

h e d s

Haute école de santé
Genève

La qualité de vie liée à la santé chez la personne âgée

Catherine Ludwig, professeure associée HES

catherine.ludwig@hesge.ch



Hes·SO//GENÈVE
Haute Ecole Spécialisée
de Suisse occidentale

Avenue de Champel 47
CH-1206 Genève

T +41 22 388 56 00
F +41 22 388 56 01

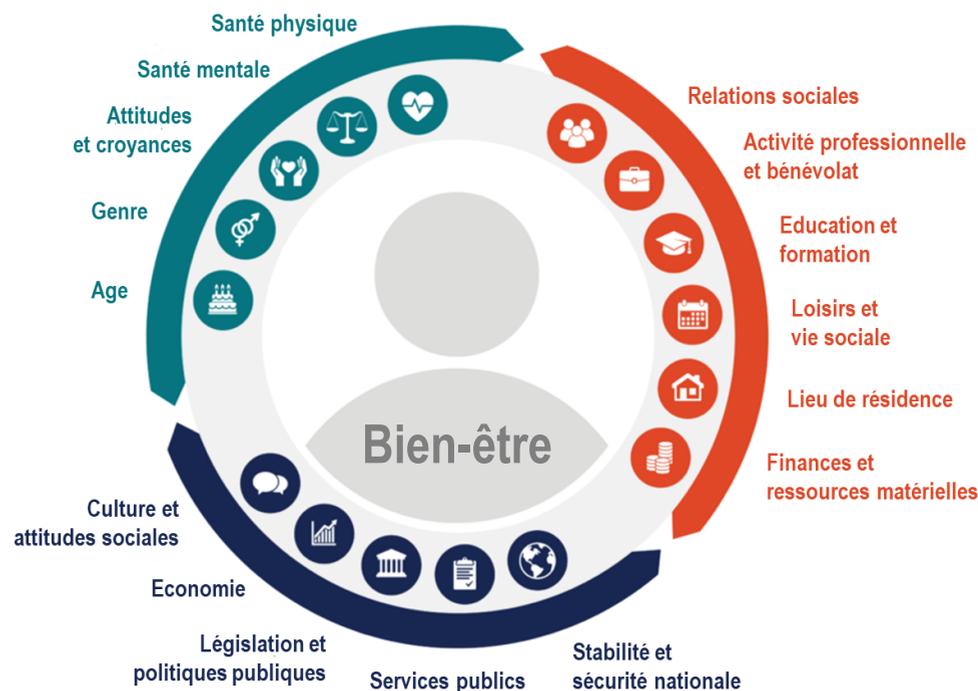
info.heds@hesge.ch
www.hesge.ch/heds

Plan de la présentation

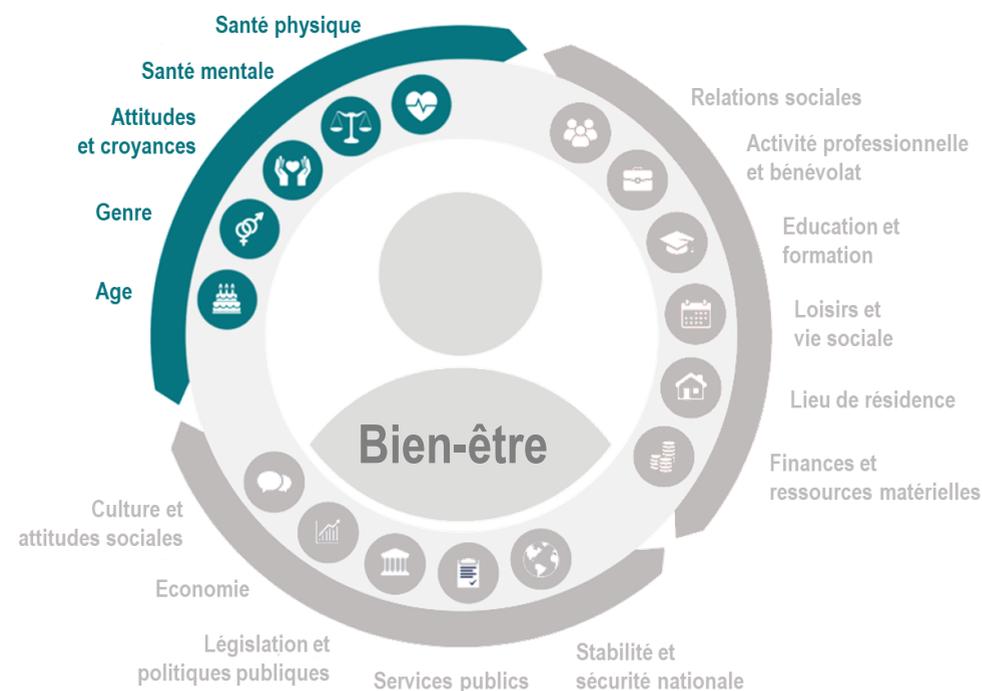
- Retour sur quelques notions essentielles
 - Qualité de vie et qualité de vie liée à la santé
 - Importance des parcours de vie
 - Processus de développement
 - Ressources et adaptation
 - Capacités intrinsèques, accumulation de déficits et aptitudes fonctionnelles
- Illustrations à partir de l'étude fraXity
 - Présentation de l'étude
 - Résultats de la vague 1: qualité de vie liée à la santé, capacités intrinsèques, accumulation de déficits, AVQ
- Discussion et conclusion

Bien être et qualité de vie

Qualité de vie (QoL)



Qualité de vie liée à la santé (HRQoL)



La qualité de vie (QoL) est la perception qu'un individu a de sa position dans la vie, dans le contexte de la culture et des systèmes de valeurs dans lesquels il vit, par rapport à ses objectifs, attentes, normes et préoccupations. Il s'agit d'un concept large, influencé de façon complexe par la santé physique, l'état psychologique, les croyances personnelles, les relations sociales et leur relation avec les principales caractéristiques de l'environnement.

