

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

Comparaison de la participation sociale de personnes âgées selon le niveau  
d'urbanisation de leur milieu de vie

par

France-Hélène Therrien

Mémoire présenté à la Faculté de médecine et des sciences de la santé

en vue de l'obtention du grade de

maître ès sciences (M.Sc.) en sciences cliniques

Avril 2009

Ce mémoire a été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Pre Johanne Desrosiers, erg., Ph.D. École de réadaptation,  
Directrice de recherche Faculté de médecine et des sciences de la santé,  
Université de Sherbrooke

Pre Frances Gallagher, inf., Ph.D. École des sciences infirmières,  
Membre interne au programme Faculté de médecine et des sciences de la santé,  
Université de Sherbrooke

Pre Nathalie Veillette, erg., Ph.D. Programme d'ergothérapie,  
Membre externe au programme Département des sciences infirmières,  
Université du Québec à Trois-Rivières



Library and Archives  
Canada

Published Heritage  
Branch

395 Wellington Street  
Ottawa ON K1A 0N4  
Canada

Bibliothèque et  
Archives Canada

Direction du  
Patrimoine de l'édition

395, rue Wellington  
Ottawa ON K1A 0N4  
Canada

*Your file* *Votre référence*  
*ISBN: 978-0-494-53431-1*  
*Our file* *Notre référence*  
*ISBN: 978-0-494-53431-1*

#### NOTICE:

The author has granted a non-exclusive license allowing Library and Archives Canada to reproduce, publish, archive, preserve, conserve, communicate to the public by telecommunication or on the Internet, loan, distribute and sell theses worldwide, for commercial or non-commercial purposes, in microform, paper, electronic and/or any other formats.

The author retains copyright ownership and moral rights in this thesis. Neither the thesis nor substantial extracts from it may be printed or otherwise reproduced without the author's permission.

#### AVIS:

L'auteur a accordé une licence non exclusive permettant à la Bibliothèque et Archives Canada de reproduire, publier, archiver, sauvegarder, conserver, transmettre au public par télécommunication ou par l'Internet, prêter, distribuer et vendre des thèses partout dans le monde, à des fins commerciales ou autres, sur support microforme, papier, électronique et/ou autres formats.

L'auteur conserve la propriété du droit d'auteur et des droits moraux qui protègent cette thèse. Ni la thèse ni des extraits substantiels de celle-ci ne doivent être imprimés ou autrement reproduits sans son autorisation.

---

In compliance with the Canadian Privacy Act some supporting forms may have been removed from this thesis.

While these forms may be included in the document page count, their removal does not represent any loss of content from the thesis.

Conformément à la loi canadienne sur la protection de la vie privée, quelques formulaires secondaires ont été enlevés de cette thèse.

Bien que ces formulaires aient inclus dans la pagination, il n'y aura aucun contenu manquant.

  
**Canada**

# TABLE DES MATIÈRES

<b>LISTE DES ANNEXES</b> .....	iv
<b>LISTE DES FIGURES ET TABLEAUX</b> .....	v
<b>LISTE DES ABRÉVIATIONS</b> .....	vi
<b>RÉSUMÉ</b> .....	1
<b>AVANT-PROPOS</b> .....	2
<b>INTRODUCTION</b> .....	3
<b>CHAPITRE 1 : PROBLÉMATIQUE</b> .....	5
<b>CHAPITRE 2 : RECENSION DES ÉCRITS</b> .....	8
2.1 Participation sociale.....	8
2.1.1 Facteurs personnels et participation sociale .....	13
2.1.2 Facteurs environnementaux et participation sociale.....	17
2.2 Niveau d'urbanisation du milieu de vie.....	21
2.2.1 Définitions de l'environnement urbain et de l'environnement rural .....	21
2.2.2 Influence du niveau d'urbanisation sur la santé et l'accessibilité des services ..	25
<b>CHAPITRE 3 : OBJECTIFS DE RECHERCHE</b> .....	31
<b>CHAPITRE 4 : MÉTHODES</b> .....	32
4.1 Dispositif de recherche .....	32
4.2 Population à l'étude.....	32
4.3 Procédure d'échantillonnage.....	34
4.4 Procédure de recrutement .....	35
4.5 Procédure de collecte des données .....	36

4.6 Variables et instruments de mesure .....	36
4.7 Taille de l'échantillon .....	38
4.8 Analyses statistiques.....	39
4.9 Considérations éthiques.....	40
<b>CHAPITRE 5 : RÉSULTATS</b> .....	<b>42</b>
5.1 Article intitulé « Participation of metropolitan, urban and rural Community-dwelling older adults » soumis à Archives of Gerontology and Geriatrics.....	42
5.2 Résultats complémentaires .....	62
<b>CHAPITRE 6 : DISCUSSION</b> .....	<b>64</b>
6.1 Discussion des résultats de l'étude .....	64
6.2 Forces et limites.....	71
6.3 Retombées de l'étude .....	73
6.4 Recommandations pour la recherche.....	73
<b>CONCLUSION</b> .....	<b>75</b>
<b>REMERCIEMENTS</b> .....	<b>77</b>
<b>RÉFÉRENCES</b> .....	<b>78</b>

## **LISTE DES ANNEXES**

- Annexe 1**    Lettre envoyée par la poste
- Annexe 2**    Questionnaire d'admissibilité
- Annexe 3**    Formulaire de consentement
- Annexe 4**    Mesure des habitudes de vie version 3.1
- Annexe 5**    Formulaire de données sociodémographiques
- Annexe 6**    Lettre d'acceptation du comité d'éthique
- Annexe 7**    Lettre à l'éditeur

## LISTE DES FIGURES ET TABLEAUX

<b>Figure 1</b>	Processus de production du handicap .....	9
<b>Tableau 2.1</b>	Facteurs personnels associés ou prédictifs de la participation sociale .....	14
<b>Tableau 2.2</b>	Définitions de l'environnement urbain et l'environnement rural.....	22
<b>Tableau 2.3</b>	Influence de vivre en milieu rural ou urbain .....	28
<b>Table 5.1</b>	Socio-demographic and environmental characteristics of participants.....	52
<b>Table 5.2</b>	Social participations scores (/9) obtained with the LIFE-H by region.....	53
<b>Table 5.3</b>	Association of the socio-demographic and environmental variables with participation in daily activities and social roles for each region.....	54
<b>Table 5.4</b>	Variables the most associated with participation in daily activities and social roles for each region.....	55
<b>Tableau 5.5</b>	Comparaison de la participation dans les activités courantes et rôles sociaux (/9) selon les milieux de vie détaillés (RMR et ZIM) .....	63

## LISTE DES ABRÉVIATIONS

AR :	Agglomérations de recensement
AVC :	Accident Vasculaire Cérébral
CER :	Comité d'éthique à la recherche
CIDIH :	Classification internationale des déficits, incapacités et handicaps
CIF :	Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé
LIFE-H :	Assessment of Life Habits
MHAVIE :	Mesure des habitudes de vie
MQE :	Mesure de la qualité de l'environnement
MRC :	Municipalité régionale de comté
OCDE :	Organisation de coopération et de développement économique
OMS :	L'Organisation mondiale de la santé
PPH :	Processus de production du handicap
RAMQ :	Régie de l'assurance maladie du Québec
RMR :	Régions métropolitaines de recensement
SMAF :	Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle
ZIM :	Zones d'influence des RMR et AR

## **RÉSUMÉ**

**Introduction** : La participation sociale des aînés est un concept de plus en plus valorisé par les professionnels de réadaptation qui inclut, en plus des rôles sociaux comme les loisirs et les relations interpersonnelles, la réalisation des activités courantes comme la préparation des repas et les déplacements nécessaires pour accomplir ces rôles sociaux. Les études faites jusqu'à maintenant permettent de mieux comprendre les facteurs personnels et environnementaux associés à une meilleure participation sociale. Cependant ces études ont été faites en milieu urbain ou sans considérer l'impact possible du niveau d'urbanisation du milieu de vie des personnes sur leur participation.

**Objectifs** : L'objectif de cette étude est de comparer le niveau de participation sociale de personnes âgées selon qu'elles vivent en milieu métropolitain, urbain ou rural, et de comparer les facteurs sociodémographiques associés à la participation sociale pour chacun des types d'environnement.

**Méthodologie** : Cette étude s'inscrit dans une plus vaste recherche multicentrique réalisée auprès de 350 personnes âgées vieillissant normalement et vivant dans la communauté dans quatre régions du Québec soit les villes de Montréal, Québec, Sherbrooke et dans des régions rurales situées en Estrie. Les données ont été regroupées pour former trois types de régions soit la région métropolitaine (Montréal), la région urbaine (Québec et Sherbrooke) et la région rurale (Estrie rurale). La participation dans les activités courantes et les rôles sociaux a été évaluée à l'aide de la Mesure des habitudes de vie. Basé sur le modèle conceptuel du Processus de production du handicap, ce questionnaire comprend 77 items couvrant 12 domaines d'habitudes de vie, dont six sont reliés aux activités courantes et six aux rôles sociaux de la personne. Les données sociodémographiques et environnementales ont été recueillies à l'aide d'un questionnaire spécifiquement développé pour l'étude. Chaque personne a été évaluée par une assistante de recherche à son domicile ou à un centre de recherche. L'admissibilité était vérifiée, une explication détaillée de l'étude était donnée et un formulaire de consentement était signé. Les questionnaires étaient ensuite complétés en mode assisté.

**Résultats** : Les participants de la région rurale étaient différents des autres groupes avec un niveau de scolarité et un revenu familial inférieurs, une accessibilité restreinte aux espaces commerciaux et l'absence d'accès à un transport en commun. Les participants de la région métropolitaine, quant à eux, conduisaient peu la voiture, se sentaient moins en sécurité dans leur quartier et étaient moins satisfaits de leur soutien social que ceux des autres régions. Les participants de la région urbaine ne se différiaient pas des autres groupes. Malgré les différences observées sur plusieurs facteurs environnementaux, aucune différence significative n'a été observée entre les groupes au niveau de leur participation sociale. De plus, les facteurs associés à la participation dans les activités courantes et les rôles sociaux étaient très similaires d'une région à l'autre. Ainsi, pour la participation dans les activités courantes, l'âge et vivre avec d'autres sont associés à une participation moindre, alors que conduire est associé à une plus grande participation. Pour la participation dans les rôles sociaux, vivre avec d'autres et travailler sont associés à une participation inférieure alors que conduire est associé à une participation plus optimale.

**Discussion/Conclusion** : Cette étude suggère que, même si l'environnement des personnes âgées vivant en milieu rural, urbain, ou métropolitain diffère, leur niveau de participation dans les activités courantes et les rôles sociaux est très similaire. De plus, les variables associées à la participation sont similaires pour chacune des régions, sauf pour le travail à l'extérieur qui était associé à un niveau inférieur dans la région rurale. Il s'agit principalement de l'âge, vivre avec d'autres et conduire.

**Mots clés** : participation, personnes âgées, urbain, rural, métropolitain.



## AVANT-PROPOS

Mon travail d'ergothérapeute m'a amenée à intervenir au niveau des capacités et incapacités de mes clients, mais aussi à travailler avec leur environnement, à le modifier pour compenser et leur permettre de reprendre une autonomie optimale. Pouvoir modifier l'environnement pour permettre à une personne de reprendre ses habitudes de vie est très satisfaisant. Parallèlement, mieux comprendre l'environnement des patients peut permettre de mieux intervenir pour cibler nos interventions et être ainsi plus efficaces dans nos traitements. Dans mon travail d'assistante de recherche, j'ai eu à rencontrer des gens vivant dans différents types de milieux de vie et j'ai été surprise par le manque de disponibilité des gens vivant en milieu rural en raison de leurs multiples activités. Cela a amené le questionnement sur le type de milieu de vie. Devrait-on aborder différemment les gens selon qu'ils vivent en milieu rural, urbain ou métropolitain? Doit-on les questionner sur des points spécifiques pour s'assurer de les aider adéquatement? Doit-on viser des objectifs différents avec eux? C'est pour tenter de répondre à ces questions que j'ai entrepris cette recherche.

## INTRODUCTION

La participation est un concept de plus en plus utilisé en réadaptation, qui s'intéresse à l'engagement réel de la personne à la fois dans ses activités courantes et ses rôles sociaux. Les changements inhérents au processus de vieillissement normal peuvent affecter la participation. Quelques études ont permis de documenter les facteurs personnels et environnementaux associés à la participation. Toutefois ces études ont toutes été réalisées dans des milieux urbains ou sans égard au type de milieu de vie. Des études récentes ont démontré que le niveau d'urbanisation du milieu de vie a un effet sur plusieurs indicateurs de santé et facteurs socioéconomiques. Il est donc possible que le fait de vivre en milieu rural ou urbain, voire métropolitain ait aussi un impact sur la participation et il serait alors intéressant de le considérer dans nos interventions auprès de clients provenant de ces différents types d'environnement. La présente étude vise à mieux comprendre l'association entre le niveau d'urbanisation du milieu de vie et la participation.

Le premier chapitre de ce mémoire décrit la problématique. Dans le chapitre suivant, la recension des écrits aborde la participation sociale et le niveau d'urbanisation des milieux de vie. Les objectifs visés sont spécifiés au chapitre 3 et les méthodes utilisées tout au long de l'étude sont décrites au chapitre suivant. Le chapitre 5 est consacré aux résultats. Ceux-ci sont principalement exposés sous forme d'un article intitulé «Participation of metropolitan, urban and rural community-dwelling older adults» soumis à la revue *Archives of Gerontology and Geriatrics*. Une partie de résultats complémentaires, non inclus dans l'article, est ajoutée. Le chapitre six est dédié à la

discussion des résultats, aux forces et limites de l'étude, aux retombées et recommandations, pour finalement conclure au chapitre suivant.

## CHAPITRE 1

### PROBLÉMATIQUE

Le vieillissement normal est un processus qui peut amener des changements dans les habiletés sociales, physiques et cognitives. Ainsi, même chez les personnes âgées qui ne présentent pas de pathologie, des changements physiologiques sont inévitables (Fülöp, 2007). Certaines capacités, telles que celles reliées aux sens, aux activités motrices et à la résistance, peuvent ainsi être modifiées et engendrer, par exemple, une diminution de force ou d'endurance. Ces changements peuvent conduire, à leur tour, à une diminution de l'autonomie fonctionnelle, définie par la capacité à réaliser les activités de la vie quotidienne, à se mobiliser, à communiquer, à utiliser ses fonctions mentales et à réaliser ses activités de la vie domestique (Hébert, 1997).

Mais plus encore, ces changements peuvent également affecter la participation sociale (Desrosiers, Noreau et Rochette, 2004b), décrite comme l'engagement de la personne dans ses activités courantes et ses rôles sociaux (Fougeyrollas, Clouthier, Bergeron, Côté et St-Michel, 1998a). La participation sociale est un concept qui va au-delà de l'autonomie fonctionnelle (Desrosiers, 2005). En effet, en plus d'inclure les activités courantes comme les soins personnels et les déplacements qui font partie de l'autonomie fonctionnelle, la participation sociale considère les rôles sociaux de la personne comme ses loisirs et ses relations interpersonnelles. Quelques études suggèrent que la participation sociale est reliée à la qualité de vie des personnes âgées, surtout dans

la satisfaction qu'elles éprouvent face à cette participation (Levasseur, Desrosiers et Noreau, 2004).

Selon le modèle conceptuel du Processus de production du handicap (Fougeyrollas *et al.*, 1998a), la participation sociale résulte de l'interaction entre les facteurs personnels d'un individu (systèmes organiques et aptitudes) et les facteurs environnementaux (obstacles et facilitateurs) tant sociaux que physiques. Elle correspond à la pleine réalisation des activités courantes et rôles sociaux valorisés par la personne. A l'opposé, une situation de handicap survient lorsqu'une personne ne peut réaliser ses activités et ses rôles. L'optimisation de la participation sociale représente le but ultime de la réadaptation (Desrosiers, 2005; Noreau, Fougeyrollas, Post et Asano, 2005).

Quelques études ont permis de documenter les facteurs personnels associés ou prédictifs de la participation sociale, particulièrement chez les personnes en situation d'incapacité (Cardol *et al.*, 2002; Desrosiers, Noreau, Rochette, Bravo et Boutin, 2002; Desrosiers *et al.*, 2006; Levasseur, Desrosiers, Noreau, St-Cyr Tribble et Dutil, 2005). Toutefois, plus rares sont les études qui se sont penchées principalement sur les facteurs environnementaux pouvant influencer la participation sociale d'un individu. Desrosiers et ses collaborateurs (2004b) ont observé l'impact du milieu de vie sur le niveau de participation sociale de personnes âgées en situation de vieillissement normal. En effet, les personnes vivant dans leur maison avec un conjoint ont démontré des différences de participation par rapport aux personnes vivant seules ou en résidence privée pour aînés.

De plus, malgré leur intérêt, ces études ont toutes été réalisées dans des milieux urbains. Or, il est démontré que le niveau d'urbanisation du milieu de vie (vivre en milieu rural versus vivre en milieu urbain) a un effet sur plusieurs indicateurs de santé (Martinez,

Pampalon, Hamel et Raymond, 2004) et facteurs socioéconomiques (DesMeules et Pong, 2006). Il est donc possible que le niveau d'urbanisation influence aussi la participation sociale. Ainsi, une personne vivant en zone rurale pourrait être plus isolée ou, au contraire, bénéficier d'un meilleur réseau de soutien qu'une personne vivant en zone urbaine ou métropolitaine, et cela pourrait conduire à une différence dans sa participation sociale. La disponibilité d'un transport en commun, la proximité des services, et le sentiment d'insécurité pourraient aussi influencer la participation sociale des aînés.

D'après ce que nous en savons, l'effet du niveau d'urbanisation du milieu de vie des aînés sur leur participation sociale n'a pas été étudié. La connaissance de cet effet pourrait contribuer à une meilleure compréhension des facteurs sociaux et environnementaux pouvant expliquer la participation sociale. Elle pourrait aussi permettre aux professionnels intervenant auprès des personnes âgées de cibler leurs interventions sur les facteurs ayant le plus d'influence sur la participation sociale selon le milieu de vie propre à leurs clients. L'objectif général de cette étude est ainsi de comparer la participation sociale de personnes âgées selon le niveau d'urbanisation de leur lieu de résidence.

## CHAPITRE 2

### RECENSION DES ÉCRITS

La recension des écrits porte sur les deux grands thèmes de l'étude, soit la participation sociale et le niveau d'urbanisation du milieu de vie.

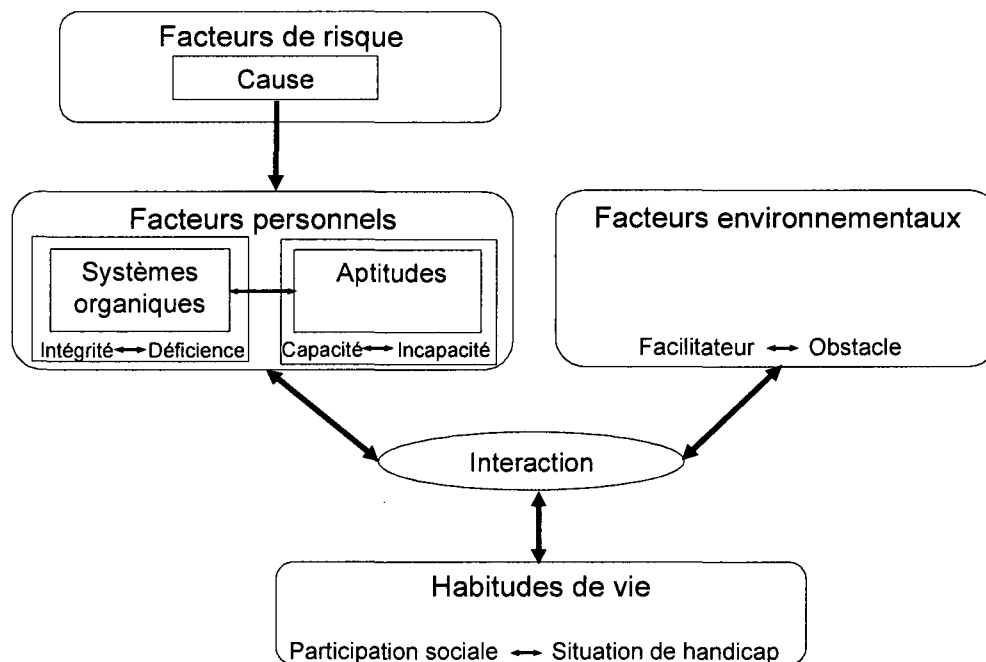
#### **2.1 Participation sociale**

Cette section définit d'abord le concept de participation sociale et présente un modèle conceptuel qui lui est associé. Par la suite, les facteurs personnels et environnementaux associés à la participation sociale sont détaillés.

Plusieurs définitions et différentes utilisations du concept de participation sociale se retrouvent dans les écrits. Certains auteurs y réfèrent pour décrire principalement les loisirs et les rôles sociaux tels les sorties chez des amis, recevoir chez soi et participer à une activité sociale à l'extérieur de la maison (Avlund, Holstein, Mortensen et Schroll, 1999; Sorensen, Axelsen et Avlund, 2002). Cependant, cette notion s'est développée dans la dernière décennie pour englober, en plus des activités sociales, les activités réalisées sur une base quotidienne. Ainsi en plus d'inclure des rôles sociaux comme le bénévolat et les relations interpersonnelles, on y considère également la réalisation des activités courantes, comme la préparation des repas et les déplacements, préalables à l'accomplissement des rôles sociaux.

Fougeyrollas et ses collaborateurs (1998a) ont apporté un éclairage intéressant au concept de participation sociale en développant le modèle conceptuel du Processus de

production du handicap (PPH) (Figure 1). Ce modèle fut développé durant les travaux visant à réviser la Classification internationale des déficits, incapacités et handicaps (CIDIH) afin qu'elle devienne une classification des composantes de la santé incluant le domaine de l'environnement (Fougeyrollas, 1995). Le PPH se veut un modèle systémique du développement humain basé sur l'interaction entre la personne et son environnement. Il illustre le niveau de performance dans la réalisation des habitudes de vie (activités courantes et rôles sociaux) comme résultant de l'interaction entre les facteurs personnels et les facteurs environnementaux (Fougeyrollas *et al.*, 1998a).



**Figure 1** Processus de production du handicap (Fougeyrollas *et al.*, 1998a)

Les facteurs personnels comprennent les systèmes organiques (système nerveux, système musculaire, etc.), les aptitudes (activités intellectuelles, activité motrice, etc.)



mais aussi des variables intrinsèques à la personne, comme l'âge, le sexe, la scolarité et l'identité socioculturelle.

Les facteurs environnementaux correspondent aux facteurs sociaux (système sociosanitaire, réseau social, etc.) et aux facteurs physiques (climat, aménagements extérieurs et intérieurs etc.). Ces facteurs sociaux et physiques peuvent être des facilitateurs ou des obstacles à la réalisation des activités courantes et des rôles sociaux. Selon la perspective du modèle du PPH, la difficulté à réaliser ses activités courantes et rôles sociaux dépend de l'environnement dans lequel une personne vit et exerce ses activités quotidiennes. Par exemple, une personne ayant subi un AVC présente une hémiplégie (défiance au niveau du système organique) qui entraîne une incapacité à la marche (incapacité à une aptitude motrice). Si l'environnement de la personne est facilitant (ex : présence d'un fauteuil roulant adapté à ses besoins, milieu de vie accessible et transport adapté), la personne pourra continuer à se déplacer, à travailler et à se rendre à ses activités de loisirs donc, à être engagée dans ses activités courantes et rôles sociaux. Par contre, si le milieu de vie de la personne n'est pas accessible (obstacle environnemental), elle sera en situation de handicap.

