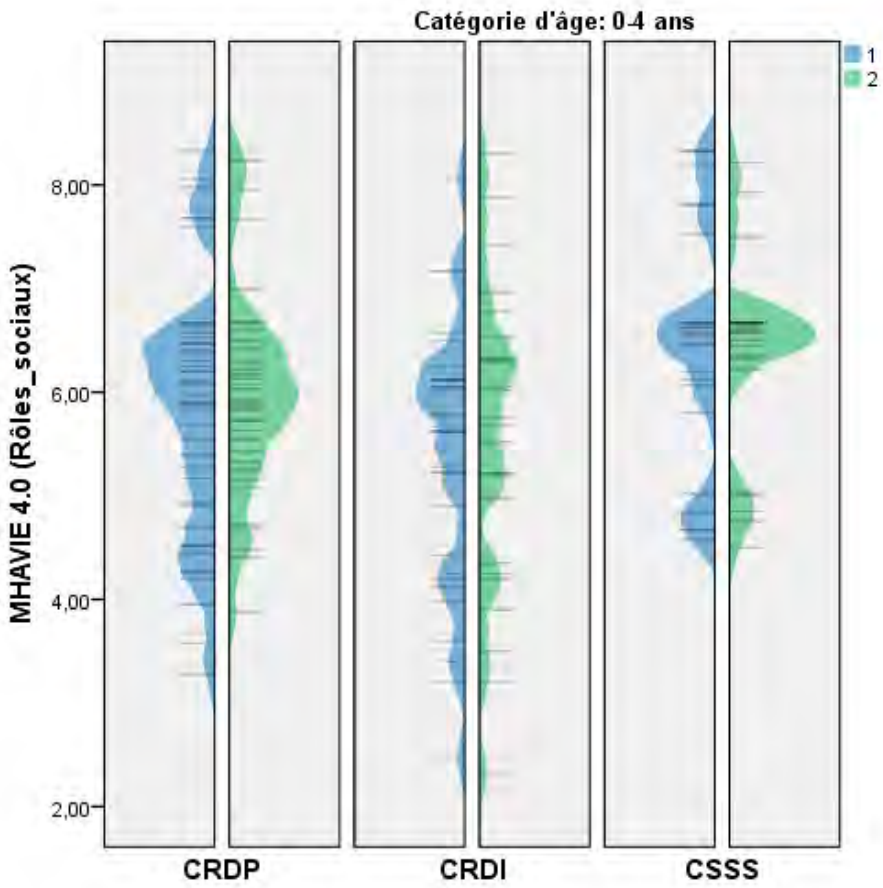


ANOVA : F(2,228) = 10,1 ; p = ,000
eta2 partiel = ,082

	Moyenne	Écart-type	N
CRDP	8,14	1,15	88
CRDI	8,03	1,42	63
CSSS	7,18	1,81	80
Total	7,78	1,54	231

	CRDI	CSSS	
CRDP	0,11	0,96	Différence
	1,000	,000	*p*
	0,07	0,65	g de Hedge

	CSSS	
CRDI	0,85	Différence
	,002	*p*
	0,58	g de Hedge

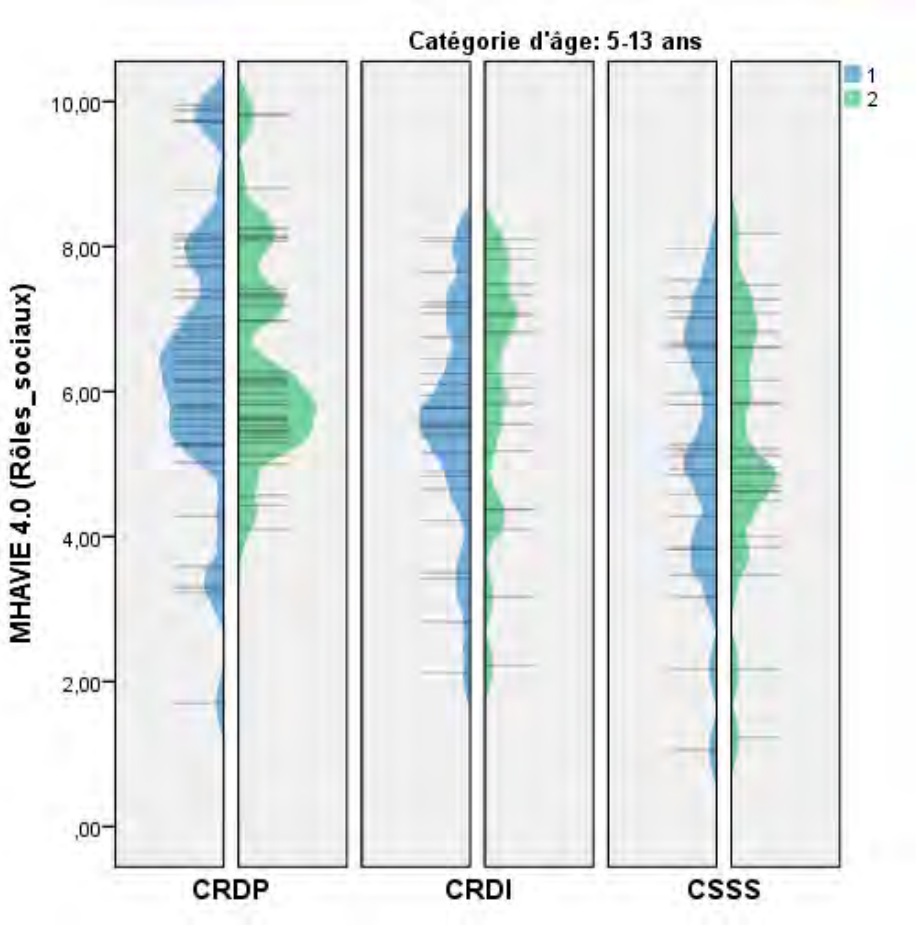


ANOVA : F(2,95) = 4,9 ; p = ,009
eta2 partiel = ,094

	Moyenne	Écart-type	N
CRDP	5,83	1,21	44
CRDI	5,35	1,31	29
CSSS	6,41	1,17	25
Total	5,84	1,28	98

	CRDI	CSSS	
CRDP	0,48	-0,57	Différence
	,313	,203	*p*
	0,39	-0,46	g de Hedge

	CSSS	
CRDI	-1,05	Différence
	,007	*p*
	-0,86	g de Hedge

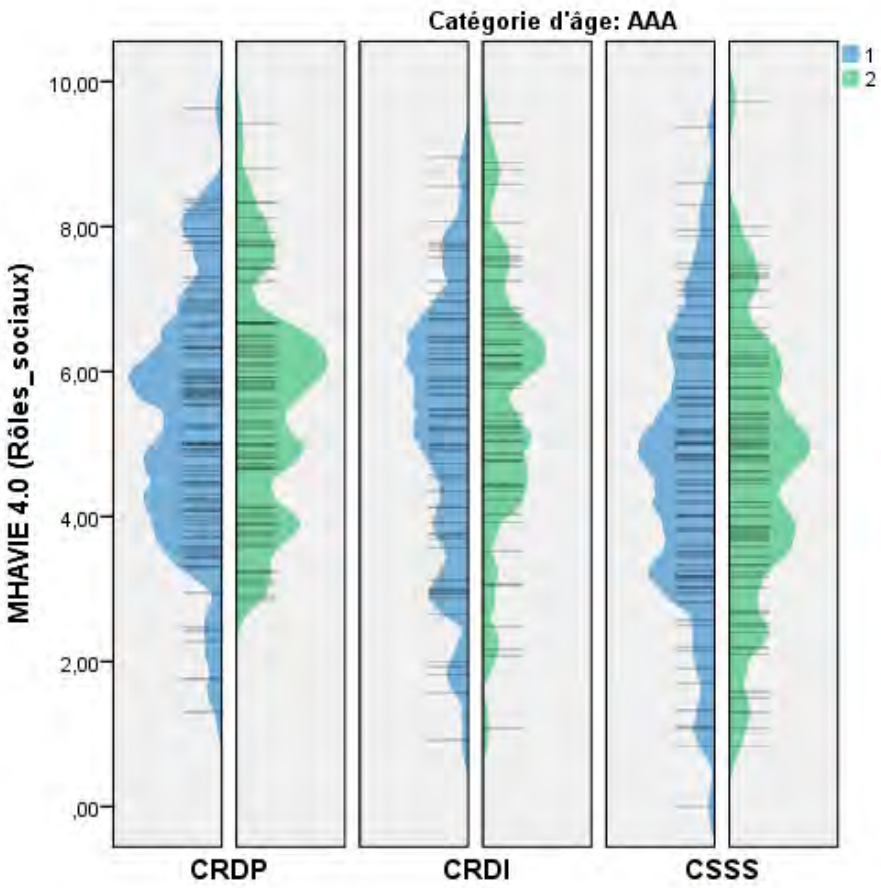


ANOVA : F(2,91) = 4,8 ; p = ,011
eta2 partiel = ,095

	Moyenne	Écart-type	N
CRDP	6,48	1,81	42
CRDI	5,61	1,52	27
CSSS	5,22	1,75	25
Total	5,90	1,78	94

	CRDI	CSSS	
CRDP	0,88	1,26	Différence
	,123	,014	*p*
	0,51	0,73	g de Hedge

	CSSS	
CRDI	0,38	Différence
	1,000	*p*
	0,22	g de Hedge

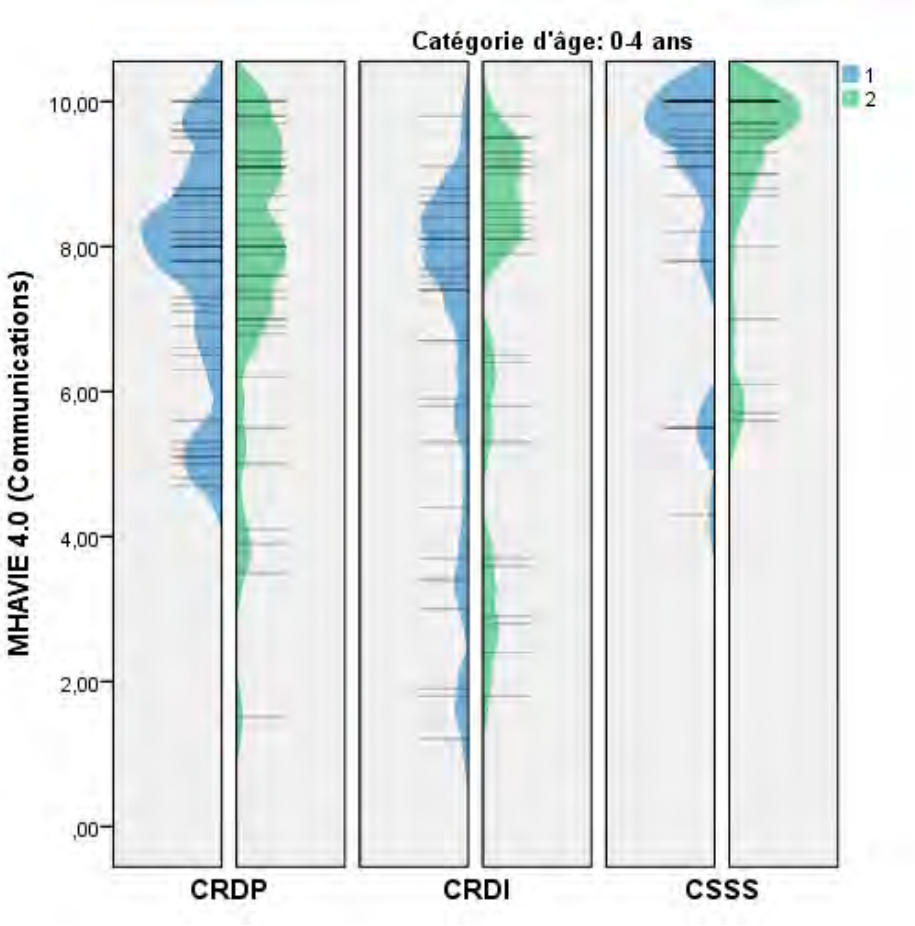


ANOVA : F(2,228) = 2,7 ; p = ,070
eta2 partiel = ,023

	Moyenne	Écart-type	N
CRDP	5,29	1,69	88
CRDI	5,20	1,83	63
CSSS	4,68	1,93	80
Total	5,05	1,82	231

	CRDI	CSSS	
CRDP	0,10	0,62	Différence
	1,000	,087	*p*
	0,05	0,34	g de Hedge

	CSSS	
CRDI	0,52	Différence
	,273	*p*
	0,29	g de Hedge

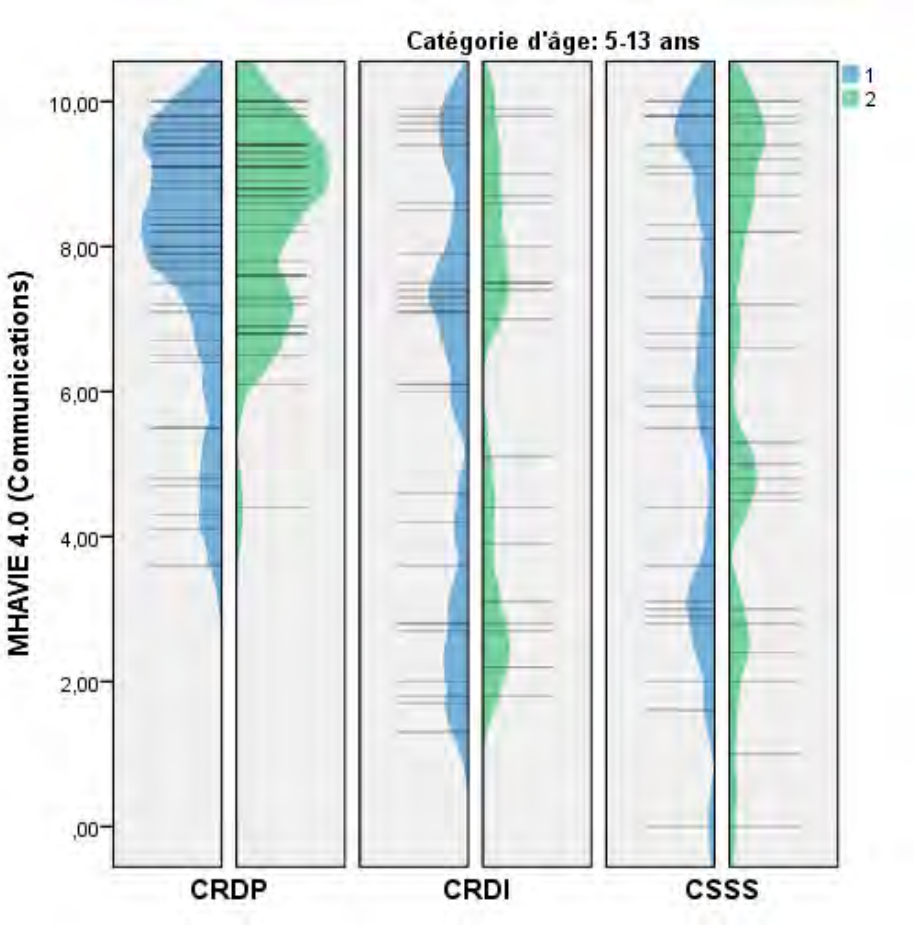


ANOVA : F(2,95) = 9,1 ; p = ,000
eta2 partiel = ,160

	Moyenne	Écart-type	N
CRDP	7,71	1,54	44
CRDI	6,55	2,44	29
CSSS	8,74	1,72	25
Total	7,63	2,04	98

	CRDI	CSSS	
CRDP	1,16	-1,03	Différence
	,035	,098	*p*
	0,61	-0,54	g de Hedge

	CSSS	
CRDI	-2,19	Différence
	,000	*p*
	-1,16	g de Hedge

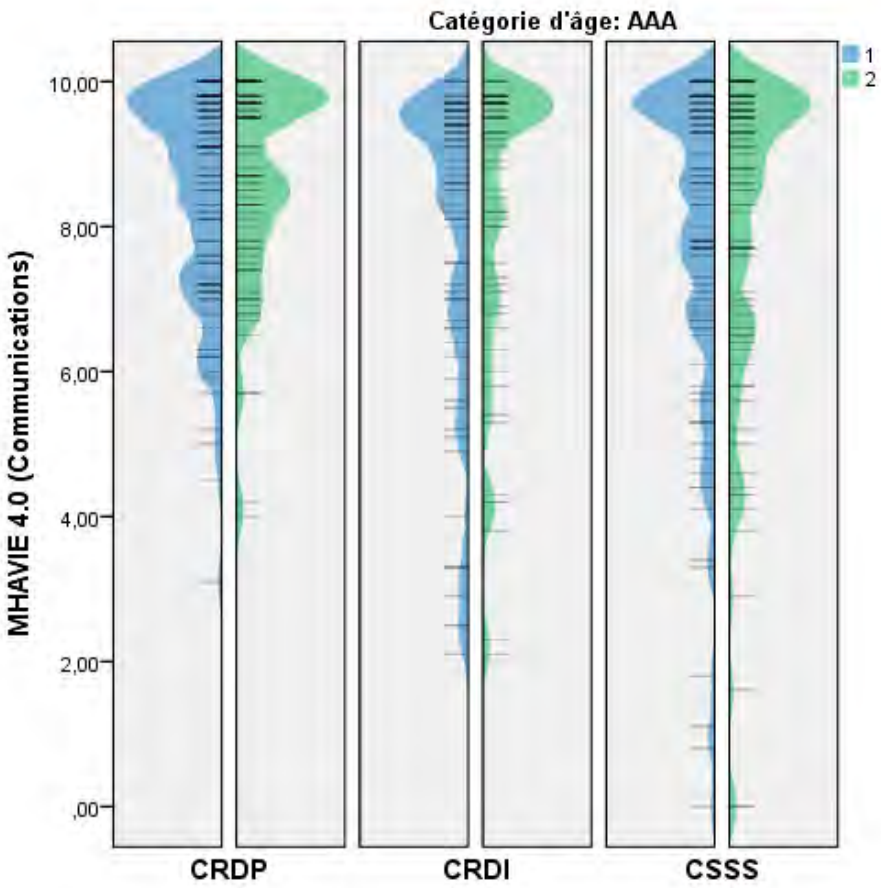


ANOVA : F(2,91) = 5,8 ; p = ,004
eta2 partiel = ,114

	Moyenne	Écart-type	N
CRDP	7,88	1,76	42
CRDI	6,03	2,85	27
CSSS	6,19	3,12	25
Total	6,90	2,64	94

	CRDI	CSSS	
CRDP	1,85	1,69	Différence
	,011	,027	*p*
	0,74	0,67	g de Hedge

	CSSS	
CRDI	-0,16	Différence
	1,000	*p*
	-0,06	g de Hedge

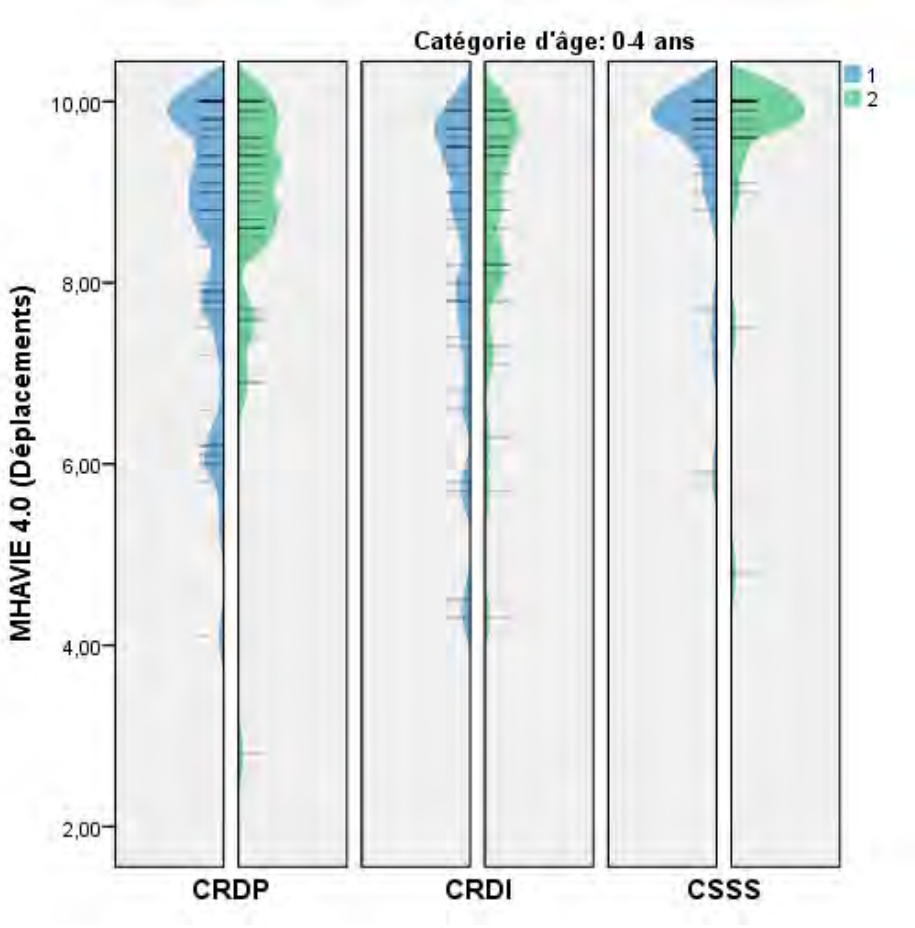


ANOVA : F(2,228) = 3,2 ; p = ,044
eta2 partiel = ,027

	Moyenne	Écart-type	N
CRDP	8,35	1,51	88
CRDI	7,73	2,21	63
CSSS	7,61	2,37	80
Total	7,93	2,06	231

	CRDI	CSSS	
CRDP	0,63	0,74	Différence
	,191	,059	*p*
	0,31	0,36	g de Hedge

	CSSS	
CRDI	0,11	Différence
	1,000	*p*
	0,06	g de Hedge

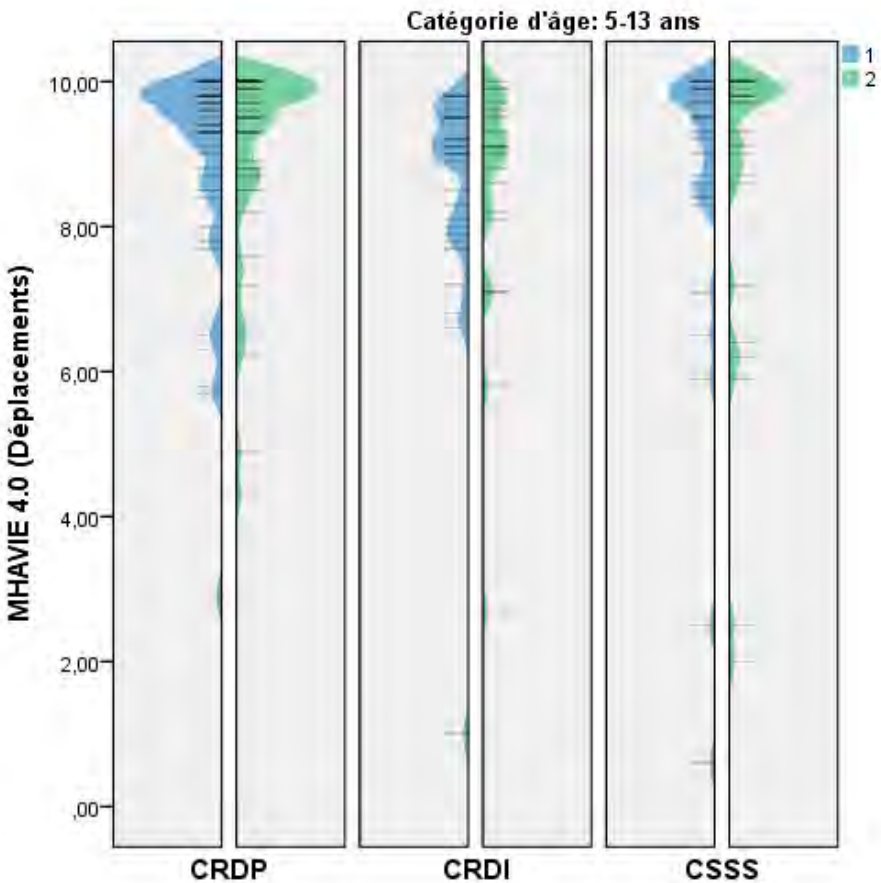


ANOVA : F(2,94) = 4,1 ; p = ,019
eta2 partiel = ,081

	Moyenne	Écart-type	N
CRDP	8,48	1,53	44
CRDI	8,28	1,63	29
CSSS	9,36	1,03	24
Total	8,64	1,50	97