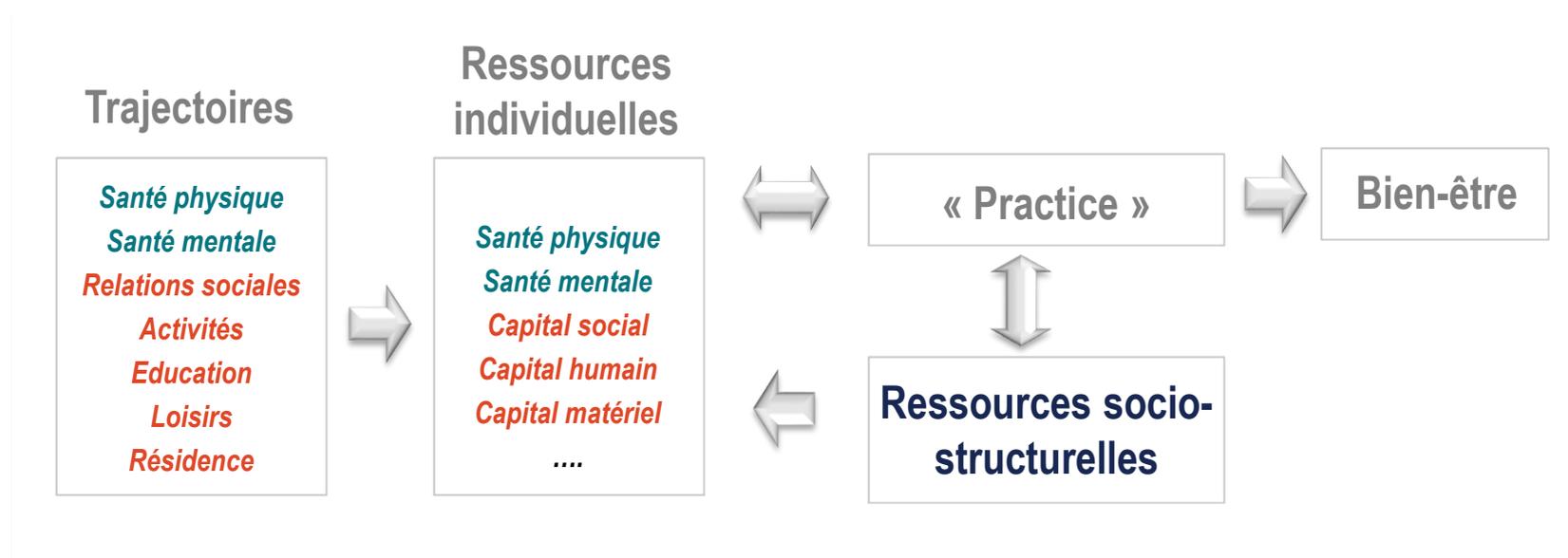
Traduit de <https://www.who.int/healthinfo/survey/whoqol-qualityoflife/en/>

La qualité de vie liée à la santé (HRQoL) ne comprend que les facteurs de la qualité de vie qui font partie de la santé d'une personne (p.ex. les aspects d'une maladie, d'un traitement, de la santé ou des soins qui affectent le bien-être). Torrance (1987); Ebrahim (1995)

La qualité de vie liée à la santé (HRQoL) est la perception qu'un individu a de son bien-être et les domaines physique, mental et social de la santé, ainsi que sa capacité à accomplir certaines activités. Hays, & Reeve (2010)

Importance du parcours de vie

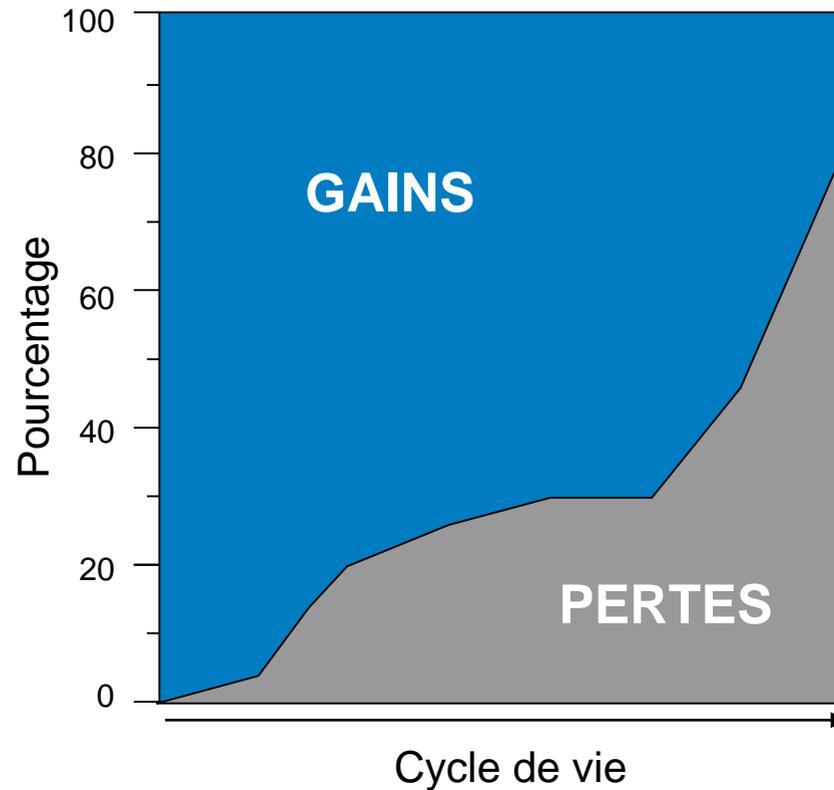
Modèle en ressources



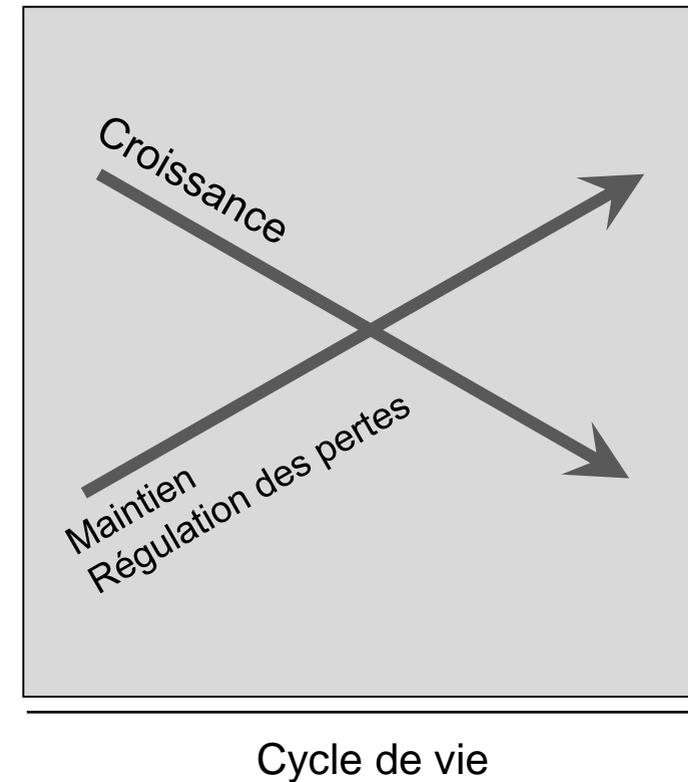
Adapté de Ludwig, Cavalli & Oris (2014, p. 243); voir aussi Sen (1993)