On retrouve également dans l'illustration du modèle les facteurs de risque qui sont des éléments provenant de l'individu ou de l'environnement qui peuvent provoquer une maladie, un traumatisme ou toute autre atteinte à l'intégrité de la personne. Dans l'exemple plus haut mentionné, les facteurs de risques pourraient être liés à la biologie (hérédité, état de santé) ou au comportement (nutrition).

Dans le modèle du PPH, une habitude de vie est définie comme une activité courante ou un rôle social valorisé par la personne ou son contexte socioculturel. La

participation sociale fait partie d'un continuum dans lequel la réalisation des habitudes de vie peut évoluer entre une participation sociale optimale correspondant à la pleine réalisation des habitudes de vie et, à l'opposé, une situation de handicap correspondant une restriction de la réalisation des habitudes de vie (Fougeyrollas *et al.*, 1998a). Le handicap ne désigne donc plus l'individu, mais bien une situation dans laquelle il se trouve, dans un ou plusieurs aspects de son fonctionnement.

Les activités courantes du PPH incluent six domaines de vie soit la nutrition, la condition corporelle, les soins personnels, la communication, l'habitation et les déplacements. Elles correspondent principalement à des activités de survie. Les rôles sociaux comprennent, quant à eux, les six domaines suivants : responsabilités, relations interpersonnelles, vie communautaire, travail, éducation et loisirs. Ils correspondent à des activités d'épanouissement d'une personne dans sa société (Fougeyrollas *et al.*, 1998a). A partir de ce modèle, la participation sociale peut donc se définir comme l'engagement de la personne dans ses activités courantes et ses rôles sociaux (Desrosiers, 2005). Dans l'exemple de la personne ayant subi un AVC, l'individu peut présenter une incapacité motrice mais continuer à présenter une participation sociale optimale.

D'autres modèles conceptuels ont été développés pour décrire la santé et le handicap. Entre autres, la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF) publiée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) est un modèle qui décrit les composantes de la santé et des états reliés à la santé sous plusieurs perspectives (De Kleijn et De Vrankrijker, 2003). Dans la CIF, l'activité est définie comme l'exécution d'une tâche ou d'une action par un individu et la participation désigne l'implication d'une personne dans une situation de vie réelle (WHO, 2001). Ainsi, les

limitations d'activité désignent les problèmes qu'une personne peut rencontrer dans des environnements normalisés (par exemple, lors d'une hospitalisation), tandis que les restrictions de participation désignent les problèmes qu'une personne peut rencontrer pour s'impliquer dans une situation de vie réelle. Ce modèle prend également en considération les facteurs environnementaux et présente une liste de neuf activités et domaines de participation qui ont plusieurs similarités avec les domaines des habitudes de vie du PPH (Levasseur, Desrosiers et St-Cyr Tribble, 2007).

Dans les deux modèles, la participation correspond à des situations de vie réelle, mais les concepteurs du PPH ont opérationnalisé le concept via le développement d'un questionnaire, la Mesure des habitudes de vie (MHAVIE), outil qui a été validé au fil des ans (Desrosiers *et al.*, 2004a; Noreau *et al.*, 2004). De par la définition du concept, la mesure de la participation sociale n'est pas une mesure de capacité ou d'incapacité. En effet, une personne peut être capable de faire une activité courante ou d'accomplir un rôle social mais choisir de ne pas le faire dans son quotidien pour diverses raisons. À l'opposé, une personne peut présenter des incapacités mais continuer à réaliser ses activités courantes et à accomplir ses rôles sociaux grâce à un environnement physique et social facilitateur et des choix personnels.

La participation sociale telle que définie par le modèle de processus de production du handicap (PPH) est donc un indicateur intéressant de l'engagement de la personne dans ses activités courantes et rôles sociaux, et tel que mentionné plus haut, cet engagement représente l'objectif ultime de la réadaptation. Dans le PPH, la participation sociale d'un individu dépend de facteurs personnels et environnementaux propres à cette

personne. Quelques études se sont penchées sur ces facteurs personnels et environnementaux afin de cerner ceux ayant le plus d'impact sur la participation sociale.

### 2.1.1 Facteurs personnels et participation sociale

Puisque les facteurs personnels et environnementaux sont propices à changer dans le temps, on pourrait s'attendre à ce que ces changements aient un impact sur la participation sociale des aînés. Entre autres, l'âge est un facteur qui a été démontré comme étant associé à la participation sociale dans plusieurs études (voir tableau 2.1 à la page suivante). Auprès de 189 personnes âgées de 55 à 96 ans en processus de vieillissement normal et vivant dans la communauté (milieu urbain/semi-urbain), Desrosiers *et al.* (2004b) ont observé que la participation sociale diminuait de façon significative ( $p < 0,001$ ) avec l'âge (surtout après 70 ans), sauf dans les domaines des responsabilités et des relations interpersonnelles qui étaient similaires entre les groupes d'âge. Wilkie, Peat, Thomas et Croft (2006; 2007) concluent de façon similaire dans une étude transversale réalisée auprès de 7 878 personnes de plus de 50 ans vivant dans la communauté. En utilisant un questionnaire postal (*Keele Assessment of participation*) afin d'évaluer la restriction de participation telle que perçue par les répondants, ils ont noté une restriction de participation deux fois plus élevée chez les personnes âgées de plus de 80 ans.

Chez les personnes ayant subi un AVC, l'âge a également été démontré comme un facteur prédictif (Desrosiers *et al.*, 2002; 2006) ou associé (Rochette, Desrosiers et Noreau, 2001) à la participation sociale. Des résultats similaires ont été observés par

Levasseur, Desrosiers, Noreau, St-Cyr Tribble et Dutil (2005) auprès de personnes âgées ayant différents niveaux d'autonomie fonctionnelle.

**Tableau 2.1 Facteurs personnels associés ou prédictifs de la participation sociale**

Auteurs	Population étudiée	Variables associées				Dispositif de recherche et type d'échantillonnage
		Âge	État émotionnel	Co-morbidité	Incapacités physiques	
Cardol et coll. (2002)	Incapacités âge moyen: 52,6 n = 126		✓			Étude transversale, questionnaire postal, milieu non spécifié
D'Alisa et coll. (2005)	AVC âge moyen: 62,6 n = 73		✓		✓	Étude transversale, échantillon de convenance, sujets hospitalisés, milieu non spécifié
Desrosiers et coll. (2002)	AVC âge moyen: 60,9 n = 132	✓	✓	✓	✓	Étude longitudinale, échantillon de convenance, milieu non spécifié
Desrosiers et coll. (2004)	Vieillessement normal âge > 55 n = 189	✓		✓		Étude transversale, échantillon de convenance, milieu urbain
Desrosiers et coll. (2006)	AVC âge moyen: 68,1 n = 66	✓	✓	✓	✓	Étude longitudinale, échantillon de convenance, milieu non spécifié
Levasseur et coll. (2005)	Incapacités physiques âge > 60 n = 104	✓	✓	✓		Étude transversale, échantillon de convenance, milieu urbain
Rochette et coll. (2001)	AVC âge moyen: 71,3 n = 51	✓			✓	Étude transversale, échantillon de convenance, milieu non spécifié
Wilkie et coll. (2007)	Vieillessement normal âge > 50 n = 7 878	✓	✓	✓	✓	Étude transversale, questionnaire postal, milieu urbain

La composante psychologique (état émotionnel) est aussi démontrée comme étant associée ou prédictive de la participation sociale dans plusieurs études (voir tableau 2.1). Dans celle de Cardol et collaborateurs (2002), réalisée auprès de 126 adultes atteints de maladies chroniques, la détresse émotionnelle a été identifiée comme la variable la plus importante pouvant expliquer de 18 à 33% de la variation de restriction de la participation perçue par les participants. Cette variable était associée à tous les domaines de participation du questionnaire (*Impact on participation and autonomy*) utilisé pour estimer la participation. Bien que cette étude ne soit pas spécifique aux personnes âgées et qu'elle ne soit pas représentative de la population car elle a été réalisée auprès de personnes en situations d'incapacités, elle fait ressortir l'importance de l'état émotionnel sur le niveau de participation. Au Québec, Levasseur et collaborateurs (2005) ont également rapporté que le bien-être général explique une proportion importante (22% de la variance) de la participation sociale de personnes âgées ayant des incapacités physiques. Dans cette étude réalisée auprès de 104 personnes âgées de 60 ans et plus vivant à domicile et ayant différents niveaux d'incapacité physique, cette variable s'est avérée un des facteurs les plus fortement associés à un haut niveau de participation sociale.

L'association entre l'état émotionnel et la participation sociale est également observée chez les personnes ayant subi un AVC. Dans une étude réalisée auprès de 132 personnes ayant subi un AVC, Desrosiers et collaborateurs (2002) ont évalué plusieurs caractéristiques individuelles des participants vers la fin de leur séjour en réadaptation puis le niveau de participation sociale des participants six mois plus tard alors qu'ils avaient réintégré leur milieu de vie. L'affect, tel que mesuré par *l'Inventaire de*

*dépression de Beck* expliquait la plus grande variance (23%) du modèle de régression. Dans une étude de suivi, Desrosiers et collaborateurs (2006) ont réévalué 66 des participants de deux à quatre ans après l'AVC. L'affect s'est avéré de nouveau un des meilleurs prédicteurs de la participation sociale. Desrosiers et ses collègues soulignent la nécessité d'évaluer et de traiter les symptômes dépressifs pour permettre aux personnes de maintenir un bon niveau d'engagement dans leurs activités et rôles. Des résultats similaires ont été rapporté par D'Alisa, Baudo, Mauro et Miscio (2005) dans une étude transversale réalisée auprès de 73 personnes ayant subi un AVC. Les troubles de l'humeur, mesurés par le *Hospital Anxiety and Depression Scale* étaient associés à tous les domaines de participation évalués. Les mêmes observations sont faites dans l'étude de Wilkie et collaborateurs (2007) réalisée auprès de personnes en situation de vieillissement normal où les troubles d'anxiété et de dépression étaient associés à une restriction de la participation perçue par les participants.

La troisième variable associée à une restriction de la participation retrouvée dans plusieurs études est la présence de co-morbidités. Ce facteur est relevé tant chez des populations en santé (Desrosiers *et al.*, 2004b; Wilkie *et al.*, 2007) que chez les personnes en situation d'incapacité (Desrosiers *et al.*, 2002; 2006; Levasseur *et al.*, 2005).

Plusieurs autres facteurs sont aussi associés à une restriction de participation. Les plus fréquemment cités sont une diminution de l'autonomie fonctionnelle (Cardol *et al.*, 2002; D'Alisa *et al.*, 2005; Rochette *et al.*, 2001), une coordination moins rapide aux membres inférieurs et une diminution de l'équilibre (Desrosiers *et al.*, 2002; 2006), une diminution de la fonction des membres supérieurs (Desrosiers *et al.*, 2006) et des douleurs articulaires (Wilkie *et al.*, 2007).

En somme, cette recension des écrits permet d'observer que, autant pour les personnes ayant des incapacités que celles en situation de vieillissement normal, l'âge, l'état émotionnel, les co-morbidités, et les incapacités ont un impact non négligeable sur la participation sociale ou y sont associés.

### 2.1.2 Facteurs environnementaux et participation sociale

L'influence des facteurs environnementaux sur les activités courantes et les rôles sociaux a été étudiée surtout depuis le début des années 1990. Le débat entourant l'importance devant être accordée aux facteurs environnementaux a d'ailleurs contribué à la révision de la Classification internationale des déficiences, incapacités et handicaps (CIDIH) (Fougeyrollas, Noreau et Boschen, 2002a). Plusieurs chercheurs soutiennent l'importance d'évaluer l'environnement de la personne car il pourrait être un facteur modifiant le lien entre les incapacités et la restriction de participation sociale (Cardol *et al.*, 2002; Fougeyrollas, 1995).

Chez les personnes en situation de vieillissement normal, Desrosiers et ses collaborateurs (2004b) ont identifié un facteur environnemental associé à la participation sociale : la situation de vie. En effet, ils ont observé que les gens vivant seuls à domicile démontraient un niveau plus élevé de participation dans trois catégories : la nutrition, l'habitation et les responsabilités. Les chercheurs soulignent que ces trois domaines sont des catégories pouvant être partagées lorsqu'on vit avec d'autres, pouvant engendrer des cotes de participation inférieures. De plus, le partage de ces tâches peut permettre plus de temps libre pour s'engager dans les loisirs ou autres activités ou rôles significatifs.



Quelques chercheurs ont tenté d'isoler les facteurs environnementaux ayant le plus d'impact sur la participation sociale à l'aide d'une mesure spécifique de l'environnement soit la *Mesure de la qualité de l'environnement* (MQE) développée par Fougeyrollas, Noreau et St-Michel (1997). La MQE permet de recueillir des informations sur la perception qu'ont les personnes de l'influence de l'environnement (éléments physiques et sociaux) sur leurs engagements dans leurs activités courantes et rôles sociaux (Boschen, Noreau et Fougeyrollas, 1998). Pour chacun des 84 items regroupés en six catégories (exemple : environnement physique et accessibilité, soutien et attitude de l'entourage), la personne se prononce si cet élément constitue un obstacle ou un facilitateur et dans quelle mesure (mineure, modérée, majeure) il facilite ou perturbe la réalisation de ses activités courantes et ses rôles sociaux (Noreau, Fougeyrollas et Boschen, 2002). En utilisant cet outil, Noreau et ses collègues (2002) ont observé, chez 482 personnes blessées médullaires volontaires, que les facteurs environnementaux perçus comme facilitant étaient principalement ceux liés à l'environnement social alors que les obstacles étaient le plus souvent associés à l'environnement physique. Ainsi, le soutien de la famille et des amis était rapporté comme facilitateurs par 73% des participants alors que 88% considéraient les conditions climatiques hivernales comme un obstacle à leur participation sociale (Noreau *et al.*, 2002).

Dans une étude réalisée auprès de 51 adultes ayant subi un accident vasculaire cérébral, Rochette et ses collaborateurs (2001) ont démontré un lien significatif ( $p=0,002$ ) entre les obstacles perçus dans l'environnement (évalués avec la MQE) et la participation sociale mesurée avec la MHAVIE. Les facilitateurs quant à eux, n'étaient pas associés à la participation sociale. Lorsqu'inclus dans un modèle de régression avec le niveau

d'incapacité et l'âge, les obstacles perçus n'expliquaient toutefois que 6,2% de la variance de la participation sociale.

Pour leur part, Levasseur et collaborateurs (2005) ont noté, auprès de personnes ayant des incapacités physiques et vivant à domicile, que l'environnement était perçu comme étant beaucoup plus un facilitant qu'un obstacle. De plus, les facteurs facilitant et les obstacles de l'environnement physique, incluant l'accessibilité, faisaient partie du modèle explicatif de la participation sociale et contribuaient à expliquer 9% de sa variance. Keysor, Jette, Coster, Bettger et Haley (2006) ont, quant à eux, observé chez 342 participants, un mois après une hospitalisation en réadaptation fonctionnelle intensive, que les barrières architecturales à la maison et dans la communauté ainsi que le soutien social étaient corrélés à la participation. Six mois plus tard, le soutien social demeurait associé à une plus grande participation. Enfin, dans leur étude réalisée auprès de personnes en situation de vieillissement normal, Wilkie et collaborateurs (2007) rapportent que le niveau socioéconomique (particulièrement le sentiment d'avoir des revenus suffisants), un élément de l'environnement social, a aussi un lien avec la participation.

En bref, les facteurs environnementaux perçus comme facilitateurs ou obstacles interagissent avec les facteurs personnels pour influencer le niveau de réalisation des activités courantes et rôles sociaux. Ils sont toutefois moins importants que les facteurs personnels pour expliquer le niveau de participation sociale d'une personne.

Toutes les études mentionnées ci-dessus ont été réalisées en milieu urbain, semi-urbain ou à la suite d'une hospitalisation, mais sans tenir compte du niveau d'urbanisation du milieu de vie des participants. Harvey et Noreau (2003) ont exploré l'association entre

le lieu de résidence (urbain vs rural) et la perception de l'influence de l'environnement, mesurée avec la MQE. L'étude a été conduite auprès de 459 adultes blessés médullaires. Les participants étaient divisés en quatre groupes selon la zone géographique de leur lieu de résidence (métropole, zone urbaine, zone semi-rurale, et zone rurale). Les chercheurs ont observé que la proportion d'individus percevant les facteurs environnementaux comme un facilitateur était plus élevée dans les milieux urbanisés (zones métropolitaine et urbaine). Cette disparité était notée principalement dans deux catégories de la MQE soit les Services publics et gouvernementaux et Environnement physique et accessibilité. Les obstacles, quant à eux, étaient perçus de manière équivalente sans égard au lieu de résidence (Harvey et Noreau, 2003). Dans cette étude, la participation sociale des participants n'a été aucunement évaluée. Toutefois, l'étude a permis de démontrer que la perception des facteurs la facilitant peut différer selon le milieu de vie (urbain vs rural).

En somme, cette recension sur la participation sociale démontre que plusieurs facteurs personnels (âge, état émotionnel, co-morbidités et capacités physiques) et facteurs environnementaux (environnement physique incluant l'accessibilité et soutien de l'entourage) sont associés à la participation sociale. Une étude a vérifié l'association entre le niveau d'urbanisation du milieu de vie et la perception de l'influence de l'environnement. Aucune étude n'a pu être recensée spécifiquement sur la relation entre le niveau d'urbanisation du milieu de vie dans lequel vivent les gens et leur participation sociale.

## **2.2 Niveau d'urbanisation du milieu de vie**

Dans cette section, sont d'abord présentées les différentes définitions de ce qu'est un environnement urbain et un environnement rural retrouvées dans les écrits. Par la suite, en l'absence de données explorant l'association du niveau d'urbanisation et de la participation sociale, son influence sur la santé et l'accessibilité des services est revue.

### 2.2.1 Définitions de l'environnement urbain et de l'environnement rural

Bien que la différence entre environnement urbain et environnement rural puisse paraître simple et sans équivoque, on retrouve dans les écrits une grande variété de définitions qui se basent principalement sur deux critères : 1) la densité de la population et 2) l'éloignement des grands centres. Cependant, l'utilisation d'une définition plutôt qu'une autre peut conduire à des différences dans le nombre d'habitants, la composition, ou les caractéristiques associées aux habitants d'un groupe rural ou urbain (Du Plessis, Beshiri, Bollman, et Clemenson, 2002). Ainsi, une personne habitant un village de 5 000 âmes avec une densité de plus de 400 personnes au kilomètre-carré serait considérée comme vivant en zone urbaine selon une définition et vivant en zone rurale selon une autre. Il importe donc de bien comprendre les différentes définitions pouvant être utilisées. La présente section et le tableau 2.2 résument les définitions retrouvées dans la littérature.

De façon globale, Statistique Canada divise le territoire canadien en régions urbaines ou rurales selon la concentration démographique et la densité de population. Ainsi, la région urbaine est définie comme un territoire qui compte au moins 1 000 habitants et au moins 400 habitants au kilomètre carré (Statistique Canada, 2001a). La

région rurale, quant à elle, correspond à tout le territoire situé à l'extérieur de ces régions (Statistique Canada, 2001b). En définissant le milieu rural par tout ce qui n'est pas urbain, on englobe un ensemble fort diversifié aux plans humain, économique, et géographique.

Statistique Canada (2001c) utilise aussi une autre méthode pour définir les régions : celle des secteurs statistiques. Dans cette classification, les régions sont définies selon des unités géographiques. On y retrouve quatre types de régions : les régions métropolitaines de recensement (RMR), les agglomérations de recensement (AR), les zones d'influence des RMR et AR (ZIM), et les trois territoires du nord du pays qui ne seront pas détaillés ici (Statistique Canada, 2001d; 2001e; 2001f).

**Tableau 2.2 Définitions de l'environnement urbain et l'environnement rural**

Auteurs	Zone urbaine	Zone rurale
Statistiques Canada (2001a;b) Définitions Urbain et rural	Territoire qui compte au moins 1000 habitants et au moins 400 habitants au km carré	Tout le territoire situé à l'extérieur des régions urbaines
Statistiques Canada (2001c;d;e;f) Définitions des secteurs statistiques	<u>RMR</u> : >100 000 habitants et >50% navettage <u>AR</u> : 10 000 à 99 000 habitants et >50% navettage	<u>ZIM forte</u> : 30% à 50% navettage <u>ZIM modérée</u> : 5% à 30% navettage <u>ZIM faible</u> : 0% à 5% navettage <u>Aucune ZIM</u> : 0% navettage
Pampalon et collaborateurs (1998)	<u>Métropole</u> : Montréal <u>Capitales régionales</u> : >100 000 h <u>Agglomérations et villes</u> : 10 000 à 99 000 habitants	<u>Le monde rural</u> : tout ce qui est plus petit
Pampalon et collaborateurs (1998)	<u>Métropolitain</u> : Montréal <u>Urbain</u> : Capitales régionales <u>Semi urbain</u> : Agglomérations et villes	<u>Rural</u> : tout ce qui est plus petit

Les RMR sont des régions situées autour d'un noyau urbain comprenant un minimum de 100 000 habitants, dont au moins 50% de la population active se déplace vers ce centre urbain pour travailler. Dans le même ordre d'idée, les AR sont des régions situées autour d'un noyau urbain avec au moins 50% de la population active qui fait la navette pour travailler vers le noyau urbain, mais celui-ci comprend de 10 000 à 100 000 habitants. Ces deux divisions, RMR et AR, sont utilisées pour représenter les zones urbaines.

Les ZIM (zones d'influence des RMR et des AR) représentent les régions rurales et sont subdivisées en quatre catégories selon le pourcentage de la population active qui se déplace vers une AR ou une RMR pour y travailler. Ainsi, on retrouve les *ZIM fortes* où 30 à 50% de la population active fait la navette vers un noyau urbain à chaque jour, les *ZIM modérées* où ce pourcentage varie de 5 à 30%, les *ZIM faibles* avec un pourcentage de 0 à 5% et les *Aucune ZIM* (0%). Cette classification des secteurs statistiques se veut un outil permettant d'aider les utilisateurs à étudier la diversité des régions à l'extérieur des centres urbains (Statistique Canada, 2001c).

Au Québec, Pampalon, Raymond, Caouette et Côté (1998) ont présenté un modèle d'aires homogènes dans le but de repérer géographiquement les populations présentant les plus grands écarts de santé. Ce modèle s'appuie d'abord sur un découpage du Québec en quatre grandes zones soit la métropole, les capitales régionales, les agglomérations et villes et, enfin, le monde rural. La zone *métropole* correspond à la région métropolitaine de recensement (RMR) de Montréal telle que définie par Statistiques Canada. La zone des capitales régionales (ou zones urbaines) inclut les RMR de Québec, Hull, Saguenay, Sherbrooke et Trois-Rivières (100 000 à 700 000 habitants). Les agglomérations et villes

(zones semi-urbaines) correspondent aux agglomérations de recensement (AR) telles que définies par Statistique Canada. Finalement, le monde rural correspond à toutes les municipalités non incluses dans les trois premières zones. Cette division (zone métropolitaine, urbaine, semi-urbaine et rurale) est encore fréquemment utilisée dans les écrits.

Plusieurs définitions des zones rurales, en plus de celles détaillées plus haut, ont été recensées par Du Plessis et ses collaborateurs (2002), notamment les régions rurales de recensement, les régions rurales et petite villes, les communautés rurales de l'Organisation de coopération et de développement économique (OCDE), les régions essentiellement rurales de l'OCDE, les régions non métropolitaines (code Beale) et les codes postaux ruraux. Les auteurs ont recommandé des possibilités d'action pour faciliter le choix d'une définition plutôt qu'une autre. Ils proposent de privilégier une définition s'appuyant sur l'échelle et la dimension géographique les plus pertinentes pour la question à l'étude. S'appuyer sur l'échelle la plus pertinente signifie pour eux d'établir si la question est d'ordre local, communautaire, régional, national ou autre. Comme point de départ, ils suggèrent d'utiliser les RMR, AR et ZIM. Ces définitions permettent des comparaisons à l'échelon communautaire, régional, provincial et national. De plus, la classification des secteurs statistiques ajoute la possibilité de subdiviser la région rurale afin de préciser le degré d'intégration et l'accès aux grands centres urbains par les populations rurales. Ils suggèrent aussi d'attribuer des degrés de ruralité et d'établir sa propre définition. Cette alternative permet de se pencher sur un besoin spécifique mais les comparaisons avec d'autres études sont alors plus difficiles. Enfin, il est possible de croiser deux définitions pour obtenir de l'information sur des sous-groupes distincts.