	CRDI	CSSS	
CRDP	0,21	-0,88	Différence
	1,000	,058	*p*
	0,14	-0,60	g de Hedge

	CSSS	
CRDI	-1,09	Différence
	,025	*p*
	-0,75	g de Hedge

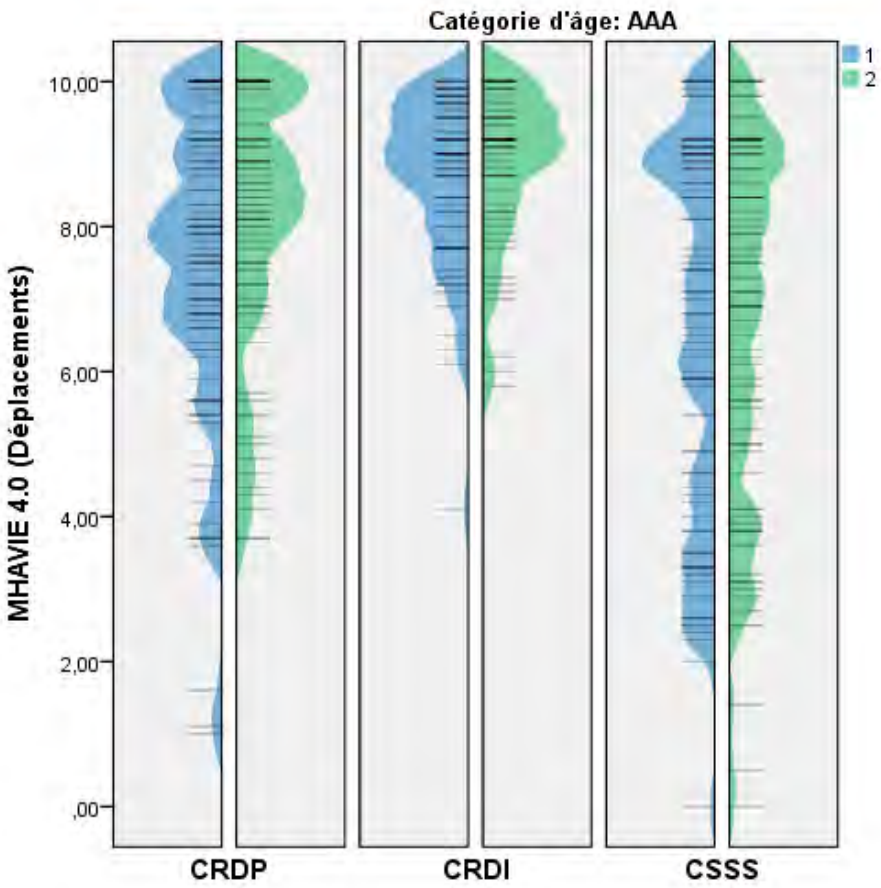


ANOVA : F(2,91) = 0,6 ; p = ,568
eta2 partiel = ,012

	Moyenne	Écart-type	N
CRDP	8,83	1,53	42
CRDI	8,43	1,75	27
CSSS	8,42	2,36	25
Total	8,61	1,84	94

	CRDI	CSSS	
CRDP	0,40	0,41	Différence
	1,000	1,000	*p*
	0,22	0,23	g de Hedge

	CSSS	
CRDI	0,01	Différence
	1,000	*p*
	0,01	g de Hedge

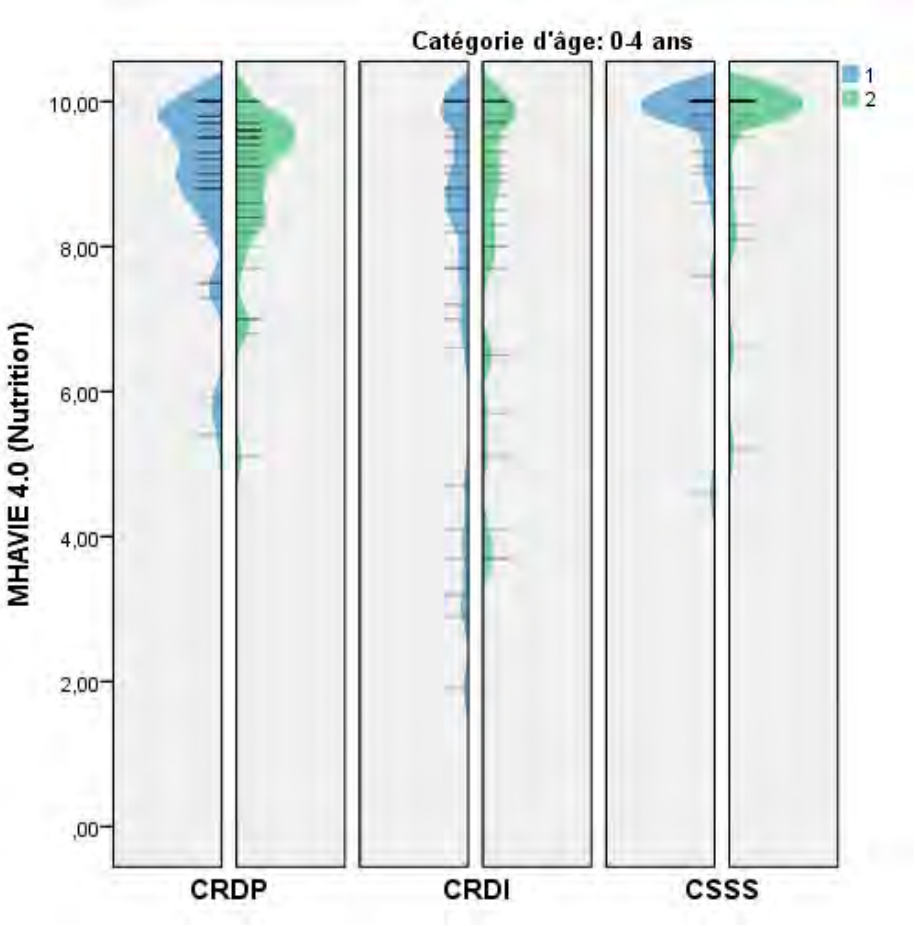


ANOVA : F(2,228) = 19,3 ; p = ,000
eta2 partiel = ,145

	Moyenne	Écart-type	N
CRDP	7,39	2,09	88
CRDI	8,63	1,16	63
CSSS	6,44	2,59	80
Total	7,40	2,25	231

	CRDI	CSSS	
CRDP	-1,23	0,95	Différence
	,001	,011	*p*
	-0,59	0,45	g de Hedge

	CSSS	
CRDI	2,18	Différence
	,000	*p*
	1,05	g de Hedge

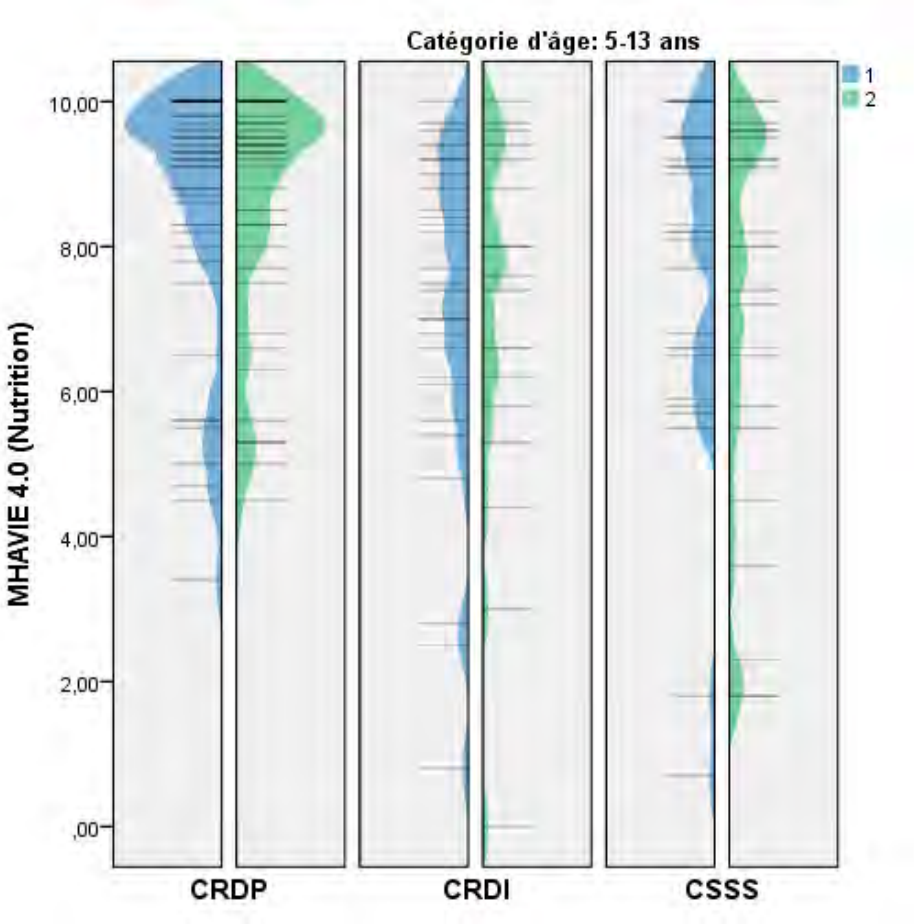


ANOVA : F(2,93) = 8,5 ; p = ,000
eta2 partiel = ,155

	Moyenne	Écart-type	N
CRDP	8,94	1,15	43
CRDI	7,68	2,44	29
CSSS	9,46	1,19	24
Total	8,69	1,78	96

	CRDI	CSSS	
CRDP	1,26	-0,52	Différence
	,006	,664	*p*
	0,76	-0,31	g de Hedge

	CSSS	
CRDI	-1,78	Différence
	,001	*p*
	-1,08	g de Hedge

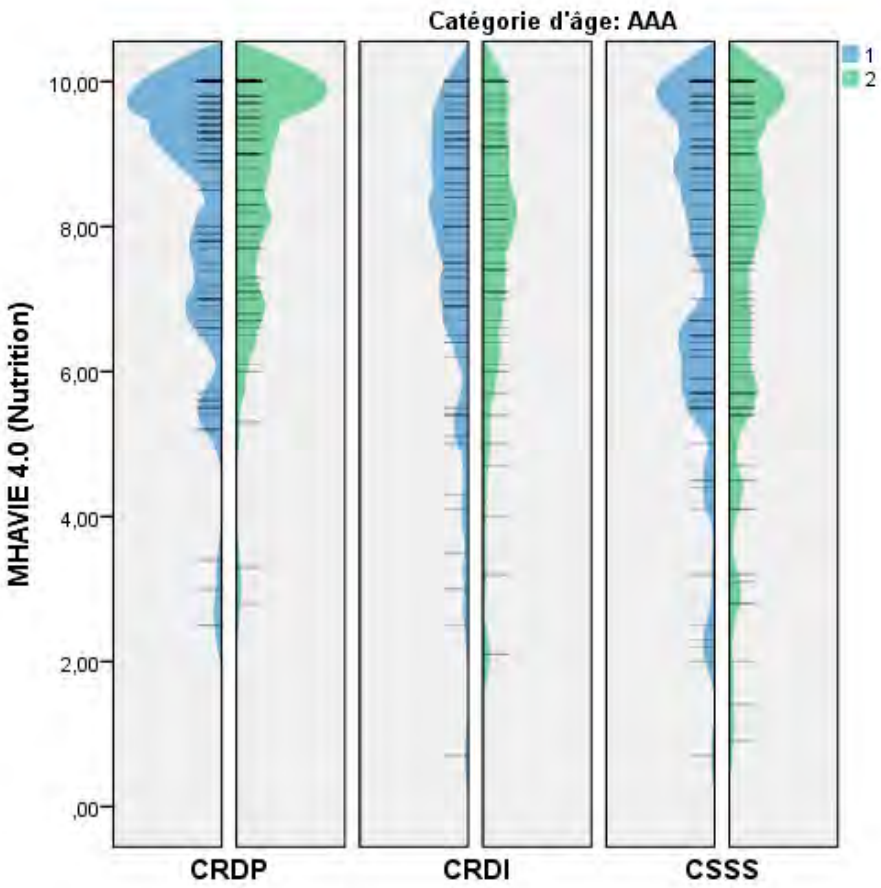


ANOVA : F(2,91) = 3,7 ; p = ,029
eta2 partiel = ,075

	Moyenne	Écart-type	N
CRDP	8,48	1,83	42
CRDI	7,13	2,33	27
CSSS	7,51	2,41	25
Total	7,84	2,20	94

	CRDI	CSSS	
CRDP	1,35	0,97	Différence
	,036	,228	*p*
	0,63	0,45	g de Hedge

	CSSS	
CRDI	-0,38	Différence
	1,000	*p*
	-0,18	g de Hedge

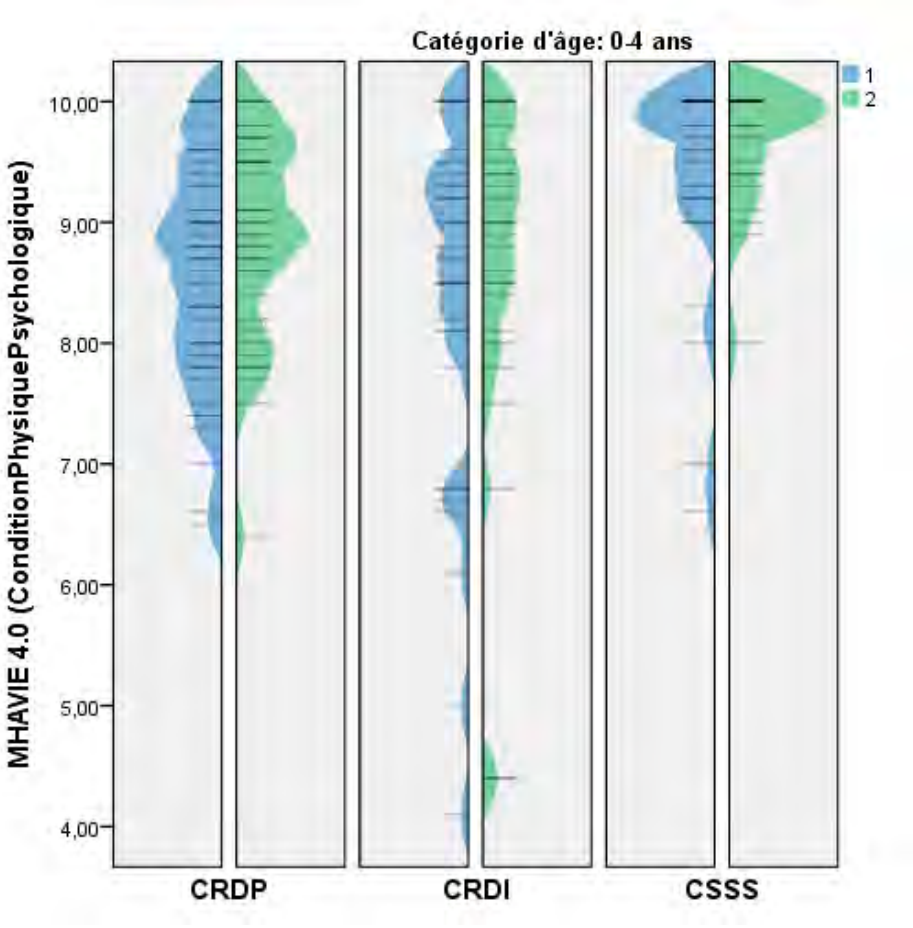


ANOVA : F(2,228) = 3,7 ; p = ,026
eta2 partiel = ,032

	Moyenne	Écart-type	N
CRDP	8,24	1,87	88
CRDI	7,57	2,01	63
CSSS	7,42	2,28	80
Total	7,77	2,08	231

	CRDI	CSSS	
CRDP	0,67	0,82	Différence
	,152	,033	*p*
	0,32	0,40	g de Hedge

	CSSS	
CRDI	0,15	Différence
	1,000	*p*
	0,07	g de Hedge

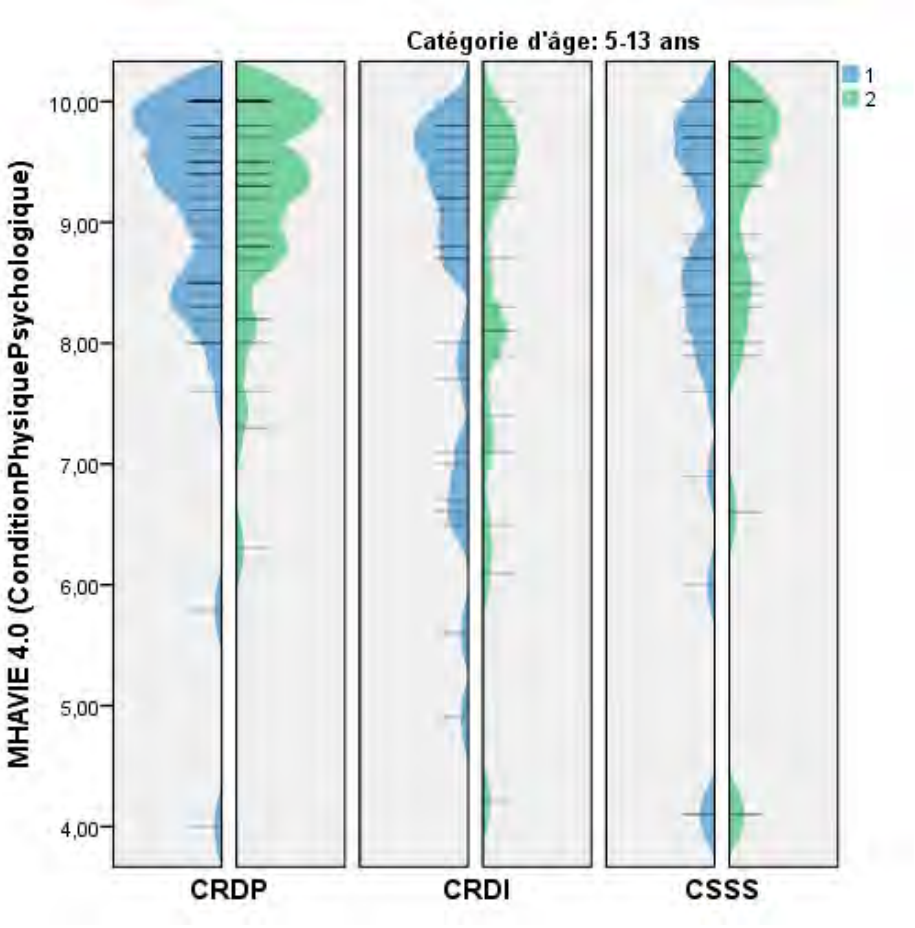


ANOVA : F(2,95) = 5,7 ; p = ,005
eta2 partiel = ,107

	Moyenne	Écart-type	N
CRDP	8,58	0,93	44
CRDI	8,30	1,52	29
CSSS	9,32	0,93	25
Total	8,68	1,19	98

	CRDI	CSSS	
CRDP	0,27	-0,74	Différence
	,947	,033	*p*
	0,24	-0,65	g de Hedge

	CSSS	
CRDI	-1,01	Différence
	,005	*p*
	-0,89	g de Hedge

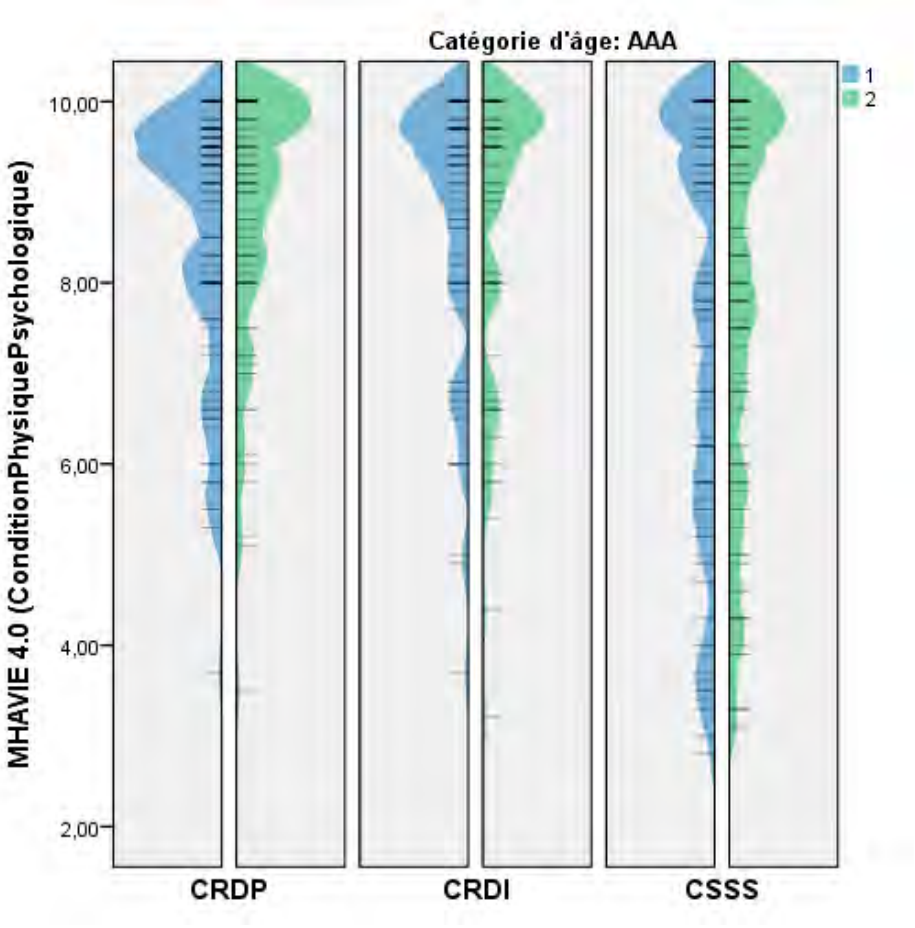


ANOVA : F(2,91) = 2,1 ; p = ,126
eta2 partiel = ,045

	Moyenne	Écart-type	N
CRDP	9,01	1,17	42
CRDI	8,48	1,44	27
CSSS	8,38	1,62	25
Total	8,69	1,40	94