Les ressources caractérisent les moyen d'atteindre des objectifs individuels. Par conséquent, ce qui constitue une ressource doit être défini en fonction d'un objectif spécifique et peut être de nature biologique, génétique, socioculturelle ou psychologique (Freund & Baltes, 2008, p.95)

Processus de développement



Allocation relative des ressources



Le processus de développement entraîne des gains et des pertes à chaque étape de la vie (Baltes, 1987). Ainsi, pour le comprendre il est essentiel d'étudier comment les individus gèrent la dynamique entre gains et perte. Dans la première partie du développement, les ressources sont allouées à la croissance; dans la seconde partie de la vie, elle sont alloués au maintien, puis à la régulation es pertes.

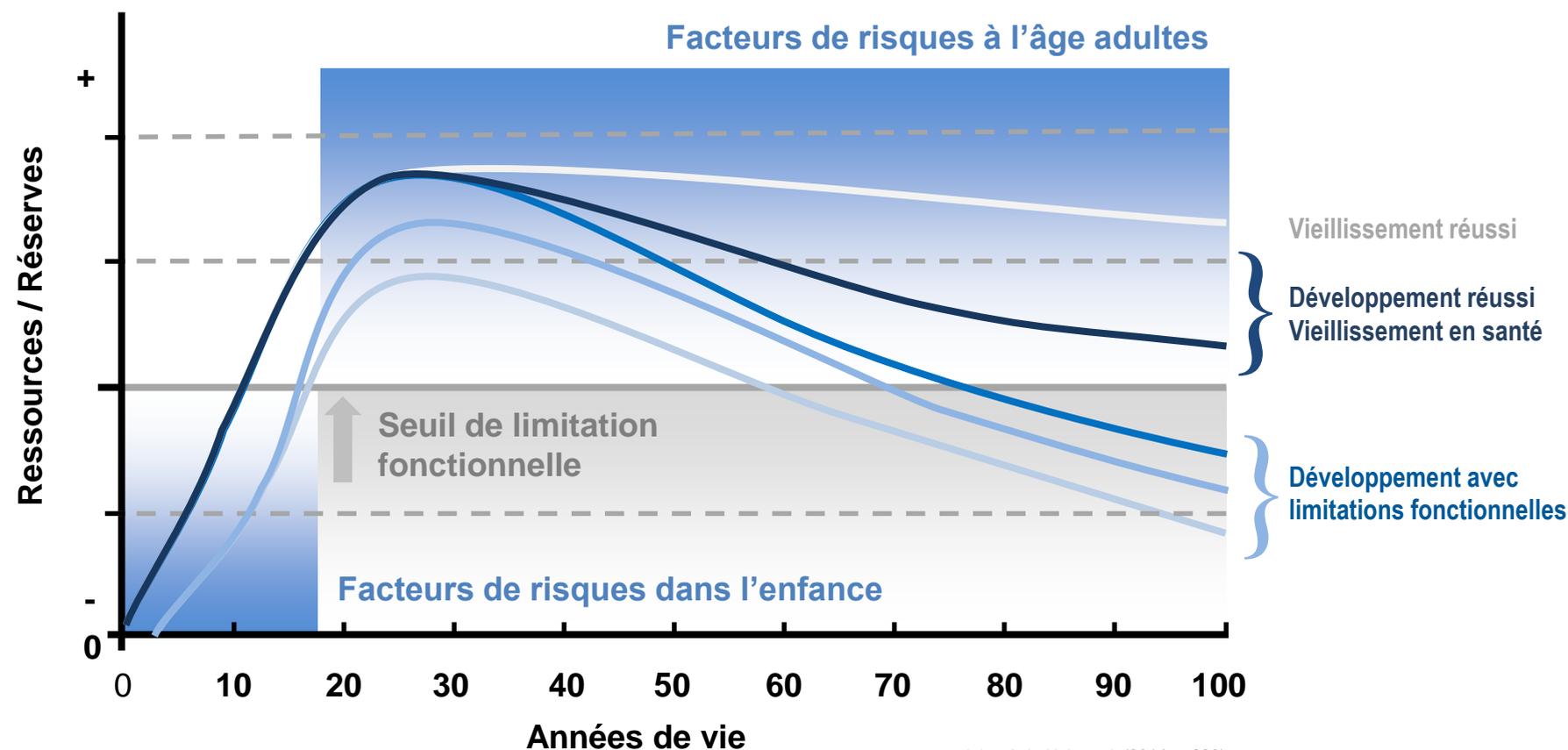
Processus de développement



Capacité fonctionnelle: Capacité à réaliser les activités de base de la vie quotidienne (AVQ, à savoir se déplacer, prendre un bain / douche, s'habiller, se nourrir, s'occuper de soi et de son hygiène, utiliser les toilettes).

- **Indépendance fonctionnelle:** Capacité à réaliser **seul** les activités de base de la vie quotidienne.
- **Dépendance fonctionnelle:** Les activités de base de la vie quotidienne ne peuvent être réalisées sans l'aide d'autrui («dépendance»)

Ressources et adaptation



Adapté de Kuh et al. (2014, p.239).

Vieillesse réussie. Un vieillissement en l'absence de maladie et de handicap, avec un fonctionnement cognitif et physique élevé, et un engagement actif dans la vie (Rowe & Kahn, 1998).