Cette alternative permet de recueillir des données sur un sous-groupe précis mais là encore, les comparaisons avec d'autres études sont plus difficiles.

En somme, il n'y a pas de consensus sur une définition unique des régions urbaines et rurales. Les chercheurs doivent donc cibler celle qui est la plus appropriée à leur étude et bien la décrire.

### 2.2.2 Influence du niveau d'urbanisation sur la santé et l'accessibilité des services

À notre connaissance, aucune étude portant sur l'influence du niveau d'urbanisation sur la participation sociale n'a été publiée. Toutefois, un grand nombre d'études ont démontré l'influence du niveau d'urbanisation sur d'autres facteurs pouvant être reliés à la participation sociale comme l'état émotionnel, les co-morbidités, l'organisation des services et autres facteurs environnementaux. La présente section vise à regrouper quelques études récentes qui portent sur l'influence du niveau d'urbanisation sur ces éléments. Le tableau 2.3, situé en fin de section, résume ces informations.

#### Niveau d'urbanisation et santé

En 2003, un rapport publié par Statistiques Canada révèle que l'auto-perception de la santé des Canadiens décline des régions les plus urbanisées du Canada vers les régions les plus rurales (Mitura et Bollman, 2003). Cette analyse, tirée de l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes* de 2000-2001, a été réalisée auprès de 131 535 personnes âgées de plus de 12 ans interviewées en personne (83%) ou par téléphone (17%). Les analyses ont été effectuées en fonction de quatre niveaux de régions métropolitaines et quatre types de régions non-métropolitaines (Du Plessis *et al.*, 2002).



En plus d'avoir un plus faible pourcentage de personnes rapportant leur santé comme excellente, les auteurs observent que deux facteurs de risque ayant un impact sur la santé - l'obésité et le tabagisme - sont significativement plus élevés dans les villages, les communautés rurales et les régions nordiques. À l'opposé, les personnes qui habitent les régions non-métropolitaines se disent plus actives physiquement.

Plus récemment, l'Institut canadien d'information sur la santé a publié un rapport portant sur l'état de santé et les déterminants de la santé des Canadiens vivant en milieu rural (DesMeules et Pong, 2006). En utilisant plusieurs sources de données pancanadiennes (l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, la Base de données sur la mortalité annuelle au Canada et le Registre canadien du cancer et le Recensement de 1996), des analyses ont été effectuées en fonction de cinq catégories géographiques qui ont été décrites dans la section précédente soit le milieu urbain (correspondant aux RMR et aux AR) et les quatre catégories de ZIM (forte, modérée, faible et zone sans IM). Leurs analyses démontrent que même en l'absence de différence marquée, les Canadiens vivant en milieu rural sont généralement désavantagés quant à de nombreuses mesures de la santé par rapport à ceux vivant en région urbaine. En effet, ils ont des taux de mortalité globaux plus élevés, l'espérance de vie chez les hommes est plus courte dans les ZIM modérées, faibles et Zones sans IM et ils ont plus de risque de mourir des suites de blessures. De plus, les personnes vivant en milieu rural sont désavantagées sur le plan de plusieurs indicateurs de santé dont les maladies cardiovasculaires, le diabète et les comportements liés à la santé (obésité). Sur une note plus positive, les résidents de milieux ruraux démontrent un taux de cancer moins élevé, des niveaux de stress moins importants et un fort sentiment d'appartenance à la collectivité.

Au Québec, Martinez et collaborateurs (2004) arrivent à des conclusions similaires en intégrant des statistiques provenant de plusieurs sources: le recensement de 2001, l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2000-2001 et les fichiers de naissances, d'hospitalisations et de mortalités du Québec de 1998 à 2000. Les régions urbaines correspondent aux RMR et AR tandis que les régions rurales constituent tout le reste subdivisé en trois ZIM (fortes, modérées, faibles ou nulles). En utilisant 70 indicateurs de santé et de bien-être, les auteurs ont observé une similitude entre les habitants du monde rural et ceux de la ville au niveau des indicateurs globaux de santé (espérance de vie) mais plusieurs différences dans les problèmes de santé spécifique. Ainsi, le monde rural présente des taux de mortalité plus élevés pour les cancers de l'estomac et du poumon ainsi que pour les maladies pulmonaires obstructives. La mortalité par accident routier est trois fois plus élevée en campagne et le suicide y survient davantage. La zone urbaine, quant à elle, est plus touchée par le cancer du sein et les cardiopathies ischémiques. Au niveau des habitudes de vie, le tabagisme et l'obésité sont plus élevés dans le monde rural mais la consommation régulière d'alcool l'est davantage en milieu urbain. En résumé, il ressort de cette étude que l'état de santé général est comparable entre les milieux urbains et ruraux mais qu'il y a des différences quant à la nature des problèmes de santé.

En utilisant les données de l'Enquête nationale sur la santé de la population de 1998 et 1999, Wang (2004) a observé que les personnes vivant en milieu urbain avaient une plus grande prévalence de dépression que ceux vivant en milieu rural. Toutefois, au Manitoba, St-John, Blanford et Strain (2006) n'ont pas observé de différence significative, au niveau des symptômes de dépression, entre les personnes vivant en

milieu rural et celles vivant en milieu urbain. Leur étude provenait des données plus anciennes de l'Étude manitobaine sur la santé et le vieillissement de 1991/1992.

**Tableau 2.3 Influence de vivre en milieu rural ou urbain**

Catégories	Urbain	Rural	Commentaires
<u>Diminution de l'espérance de vie</u>		3	2: au Québec l'espérance de vie serait similaire
<u>Diminution de la santé auto perçue</u>	1		2, 5 auto-perception de la santé serait similaire
<u>Problèmes de santé spécifiques</u>			
Plus de cancers de l'estomac et du poumon		2	
Plus de cancers du sein	2		
Plus de cancers	3		
Plus de maladies cardiovasculaires	2	1, 3	
Plus de diabète		3	1: les taux de diabète seraient similaires
Plus de maladies pulmonaires obstructives chroniques		2	
Plus de problèmes arthrite/rhumatologie		1	
<u>Habitudes de vie reliées à la santé</u>			
Plus de tabagisme		1, 2	
Plus d'obésité		1, 2, 3	
Plus de consommation d'alcool	2		
Moins actifs physiquement	1		
Plus de mortalité par accidents routiers		2	
<u>Santé mentale</u>			
Plus de dépressions	4	1	5: taux de dépression similaires
Niveau de stress plus élevé	3		
Sentiment d'appartenance à la collectivité plus faible	3		
Plus haut taux de suicide		2	
<u>Facteurs socioéconomiques</u>			
Niveau de scolarité moins élevé		2, 3	
Revenus inférieurs		2, 3	

1. Mitura et Bollman (2003) (Canada); 2. Martinez et coll. (2004) (Québec);  
3. DesMeules et Pong (2006) (Canada); 4. Wang (2004) (Canada); 5. St-John et coll. (2002) (Manitoba)

### Niveau d'urbanisation et accessibilité des services/autres facteurs environnementaux

Plusieurs études rapportent des différences entre les habitants du monde rural et ceux du milieu urbain au niveau socioéconomique. Au niveau canadien, DesMeules et Pong (2006) observent que dans l'ensemble, en milieu rural, la scolarité et les revenus sont moins élevés et le taux de chômage est supérieur que dans les régions urbaines. Le même constat est fait au Québec (Martinez *et al.*, 2004).

L'accès à un moyen de transport est aussi une variable qui diffère selon le type d'environnement dans lequel les gens vivent. À partir des données de l'Enquête sociale générale de 2005 sur l'emploi du temps produite par Statistique Canada, Turcotte (2006) a observé que les déplacements et l'accessibilité au transport en commun diffèrent entre les milieux urbains et ruraux. Plus particulièrement, ce sont les femmes et les personnes âgées de 85 ans et plus et vivant en milieu rural qui sont susceptibles d'être limitées dans leurs déplacements. Grant et Rice (1983) ont également observé que dans les milieux ruraux, les femmes, veuves en particulier, étaient plus à risque d'avoir des problèmes de transport. Ils ont, de plus, identifié deux besoins de transport spécifiques aux aînés vivant en milieu rural : faire une sortie au moins une fois par semaine au niveau local et faire au moins une sortie par mois vers un plus grand centre urbain.

Vézina et Pelletier (1997) ont exploré la dynamique du transport, les modalités de réponse aux besoins et le niveau de satisfaction perçu chez 67 personnes âgées à mobilité réduite à l'aide d'un devis mixte. Leur étude a été réalisée dans la région Montréalienne (sud de Montréal), divisée en trois milieux: rural, semi-urbain et urbain. Leurs résultats démontrent que le mode de transport le plus souvent rapporté en milieu urbain et semi-urbain est l'automobile en compagnie de proches alors qu'en milieu rural, les

déplacements à pied remportent la palme. Cette différence pourrait s'expliquer par le fait que les participants du milieu rural habitaient à proximité des services, dans un village. Pour l'ensemble des participants, le plus grand taux d'insatisfaction face à différents besoins tels que l'alimentation, l'administration, les loisirs et la socialisation, est observé en milieu urbain. Les chercheurs expliquent cette insatisfaction, entre autres, par un fort sentiment d'insécurité à se déplacer à l'extérieur de leur domicile. Les déplacements en milieu urbain présentent plus de risques perçus: peur de se faire bousculer, de devoir traverser la rue à toute vitesse, de se faire voler son sac à main, et ce, même pour de courtes distances. Chez les personnes à mobilité réduite, les loisirs sont sacrifiés au profit des besoins de base et cela engendre de l'insatisfaction.

#### Conclusion générale de la recension

En bref, les écrits démontrent que la participation sociale des personnes âgées est influencée par des facteurs personnels (âge, co-morbidités, bien-être psychologique) et des facteurs environnementaux (facilitateurs et obstacles perçus dans l'environnement). Le fait de vivre en région rurale ou urbaine a un impact sur plusieurs facteurs personnels tels que les indicateurs de santé et de bien-être et sur plusieurs variables environnementales telles que le niveau socioéconomique, l'accessibilité des services et du transport. De telles différences portent à croire que la participation sociale des personnes âgées pourrait différer selon qu'ils habitent une région rurale ou une région urbaine.

## **CHAPITRE 3**

### **OBJECTIFS DE RECHERCHE**

L'objectif général de cette étude est d'approfondir les connaissances sur la participation sociale des aînés, et particulièrement, d'explorer l'influence que pourrait avoir le type d'environnement dans lequel ils évoluent. De façon plus spécifique, cette étude vise à:

- 1) comparer la participation sociale de personnes âgées selon le niveau d'urbanisation de leur milieu de vie (métropolitain, urbain, rural);
- 2) explorer les facteurs sociodémographiques associés à la participation sociale, selon le niveau d'urbanisation.

## CHAPITRE 4

### MÉTHODES

Ce chapitre présente les aspects méthodologiques de l'étude. Le dispositif de recherche, la population choisie pour réaliser l'étude et la procédure d'échantillonnage sont d'abord exposés. Ensuite, les procédures de recrutement et de la collecte des données sont présentées. Finalement, les variables et instruments de mesure, la taille de l'échantillon et les analyses statistiques sont détaillés.

#### 4.1 Dispositif de recherche

Cette étude s'inscrit dans une plus vaste recherche multicentrique réalisée auprès de 350 personnes âgées, vieillissant normalement et vivant dans la communauté, étude ci-après nommée « étude principale ». Son objectif principal était de documenter la participation sociale des personnes âgées en lien avec les stratégies d'adaptation utilisées pour maintenir un niveau optimal de participation sociale (Demers, Robichaud, Gélinas, Noreau, et Desrosiers, 2009; Desrosiers *et al.*, 2009). Un dispositif descriptif transversal de type enquête a été retenu.

#### 4.2 Population à l'étude

La population cible de cette étude se compose des personnes âgées, vieillissant normalement et vivant actuellement au Québec en milieu métropolitain, urbain et rural. Pour les fins de la recherche, la population à l'étude était constituée de personnes âgées de

65 à 95 ans vivant, en 2005-2006, dans les régions de Montréal, Québec, Sherbrooke et en région rurale dans la périphérie de Sherbrooke.

En raison de la grande variabilité entre les individus, il est difficile d'établir une définition précise du vieillissement normal. Selon Champagne, Ladouceur, De Ravinel, Stryckman et Paul (1992), le vieillissement normal est caractérisé, entre autres, par l'absence de maladies aiguës ou chroniques invalidantes, la capacité à subvenir à ses besoins de santé, d'habitation, d'alimentation et de loisirs, et la possibilité de mener une vie active et satisfaisante. Afin de tenir compte de ces éléments, les participants à l'étude devaient répondre aux critères d'admissibilité suivants:

- être lucide (déterminé par le jugement clinique de l'évaluateur),
- être indépendant dans les activités quotidiennes de base (déterminé par un score de 0 dans quatre items du Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle [SMAF] [Hébert, Carrier et Bilodeau, 1988], soit: manger, se laver, s'habiller et entretenir sa personne). Le SMAF est un instrument fidèle et valide qui mesure les habiletés fonctionnelles avec une échelle à 4 niveau où un score de 0 correspond à l'indépendance pour accomplir une activité et -3 correspond à la dépendance. Il comporte 29 items divisés en cinq grandes catégories : les activités de la vie quotidienne, la mobilité, la communication, les fonctions mentales et les activités domestiques.
- avoir une vision adéquate (déterminé par la capacité à lire les petits titres d'un journal);
- ne pas souffrir de déficiences musculosquelettique, sensorielle ou neurologique (déterminé par des questions sur la santé en générale et des problèmes spécifiques).



Les personnes qui présentaient certains problèmes de santé chroniques rencontrés dans le vieillissement, tels l'ostéoarthrite, l'ostéoarthrose, le diabète de type II, des problèmes respiratoires, des problèmes cardiaques ou de l'hypertension, étaient admissibles tant que ces problèmes de santé n'interféraient pas avec leur capacité à réaliser leurs activités quotidiennes de base (score de 0 aux quatre items du SMAF).

- s'exprimer en français ou en anglais.

#### **4.3 Procédure d'échantillonnage**

Un échantillonnage probabiliste a été retenu afin d'assurer une meilleure représentativité et une meilleure validité externe des résultats (Fortin, Côté et Filion, 2006). La liste nominative utilisée provenait de la base de données de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ). Des approbations ont d'abord été obtenues de la Commission d'accès à l'information et ensuite de l'avocat de la RAMQ. L'échantillonnage a été fait par région (n=4) à l'aide des numéros de municipalités. De plus, afin d'avoir autant des gens des différents groupes d'âge, et autant d'hommes et de femmes, l'échantillonnage a été stratifié selon le sexe et le groupe d'âge (65-69, 70-74, 75-79, 80-84, 85-95). Le dernier groupe d'âge s'étendait sur 10 ans plutôt que cinq pour faciliter le recrutement de personnes correspondant aux critères d'admissibilité dans ces groupes d'âge en raison de leur nombre moins élevé et du plus grand nombre de pathologies invalidantes présentes dans cette tranche de la population.

Dans l'étude principale, le choix des municipalités s'est fait dans l'objectif d'assurer une grande représentativité des milieux métropolitain, urbain et rural. La zone métropolitaine était composée de 13 municipalités de la MRC de Montréal. Les zones

urbaines étaient composées de 7 municipalités de la MRC Québec et de 3 municipalités de la MRC Sherbrooke. Pour la zone rurale, 30 municipalités ont été retenues à l'intérieur des MRC Coaticook, Memphrémagog, Val St-François, Haut St-François et Asbestos. Ces municipalités devaient avoir moins de 3 000 habitants et être situées à une distance de 40 à 50 km de Sherbrooke. Ces critères ont été retenus pour tenir compte à la fois de la densité de la population et de l'éloignement des services. Aucune subdivision des zones rurales n'a été mise en place dans l'étude principale.

Dans la présente étude, les participants ont été séparés en trois groupes correspondant au type d'environnement de leur résidence soit métropolitain (participants de Montréal), urbain (participants de Québec et Sherbrooke) et rural (participants de l'estrie rurale) pour description et comparaison des données. Par la suite, le groupe rural a été subdivisé selon les ZIM pour analyses complémentaires.

#### **4.4 Procédure de recrutement**

A la suite de la réception et de la vérification des listes aléatoires, le recrutement s'est effectué dans chaque région. Une lettre de présentation du projet de recherche était envoyée aux participants potentiels (annexe 1). Quelques jours plus tard, ces personnes étaient contactées par téléphone par les assistantes de recherche de chacune des régions. Ce contact téléphonique permettait de vérifier l'admissibilité et d'obtenir un consentement verbal des participants. De plus, les critères de non admissibilité des personnes exclues de l'étude étaient documentés (annexe 2). Si la personne acceptait de participer, l'assistante prenait rendez-vous avec le participant. Ce processus s'est poursuivi jusqu'à l'obtention du nombre de participants prévu dans chaque région, dans

chaque groupe d'âge et selon le sexe. Le recrutement s'est effectué sur une période de douze mois entre juin 2005 et juin 2006.

#### **4.5 Procédure de collecte des données**

Les assistantes de recherche, en majorité des ergothérapeutes, ont participé à une journée de formation où elles étaient toutes réunies afin de s'assurer de l'uniformité des informations données. Elles ont rencontré personnellement chaque participant à son domicile ou au centre de recherche de son milieu selon sa préférence. Une seule rencontre par participant, d'environ 90 minutes, permettait de recueillir les données requises.

Lors de la rencontre, l'admissibilité était revérifiée au besoin, une explication détaillée de l'étude était donnée et un formulaire de consentement était signé par le participant et l'assistante (annexe 3). Les questionnaires décrits dans la section suivante étaient ensuite complétés en mode assisté pour faciliter la compréhension et pour limiter le nombre d'erreurs ou de données manquantes. L'ordre de passation des questionnaires était le même pour tous les participants.

#### **4.6 Variables et instruments de mesure**

Dans l'étude principale, trois questionnaires étaient utilisés : 1) un questionnaire démographique, environnemental et de santé, 2) la Mesure des habitudes de vie, version abrégée (MHAVIE 3.1), 3) l'Inventaire des stratégies compensatoires utilisées par les aînés. Dans le cadre de la présente étude, seules les données des deux premiers questionnaires ont été retenues.

## Participation sociale

La MHAVIE 3.1 (Fougeyrollas, Noreau et St-Michel, 2002b) (annexe 4) a été utilisée pour évaluer la variable principale de l'étude, soit la participation sociale. Basée sur le modèle conceptuel du Processus de production du Handicap (PPH), la MHAVIE 3.1, comprend 77 items couvrant les 12 domaines d'habitudes de vie du PPH. Six domaines de vie sont reliés aux activités courantes : nutrition, condition corporelle, soins personnels, communication, habitation et déplacements, tandis que les six autres réfèrent aux rôles sociaux de la personne: responsabilités, relations interpersonnelles, vie communautaire, éducation, travail, loisirs. En raison de l'âge des participants, les scores obtenus dans les domaines de l'éducation et du travail étaient peu quantifiables et n'ont pas été retenus, ce qui laisse 67 items et 10 domaines.

La MHAVIE inclut deux échelles de cotation : une échelle de réalisation et une échelle de satisfaction, mais dans le cadre de cette étude, seule l'échelle de réalisation a été utilisée. L'échelle de réalisation est basée sur deux éléments : le niveau de difficulté et le type d'aide utilisé pour réaliser une activité. Cette échelle génère un score variant de 0 à 9 où une cote de 0 correspond à un niveau de participation nul (situation de handicap) et une cote de 9 réfère à une entière participation sociale signifiant que l'activité courante ou le rôle social est réalisé sans difficulté et sans aide. Un score est d'abord calculé pour chaque item. Se basant sur ces scores, un score moyen est obtenu pour chacun des dix domaines retenus, un autre pour les six domaines des activités courantes (sous-score Activités Courantes), un pour les quatre domaines des rôles sociaux (sous-score Rôles Sociaux) et finalement un score total pour l'ensemble des domaines.

Quelques qualités métrologiques de cet instrument ont été vérifiées. La validité de contenu a été démontrée de par son processus de développement qui a fait appel à des experts (Fougeyrollas *et al.*, 1998b). La validité à discriminer différents niveaux de participation selon le milieu de vie (maison, résidence privée pour aînés, centre de soins de longue durée) de personnes âgées a également été démontrée (Desrosiers *et al.*, 2004a). Les fidélités test-retest et inter-juges étudiées auprès de 84 personnes âgées sont très bonnes [coefficient de corrélation intraclasse et intervalle de confiance à 95% : 0,95 (0,91-0,98) pour la fidélité test-retest et 0,89 (0,80-0,93) pour la fidélité interjuge] (Noreau *et al.*, 2004).

#### Facteurs sociodémographiques et environnementaux

Un questionnaire démographique, environnemental et de santé (annexe 5) a été utilisé pour recueillir les données sociodémographiques des participants. Les caractéristiques démographiques sont composées de l'âge, le sexe, l'état civil, la langue, le niveau de scolarité et la principale occupation. La situation de vie (vit seul ou avec d'autres), le type de résidence, la satisfaction face au soutien social, l'accessibilité des commerces, l'accessibilité du transport en commun, l'utilisation du transport en commun, le sentiment de sécurité dans le quartier et le revenu familial faisaient partie des données environnementales. Finalement, une question sur l'auto-perception de la santé a été utilisée.

#### **4.7 Taille de l'échantillon**

L'étude principale a été réalisée auprès de 350 sujets. L'échantillonnage probabiliste était stratifié par sexe et par groupe d'âge (cinq groupes). La répartition par

région était de 10 sujets par groupe d'âge et de sexe pour chacune des régions urbaines (Montréal, Québec, Sherbrooke) pour un total de 100 sujets pour chacune des trois régions. Pour la région rurale, cinq sujets étaient recrutés par groupe pour un total de 50 sujets.

La présente étude utilisant les données découlant de l'étude principale, la taille de l'échantillon ne pouvait être contrôlée au préalable. Un calcul a cependant été fait a posteriori pour vérifier la puissance à détecter une différence entre les groupes avec une taille de l'effet moyenne (Cohen, 1977) et celle-ci (81%) était suffisante pour répondre à cet objectif.

#### **4.8 Analyses statistiques**

Les caractéristiques des participants sont d'abord décrites à l'aide de la moyenne et de l'écart type pour les variables continues et à l'aide de pourcentages pour les variables catégoriques. Les résultats ont été comparés entre les régions à l'aide du test de Kruskal-Wallis pour les variables continues et du Chi carré pour les variables catégoriques.

Pour le premier objectif qui est de comparer la participation sociale de personnes âgées selon le niveau d'urbanisation de leur milieu de vie, le test de Kruskal-Wallis a été utilisé car les postulats nécessaires pour l'analyse de la variance n'étaient pas respectés (normalité des observations et égalité des variances). Le test a été réalisé avec les trois régions (métropolitaine, urbaine et rurale) en utilisant le score total, les deux principaux sous-scores (Activités courantes et Rôles sociaux) et les scores de chacun des dix domaines de la MHAVIE. Par la suite, des tests deux à deux de Mann-Withney ont été

effectués avec la correction de Bonferroni là où une différence significative avait été démontrée.

