

Les activités de la vie quotidienne

Janet Fricke BAppSC, MAppSc, AccOT

Définition

L'expression « activités de la vie quotidienne » (AVQ) est utilisée en réadaptation pour désigner les soins personnels et comprend les activités et les tâches réalisées couramment dans la vie de tous les jours. Ces activités se divisent en soins personnels ou AVQ de base (AVQB) et en activités domestiques et communautaires ou activités instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ).

Plus précisément, James (2008) énonce que les AVQB « sont généralement restreintes aux activités impliquant la mobilité fonctionnelle (marche, mobilité en fauteuil roulant, mobilité dans le lit et transferts) et les soins personnels (alimentation, hygiène, élimination, bain et habillage) » (p. 539). De son côté, Katz (1983) proposait une première définition des AIVQ voulant que « [...] les fonctions des activités instrumentales de la vie quotidienne sont relatives à la capacité de la personne de se débrouiller dans son environnement par rapport à des tâches adaptées comme faire des achats, cuisiner, faire le ménage, faire la lessive, utiliser un transport, gérer son argent, gérer ses médicaments et utiliser le téléphone » (p. 723).

L'évolution historique du concept des activités de la vie quotidienne

La première référence aux activités de la vie quotidienne a été signalée par Sheldon dans le *Journal of Health and Physical Education* en 1935 (Feinstein et coll. 1986). Dans le cadre d'une revue de l'évaluation des AVQ, Law (1993) a établi que la physiothérapeute Edith Buchwald avait été la première à utiliser l'expression « activités de la vie quotidienne » dans une grille d'évaluation en 1949. Katz (1983) a signalé que des études élaborées ont été produites en 1949 par la *United States Commission on Chronic Illness*, portant sur les concepts et le fondement théorique des activités de la vie quotidienne. Cependant, Katz cite M. Powell Lawton comme le premier chercheur à expliciter le modèle théorique d'une fonction, en suggérant un modèle comportemental dans lequel la fonction était perçue comme une hiérarchie de domaines. En 1969, Lawton et Brody (1969) ont été les premiers auteurs à décrire deux niveaux d'activités de la vie quotidienne et ont introduit l'expression « activités instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ) » pour englober des tâches plus complexes relevant d'une participation à la vie domestique et communautaire. L'expression provient du domaine de la psychologie et « désigne un comportement que l'on adopte en vue de réaliser un but plus distant » (M. Powell Lawton, 1997, communication personnelle). Lawton et Brody ont aussi décrit un « schéma de confiance dans lequel ces comportements se situent [...], variant en degrés de complexité nécessaires pour être fonctionnel dans l'accomplissement d'une diversité de tâches » (p. 179). Ils ont proposé que le niveau le plus bas soit le maintien de la vie elle-même, suivie de l'autonomie physique illustrée par les AVQ personnelles, l'autonomie instrumentale et finalement le comportement social. En 1971, Lawton a précisé la définition des AIVQ pour y inclure l'utilisation du téléphone, les courses, la préparation des repas, l'entretien ménager, la lessive, les moyens de transport, la prise des médicaments et la gestion de l'argent. Les AIVQ sont généralement le premier

domaine dans lequel les personnes atteintes d'un dysfonctionnement en raison de l'âge ou de la maladie éprouvent des problèmes d'autonomie, bien qu'il soit aussi possible de déléguer ces activités à d'autres.

Dans le cadre d'une revue de la base de données Medline, on a constaté que le terme AVQ avait d'abord été utilisé comme vedette matière ou terme d'indexation en 1968 (*Index Medicus*). Avant cette date, le concept était indexé sous *réadaptation liée aux soins personnels*. Ce contexte historique est intéressant quand on réalise que les premiers outils d'évaluation utilisés pour évaluer tant l'état fonctionnel global que le rendement au regard des AVQ ont aussi été publiés à cette époque. Comme exemples de ces outils, mentionnons PULSES publié en 1957 (Moskowitz et McCann, 1957), l'indice de Katz (Katz et coll. 1963), l'indice de Barthel (Mahoney & Barthel, 1965), le *Kenny Self-Care Evaluation* [évaluation des soins personnels de Kenny] (Schoening et coll. 1965) et les *Self-maintaining and Instrumental ADL* [échelles d'évaluation de l'autonomie et des AIVQ] (Lawton et Brody 1969).