	CRDI	CSSS	
CRDP	0,54	0,64	Différence
	,356	,212	*p*
	0,39	0,46	g de Hedge

	CSSS	
CRDI	0,10	Différence
	1,000	*p*
	0,07	g de Hedge

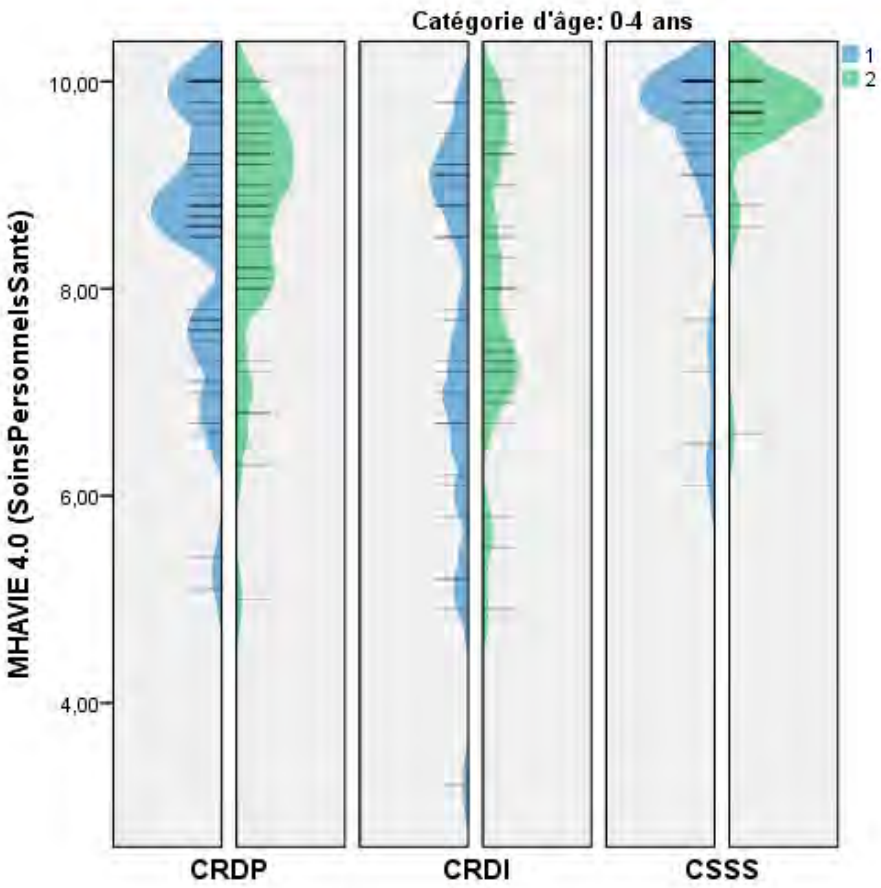


ANOVA : F(2,228) = 10,8 ; p = ,000
eta2 partiel = ,087

	Moyenne	Écart-type	N
CRDP	8,47	1,45	88
CRDI	8,61	1,51	63
CSSS	7,38	2,28	80
Total	8,13	1,87	231

	CRDI	CSSS	
CRDP	-0,14	1,09	Différence
	1,000	,000	*p*
	-0,08	0,61	g de Hedge

	CSSS	
CRDI	1,23	Différence
	,000	*p*
	0,69	g de Hedge

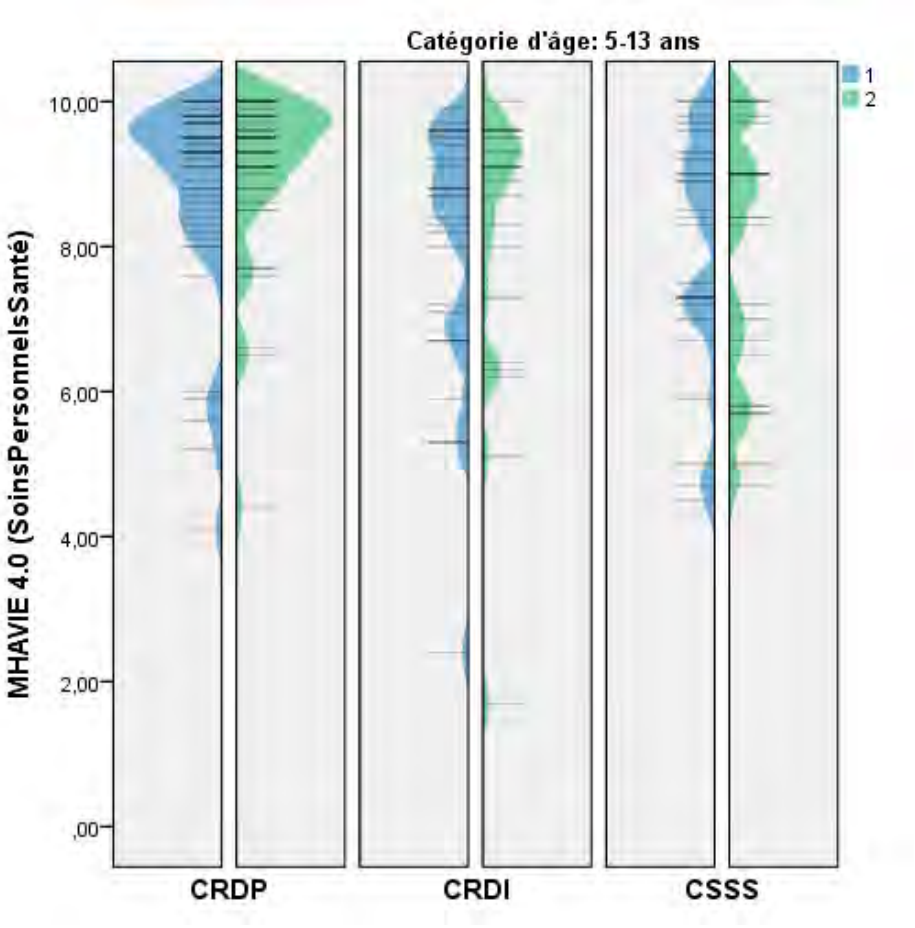


ANOVA : F(2,95) = 10,2 ; p = ,000
eta2 partiel = ,177

	Moyenne	Écart-type	N
CRDP	8,51	1,24	44
CRDI	7,57	1,70	29
CSSS	9,24	1,14	25
Total	8,42	1,49	98

	CRDI	CSSS	
CRDP	0,95	-0,73	Différence
	,014	,111	*p*
	0,69	-0,53	g de Hedge

	CSSS	
CRDI	-1,67	Différence
	,000	*p*
	-1,22	g de Hedge

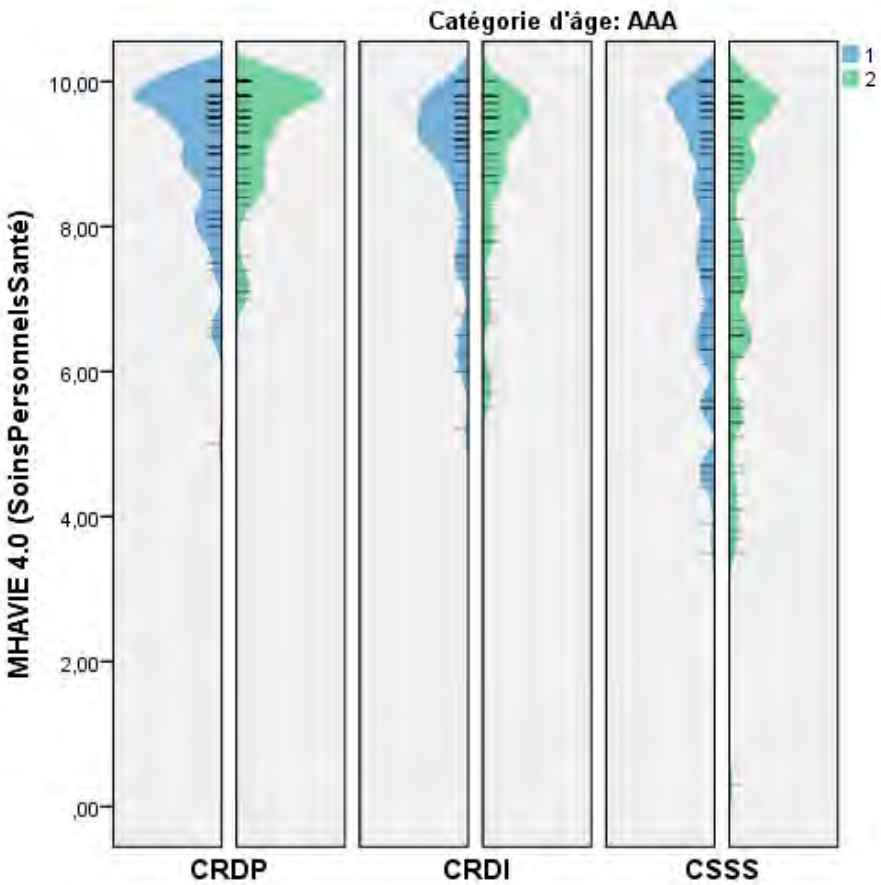


ANOVA : F(2,91) = 2,5 ; p = ,086
eta2 partiel = ,053

	Moyenne	Écart-type	N
CRDP	8,71	1,42	42
CRDI	7,99	1,77	27
CSSS	7,96	1,65	25
Total	8,30	1,61	94

	CRDI	CSSS	
CRDP	0,73	0,75	Différence
	,200	,191	*p*
	0,46	0,47	g de Hedge

	CSSS	
CRDI	0,03	Différence
	1,000	*p*
	0,02	g de Hedge

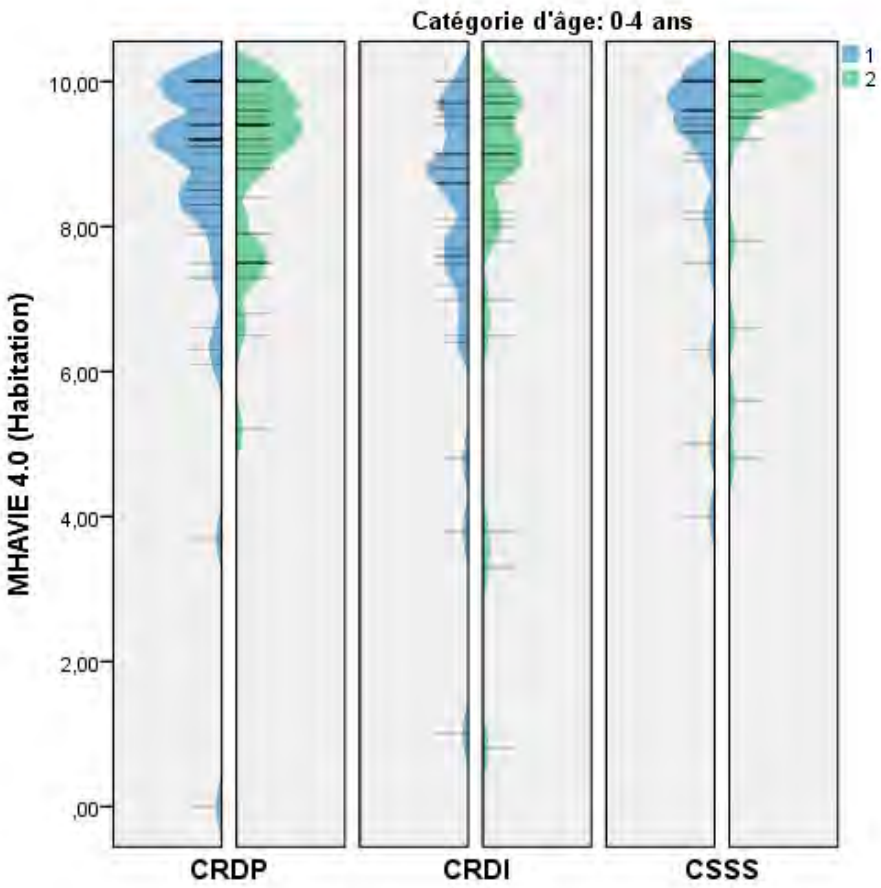


ANOVA : F(2,228) = 14,4 ; p = ,000
eta2 partiel = ,112

	Moyenne	Écart-type	N
CRDP	9,05	1,01	88
CRDI	8,73	1,20	63
CSSS	7,93	1,80	80
Total	8,58	1,46	231

	CRDI	CSSS	
CRDP	0,33	1,12	Différence
	,463	,000	*p*
	0,24	0,81	g de Hedge

	CSSS	
CRDI	0,80	Différence
	,002	*p*
	0,58	g de Hedge

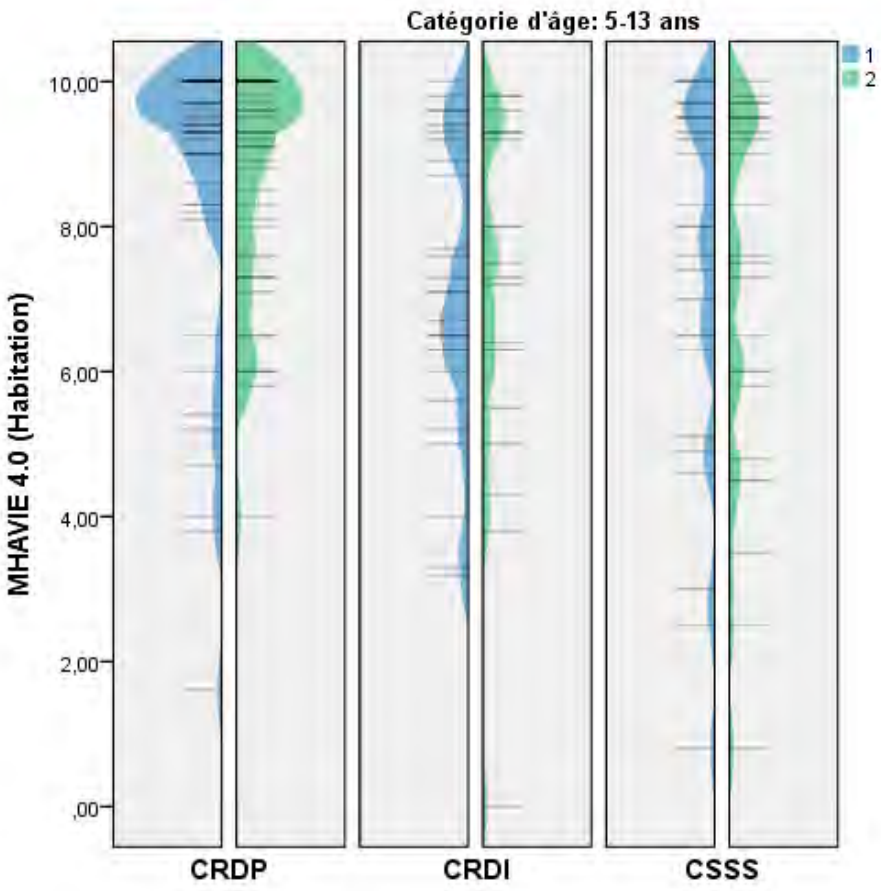


ANOVA : F(2,91) = 1,5 ; p = ,223
eta2 partiel = ,032

	Moyenne	Écart-type	N
CRDP	8,57	1,86	43
CRDI	7,93	1,98	29
CSSS	8,77	1,67	22
Total	8,42	1,87	94

	CRDI	CSSS	
CRDP	0,64	-0,19	Différence
	,465	1,000	*p*
	0,34	-0,10	g de Hedge

	CSSS	
CRDI	-0,83	Différence
	,347	*p*
	-0,45	g de Hedge

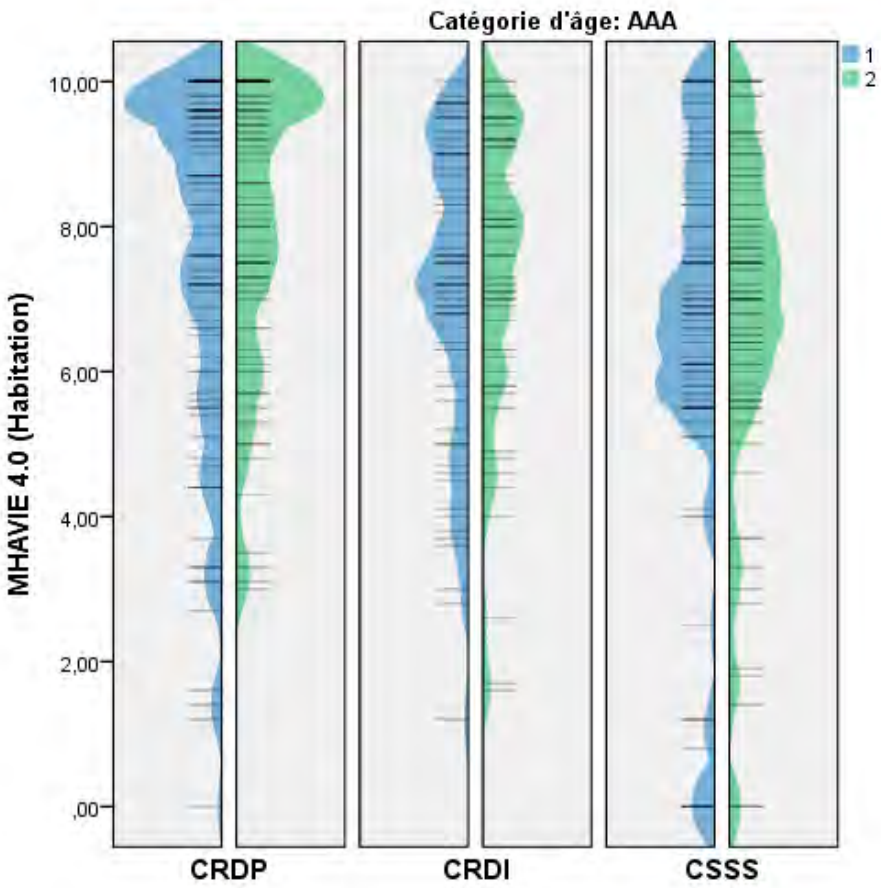


ANOVA : F(2,90) = 4,1 ; p = ,019
eta2 partiel = ,084

	Moyenne	Écart-type	N
CRDP	8,53	2,11	41
CRDI	7,13	1,98	27
CSSS	7,30	2,58	25
Total	7,79	2,29	93

	CRDI	CSSS	
CRDP	1,41	1,24	Différence
	,036	,091	*p*
	0,64	0,56	g de Hedge

	CSSS	
CRDI	-0,17	Différence
	1,000	*p*
	-0,08	g de Hedge

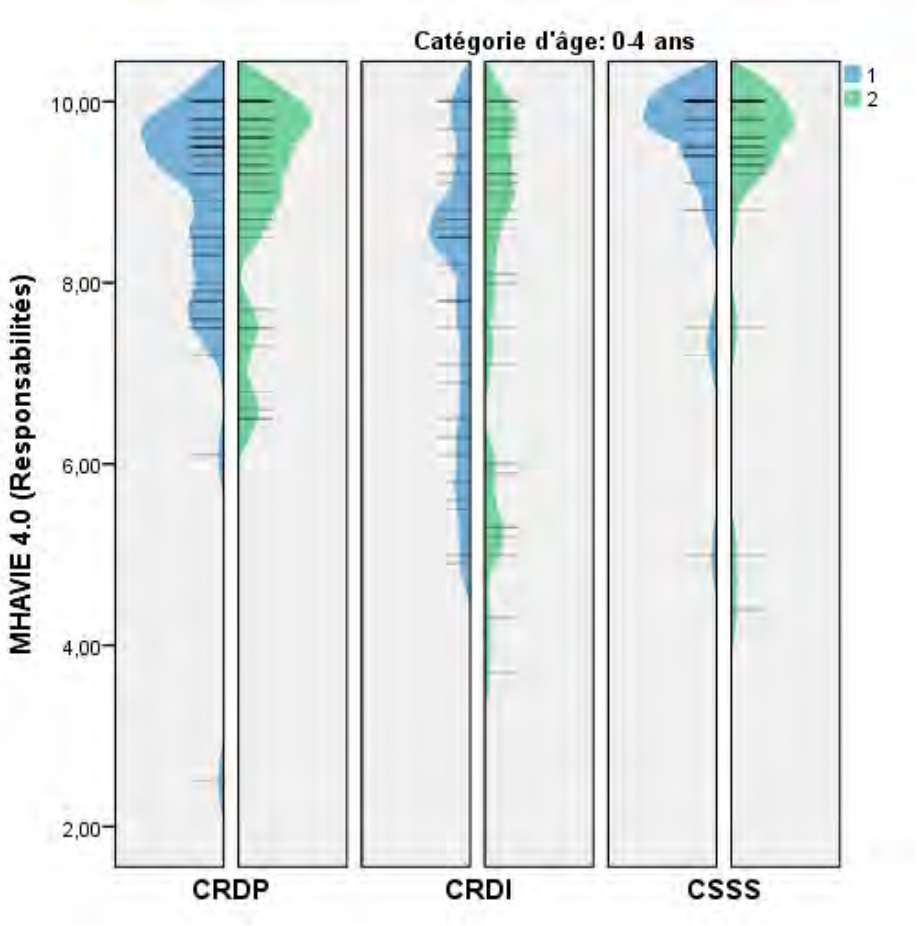


ANOVA : F(2,225) = 3,9 ; p = ,023
eta2 partiel = ,033

	Moyenne	Écart-type	N
CRDP	7,42	2,51	87
CRDI	7,04	2,06	62
CSSS	6,36	2,70	79
Total	6,95	2,50	228

	CRDI	CSSS	
CRDP	0,37	1,06	Différence
	1,000	,019	*p*
	0,15	0,43	g de Hedge

	CSSS	
CRDI	0,68	Différence
	,315	*p*
	0,28	g de Hedge

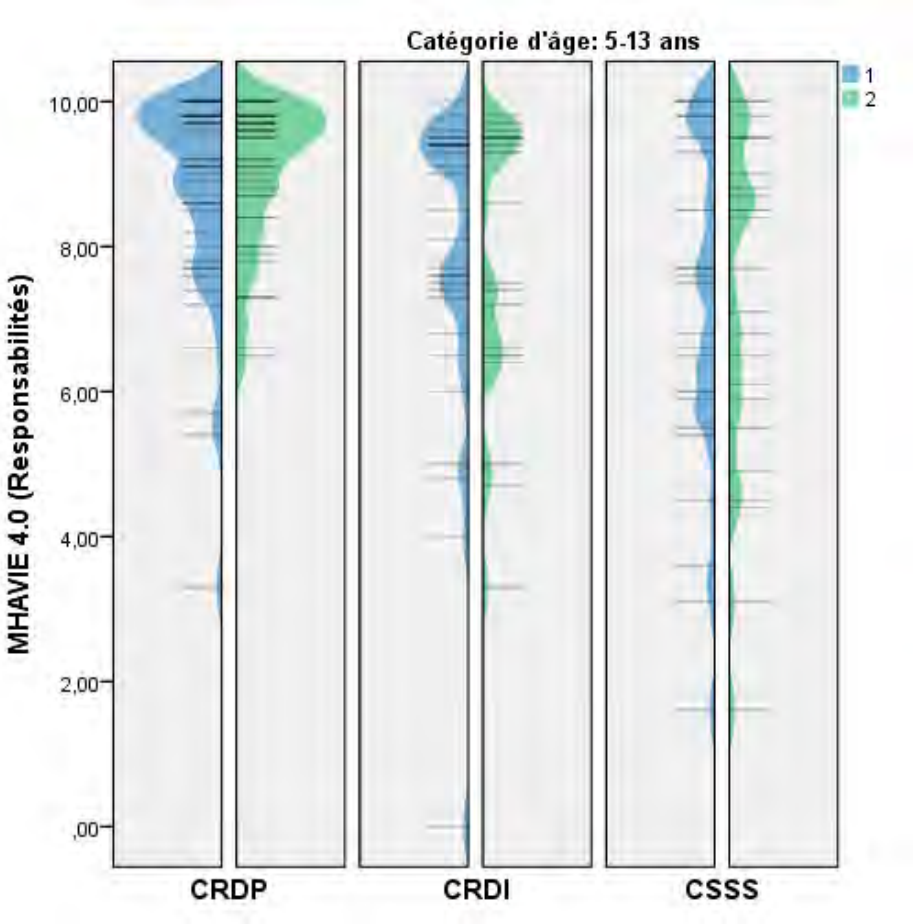


ANOVA : F(2,95) = 8,2 ; p = ,001
eta2 partiel = ,147

	Moyenne	Écart-type	N
CRDP	8,77	1,35	44
CRDI	7,83	1,56	29
CSSS	9,32	1,17	25
Total	8,63	1,47	98