Pour le deuxième objectif qui est d'explorer les facteurs sociodémographiques et environnementaux associés à la participation sociale selon le niveau d'urbanisation, les analyses ont été faites par région. Des analyses bivariées ont d'abord permis d'identifier les variables associées à la participation sociale dans chaque région. Des corrélations de Pearson ont été utilisées pour les variables continues et des tests *t* pour les variables catégoriques. Les variables associées avec une valeur *p* inférieure à 0,15 étaient alors retenues. Par la suite, des analyses de régression linéaire multiple avec la méthode de sélection pas à pas ont permis de déterminer l'impact des données sociodémographiques et environnementales retenues (variables indépendantes) sur la participation sociale (variable dépendante). La normalité des résidus a été vérifiée visuellement avec des histogrammes et statistiquement avec le test de Kolmogorov-Smirnov.

#### **4.9 Considérations éthiques**

L'étude principale a été approuvée par le Comité d'éthique à la recherche (CER) du CSSS-Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke (annexe 6) ainsi que celui du Centre de recherche interdisciplinaire en réadaptation du Montréal métropolitain et le CER du Centre hospitalier affilié universitaire de Québec. Les sujets ont tous été informés individuellement de l'étude et ont signé un formulaire de consentement (annexe 3). Les participants qui se déplaçaient dans les milieux de recherche associés à l'étude recevaient une compensation financière pour leurs frais de déplacements. Le montant était ajusté pour les gens vivant en milieu rural qui avaient une plus longue distance à effectuer pour

se rendre au milieu de recherche. Toutes les mesures nécessaires ont été suivies pour s'assurer de la confidentialité des données. Un numéro d'identification remplaçait les noms des participants dans les dossiers et la liste des numéros associés aux noms des participants était tenue sous clé à un endroit différent et disponible seulement par les chercheurs et le personnel de recherche.



## CHAPITRE 5

### RÉSULTATS

#### **5.1 Article intitulé « Participation of metropolitan, urban and rural Community-dwelling older adults »**

Titre en français: **Participation des aînés vivant à domicile en milieu métropolitain, urbain ou rural.**

France-Hélène Therrien<sup>1,2</sup> et Johanne Desrosiers<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Centre de recherche sur le vieillissement, Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke

<sup>2</sup>Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke

Avant-propos: Cet article couvre les résultats des deux objectifs de l'étude visant à comparer la participation sociale de personnes âgées selon le niveau d'urbanisation de leur milieu de vie (métropolitain, urbain, rural) et explorer les facteurs sociodémographiques associés à la participation sociale, selon chaque type de milieu de vie.

Description de l'apport de la candidate à l'article: L'étudiante est l'auteure principale de l'article. La co-auteure (directrice de recherche) a révisé le manuscrit et encadré l'ensemble du processus.

Spécification du statut de l'article: soumis le 24/04/2009 à la revue *Archives of Gerontology and Geriatrics*.

L'autorisation d'intégration d'un article écrit en  
collaboration à un mémoire ou une thèse a été retirée à  
cause des renseignements personnels

## **Résumé :**

Cette étude visait à comparer la participation sociale de personnes âgées selon qu'elles vivent en milieu métropolitain, urbain ou rural, et à comparer les facteurs sociodémographiques associés à la participation sociale pour chacun des types d'environnement. L'étude transversale a été réalisée auprès de 350 personnes âgées, en processus de vieillissement normal, vivant dans la communauté dans quatre régions du Québec soit les villes de Montréal (région métropolitaine), Québec et Sherbrooke (région urbaine) et dans des régions rurales situées en Estrie. La participation dans les activités courantes et les rôles sociaux a été évaluée à l'aide de la Mesure des habitudes de vie version 3.1. Les données sociodémographiques ont été recueillies à l'aide d'un questionnaire spécifiquement développé pour l'étude.

Les participants de la région rurale étaient différents de ceux des autres groupes avec un niveau de scolarité et un revenu familial inférieurs, une accessibilité restreinte aux espaces commerciaux et l'absence d'accès au transport en commun. Les participants de la région métropolitaine, quant à eux, conduisaient peu la voiture, se sentaient moins en sécurité dans leur quartier et étaient moins satisfaits de leur soutien social que ceux des autres régions. Malgré les différences observées sur plusieurs facteurs environnementaux, aucune différence significative n'a été observée entre les trois groupes au niveau de leur participation sociale. De plus, les facteurs associés à la participation dans les activités courantes et les rôles sociaux étaient très similaires d'une région à l'autre. Cette étude suggère que, même si l'environnement des personnes âgées vivant en milieu rural, urbain, ou métropolitain diffère, leur niveau de participation dans les activités courantes et les rôles sociaux est très similaire.

**Abstract:**

Environmental factors are important in maintaining a high level of participation. This cross-sectional study aimed at comparing the level of participation of older adults living in rural, urban and metropolitan environments and exploring sociodemographic factors associated with participation according to each type of environment. A total of 350 community-dwelling participants showing a normal aging process were randomly recruited. Participation in daily activities and social roles was measured with the Assessment of Life Habits. Sociodemographic and environmental data were gathered using a questionnaire.

Participants from the rural region reported less schooling, a lower income, no access to public transportation and less access to stores than others. Participants from the metropolitan region differed in terms of less use of a car, less satisfaction with their social support and feeling less secure in their neighborhood. However, no significant difference was found between the metropolitan, urban and rural groups for participation in daily activities and social roles. Furthermore, the variables most associated with participation were similar for all three regions. This suggests that although the environment of older adults living in metropolitan, urban and rural region differs, their level of engagement in daily activities and social roles is similar.

**Key words:** urban, rural, participation, environmental factors

## **1. Introduction**

The normal aging process is associated with changes in some physical, social and cognitive abilities (Fülöp, 2007) and a change in participation (Desrosiers et al., 2004b; Wilkie et al., 2006). With the publication of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF), the World Health Organization (WHO) defined participation as a person's involvement in a life situation (WHO, 2001). Participation has become a subject of interest since it goes beyond functional independence and considers additional domains that are essential or important in a person's life, such as leisure and community life. Fougeyrollas and his colleagues (1998) made an important contribution to the concept of participation with the Disability Creation Process (DCP) model. In this model, participation is operationalized via the concept of life habits, which are defined as social roles valued by the person or his/her social environment but also as daily activities that need to be performed before interacting with others. Participation, defined as the engagement in daily activities and social roles, is the result of an interactive process between personal characteristics (organic systems and capabilities) and the environmental context in which people live. The environmental context includes the social environment, such as friends and family, government and public services, as well as the physical environment, such as accessibility to and within the house, local roads and the weather. People living in rural areas have different environments, both social and physical, than people living in cities. Healthcare facilities and stores might be further from home, public transportation is not available everywhere, road conditions differ, and social interaction and support might differ as well. Therefore, the level of urbanization of the area in which people live could have a significant impact on their level of participation.

Many studies have demonstrated that people living in rural regions differ from those living in urban areas on many health and socioeconomic conditions. Self-perceived health is similar across types of regions (St-John et al., 2006; Martinez et al., 2004) but people living in rural regions present differences in many diseases, namely more cardiovascular diseases (Mitura and Bollman, 2003; DesMeules and Pong, 2006), more stomach and lung cancers (Martinez et al., 2004) and a higher prevalence of arthritis/rheumatism (Mitura and Bollman, 2003). People living in rural areas are also disadvantaged on health determinants, with more smoking and obesity (Mitura and Bollman, 2003; Martinez et al., 2004). On the other hand, studies show that people living in rural areas have less breast cancer (Martinez et al., 2004), less depression (Wang, 2004), lower stress levels and a stronger feeling of belonging to a community (DesMeules and Pong 2006). On socioeconomic factors, rural residents report less schooling and a lower income (Mitura and Bollman, 2003; DesMeules and Pong, 2006). Finally, transportation is more difficult for people living in rural areas with less or no access to public transportation (Turcotte, 2006).

Most studies on participation have been carried out in urban areas or without considering the type of environment (urban or rural). Harvey and Noreau (2003) wanted to know whether people perceived their environment differently when living in a metropolitan, urban, semi-urban or rural area. They observed that people perceived more facilitators for participation in urban areas, especially with regards to public and government services and physical accessibility. Even though this study did not evaluate participation itself, it demonstrated that the perception of environmental factors influencing participation differed according to the participants' living environment. To

our knowledge, no study has evaluated the impact of living in a rural, urban or metropolitan area on participation.

The objectives of this study were 1) to compare participation of older adults according to the level of urbanization of their home environment, and 2) to explore sociodemographic factors associated with participation in relation to the urbanization level of their environment.

## **2. Materials and methods**

### **2.1 Participants**

Data were taken from a cross-sectional study conducted with 350 randomly recruited community-dwelling older adults living in four regions of the province of Quebec, Canada: City of Montreal (metropolitan area), the cities of Quebec and Sherbrooke (both urban areas) and part of a rural region of the Eastern Townships. In each region, participants were randomly sampled using the Régie d'assurance maladie du Québec (RAMQ) database. The sample was stratified for sex and age in order to have the same percentage of men and women in each age group (65-69, 70-74, 75-79, 80-84, 85-95) in the four regions.

To be included in the study, participants had to: a) be 65 or older, b) have preserved cognitive functions (in the research assistant's judgment), c) be independent [score of 0 (alone, without difficulty)] for four basic activities of daily living (ADL) (eating, washing, dressing and toileting) of the Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (Hébert et al., 1988), and d) have good enough vision to read small newspaper headings. Individuals who presented musculoskeletal, sensory or neurological deficits other than those related to normal aging were excluded. Individuals who

presented some chronic health problems frequent in aging such as osteoarthritis, type II diabetes, hypertension, respiratory or cardiac problems were eligible as long as those problems did not interfere with their ability to perform their daily living activities. In addition, the participants had to speak English or French. The research protocol was approved by the Research Ethics Committees of the institutions involved.

## 2.2 Recruitment and data collection procedures

Potential participants were contacted first by letter, written following Dillman's (2000) recommendations, with a description of the study. A few days later, a research assistant called them to explain the research, verify their eligibility, and request their participation. If they agreed, an appointment was made at the location of their choice (home or research center).

Each participant was met for one session. Eligibility was checked again if necessary and the consent form was explained and signed. Demographic, health and environmental characteristics were then collected, followed by completion of the participation tool with assistance in order to reduce missing data.

## 2.3 Variables and measurement instruments

### 2.3.1 Participation

The Assessment of Life Habits (LIFE-H), short version 3.1 (Fougeyrollas et al., 2002) was used to assess the level of participation. This questionnaire comprises 77 items covering the 12 domains of the DCP model. Six domains are related to daily activities: nutrition, fitness, personal care, communication, housing and mobility, and the other six to social roles: responsibilities, interpersonal relationships, community life, employment, education and leisure. Because of the age of the participants, scores for the employment



and education domains were not used, leaving 67 items and 10 domains. The scale is based on the level of difficulty and the type of assistance (assistive device, environmental modification and human help) used to accomplish each task. The combination of these two concepts generates a score varying from 0 to 9, where 9 corresponds to optimal participation, namely a person's full engagement in his/her daily activities and social roles. Based on the score obtained on each item, scores can be computed for each of the 10 domains, for the two main domains (Daily Activities and Social Roles subscores) and for the questionnaire as a whole (total participation score). The LIFE-H 3.1 was developed with a group of experts to ensure content validity (Fougeyrollas et al., 1998). Both interrater and test-retest reliability of the total score obtained with 84 elders with disabilities are excellent (intraclass correlation coefficient [ICC] and 95% confidence interval [CI]: 0.95 (0.91-0.98) for test-retest, and 0.89 (0.80-0.93) for interrater) (Noreau et al., 2004). The construct validity of the questionnaire has also been demonstrated (Desrosiers et al., 2004a).

### 2.3.2 Sociodemographic and environmental data

A questionnaire was developed to describe some sociodemographic and environmental characteristics of the participants.

## 2.4 Statistical analysis

Characteristics of the participants are first described by mean and standard deviation for the continuous variables and by frequency and percentage for the categorical variables. These characteristics were compared between types of urbanization [Metropolitan, Urban (2 cities), Rural] using the Kruskal-Wallis test for the continuous variables and the Chi-square test for the categorical variables. Kruskal-Wallis tests were

used to compare participation scores between groups for each of the 10 life domains, the Daily Activities subscore, the Social Roles subscore and the total score on the LIFE-H (objective 1). When a significant difference was found, Mann-Whitney tests were used to locate the difference with Bonferonni corrections to minimize the possibility of a type 1 error.

For the second objective, the ordinal scales of the sociodemographic and environmental variables were converted into dichotomous scales. Bivariate correlations and t-tests were used to identify variables that were associated with the Daily Activities subscore and Social Roles subscore of the LIFE-H (dependent variables) by region (Metropolitan, Urban and Rural). Variables associated at a p level of  $< 0.15$  were put in each of the six models. Three models were used where the dependent variable was the Daily Activities subscore, and three with the Social Roles subscore. Multiple regression analyses, using a stepwise approach, were carried out in order to choose the best final models. The normality of the residue was verified visually with histograms and statistically with Kolmogorov-Smirnov tests.

### **3. Results**

Three hundred and fifty people participated in the study. Of these, 100 were from a metropolitan area (City of Montreal), 200 from urban areas (cities of Quebec and Sherbrooke) and 50 from the Eastern Townships rural region. Table 5.1 presents their sociodemographic and environmental characteristics by region. The groups were similar on age and sex as those variables were controlled through the stratification process. Significant differences between groups were observed for access to public transportation and stores where, as expected, participants in the rural area reported having less or no

access to those services. Participants from the rural region also reported less schooling and a lower income. Participants living in the metropolitan area differed on three points: they expressed less satisfaction with their social support, they felt less secure in their neighborhood and a smaller proportion drove a car.

**Table 5.1 Socio-demographic and environmental characteristics of participants**

<b>Regions:</b>	<b>Metropolitan n = 100</b>	<b>Urban n = 200</b>	<b>Rural n = 50</b>	<b>p value <sup>a</sup></b>
<u>Continuous variables<sup>b</sup></u>				
Age (years)	77.4 (7.7)	77.1 (7.4)	77.0 (7.3)	0.975
Schooling (years)	11.5 (5.3)	10.7 (4.9)	8.5 (4.0)	0.003
<u>Categorical variables<sup>c</sup></u>				
Self-perceived health (excellent or good)	88 (88%)	190 (95%)	47 (94%)	0.080
Gender (female)	50 (50%)	100 (50%)	25 (50%)	1.0
Language (French)	91 (91%)	190 (95%)	45 (90%)	0.276
Living situation (alone)	43 (43%)	80 (40%)	15 (30%)	0.298
Working (yes)	11 (11%)	10 (5%)	4 (8%)	0.159
Family income				
≥\$25,000	56 (56%)	114 (57%)	16 (32%)	0.003
<\$25,000	44 (44%)	76 (38%)	33 (67%)	
Missing data	0	10 (5%)	1 (2%)	
Satisfaction with social support (very satisfied)	45 (45%)	127 (64%)	32 (64%)	0.005
Access to stores (yes)	88 (88%)	178 (89%)	30 (60%)	<0.001
Access to public transportation (yes)	96 (96%)	185 (93%)	0 (0%)	<0.001
Use of public transportation (yes)	53 (53%)	41 (21%)	0 (0%)	<0.001
Drive a car (yes)	53 (53%)	143 (72%)	39 (78%)	0.001
Feeling of security in the neighborhood (high)	43 (43%)	153 (77%)	35 (70%)	<0.001

<sup>a</sup> p is related to Kruskal Wallis and Chi-square tests. Significant values indicate differences between groups. <sup>b</sup> Mean (standard deviation). <sup>c</sup> Frequency (percentage)

Participation scores by region are presented and compared in Table 5.2 with respect to each domain, the Daily Activities subscore, the Social Roles subscore and the total score. Statistically significant differences were found between the three regions (Metropolitan, Urban and Rural) in two life domains: Personal Care and Communication. Post hoc analysis indicated that the metropolitan region participants had higher scores in both domains. However, those differences were very small (0.09 and 0.27 respectively).

**Table 5.2 Social participations scores (9) obtained with the LIFE-H by region**

<b>LIFE-H</b>	<b>Metropolitan n = 100</b>	<b>Urban n = 200</b>	<b>Rural n = 50</b>	<b>p value<sup>a</sup></b>
<b><u>Daily activities</u><sup>b</sup></b>				
Nutrition	7.89 (1.61)	7.97 (1.19)	8.27 (0.98)	0.280
Fitness	8.53 (0.90)	8.55 (0.68)	8.64 (0.61)	0.390
Personal care	8.85 (0.33)	8.76 (0.35)	8.78 (0.26)	<0.001
Communication	8.67 (0.49)	8.58 (0.61)	8.40 (0.79)	0.001
Housing	7.19 (0.84)	7.40 (0.93)	7.42 (0.84)	0.103
Mobility	7.95 (1.24)	8.17 (1.25)	8.38 (1.00)	0.057
<b><i>Daily activities subscore</i></b>	8.23 (0.43)	8.25 (0.45)	8.29 (0.34)	0.856
<b><u>Social roles</u></b>				
Responsibilities	8.43 (0.99)	8.42 (0.74)	8.46 (0.70)	0.334
Interpersonal relationships	8.49 (0.95)	8.53 (0.87)	8.70 (0.51)	0.981
Community life	8.51 (1.08)	8.54 (0.99)	8.61 (0.67)	0.892
Leisure	7.47 (2.10)	7.20 (1.87)	6.94 (2.23)	0.067
<b><i>Social roles subscore</i></b>	8.35 (0.83)	8.28 (0.66)	8.36 (0.49)	0.088
<b><u>TOTAL</u></b>	8.26 (0.54)	8.27 (0.46)	8.32 (0.34)	0.851

<sup>a</sup> p is related to Kruskal Wallis tests. Significant values indicate differences between groups. <sup>b</sup> Scores are presented with mean (standard deviation).

No other differences in participation were found between the three regions.

Some sociodemographic and environmental characteristics are related to participation in the Daily Activities and Social Roles subscores (see Table 5.3). The main

**Table 5.3 Association of the socio-demographic and environmental variables with participation in daily activities and social roles for each region**

Regions:	Metropolitan n = 100		Urban n = 200		Rural n = 50	
	Daily activities	Social roles	Daily activities	Social roles	Daily activities	Social roles
<u>Continuous variables<sup>a</sup></u>						
Age	-0.32 (0.001)	-0.24 (0.02)	-0.39 (<0.001)	-0.23 (0.001)	-0.19 (0.19)	-0.09 (0.53)
Schooling	-0.03 (0.76)	0.11 (0.29)	0.01 (0.88)	0.18 (0.02)	0.33 (0.02)	0.13 (0.39)
<u>Categorical variables<sup>b</sup></u>						
Self-perceived health	0.15	0.02	1.0	0.15	0.27	0.32
Gender	0.58	0.76	0.52	0.31	0.33	0.45
Language	0.32	0.56	0.70	0.65	0.15	0.52
Living situation	0.01	0.10	<0.001	0.31	0.003	0.009
Working	0.46	0.16	0.80	0.44	0.64	0.02
Family income	0.70	0.80	0.31	0.46	0.80	0.83
Satisfaction with social support	0.80	0.95	0.15	0.55	0.32	0.13
Access to stores	0.26	0.06	0.26	0.95	0.27	0.56
Access to public transportation	0.04	0.84	0.36	0.73	NA <sup>c</sup>	NA <sup>c</sup>
Use of public transportation	0.88	0.81	0.14	0.38	NA <sup>c</sup>	NA <sup>c</sup>
Driving	0.16	0.004	<0.001	<0.001	0.02	0.03
Feeling of security in the neighborhood	0.59	0.80	0.66	0.77	0.90	0.20

a Pearson's coefficients (p value), b p value associated with t tests for independent groups, c NA: Not available in rural region

correlates vary from region to region. For participation in daily activities, living situation is associated in the three regions whereas age, driving, schooling, language, access to and use of public transportation, and self-perceived health are correlated only in one or two regions. For participation in social roles, driving is the only variable correlated in all three regions whereas age, schooling, living situation, working, satisfaction with social support, access to stores and self-perceived health are associated in one or two regions.

The variables that best explain participation in daily activities and social roles for each of the three regions (Metropolitan, Urban and Rural) are presented in Table 5.4. With regards to participation in daily activities, living with others is associated with a lower level of participation in all three regions. Age is associated with a lower level of

**Table 5.4 Variables the most associated with participation in daily activities and social roles for each region**

	Variables	B coefficient	Cumulative R <sup>2</sup>	p value
<b><u>DAILY ACTIVITIES</u></b>				
<u>Metropolitan</u>	Age	-0.19	0.10	<0.001
	Living with others	-0.23	0.18	0.004
<u>Urban</u>	Age	-0.02	0.15	<0.001
	Living with others	-0.34	0.27	<0.001
	Driving	0.18	0.29	0.006
<u>Rural</u>	Living with others	-0.33	0.17	0.001
	Driving	0.30	0.30	0.005
<b><u>SOCIAL ROLES</u></b>				
<u>Metropolitan</u>	Driving	0.53	0.09	0.001
	Living with others	-0.36	0.13	0.031
<u>Urban</u>	Driving	0.53	0.13	<0.001
<u>Rural</u>	Living with others	-0.48	0.14	<0.001
	Working	-0.82	0.29	<0.001
	Driving	0.48	0.45	0.001

participation in the urban and rural regions. In the models best explaining participation in participation in the metropolitan and urban regions while driving is associated with higher social roles, driving is associated with a higher level of participation in all three regions. Living with others is associated with a lower level of participation in the metropolitan and rural regions while working is associated with a lower level in the rural region. The percentage of variance explained for participation in daily activities varied from 18% to 30% while it varied from 13% to 45% for participation in social roles.

#### **4. Discussion**

The aim of the study was first to explore the influence of living in a rural, urban or metropolitan environment on participation in daily activities and social roles, in a population of older adults living in the community. Our results suggest that, even though the level of urbanization of the environment in which people live is associated with some health and socioeconomic variables, it is not related to participation in daily activities and social roles. In addition, we wanted to explore the variables most associated with participation in each of the three types of environment.

Some sociodemographic and environmental differences were observed between the participants in the different regions. As was found in other studies (Martinez et al., 2004; DesMeules and Pong, 2006), the people living in a rural region reported less schooling and a lower income than those in the other two regions. They also, as expected, had less access to stores and public transportation. For their part, participants in the metropolitan region differed from those in the other two regions in that they expressed less satisfaction with their social support, felt less secure in their neighborhood and a smaller proportion drove a car. People living in the urban region did not differ from the

others on any particular variable. Despite the observed differences, the main finding of this study indicates that people's participation in daily activities and social roles did not differ according to whether they lived in a metropolitan, urban or rural environment. A small difference was observed on the Personal Care and Communication domains (.09 and .27 points) but those differences were far from the .5 threshold recognized as clinically significant by researchers in the field (Desrosiers et al., 2009). Our participants were older adults with no disabilities living in the community. The use of the LIFE-H instrument with people who had no impairing disabilities generated high scores and less variability between them (see Table 2). This could lead to less discrimination between the participants. Also since our participants had no impairing disabilities and were independent in basic activities of daily living, access to services and stores might not be as crucial as it is for people in handicap situations. It is possible that older people with disabilities, which have an impact on participation in daily activities and social roles, moved away from a rural environment and into a city in order to be closer to services. It is then possible that older people who choose to stay in a rural environment are those with the best level of participation. Further studies will be needed to verify this hypothesis.

A few characteristics of the participants explain part of their participation. Living with others was associated with a lower level of participation for daily activities in all three regions and for social roles in the metropolitan and rural regions. The DCP model clearly states that participation is not a person's capabilities but the engagement of a person in daily activities and social roles. Living with others gives the option of reducing one's involvement in some activities or sharing some tasks, such as preparing meals, leaving more time for valued activities. For social roles, living with others, particularly a



spouse, may provide more opportunities to participate together in leisure and community life rather than alone. This might lead to lower LIFE-H scores without having a negative impact on the lives of these individuals.