Développement réussi. Processus qui repose sur l'orchestration (sélection, optimisation et compensation) des ressources internes et externes, dans un but adaptatif de maximisation des gains et de minimisation des pertes (Baltes & Baltes, 1990)

Vieillesse en santé. Processus de développement et de maintien de la capacité fonctionnelle qui permet le bien-être à un âge avancé. [...] Il reflète l'interaction continue entre les individus et l'environnement dans lequel ils vivent. Beard et al. (2016, p. 2149)

Ressources et adaptation

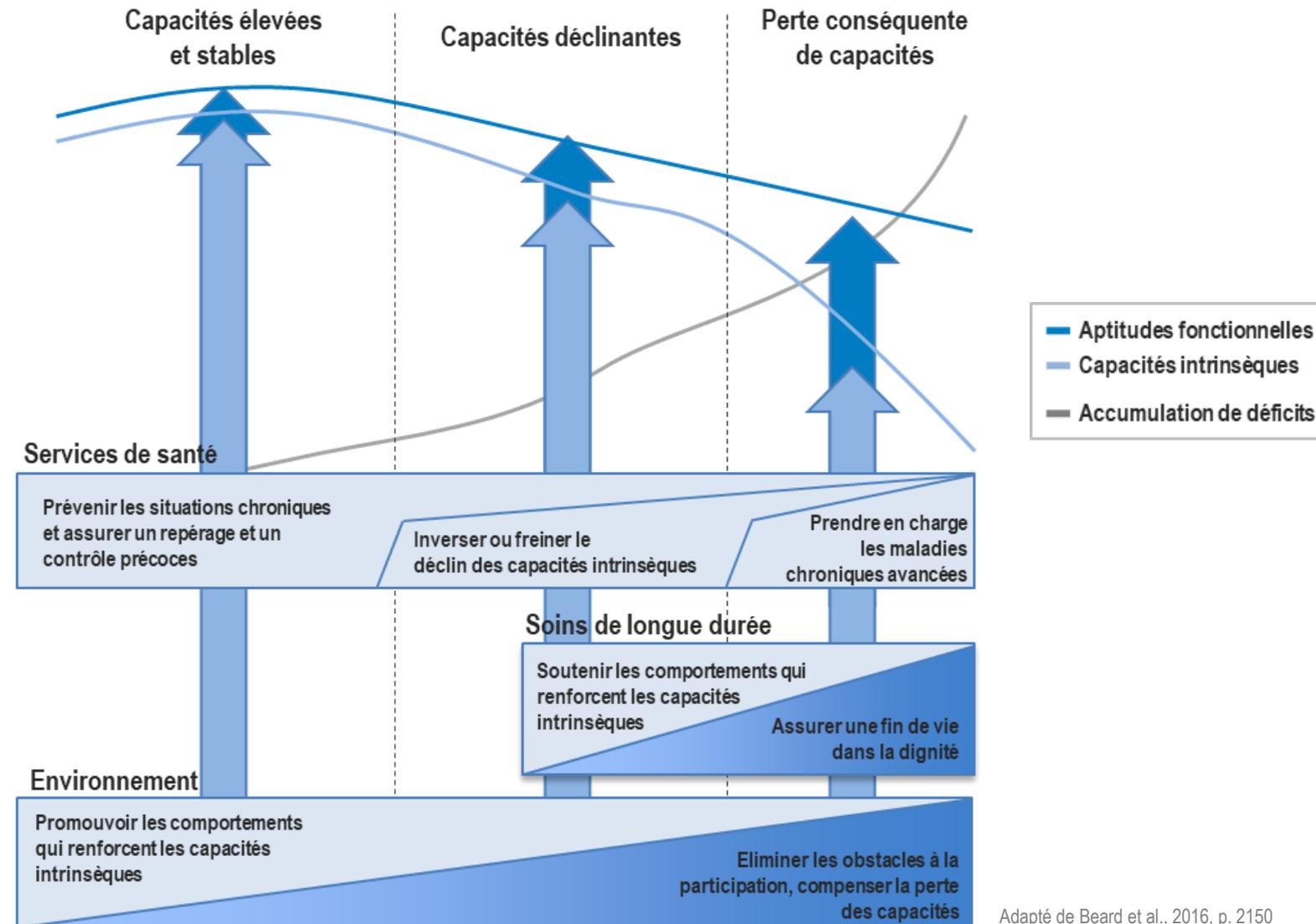


Aptitudes fonctionnelles: l'ensemble de toutes les capacités physiques et intellectuelles dans lesquelles un individu peut puiser. (OMS, 2016, p.258)