	CRDI	CSSS	
CRDP	0,94	-0,55	Différence
	,016	,349	*p*
	0,68	-0,40	g de Hedge

	CSSS	
CRDI	-1,48	Différence
	,000	*p*
	-1,08	g de Hedge

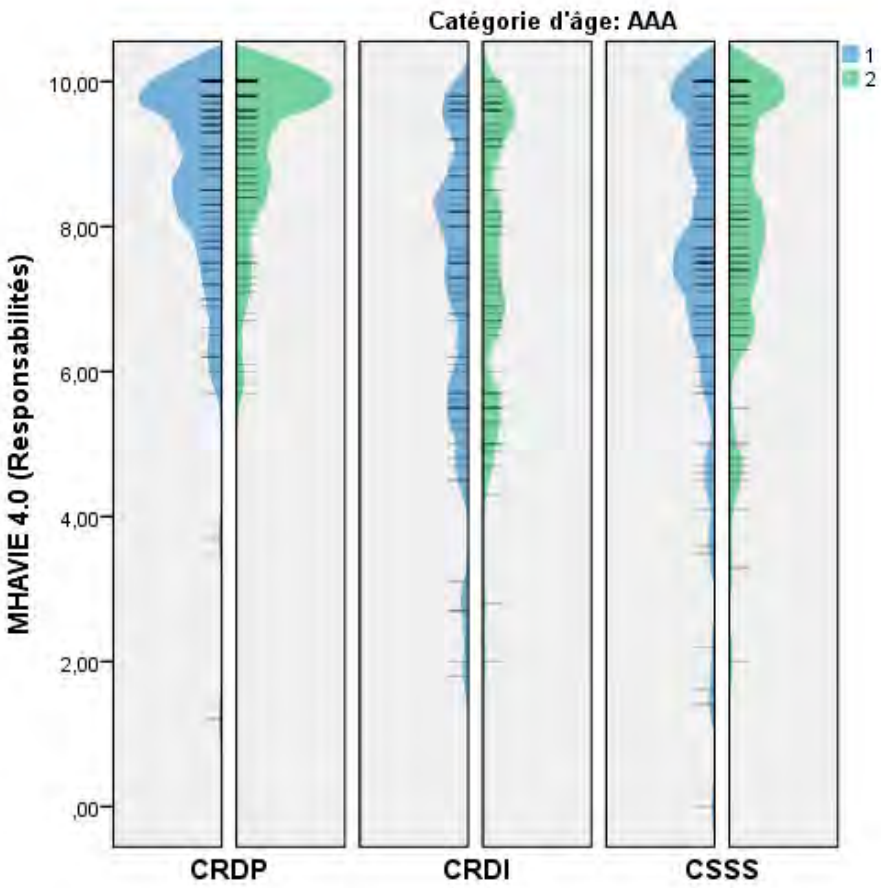


ANOVA : F(2,91) = 5,8 ; p = ,004
eta2 partiel = ,113

	Moyenne	Écart-type	N
CRDP	8,72	1,46	42
CRDI	7,71	2,26	27
CSSS	7,10	2,33	25
Total	8,00	2,06	94

	CRDI	CSSS	
CRDP	1,01	1,62	Différence
	,120	,004	*p*
	0,51	0,83	g de Hedge

	CSSS	
CRDI	0,62	Différence
	,784	*p*
	0,31	g de Hedge

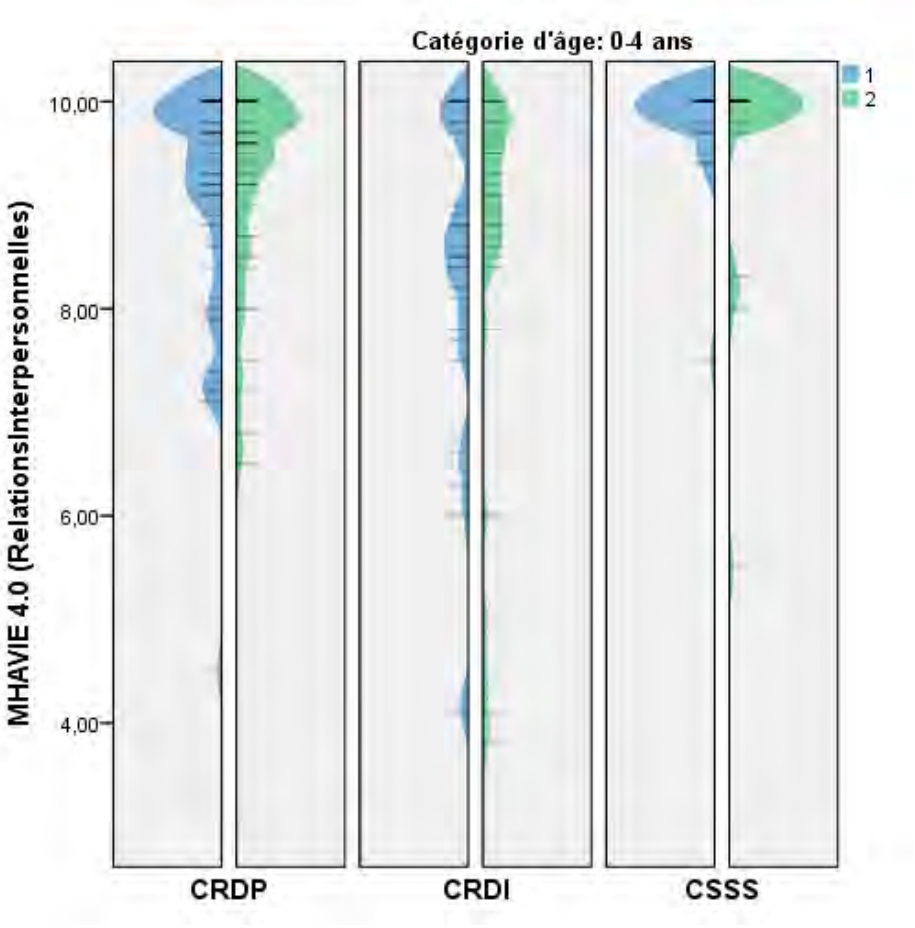


ANOVA : F(2,228) = 12,8 ; p = ,000
eta2 partiel = ,101

	Moyenne	Écart-type	N
CRDP	8,59	1,50	88
CRDI	7,08	2,05	63
CSSS	7,50	2,20	80
Total	7,80	2,02	231

	CRDI	CSSS	
CRDP	1,50	1,09	Différence
	,000	,001	*p*
	0,78	0,57	g de Hedge

	CSSS	
CRDI	-0,41	Différence
	,607	*p*
	-0,22	g de Hedge

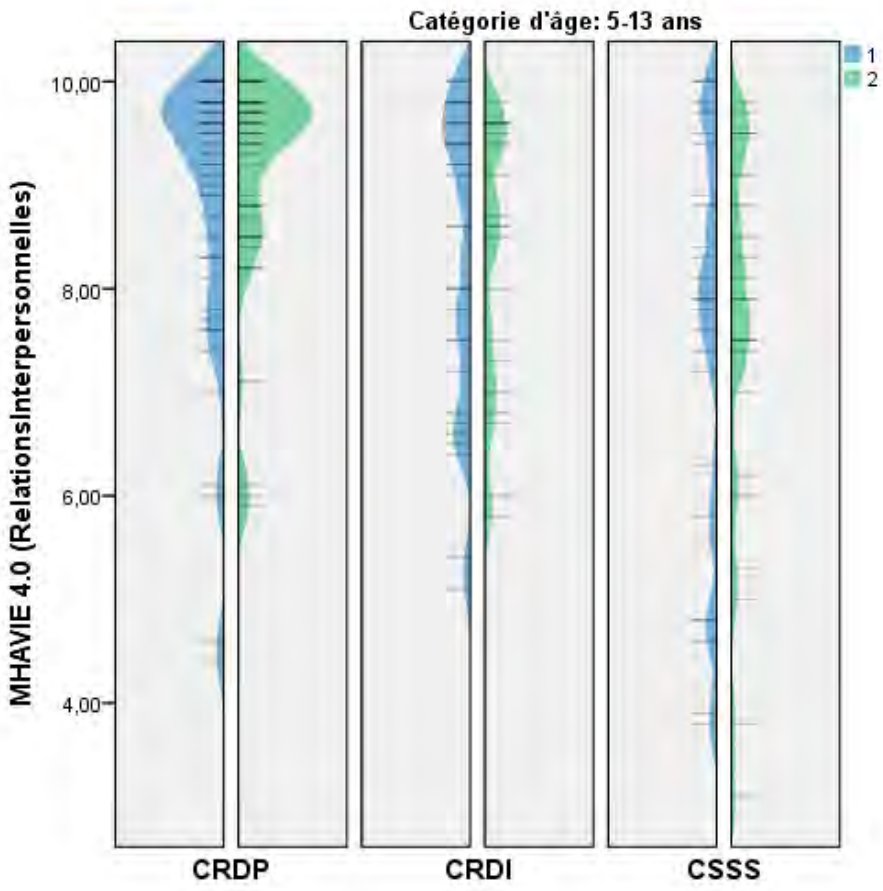


ANOVA : F(2,95) = 10,7 ; p = ,000
eta2 partiel = ,184

	Moyenne	Écart-type	N
CRDP	9,04	1,16	44
CRDI	8,27	1,63	29
CSSS	9,80	0,52	25
Total	9,01	1,33	98

	CRDI	CSSS	
CRDP	0,77	-0,76	Différence
	,028	,041	*p*
	0,63	-0,63	g de Hedge

	CSSS	
CRDI	-1,53	Différence
	,000	*p*
	-1,26	g de Hedge

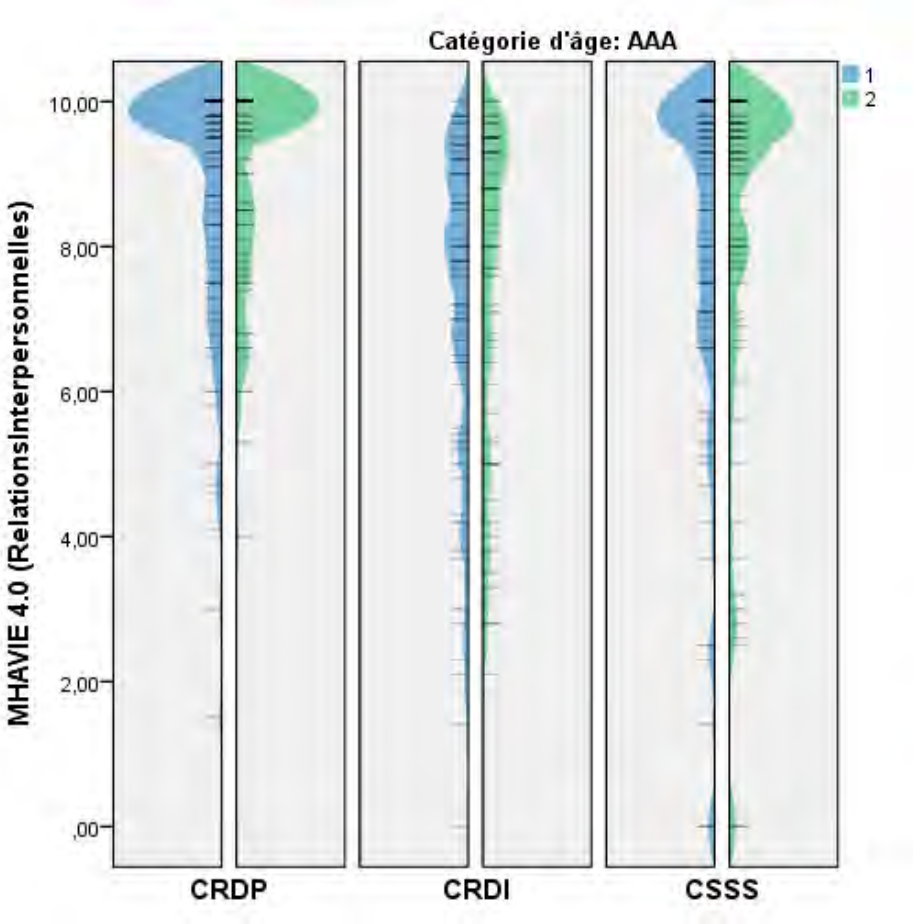


ANOVA : F(2,91) = 5,0 ; p = ,009
eta2 partiel = ,099

	Moyenne	Écart-type	N
CRDP	8,73	1,42	42
CRDI	8,21	1,48	27
CSSS	7,45	1,98	25
Total	8,24	1,67	94

	CRDI	CSSS	
CRDP	0,53	1,28	Différence
	,559	,006	*p*
	0,33	0,80	g de Hedge

	CSSS	
CRDI	0,76	Différence
	,278	*p*
	0,47	g de Hedge

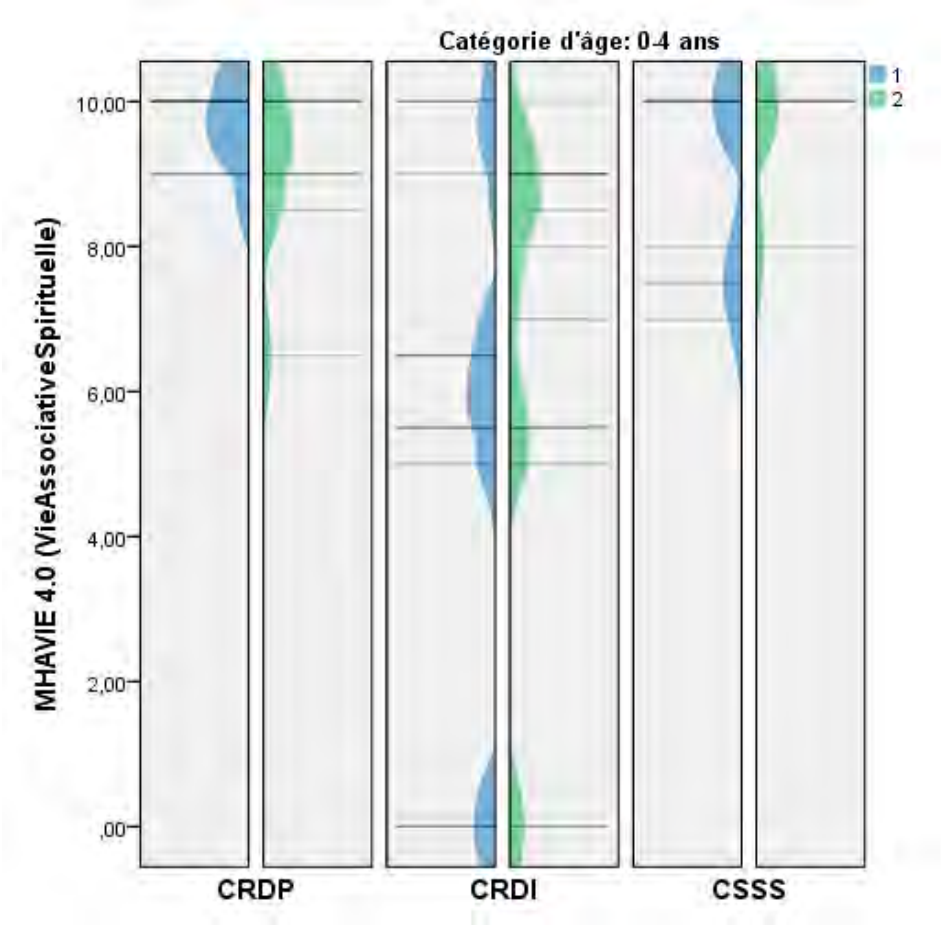


ANOVA : F(2,227) = 10,6 ; p = ,000
eta2 partiel = ,086

	Moyenne	Écart-type	N
CRDP	8,71	1,81	88
CRDI	7,00	2,37	63
CSSS	7,76	2,64	79
Total	7,92	2,37	230

	CRDI	CSSS	
CRDP	1,71	0,95	Différence
	,000	,023	*p*
	0,75	0,42	g de Hedge

	CSSS	
CRDI	-0,76	Différence
	,148	*p*
	-0,33	g de Hedge

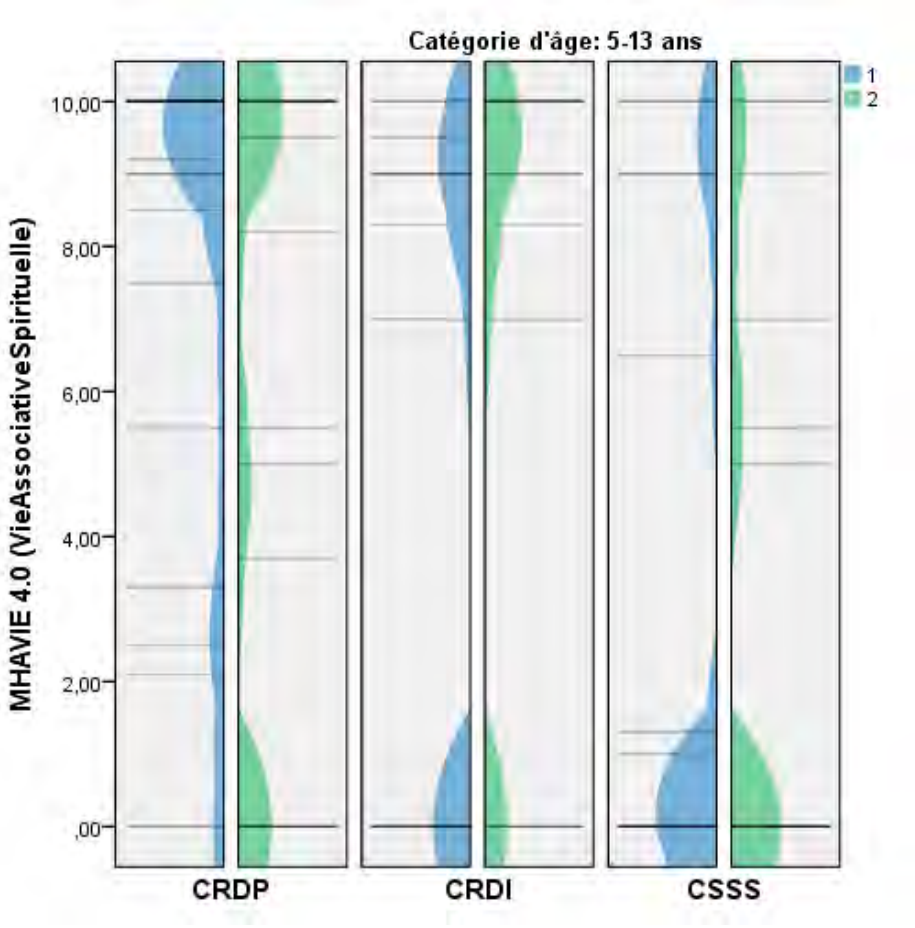


ANOVA : F(2,23) = 7,4 ; p = ,003
eta2 partiel = ,392

	Moyenne	Écart-type	N
CRDP	9,71	0,49	7
CRDI	5,38	3,65	12
CSSS	8,93	1,37	7
Total	7,50	3,24	26

	CRDI	CSSS	
CRDP	4,34	0,79	Différence
	,006	1,000	*p*
	1,65	0,30	g de Hedge

	CSSS	
CRDI	-3,55	Différence
	,028	*p*
	-1,35	g de Hedge

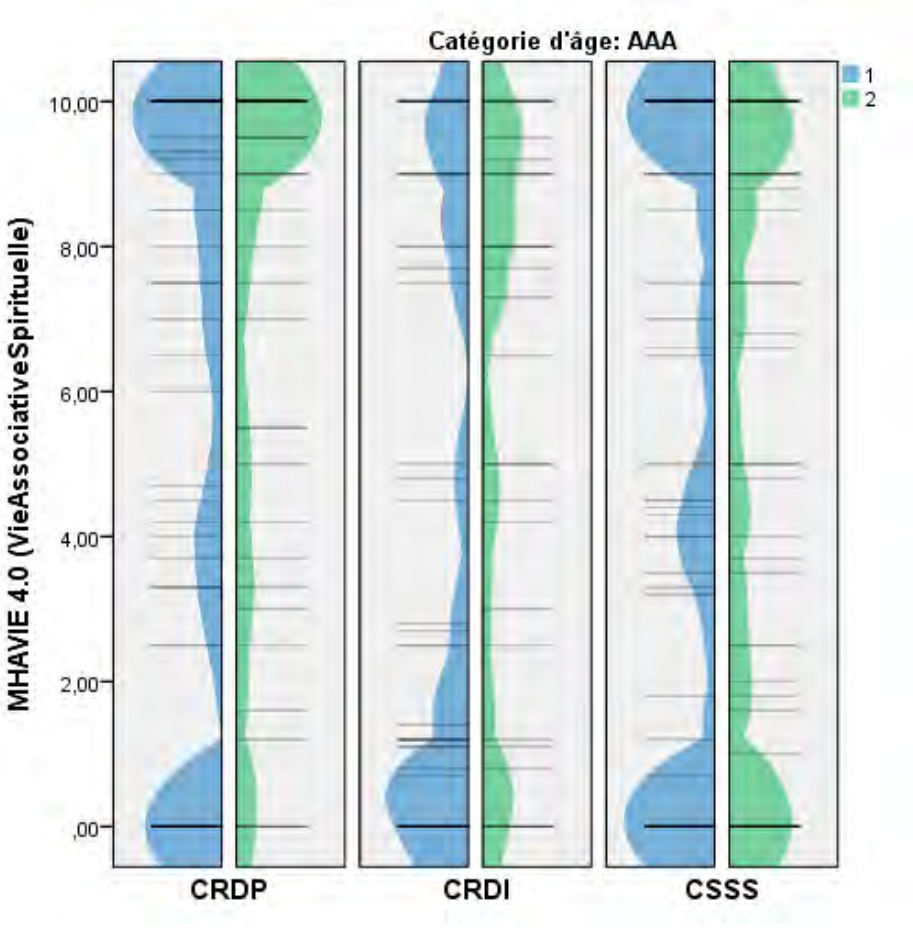


ANOVA : F(2,49) = 5,7 ; p = ,006
eta2 partiel = ,188

	Moyenne	Écart-type	N
CRDP	7,33	3,64	20
CRDI	4,79	4,69	15
CSSS	2,75	4,17	17
Total	5,10	4,50	52

