

Cette présentation a été effectuée le 20 novembre 2008, au cours de la journée
« Appréciation de l'état de santé des aînés : nouvelles perspectives conceptuelles et méthodologiques »
dans le cadre des Journées annuelles de santé publique (JASP) 2008. L'ensemble des présentations
est disponible sur le site Web des JASP, à l'adresse <http://www.inspq.qc.ca/archives/>.

Incapacités, limitations d'activités

Santé fonctionnelle au Québec : quoi et comment mesurer?

Madeleine Rochon, Ph. D., chercheure
Ministère de la Santé et des Services
sociaux du Québec

1

Santé fonctionnelle au Québec

- 1.** Origines et préoccupations multiples
- 2.** Quoi
- 3.** Comment
- 4.** Défis

2

Des origines et des préoccupations multiples

- Années 1960 : Gains de longévité?
- Des années 80 à aujourd'hui : Gains de santé?
 - La réponse est attendue des indicateurs de santé fonctionnelle
 - Et on veut que les indicateurs retenus reflètent la définition positive et large de la santé (OMS)
 - Santé physique
 - Santé psychologique et mentale
 - Troubles cognitifs
 - Idéalement aussi le «Bien vieillir»

3

Des origines et des préoccupations multiples

- Gériatrie (Incapacités=AVQ-AVD)
 - Besoin d'aide dans les AVQ (Katz, 1963)
 - Besoin d'aide dans les AVD (Lawton et Brody, 1969; activités différentes selon le genre au départ)
 - Limitations fonctionnelles de Nagi (1976)
- Réadaptation
 - Incapacités persistantes et significatives résultant de déficiences physiques et intellectuelles
 - Un outil comme MHAVIE (Mesure des habitudes de vie) veut saisir toutes les restrictions à la participation sociale (ex. relations sociales et affectives, organisations de son milieu) et les différentes modalités de réalisation des activités (aides techniques, aide humaine, aménagement du logement, abandon de l'activité facultative)

4

Des origines et des préoccupations multiples

□ Qualité de vie

- Health Utility Index (HUI) adopté par Statistique Canada provient d'études coût-bénéfice de traitements (ex. cancers)

5

Des origines et des préoccupations multiples

□ Gériatrie, É-U, question années 2000:

- D'où provient la baisse du besoin d'aide?
 - De l'amélioration de l'état de santé ou
 - de l'aide technique, de l'aménagement des logements, de la plus grande proportion de la population âgée qui vit en logement assisté?

6

Deux questions d'avenir

Pour l'adaptation de la société au vieillissement démographique

- Gains de santé fonctionnelle des **individus**, indépendamment de leur environnement ?
 - Ne peuvent être que lents (idem mortalité)
 - Des résultats contradictoires liés à la panoplie de mesures et de méthodes
 - Un indicateur fiable comme la mortalité quitte à ce qu'il soit limité (avec un seuil, ex. marcher 500 mètres)
 - Un aspirant : limitations fonctionnelles sans aide technique, notamment des tests de performance
 - Ex. force de la main avec un dynamomètre
-

7

Deux questions d'avenir

Pour l'adaptation de la société au vieillissement démographique

- Conséquences dans la vie réelle des individus, dans leur environnement, avec tous les moyens mis à leur disposition?
 - Limitations fonctionnelles résiduelles
 - Restriction d'activités **et** différentes formes d'aides utilisées **et** besoins non satisfaits
 - Activités facultatives ou de survie et modalités de réalisation
-

8

QUOI

- Ce qu'il ne faut pas faire
- Ce qu'il faut faire
 - Choix des concepts
 - Processus entre différents états de santé
 - Gravité ?
 - Poids

9

Ce qu'il ne faut pas faire: Incapacités fourre-tout

- EQLA, EPLA
 - Limitations fonctionnelles (résiduelles)
OU
 - Restriction d'activités
 - Problème de santé physique
 - Déficience intellectuelle/TED
 - Trouble d'apprentissage
 - Problème émotif, psychologique ou mental
 - EX. Dépression
 - Gravité : un algorithme + ou - complexe, lequel recourt à quelques **AVQ**