Les outils actuels d'évaluation des activités de la vie quotidienne

Certains outils ont été développés plus récemment, comme la Mesure de l'indépendance fonctionnelle (FIM) (Uniform Data Systems 1999), l'évaluation AMPS (*Assessment of Motor and Process Skills*) (Fisher 1995), la Mesure canadienne de rendement occupationnel (MCRO) (Law et coll. 1998) et l'*Assessment of Living Skills and Resources* (ALSAR) (Williams et coll. 1991). De plus, deux nouvelles mesures fondées sur la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF) (Organisation mondiale de la santé, 2001) ont récemment été publiées : les AusTOMs (*Australian Therapy Outcome Measures*) (Unsworth et Duncombe 2007) et le *Personal Care Participation and Resource Tool* (PC-PART) (Darzins 2004). Ce dernier est conçu pour évaluer la composante de participation de la CIF. Il existe plusieurs références utiles qui révisent et fournissent des descriptions détaillées de ces outils d'évaluation (voir par exemple : Asher 2007; Kane et Kane 2000; Law et coll. 2005; McDowell et Newell 2006).

La Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF) et les activités de la vie quotidienne

La CIF a été conçue par l'Organisation mondiale de la santé pour fournir un modèle complet de définitions et de structures pour la réadaptation. La CIF considère un état de santé ou une maladie comme l'interaction entre les fonctions organiques, les structures anatomiques, les activités et la participation, qui sont à leur tour modifiées par des facteurs sociaux et environnementaux. L'importance de la participation en tant que résultat est aussi soulignée (Organisation mondiale de la santé, 2001). Les dysfonctionnements dans les AVQ et les AIVQ sont vus comme des limitations d'activité dans le modèle CIF. Ces dysfonctionnements peuvent à leur tour mener à une restriction de participation. Les interventions de réadaptation visent à surmonter les limitations d'activité et ainsi prévenir une restriction de participation dans les domaines de l'éducation, du travail, des loisirs et des activités sociales. La participation doit toutefois être envisagée en relation avec les aptitudes du client, ses capacités et le contexte global de son environnement. Le *PC-PART* a été conçu spécifiquement

comme un outil d'évaluation ayant recours au concept théorique de la CIF pour évaluer la participation aux soins personnels dans sa totalité (AVQB) (Darzins 2004).

L'ergothérapie et les activités de la vie quotidienne

Law et coll. (2005) proposent une brève définition de l'ergothérapie : « les ergothérapeutes travaillent avec des personnes, des groupes et des organisations qui vivent des difficultés dans l'accomplissement des occupations de la vie (c'est-à-dire les soins personnels, le travail, les activités bénévoles, les jeux, les loisirs) » (p. 1). À partir de cette définition, on constate qu'une grande partie de la pratique en ergothérapie consiste à fournir des interventions pour surmonter des déficits relatifs aux AVQ et aux AIVQ. Ces interventions sont planifiées après l'évaluation approfondie et la consultation du client et comprennent des objectifs fixés pour des activités que le client désire, ou a besoin de réaliser. L'*Occupational Therapy Practice Framework* décrit les approches d'intervention : créer-encourager, prévenir, maintenir, modifier-adapter et établir-rétablir (American Occupational Therapy Association 2008). James (2008) a quant à lui évoqué les approches suivantes pour le domaine d'intervention concernant les AVQ et les AIVQ : « modifier-adapter et établir-rétablir sont les plus couramment utilisées en pratique » (p. 566). Des outils d'évaluation ont été spécialement conçus à l'usage des ergothérapeutes pour l'évaluation des AVQ et des AIVQ. Citons l'évaluation AMPS (Fisher 1995), la Mesure canadienne de rendement occupationnel (MCRO) (Law et coll. 1998) et les AusTOMs (Unsworth et Duncombe 2007). La MCRO diffère des autres outils d'évaluation, car elle est fondée sur un entretien semi-structuré, dans lequel le client et le thérapeute attribuent des priorités aux buts fixés et évaluent le rendement et la satisfaction. La MCRO peut être employée conjointement avec d'autres outils d'évaluation utilisés par toute l'équipe de réadaptation, comme la Mesure de l'indépendance fonctionnelle (FIM) (Uniform Data Systems 1999). La FIM est un ensemble minimal de données portant sur les soins personnels, le contrôle sphinctérien, la mobilité, la marche, ainsi que la cognition et la communication sociales. Un autre outil que l'équipe de réadaptation utilise habituellement est le *Assessment of Living Skills and Resources (ALSAR)* (Williams et al. 1991), qui a été conçu comme un outil d'évaluation pour les AIVQ. L'équipe de réadaptation fait en sorte de faciliter l'autonomie dans les AVQ et les AIVQ en permettant au client de surmonter ses limitations d'activité et de prévenir ainsi une restriction de participation.