	CRDI	CSSS	
CRDP	2,54	4,58	Différence
	,234	,005	*p*
	0,62	1,11	g de Hedge

	CSSS	
CRDI	2,03	Différence
	,514	*p*
	0,49	g de Hedge

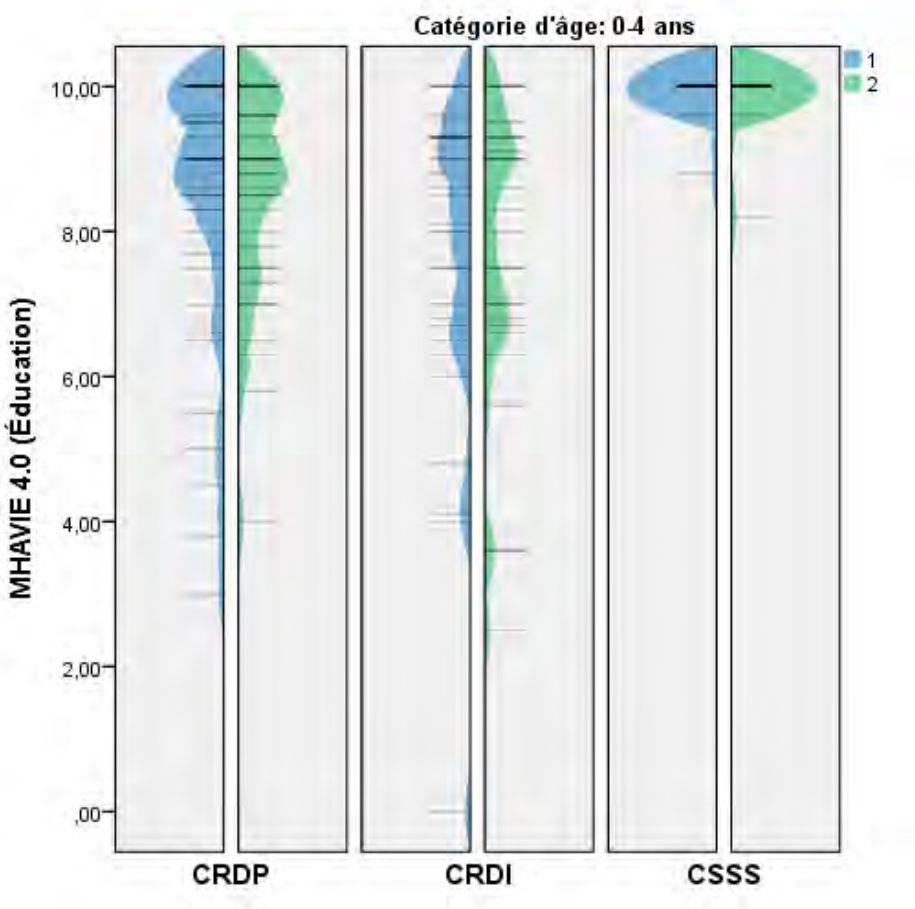


ANOVA : F(2,150) = 1,7 ; p = ,180
eta2 partiel = ,023

	Moyenne	Écart-type	N
CRDP	5,46	4,24	53
CRDI	3,88	4,07	44
CSSS	4,96	4,27	56
Total	4,82	4,23	153

	CRDI	CSSS	
CRDP	1,58	0,50	Différence
	,204	1,000	*p*
	0,38	0,12	g de Hedge

	CSSS	
CRDI	-1,08	Différence
	,618	*p*
	-0,26	g de Hedge

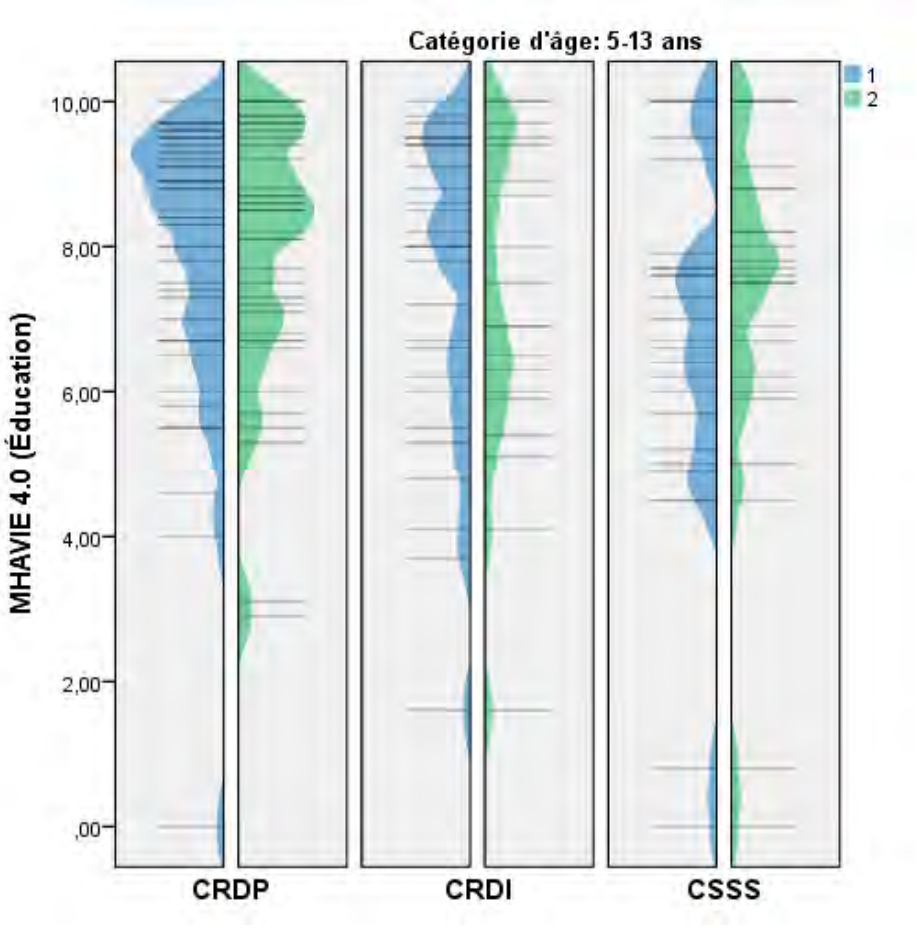


ANOVA : F(2,83) = 10,1 ; p = ,000
eta2 partiel = ,196

	Moyenne	Écart-type	N
CRDP	8,33	1,86	38
CRDI	7,57	2,27	28
CSSS	9,92	0,28	20
Total	8,45	1,98	86

	CRDI	CSSS	
CRDP	0,76	-1,59	Différence
	,284	,006	*p*
	0,42	-0,88	g de Hedge

	CSSS	
CRDI	-2,35	Différence
	,000	*p*
	-1,31	g de Hedge

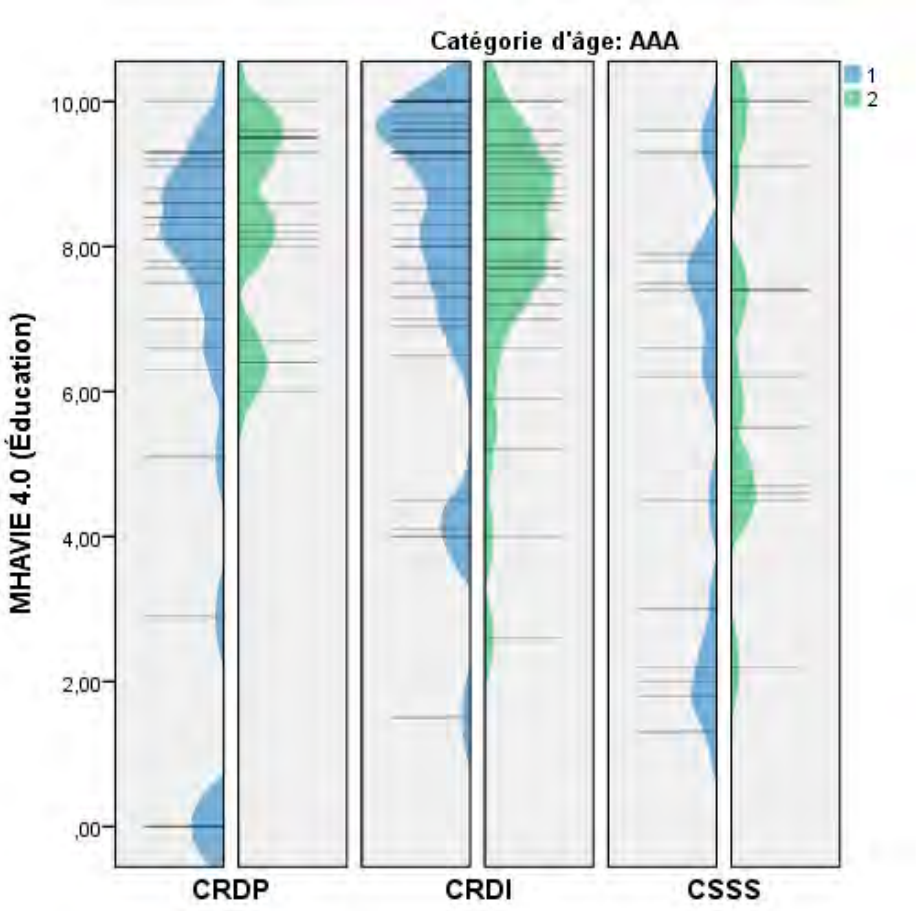


ANOVA : F(2,90) = 2,6 ; p = ,080
eta2 partiel = ,055

	Moyenne	Écart-type	N
CRDP	7,82	1,97	41
CRDI	7,41	2,16	27
CSSS	6,56	2,51	25
Total	7,36	2,22	93

	CRDI	CSSS	
CRDP	0,41	1,26	Différence
	1,000	,076	*p*
	0,19	0,58	g de Hedge

	CSSS	
CRDI	0,85	Différence
	,495	*p*
	0,39	g de Hedge

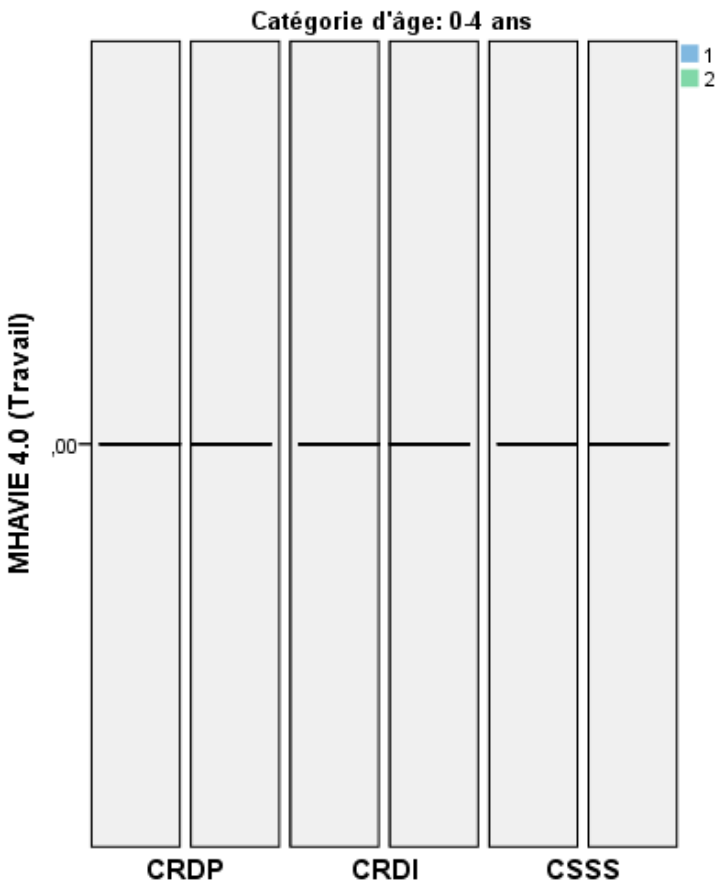


ANOVA : F(2,68) = 4,2 ; p = ,019
eta2 partiel = ,110

	Moyenne	Écart-type	N
CRDP	6,60	3,29	25
CRDI	7,96	2,19	32
CSSS	5,51	2,95	14
Total	7,00	2,89	71

	CRDI	CSSS	
CRDP	-1,35	1,10	Différence
	,215	,718	*p*
	-0,49	0,40	g de Hedge

	CSSS	
CRDI	2,45	Différence
	,022	*p*
	0,88	g de Hedge

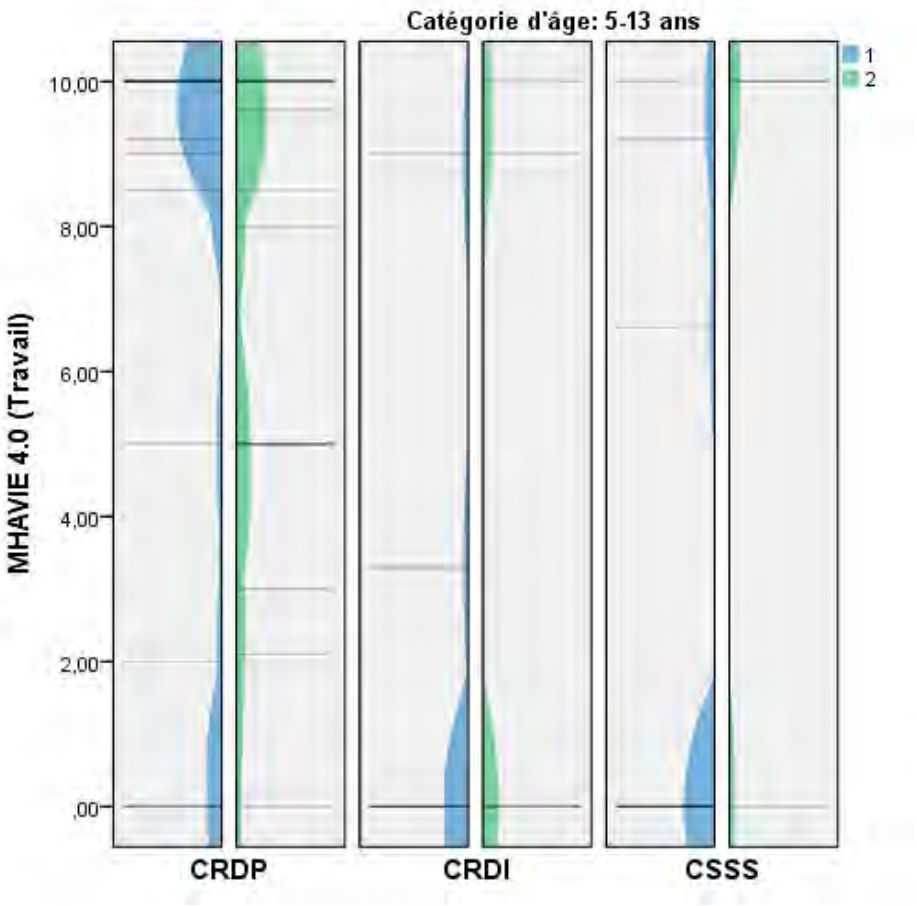


Non applicable

	Moyenne	Écart-type	N
CRDP			
CRDI			
CSSS			
Total			

	CRDI	CSSS	
CRDP			Différence
			p
			g de Hedge

	CSSS	
CRDI		Différence
		p
		g de Hedge

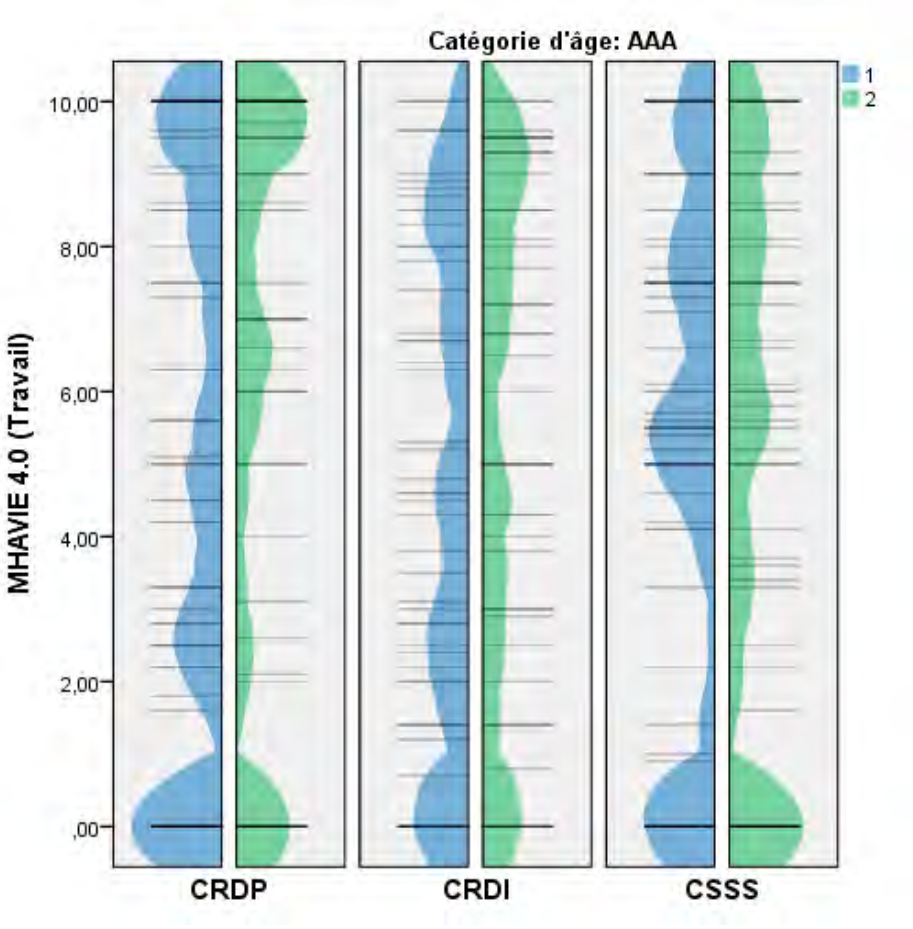


ANOVA : F(2,28) = 4,8 ; p = ,016
eta2 partiel = ,257

	Moyenne	Écart-type	N
CRDP	6,91	4,23	15
CRDI	1,76	3,42	7
CSSS	2,87	4,39	9
Total	4,57	4,61	31

	CRDI	CSSS	
CRDP	5,16	4,05	Différence
	,032	,081	*p*
	1,25	0,98	g de Hedge

	CSSS	
CRDI	-1,11	Différence
	1,000	*p*
	-0,27	g de Hedge

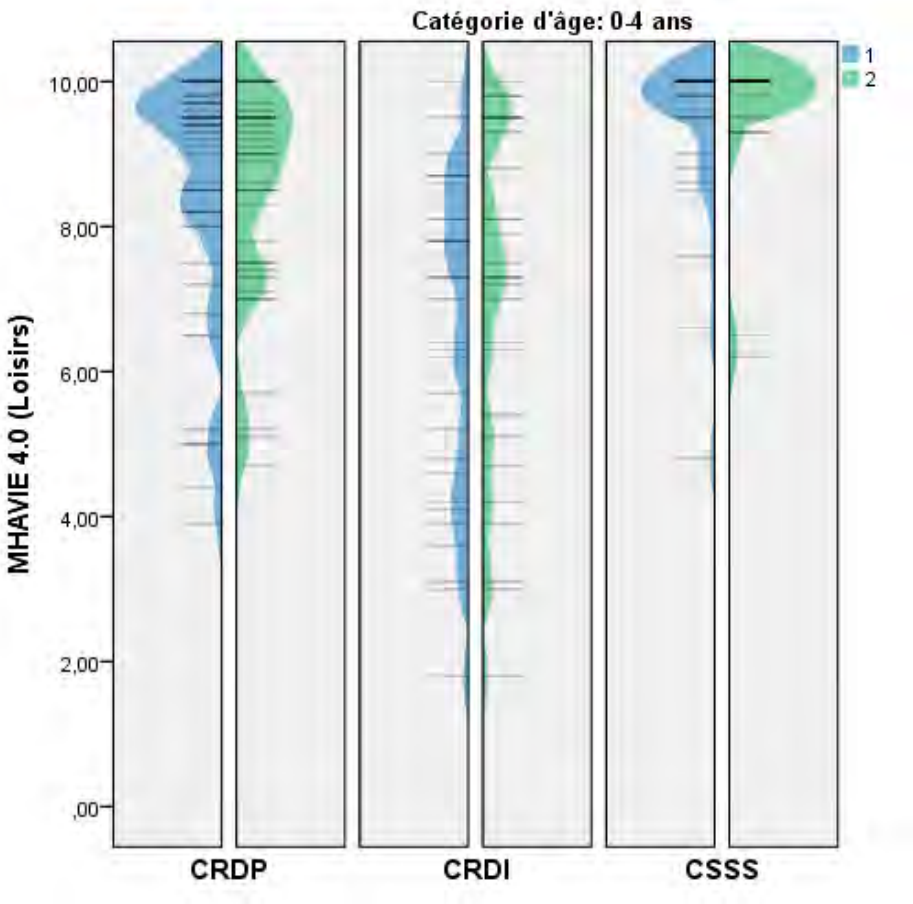


ANOVA : F(2,169) = 0,3 ; p = ,709
eta2 partiel = ,004

	Moyenne	Écart-type	N
CRDP	4,65	3,84	62
CRDI	4,46	3,39	52
CSSS	5,02	3,50	58
Total	4,72	3,58	172

	CRDI	CSSS	
CRDP	0,19	-0,37	Différence
	1,000	1,000	*p*
	0,05	-0,10	g de Hedge

	CSSS	
CRDI	-0,56	Différence
	1,000	*p*
	-0,15	g de Hedge

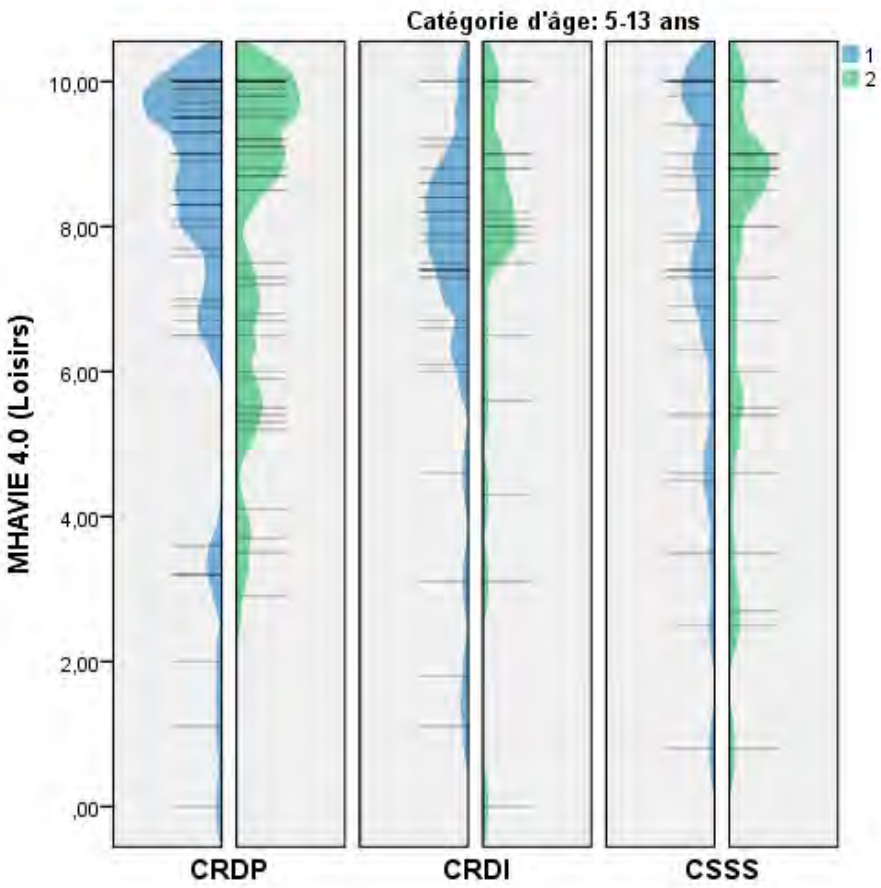


ANOVA : F(2,94) = 18,2 ; p = ,000
eta2 partiel = ,279

	Moyenne	Écart-type	N
CRDP	8,46	1,67	44
CRDI	6,46	2,23	29
CSSS	9,25	1,29	24
Total	8,06	2,07	97