10

Ce qu'il faut faire

- Choisir des concepts clairs et complémentaires
 - Limitations fonctionnelles
 - physiques
 - sensorielles
 - intellectuelles (à parfaire)
 - Restriction d'activités dans différentes sphères
 - Niveau de difficultés (gravité)
 - Cumul des problèmes
 - Modalités de réalisation

11

Ce qu'il faut faire

- Restriction d'activités dans différentes sphères
 - Question générale
 - Personnes âgées,
 - Questions plus précises (gravité)
 - Autres?
 - AVD : exigent des capacités physiques et cognitives (ex. trouver et composer un numéro de téléphone, s'occuper de ses finances personnelles)
 - AVQ : état de santé très détérioré

12

2 calculs d'espérance de vie en bonne santé fonctionnelle

- Espérance de vie sans limitation fonctionnelle (intrinsèque)
 - Vision?
- Espérance de vie sans restriction d'activités (désavantage)

13

Processus, états de santé

- État de santé de la population, chaque personne a le même poids
 - Les différents états de santé expriment la gravité
 - Une échelle hiérarchique permet de distribuer la population entre différents seuils de gravité
 - Plusieurs niveaux de décomposition possible
- À chaque état de santé, on peut associer un besoin d'intensité de services, un coût différent basé sur une recherche empirique

14

Un autre type de poids et de gravité : moins clair

- Health Utility Index (HUI) Indice de l'état de santé (fonctionnelle)
- Indice synthétique :
 - Valeur entre -0,360 et 1(parfaite santé), 0 (mort)
 - Implique des poids attribués à chaque état de santé
Une année de vie aveugle = 0,3 (préférences sociétales)
 - Algorithme protégé par des droits d'auteur mais accessible

15

COMMENT, enquête représentative de la population

- Recensement ou enquête locomotive
 - Questions filtre, variations des réponses selon
 - Le répondant
 - Le contexte
- Répondant et prévalence (mêmes questions)
Clinicien > individu concerné > répondant pour le ménage
- Enquête : téléphonique ou en face à face ?
 - Téléphonique : choix des instruments et durée d'entrevue plus limités
- L'univers
- Le lien avec les services

16

L'univers : quelle population?

- Tout âge versus les aînés
 - Nécessité d'une stratégie d'échantillonnage pour une visibilité du grand âge
Surreprésentation des 65+ ans suffisante?
- Ménages privés versus ensemble de la population
 - Ménages privés : 90 % des 65+ ans
 - Ménages collectifs : 10 % des 65+ ans
 - CHSLD (maisons médicalisées)
 - Résidences avec services (5 %)
 - Communautés religieuses (1 %)

17

Quelle population?

- Québec versus régions
 - Prévalence suffisante même avec un échantillon de la taille de l'EQSP?
 - Proportion la plus élevée pour laquelle le CV est ≤ 15 %

	<u>15+ ans</u>	<u>65+ ans</u>
▪ Québec	0,3 %	1,2 %
▪ Régions	3,0 %	11,0 %

18

Le lien avec les services et les besoins non satisfaits

- ❑ Parfois difficile
- ❑ Il faut une proportion d'utilisateurs suffisante (Exemple : centres de réadaptation, services de soutien à domicile des CLSC)
- ❑ Limite des informations qu'on peut demander à la population, ce qui implique qu'on ne peut toujours suppléer à la faiblesse de certains systèmes d'information
 - Exemple, le soutien à domicile
 - ❑ Complexité et multiplicité des acteurs et des formules de financement public
 - ❑ Différentes sources d'aide formelle (CLSC versus entreprise d'économie sociale)

19

Les défis

- ❑ Variations dans le temps-espace
 - Comparabilité et stabilité de nos instruments et méthodes de collecte
 - Les suivre et les améliorer en documentant la variation ainsi introduite
- ❑ Nos connaissances progressent
 - Validation de nouvelles questions (ex. intellectuelles)
 - Efforts d'harmonisation en cours
 - ❑ Washington Group on Disability Statistics
 - De nouveaux modèles (fragilité)
- ❑ Indicateurs fiables complétés par des
- ❑ Indicateurs utiles au système de soins et à ses différentes composantes

20

FIN

21

Le répondant

- Un clinicien
- L'individu concerné
 - Un tiers : une nécessité quand la personne ne peut répondre pour des raisons de santé (pas nécessaire pour l'enquête locomotive)
 - Troubles cognitifs au grand âge
- Un répondant pour l'ensemble des membres du ménage
- Prévalence
Clinicien > réponse de l'individu > réponse du répondant pour le ménage

22

Enquête téléphonique ou en face à face?

- L'enquête téléphonique limite le choix des instruments
 - Tests de performance (forme de standardisation)
 - Vignettes (forme de standardisation)
- Question de coûts
- Taille d'échantillon
- Données régionales

23

Questions filtre

- 2 questions du recensement (filtre pour l'enquête EPLA de Statistique Canada)
 - Cette personne a-t-elle de la difficulté à entendre, à voir, à communiquer, à marcher, à monter un escalier, à se pencher, à apprendre ou à faire d'autres activités semblables?
 - Est-ce qu'un état physique ou un état mental ou un problème de santé réduit la quantité ou le genre d'activités que cette personne peut faire : a) à la maison? b) au travail ou à l'école? c) dans d'autres activités, par exemple, dans les déplacements ou les loisirs?

24

Questions filtres, répondant et contexte

- Recensement
 - Aucune autre question de santé
 - Un répondant pour l'ensemble des membres du ménage
- Enquête sur la santé des collectivités canadiennes (ESCC)
 - Le répondant est l'individu concerné
 - Contexte d'une enquête de santé où on pose de nombreuses questions entre autres sur les maladies et problèmes de santé

25

Variations selon le répondant et le contexte

Proportion de la population ayant répondu oui			
	15+ ans	15-64 ans	65+ ans
Recensement, 2001	13	9	37
ESCC, 2003	29	26	54
ESCC, 2005	27	24	46

26

Clinicien ou individu concerné

- SMAF moyen, N= 96
 - Clinicien, face à face, SMAF moyen = 26,0
 - Interviewer ISQ, téléphone, SMAF moyen = $26,0 - 4,6 = 21,4$
 - Coefficient de corrélation, Total = 0,85
 - Fonctions mentales = 0,50
 - Communication (vision, audition, parole) = 0,66
 - AVQ= 0,78
 - AVD = 0,85

27

Un exemple d'échelle hiérarchique

- Absence de limitations et de restrictions
- Limitations fonctionnelles sans restriction
 - Intrinsèques (physiques seulement,...)
 - Résiduelles
- Restriction d'activités dans différentes sphères, question générale
 - Différents niveaux
 - Autres ?
 - AVD : exigent des capacités physiques et cognitives (ex. trouver et composer un numéro de téléphone, s'occuper de ses finances personnelles)
 - AVQ : état de santé très détérioré

28

EQLAV en préparation, 2009

- Enquête québécoise sur la limitation d'activités et le vieillissement
 - Province et régions
 - Sur-échantillon de 65+ ans
 - Taille de l'échantillon > 30 000 personnes
 - En raison des coûts, l'enquête est téléphonique
 - Durée limitée de l'entrevue
-

29

MHAVIE

- **Instrument général détaillé**
242 énoncés répartis entre 12 catégories d'habitudes de vie et de rôles sociaux
 - **Instrument général abrégé**
77 énoncés répartis entre 12 catégories d'habitudes de vie et de rôles sociaux
-

30

Une stratégie d'information

- Enquêtes auprès de la population
- En complément aux systèmes d'information existants (consentement)
- Autres formes de suivi?
 - Enquêtes auprès de clientèles ou de groupes de population plus spécifiques (aînés avec surreprésentation des aînés) et leurs prestataires de services
 - Pour faire le lien avec des services précis.