Les raisons d'évaluer les activités de la vie quotidienne

Une équipe de réadaptation typique vise à atteindre l'amélioration maximale de fonctionnement et de participation dans la vie quotidienne pour le patient ou le client. L'évaluation fonctionnelle est la méthode utilisée pour documenter ces résultats, les échelles d'activités de la vie quotidienne étant les outils les plus souvent utilisés. Les évaluations des AVQ peuvent servir à :

- Fournir un aperçu de l'état fonctionnel
- Déterminer les limitations d'activité
- Établir une ligne de départ pour le traitement
- Fournir un guide pour la planification d'interventions
- Fournir un guide pour les rapports et la gestion de données
- Évaluer les programmes d'intervention et surveiller les progrès

- Planifier en prévision de l'avenir et de la sortie du client de l'établissement de soins
- Mesurer les résultats de la réadaptation
- Fournir des données pour la pratique fondée sur l'expérience clinique

Comment choisir l'outil à utiliser?

Une revue des méthodes d'évaluation fonctionnelle en usage fait ressortir de nombreux outils, dont certains sont normalisés et d'autres sont sous forme de grilles. Il est important que l'outil d'évaluation choisi fasse l'objet de rapports de recherche sur la normalisation qui viennent le soutenir (Eakin 1989, Fricke 1993, Law 1987). Pour choisir un outil, il faut disposer d'un ensemble de principes de base qui serviront de guide (voir par exemple, Fricke 1993, Law 1987, Law 2005, Polgar 2008). Les critères de sélection suivants, adaptés de Wade (1992), sont utiles :

- L'outil est-il pertinent? Mesure-t-il les aspects que nous souhaitons évaluer? Est-il pertinent pour une population particulière, p. ex. par rapport au diagnostic, au groupe d'âge, etc.?
- L'outil constitue-t-il une mesure valide de ce que je souhaite mesurer? La validité d'un outil est la preuve qu'il mesure bien ce qu'il est censé mesurer. Pour tout outil, il devrait exister un concept (idée) généralement accepté et l'outil devrait quantifier un certain aspect de ce concept. Le contenu, le concept et les critères de validité devraient être divulgués.
- Quelle est la fiabilité de l'outil? Cela concerne la cohérence des résultats obtenus en utilisant un outil d'évaluation. Un outil très fiable fournira les mêmes résultats lors de l'évaluation du même sujet par des observateurs différents. La fiabilité dépend de définitions opérationnelles claires. Deux types de fiabilité sont pertinents :
 - Fiabilité pour le même évaluateur
 - Fiabilité entre évaluateurs différents
- L'outil est-il suffisamment sensible pour détecter le changement ou la différence attendue? On entend ici la capacité de l'outil à détecter de réels changements dans les capacités du client. Cela dépend de l'échelle utilisée : certains ont une échelle comprenant 4 degrés et certains n'ont que deux degrés (indépendant – dépendant). Une échelle à 2 degrés montre naturellement une forte fiabilité par rapport à l'évaluateur, mais n'est pas aussi sensible au changement. La FIM (Uniform Data Systems, 1999) a une échelle à 7 degrés. Cette échelle est sensible au changement et la recherche montre que la FIM est jugée fiable.
- L'outil est-il assez simple à utiliser? Une formation est-elle nécessaire? Est-il rapide d'utilisation? On a mentionné par le passé que les outils longs et compliqués ne sont pas conviviaux, et qu'en conséquence, le personnel aura tendance à ne pas s'y conformer (Fricke 1993; Eakin, 1989).
- Les définitions opérationnelles sont-elles claires? Ce sont les instructions fournies à l'évaluateur sur ce qui doit précisément être observé et la procédure

- Les résultats peuvent-ils être communiqués à d'autres intervenants? L'outil est-il bien connu, de sorte que les autres comprendront ce que les résultats signifient vraiment?
- Un meilleur outil d'évaluation est-il disponible?

Conclusion

Cet article a décrit une vue d'ensemble des activités de la vie quotidienne dans un contexte actuel et historique. La Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF) a été utilisée comme cadre de discussion à propos du concept des activités de la vie quotidienne et des méthodes d'évaluation associées. Le rôle de l'ergothérapie a été souligné dans les domaines de l'évaluation et du traitement des activités de la vie quotidienne. Enfin, on a présenté des indications pour la sélection d'un outil d'évaluation adéquat.