	CRDI	CSSS	
CRDP	2,00	-0,78	Différence
	,000	,257	*p*
	1,13	-0,44	g de Hedge

	CSSS	
CRDI	-2,79	Différence
	,000	*p*
	-1,57	g de Hedge

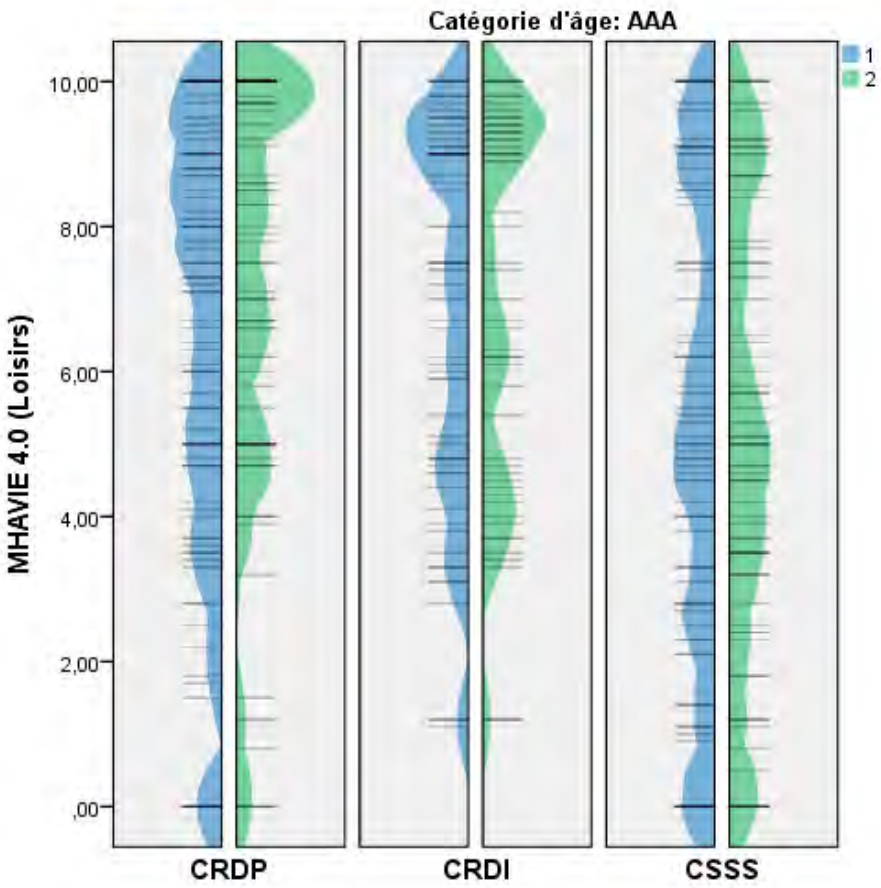


ANOVA : F(2,91) = 0,7 ; p = ,501
eta2 partiel = ,015

	Moyenne	Écart-type	N
CRDP	7,86	2,61	42
CRDI	7,20	2,23	27
CSSS	7,33	2,55	25
Total	7,53	2,48	94

	CRDI	CSSS	
CRDP	0,67	0,53	Différence
	,846	1,000	*p*
	0,27	0,21	g de Hedge

	CSSS	
CRDI	-0,13	Différence
	1,000	*p*
	-0,05	g de Hedge



ANOVA : F(2,222) = 6,3 ; p = ,002
eta2 partiel = ,053

	Moyenne	Écart-type	N
CRDP	6,16	3,01	86
CRDI	6,76	2,59	62
CSSS	5,02	3,22	77
Total	5,93	3,05	225

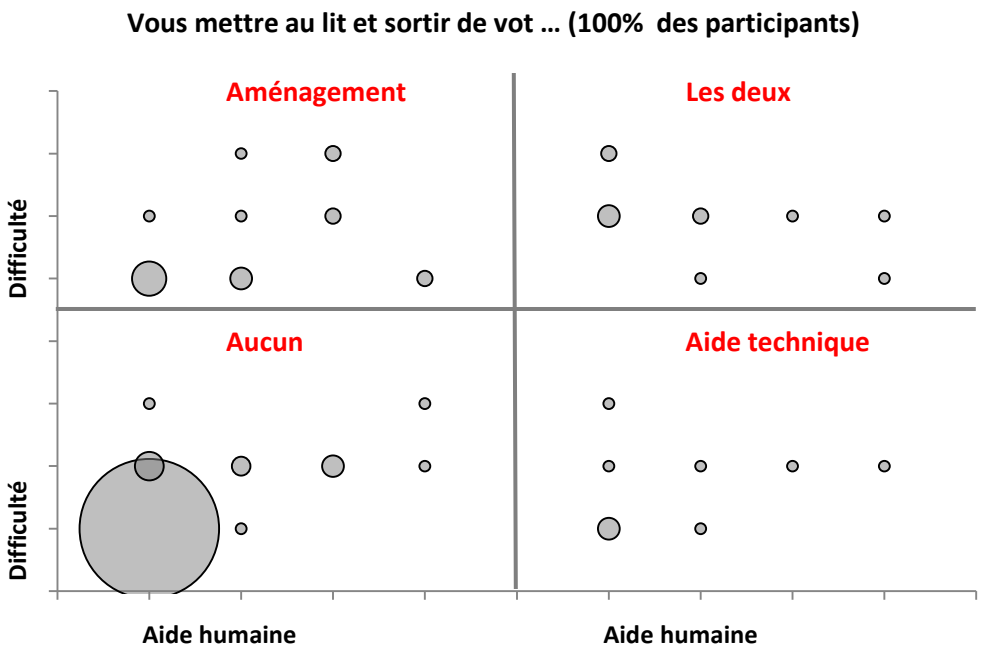
	CRDI	CSSS	
CRDP	-0,60	1,14	Différence
	,690	,046	*p*
	-0,20	0,38	g de Hedge

	CSSS	
CRDI	1,74	Différence
	,002	*p*
	0,58	g de Hedge

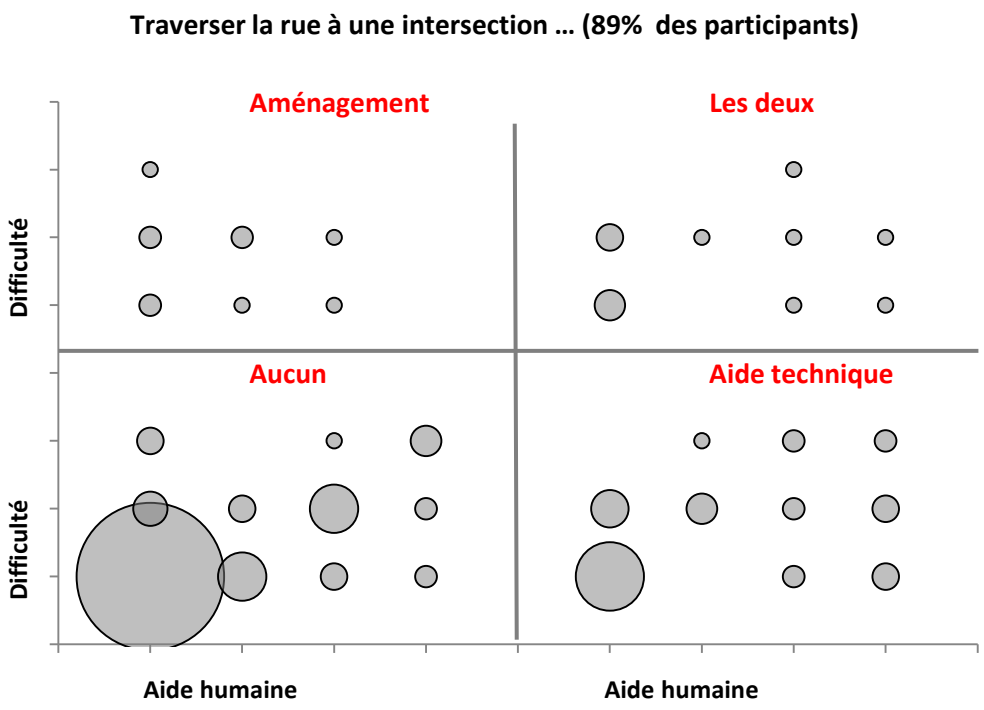
Présentation des différents items de la MHAVIE selon les groupes d’âge à l’aide de graphiques à quadrants : exemples tirés des résultats provenant des adultes et des enfants 5-13 ans.

Cette dernière section illustre la situation des participants selon les niveaux d’aide humaine et de difficulté en lien la présence ou non d’une aide technique ou d’un aménagement dans la réalisation de chacun des items de la MHAVIE. Ce type de diagramme à bulles permet d’illustrer les particularités de la réalisation de l’habitude de vie par les participants. L'abscisse représente l'aide humaine. Elle se lit comme suit (de gauche à droite): sans aide, aide légère, aide importante, aide complète. L'ordonnée représente le niveau de difficulté. Elle se lit comme suit (de bas en haut): Sans ou peu de difficulté, une certaine difficulté, beaucoup de difficulté. Chacun des quatre quadrants du graphique représente la présence ou non d'aide technique et/ou d'aménagement pour réaliser une activité (ex. Communiquer avec une autre personne à la maison ou dans la communauté). Ainsi, dans le sens direct (antihoraire), à partir de celui situé dans le quart de plan supérieur de droite, les quadrants indiquent que l'activité implique: la présence des deux (aménagement et aide technique), la présence d'aménagement seulement, la présence d'aucun aménagement ou aide technique, la présence d'aide technique seulement. Exemple d'interprétation : Pour l'item Vous mettre au lit et sortir de votre lit, la majorité des répondants (166/229) se situe dans le cadrant Aucun aménagement ou aide technique, n'a besoin d'aucune aide humaine pour réaliser l'activité (abscisse) et réalise l'activité avec aucune difficulté (ordonnée).

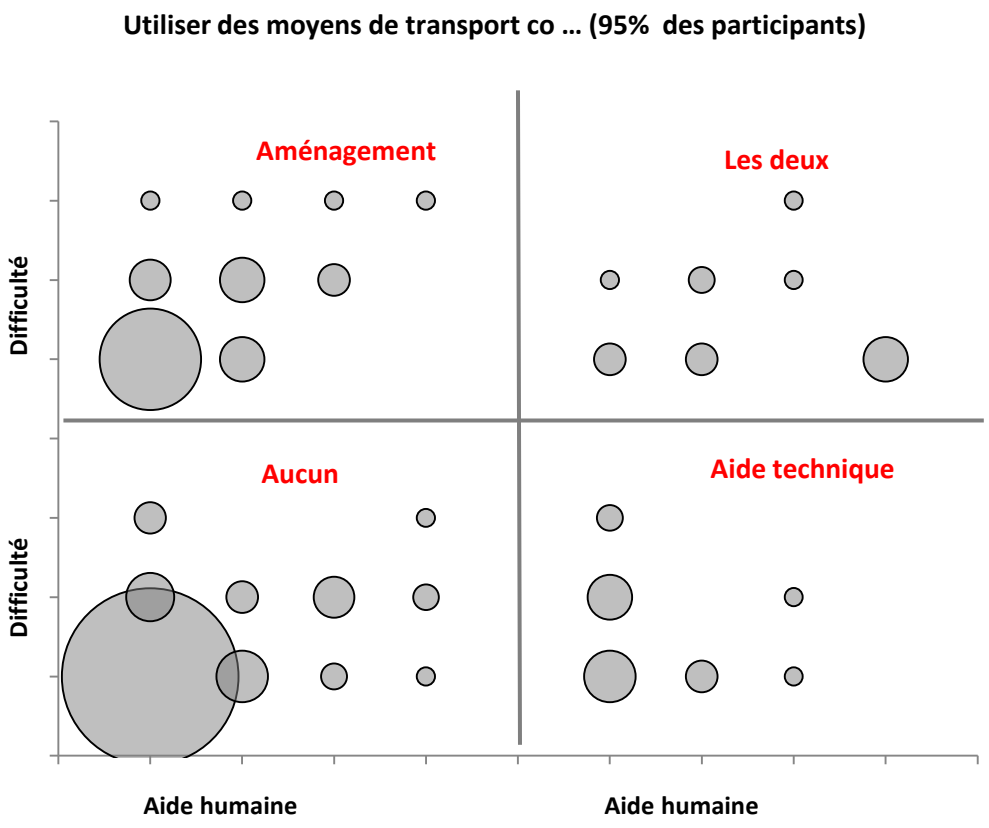
Graphiques 128-133 - Graphiques à quadrants illustrant la réalisation de différentes habitudes de vie selon les niveaux d'aide humaine et de difficulté en lien la présence ou non d'une aide technique ou d'un aménagement, participants adultes, 2012.



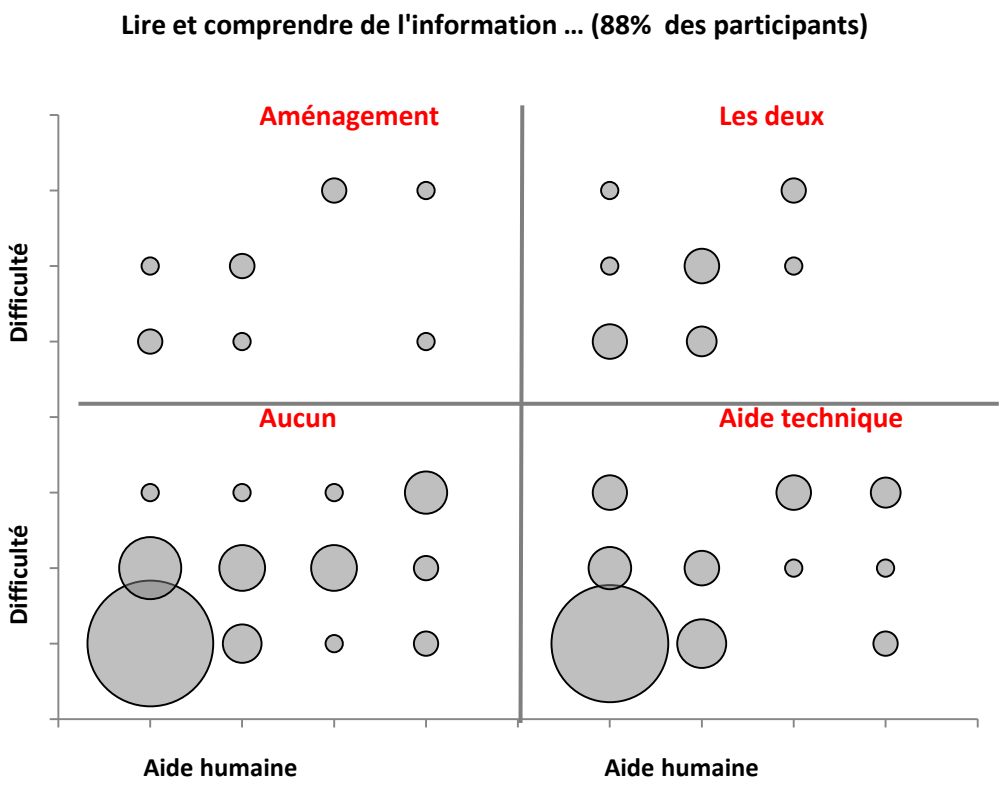
L'activité Vous mettre au lit et sortir de votre lit représente un bon exemple de cas où l'activité se déroule généralement sans aide humaine, sans aménagement ou aide technique et sans difficulté (166/229). Cette configuration se retrouve dans la plupart des graphiques illustrant les autres activités pratiquées par les adultes, les adolescents et les aînés. Bien entendu, d'une activité à l'autre, on retrouve souvent quelques variations mineures du nombre de répondants éprouvant des difficultés ou ayant besoin d'aide technique et/ou d'aménagement, mais en général, le nombre d'usagers se concentre dans la catégorie aucune aide humaine, aucun aménagement ou aide technique et sans difficulté.



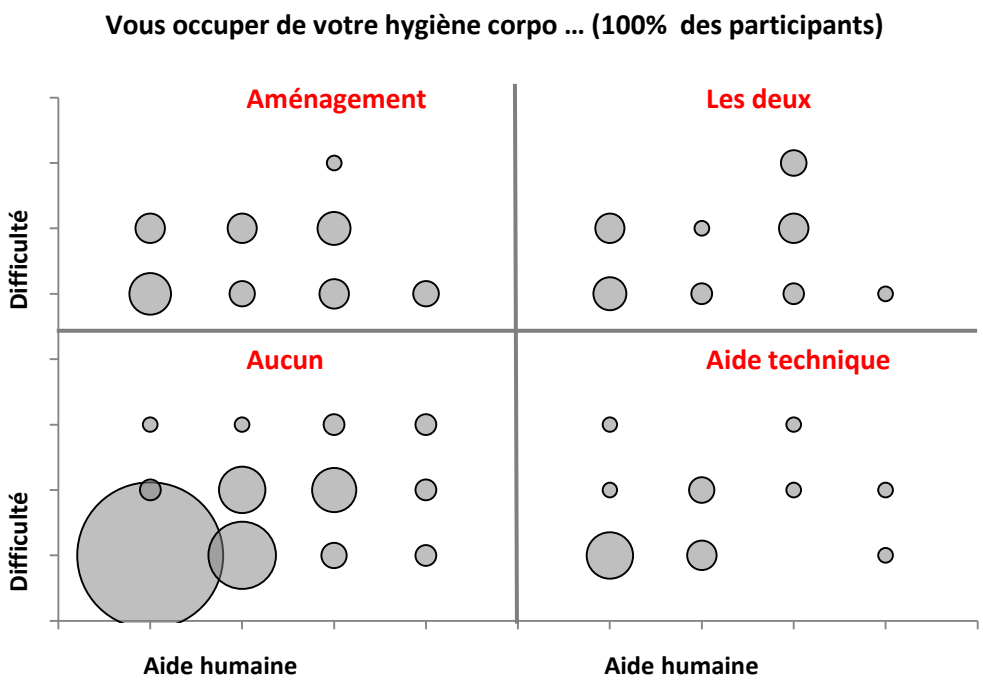
Pour Traverser la rue à une intersection, davantage de personnes ont besoin d'aide technique pour réaliser cette activité (45/204) et le nombre de personnes ayant besoin à la fois d'aménagement et d'aide technique (13/204) est aussi plus élevé que dans les autres types d'activités. Parmi les personnes n'ayant besoin d'aucune aide technique et d'aucun aménagement, plus le niveau d'aide humaine augmente, plus le niveau de difficulté de réalisation de l'activité semble augmenter aussi. Parmi les personnes ayant besoin d'une aide technique pour réaliser cette activité, si la plupart d'entre eux n'a pas besoin d'aide humaine et qu'ils réalisent l'activité sans difficulté (20/45), quelques personnes ont une certaine difficulté (15/45) ou ont beaucoup de difficulté à réaliser l'activité (5/45), tandis que certaines autres ont besoin d'aide humaine (19/45). Enfin, notons que chez les 5-13 ans, une plus grande aide humaine est aussi nécessaire pour réaliser cette activité et qu'un niveau de difficulté plus important a été observé.



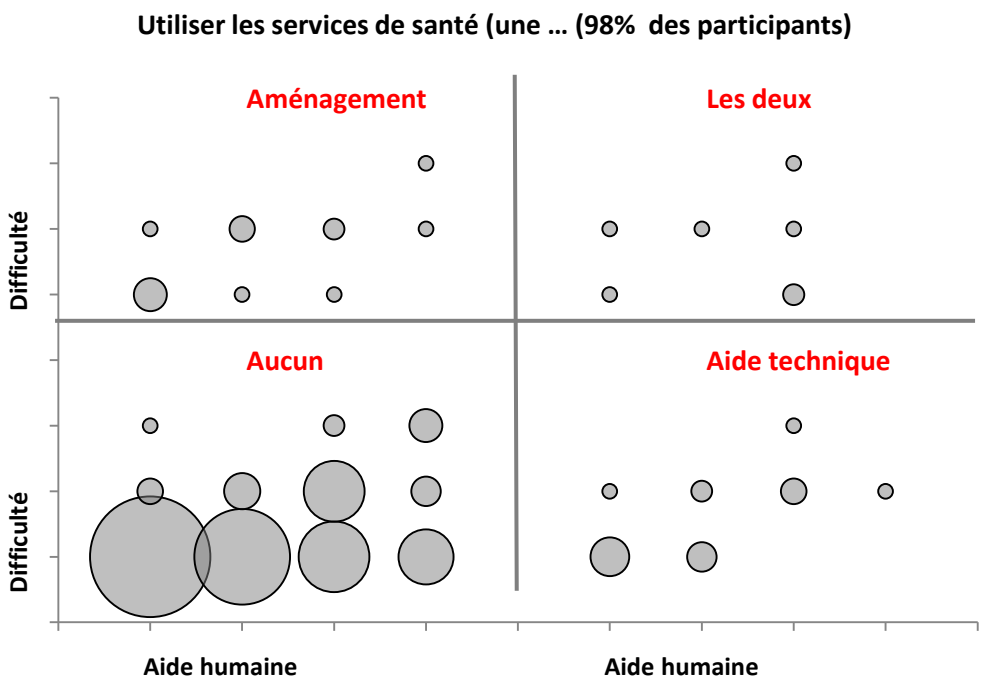
Pour Utiliser des moyens de transport comme passager (auto, transport en commun, taxi…), on observe qu'un nombre plus grand de personnes a besoin d'aménagement pour réaliser cette activité (55/219). Le nombre de personnes ayant besoin à la fois d'aménagement et d'aide technique (17/219) est aussi plus élevé que dans les autres activités et quelques personnes nécessitent également de l'aide technique (21/219). Parmi les personnes n'ayant besoin d'aucune aide technique et d'aucun aménagement, quelques-unes d'entre elles (17/126) réalisent cette activité avec une certaine difficulté et le nombre de personnes ayant besoin d'aide humaine est aussi plus élevé que pour les autres activités (22/126). Parmi les personnes ayant besoin d'aménagement pour réaliser cette activité, si la plupart n'ont pas besoin d'aide humaine et réalisent l'activité sans difficulté (31/55), quelques personnes ont une certaine difficulté à réaliser l'activité (14/55) et quelques-unes ont besoin d'aide humaine (18/55).