Age is a variable that has been documented as being associated with participation in community-dwelling older adults (Desrosiers et al., 2004b) and with people living with a disability (Rochette et al., 2001; Desrosiers et al., 2002, 2006; Wilkie et al., 2007). In this study, age was associated with participation in daily activities in the metropolitan and urban regions only. This might again reflect the likelihood that as people get older, those who develop limitations in their participation choose to move into the city in order to benefit from more at-home services such as Meals on Wheels and be closer to government and public services. Again, this would imply that older people who decide to stay in a rural environment are those with an optimal level of participation.

As documented by Turcotte (2006), mobility is associated with a better quality of life as well as a more active lifestyle. In our study, driving was associated with participation in all regions except for engagement in daily activities in the metropolitan region. Many older adults living in a metropolitan region do not need to use a car to perform their daily living activities, probably because of the proximity of services, but do use a car for social activities.

Working was associated with a lower level of participation in social roles only in the rural region. One possible explanation is that people who still have to work do not have enough time or energy to participate in leisure activities or community life.

## Strength and limitations of the study

This study was carried out with randomly recruited participants living in the community. However, the cross-sectional design has some limitations. A cohort bias is probable since people born in 1920 have had different life experiences from those born in 1945, which can impact on their performance as well as their life vision. Since the data were obtained from another study, it was not possible to include some other important variables. For example, emotional well-being is a variable associated with better participation (Cardol et al., 2002; Desrosiers et al., 2006; Wilkie et al., 2007) and reported as being different in rural regions (Wang, 2004). A larger rural sample and an instrument measuring the emotional well-being of the participants would have been useful.

## **5. Conclusion**

This study found that although people living in rural, urban or metropolitan regions differ on some health, environmental and socioeconomic variables, their participation in daily activities and social roles does not. Furthermore, the environmental variables most associated with participation in daily activities and social role are quite similar from one type of region to the next.

## **Acknowledgements**

This study was carried out with the financial support of the Canadian Institutes of Health Research, the Formsav CIHR training grant program, the Université de Sherbrooke and the Research Center on Aging. The authors wish to thank Lise Trottier who contributed to the data analysis and the participants who kindly gave of their time.

## Conflict of interest statement

None

## References

- Cardol, M., De Jong, B. A., Van den Bos, G. A., Beelem, A., De Groot, I. J., & De Haan, R. J., 2002. Beyond disability: perceived participation in people with a chronic disabling condition. *Clin. Rehabil.* 16, 27-35.
- DesMeules, M., Pong, R., 2006. Comment se portent les canadiens vivant en milieu rural? Une évaluation de leur état de santé et des déterminants de la santé. Canadian Institute for Health Information. Ottawa.
- Desrosiers, J., Noreau, L., Robichaud, L., Fougeryrollas, P., Rochette, A., Viscogliosi, C., 2004a. Validity of the Assessment of Life Habits in older adults. *J. Rehabil. Med.* 36, 177-182.
- Desrosiers, J., Noreau, L., Rochette, A., 2004b. Social participation of older adults in Quebec. *Aging Clin. Exp. Res.* 16, 406-412.
- Desrosiers, J., Noreau, L., Rochette, A., Bravo, G., Boutin, C., 2002. Predictors of handicap situations following post-stroke rehabilitation. *Disabil. Rehabil.* 24, 774-785.
- Desrosiers, J., Robichaud, L., Demers, L., Gelinas, I., Noreau, L., Durand, D., 2009. Comparison and correlates of participation in older adults without disabilities. *Arch. Gerontol. Geriatr.* Doi:10.1016/j.archger.2008.12.006.
- Desrosiers, J., Rochette, A., Noreau, L., Bourbonnais, D., Bravo, G., Bourget, A., 2006. Long-term changes in participation after stroke. *Top. Stroke Rehabil.* 13, 86-96.
- Dillman, D. A., 2000. *Mail and Internet Surveys. The Tailored Design Method.* 2nd edition. John Wiley and Sons, Inc., New York.
- Fougeryrollas, P., Noreau, L., Bergeron, H., Cloutier, R., Dion, S. A., St-Michel, G., 1998. Social consequences of long term impairments and disabilities: conceptual approach and assessment of handicap. *Int. J. Rehabil. Res.* 21, 127-141.
- Fougeryrollas, P., Noreau, L., St-Michel, G., 2002. Life Habits measure - Shortened version LIFE-H 3.1. Lac St-Charles, Québec, Canada: CQCIDIH.
- Fülöp, T., 2007. Biologie du vieillissement. In: Arcand, M. & Hébert, R. (3rd ed.) *Précis pratique de gériatrie.* Edisem, Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, Maloine, Québec, Canada, p. 32.

- Harvey, V., Noreau, L., 2003. Association entre le milieu de vie et la perception de l'influence de l'environnement sur la participation sociale: une application du Processus de production du handicap. *Revue internationale sur les concepts, les définitions et les applications*. 12, 4-8. Consulted 5/04/2009: [http://www.ripph.qc.ca/?rub3=&rub2=3&rub=20&lang=fr&id\\_doc\\_sel=43](http://www.ripph.qc.ca/?rub3=&rub2=3&rub=20&lang=fr&id_doc_sel=43)
- Hébert, R., Carrier, R., Bilodeau, A., 1988. The Functional Autonomy Measurement System: SMAF: description and validation of an instrument for the measurement of handicaps. *Age Ageing* 17, 293-302.
- Martinez, J., Pampalon, R., Hamel, D., Raymond, G., 2004. Vivre dans une collectivité rurale plutôt qu'en ville fait-il vraiment une différence en matière de santé et de bien-être? Institut national de santé publique du Québec. Consulted 5/04/2009: <http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/269-RuraliteVilleDifference.pdf>
- Mitura, V., Bollman, D., 2003. The health of rural Canadians: a rural-urban comparison of health indicators. *Rural and Small Town Canada Analysis Bulletin* 4[6]. Ottawa, Agriculture Division of Statistics Canada.
- Noreau, L., Desrosiers, J., Robichaud, L., Fougereyrollas, P., Rochette, A., Viscogliosi, C., 2004. Measuring social participation: reliability of the LIFE-H in older adults with disabilities. *Disabil. Rehabil.* 26, 346-352.
- Rochette, A., Desrosiers, J., Noreau, L., 2001. Association between personal and environmental factors and the occurrence of handicap situations following a stroke. *Disabil. Rehabil.* 23, 559-569.
- St-John, P. D., Blandford, A. A., Strain, L. A., 2006. Depressive symptoms among older adults in urban and rural areas. *Int. J. Geriatr. Psychiatry* 21, 1175-1180.
- Turcotte, M., 2006. Seniors' access to transportation. *Canadian Social Trends*. 82, 43-49. Statistics Canada.
- Wang, J. L., 2004. Rural-urban differences in the prevalence of major depression and associated impairment. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* 39, 19-25.
- Wilkie, R., Peat, G., Thomas, E., Croft, P., 2006. The prevalence of person-perceived participation restriction in community-dwelling older adults. *Qual. Life Res.* 15, 1471-1479.
- Wilkie, R., Peat, G., Thomas, E., Croft, P., 2007. Factors associated with participation restriction in community-dwelling adults aged 50 years and over. *Qual. Life Res.* 16, 1147-1156.
- WHO (World Health Organization), 2001. *The International Classification of Functioning, Disability and Health - ICF*. WHO, Geneva.

## 5.2 Résultats complémentaires

Certaines données sont présentées dans cette section même si elles ne faisaient pas directement partie des objectifs de l'étude. En effet, comme les données de la présente étude sont tirées d'une plus grande recherche, la taille de la région rurale était déjà déterminée. La région rurale était représentée par 50 participants provenant de 30 municipalités situées en Estrie. Les critères retenus pour déterminer qu'une municipalité appartenait à la région rurale étaient qu'elle devait avoir moins de 3 000 habitants et être située à une distance de 40 à 50 km de Sherbrooke. Ces critères tenaient compte à la fois de la densité de la population et de l'éloignement des services. Cependant, aucune subdivision des zones rurales n'avait été mise en place dans l'étude principale.

Il nous apparaissait intéressant de vérifier si les résultats demeuraient les mêmes si les types de régions étaient subdivisés selon les secteurs statistiques proposés par Statistique Canada (2001c; d; e; f) tel que décrit à la section 2.2.1 de la recension des écrits. Le test de Kruskal-Wallis a été utilisé afin de comparer la participation sociale des participants dans quatre régions soit la Région métropolitaine de recensement (RMR) (incluant les 300 participants de Montréal, Québec et Sherbrooke), les ZIM (zones d'influence des RMR et AR) fortes, les ZIM modérées et les ZIM faibles. Les résultats sont présentés au tableau 5.5.

Il est observé que tous les participants de la région rurale à l'étude répondaient à la définition de ruralité selon les secteurs statistiques. Dix participants provenaient d'une ZIM forte, 34 d'une ZIM modérée et six d'une ZIM faible. Les régions métropolitaines et

urbaines, quant à elles, correspondaient à des RMR selon la classification de Statistique Canada, mais aucun participant ne provenait d'une agglomération de recensement (AR).

**Tableau 5.5 Comparaison de la participation dans les activités courantes et rôles sociaux (/9) selon les milieux de vie détaillés (RMR et ZIM)**

	Activités courantes	Rôles sociaux	Mhavié total
RMR n= 300	8,24 (0,44) <sup>1</sup>	8,30 (0,72)	8,27 (0,48)
ZIM forte n=10	8,34 (0,31)	8,25 (0,45)	8,30 (0,32)
ZIM modérée n=34	8,32 (0,35)	8,41 (0,52)	8,36 (0,36)
ZIM faible n=6	8,04 (0,29)	8,28 (0,38)	8,15 (0,25)
Valeur p <sup>2</sup>	0,303	0,696	0,427

<sup>1</sup>Moyenne (écart-type)

<sup>2</sup>Valeur p associée au test de Kruskal-Wallis

Aucune différence significative n'a été observée entre les quatre groupes tant pour le score total de la MHAVIE, que pour la participation dans les activités courantes et les rôles sociaux.

Il est important de rappeler ici que cette analyse supplémentaire s'est faite à titre exploratoire. Un manque de puissance est présent vu la petite taille des groupes ZIM, particulièrement pour la ZIM faible.

## CHAPITRE 6

### DISCUSSION

La discussion se divise en quatre parties. Dans un premier temps, les résultats obtenus sont discutés en lien avec les deux objectifs de recherche. Dans un deuxième temps, les forces et limites de l'étude sont soulignées pour enfin conclure avec les retombées de l'étude et les recommandations.

#### 6.1 Discussion des résultats de l'étude

L'objectif principal de cette étude était de comparer la participation sociale d'aînés selon qu'ils vivent dans un environnement de type métropolitain, urbain ou rural. Nos résultats suggèrent que, bien que le niveau d'urbanisation du milieu de vie des personnes âgées ait été reconnu comme facteur d'influence sur plusieurs de leurs caractéristiques, dont leur santé et les conditions socioéconomiques, les aînés ne diffèrent pas au niveau de leur participation sociale. À notre connaissance, cette étude est la première réalisée sur la participation, en lien avec l'urbanisation, d'où l'absence de recherches antérieures pour comparer ces résultats.

Les participants vivant en milieu rural étaient différents des autres, entre autres au niveau de la scolarité et du revenu, tous deux moins élevés. C'est également ce qui est rapporté par des chercheurs s'intéressant à l'impact de la vie en milieu rural ou urbain. (DesMeules et Pong 2006; Martinez *et al.*, 2004). De plus, et on pouvait s'y attendre, les

personnes habitant en milieu rural rapportaient une moins grande accessibilité aux commerces et aucune accessibilité ou utilisation du transport en commun.

Les personnes vivant en milieu métropolitain différaient de celles vivant dans les autres régions sur trois facteurs. Elles se déclaraient moins satisfaites de leur réseau de support social, utilisaient moins la voiture et se sentaient moins en sécurité dans leur quartier. Ces différences vont également dans le sens de l'étude de Vézina et Pelletier (1997) qui ont observé que les personnes âgées à mobilité réduite en milieu urbain sont les plus insatisfaites face à leurs besoins liés à l'alimentation, à l'administration, aux loisirs et à la socialisation. Ces insatisfactions sont partiellement expliquées par un fort sentiment d'insécurité à se déplacer à l'extérieur de leur domicile.

En lien avec le premier objectif de notre étude comparant la participation sociale de personnes âgées selon qu'elles vivent en milieu rural, urbain ou métropolitain, nos résultats n'ont pas montré de différence significative entre les groupes tant pour les activités courantes que pour les rôles sociaux. Toutefois, une différence statistiquement significative a été observée dans les domaines des soins personnels et de la communication, deux domaines des activités courantes de l'outil utilisé, mais ces différences sont négligeables et cliniquement non-significatives. En effet, on observe une différence entre les scores le plus élevé et le plus faible de 0,09/9 pour les soins personnels et de 0,27/9 pour la communication. Ces différences sont loin du 0,5/9 reconnu comme cliniquement significatif par les chercheurs dans ce domaine (Derosiers *et al.*, 2009).

Il est possible que le peu de différence observée soit lié à l'instrument de mesure. La mesure des habitudes de vie (MHAVIE) est un instrument qui a été principalement



conçu pour évaluer les situations de handicap dans la vie quotidienne de personnes ayant des incapacités (Fougeyrollas *et al.*, 1998b). L'échelle de 0 à 9 permet de discriminer le besoin d'aide humaine, d'aide technique et d'adaptation. Chez les personnes en situation de vieillissement normal les incapacités sont moindres, ce qui engendre chez nos participants des scores moyens élevés (variant entre 6,9 et 8,85) avec des écarts-types petits à modérés (0,26 à 2,23). En comparaison, dans l'étude de Rochette et coll. (2001) réalisée auprès de personnes ayant subi un AVC, les scores moyens des domaines de participation variaient de 4,9 à 7,9 avec des écarts-types oscillant entre 1,2 et 3,4. Dans l'étude de Desrosiers et coll. (2004b) réalisée auprès de personnes en situation de vieillissement normal, les scores sont très similaires à ceux de la présente étude, soit de 7,1 et 8,7 avec des écarts-types variant entre 0,5 et 2,3. On peut émettre l'hypothèse que l'instrument de mesure ne permet pas de discriminer suffisamment chez les personnes en situation de vieillissement normal pour voir une différence entre les régions. Il serait intéressant de voir si les résultats seraient les mêmes chez les personnes ayant des incapacités. En effet, en plus d'avoir une plus grande étendue des résultats, il est possible que la proximité des services et l'accessibilité aux soins, deux variables liées à l'urbanisation, prennent plus d'importance chez les personnes ayant des incapacités.

Ainsi, il est également possible que l'absence de différence significative observée entre les groupes métropolitains, urbains et ruraux soit liée à la population à l'étude. En effet, les obstacles perçus dans l'environnement, l'âge avancé et les incapacités contribuent à une diminution de la participation sociale (Rochette *et al.*, 2001). Il est possible que la même étude, réalisée auprès de personnes en situation d'incapacité démontre une plus forte association entre le type de milieu de vie et la participation. De

plus, il est possible que les personnes les plus âgées qui ont quelques difficultés dans leurs activités quotidiennes pouvant diminuer la participation, quittent leur milieu rural habituel pour un milieu urbain afin de se rapprocher des services. Les personnes très âgées qui restent en milieu rural seraient alors celles ayant conservé une participation optimale.

Seuls les scores moyens de chaque domaine de vie de la MHAVIE ont été utilisés dans les analyses. Il est possible que quelques items précis du questionnaire (ex : se déplacer sur surfaces inégales ou glissantes) puissent être associés au type de milieu de vie, mais cela n'a pas été mesuré dans la présente étude.

Matthews et Heuvel (1986) ont souligné trois particularités méthodologiques dont il faut tenir compte dans les recherches impliquant le vieillissement en milieu rural : la définition du concept de ruralité, la comparaison urbain-rural comme une dichotomie plutôt qu'une continuité et le fait de ne pas reconnaître la durée de temps où les gens ont habité en milieu rural. Dans notre étude, le milieu rural était défini par des municipalités ayant moins de 3 000 habitants et étant situées à une distance de 40 à 50 km de Sherbrooke. Les résultats des analyses présentés au tableau 5.5 ont démontré que les participants de la région rurale à l'étude, répondaient à la définition de ruralité selon les secteurs statistiques. De plus, les ZIM fortes, modérées et faibles y étaient représentées. Les analyses ont été faites en fonction de trois niveaux d'urbanisation (métropolitain, urbain et rural) plutôt qu'en dichotomie. Bien qu'uniquement exploratoire, les analyses supplémentaires ont permis de subdiviser la région rurale en ZIM. Une tendance est alors observée à l'effet que le niveau de participation dans les activités courantes est moins élevé dans les ZIM faibles. Cependant, ces analyses ont permis de constater que les agglomérations de recensements (AR), qui sont à mi-chemin entre les ZIM et les RMR,

n'étaient pas représentées dans notre échantillon. Les participants n'ont pas été questionnés sur la durée de leur résidence en milieu rural ou urbain ou métropolitain. Ainsi il est possible que des personnes en milieu rural y demeurent seulement depuis leur retraite, ou que des gens en milieu urbain ou métropolitain y aient déménagé depuis peu dans le but de s'approcher des services. Comme le soulignent Matthews et Heuvel (1986), cette différence peut avoir un impact important sur les réseaux sociaux des personnes.

Finalement, notre instrument de mesure ne permet pas de décrire les types d'activités ou de rôles réalisés par les participants. Il est possible que les gens en milieu rural s'impliquent dans des activités différentes que celles des gens vivant en région urbaine ou métropolitaine, mais la présente étude ne peut le démontrer puisque seul leur niveau de participation dans différents domaines était mesuré.

Pour répondre au deuxième objectif de cette recherche, qui visait à explorer les facteurs sociodémographiques et environnementaux associés à la participation sociale selon le niveau d'urbanisation, nous avons vérifié pour chaque région quelles étaient les variables les plus fortement associées à la participation sociale. Les variables qui ressortent après leur intégration dans des modèles de régressions linéaires multiples sont similaires selon les milieux soit : l'âge, la conduite automobile et la situation de vie (vivre seul ou avec d'autres), tant pour les activités courantes que les rôles sociaux, ainsi que le fait de travailler pour les rôles sociaux en milieu rural.

L'âge est un facteur associé à la participation dans les activités courantes, tel qu'identifié dans les études réalisées auprès des personnes en situation de vieillissement normal (Desrosiers *et al.*, 2004b; Wilkie *et al.*, 2007) et chez ceux atteints d'incapacité

(Desrosiers *et al.*, 2002; 2006, Rochette *et al.*, 2001). Notre recherche va dans le même sens que ces études dans lesquelles les personnes les plus âgées démontrent une participation sociale inférieure aux personnes moins âgées. Toutefois, l'âge n'est pas associé à une participation sociale inférieure chez les sujets du milieu rural. Il est possible que la différence entre le milieu urbain et le milieu rural se fasse sentir chez les plus de 75 ans mais pas chez les participants plus jeunes. Il est aussi possible, tel que mentionné ci-dessus, que les personnes présentant un niveau de participation moindre et vivant en milieu rural choisissent de déménager vers des milieux urbains et métropolitains afin de se rapprocher des services de santé et du transport en commun. Les personnes de plus de 75 ans demeurant en milieu rural seraient alors celles qui ont conservé une participation sociale optimale. Notre échantillon de 30 participants de plus de 75 ans en milieu rural ne permet que d'explorer cette hypothèse qui serait intéressante à poursuivre dans une étude ultérieure.

Il est également observé que l'âge n'est aucunement associé à la réalisation des rôles sociaux. Cette donnée suggère que même si les personnes avancent en âge, elles demeurent tout autant engagées dans leurs relations interpersonnelles, leurs responsabilités, la vie communautaire et les loisirs que les plus jeunes. Cette observation pourrait s'expliquer par la plus grande possibilité, par rapport aux activités courantes, de modifier les rôles sociaux au besoin. Par exemple, si une personne trouve plus difficile de se déplacer, elle peut inviter ses amis à venir jouer aux cartes chez elle, gardant ainsi un niveau optimal au niveau des relations interpersonnelles et des loisirs.

Le fait de vivre avec d'autres (situation de vie) est associé à une participation sociale moindre tant dans les activités courantes que dans les rôles sociaux et ce, pour

chacune des régions à l'exception de la participation dans les rôles sociaux en région urbaine. La participation sociale, telle que décrite par le modèle conceptuel du PPH, ne réfère pas à la capacité de faire des activités courantes ou de réaliser des rôles sociaux mais bien à l'engagement réel de la personne dans ses activités et rôles. Par exemple, vivre avec une autre personne permet de partager les tâches domestiques comme la préparation des repas. Il est donc attendu que le fait de vivre avec d'autres personnes peut entraîner une participation sociale moindre en raison de la possibilité de partager les tâches que cette cohabitation offre. Toutefois, certaines activités courantes et certains rôles ne peuvent être partagés ou faits par d'autres.

Conduire une voiture est une variable associée à la réalisation des rôles sociaux dans les trois régions, et ce même si seulement 53% des participants conduisaient dans la région métropolitaine. Ce résultat est également cohérent avec les écrits scientifiques (Turcotte, 2006; Vézina et Pelletier, 1997). Il semble raisonnable, particulièrement au niveau des rôles sociaux, de penser que les personnes ayant une plus grande mobilité, offerte par l'utilisation d'une voiture, puissent sortir davantage et augmenter leur participation dans les rôles sociaux.

Il a également été observé que la conduite automobile était associée à la réalisation des activités courantes pour les régions urbaines et rurales. Cette association pourrait être reliée au domaine des déplacements du questionnaire MHAVIE. Il est envisageable que l'utilisation de la voiture comme conducteur soit nécessaire pour les milieux ruraux et urbains alors qu'en milieu métropolitain, l'utilisation d'un moyen de transport comme passager, par exemple un taxi, répond davantage au besoin des déplacements.

Le travail à l'extérieur de la maison s'est avéré associé à une diminution de la participation dans les rôles sociaux dans le milieu rural. Cette diminution pourrait s'expliquer par le temps et l'énergie nécessaire pour continuer à accomplir le travail, ce qui laisse peu de place à la vie communautaire et aux loisirs.

Le pourcentage de la variance expliquée par les variables ressorties dans nos modèles varie de 13 à 45%, ce qui s'avère très acceptable auprès d'une population en situation de vieillissement normal. Dans leur étude de 2004b, Desrosiers et ses collaborateurs n'expliquaient que 18% de la variance de la participation chez les mêmes types de participants. Ce pourcentage supérieur de la variance expliquée, particulièrement dans le milieu rural, tant pour les activités courantes que les rôles sociaux, pourrait s'expliquer par la mesure de variables supplémentaires, comme la conduite automobile et le travail.

## **6.2 Forces et limites**

Une des forces de cette étude est qu'elle a été réalisée auprès d'un échantillonnage probabiliste stratifié selon l'âge et le sexe afin d'avoir des groupes de taille égale. Ainsi, elle présente une bonne représentativité de tous les groupes d'âges (65-95 ans). En effet, sans cette stratification, on aurait pu obtenir une sous-représentation des hommes de plus de 85 ans en situation de vieillissement normal. Cependant, cette étude a suivi un dispositif transversal qui comporte certaines limites. Un biais de cohorte demeure possible. En effet, il peut être hasardeux d'analyser ensemble des personnes nées en 1920 avec d'autres nées en 1945 puisqu'elles ont vécu des événements différents pouvant engendrer des performances et des façons de vivre différentes.

Une deuxième force de cette étude est l'utilisation d'un modèle conceptuel sous-jacent reconnu par la communauté scientifique et clinique québécoise dans le secteur de la réadaptation. En effet, le modèle du Processus de production du handicap est utilisé par plusieurs chercheurs s'intéressant à la participation sociale. Il est bien défini et permet de mettre en relief l'apport des facteurs environnementaux. De plus, la participation sociale définie dans le PPH est proche du concept de participation défini par la CIF de l'Organisation Mondiale de la Santé. Les deux reconnaissent l'importance des activités significatives et de l'engagement de la personne dans son environnement comme des indicateurs de bien-être et de santé (Desrosiers, 2005), et les deux modèles reconnaissent l'importance de la composante environnementale.