Bibliographie

- American Occupational Therapy Association [AOTA]. 2008. Occupational therapy practice framework: Domain and process. 2nd edition. Bethesda (MD):AOTA Press.
- Asher I. 2007. Occupational therapy assessment tools: An annotated index. 3rd edition. Bethesda (MD):AOTA Press.
- Darzin P. 2004. Personal care participation and resource tool (PC PART). Greythorn: author.
- Eakin P. 1989. Problems with assessments of activities of daily living. *British Journal of Occupational Therapy* 52(2):50-53.
- Feinstein A, Josephy B, Wells C. 1986. Scientific and clinical problems in indexes of functional disability. *Annals of Internal Medicine* 105:413-420.
- Fisher AG. 1995. Assessment of motor and process skills (AMPS). Colorado: Three Star Press.
- Fricke J. 1993. Measuring outcomes in rehabilitation: A review. *British Journal of Occupational Therapy* 56(6):217-221.
- James AB. 2008. Activities of daily living and instrumental activities of daily living. In: Crepeau EB, Cohn ES, Schell BB, editors. *Willard and Spackman's Occupational Therapy*. Philadelphia: Lippincott, Williams and Wilkins. p. 538-578.
- Kane RA, Kane RL. 2000. Assessing the older persons: Measures, meaning and practical applications. Oxford: Oxford University Press.

- Katz S. 1983. Assessing self-maintenance: Activities of daily living, mobility, and instrumental activities of daily living. *Journal of the American Geriatrics Society* 31(12):721-727.
- Katz S, Ford A, Moskowitz R, Jaffe M, Cleveland M. 1963. Studies of illness in the aged. *Journal of the American Medical Association* 185:914-919.
- Law M. 1987. Measurement in occupational therapy: Scientific criteria for evaluation. *Canadian Journal of Occupational Therapy* 54(3):133-138.
- Law M. 1993. Evaluating activities of daily living: Directions for the future. *American Journal of Occupational Therapy* 47(3):233-237.
- Law M. 2005. Outcome measures rating forms and guidelines. In: Law M, Baum C, Dunn W, editors. *Measuring occupational performance: Supporting best practice in occupational therapy*. Thorofare: Slack. p. 396-409.
- Law M, Baptiste S, Carswell A, McColl M, Polatajko H, Pollock N. 1998. *The Canadian Occupational Performance Measure*. 3rd edition. Toronto: CAOT.
- Law M, Baum C, Dunn W. 2005. *Measuring occupational performance: Supporting best practice in occupational therapy*. 2nd edition. Thorofare (NJ): SLACK.
- Lawton MP, Brody EM. 1969. Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist* 9(3):179-186.
- Mahoney FI., Barthel DW. 1965. Functional evaluation: The Barthel Index. *Maryland State Medical Journal* 14:51 - 65.
- McDowell I., Newell C. 2006. *Measuring health: A guide to rating scales and questionnaires*. 3rd edition. Oxford: Oxford University Press.
- Moskowitz E, McCann C. 1957. Classification of disability in the chronically ill and aging. *Journal of Chronic Disease* 5:167-172).
- Polgar. 2008. Critiquing assessments. In: Crepeau EB, Cohn ES, Schell BB. editors. *Willard and Spackman's Occupational Therapy*. Philadelphia: Lippincott, Williams and Wilkins. p. 519-536.
- Schoening H, Anderegg L, Bergstrom D, Fonda M, Steinke N, Ulrich P. 1965. Numerical scoring of self-care status of patients. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 46(10):689-697.
- Uniform Data Systems. 1999. *Guide for the Uniform Data Set for Medical Rehabilitation (Adult FIM)*, version 5.0. Buffalo (NY): State University of New York at Buffalo.
- Unsworth CA, Duncombe D. 2004. *AusTOMs for occupational therapy*. Melbourne, Victoria: LaTrobe University.

Wade DT. 1992. Measurement in neurological rehabilitation. Oxford: Oxford University Press.

Williams J, Drinka TJK, Greenberg JR, Farrell-Holton J, Euhardy R, Schram M. 1991. Development and testing of the Assessment of Living Skills and Resources (ALSAR) in elderly community-dwelling veterans. *The Gerontologist* 31(1): 84-91.

World Health Organization (Organisation mondiale de la santé). 2001. International classification of functioning, disability and health (ICF). Geneva, Switzerland: Author.