Afin de Lire et comprendre de l'information écrite (journaux, livres, lettres, signalisation, consignes…), on relève qu'un nombre plus élevé de personnes a besoin d'aide technique pour réaliser cette activité (79/204). On relève aussi que le nombre de personnes ayant besoin à la fois d'aménagement et d'aide technique (16/204) est plus élevé que dans les autres activités. Parmi les personnes n'ayant besoin d'aucune aide technique et d'aucun aménagement, plusieurs d'entre elles (29/99) réalisent cette activité avec une certaine difficulté et parmi les personnes ayant besoin d'une aide complète, les gens ont le plus souvent beaucoup de difficulté à réaliser l'activité. Le nombre de personnes ayant besoin d'aide humaine est aussi plus élevé (32/99). Parmi les personnes ayant besoin d'une aide technique pour réaliser cette activité, si la plupart n'ont pas besoin d'aide humaine et réalisent l'activité sans difficulté (46/79), certaines personnes ont beaucoup de difficulté à réaliser l'activité (11/79) et certaines ont besoin d'aide humaine (23/79).

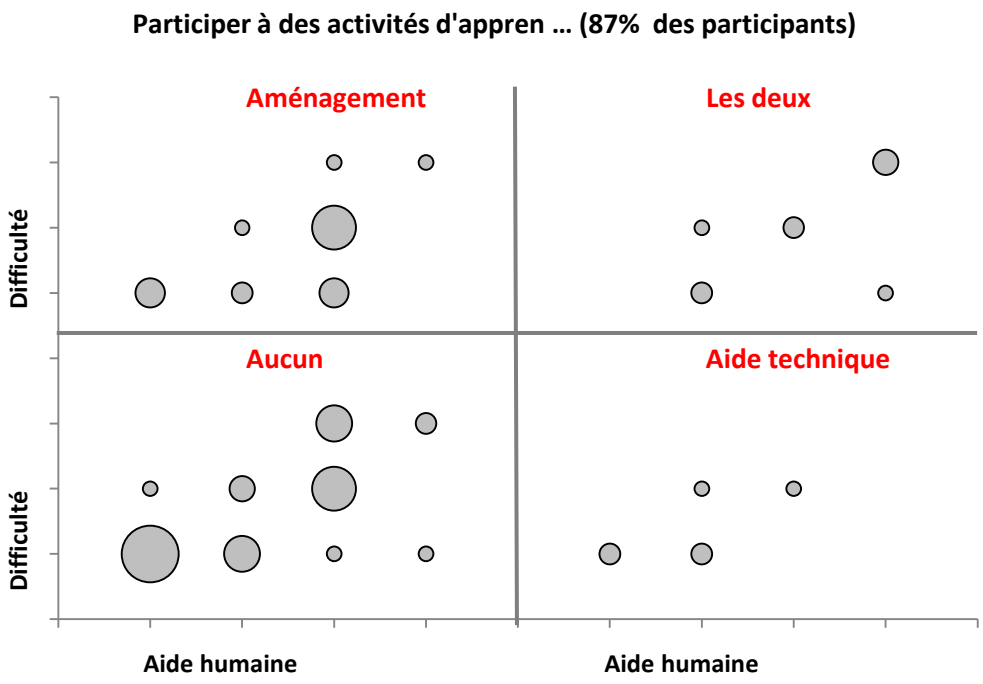


En ce qui concerne l'activité Vous occuper de votre hygiène corporelle (vous laver les mains, se brosser les dents, prendre un bain ou une douche…), si la plupart des personnes n'ont pas besoin d'aménagement ou d'aide technique pour la réaliser (154/231), un bon nombre de personnes de cette catégorie ont cependant besoin d'aide humaine (52/154). Parmi les personnes n'ayant besoin d'aucune aide et d'aucun aménagement, certaines d'entre elles (23/154) réalisent aussi cette activité avec une certaine difficulté, surtout chez ceux ayant besoin d'une aide humaine légère ou importante. Certaines personnes ont aussi besoin d'aide technique (23/231), d'aménagement (32/231) ou de ces deux aides (22/231). Dans ces trois catégories, on remarque qu'il y a quelques personnes qui ont besoin d'aide humaine et qui réalisent l'activité avec beaucoup de difficulté ou avec une certaine difficulté. Enfin, on observe que chez les 5-13 ans, une plus grande aide humaine est également nécessaire pour réaliser cette activité, tandis qu'un niveau de difficulté plus important a été relevé.

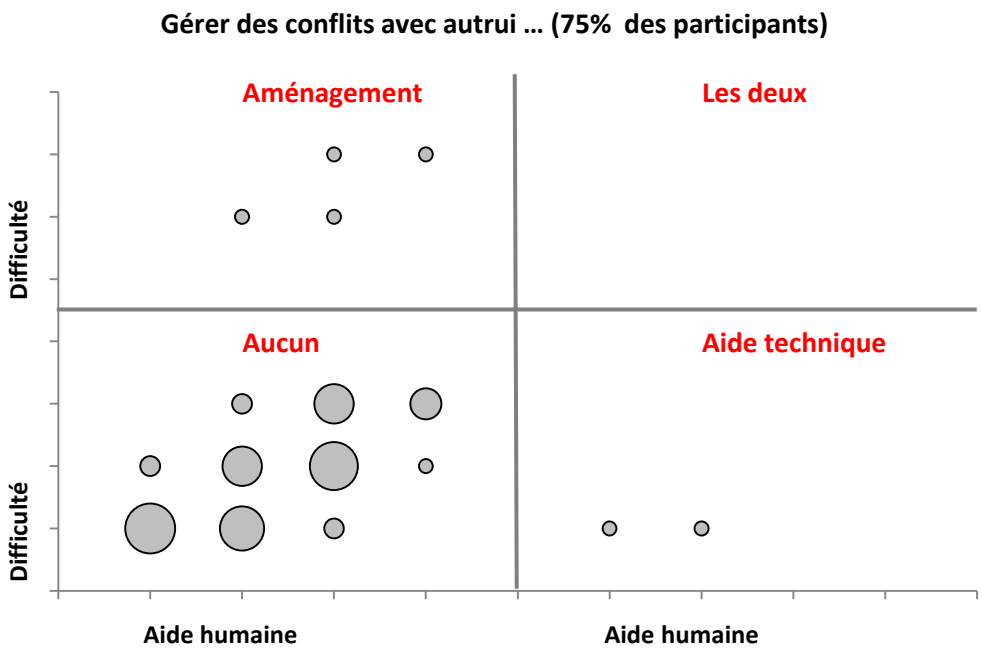


Si la plupart des personnes n'ont pas besoin d'aménagement ou d'aide technique (184/225) pour Utiliser les services de santé (une clinique médicale, un centre hospitalier ou de réadaptation, une clinique dentaire…), la plupart des personnes de cette catégorie ont cependant besoin d'aide humaine (113/184). Toujours parmi les personnes n'ayant besoin d'aucune aide technique et d'aucun aménagement, un certain nombre d'entre elles (30/184) réalisent cette activité avec une certaine difficulté, plus particulièrement chez les personnes ayant besoin d'une aide humaine importante (17/184). De plus, chez ceux ayant une aide humaine complète, l'activité est le plus souvent réalisée avec beaucoup de difficulté. Quelques personnes, mais peu, ont aussi besoin d'aménagement ou d'aide technique pour réaliser cette activité. Enfin, chez les 5-13 ans, il a aussi été relevé qu'une plus grande aide humaine est nécessaire pour réaliser cette activité et qu'un niveau de difficulté plus important a été observé.

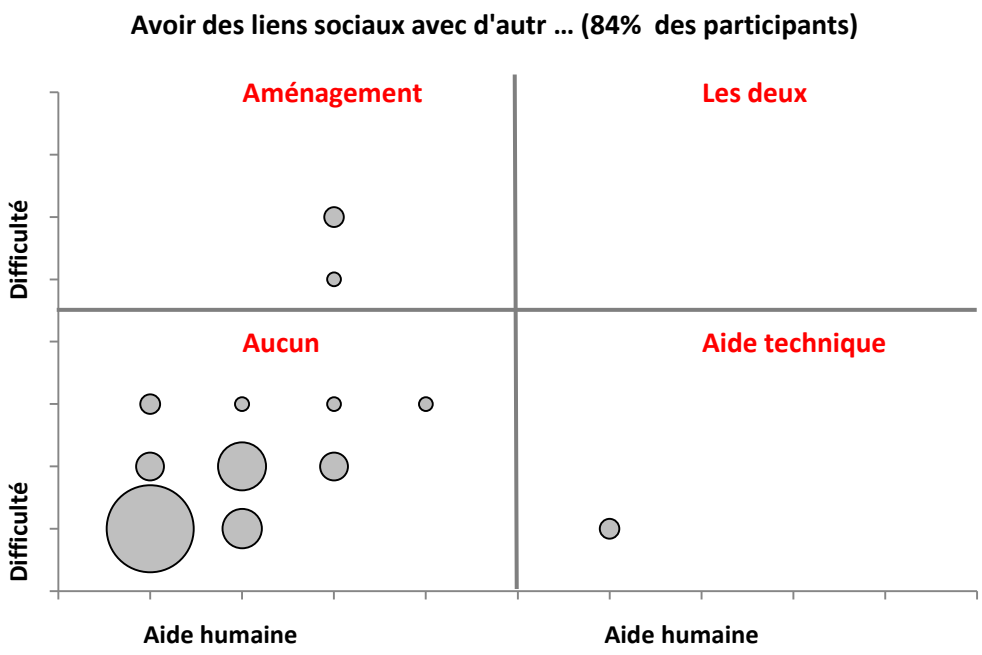
Graphiques 134-136 - Graphiques à quadrants illustrant la réalisation de différentes habitudes de vie selon les niveaux d'aide humaine et de difficulté en lien la présence ou non d'une aide technique ou d'un aménagement, participants 5-13 ans, 2012.



Comme l'illustre ce graphique, si Participer à des activités d'apprentissage scolaire (ateliers, suivre un cours, faire les travaux pratiques et examens…) ne nécessite le plus souvent aucun aménagement ou aucune aide technique (44/82) chez les répondants âgés de 5 à 13 ans, un bon nombre de personnes de cet âge ont aussi besoin d'aménagement pour réaliser cette activité (22/82). Beaucoup de personnes de 5 à 13 ans, nécessitent aussi de l'aide humaine que ce soit chez ayant besoin d'aménagement (18/22), ou chez ceux n'ayant besoin ni d'aménagement, ni d'aide technique (28/44). On remarque aussi que chez les participants âgés de 5 à 13 ans qui nécessitent de l'aménagement, la plupart d'entre eux ont besoin d'une aide humaine importante et réalisent l'activité avec une certaine difficulté (9/22). Chez les répondants de 5 à 13 ans qui n'ont besoin ni d'aménagement, ni d'aide technique, un bon nombre d'entre eux requiert une aide humaine importante et réalise l'activité avec une certaine difficulté (9/44) ou avec beaucoup de difficulté (6/44).



Gérer des conflits avec autrui est une activité qui ne nécessite en général aucun aménagement ou aucune aide technique (63/70) chez les répondants âgés de 5 à 13 ans. Toutefois, la majorité de ceux-ci demande de l'aide humaine (48/70), principalement de l'aide importante ou légère. Parmi les participants de 5 à 13 ans ayant une besoin d'une aide légère humaine pour cette activité, la plupart d'entre eux rencontre des difficultés à la réaliser. Enfin, chez les personnes ayant besoin d'une aide importante et chez celles ayant besoin d'une aide complète pour gérer des conflits, on observe que les difficultés s'accentuent davantage. Enfin, il est intéressant de noter que chez les adultes, gérer les conflits demande aussi généralement, de l'aide humaine uniquement, mais dans une moindre mesure que chez les jeunes. Cette activité est également réalisée chez les adultes avec un niveau de difficulté plus élevé que pour les autres activités en général et comme les 5 à 13 ans, plus le niveau d'aide humaine augment, plus le niveau de difficulté s'accroît lui aussi.



Avoir des liens sociaux avec d'autres jeunes (école, loisirs, voisin…) ne demande en général aucun aménagement ou aucune aide technique (63/70) chez les répondants âgés de 5 à 13 ans. De plus, parmi cette catégorie, plus de la moitié des jeunes (39/70) n'ont pas besoin d'aide humaine non plus. On remarque cependant que lorsque de l'aide humaine est présente pour réaliser cette activité, le niveau de difficulté semble avoir tendance augmenter, phénomène particulièrement observable lorsqu'une activité demande une aide humaine légère.

Présentation des résultats obtenus à partir des entrevues individuelles et des groupes de discussion

Documentation des conditions d'utilisation de la MHAVIE en contexte de gestion et d'administration

Dans chacun des sites pilotes, un à deux gestionnaires d'un programme ayant participé au projet d'expérimentation de la MHAVIE 4.0 ont été interviewés par l'équipe de recherche. Les gestionnaires ont été identifiés en fonction de leur disponibilité par les coordonnateurs locaux. Lorsque plusieurs programmes au sein d'un même établissement participaient au projet, plus d'un gestionnaire était invité à l'entrevue. Les entrevues ont été réalisées en personne, à l'exception d'une dont le gestionnaire a été contacté par téléphone, entre le 26 septembre et le 30 novembre 2012. Un seul gestionnaire n'a pu être rencontré. Au total, 16 gestionnaires ont participé aux entrevues (tableau 14).

Tableau 14 - Nombre de gestionnaires de programmes participants

Type	Établissement	Gestionnaires	Total
CRDP	CRE	1	7
	IRDPQ	1	
	CRDP-CA	1	
	CMR	2	
	INLB	1	
	IRD	1	
CRDI	CRDI-MCQ	1	6
	CRDI-CA	1	
	CRDI-ME	2	
	CRDI-NL	2	
CSSS	CSSS-M-L'I	1	3
	CSSS-TR	2	
	CSSS-VS	0	
TOTAL			**16**

- Appréciation globale de l'outil :

De manière générale, l'outil MHAVIE a été apprécié par les gestionnaires de programmes participants. Un des facteurs d'appréciation qu'ils ont évoqué est que l'outil a été élaboré à partir du PPH et permettait ainsi de mieux se l'approprier et de concrétiser l'application clinique de ce modèle, pour les établissements l'ayant adopté, ou de développer une expertise PPH, pour les établissements moins familiers avec cette perspective du handicap. Les gestionnaires ont également apprécié la capacité de l'outil à dresser un bilan complet de la réalisation des habitudes de vie d'une personne. D'autant plus que ce bilan pouvait également être utilisé dans le PI par la suite et était donc très utile au moment de l'accueil et de l'évaluation. En effet, la MHAVIE permet de connaître les habitudes de vie les plus difficilement réalisées ou réalisées de manière insatisfaisante pour l'usager et facilite donc le développement d'objectifs d'intervention et le suivi de l'évolution de la personne durant sa réadaptation, voire même en relance.

Pour les gestionnaires des CRDI-TED participants, la MHAVIE répond à un besoin d'outil d'évaluation standardisé, tant sur le plan clinique que de la gestion, pouvant structurer les pratiques et qui est cohérent avec le SIPAD. De plus, l'approche centrée sur la perception de l'usager est grandement appréciée. En évaluant la satisfaction de l'usager sur la réalisation de ses habitudes de vie, celui-ci est susceptible de prendre part plus activement à son processus de réadaptation et de s'impliquer davantage dans la mise en œuvre de son plan d'intervention puisqu'il est basé sur des éléments qu'il juge prioritaires. Pour certains de ces gestionnaires, la MHAVIE permettrait de soutenir la transition vers les prestations par épisodes de services en offrant un langage commun entre les établissements impliqués dans le continuum de services et en formulant des objectifs d'intervention plus spécifiques aux besoins de l'usager.

Pour ce qui est des points négatifs, notons qu'aucun des éléments mentionnés par les gestionnaires n'a été partagé par une majorité d'entre eux; il faut donc demeurer prudent dans l'interprétation. Toutefois, un des points négatifs de l'outil identifié par les gestionnaires était la longueur d'utilisation de l'outil et la mobilisation de ressources que nécessitaient le respect des critères d'évaluation, c'est-à-dire la mobilisation du même intervenant pour les deux temps de mesure et le moment de passation. Ces derniers éléments sont davantage liés aux contraintes imposées par le projet de recherche. De plus, la longueur d'utilisation de l'outil était principalement en cause en fonction de certains programmes qui desservaient soit un gros volume d'usagers soit des clientèles ayant des besoins très spécifiques ou

en fonction de la modalité de prestation des services (épisodes de services, réadaptation intensive, etc.). Enfin, certains gestionnaires ont mentionné que l'outil ne répondait pas aux besoins cliniques et que les résultats n'étaient pas réutilisés dans leurs programmes (ex. : déficiences sensorielles, CSSS). En CSSS particulièrement, la nature des informations recueillies par la MHAVIE ne permet pas d'identifier les besoins de l'usager par rapport à l'offre de services des CSSS, ni de les traduire en intensité heures/services (HPS/jour), un élément important de la pratique en CSSS.

- Utilité en gestion de programme :

Lorsque questionnés sur l'utilité de l'outil dans la gestion de leurs programmes, les gestionnaires rencontrés en CRDP et CRDI-TED ont mentionné apprécier avoir une mesure de la participation sociale des usagers et son suivi dans le temps puisque c'est actuellement une donnée manquante en réadaptation. En effet, l'atteinte des objectifs des plans d'intervention est évaluée, mais leur impact sur la participation sociale, objectif final des interventions en réadaptation, n'est quant à lui pas mesuré. Cette mesure permettrait aux gestionnaires d'évaluer la pertinence des cibles établies dans leurs programmes ainsi que de planifier plus efficacement les services offerts.

D'un point de vue clinique, à l'exception des sites en CSSS, la majorité des gestionnaires participants s'accorde sur l'utilité de l'outil dans la préparation du plan d'intervention. En effet, l'aspect multidisciplinaire de l'outil et son ancrage dans le PPH permettent d'identifier des objectifs d'intervention en termes d'habitudes de vie qui sont, de plus, prioritaires du point de vue de l'usager. Selon eux, la MHAVIE permet de bonifier le plan d'intervention en ciblant des objectifs réalistes sur la base des besoins de la personne, ce qui favorise son implication dans le processus de réadaptation et prépare plus efficacement son retour à la communauté.

- Type d'intervenant ciblé pour la passation :

De manière générale, les gestionnaires rencontrés identifient deux catégories d'intervenants comme responsables de la passation de la MHAVIE. D'une part, plus particulièrement en CRDI-TED, l'intervenant pivot (souvent un psychoéducateur) est celui le plus mentionné puisqu'il est responsable du plan d'intervention et qu'il connait bien le contexte de vie de l'usager (famille, milieu, etc.). D'autre part, plus particulièrement en CRDP, les intervenants psychosociaux (travailleurs sociaux, psychoéducateurs, éducateurs spécialisés, etc.) sont

désignés comme ceux pouvant être ciblés comme utilisateurs de la MHAVIE puisqu'ils ont une connaissance plus fine du contexte de vie de la personne et qu'ils sont plus en mesure de récupérer les situations difficiles (deuils, émotions douloureuses, etc.) auxquels l'usager pourrait être confronté lors de la passation.

- Moment recommandé pour la passation :

Le choix du moment de passation varie beaucoup en fonction du contexte d'utilisation (type d'établissement, programme, clientèle). Toutefois, trois périodes du processus de réadaptation sont plus fréquemment ciblées pour compléter la MHAVIE, soit à l'ouverture du dossier, en préparation du plan d'intervention et en fermeture de dossier. Pour les gestionnaires participants, l'outil pourrait remplacer l'entrevue initiale et marquer ainsi un premier temps de mesure permettant le suivi dans le temps. L'utilisation de la MHAVIE est également vue comme étant très liée à la réalisation du plan d'intervention. Permettant d'établir un portrait complet de la réalisation des habitudes de vie d'une personne, elle permet en plus de cibler des objectifs d'intervention en fonction des besoins énoncés par celle-ci et donc de placer l'usager au centre du processus d'intervention. Enfin, les gestionnaires y voient la possibilité de valider une décision de fermeture de dossier puisque la MHAVIE permet de mesurer l'atteinte des objectifs inscrits au plan d'intervention et de vérifier si la personne est satisfaite de sa situation ou auraient d'autres besoins à travailler.

En CRDI-TED, des gestionnaires ont mentionné espérer que la MHAVIE soit complétée en 1ere ligne lors des références pour la 2e ligne de services. Cette démarche simplifierait selon eux la transition qui s'opère actuellement vers une prestation de services par épisode. Cet élément est également ressorti lors des discussions avec des gestionnaires de CSSS qui, toutefois, souhaiterait bénéficier d'une version plus courte pour envisager cette pratique.

Documentation des conditions d'utilisation de la MHAVIE en contexte clinique

Dans chacun des sites pilotes, les intervenants ayant utilisé la MHAVIE 4.0 dans le cadre cette expérimentation ont été invités à participer à des groupes de discussion afin de documenter leur expérience d'utilisation de la MHAVIE 4.0 en contexte clinique. Au total, 83 intervenants ont participé aux entrevues de groupe (tableau 15).

Tableau 15 - Nombre d'intervenants ayant participé aux groupes de discussion

Type	Établissement	Intervenants	Total
CRDP	CRE	7	38
	IRDPQ	11	
	CRDP-CA	8	
	CMR	7	
	INLB	4	
	IRD	1	
CRDI	CRDI-MCQ	7	33
	CRDI-CA	12	
	CRDI-ME	7	
	CRDI-NL	7	
CSSS	CSSS-M-L'I	5	12
	CSSS-TR	6	
	CSSS-VS	1	
TOTAL			**83**

- Appréciation globale de l'outil :

Selon les intervenants ayant participé aux entrevues de groupes, l'outil MHAVIE 4.0 est un outil complet qui permet de recueillir une grande quantité d'information. Un des avantages des informations recueillies par l'outil (qui est structuré en 12 catégories d'habitudes de vie) est qu'elles tiennent compte de toutes les sphères de la vie d'une personne, ce qui permet de faire un portrait complet de la situation de l'usager, soit sa participation sociale. Un élément largement partagé par l'ensemble des intervenants est qu'il permet d'évaluer le

niveau de satisfaction de l'usager, c'est-à-dire sa satisfaction à l'égard de la manière dont il réalise ses habitudes de vie. Cet élément constitue une nouvelle information qui n'était pas ordinairement recueillie et semble être un des aspects les plus appréciés de l'outil. La valeur ajoutée de ce portrait est donc qu'il informe sur le niveau de satisfaction de l'usager et permet ainsi de prioriser les objectifs d'interventions sur la base des habitudes de vie les plus insatisfaisantes pour la personne. Ainsi, certains intervenants ont mentionné qu'il leur avait été possible de comprendre qu'ils ciblaient parfois les mauvaises cibles d'intervention lorsqu'ils identifiaient des objectifs (habitudes de vie non réalisées ou réalisées avec difficulté) pour lesquels l'usager était a priori satisfait, ce qui expliquait sa faible implication dans la réalisation de son plan d'intervention.

En plus de la satisfaction, l'outil permet également aux intervenants d'évaluer la perception de l'usager sur les types d'aides utilisés (aide technique, aménagement, aide humaine) et le niveau de difficulté éprouvé dans la réalisation de ses habitudes de vie, ainsi que d'identifier parallèlement les adaptations faites et celles à faire. Ce portrait du point de vue de la personne permet donc d'identifier des priorités d'intervention, parfois même en comparant la perception de l'usager avec celles de ses proches et de l'intervenant. La comparaison des points de vue offre une vision complète de la situation de la personne et permet d'établir des objectifs d'intervention réalistes sur la base d'une négociation entre la personne, ses proches et l'intervenant.