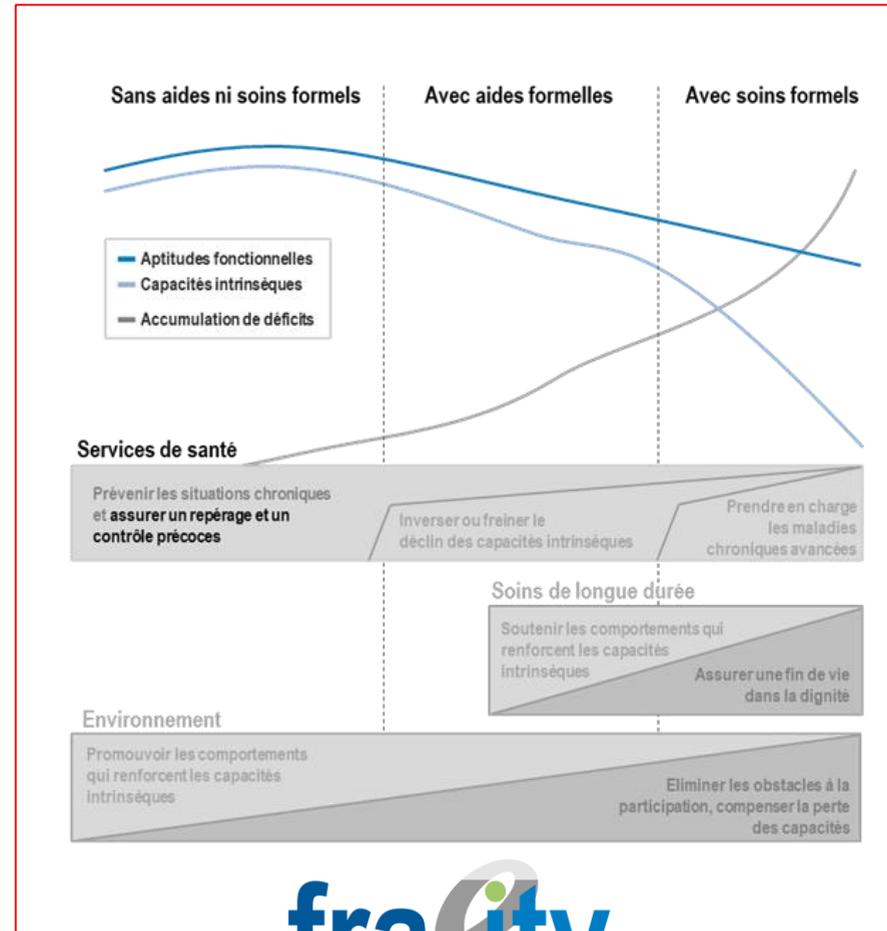
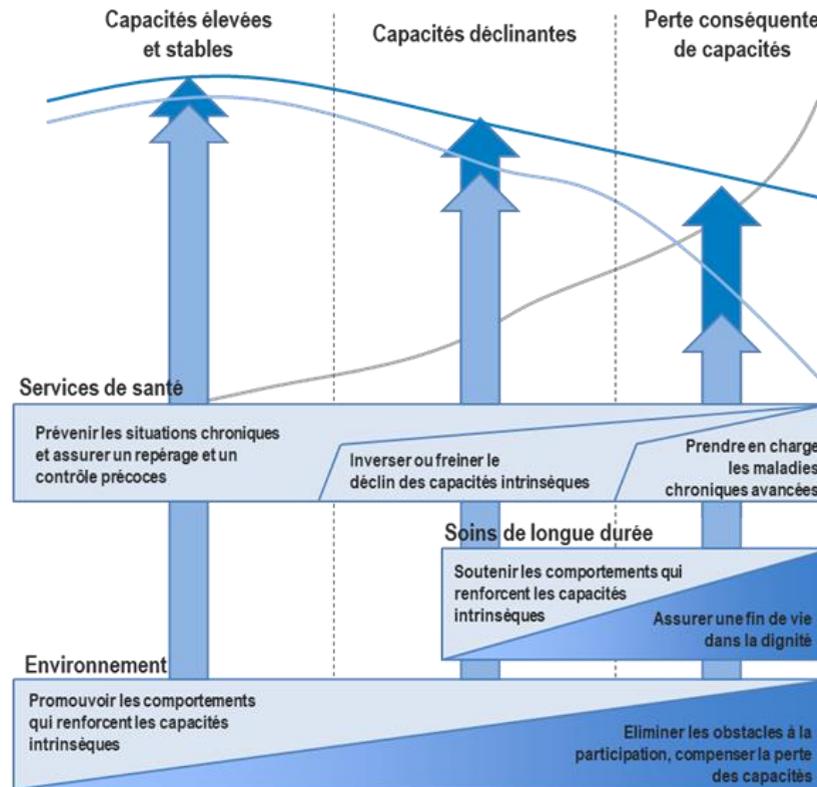
Résilience: Capacité à conserver ou à améliorer un niveau d'aptitudes fonctionnelles face à l'adversité, grâce à la résistance, à la récupération ou à l'adaptation. (OMS, 2016, p. 263)

Accumulation de déficits: En dépit d'une grande variabilité interindividuelle dans la façon dont le vieillissement se manifeste (notamment dû aux différentes interactions entre génome et environnement au cours de la vie), il existe une caractéristique universelle : le nombre de problèmes de santé augmente avec l'âge. Cette accumulation affecte les fonctions physiologiques, la régulation homéostatique et augmente la vulnérabilité aux facteurs de stress (Mitnitski & Rockwood, 2015, p.86).

Approche OMS



L'étude fraXity





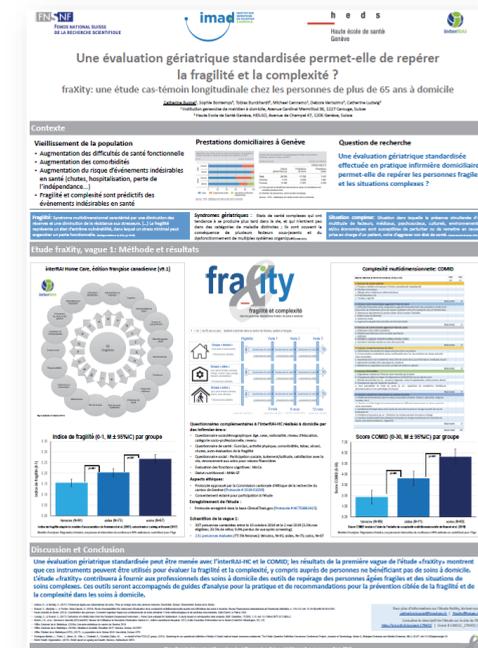
Fragilité et complexité chez les bénéficiaires d'aides / de soins à domicile: une étude cas-témoin longitudinale

[FNS Grant](#) # 10001C_179453 / 1 ; [Swissethics / CCER Genève](#) # 2018-01039; [ClinicalTrials.gov](#) # NCT03883425

Equipe de recherche:

- Catherine Ludwig, Catherine Busnel
- Sophie Bontemps, Tobias Burckhardt, Michael Cennamo, Debora Verissimo