Comme les présentes analyses proviennent de données de l'étude principale dont les objectifs n'étaient pas ceux de la présente étude, le choix des instruments de mesure était limité. En effet, il aurait été intéressant d'avoir une mesure de bien-être qui est une variable rapportée comme étant reliée à la participation dans plusieurs études (Cardol *et al.*, 2002; D'Alissa *et al.*, 2005; Desrosiers *et al.*, 2002; 2006; Wilkie *et al.*, 2007). De même, au niveau de l'échantillon, le choix du milieu rural était déjà fait. Le milieu rural comportait une moins grande quantité de sujets que les autres milieux et n'était pas subdivisé en ZIM. Cependant, il demeure que les régions rurales choisies répondaient à des critères bien définis et des analyses faites selon les secteurs statistiques (RMR et ZIM) ne démontrent aucune différence significative entre elles.

### **6.3 Retombées de l'étude**

Cette étude est un premier pas dans la compréhension de l'influence du niveau d'urbanisation sur la participation sociale. Selon DesMeules et Pong (2006), le degré de ruralité du lieu de résidence contribuerait aux indicateurs de la santé au-delà des facteurs socioéconomiques. Les récents écrits nous indiquent que les personnes âgées vivant en milieu rural semblent défavorisées sur plusieurs facteurs dont les facteurs socioéconomiques, mais aussi les habitudes de vie reliées à la santé (tabagisme, obésité) et l'accessibilité aux services de transport en commun. Notre étude démontre toutefois qu'elles ne sont pas désavantagées au niveau de la participation dans les activités courantes et les rôles sociaux. Cette étude est cependant exploratoire et d'autres travaux seront nécessaires afin de mieux comprendre l'influence du niveau d'urbanisation.

### **6.4 Recommandations pour la recherche**

Dans une étude future, il serait intéressant de répartir les participants provenant du milieu rural selon les ZIM et d'avoir un plus grand nombre de participants en milieu rural. Cette distribution permettrait d'explorer davantage la diversité à l'intérieur du monde rural. Il serait également intéressant d'avoir un groupe provenant d'une agglomération de recensement (AR) afin d'observer les données sur un continuum allant des milieux les plus ruraux aux milieux les plus urbanisés.

Il serait aussi souhaitable de poursuivre la recherche auprès de participants présentant des incapacités non reliées au vieillissement normal chez qui la proximité des services et l'accessibilité aux soins peuvent prendre une grande importance. Finalement,



l'ajout d'autres variables comme le bien-être et la durée de résidence pourront permettre de mieux comprendre la participation et l'influence du niveau d'urbanisation du milieu de vie.

## CONCLUSION

Cette recherche s'est inscrite dans une démarche visant à mieux comprendre la participation sociale des personnes âgées. Elle s'intéressait particulièrement à mieux comprendre le lien entre le niveau d'urbanisation du milieu de vie et la participation dans les activités courantes et les rôles sociaux.

De récentes recherches ont démontré que les personnes vivant en milieu rural, urbain ou métropolitain, diffèrent sur plusieurs variables socioéconomiques et sanitaires. Les personnes vivant en milieu rural semblent particulièrement défavorisées sur plusieurs critères. Ces différences laissent présager que le niveau de participation dans les activités courantes et les rôles sociaux des aînés vivant en milieu rural, urbain ou métropolitain pourrait aussi différer.

Les résultats de notre étude ne supportent toutefois pas la présence d'une relation entre le niveau d'urbanisation et la participation sociale de personnes âgées en situation de vieillissement normal. En effet, les comparaisons des domaines de participation, et des scores globaux pour la participation dans les activités courantes et les rôles sociaux n'ont démontré aucune différence significative entre les groupes.

Le fait de vivre avec d'autres est associé à un niveau moins élevé de participation dans les activités courantes et ce, pour les trois régions. L'âge est négativement associé à la participation dans la région métropolitaine et la région urbaine, alors que conduire lui est associé positivement dans la région urbaine et la région rurale.

Pour la participation dans les rôles sociaux, conduire une automobile est associé à une meilleure participation dans les trois régions, vivre avec d'autres est associé dans la région métropolitaine et la région rurale, et le travail est associé dans la région rurale. Cette étude apporte un éclairage supplémentaire à la compréhension de la participation et des facteurs environnementaux, particulièrement le niveau d'urbanisation du milieu de vie.

## REMERCIEMENTS

En conclusion, je souhaite adresser ici tous mes remerciements aux personnes qui m'ont apporté leur aide et qui ont ainsi contribué à l'élaboration de ce mémoire.

Tout d'abord j'aimerais remercier Madame Johanne Desrosiers, ma directrice pour sa patience et ses précieux conseils. Johanne, par ton exemple d'excellence, d'assiduité au travail, d'écoute et ta grande disponibilité pour tes étudiantes, tu me donnes le goût de m'améliorer et de persévérer. Merci.

Un grand merci aussi à mes professeurs et collègues du programme des Sciences Cliniques et à mes collègues du Centre de recherche sur le vieillissement, particulièrement à Lise Trottier, Louise Routhier et à Mélanie Couture, pour leur gentillesse et leur disponibilité à répondre à mes multiples interrogations.

J'adresse mes plus sincères remerciements au Centre de recherche sur le vieillissement, au Réseau de formation interdisciplinaire en recherche sur la santé et le vieillissement, au Réseau québécois de recherche sur le vieillissement et à l'Université de Sherbrooke pour leur soutien financier.

Merci également aux participants qui nous ont généreusement ouvert leur porte.

Merci encore à ma famille, Suzette, Richard, Karine et Jacques et à mes amis qui m'ont soutenue et encouragée au cours de la réalisation de ce mémoire.

À Roxane, Pierre et Olivier, merci de votre écoute et de vos encouragements. Vous êtes mes rayons de soleil. Que cette réalisation vous encourage, vous aussi, à poursuivre vos projets.

À Michel, tu es ma plus grande source d'inspiration. Merci d'être là.

## RÉFÉRENCES

- Avlund, K., Holstein, B. E., Mortensen, E. L., & Schroll, M. (1999). Active life in old age. Combining measures of functional ability and social participation. *Dan Med Bull*, 46(4), 345-9.
- Boschen, K. A., Noreau, L., & Fougéyrollas, P. (1998). Reliability studies of the measure of the quality of the environment (MQE). *Canadian Journal of Rehabilitation*, 11(4), 184-185.
- Butler, S. S., & Kaye, L. W. (2003). Rurality, Aging and Social Work: Setting in the Context. *Journal of Gerontological Social Work*, 41(1-2), 3-18.
- Cardol, M., De Jong, B. A., Van den Bos, G. A., Beelem, A., De Groot, I. J., & De Haan, R. J. (2002). Beyond disability: perceived participation in people with a chronic disabling condition. *Clin Rehabil*, 16(1), 27-35.
- Champagne, R., Ladouceur, P., De Ravinel, H., Stryckman, J., & Paul, D. (1992). *La vieillesse: voie d'évitement...ou voie d'avenir? Le vieillissement et la santé mentale*. Boucherville, Québec: Gaëtan Morin éditeurs.
- Cohen, J. (1977). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Academic Press : Orlando, Floride
- D'Alisa, S., Baudo, S., Mauro, A., & Miscio, G. (2005). How does stroke restrict participation in long-term post-stroke survivors? *Acta Neurol Scand*, 112(3), 157-62.
- De Kleijn-de Vrankrijker, M. W. (2003). The long way from the International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH) to the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). *Disabil Rehabil*, 25(11-12), 561-4.
- Demers, L., Robichaud, L., Gélinas, I, Noreau, L., Desrosiers, J. (2009). Coping strategies and social participation in older adults. *Gerontology*, 55, 233-239. Doi: 10.1159/0000
- DesMeules, M., Pong, R., & et al. (2006). *Comment se portent les canadiens vivant en milieu rural? Une évaluation de leur état de santé et des déterminants de la santé*. Ottawa : Institut canadien d'information sur la santé, Agence de santé publique du Canada. Consulté le 5 avril 2009.  
<[http://secure.cihi.ca/cihiweb/products/rural\\_canadians\\_2006\\_report\\_f.pdf](http://secure.cihi.ca/cihiweb/products/rural_canadians_2006_report_f.pdf)>

- Desrosiers, J. (2005). Muriel Driver Memorial Lecture. Participation and occupation. *Can J Occup Ther*, 72(4), 195-204.
- Desrosiers, J., Noreau, L., Robichaud, L., Fougeyrollas, P., Rochette, A., & Viscogliosi, C. (2004a). Validity of the Assessment of Life Habits in older adults. *J Rehabil Med*, 36(4), 177-82.
- Desrosiers, J., Noreau, L., & Rochette, A. (2004b). Social participation of older adults in Quebec. *Aging Clin Exp Res*, 16(5), 406-12.
- Desrosiers, J., Noreau, L., Rochette, A., Bourbonnais, D., Bravo, G., & Bourget, A. (2006). Predictors of long-term participation after stroke. *Disabil Rehabil*, 28(4), 221-30.
- Desrosiers, J., Noreau, L., Rochette, A., Bravo, G., & Boutin, C. (2002). Predictors of handicap situations following post-stroke rehabilitation. *Disabil Rehabil*, 24(15), 774-85.
- Desrosiers, J., Robichaud, L., Demers, L., Gelinas, I., Noreau, L., Durand, D., 2009. Comparison and correlates of participation in older adults without disabilities. *Arch. Gerontol. Geriatr.* Doi:10.1016/j.archger.2008.12.006.
- Du Plessis, V., Beshiri, R., Bollman, R. D., & Clemenson, H. (2002). Définitions de « rural ». Ottawa: Statistique Canada, Division de l'agriculture.
- Fortin, M. F., Côté, J., & Filion, F. (2006). *Fondements et étapes du processus de recherche*. Montréal, Québec: Chenelière Éducation.
- Fougeyrollas, P. (1995). Documenting environmental factors for preventing the handicap creation process: Quebec contributions relating to ICIDH and social participation of people with functional differences. *Disabil Rehabil*, 17(3-4), 145-53.
- Fougeyrollas, P., Cloutier, R., Bergeron, H., Côté, J., & St-Michel, G. (1998a). *Classification québécoise du processus de production du handicap (Réseau international sur le processus de production du handicap ed.)*. Lac St-Charles, Québec.
- Fougeyrollas, P., Noreau, L., Bergeron, H., Cloutier, R., Dion, S. A., & St-Michel, G. (1998b). Social consequences of long term impairments and disabilities: conceptual approach and assessment of handicap. *Int J Rehabil Res*, 21(2), 127-41.
- Fougeyrollas, P., Noreau, L., & Boschen, K. A. (2002a). Interaction of the environment with individual characteristics and social participation: theoretical perspectives and applications in persons with spinal cord injury. *Top Spinal Cord Inj Rehabil*, 7(3), 1-16.

- Fougeyrollas, P., Noreau, L., & St-Michel, G. (1997). Measure of the quality of the environment (MQE). Lac St-Charles, Québec, Canada: QCICIDH.
- Fougeyrollas, P., Noreau, L., & St-Michel, G. (2002b). La Mesure des habitudes de vie-instrument abrégé (MHAVIE 3.1). Lac St-Charles, Québec, Canada: CQCIDIH.
- Fülöp, T. (2007). Biologie du vieillissement. Dans M. Arcand, & R. Hébert Précis pratique de gériatrie (3<sup>e</sup> ed., p. 32). (s.l.) : Edisem, Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, Maloine.
- Grant, P. & Rice, B. (1983). Transportation problems of the rural elders : A needs assessment. *Canadian Journal on Aging*, 2(3), 107-124.
- Harvey, V., & Noreau, L. (2003). Association entre le milieu de vie et la perception de l'influence de l'environnement sur la participation sociale: une application du Processus de production du handicap. *Revue Internationale Sur Les Concepts, Les Définitions Et Les Applications*, 12(1), 4-8. Consulté le 5 avril 2009.  
<[http://www.ripph.qc.ca/?rub3=&rub2=3&rub=20&lang=fr&id\\_doc\\_sel=43](http://www.ripph.qc.ca/?rub3=&rub2=3&rub=20&lang=fr&id_doc_sel=43)>
- Hebert, R. (1997). Functional decline in old age. *CMAJ*, 157(8), 1037-45.
- Hebert, R., Carrier, R., & Bilodeau, A. (1988). The Functional Autonomy Measurement System (SMAF): description and validation of an instrument for the measurement of handicaps. *Age Ageing*, 17(5), 293-302.
- Keysor, J. J., Jette, A. M., Coster, W., Bettger, J. P., & Haley, S. M. (2006). Association of environmental factors with levels of home and community participation in an adult rehabilitation cohort. *Arch Phys Med Rehabil*, 87(12), 1566-75.
- Levasseur, M., Desrosiers, J., & Noreau, L. (2004). Is social participation associated with quality of life of older adults with physical disabilities? *Disabil Rehabil*, 26(20), 1206-13.
- Levasseur, M., Desrosiers, J., Noreau, L., St-Cyr Tribble, D., & Dutil, E. (2005). La participation sociale des personnes âgées avec incapacités physiques. Communication présentée à la 4<sup>e</sup> journée de la recherche 2005 du Réseau québécois de recherche sur le vieillissement (RQRV) Montréal, Québec.
- Levasseur, M., Desrosiers, J., & St-Cyr Tribble, D. (2007). Comparing the Disability Creation Process and International Classification of Functioning, Disability and Health Models. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 74, 233-242.
- Martinez, J., Pampalon, R., Hamel, D., & Raymond, G. (2004). Vivre dans une collectivité rurale plutôt qu'en ville fait-il vraiment une différence en matière de santé et de bien-être? Institut national de santé publique du Québec. Consulté le 5 avril 2009.  
<<http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/269-RuraliteVilleDifference.pdf>>

- Mattews, A. M., & Heuvel, A. V. (1986) Conceptual and methodological issues in research on aging in rural versus urban environments. *Canadian Journal on Aging*, 5(1), 49-60.
- Mitura, V., & Bollman, D. (2003). The health of rural Canadians: a rural-urban comparison of health indicators. *Rural and Small Town Canada- Analysis Bulletin, Statistique Canada*. 4(6).
- Noreau, L., Desrosiers, J., Robichaud, L., Fougeyrollas, P., Rochette, A., & Viscogliosi, C. (2004). Measuring social participation: reliability of the LIFE-H in older adults with disabilities. *Disabil Rehabil*, 26(6), 346-52.
- Noreau, L., Fougeyrollas, P., & Boschen, K. A. (2002). Perceived influence of the environment on social participation among individuals with spinal cord injury. *Top Spinal Cord Inj Rehabil*, 7(3), 56-72.
- Noreau, L., Fougeyrollas, P., Post, M., & Asano, M. (2005). Participation after spinal cord injury: the evolution of conceptualization and measurement. *J Neurol Phys Ther*, 29(3), 147-56.
- Pampalon, R., Raymond, G., Caouette, L., & Côté, L. (1998). Révision du modèle des aires homogènes utilisés dans les enquêtes générales de Santé Québec. *Cahier technique*. Montréal: Santé Québec, 1998.
- Rochette, A., Desrosiers, J., & Noreau, L. (2001). Association between personal and environmental factors and the occurrence of handicap situations following a stroke. *Disabil Rehabil*, 23(13), 559-69.
- Sorensen, L., Axelsen, U., & Avlund, K. (2002). Social participation and functional ability from age 75 to age 80. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 9(2), 71-78.
- Statistique Canada. (2001a) Région urbaine, recensement de 2001. Consulté le 5 avril 2009.  
<[www12.statcan.ca/francais/census01/Products/Reference/dict/geo049\\_f.htm](http://www12.statcan.ca/francais/census01/Products/Reference/dict/geo049_f.htm)>
- Statistique Canada. (2001b) Région rurale, recensement de 2001. Consulté le 5 avril 2009.  
<[www12.statcan.ca/francais/census01/Products/Reference/dict/geo042\\_f.htm](http://www12.statcan.ca/francais/census01/Products/Reference/dict/geo042_f.htm)>
- Statistique Canada. (2001c) Introduction à la section sur la géographie, recensement de 2001. Consulté le 5 avril 2009.  
<[www12.statcan.ca/francais/census01/Products/Reference/dict/geoint\\_f.htm](http://www12.statcan.ca/francais/census01/Products/Reference/dict/geoint_f.htm)>



- Statistique Canada. (2001d) Région métropolitaine de recensement (RMR) et agglomération de recensement (AR), recensement de 2001. Modifiée le 17 décembre 2002, Consulté le 5 avril 2009.  
<[www12.statcan.ca/francais/census01/Products/Reference/dict/geo009\\_f.htm](http://www12.statcan.ca/francais/census01/Products/Reference/dict/geo009_f.htm)>
- Statistique Canada. (2001e) Noyau urbain, banlieue urbaine et banlieue rurale, recensement de 2001. Consulté le 5 avril 2009.  
<[www12.statcan.ca/francais/census01/Products/Reference/dict/geo050\\_f.htm](http://www12.statcan.ca/francais/census01/Products/Reference/dict/geo050_f.htm)>
- Statistique Canada. (2001f) Zones d'influence des régions métropolitaines de recensement et des agglomérations de recensement (ZIM), recensement de 2001. Consulté le 5 avril 2009.  
<[www12.statcan.ca/francais/census01/Products/Reference/dict/geo010\\_f.htm](http://www12.statcan.ca/francais/census01/Products/Reference/dict/geo010_f.htm)>
- St-John, P., Blanford, A., Strain, L. (2006). Depressive symptoms among older adults in urban and rural areas. *Int J Geriatr Psychiatry*, 21, 1175-1180.
- Turcotte, M. (2006). L'accès des aînés au transport. *Tendances sociales canadiennes*, 82, 43-50. Statistique Canada.
- Vézina, A., & Pelletier, D. (1997). Les personnes âgées à mobilité réduite vivant à domicile: modalités de réponses aux besoins et niveau de satisfaction perçue. *La Revue Canadienne Du Vieillissement*, 16(2), 297-319.
- Wang, J.L. (2004) Rural-urban differences in the prevalence of major depression and associated impairment. *Soc Psychiatr Epidemiol*, 39, 19-25.
- Wilkie, R., Peat, G., Thomas, E., & Croft, P. (2006). The prevalence of person-perceived participation restriction in community-dwelling older adults. *Qual Life Res*, 15(9), 1471-9.
- Wilkie, R., Peat, G., Thomas, E., & Croft, P. (2007). Factors associated with participation restriction in community-dwelling adults aged 50 years and over. *Qual Life Res*, 16(7), 1147-56.
- World Health Organization (WHO). (2001). *The International Classification of Functioning Disability and Health - ICF*. WHO.

## Annexe 1

Lettre envoyée par la poste



Centre de recherche  
sur le vieillissement  
Research Centre  
on Aging

Sherbrooke, le 8 juillet 2005

Monsieur X

Objet : Demande de participation à une recherche au Centre de recherche sur le vieillissement

---

Monsieur X

Nous réalisons actuellement une étude pour mieux connaître les moyens qu'utilisent les adultes âgés de 65 ans et plus pour demeurer autonomes malgré les changements de santé qui surviennent au fil du temps. Nous désirons aussi comprendre leur fonctionnement dans leurs activités quotidiennes (ex : se nourrir, se déplacer, faire son ménage) et leurs rôles sociaux (ex. entretenir des relations avec autrui, participer à des activités de loisirs).

Votre nom a été choisi au hasard à partir de tous les noms des personnes de votre âge inscrites sur la liste de la Régie de l'assurance maladie du Québec, à la suite de l'autorisation de la Commission d'accès à l'information du Québec. Votre participation à notre étude nous assurera d'une bonne représentativité des résultats à l'ensemble des québécois.

Si vous acceptez de participer à cette recherche, une ergothérapeute vous rencontrera en personne au Centre de recherche sur le vieillissement ou à votre domicile ou à tout autre lieu de votre choix afin de répondre à trois questionnaires. Le premier concerne les moyens et stratégies que vous utilisez pour rester autonome. Le deuxième porte sur votre fonctionnement dans vos activités de tous les jours et vos rôles sociaux.

Centre de santé et de services sociaux –  
Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke  
Health and Social Services Centre –  
University Institute of Geriatrics of Sherbrooke

1036, rue Belvédère Sud  
Sherbrooke (Québec) CANADA  
J1H 4C4

Téléphone : (819) 829-7131  
(819) 821-1150  
Télécopieur : (819) 829-7141  
www.cdrv.ca

Centre affilié  UNIVERSITÉ DE  
SHERBROOKE

Enfin, le troisième questionnaire concerne des données générales et de santé. Une seule rencontre d'une durée d'environ 90 minutes sera nécessaire. Aucun test physique ne sera demandé. Vos frais de déplacements, le cas échéant, seront assumés (20 \$) par l'étude.

D'ici quelques jours, France-Hélène Therrien, notre assistante, téléphonera à votre domicile afin de vérifier si vous acceptez de participer à cette étude. Nous vérifierons également si vous répondez aux critères d'admissibilité. Si tel est le cas, nous fixerons alors un rendez-vous, selon vos disponibilités. Nous pouvons vous assurer que les informations recueillies demeureront strictement confidentielles.

**Permettez-nous de vous rappeler que votre participation est cruciale pour le succès de cette étude et l'amélioration des connaissances face au vieillissement normal. En plus de contribuer à l'amélioration des connaissances en lien avec le vieillissement normal, ces informations aideront les intervenants de la santé à mieux différencier les changements normaux associés à l'âge de ceux reliés à des maladies.**

Si vous désirez avoir plus d'informations concernant cette étude ou si vous voulez nous contacter dès maintenant pour signifier votre intérêt à participer à notre étude, n'hésitez pas à communiquer avec France-Hélène Therrien au 821-1170 poste 2028 ou avec Diane Durand ergothérapeute et coordonnatrice du projet au 821-1170 #2614. Nous nous ferons un plaisir de répondre à vos questions.

En vous remerciant de votre collaboration, veuillez accepter Monsieur X l'expression de nos sentiments les meilleurs.

---

Johanne Desrosiers, erg., Ph.D.  
Université de Sherbrooke  
Professeur titulaire  
Faculté de médecine et des sciences de la santé

## Annexe 2

### Questionnaire d'admissibilité

**VÉRIFICATION DES CRITÈRES D'ADMISSIBILITÉ**

**1. Être lucide**

Ce critère se vérifie tout au long de la conversation avec le sujet potentiel en remarquant sa compréhension des informations données.

**2. Être autonome dans les activités de la vie quotidienne**

La vérification de ce critère est faite par l'utilisation des quatre premiers items du Système de Mesure de l'Autonomie Fonctionnelle (SMAF). Le sujet potentiel doit être totalement indépendant à chacun de ces items:

- . se nourrir seul sans stimulation ou préparation de l'assiette;
- . se laver seul sans stimulation, ni préparation préalable du nécessaire, ni surveillance;(lavabo ou douche ou bain)
- . s'habiller seul sans stimulation, ni surveillance, ni préparation préalable des vêtements;
- . entretenir seul sa personne, c'est-à-dire se brosser les dents, se peigner, se maquiller ou se faire la barbe sans stimulation ni surveillance.(exclus se couper les ongles )
- . se mobiliser seul (Quelqu'un peut se mobiliser seul avec une canne à 80 ans sans déficit majeur et être admissible)

**3. Vision suffisante**

Il est demandé au sujet s'il peut voir suffisamment pour être capable de regarder la télévision à une distance normale ou lire les petits titres des journaux.

**4. Absence de déficiences spécifiques**

Ce dernier critère est vérifié en questionnant la personne sur son état de santé général et en lui demandant si elle a déjà eu des problèmes de santé ou un traumatisme qui l'a laissée avec des séquelles qui la limitent dans ses activités. Les problèmes comme l'ostéoarthrite, l'ostéoarthrose, le diabète type II, les problèmes respiratoires et cardiaques sont admissible en autant que ces maladies ne soient pas invalidantes.