Dans une moindre mesure, des intervenants affirmaient également apprécier le fait que l'outil leur permettait d'établir une communication avec la personne et sa famille et ainsi de mieux la connaître. En évaluant l'ensemble des habitudes de vie possibles, l'outil permettait à l'usager de prendre conscience des habitudes de vie qu'il réalise et qu'il ne réalise pas, mais également celles qui seraient éventuellement réalisables. Par exemple, un intervenant en CRDI-TED mentionnait qu'un usager a pris connaissance, via une question de la MHAVIE, de la possibilité d'utiliser un logiciel de visioconférence (Skype) pour communiquer avec ses proches, logiciel qu'il a appris depuis à utiliser avant la fin de l'expérimentation.

En général, les intervenants ont mentionné avoir apprécié l'outil en situation d'expérimentation, mais ils ont soulevé plusieurs aspects qui pourraient faire obstacle à son implantation dans la pratique clinique. La principale critique adressée concerne sa pertinence avec certaines clientèles. Effectivement, plusieurs ont fait part que l'outil était soit difficilement applicable soit n'était pas suffisamment spécifique à certaines clientèles. Par exemple, certains ont mentionné que la version 0-4 ans de l'outil était difficilement applicable aux enfants âgés de 0 à 2 ans, car trop d'habitudes de vie ne sont pas réalisées à cet âge ou sont difficiles à évaluer. Pour d'autres clientèles

comme les personnes ayant une déficience légère ayant peu d'impact sur la participation sociale (particulièrement en CSSS) ou les personnes ayant une déficience sensorielle, les intervenants jugeaient l'outil inutile puisqu'il ne permettait pas de ressortir précisément et efficacement les éléments sur lesquels intervenir.

D'ailleurs, quelques sections (communication et relations interpersonnelles par exemple) sont, selon les intervenants, trop générales et pas suffisamment sensibles à la réalité et aux contextes de vie de certaines clientèles. Pour les enfants et les personnes ayant une déficience sensorielle, ces sections ne sont pas assez détaillées et ne représentent pas la variabilité des contextes environnementaux (bruit, interlocuteur, lieux, achalandage, etc.). Alors que pour les personnes ayant une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement, l'outil manque de précision en ne permettant pas de tenir compte des humeurs et états d'esprit de la personne ou de ses types de comportements dans la réalisation d'une habitude de vie. Bien que ce manque soit lié à la conceptualisation de l'outil, puisque le PPH définit les facteurs environnementaux et personnels comme étant des domaines conceptuels distincts de celui des habitudes de vie, les intervenants aimeraient bénéficier d'un outil qui tient compte de tous les facteurs influençant la réalisation d'habitudes de vie pour identifier clairement les besoins de l'usager. Par ailleurs, il faut mentionner que plusieurs des éléments qu'ils ont identifiés comme difficiles relèvent des aptitudes et non des habitudes de vie selon la segmentation PPH et que le besoin ou le manque auquel ils réfèrent peut être comblé par un outil disciplinaire avec lequel ils ont l'habitude de travailler pour évaluer les dimensions fonctionnelles.

Un autre aspect contraignant de l'outil évoqué par les intervenants est son temps d'utilisation et la répétition d'information. Dépendamment des usagers, la passation de l'outil pouvait prendre jusqu'à deux rencontres. De plus, lorsque les situations de handicap de l'usager ne concernaient qu'une ou deux catégories d'habitudes de vie, compléter les 12 catégories devenait long et répétitif pour l'usager qui n'en voyait pas l'intérêt. L'impression de répétition, principalement lorsque peu d'habitudes de vie sont problématiques, est induite par la structure de l'outil qui vise à évaluer les conditions de réalisation (questions 2A, 2B et 3 sur les types d'aides, l'intensité de l'aide humaine, le niveau de difficulté et la satisfaction) de chacune des habitudes de vie. Dans ces conditions, l'utilisation de l'outil perdait de son sens et la passation prenait davantage la forme d'une enquête formelle lourde à compléter. Des aménagements sont envisagés pour la présentation aussi des formulaires du questionnaire.

Plusieurs intervenants ont fait part de leur difficulté à s'approprier l'outil lorsqu'utilisé occasionnellement. En effet, ils affirment devoir l'utiliser plus fréquemment pour se l'approprier. Plus particulièrement, certaines difficultés semblent être reliées à la compréhension des échelles d'aide humaine additionnelle et du niveau de difficulté. Ces éléments seront discutés dans la section portant sur les éléments de la MHAVIE.

- Appréciation de la formation et des guides d'utilisation:

Si l'ensemble des intervenants s'entend sur la nécessité d'une formation liée à la compréhension et à l'utilisation de la MHAVIE 4.0, plusieurs affirment que cette formation devrait être plus concrète, plus axée sur l'application clinique de l'outil et sur les techniques de passation afin d'outiller les intervenants. Ils auraient apprécié bénéficier davantage de périodes d'application constituées d'exercices de mises en situation et d'histoires de cas afin de clarifier l'interprétation des items et des échelles ainsi que de développer des compétences en matière de passation permettant de maintenir un bon contact avec l'usager.

Par contre, dans l'ensemble des sites, les intervenants disent avoir grandement apprécié les guides d'utilisation qui leur ont été très utiles pour rappeler les consignes et les définitions des échelles. La première utilisation de l'outil ayant été parfois distancée de la formation, les guides ont été forts utiles pour actualiser les notions transmises dans la formation et soutenir les intervenants à se familiariser à l'utilisation de l'outil. Toutefois, quelques éléments des guides seront à modifier selon les intervenants : quelques exemples sont confondant et laissent trop de place à l'interprétation, les distinctions entre les niveaux d'échelle sont à nuancer, les exemples proposés devraient davantage refléter la diversité des clientèles, etc.

- Temps de passation :

Selon les intervenants, le temps de passation de l'outil MHAVIE 4.0 varie en fonction du type de clientèle, de la connaissance de l'usager et de la familiarisation de la personne avec l'outil. Plus l'intervenant connaît l'usager et plus il s'est approprié l'outil, plus la passation se fait rapidement. Lors du premier temps de mesure, la majorité des intervenants ont complété la passation entre 1h00 et 1h30. Cependant, plusieurs ont mentionné avoir eu recours à 2 ou 3 heures (en une ou deux rencontres). Divers facteurs peuvent expliquer cette longueur tels que, entre autres, la charge émotive associée aux deuils lorsqu'un usager fait face à un nouveau diagnostic, le besoin

de précisions lorsque l'intervenant ne connait pas l'usager et son contexte de vie, les besoins d'explication de l'outil aux clientèles DI-TED et l'état émotif de ces personnes lors de la passation. À l'inverse, lorsque les usagers présentaient peu de difficulté à réaliser leurs habitudes de vie, la passation pouvait se faire assez rapidement, soit entre 45-60 minutes.

Au deuxième temps de mesure, les intervenants affirmaient que la passation de l'outil était généralement plus rapide, puisqu'ils connaissaient mieux l'usager, l'outil et qu'il n'y avait plus de formulaires de consentement à faire signer (démarche propre à tout projet de recherche). En moyenne, la majorité des formulaires ont été complétés en 45-60 minutes, alors que certains n'ont pris que 30 minutes et les plus longs ont été de 1h00-1h30.

- Éléments de la MHAVIE :

L'expérimentation de la nouvelle version de la MHAVIE 4.0 était l'occasion d'évaluer la clarté de son contenu. À ce sujet, les principaux éléments de la MHAVIE discutés par les intervenants concernent la clarté des items, les échelles de cotation, les niveaux de satisfaction et les espaces de commentaires.

- Clarté des items :
  Les intervenants ont indiqué que certains items devraient être nuancés afin de diminuer les erreurs d'interprétation. De plus, certains items contiennent trop d'information entre parenthèses ce qui porte à confusion.

- Échelles de cotation :
  Trois sous-échelles de l'outil sont plus particulièrement ciblées par les intervenants et devront être davantage expliquées et illustrées dans les guides d'utilisation. L'échelle d'aide humaine additionnelle (version 0-4 ans et 5-13 ans) est probablement celle qui est le plus difficile à utiliser pour les intervenants et les parents qui doivent délimiter l'aide supplémentaire, qu'un parent donne à son enfant pour compenser les incapacités de l'enfant, de l'aide qu'il prodiguerait ordinairement à un enfant sans incapacités. L'échelle des niveaux de difficulté est aussi parfois source de questionnement de la part des usagers qui aimeraient distinguer « sans difficulté » de « avec peu de difficulté ». Enfin, la distinction entre « Non-réalisé » et « Ne s'applique pas » ne semble pas toujours facile à effectuer pour certains intervenants.

- Niveaux de satisfaction :
  Quoique très apprécié par les intervenants, la détermination du niveau de satisfaction suscite parfois quelques doutes sur la validité de la réponse. Par exemple, chez les personnes ayant un traumatisme craniocérébral et celles ayant une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement, le manque d'autocritique peut parfois amener la personne à être globalement satisfaite de sa situation, ce qui diminuera l'importance accordée à la satisfaction dans l'identification des objectifs d'intervention, car la satisfaction ne reflète pas toujours la réalité des besoins. Par ailleurs, le niveau de satisfaction provoque aussi des malaises et peut être confrontant pour certaines personnes ayant une maladie dégénérative par exemple. De plus, ayant peur de juger négativement leur enfant, certains parents sont parfois réticents à émettre leur satisfaction envers la réalisation des habitudes de vie de leur enfant.

- Espaces commentaires :
  Un élément fréquemment identifié par les intervenants concerne le manque d'espaces d'annotation pour inscrire des commentaires et éléments d'analyse expliquant la situation de la personne. Ces éléments seraient également utiles pour l'équipe multidisciplinaire qui pourrait accéder au dossier et bénéficier d'éléments d'explication.

➢ Scores et compilation des résultats :

La possibilité de calculer des scores et de les visualiser en graphiques est un élément suscitant l'intérêt des intervenants qui aimeraient pouvoir en retirer une fiche synthèse avec des graphiques pour intégrer au rapport. Ces données permettraient également de comparer plus facilement les résultats de divers temps de mesure. Elles pourraient aussi servir à expliquer avec un support visuel les résultats à l'usager et sa famille. Toutefois, les intervenants redoutent devoir faire les calculs eux-mêmes et préféreraient pouvoir utiliser un programme informatique compilant et traitant les résultats automatiquement. Selon certains intervenants, cette opération pourrait même se faire dans le SIPAD.

- Moment de passation :

Les recommandations des intervenants au sujet du moment de passation de la MHAVIE dans le processus clinique varient beaucoup en fonction des programmes et des clientèles. Toutefois, deux tendances principales se dégagent : en ouverture de dossier et à la fermeture. Pour plusieurs, en CRDP et CRDI-TED principalement, la MHAVIE constitue un bon outil pour dresser un bilan complet de la situation en ouverture de dossier. L'ouverture de dossier avec la MHAVIE permettrait ensuite de référer l'usager, en fonction de ses besoins, vers les disciplines appropriées pour effectuer des évaluations disciplinaires plus précises. À l'inverse, certains intervenants affirment préférer ne pas réaliser la MHAVIE en ouverture de dossier, mais plutôt après quelques rencontres, pour la préparation du plan d'intervention, afin de bien connaitre l'usager et obtenir des données plus fidèles à la réalité.

Les intervenants des CRDP et CRDI-TED ont également désigné la fermeture de dossier comme un moment souhaitable pour la passation de la MHAVIE. Selon eux, le principal avantage serait d'évaluer la réalisation des objectifs d'intervention et de s'assurer que les besoins de l'usager en vue de son retour à la communauté soient répondus. Pour les clientèles enfants, cette manière de fermer le dossier permettrait également de rassurer, en démontrant que les besoins de leur enfant ont été répondus, les parents qui s'inquiètent du développement de leur enfant et qui peuvent parfois se sentir abandonnés lors de la fermeture du dossier.

Cette option est même celle qui conviendrait dans une certaine mesure aux CSSS, advenant qu'ils en viennent à utiliser la MHAVIE afin de référer des usagers en 2e ligne. Quoique l'outil soit contraignant et peu adapté à la réalité des CSSS, une version synthèse beaucoup plus courte pourrait être utilisée en vue d'un transfert de dossier en 2e ligne. Cette démarche permettrait de faciliter la cohérence entre les services de 1ere et de 2e ligne, particulièrement en contexte de transition vers des prestations par épisodes de services. D'ailleurs, plusieurs intervenants des CRDI-TED participants ont mentionné qu'ils aimeraient que les usagers leur étant référés par la 1ere ligne puissent avoir complété une MHAVIE afin d'accélérer le processus d'accueil et d'orientation, et ce, sur la base d'un langage commun entre les établissements.

Enfin, en CRDP et CRDI-TED, plusieurs intervenants affirment qu'idéalement la MHAVIE serait complétée à plusieurs reprises dans un même épisode de service, soit à l'ouverture, en révision du plan d'intervention et en fermeture. Quoiqu'une telle mesure soit

difficilement applicable dans la pratique, cela démontre que les intervenants associent l'utilisation de la MHAVIE à la réalisation et au suivi du plan d'intervention.

Recommandations d'amélioration de l'outil

Il a été demandé aux intervenants d'identifier des éléments de l'outil MHAVIE 4.0 à améliorer en vue de son utilisation clinique. Voici ci-dessous les principales recommandations proposées par les intervenants ayant expérimenté l'outil :

1. Modifier la forme du questionnaire (ajout d'espaces commentaires à chaque item, supprimer la distinction entre les facteurs personnels et environnementaux; supprimer les parenthèses; intégrer une fiche visuelle explicative détachable à remettre à l'usager et expliquant les consignes et les échelles)
2. Tenir compte davantage des contextes (lieux, types de relations, état émotif, etc.)
3. Préciser la section communication de manière à faciliter sa traduction en LSQ, tenir compte des contextes d'échanges et des modes de communication et technologies actuelles
4. Développer une version abrégée et simplifiée pour diminuer le temps de passation
5. Rendre l'outil plus sensible à la réalité des personnes ayant un trouble envahissant du développement (faciliter l'analyse des comportements et de la gestion des émotions influençant la réalisation des habitudes de vie)
6. À l'étape 2 –A, supprimer la case « Sans aide » humaine pour ne pas avoir à la cocher lorsqu'il n'y en a pas, comme pour les autres types d'aide
7. Développer une fiche synthèse calculant automatiquement les scores et produisant des graphiques
8. Permettre de ne pas compléter les sections non applicables
9. Ajout d'un niveau d'aide entre aide « légère » et « importante »
10. Ajout d'une colonne pour la satisfaction des proches ou des parents
11. Distinguer « Sans difficulté» de « Peu difficulté » dans le niveau « Sans ou avec peu de difficulté»
12. Faire la distinction entre personne familière et personne non familière également dans la version adulte
13. Ajout d'annexes détaillées pour chacune des sections afin de documenter davantage les sections jugées importantes
14. Clarifier les questions sur les occupations (emploi et étude actuellement) et la « satisfaction perçue » dans la section « Identification »
15. Distinguer la préparation des collations de celle d'un repas dans les versions enfants
16. Permettre d'identifier rapidement les habitudes de vie qui ne sont pas réalisées, mais pourraient l'être

17. Ajout d'une colonne ou échelle sur les changements possibles ou attendus
18. Intégrer la communication dans toutes les catégories d'habitudes de vie

Recommandations d'amélioration des conditions de passation et d'utilisation

Outre les recommandations d'amélioration de l'outil, les gestionnaires et intervenants rencontrés ont aussi formulé des recommandations visant à améliorer les conditions de passation et d'utilisation clinique. Sur la base de leur expérience dans ce projet d'expérimentation, voici leurs recommandations :

1. Implanter graduellement et mettre en place des mécanismes de gestion du changement et de formation (information, explication, encadrement (protocole d'utilisation)
2. Permettre d'adapter son utilisation en fonction des réalités cliniques
3. Assurer son arrimage avec les autres outils utilisés
4. Démontrer la valeur ajoutée et la pertinence clinique de l'outil
5. Favoriser son utilisation dans la préparation du plan d'intervention
6. Désigner des porteurs de dossier dans chaque établissement et développer des mécanismes de suivi de l'implantation dans les pratiques
7. Identifier un ou des supers utilisateurs en soutien aux intervenants en clinique
8. Développer une version informatisée pour faciliter le transfert des données
9. Développer des fiches synthèses pour transférer et traiter les données dans le SIPAD
10. Intégrer un volet sur les outils de mesure dans la formation MHAVIE
11. Produire un guide d'interprétation des résultats
12. Favoriser un mode de passation valorisant l'échange comme l'entrevue semi-dirigée.

Conclusion

Rendue au terme de cet exercice d'expérimentation de la nouvelle version de la MHAVIE, la présentation des présents résultats permet de soutenir l'idée que nous avons entre les mains une version améliorée de l'instrument de mesure de la participation sociale des personnes ayant des incapacités. En effet, on note d'entrée de jeu que les améliorations apportées permettent de saisir une plus grande variation entre les différentes situations que vivent les personnes, et cela, sans donner naissance à un nouvel instrument de mesure. Les données recueillies ont notamment permis de valider ce point en procédant à une comparaison avec la version antérieure de la MHAVIE, démonstration qui rend compte d'une bonne comptabilité entre les deux versions. L'expérimentation a aussi permis l'élaboration d'un nouvel algorithme de calcul du score de réalisation des habitudes de vie qui repose sur une nouvelle pondération des dimensions mesurées par la MHAVIE soit le niveau d'aide humaine, de difficulté et l'utilisation d'une aide technique ou la présence d'un aménagement. En ce qui a trait à l'une des préoccupations que l'on retrouve dans le devis à l'égard de la sensibilité au changement, il faut souligner et insister ici sur le fait que l'instrument permet de dégager des changements entre les deux temps de mesure sans toutefois mettre de l'avant son caractère significatif pour des raisons qui sont liées aux limites de l'étude notamment en terme de temps entre les deux temps de mesure, aux caractéristiques des participants et à la limite de la mesure de contrôle (grille utilisée pour obtenir le pronostic de changement envisagé par l'intervenant) qui n'a pas toujours été bien comprise dans les sites participants. Cela étant dit, les résultats démontrent bien que cette nouvelle version possède une bonne qualité métrologique et qu'elle peut être utilisée dans une perspective d'étude longitudinale afin d'établir le profil de participation sociale de différentes clientèles et d'en suivre leur évolution dans le temps.

À cet égard, les entrevues réalisées tant auprès des gestionnaires que des intervenants participant à l'expérimentation ont permis de dégager certains éléments importants quant à l'utilisation de l'instrument notamment dans un contexte d'intervention en réadaptation spécialisée. Les deux ont en commun de reconnaître la pertinence que nous pourrions qualifier de « sociale » de mesurer la participation sociale des personnes ayant des incapacités qui utilisent les services de réadaptation spécialisée. L'expérimentation a permis de mettre en relief le caractère exhaustif de l'instrument en abordant l'ensemble des dimensions qui caractérisent la participation sociale de la personne. La prise en compte de la satisfaction des personnes est un élément qui retient le plus l'intérêt notamment de la part des intervenants œuvrant dans un contexte de CSSS. Déjà utilisée dans plusieurs établissements, les entrevues ont également permis de constater l'existence d'une diversité de pratiques entourant la MHAVIE variant selon les clientèles et les programmes. Ces résultats

rendent compte aussi de l'importance de la formation en lien avec l'utilisation de l'instrument afin de bien saisir notamment le fonctionnement des échelles de mesure et mais aussi et surtout afin de bien distinguer ce qui relève de la personne et de ses aptitudes et ce qui relève de l'habitude de vie. Plusieurs commentaires suggérant d'apporter des précisions ou des modifications reposent précisément sur cette confusion entre la segmentation des deux dimensions comme gérer ou encore exprimer ses émotions qui sont des aptitudes de la personne alors que gérer des conflits ou communiquer relèvent des habitudes de vie. On note également qu'une importance accrue doit être accordée aux applications concrètes de la MHAVIE avec l'ajout d'exemples qui reflètent certains cas plus difficiles comme ce qui a trait à une habitude non réalisée et une autre qui ne s'applique pas. À cet égard, les guides d'utilisateur qui ont été développés dans le cadre de l'expérimentation ont permis de répondre à certaines de ses interrogations. La prise en compte de la satisfaction est importante mais pour une majorité d'intervenants l'obtention du point de vue de la personne sur la manière dont elle réalise ses habitudes de vie est aussi un élément très apprécié et intéressant sous l'angle cette fois de l'intervention clinique.

Il y a sans doute lieu ici d'insister davantage sur certains éléments en lien avec l'utilisation de la MHAVIE en contexte clinique notamment comme une mesure de résultat. Il est important que son utilisation comme entre autres le moment soit étroitement liée au plan d'intervention ou à tout autre période charnière du processus de réadaptation marquant la fin par exemple d'un épisode de services. On observe une tendance à l'identification d'une ou de deux intervenants au sein des équipes ou des programmes qui ont la responsabilité de compléter la MHAVIE. Cette avenue peut être intéressante en terme de ressources mais encore là il ne faut pas perdre de vue l'objectif de son utilisation soit comme outil permettant l'identification de besoins ou encore comme mesure de résultat. Il faut arriver à trouver ce « juste » équilibre entre la singularité et la diversité des réalités cliniques et une utilisation que l'on souhaite le plus systématique possible. La MHAVIE regroupe les composantes requises pour soutenir une mesure originale de la participation sociale des personnes ayant des incapacités, et ce, peu importe leur type d'incapacités, leur âge ou leur réalité sociale.

Liste de références

Durand, C. (2003) L'analyse factorielle et l'analyse de fidélité. Notes de cours et Exemples. Département de sociologie, Université de Montréal. 30p.

Fougeyrollas, P., Noreau, L. et al. (2011). La Mesure des habitudes de vie (MHAVIE 4.0). Version pour adolescents, adultes et aînés. Québec, *Réseau international sur le Processus de production du handicap (RIPPH)*.

Fougeyrollas, P., Noreau, L., Lepage, C. et al. (2011). La Mesure des habitudes de vie (MHAVIE 4.0). Version pour l'enfance de 5 à 13 ans. Québec, Réseau international sur le Processus *de production du handicap (RIPPH)*.

Fougeyrollas, P., Lepage, C. Noreau, L., et al. (2011). La Mesure des habitudes de vie (MHAVIE 4.0). Version pour la petite enfance de la naissance à 4 ans. Québec, *Réseau international sur le Processus de production du handicap (RIPPH)*.

Fougeyrollas, P., Noreau, L., Boucher, N. et al., (2012). Guide d'utilisation de la mesure des habitudes de vie (MHAVIE 4.0). Version pour adolescents, adultes et aînés. Québec, *Réseau international sur le Processus de production du handicap (RIPPH)*.

Fougeyrollas, P., Noreau, L., Lepage, C., Boucher, N. et al. (2012). Guide d'utilisation de la mesure des habitudes de vie: version abrégée (MHAVIE 4.0). Version pour l'enfance de 5 à 13 ans. Québec, Réseau international sur le Processus *de production du handicap (RIPPH)*.

Fougeyrollas, P., Noreau, L., Lepage, C., Boucher, N.et al. (2012). Guide d'utilisation de la mesure des habitudes de vie: version abrégée (MHAVIE 4.0). Version pour la petite enfance de la naissance à 4 ans. Québec, *Réseau international sur le Processus de production du handicap (RIPPH)*.