fraXity est menée avec le soutien de



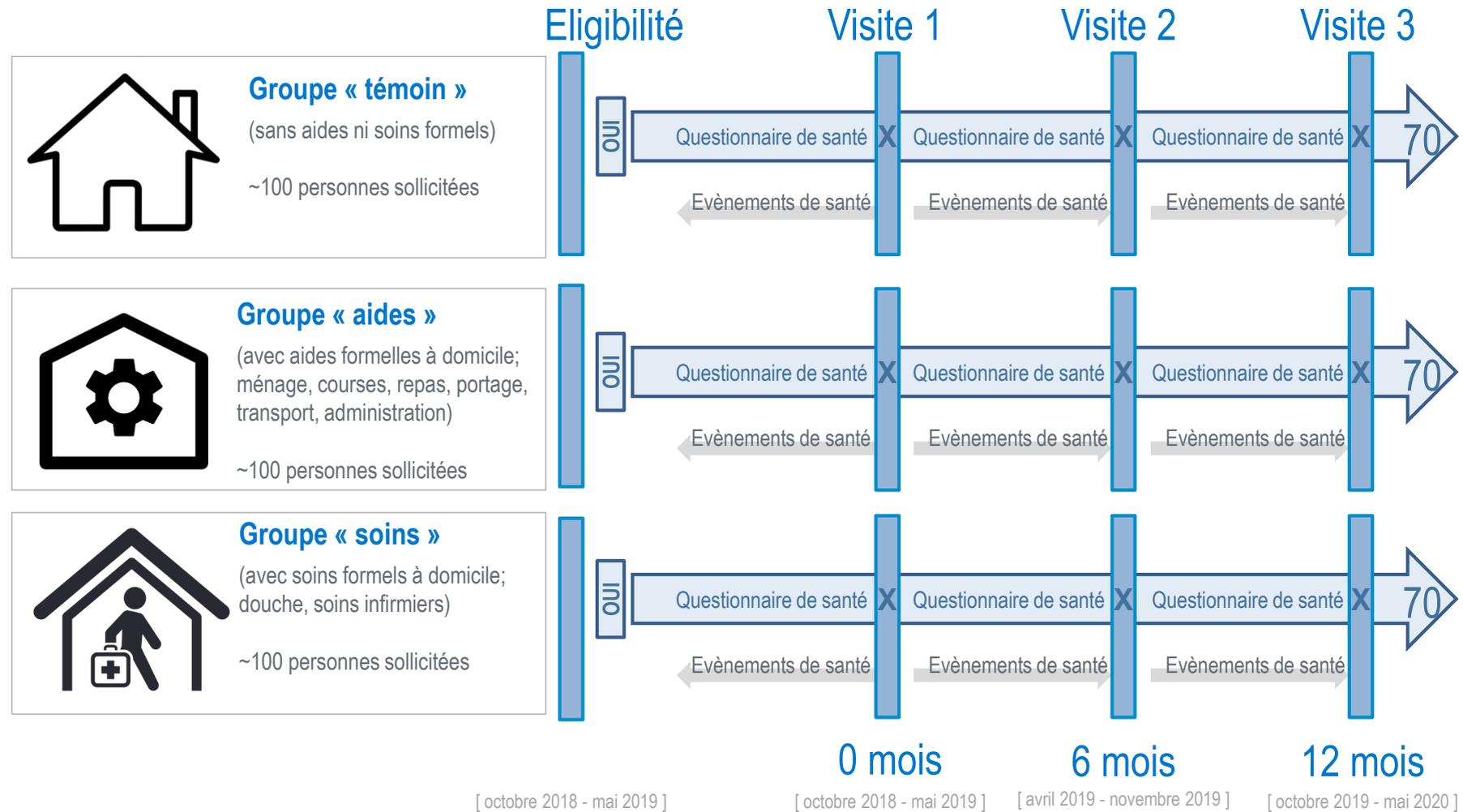
Etude orientée « soins infirmiers », dont les objectifs sont :

- Développer des indicateurs* de fragilité et de complexité basés sur une évaluation gériatrique standardisée (interRAI-HC) effectuées en routine clinique dans les soins à domicile
- Evaluer la fragilité et la complexité auprès de personnes 65+ vivant à domicile, et bénéficiant (ou non) d'aides/soins formels (approche cas-témoin)
- Evaluer la validité prédictive de IF et IC sur les événements indésirables en santé (composante prospective, longitudinale)

* Scores composites et/ou algorithmes de calculs de type «alarme» interRAI

fraXity: devis expérimental

- ♂ et ♀ de 65 ans ou plus ; résidant à domicile dans le canton de Genève; parlant le français



Qualité de vie liée à la santé ^(1a) EQ5D	Capacités intrinsèques ⁽²⁾	Accumulation de déficits ^(3a)	Aptitude fonctionnelles	
	Indice de capacités (31 items; score de 0 à 1)	Indice de fragilité ^(3b) (52 items, score de 0 à 1)	AVQ ^(4a) (6 items, score de 0 à 6)	AIVQ ^(4b) (7 items, score de 0 à 8)
Etat de santé perçu (EVA)	capacité locomotrice (7)	cognition (8)	bain / douche	téléphone
Health utility index (HUI) ^(1b)	capacité psychologiques (7)	émotion et affect (7)	s'habiller	courses
	capacités cognitives (5)	habiletés sensorielles (2)	utiliser les toilettes	préparation des repas
	vitalité (10)	santé fonctionnelle (14)	mobilité	ménage
	capacités sensorielles ()	nutrition (4)	continence	blanchisserie
		médicaments (1)	s'alimenter	transports
	physiologie (13)		gestion des médicaments	
	douleur (3)		gestion des finances	

1a. EuroQoL Group. (1990); 1b: Greiner et al. (2003)

2. World Health Organization (2017)

3a. Searle et al. (2008); 3b Ludwig & Busnel (2017)

4a. Katz et al. (1963); 5b. Lawton & Brody (1969)

Caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon fraXity – vague 01

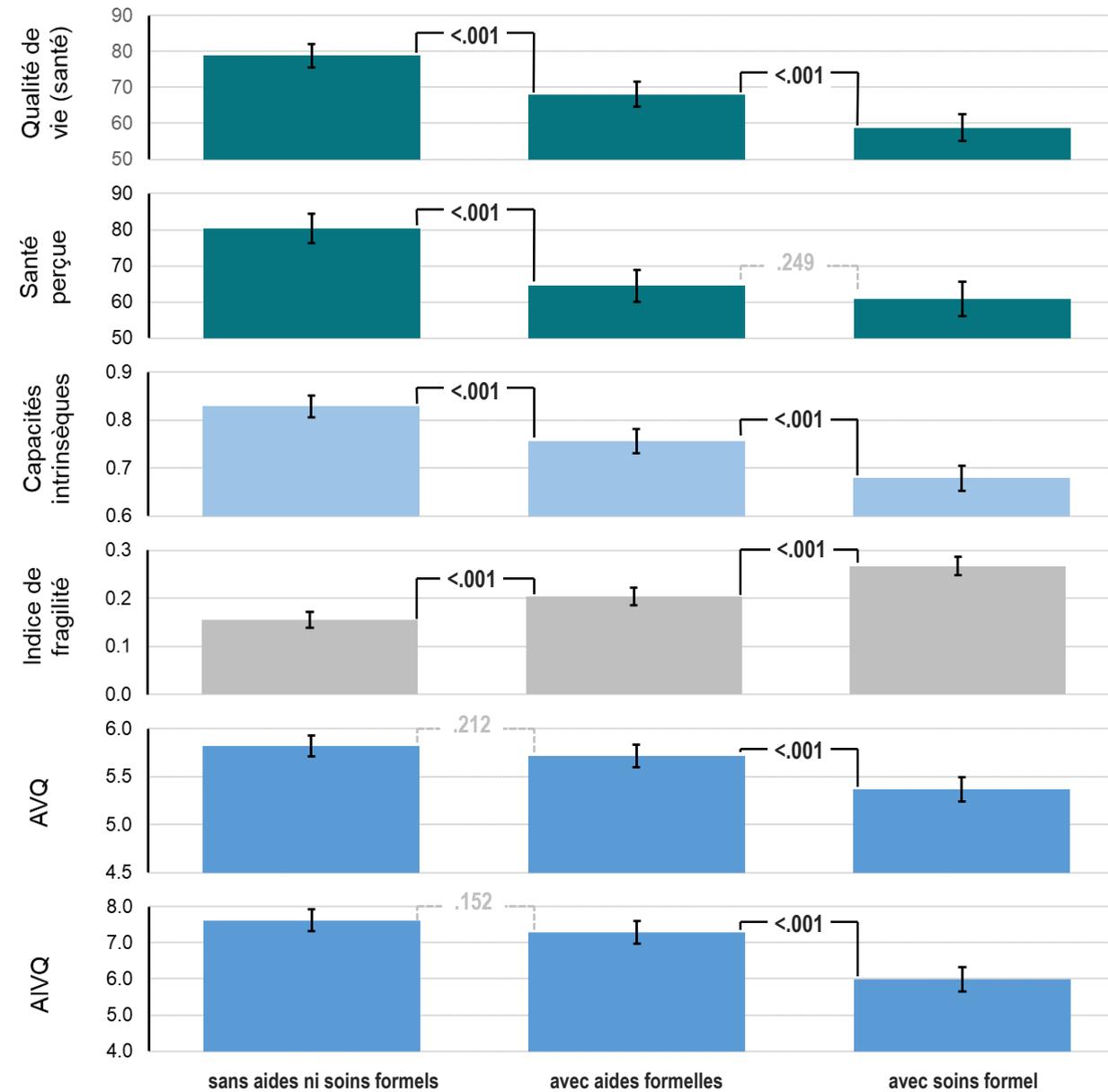
	total N=231	témoins N=91	aides N=73	soins N=67	sign.
Sexe					
homme	52 (22.5%)	19 (20.9%)	19 (26.0%)	14 (20.9%)	NS
femme	179 (77.5%)	72 (79.1%)	54 (74.0%)	53 (79.1%)	
Groupe d'âge					
65-74	78 (33.8%)	49 (53.9%)	17 (23.3%)	12 (17.9%)	p<.001*
75-84	77 (33.3%)	31 (34.1%)	26 (35.6%)	20 (29.9%)	
85+	76 (32.9%)	11 (12.1%)	30 (41.1%)	35 (52.2%)	
Education					
tertiaire	97 (42.0%)	41 (45.1%)	30 (41.1%)	26 (38.8%)	NS
secondaire	85 (36.8%)	37 (40.7%)	30 (41.1%)	18 (26.9%)	
primaire	49 (21.2%)	13 (14.3%)	13 (17.8%)	23 (34.3%)	
Profession					
dirigeant	48 (20.8%)	20 (22.0%)	17 (23.3%)	11 (16.4%)	NS
col blanc	141 (61.0%)	58 (63.7%)	41 (56.2%)	42 (62.7%)	
col bleu	22 (9.5%)	7 (7.7%)	9 (12.3%)	6 (9.0%)	
autre	20 (8.7%)	6 (6.6%)	6 (8.2%)	8 (11.9%)	
Né en Suisse					
oui	151 (65.4%)	60 (65.9%)	42 (57.5%)	49 (73.1%)	NS
non	80 (34.6%)	31 (34.1%)	31 (42.5%)	18 (26.9%)	
Status marital					
célibataire / jamais marié	30 (13.0%)	14 (15.4%)	5 (6.8%)	11 (16.4%)	NS
marié / en concubinage	47 (20.3%)	22 (24.2%)	17 (23.3%)	8 (11.9%)	
divorcé / séparé	61 (26.4%)	28 (30.8%)	18 (24.7%)	15 (22.4%)	
veuf	93 (40.3%)	27 (29.7%)	33 (45.2%)	33 (49.3%)	
Revenu					
au-dessus du médian suisse	90 (43.3%)	42 (49.4%)	27 (40.3%)	21 (37.5%)	NS
en-dessous du médian suisse	118 (56.7%)	43 (50.6%)	40 (59.7%)	35 (62.5%)	
Vit seul					
oui	167 (72.3%)	59 (64.8%)	53 (72.6%)	55 (82.1%)	NS
non	64 (27.7%)	32 (35.2%)	20 (27.4%)	12 (17.9%)	

Note. Les analyses inférentielles ont été effectuées avec un test de Chi carré les plans 3 x 3. Un test de Kruskal-Wallis, et des comparaisons par paires avec des tests de Mann-Whitney ont été effectués pour les plans 3 x 3, et 3 x 4. Le seuil de significativité est de p<.05.

* Age: Témoins vs Aides: p<.001; Aides vs Soins: NS; Témoins vs Soins: p<.001.

fraXity: résultats vague 1

Qualité de vie liée à la santé, santé perçue, capacités intrinsèques, accumulation de déficits (indice de fragilité) et aptitudes fonctionnelles, par groupe (M ± SE, ajustés pour l'âge)



- En comparaison du groupe témoin, les personnes qui reçoivent des aides formelles ont...
 - Qualité de vie liée à la santé et santé perçue moindre
 - Plus de déficits accumulés
 - Moins de capacités intrinsèques
 - Pas de différences dans les AVQ et les AIVQ
- ➔ La qualité de vie liée à la santé n'est pas réductible à la santé fonctionnelle
- Fragilité et capacités intrinsèques méritent probablement d'être considérées comme deux faces d'une même pièce, chacune ayant néanmoins une utilité clinique spécifique
 - ➔  Repérage précoce de la fragilité (accumulation de déficits) et identification des ressources contribuant à mettre en péril les aptitudes fonctionnelles
 - ➔  Indentification précoce des capacités intrinsèques et des ressources pouvant favoriser les aptitudes fonctionnelles

- Les résultats attendus à l'issue des 2^e et 3^e vagues de fraXity permettront de mieux comprendre les relations entre qualité de vie liée à la santé, santé perçue et santé fonctionnelle
 - Le rôle joué par l'accumulation de déficits
 - Le rôle joué par les capacités intrinsèques
- Le suivi longitudinal des participants permettra également d'étudier la valeur prédictive des construits en regard d'évènements indésirables en santé
- Les indicateurs développés dans l'étude fraXity seront mis à disposition de la communauté – publications des algorithmes de calcul – pour une implémentation en routine par les utilisateurs de l'interRAI-HC

h e d s

Haute école de santé
Genève

Merci pour votre attention

Catherine Ludwig, professeure associée HES

catherine.ludwig@hesge.ch



Hes·SO//GENÈVE
Haute Ecole Spécialisée
de Suisse occidentale

Avenue de Champel 47
CH-1206 Genève

T +41 22 388 56 00
F +41 22 388 56 01

info.heds@hesge.ch
www.hesge.ch/heds

- Baltes, P. B. (1987). Theoretical propositions of life-span developmental psychology: On the dynamics between growth and decline. *Developmental Psychology*, 23(5), 611-626.
- Baltes, P. B., & Baltes, M. M. (1990). *Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences*. New York, NY, US: Cambridge University Press.
- Beard, J. R., Officer, A., de Carvalho, I. A., Sadana, R., Pot, A. M., Michel, J.-P., . . . Chatterji, S. (2016). The World report on ageing and health: a policy framework for healthy ageing. *The Lancet*, 387(10033), 2145-2154. doi:10.1016/S0140-6736(15)00516-4
- Cesari, M., Araujo de Carvalho, I., Amuthavalli Thiyagarajan, J., Cooper, C., Martin, F. C., Reginster, J.-Y., . . . Beard, J. R. (2018). Evidence for the domains supporting the construct of intrinsic capacity. *The Journals of Gerontology: Series A*, 73(12), 1653–1660. doi:10.1093/gerona/gly011
- Clegg, A., Young, J., Iliffe, S., Rikkert, M. O., & Rockwood, K. (2013). Frailty in elderly people. *The Lancet*, 381(9868), 752-762. doi:10.1016/s0140-6736(12)62167-9
- Ebrahim, S. (1995). Clinical and public health perspectives and applications of health-related quality of life measurement. *Social Science & Medicine*, 41(10), 1383-1394. doi:10.1016/0277-9536(95)00116-0
- EuroQoL Group. (1990). EuroQol - A new facility for the measurement of health-related quality of life. *Health Policy*, 16(3), 199-208. doi:10.1016/0168-8510(90)90421-9
- Freund, A. M. (2008). Successful aging as management of resources: The role of Selection, Optimization, and Compensation. *Research in Human Development*, 5(2), 94-106. doi:10.1080/15427600802034827
- Greiner, W., Weijnen, T., Nieuwenhuizen, M., Oppe, S., Badia, X., Busschbach, J., . . . De Charro, F. (2003). A single European currency for EQ-5D health states: Results from a six-country study. *European Journal of Health Economics*, 4(3), 222-231.
- Hays, R. D., & Reeve, B. B. (2010). Measurement and modeling of health-related quality of life. In: . In J. Killewo, H. K. Heggenhougen, & S. R. Quah (Eds.), *Epidemiology and demography in public health* (pp. 195–205). San Diego, CA, US: Academic Press.
- Karimi, M., & Brazier, J. (2016). Health, Health-Related Quality of Life, and Quality of Life: What is the Difference? *Pharmacoeconomics*, 34(7), 645-649. doi:10.1007/s40273-016-0389-9
- Katz, S. S., Ford, A. B., Moskowitz, R. W., Jackson, B. A., & Jaffe, M. W. (1963). Studies of illness in the aged. The index of ADL: A standardized measure of biological and psychosocial function. *Journal of the American Medical Association*, 185(12), 914-919. doi:10.1001/jama.1963.03060120024016
- Kuh, D., Karunanathan, S., Bergman, H., & Cooper, R. (2014). A life-course approach to healthy ageing: maintaining physical capability. *The Proceedings of the Nutrition Society*, 73(2), 237-248. doi:10.1017/S0029665113003923
- Lawton, M. P., & Brody, E. M. (1969). Assessment of older people self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist*, 9, 179-186.
- Ludwig, C., & Busnel, C. (2017). Derivation of a frailty index from the Resident Assessment Instrument – Home Care adapted for Switzerland: A study based on retrospective data analysis. *BMC Geriatrics*, 17(205), 1-10. doi:10.1186/s12877-017-0604-3.
- Ludwig, C., Cavalli, S., & Oris, M. (2014). "Vivre / Leben / Vivere": An interdisciplinary survey addressing progress and inequalities of aging over the past 30 years in Switzerland. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 59(2), 240-248. doi:10.1016/j.archger.2014.04.004
- Mitnitski, A. B., & Rockwood, K. (2015). *Aging as a process of deficit accumulation: Its utility and origin*. In A. I. Yashin & S. M. Jazwinski (Eds.), *Aging and Health - A Systems Biology Perspective* (Vol. 40, pp. 85-98). Basel, Switzerland.
- Organisation for Economic Co-operation and Development. (2018). *Comment va la vie ? 2017 : Mesurer le bien-être*. Paris, France: Éditions OCDE.
- Organisation Mondiale de la Santé. (2016). *Rapport mondial sur le vieillissement et la santé*. Genève, Suisse: OMS.
- Rowe, J. W., & Kahn, R. L. (1998). *Successful aging*. New York, NY, US: Pantheon Books.
- Searle, S., Mitnitski, A., Gahbauer, E., Gill, T., & Rockwood, K. (2008). A standard procedure for creating a frailty index. *BMC Geriatrics*, 8, 24. doi:10.1186/1471-2318-8-24
- Sen, A. (1993). Capability and well-being. In M. Nussbaum & A. Sen (Eds.), *The quality of life* (pp. 30-52). Oxford: Clarendon Press.
- Torrance, G. W. (1987). Utility approach to measuring health-related quality of life. *Journal of Chronic Diseases*, 40(6), 593-600. doi:10.1016/0021-9681(87)90019-1
- World Health Organization. (2017). WHO Clinical Consortium on Healthy Ageing 2017. Focus: Development of comprehensive assessments and care plans. Report of consortium meeting, 21–22 November 2017 in Geneva, Switzerland. Geneva, Switzerland: WHO.