PASTRA VINO

**CONTACT TÉLÉPHONIQUE**  
**VÉRIFICATION DES CRITÈRES D'ADMISSIBILITÉ**

Numéro du sujet: \_\_\_\_\_

Téléphone: \_\_\_\_\_

Date de l'appel: \_\_\_\_\_

1. Être lucide OUI \_\_\_\_\_ NON \_\_\_\_\_

2. Être autonome dans les A.V.Q.

. se nourrir seul OUI \_\_\_\_\_ NON \_\_\_\_\_

. se laver seul OUI \_\_\_\_\_ NON \_\_\_\_\_

. s'habiller seul OUI \_\_\_\_\_ NON \_\_\_\_\_

. entretenir sa personne OUI \_\_\_\_\_ NON \_\_\_\_\_

. se mobilise seul OUI \_\_\_\_\_ NON \_\_\_\_\_

3. Vision suffisante OUI \_\_\_\_\_ NON \_\_\_\_\_

4. Absence de déficiences spécifiques OUI \_\_\_\_\_ NON \_\_\_\_\_

(neurologiques : AVC, SEP , SLA, Parkinson, Guillain Barré)

( sensorielles : Neuropathie)

(musculo-squelettique : Arth. rhum, Amp, Fx ,PTH, PTG avec séquelles)

Commentaires:

---

---

**ADMISSIBLE:** OUI \_\_\_\_\_ NON \_\_\_\_\_

En cas de doute contacter Diane Durand. Tel : 819 821-1170 poste 2614

## Annexe 3

Formulaire de consentement





## FORMULAIRE DE CONSENTEMENT POUR MA PARTICIPATION À UN PROJET DE RECHERCHE

**TITRE DU PROJET :** Participation sociale et stratégies compensatoires dans le vieillissement normal

### **RESPONSABLES :**

Chercheure principale :

Johanne Desrosiers, Ph.D., Centre de recherche sur le vieillissement, IUGS et Université de Sherbrooke

Co-chercheurs :

Line Robichaud, Ph.D., Université Laval

Isabelle Gélinas, Ph.D., Université McGill

Luc Noreau, Ph.D., Université Laval

Louise Demers, Ph.D., Université de Montréal

### **DÉCLARATION DE RESPONSABILITÉ**

La chercheure principale, ainsi que les co-chercheurs ci-dessus désignés, sont responsables du déroulement du présent projet de recherche et s'engagent à respecter les obligations qui y sont énoncées.

Signature d'un chercheur responsable du projet :

Johanne Desrosiers \_\_\_\_\_

### **DESCRIPTION DU PROJET :**

Cette étude vise à mieux comprendre les activités courantes et les rôles sociaux des personnes âgées en santé de 65 ans et plus et d'identifier les stratégies qu'elles utilisent dans leur quotidien pour demeurer autonomes malgré les changements qui surviennent au fil du temps. En plus de contribuer à l'amélioration des connaissances en lien avec le vieillissement normal, ces informations aideront les intervenants auprès des personnes âgées qui ont des incapacités, à mieux différencier les changements normaux associés à l'âge de ceux reliés à des maladies. Vous correspondez au profil des personnes que nous recherchons, c'est pourquoi nous faisons appel à vous.

### **NATURE DE MA PARTICIPATION :**

Si j'accepte de participer à cette recherche, une assistante de recherche me rencontrera en personne à mon domicile afin de compléter trois questionnaires. Le premier concerne des données générales et de santé. Le deuxième porte sur mon fonctionnement dans mes activités de tous les jours et mes rôles sociaux. Finalement, le troisième questionnaire

concerne les moyens et stratégies que j'utilise pour rester autonome. Une seule rencontre d'une durée d'environ 90 minutes sera nécessaire. Ces questionnaires se feront assis et n'impliquent aucune mesure physique.

### **AVANTAGES POUVANT DÉCOULER DE MA PARTICIPATION**

Ma participation au projet de recherche me permettra de contribuer à l'avancement des connaissances sur les changements dans les activités et les rôles sociaux en lien avec le vieillissement normal et les stratégies utilisées pour maintenir une bonne autonomie. Les données seront utilisées pour améliorer les interventions des professionnels de la santé.

### **INCONVÉNIENTS POUVANT DÉCOULER DE MA PARTICIPATION**

Il n'y a pas d'inconvénient direct pouvant découler de ma participation.

### **RISQUES**

Ma participation à ce projet de recherche ne me fait courir aucun risque que ce soit sur le plan médical. Il se peut que je sois mal à l'aise de répondre à certaines questions. Je pourrai alors m'en abstenir.

### **RETRAIT DE MA PARTICIPATION**

Il est entendu que ma participation au projet de recherche décrit ci-dessus est tout à fait volontaire et que je reste, à tout moment, libre de mettre fin à ma participation sans avoir à motiver ma décision ni à subir de préjudice de quelque nature que ce soit.

Advenant que je me retire de l'étude, je demande que les documents écrits qui me concernent soient détruits :

Oui [ ] Non [ ]

### **ÉTUDES ULTÉRIEURES**

Il se peut que les résultats obtenus suite à cette étude donnent lieu à une autre recherche. Dans cette éventualité, j'autorise les personnes responsables de ce projet à me contacter pour savoir si je serais intéressé(e) à participer à une nouvelle recherche : Oui [ ] Non [ ]

### **INFORMATION ET CONFIDENTIALITÉ**

L'information recueillie à votre propos lors de cette étude de recherche sera contenue dans un dossier de recherche confidentiel qui ne sera pas identifié avec votre nom, mais par un code confidentiel lié à votre nom. Les dossiers anonymes ainsi que la clé des codes de sujets pour cette étude de recherche seront conservés sous clé au Centre de recherche sur le vieillissement. L'accès aux dossiers anonymes de cette étude sera restreint aux membres de l'équipe impliqués dans cette recherche et seulement pour les fins de cette étude. L'accès à la clé des codes de sujets pour cette étude sera strictement limité à la personne de l'équipe responsable de cette clé. Les dossiers anonymes seront

---

2

conservés sous clé pour une période de 5 ans. Après cette période, ces dossiers seront détruits.

Sachant ceci, acceptez-vous que l'information dénominalisée recueillie à votre propos lors de cette étude de recherche soit utilisée dans des communications scientifiques et professionnelles.

Oui  Non

### **PERSONNES À CONTACTER**

Pour toute information en regard du déroulement de la recherche, pour discuter des modalités d'un éventuel retrait ou pour toute urgence, veuillez contacter *Dr. Johanne Desrosiers*, responsable du projet, au 829-7131. Pour tout problème éthique concernant les conditions dans lesquelles se déroule votre participation à ce projet, vous pouvez, après en avoir discuté avec la responsable du projet, expliquer vos préoccupations à la présidente du comité d'éthique par le biais de son secrétariat au 821-1170 poste 2386.

### **DÉCLARATION DU PARTICIPANT**

Je déclare avoir eu suffisamment d'explications sur la nature et le motif de ma participation au projet de recherche. J'ai lu et/ou compris les termes du présent formulaire de consentement et j'en ai reçu un exemplaire. J'ai eu l'occasion de poser des questions auxquelles on a répondu, à ma satisfaction. J'accepte de participer à cette étude.

Signature du sujet : \_\_\_\_\_

### **DÉCLARATION DU RESPONSABLE DE L'OBTENTION DU CONSENTEMENT**

Je, soussigné(e) \_\_\_\_\_, certifie avoir expliqué au signataire intéressé les termes du présent formulaire, avoir répondu aux questions qu'il m'a posées à cet égard; lui avoir clairement indiqué qu'il reste, à tout moment, libre de mettre un terme à sa participation au projet de recherche décrit ci-dessus.

Signature du responsable de l'obtention du consentement :

\_\_\_\_\_

Fait à Sherbrooke, le \_\_\_\_\_ 2004.

Acceptez-vous de recevoir le journal l'Encrâge ?

Oui  Non

## Annexe 4

Mesure des habitudes de vie version 3.1

# **LA MESURE DES HABITUDES DE VIE**

## ***INSTRUMENT ABRÉGÉ***

**(MHAVIE 3.1)**

---

**Patrick Fougeyrollas  
Luc Noreau**

*en collaboration avec*

**Sylvie-Anne Dion  
Céline Lepage  
Marc Sévigny  
Ginette St Michel  
Julie Tremblay**

ISBN 2-922213-21-8

Dépôt légal Bibliothèque nationale du Québec, 2002  
Dépôt légal Bibliothèque nationale du Canada, 2002

2002 - Tous droits réservés  
RIPPH - C.P. 225, Lac St-Charles  
(Québec), G3G 3C1, CANADA

## **Consignes à l'intention des répondants**

---

**Nous vous demandons de lire ces consignes très attentivement. Cela permettra de vous familiariser avec le questionnaire et ainsi vous en faciliter l'utilisation.**

De façon générale, ce questionnaire a pour but de recueillir de l'information sur un ensemble d'habitudes de vie que la personne réalise dans son milieu (son domicile, son lieu de travail ou d'études, son quartier).

**Les habitudes de vie** sont les activités courantes (ex.: la prise des repas, les communications, les déplacements) et les rôles sociaux (ex.: occuper un emploi, être aux études) qui assurent la survie et l'épanouissement d'une personne dans la société tout au long de son existence. La réalisation des habitudes de vie dépend de l'âge de la personne, des attentes de son milieu de vie et aussi des aspects culturels.

Pour chacune des habitudes de vie, la personne indique de quelle façon elles sont généralement réalisées dans son quotidien, en donnant une moyenne de réalisation.

**Il s'agit de la façon la plus habituelle de réaliser l'habitude de vie.** De plus, le niveau de satisfaction à l'égard de cette réalisation doit être indiqué.

### **Note à l'attention du répondant :**

Vous répondez librement au questionnaire selon votre perception, il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse. Si certains items plus personnels vous indisposent, vous avez le choix de ne pas y répondre.

## Les questions et le format du questionnaire

Pour chacune de ces habitudes de vie, vous devez répondre à deux (2) questions:

La **QUESTION 1**: permet de déterminer pour chacune des habitudes de vie de la personne:

**A- Le niveau de réalisation.**

et

**B- Le type d'aide requis pour les réaliser.**

Prendre note que les réponses aux deux sous-questions (A&B) sont interreliées.

La **QUESTION 2**: permet de déterminer pour chacune des habitudes de vie de la personne :

**Le niveau de satisfaction du répondant (personne, proche, intervenant).**

Voici l'entête que vous retrouverez dans le haut de chaque page du questionnaire.

<b>Répondez aux deux questions suivantes (cochez les cases appropriées)</b>	<b>Question 1</b>		<b>Question 2</b>
	<b>A) Niveau de réalisation</b> (1 réponse seulement)	<b>B) Type d'aide requis</b> (1 réponse ou plus, selon le cas)	<b>Niveau de satisfaction</b> (1 réponse seulement)
<div style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> <b>1-Pour chacune des habitudes de vie suivantes, indiquez : A) <u>de quelle façon la personne* les réalise habituellement,</u></b>  <b>B) <u>quel type d'aide est requis.</u></b> </div> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 5px;"> <b>2- Pour chacune des habitudes de vie suivantes, indiquez le niveau de satisfaction en lien avec la façon dont l'habitude de vie est réalisée.</b> </div>	<i>Sans difficulté</i>	<i>Avec difficulté</i>	<i>Réalisée par substitution</i>
	<i>Non réalisée</i>	<i>Ne s'applique pas</i>	<i>Sans aide</i>
	<i>Sans aide</i>	<i>Aide technique</i>	<i>Aménagement</i>
	<i>Aide technique</i>	<i>Aménagement</i>	<i>Aide humaine</i>
	<i>Aménagement</i>	<i>Aide humaine</i>	<i>Très insatisfait</i>
	<i>Aide humaine</i>	<i>Très insatisfait</i>	<i>Insatisfait</i>
	<i>Très insatisfait</i>	<i>Insatisfait</i>	<i>+/- satisfait</i>
	<i>Insatisfait</i>	<i>+/- satisfait</i>	<i>Satisfait</i>
	<i>+/- satisfait</i>	<i>Satisfait</i>	<i>Très satisfait</i>
	<i>Très satisfait</i>	<i>Très satisfait</i>	

\* Afin de faciliter la lecture du texte, un seul genre a été retenu pour identifier le féminin et le masculin.

## Niveaux de réalisation

**Question 1 A : Pour chacune des habitudes de vie suivantes, indiquez de quelle façon la personne les réalise habituellement.**

À cette sous-question, vous ne devez cocher qu'**un seul niveau de réalisation** pour chacune des habitudes de vie qui sont énoncées. Voici comment nous définissons chaque niveau de réalisation :

**Sans difficulté:** la personne réalise facilement ou avec peu de difficulté l'habitude de vie même si cela est fait avec aménagement<sup>φ</sup>, aide technique<sup>φ</sup> ou aide humaine<sup>φ</sup> selon le cas.

**Avec difficulté:** la personne réalise difficilement (inconfort, beaucoup d'efforts, ...) l'habitude de vie même si cela est fait avec aménagement, aide technique ou aide humaine selon le cas.

**Réalisée par substitution:** la personne ne peut pas participer activement à la réalisation de l'habitude de vie en raison de trop grandes incapacités ou d'obstacles trop importants. Comme cette habitude de vie est **essentielle** dans la majorité des cas (se laver, s'habiller, se déplacer, ...), celle-ci est **entièrement réalisée par une aide humaine**.

**Non-réalisée:** la personne ne réalise pas l'habitude de vie en raison:

- 1) de trop grandes incapacités:
- 2) d'obstacles trop importants, ou
- 3) d'un manque d'aide

Comme cette habitude de vie **n'est pas essentielle**, dans la majorité des cas (occuper un emploi, aller au cinéma, ...), celle-ci ne peut être réalisée par une autre personne.

**Ne s'applique pas:** l'habitude de vie ne fait pas partie de la réalité quotidienne de la personne, soit :

- 1) parce qu'elle ne s'est pas encore présentée ou qu'elle n'a pas besoin de la réaliser (prendre l'avion, planifier un déménagement, utiliser le transport en commun):
- 2) en raison de l'âge ou du sexe (planifier un budget pour un enfant):
- 3) à cause de l'environnement (utiliser le balcon ou le patio, si la personne n'en possède pas):
- 4) par choix personnel, familial ou socio-culturel (suivre un cours si la personne n'est pas aux études, pratiquer des activités artistiques : musique, peinture, danse).

<sup>φ</sup> Les définitions de ces termes se retrouvent à la page suivante.



## Types d'aide requis

**Question 1B : Pour chacune des habitudes de vie suivantes, indiquez quel type d'aide est requis.**

Vous pouvez cocher plus d'une case (dans le type d'aide requis), si cela correspond à la façon dont la personne réalise l'habitude de vie. Voici comment nous définissons chaque type d'aide:

**Sans aide:** la personne réalise seule l'habitude de vie, sans aide technique, sans aménagement et sans aide humaine. Dans cette situation, **les autres cases ne peuvent être cochées.**

**Aide technique:** tout support (non humain) pour aider à la réalisation des habitudes de vie de la personne tel que: fauteuil roulant, aide visuelle, appareil auditif, siège de bain, médicaments, autres accessoires. Généralement, **la personne peut les apporter avec elle.**

**Note :** L'aide technique doit être cochée seulement lorsque la réalisation de l'habitude de vie par la personne nécessite son utilisation. Exemple: le fauteuil roulant pour l'aspect des déplacements, l'appareil auditif pour l'aspect de la communication.

**Aménagement:** toute modification de l'environnement ou de la tâche de la personne pour faciliter la réalisation de ses habitudes de vie telle que: rampe d'accès, porte élargie, modification de l'éclairage, aménagement de la tâche, modification de l'habitude de vie ou **du temps de réalisation (disposer de plus de temps pour réaliser une habitude de vie)**. Généralement, dans le cas **des aménagements physiques, la personne ne peut les apporter avec elle.**

**Aide humaine :** Cette aide se définit comme toute personne aidant à la réalisation des habitudes de vie de la personne telle que proches, amis, préposés, etc. Cela comprend l'aide physique ou la supervision (surveillance), les consignes verbales, l'encouragement, etc. Cette aide doit être nécessaire en raison «des incapacités de la personne» ou des «obstacles de l'environnement».

## Exemples de réalisation de certaines habitudes de vie

### Préparer un repas simple (collation, un déjeuner, un sandwich, etc.)

Si la personne réalise facilement cette habitude de vie, cochez la case «**Sans difficulté**».

S'il est difficile pour elle de «préparer un repas simple» collation, un déjeuner, un sandwich», cochez la case «**Avec difficulté**».

Si la personne de façon générale réalise par elle-même (seule) cette habitude de vie, cochez la case «**Sans aide**». Il se peut que ce soit sans aide, même si vous avez coché le niveau de réalisation «**Avec difficulté**».

Si la personne a l'aide d'une personne dû à son incapacité ou parce que la cuisine n'est pas adaptée pour «préparer un repas simple» cochez la case «**Aide humaine**».

Si elle dispose de plus de temps pour réaliser cette habitude de vie, cochez la case «**Aménagement**».

Si la personne ne participe pas activement à la réalisation de l'habitude de vie en raison de trop grandes incapacités ou d'obstacles trop importants et qu'une autre personne le fait pour elle, cochez la case «**Réalisée par substitution**».

Si elle n'a pas l'habitude de «préparer un repas simple» par choix personnel et non en raison d'incapacités ou d'obstacles, cette habitude ne fait donc pas partie de son quotidien, vous devez alors cochez la case «**Ne s'applique pas**».

Pour certaines habitudes de vie, les niveaux «**Réalisée par substitution**», «**Non-réalisée**» ou «**Ne s'applique pas**» ne peuvent être cochés (ex.: s'endormir et dormir de façon satisfaisante, se réveiller). Cela s'explique par l'aspect essentiel de ces habitudes de vie pour la survie d'une personne.

### Prendre votre bain ou votre douche

Si vous utilisez un banc de douche pour réaliser cette habitude de vie, cochez la case «**Aide technique**». De plus, si vous avez l'aide d'une personne pour réaliser cette habitude de vie, cochez également la case «**Aide humaine**». De même, si votre salle de bain est aménagée, cochez la case «**Aménagement**».

## **Exemples de réalisation de certaines habitudes de vie (suite)**

### **Entrer et sortir de sa résidence**

#### **Entrer et se déplacer dans les lieux de loisirs de son milieu**

Si la personne utilise une rampe d'accès pour réaliser ces habitudes de vie, cochez la case «**Aménagement**».

Si la personne effectue ses déplacements en fauteuil roulant, qu'elle veut avoir accès à un édifice, mais qu'elle ne peut y avoir accès (absence de rampe d'accès ou d'ascenseur, ...) son niveau de réalisation est dans ce cas-ci «**Non réalisée**». Cela signifie qu'elle ne réalise pas l'habitude de vie en raison d'obstacles trop importants ou d'un manque d'aide.

#### **Utilisez un téléphone (au domicile ou dans un lieu familial)**

Si la personne utilise un appareil auditif pour téléphoner, cochez la case «**Aide Technique**».

#### **Utiliser un ordinateur**

Si la personne utilise une aide visuelle (système télescopique, support à lecture, pointeur agrandi, logiciel d'agrandissement des caractères, ...) cochez la case «**Aide Technique**». Si elle a besoin de plus de temps pour accomplir sa tâche, cochez la case «**Aménagement**». Si la personne a besoin de consignes verbales ou d'encouragement pour réaliser cette habitude de vie que les personnes de son âge réalise seul, cochez la case «**Aide humaine**».

#### **Communiquer par écrit (écrire une lettre, un message, ...)**

Si la personne dispose de plus de temps pour réaliser cette habitude de vie, cochez la case «**Aménagement**».

**Note:** Pour certaines habitudes de vie du questionnaire un contenu spécifique a été placé entre parenthèses et ne saurait comprendre toutes les activités reliées à ces habitudes. De plus, certaines habitudes de vie peuvent ne pas correspondre aux caractéristiques ou au style de vie de la personne. La réponse est alors «Ne s'applique pas» car il n'y a pas obligation de réaliser toutes les activités mentionnées mais seulement ce qui est pertinent pour la personne.

## Niveaux de satisfaction

**Question 2 : Pour chacune des habitudes de vie suivantes, indiquez le niveau de satisfaction en lien avec la façon dont l'habitude de vie est réalisée.**

Cette deuxième question concerne l'appréciation du niveau de réalisation des habitudes de vie de la personne. Vous devez y répondre librement selon votre vécu quotidien et votre expérience de vie. L'évaluation doit référer à l'appréciation du répondant tel qu'identifié à la page suivante (question #7). Dans le cas où le répondant est la personne elle-même, cette question concerne son appréciation personnelle de la réalisation de ses habitudes de vie.

Le niveau de satisfaction «+/- **satisfait**» signifie que dans certaines situations ou selon certaines journées la réalisation est satisfaisante alors que à d'autres moments, la réalisation est insatisfaisante.

## Identification de la personne

---

1) Nom de la personne : \_\_\_\_\_

JJ / MM / AAAA

2) Date de naissance : \_\_\_\_\_

3) Sexe: féminin

masculin

JJ / MM / AAAA

4) Date de l'évaluation : \_\_\_\_\_

5) Le questionnaire est complété sous forme : auto- administration  ou entrevue

6) Le répondant est : la personne

le proche

un intervenant

(nom et discipline) \_\_\_\_\_

7) Le niveau de satisfaction est celui : de la personne

du proche

de l'intervenant

Motifs de non participation

Répondez aux deux questions suivantes (cochez les cases appropriées)		Question 1					Question 2									
		A) Niveau de réalisation (1 réponse seulement)					B) Type d'aide requis (1 réponse ou plus, selon le cas)									
1-Pour chacune des habitudes de vie suivantes, indiquez : A) <u>de quelle façon la personne* les réalise habituellement,</u> _____ B) <u>quel type d'aide est requis.</u>																
2- Pour chacune des habitudes de vie suivantes, indiquez le niveau de satisfaction en lien avec la façon dont l'habitude de vie est réalisée.																
		Sans difficulté	Avec difficulté	Réalisée par substitution	Non réalisée	Ne s'applique pas	Sans aide	Aide technique	Aménagement	Aide humaine	Très insatisfait	Insatisfait	+/- satisfait	Satisfait	Très satisfait	
<b>Nutrition</b>																
<input type="checkbox"/>	Choisir les aliments appropriés pour vos repas, selon vos goûts et vos besoins particuliers (quantité, type d'aliments)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1.1
<input type="checkbox"/>	Préparer vos repas (incluant l'utilisation des appareils électroménagers)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1.2
<input type="checkbox"/>	Prendre vos repas (incluant l'utilisation de la vaisselle et des ustensiles, le respect des convenances, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1.3.1
<input type="checkbox"/>	Utiliser les services de restauration (services aux tables et restauration rapide)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1.3.2
<b>Condition corporelle</b>																
<input type="checkbox"/>	Vous mettre au lit et sortir de son lit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2.1
<input type="checkbox"/>	Dormir (confort, durée, continuité, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2.2
<input type="checkbox"/>	Pratiquer des activités physiques pour maintenir ou améliorer votre santé ou votre condition physique (marche, exercices individuels ou en groupe, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2.3
<input type="checkbox"/>	Réaliser des activités relaxantes, de détente ou d'attention pour assurer votre bien-être psychologique ou mental (yoga, méditation, jeux d'échecs, mots croisés, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2.4
<b>Soins personnels</b>																
<input type="checkbox"/>	Vous occuper de votre hygiène corporelle (se laver, se coiffer, prendre un bain ou une douche, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3.1

N.B. Ne pas oublier qu'il s'agit de la façon habituelle pour la personne de réaliser ses habitudes de vie.

Motifs de non participation

Répondez aux deux questions suivantes (cochez les cases appropriées)		Question 1					Question 2								
		A) Niveau de réalisation (1 réponse seulement)					B) Type d'aide requis (1 réponse ou plus, selon le cas)								
1-Pour chacune des habitudes de vie suivantes, indiquez : A) <u>de quelle façon la personne* les réalise habituellement,</u> _____ B) <u>quel type d'aide est requis.</u>															
2- Pour chacune des habitudes de vie suivantes, indiquez le niveau de satisfaction en lien avec la façon dont l'habitude de vie est réalisée.															
		Sans difficulté	Avec difficulté	Réalisée par substitution	Non réalisée	Ne s'applique pas	Sans aide	Aide technique	Aménagement	Aide humaine	Très insatisfait	Insatisfait	+/- satisfait	Satisfait	Très satisfait
<input type="checkbox"/>	Utiliser les équipements sanitaires de votre domicile (toilettes et autres matériels nécessaires à l'élimination)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3.2.1
<input type="checkbox"/>	Utiliser les équipements sanitaires autres que ceux de votre domicile (toilettes et autres matériels nécessaires à l'élimination)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3.2.2
<input type="checkbox"/>	Vous habiller et vous déshabiller le haut du corps (vêtements, accessoires, incluant le choix des vêtements)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3.3.1
<input type="checkbox"/>	Vous habiller et vous déshabiller le bas du corps (vêtements, accessoires, incluant le choix des vêtements)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3.3.2
<input type="checkbox"/>	Mettre, enlever et entretenir vos aides techniques (orthèses, prothèses, lentilles et lunettes, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3.3.3
<input type="checkbox"/>	Prendre soin de votre santé (premiers soins, médication, consignes thérapeutiques, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3.4.1
<input type="checkbox"/>	Utiliser les services dispensés par une clinique médicale, un centre hospitalier ou de réadaptation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3.4.2
<b>Communication</b>															
<input type="checkbox"/>	Communiquer avec une autre personne à la maison ou dans la communauté (exprimer ses besoins, tenir une conversation, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4.1.1
<input type="checkbox"/>	Communiquer avec un groupe de personnes à la maison ou dans la communauté (exprimer ses idées, tenir une conversation, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4.1.2
<input type="checkbox"/>	Communiquer par écrit (écrire une lettre, un message, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4.2.1
<input type="checkbox"/>	Lire et comprendre des informations écrites (journaux, livres, lettres, signalisation, ...) <b>Note</b> : Si vous lisez avec des lunettes, cochez 'aide technique'	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4.2.2

N.B. Ne pas oublier qu'il s'agit de la façon habituelle pour la personne de réaliser ses habitudes de vie.

Motifs de non participation

Répondez aux deux questions suivantes (cochez les cases appropriées)		Question 1					Question 2								
		A) Niveau de réalisation (1 réponse seulement)					B) Type d'aide requis (1 réponse ou plus, selon le cas)								
1-Pour chacune des habitudes de vie suivantes, indiquez : A) de quelle façon la personne* les _____ réalise habituellement, B) quel type d'aide est requis.															
2- Pour chacune des habitudes de vie suivantes, indiquez le niveau de satisfaction en lien avec la façon dont l'habitude de vie est réalisée.															
		Sans difficulté	Avec difficulté	Réalisée par substitution	Non réalisée	Ne s'applique pas	Sans aide	Aide technique	Aménagement	Aide humaine	Très insatisfait	Insatisfait	+/- satisfait	Satisfait	Très satisfait
<input type="checkbox"/>	Utiliser un téléphone à votre domicile ou au travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4.3.1
<input type="checkbox"/>	Utiliser un téléphone public (ou un téléphone cellulaire)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4.3.2
<input type="checkbox"/>	Utiliser un ordinateur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4.3.3
<input type="checkbox"/>	Utiliser une radio, un téléviseur ou un système de son	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4.3.4
<b>Habitation</b>															
<input type="checkbox"/>	Choisir une résidence selon vos besoins (maison, appartement, centre d'hébergement, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5.1
<input type="checkbox"/>	Entretenir votre résidence (ménage, lavage, réparations mineures, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5.2.1
<input type="checkbox"/>	Entretenir l'extérieur de votre résidence (gazon, jardin, neige, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5.2.2
<input type="checkbox"/>	Effectuer des travaux lourds (grand ménage, peinture, réparations majeures, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5.2.3
<input type="checkbox"/>	Entrer et sortir de votre résidence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5.3.1
<input type="checkbox"/>	Vous déplacer à l'intérieur de votre résidence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5.3.2
<input type="checkbox"/>	Utiliser l'ameublement et les équipements de votre résidence (bureau, rangement, chauffage, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5.3.3

N.B. Ne pas oublier qu'il s'agit de la façon habituelle pour la personne de réaliser ses habitudes de vie.



Motifs de non participation	Répondez aux deux questions suivantes (cochez les cases appropriées)		Question 1					Question 2							
			A) Niveau de réalisation (1 réponse seulement)		B) Type d'aide requis (1 réponse ou plus, selon le cas)			Niveau de satisfaction (1 réponse seulement)							
	<p>1-Pour chacune des habitudes de vie suivantes, indiquez : A) <u>de quelle façon la personne* les réalise habituellement,</u></p> <p>_____ <u>B) quel type d'aide est requis.</u></p>		Sans difficulté		Aide technique			Très insatisfait		Très satisfait					
			Avec difficulté		Aménagement			Insatisfait		+/- satisfait					
<p>2- Pour chacune des habitudes de vie suivantes, indiquez le niveau de satisfaction en lien avec la façon dont l'habitude de vie est réalisée.</p>		Réalisée par substitution		Aide humaine			+/- satisfait		Satisfait						
Non réalisée		Ne s'applique pas		Sans aide			Satisfait		Très satisfait						
<input type="checkbox"/>	Vous déplacer sur le terrain de votre résidence (cour, parterre, etc.)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5.3.4	
<b>Déplacements</b>															
<input type="checkbox"/>	Vous déplacer dans la rue ou sur le trottoir (incluant traverser)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6.1.1
<input type="checkbox"/>	Vous déplacer sur une surface glissante ou inégale (neige, glace, herbe, gravier, ...)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6.1.2
<input type="checkbox"/>	Utiliser des moyens de transport comme conducteur		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6.2.1	
<input type="checkbox"/>	Vous déplacer à bicyclette (pour vos transports, vos loisirs, ...)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6.2.2	
<input type="checkbox"/>	Utiliser des moyens de transport comme passager (auto, autobus, taxi, ...) <b>Note :</b> les transports adaptés sont des aménagements		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6.2.3	
<b>Responsabilités</b>															
<input type="checkbox"/>	Reconnaître la valeur habituelle de l'argent et utiliser les différentes pièces et papier monnaie		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7.1.1	
<input type="checkbox"/>	Utiliser les cartes bancaires et le guichet automatique		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7.1.2	
<input type="checkbox"/>	Faire des achats (choix de la marchandise, mode de paiement, achats par téléphone, ...)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7.1.3	
<input type="checkbox"/>	Planifier votre budget et respecter vos obligations financières (répartition des dépenses et des économies, paiement des comptes)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7.1.4	

N.B. Ne pas oublier qu'il s'agit de la façon habituelle pour la personne de réaliser ses habitudes de vie.

Motifs de non participation

Répondez aux deux questions suivantes (cochez les cases appropriées)		Question 1					Question 2										
		A) Niveau de réalisation (1 réponse seulement)		B) Type d'aide requis (1 réponse ou plus, selon le cas)			Niveau de satisfaction (1 réponse seulement)										
1-Pour chacune des habitudes de vie suivantes, indiquez : A) <u>de quelle façon la personne* les réalise habituellement,</u> _____ B) <u>quel type d'aide est requis.</u>		2- Pour chacune des habitudes de vie suivantes, indiquez le niveau de satisfaction en lien avec la façon dont l'habitude de vie est réalisée.		Sans difficulté	Avec difficulté	Réalisée par substitution	Non réalisée	Ne s'applique pas	Sans aide	Aide technique	Aménagement	Aide humaine	Très insatisfait	Insatisfait	+/- satisfait	Satisfait	Très satisfait
<input type="checkbox"/>	Assumer vos responsabilités envers autrui et la société (respect des droits et biens d'autrui, vote, respect des lois et règlements)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7.2
<input type="checkbox"/>	Assumer vos responsabilités personnelles ou familiales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7.3.1
<input type="checkbox"/>	Assurer l'éducation de vos enfants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7.3.2
<input type="checkbox"/>	Prendre soin de vos enfants (santé, alimentation, habillement, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7.3.3
<b>Relations interpersonnelles</b>																	
<input type="checkbox"/>	Maintenir des relations affectives avec votre conjoint	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8.1
<input type="checkbox"/>	Maintenir des relations affectives avec vos enfants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8.2.1
<input type="checkbox"/>	Maintenir des relations affectives avec vos parents	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8.2.2
<input type="checkbox"/>	Maintenir des relations affectives ou sociales avec d'autres membres de votre famille (frère, sœur, oncle, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8.2.3
<input type="checkbox"/>	Maintenir des liens avec des amis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8.2.4
<input type="checkbox"/>	Maintenir des liens sociaux avec votre entourage (voisins, collègues de travail, d'études ou de loisirs, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8.2.5
<input type="checkbox"/>	Avoir des relations sexuelles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8.3

N.B. Ne pas oublier qu'il s'agit de la façon habituelle pour la personne de réaliser ses habitudes de vie.

Motifs de non participation

Répondez aux deux questions suivantes (cochez les cases appropriées)		Question 1					Question 2									
		A) Niveau de réalisation (1 réponse seulement)					B) Type d'aide requis (1 réponse ou plus, selon le cas)									
1-Pour chacune des habitudes de vie suivantes, indiquez : A) <u>de quelle façon la personne* les réalise habituellement,</u> _____ B) <u>quel type d'aide est requis.</u>																
2- Pour chacune des habitudes de vie suivantes, indiquez le niveau de satisfaction en lien avec la façon dont l'habitude de vie est réalisée.																
		Sans difficulté	Avec difficulté	Réalisée par substitution	Non réalisée	Ne s'applique pas	Sans aide	Aide technique	Aménagement	Aide humaine	Très insatisfait	Insatisfait	+/- satisfait	Satisfait	Très satisfait	
<b>Vie communautaire</b>																
<input type="checkbox"/>	Vous rendre dans les établissements de services de votre milieu (gouvernementaux, bancaires, juridiques, postaux, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9.1.1
<input type="checkbox"/>	Entrer et vous déplacer dans les établissements de services (gouvernementaux, bancaires, juridiques, postaux, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9.1.2
<input type="checkbox"/>	Utiliser les services publics de votre milieu (gouvernementaux, bancaires, juridiques, postaux, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9.1.3
<input type="checkbox"/>	Vous rendre dans les commerces de votre milieu (supermarché, centre d'achats, dépanneur, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9.1.4
<input type="checkbox"/>	Entrer et vous déplacer dans les commerces de votre milieu (supermarché, centre d'achats, dépanneur, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9.1.5
<input type="checkbox"/>	Utiliser les commerces de votre milieu (supermarché, centre d'achats, nettoyeur, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9.1.6
<input type="checkbox"/>	Participer à des organisations socio-communautaires (clubs sociaux, groupe d'entraide, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9.2.1
<input type="checkbox"/>	Participer à des activités reliées à des pratiques religieuses ou spirituelles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9.2.2
<b>Éducation</b>																
<input type="checkbox"/>	Participer à des activités scolaires ou de formation professionnel-le de niveau secondaire (cours, travaux, activités para-scolaires,...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10.1
<input type="checkbox"/>	Réaliser des activités d'apprentissage liées à la formation professionnelle (école de métier, université, collège, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10.2

N.B. Ne pas oublier qu'il s'agit de la façon habituelle pour la personne de réaliser ses habitudes de vie.

Motifs de non participation

Répondez aux deux questions suivantes  
(cochez les cases appropriées)

1-Pour chacune des habitudes de vie suivantes,  
indiquez : A) de quelle façon la personne\* les  
réalise habituellement,  
B) quel type d'aide est requis.

2- Pour chacune des habitudes de vie suivantes,  
indiquez le niveau de satisfaction en lien avec la  
façon dont l'habitude de vie est réalisée.

Question 1

Question 2

A) Niveau de réalisation  
(1 réponse seulement)

B) Type d'aide requis  
(1 réponse ou plus, selon le cas)

Niveau de satisfaction  
(1 réponse seulement)

Sans difficulté / Avec difficulté / Réalisée par substitution / Non réalisée / Ne s'applique pas / Sans aide / Aide technique / Aménagement / Aide humaine / Très insatisfait / Insatisfait / +/- satisfait / Satisfait / Très satisfait

**Travail**

<input type="checkbox"/>	Choisir un métier ou une profession	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11.1
<input type="checkbox"/>	Rechercher un emploi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11.2
<input type="checkbox"/>	Occuper un travail rémunéré <b>Note :</b> si vous ne travaillez pas actuellement et que vous désirez travailler, cochez «non réalisée»	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11.3.1
<input type="checkbox"/>	Réaliser des activités non-rémunérées (bénévolat)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11.3.2
<input type="checkbox"/>	Vous rendre à votre lieu d'occupation principale (travail, études, bénévolat, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11.4.1
<input type="checkbox"/>	Entrer et vous déplacer dans votre lieu d'occupation principale (travail, études, bénévolat, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11.4.2
<input type="checkbox"/>	Utiliser les services de votre milieu d'occupation principale (travail, études incluant cafétéria, services au personnel, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11.4.3
<input type="checkbox"/>	Réaliser des tâches familiales ou domestiques comme occupation principale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11.4.4
<b>Loisirs</b>														
<input type="checkbox"/>	Pratiquer des activités sportives ou récréatives (marche, sports et jeux)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12.1
<input type="checkbox"/>	Pratiquer des activités artistiques, culturelles ou artisanales (musique, danse, bricolage, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12.2.1

N.B. Ne pas oublier qu'il s'agit de la façon habituelle pour la personne de réaliser ses habitudes de vie.

Motifs de non participation	Répondez aux deux questions suivantes (cochez les cases appropriées)					Question 1					Question 2									
						1-Pour chacune des habitudes de vie suivantes, indiquez : A) <u>de quelle façon la personne* les réalise habituellement,</u> B) <u>quel type d'aide est requis.</u>					A) Niveau de réalisation (1 réponse seulement)					B) Type d'aide requis (1 réponse ou plus, selon le cas)				
	2- Pour chacune des habitudes de vie suivantes, indiquez le niveau de satisfaction en lien avec la façon dont l'habitude de vie est réalisée.					Sans difficulté	Avec difficulté	Réalisée par substitution	Non réalisée	Ne s'applique pas	Sans aide	Aide technique	Aménagement	Aide humaine	Très insatisfait	Insatisfait	+/- satisfait	Satisfait	Très satisfait	
<input type="checkbox"/>	Assister à des événements sportifs (hockey, baseball, ...)					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12.2.2	
<input type="checkbox"/>	Assister à des événements artistiques ou culturels (spectacles, cinéma, théâtre, ...)					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12.2.3	
<input type="checkbox"/>	Réaliser des activités de type touristique (voyages, visites de sites naturels ou historiques, ...)					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12.2.4	
<input type="checkbox"/>	Réaliser des activités de plein air (randonnée, camping, ...)					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12.2.5	
<input type="checkbox"/>	Utiliser les services de loisirs de votre milieu (bibliothèque, centre de loisirs municipal, ...)					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12.2.6	

N.B. Ne pas oublier qu'il s'agit de la façon habituelle pour la personne de réaliser ses habitudes de vie.

## Commentaires

---

Utilisez les lignes suivantes pour inscrire vos commentaires généraux ou reliés à une ou des catégories spécifiques sur :

- a) le niveau de réalisation,
  - b) le type d'aide requis,
  - c) le niveau de satisfaction
- ou pour tout autre aspect touchant ce questionnaire.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## Commentaires (suite)

---

---

A large rectangular box with rounded corners, containing 20 horizontal lines for writing. The box is empty and intended for providing comments.

## Annexe 5

### Formulaire de données sociodémographiques



# QUESTIONNAIRE DÉMOGRAPHIQUE, ENVIRONNEMENTAL ET DE SANTÉ

Date de l'entrevue : \_\_\_\_\_

1. N° de sujet 1.

2. Région : 2.

1. Montréal
2. Québec
3. Sherbrooke
4. Rurale

## A. Section démographique

3. Langue: 1. Français 2. Anglais 3.

4. Âge : \_\_\_\_\_ (Date de naissance \_\_\_\_\_) 4.

4.1 Groupe d'âge: 4.1

1. 65-69
2. 70-74
3. 75-79
4. 80-84
5. 85 et +

5. Sexe : 1. Femme 2. Homme 5.

6. Nombre d'années de scolarité: \_\_\_\_\_ 6.

7. Principale occupation : 7.

1. Travail extérieur
2. Retraite
3. Bénévolat

8. Auto-perception du niveau d'activités : *Actuellement, vous estimez-vous :* 8.

1. Très actif
2. Actif
3. Peu actif
4. Sédentaire

## B. Section environnementale (physique et sociale)

9. État civil : 9.

1. Célibataire
2. Marié / Conjoint de fait
3. Veuf
4. Séparé / Divorcé
5. Religieux

10. Type de milieu de vie : 10.
1. Domicile seul
  2. Domicile avec conjoint
  3. Domicile avec autres
  4. Résidence d'accueil privée
11. Type de résidence : 11.
1. Maison unifamiliale
  2. Coopérative d'habitation
  3. Logement / Appartement
  4. Condominium
  5. Résidence pour personnes âgées
  6. Autre (spécifier : \_\_\_\_\_ )
12. Satisfaction face à sa résidence : 12.
1. Très satisfait
  2. Assez satisfait
  3. Peu satisfait
  4. Pas satisfait
13. Personnes sur qui compter en cas de besoin :
- A. Conjoint : 13a.
1. Oui
  2. Non
- B. Enfants : 13b.
1. Oui
  2. Non
- C. Amis : 13c.
1. Oui
  2. Non
- D. Frères / Sœurs : 13d.
1. Oui
  2. Non
- E. Autre (spécifier : \_\_\_\_\_ ) 13e.
1. Oui
  2. Non
14. Satisfaction face au soutien social : 14.
1. Très satisfait
  2. Assez satisfait
  3. Peu satisfait
  4. Pas satisfait
15. Nombre d'enfants vivant à proximité (10 km): \_\_\_\_\_ 15.

16. Accessibilité des commerces : 16.
1. Oui
  2. Non
17. Accessibilité du transport en commun : 17.
1. Oui
  2. Non
18. Utilisation du transport en commun : 18.
1. Oui
  2. Non
19. Sentiment de sécurité dans le quartier : 19.
1. Élevé
  2. Modéré
  3. Faible
20. Présence d'aides techniques (ex. barres d'appui dans la salle de bain) dans la résidence : 20.
1. Oui
  2. Non
21. Revenu familial: 21.
1. < 15 000 \$
  2. 15 000 \$ – 24 999 \$
  3. 25 000 \$ - 34 999 \$
  4. 35 000 \$ et plus

**C. Section relative à la santé**

22. Auto-perception de la santé : *Comparativement aux autres personnes de votre âge, estimez-vous que votre santé physique est :* 22.
1. Excellente
  2. Bonne
  3. Passable
  4. Mauvaise
23. Port de verres : 23.
1. Oui
  2. Non
24. Port de prothèse auditive : 24.
1. Oui
  2. Non
25. Arthrose : 25.
1. Oui
  2. Non
26. Diabète de type 2 : 26.
1. Oui
  2. Non

27. Hypertension artérielle : 27.
1. Oui
  2. Non
28. Obésité : 28.
1. Oui
  2. Non
29. Ostéoporose : 29.
1. Oui
  2. Non
30. Problèmes cardiaques : 30.
1. Oui
  2. Non
31. Problèmes respiratoires : 31.
1. Oui
  2. Non
32. **Vous arrive-t-il d'avoir peur de tomber? :** 32.
1. jamais
  2. occasionnellement
  3. souvent
  4. très souvent
33. Pour les personnes ayant répondu 2, 3 ou 4 à la question 32 :  
**Vous arrive-t-il d'éviter ou de réduire les activités suivantes parce que vous avez peur de tomber?**
- |  |               |     |
|--|---------------|-----|
| a) Marcher à l'intérieur de la maison                        | 1. Oui 2. Non | 33a |
| b) Prendre un bain/une douche                                | 1. Oui 2. Non | 33b |
| c) Monter et descendre les escaliers                         | 1. Oui 2. Non | 33c |
| d) Faire l'entretien ménager                                 | 1. Oui 2. Non | 33d |
| e) Faire les courses   | 1. Oui 2. Non | 33e |
| f) Marcher à l'extérieur (peu importe la saison)             | 1. Oui 2. Non | 33f |
| g) Marcher à l'extérieur l'hiver                             | 1. Oui 2. Non | 33g |
| h) Réaliser des activités sociales à l'extérieur du domicile | 1. Oui 2. Non | 33h |
| i) Faire de l'exercice                                       | 1. Oui 2. Non | 33i |
| j) Autres (spécifiez): _____                                 |               |     |
34. **Combien de fois avez-vous chuté au cours des 12 derniers mois?** 34.

## Annexe 6

Lettre d'acceptation du comité d'éthique



Les membres du Comité d'éthique de la recherche de l'IUGS certifient avoir examiné le projet de recherche présenté par Madame Johanne Desrosiers, Ph.D., intitulé **Participation sociale et stratégies compensatoires dans le vieillissement normal** et concluent qu'il est conforme aux normes déontologiques, telles qu'énoncées dans les règles de la déontologie de la recherche sur l'humain.

**DÉCISION :** Favorable  Unanime   
Défavorable  Majoritaire

Extrait du procès-verbal daté du 29 mars 2004.

Cette attestation est valide jusqu'en mars 2005.

Date : 29 mars 2004

Johane Patenaude  
présidente par intérim du comité d'éthique

**LE COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE EST COMPOSÉ DES MEMBRES SUIVANTS :**

AUDET, Thérèse	Professeure, Faculté des lettres et sciences humaines, Département de psychologie, Université de Sherbrooke
BEAULIEU, Bertrand	Représentant de la communauté
BIER, Nathalie	Représentante des étudiants au doctorat
BRIÈRE, Élisabeth	Notaire
COUTURIER, Yves	Professeur, Faculté des lettres et sciences humaines, Département de service social, Université de Sherbrooke
DUBREUIL, Michel	Représentant de la communauté
DUCHARME, Claire	Pharmacienne, Chercheure – Centre de recherche sur le vieillissement
MELANÇON, Louise	Personne spécialisée en éthique, Université de Sherbrooke
NIYONSENGA, Théophile	Biostatisticien, Département des sciences de la santé communautaire, Université de Sherbrooke
PATENAUDE, Johane	Présidente par intérim du comité d'éthique Éthicienne, Professeure, Faculté de médecine, Université de Sherbrooke
ROY, Pierre-Michel	Médecin gériatre, Chercheur – Centre de recherche sur le vieillissement



## Annexe 7

Lettre à l'éditeur



April 24, 2009

Prof. Dr. E. Zs.-Nagy  
Editor-in-chief  
Archives of Gerontology and Geriatrics  
University of medical School

Re: Submission of a manuscript entitled: Participation of metropolitan, urban and rural  
community-dwelling older adults

---

Dear Dr. Nagy,

We are pleased to submit the enclosed manuscript entitled *Participation of metropolitan, urban and rural community-dwelling older adults* for publication in Archives of Gerontology and Geriatrics. This manuscript has not been previously published and is not under consideration for publication elsewhere, in whole or in part. We have no commercial or conflicts of interest. Both authors contributed to this work, approved the manuscript and agreed to its submission. As required, three copies of the manuscript, including the original, have been enclosed.

We hope this manuscript receives a positive review.

Best regards,

France-Hélène Therrien, Bsc OT, Msc (c)

e-mail: