

Note de haut de page :

EMPLOI DE L'ISQV© AUPRES DE PERSONNES AGEES

Titre :

Evaluation de la qualité de vie de personnes âgées : état actuel et utilisation de l'Inventaire

Systémique de Qualité de Vie (ISQV©)

“QOL evaluation of old people: current state and use of the Quality of Life Systemic

Inventory (QLSI©)”

Auteurs :

Pierre Missotten*, Anne-Marie Etienne**, Gilles Squelard*, Viviane De Vos*, Gilles

Dupuis***, Michel Ylieff*

Affiliation des auteurs :

* Université de Liège, Faculté de Psychologie et des Sciences de l'Education, Département Personne et Société, Psychologie Clinique du Vieillissement, Boulevard du Rectorat, 3 (B33), 4000 Liège, Belgique.

** Université de Liège, Faculté de Psychologie et des Sciences de l'Education, Département Personne et Société, Psychologie de la Santé, Boulevard du Rectorat, 3 (B33), 4000 Liège, Belgique.

*** Université du Québec, Département de Psychologie, Montréal, Québec, Canada.

Résumé

Cette étude aborde la question de l'évolution des mesures de qualité de vie chez la personne âgée. Sur base du constat du faible nombre d'instruments spécifiquement adaptés à cette population et de l'absence d'instruments prenant en compte tant les attentes que les priorités des individus, nous avons souhaité nous engager dans une démarche d'adaptation d'un outil adulte, l'Inventaire Systémique de Qualité de Vie (ISQV©). Dans cette perspective, le but principal de cette recherche préliminaire était de tester l'approche évaluative de l'ISQV© dans un groupe de sujets âgés et d'obtenir des informations utiles en vue de la construction d'une version de l'ISQV© pour personnes âgées. 135 sujets volontaires, âgés de 65 à 85 ans, résidant à domicile et en bonne santé ont participé à l'étude. L'outil a montré une qualité de vie satisfaisante qui pourrait s'expliquer par la combinaison de divers facteurs tels qu'une bonne situation actuelle, une moindre importance accordée à plusieurs domaines et des attentes relativement faibles. La passation a démontré la pertinence de l'ISQV© tout en mettant en évidence la nécessité d'effectuer certaines modifications afin de le rendre plus adapté à la personne âgée.

Mots clefs : Qualité de vie, ISQV, personnes âgées, gérontologie

Abstract

This study approaches the question of the evolution of the quality of life (QOL) measures in older patient populations. On base of the report of the weak number of instruments specifically adapted to this population and of the absence of instruments taking into account both the expectations and the priorities of the individuals, we wished to make the adaptation of a tool for adult, the Quality of life Systematic Inventory (QLSI©). In this prospect, the main aim of this preliminary research was to test the evaluative approach of the QLSI© within a population of old people and to obtain useful information for the construction of a version of the QLSI© for old people. 135 voluntary subjects, from 65 to 85 years old, living at home and having a good health participated in the study. The questionnaire revealed a good QOL which could be explained by the combination of diverse factors such as a good current situation, a lesser importance given to the diverse life domains and the relatively weak goals. The results demonstrated the relevance of the QLSI© but also showed the necessity of certain modifications to make this questionnaire more specific to the old person.

Keywords: Quality of life, QLSI, old people, gerontology

**Evaluation de la qualité de vie de personnes âgées : état actuel et utilisation de
l’Inventaire Systémique de Qualité de Vie (ISQV©)**

*“QOL evaluation of old people: current state and use of the Quality of Life Systemic
Inventory (QLSI©)”*

Introduction

Dans le domaine du vieillissement, l’intérêt pour l’évaluation de la qualité de vie a émergé d’enjeux éthiques et financiers en rapport avec l’augmentation des maladies chroniques au cours du vieillissement (Birren & Dieckmann, 1991). Selon Dempster et Donnelly (2000), les premières échelles (Katz, Ford & Moskowitz, 1963 ; Mahoney & Barthel, 1965 ; Duke University for the Study of Aging and human development, 1978 ; Pfeiffer, Jonhson & Chiofolo, 1981) ont privilégié le statut fonctionnel, considéré comme synonyme de la qualité de vie. Ensuite, on a montré que les capacités fonctionnelles mais aussi les conditions de vie et l’état de santé constituaient des indicateurs objectifs de la qualité de vie qui l’influencent mais qui ne lui sont pas équivalent. En ce sens, ces indicateurs ne sont donc pas nécessairement des conditions préalables à une « bonne » qualité de vie chez les personnes âgées (Beaumont & Kenealy, 2004). Pour exemple, si l’état de santé a un impact sur l’expérience de la vieillesse, la plupart des personnes âgées rapportent être heureuses et satisfaites de leur vie (Bowling, Farquhar & Browne, 1991 ; Bowling, Farquhar, Grundy & Formby, 1993 ; Walker & Maltby, 1997 ; Bowling et al., 2003). En fait, il est apparu que la façon de percevoir et de réagir aux domaines de vie reflétait mieux la qualité de vie (Gill & Feinstein, 1994). Par la suite, plusieurs échelles (Neugarten, Havigurst, & Tobin, 1961 ; Bradburn & Caplovitz, 1965 ; Bradburn, 1969 ; Lawton, 1972, 1975 ; Kozma & Stone, 1980) se sont basées sur les concepts de bien-être, de moral, de bonheur et de satisfaction de vie. A

nouveau, ces concepts constitueraient des indicateurs subjectifs de la qualité de vie qui l'influencent mais qui ne lui sont pas équivalents (Dupuis et al., 2000 ; Spiro & Bossé, 2000).

Actuellement, la qualité de vie des personnes âgées est surtout évaluée au moyen d'instruments multidimensionnels génériques ou spécifiques. Les instruments sont qualifiés de « génériques » quand ils s'adressent à tout individu, âgé ou non et étant ou non en bonne santé alors que les instruments sont qualifiés de « spécifiques » quand ils s'adressent à des individus atteints d'une maladie donnée (ex : asthme, diabète, cancer, ...) ou lorsqu'ils ont été développés afin de répondre aux préoccupations d'une population particulière (ex : personnes âgées). Parmi les instruments génériques fréquemment utilisés dans des études menées auprès de personnes de plus de 60 ans, citons le *Medical Outcome Study 36-Item Short-Form* (SF-36 ; Ware, Snow & Kosinski, 1993), le *12-Item Short Form* (SF-12 ; Ware, Kosinski & Keller, 1996), le *Sickness Impact Profile* (SIP ; Bergner, Bobbitt, Carter & Gilson, 1981), le *COOP Health Assessment Charts* (COOP ; Nelson et al., 1987) et le *Nottingham Health Profile* (NHP ; Hunt, McKenna, McEwen, Williams & Papp, 1981). Ces instruments, évaluant la qualité de vie sous forme de profil (scores dimensionnels), sont à distinguer des instruments évaluant le concept sous forme d'index (note unique pondérée). La *Quality of Well-Being Scale* (QWB ; Kaplan, Sieber & Ganlats, 1997) et l'*EuroQol Five-Dimension Questionnaire* (EQ-5D ; The EuroQol Group, 1990) sont des exemples de ce second type de mesures. Parmi les instruments spécifiques à une maladie, citons l'*Arthritis Impact Measurement Scales* (AIMS ; Meenan, Gertman & Mason, 1980). Au niveau des mesures spécifiques aux personnes âgées, Hickey, Barker, Mc Gee et O'Boyle (2005) en identifient deux: le *Control, Autonomy, Self-realisation and Pleasure-19* (CASP-19 ; Higgs, Hyde, Wiggins & Blane, 2003) et le *WHOQOL-Old module* (Power, Quinn, Schmidt & the WHOQOL Group, 2005).

Haywood, Garrat et Fitzpatrick (2005) en recensent 15 mais la plupart d'entre elles sont des mesures relatives à l'état de santé et non à la qualité de vie.

La plupart des questionnaires multidimensionnels incluent les dimensions suivantes : l'état de santé physique et les habilités fonctionnelles, l'état de santé psychologique et le bien-être, l'état social et les interactions sociales, et pour certains, les conditions économiques. L'utilisation de tels instruments a permis de dégager l'influence négative d'événements existentiels comme la séparation conjugale ou la mort du conjoint (Costa et al., 1987), les difficultés socio-économiques (Costa et al., 1987), l'altération de l'état de santé physique (Costa et al., 1987 ; Dominick, Ahern, Gold & Heller, 2003 ; He, Luan, Xie, Du & Cheng, 2002 ; Nagatomo, Kita, Takigawa, Nomaguchi & Sameshima, 1997 ; Nesbitt & Heidrich, 2000 ; Wilhemson, Andersson, Waern & Allebeck, 2005), l'anxiété et la dépression (Bain et al., 2003 ; Fassino et al., 2002 ; Maddux, Delrahim & Rapaport, 2003 ; Nagatomo, Nomaguchi & Matsumoto, 1993 ; Nagatomo, Nomaguchi & Takigawa, 1995). Par contre, l'emploi de telles échelles multidimensionnelles soulève la question du poids des différentes dimensions évaluées au sein d'une note globale de qualité de vie (Grégoire, 1995). En effet, les dimensions importantes pour la qualité de vie peuvent être différentes en fonction de l'âge de même que la valeur relative accordée à une même dimension (Steward, Sherbourne & Brod, 1996). S'appuyant sur le postulat d'une importance équivalente des domaines, les échelles multidimensionnelles risquent de mener à une estimation biaisée de la qualité de vie perçue (Grégoire, 1995). Par ailleurs, les échelles multidimensionnelles classiquement utilisées envisagent la qualité de vie dans l'ici et maintenant sans prise en considération des attentes des personnes. Il s'agit en effet de mesures « d'état » évaluant, pour la plupart d'entre elles, la qualité de vie au moyen d'une échelle de type Likert. Enfin, le faible nombre d'échelles multidimensionnelles spécifiquement développées pour les personnes âgées

entraîne deux problèmes majeurs : premièrement, la potentielle sous-estimation du niveau de qualité de vie de la personne âgée suite à l'importante place accordée, dans la majorité des questionnaires utilisés, à la fonction physique (Hickey et al., 2005) et deuxièmement, l'absence de prise en compte de certains domaines importants pour les personnes âgées comme le type d'habitat, la mobilité (conduite automobile, accès aux transports publics) (Bowling et al., 2003) ou encore les relations avec les petits-enfants.

Ce manque de spécificité de la plupart des instruments multidimensionnels a suscité un intérêt croissant pour des outils issus de l'approche phénoménologique (Dempster & Donnelly, 2000) tels que le *Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life : Direct Weighting* (SEIQoL-DW, O'Boyle, Browne, Hickey, McGee & Joyce, 1995). Ces outils proposent au sujet de choisir les domaines qu'il considère personnellement comme importants. Ensuite, le sujet évalue son degré de satisfaction (habituellement sur une échelle de 0 à 100) pour chacun des domaines choisis et leur importance relative. Selon Beaumont et Kenealy (2004), une telle approche permet de prendre en compte la variabilité individuelle dans l'évaluation. Cependant, la sélection des domaines peut être favorablement biaisée. En effet, les personnes auraient tendance à choisir des domaines de vie jugés satisfaisants et négligeraient ceux qui sont source d'insatisfactions. Ce biais pourrait relever d'un effet intergénérationnel (« on ne doit pas se plaindre »).

Dans la perspective phénoménologique mais sur base de domaines de vie déterminés et identiques pour tous, Dupuis, Perrault, Lambany, Kennedy et David (1989) ont développé un instrument d'évaluation pour adultes basé sur la théorie des systèmes de contrôle : l'Inventaire Systémique de Qualité de Vie (ISQV©). Ce questionnaire, subjectif et global (Duquette, Dupuis & Perrault, 1994), se fonde sur un modèle théorique postulant que

l'établissement de buts et leur poursuite sont à l'origine des comportements de tout individu (Dupuis et al., 1989). Contrôlés et maintenus par cette poursuite des buts, les comportements humains visent à réduire l'écart pouvant exister entre la condition actuelle de l'individu et les objectifs qu'il se fixe, tout en tenant compte de l'importance différentielle de ces objectifs. Dans cette optique, la qualité de vie « *à un moment donné dans le temps, est un état qui correspond au niveau atteint par une personne dans la poursuite de buts organisés hiérarchiquement par elle* » (Dupuis et al., 1989). Une telle structure théorique témoigne d'une prise en compte tant des plans de vie du sujet que de ses capacités d'adaptation.

A l'heure actuelle, la base de données de l'ISQV© comprend près de 1000 protocoles provenant de plusieurs études effectuées dans divers pays (Canada, Belgique, ...) et portant sur divers types de populations adultes: sujets souffrant de troubles des conduites alimentaires (Boivin, Ratté, Harvey, Villeneuve & Dupuis, 2004), de fibrose kystique, de problèmes valvulaires (Taillefer, Dupuis, Hardy & LeMay, 2005), de sclérose en plaques (Ouellet, Rouleau, Bertrand-Gauvin, Duquette & Scherzer, soumis), de problèmes musculo-squelettiques (Coutu, Durand, Loisel, Dupuis & Gervais, 2005), de cancer (Conradt, Etienne, Dupuis & Razavi, 2003) et de maladie pulmonaire (Dupuis & Martel, 2005). En outre, des données concernant 300 sujets adultes sains sont disponibles et constituent les données contrôles actuelles (Dupuis & Martel, 2005).

Méthode

Objectifs

L'objectif principal de la recherche est de tester, dans un groupe de sujets âgés, l'intérêt et la faisabilité de l'Inventaire Systémique de Qualité de Vie (ISQV©) afin de

déterminer les modalités d'une adaptation de cet outil à une population de sujets âgés, tant au niveau du contenu que du matériel.

Population

La population comporte 135 sujets volontaires, âgés de 65 à 85 ans, répondant aux critères d'inclusion: retraité, non institutionnalisé, santé physique et mentale satisfaisante et langue française comme langue d'origine.

Instrument

L'**ISQV**© (Dupuis, Taillefer, Rivard, Roberge & St-Jean, 2001 ; figure 1) envisage l'évaluation de la qualité de vie en termes d'écart entre la situation actuelle et les buts dans 28 domaines de vie. Cet écart est pondéré par la vitesse d'amélioration ou de détérioration ainsi que par l'importance relative accordée par le sujet à chaque domaine de sa vie. Ces 28 items sont regroupés en neuf dimensions : la santé physique (6 items), la cognition (2 items), l'environnement social et familial (3 items), le couple (2 items), les loisirs (2 items), le travail (6 items), l'entretien ménager (2 items), le fonctionnement affectif (3 items) et la spiritualité (2 items). Pour chaque dimension (+ d'un point de vue global), quatre scores principaux sont calculés via un programme informatique : l'Etat, le But, le Rang et l'Ecart.

- Score d'Etat = Distance moyenne entre la situation actuelle et la situation idéale.
- Score de But = Distance moyenne entre la situation désirée et la situation idéale.
- Score de Rang (potentiel de conflit) = Moyenne des rangs des 28 items.
- Score d'Ecart = Distance moyenne entre l'Etat et le But, pondérée par la vitesse d'amélioration ou de détérioration et le rang du domaine dans la hiérarchie des priorités ➔ Score de qualité de vie.

Plus les scores sont élevés, plus ils témoignent respectivement d'une mauvaise situation actuelle, de faibles attentes, d'une grande importance de l'item et d'une mauvaise qualité de vie.

Insérez ici la figure 1

Tous les sujets inclus dans cette étude étant retraités, les items relatifs au type de travail, à l'efficacité au travail, aux interactions avec les collègues et aux interactions avec les employeurs ont été supprimés. Seuls les items liés aux finances et aux activités non rémunérées ont été conservés.

Les **données socio-démographiques** portent sur le sexe, l'âge, le niveau d'études et le statut marital (isolé, en couple).

Collecte des données

Le recueil des données s'est effectué au domicile des sujets. L'ISQV© a été administré individuellement en présence de l'assistant de recherche. Après un bref entretien sur les buts de l'étude se terminant par une demande de consentement éclairé, l'assistant de recherche présentait les consignes de passation, fournissait les explications demandées et prenait note des commentaires spontanés suscités par l'instrument.

Résultats

La population comporte 135 personnes âgées en moyenne de 75 ans et 4 mois ($\sigma = 4$ ans et 3 mois). Parmi elles, on retrouve 64 hommes (47.5%) et 71 femmes (52.5%). La majorité vit en couple (76%). 32 personnes âgées ont fait des études primaires (23.7%), 51

des études secondaires (37.8%), 39 des études supérieures (28.9%) et 13 des études universitaires (9.6%).

Les résultats des statistiques descriptives montrent que la qualité de vie des sujets est satisfaisante (tableau 1) : les scores Ecart de l'ISQV© sont inférieurs à 3, excepté pour le score lié à la cognition ($\mu = 4.23$). Les différences entre les scores Etat et But des différentes dimensions sont relativement faibles, excepté au niveau de la dimension « cognition ». Globalement, cette différence relativement faible signifie que la situation actuelle et les attentes des personnes âgées ne diffèrent pas fortement. Les scores de Rang des dimensions « loisirs », « entretien ménager » et « spiritualité » sont les plus faibles, ce qui témoigne d'une moindre importance accordée à ces dimensions. Enfin, on note encore que deux dimensions sont sous-représentées : « couple » ($n=118$), et « spiritualité » ($n=121$).

Insérez ici le tableau 1.

Discussion

Synthèse des données

L'analyse des données ISQV© montre que la qualité de vie du groupe de sujets belges âgés de 65 à 85 ans est bonne. La majorité des scores ISQV© (global et dimensionnels) sont proches de 0, ce qui atteste d'une faible différence entre la situation actuelle (Etat) du sujet et la situation qui le satisferait (But). Il en résulte peu d'incertitude dans la poursuite des buts organisés hiérarchiquement par la personne ainsi qu'un sentiment d'auto-efficacité et de contrôle dans ces domaines de vie. Le score plus élevé au domaine « cognition » indique que les sujets évaluent différemment la situation qu'ils aimeraient atteindre (But). La qualité de vie pourrait, pour ce domaine, être considérée comme « moins satisfaisante » alors qu'elle

concerne le domaine le plus important (score de Rang le plus élevé). Cette observation n'est pas étonnante étant donné l'importance accordée par la personne âgée à son fonctionnement cognitif. Cette importance se reflète parfaitement au travers de réflexions classiques telles que « avoir encore toute sa tête » ou « peur de la perdre ».

Le domaine « spiritualité » présente des scores négatifs, ce qui signifie que le sujet se trouve au-delà de ses propres objectifs. Cliniquement, cela témoigne d'un idéal atteint et même dépassé.

Perspectives futures

Le protocole de l'ISQV© utilisé est celui de l'outil originel développé pour des sujets adultes. Conformément aux buts de cette recherche préliminaire, la passation auprès de personnes âgées amène à envisager des adaptations méthodologiques (matériel, consignes et contenu) afin d'accroître la sensibilité de l'outil aux spécificités de la personne âgée.

Matériel ISQV©.

Le format des réponses (échelle de type « Visual Analog Scale », c'est-à-dire une échelle d'appréciation de 0 à Idéal présentée sous forme de cadran ; figure 1) a déconcerté certains sujets. Une aide aux premiers items (sous forme d'un exemple concret) a permis à la majorité des sujets de remplir seul l'ISQV©. Un rappel des différents types de réponse a parfois été nécessaire en cours de passation. Toutefois, l'instrument est destiné à être souvent utilisé, comme chez l'adulte, sous forme d'entretien, ce qui permet d'offrir une aide continue au participant.

La taille de la VAS a été jugée trop petite par certains sujets et la construction d'un matériel plus grand et plus aéré semblerait utile.

Consignes ISQV©.

La présentation des consignes et surtout leur longueur a engendré un *a priori* négatif chez beaucoup de sujets quant à la difficulté à remplir le questionnaire. Pour une minorité d'entre eux, une petite pause et une lecture paragraphe par paragraphe suivi d'une synthèse récapitulative a été nécessaire.

La consigne relative à la donnée de But (« quelle serait la situation que vous jugeriez satisfaisante s'il était possible de l'atteindre ? ») a été source de difficultés pour un certain nombre de sujets. Une reformulation serait peut-être nécessaire afin d'améliorer la compréhension de la donnée mesurée. Pour certains items, certaines personnes exprimaient le sentiment que, vu leur âge, la situation ne pourrait plus s'améliorer (« à mon âge, c'est déjà bien » ou encore « en comparaison à d'autres personnes de mon âge, je dois m'estimer heureux(se) ») et qu'elles devaient se contenter de ce qu'elles avaient. Un recadrage de la perspective sous-tendant cette question les amenait souvent à répondre que la situation satisfaisante (le But) correspondait à la situation actuelle (l'Etat). Cette démarche de réponse, commentée par le sujet, témoignait souvent de la mise en place de mécanismes adaptatifs.

Contenu ISQV©.

Avant d'aborder la question du contenu, il faut rappeler que cette recherche était exploratoire et qu'elle constituait une première étape en vue de l'élaboration d'une version spécifique de l'ISQV© pour la personne âgée. Dès lors, nous n'avons pas jugé nécessaire d'effectuer des analyses statistiques afin de déterminer si les différentes dimensions de l'échelle conservaient toujours des qualités psychométriques satisfaisantes au sein de la population âgée (consistance interne et inter-corrélation entre les dimensions). Nous n'avons

pas non plus vérifié que les deux questions liées au domaine « travail » (finances et activités non rémunérées) appartenaient bien à une même dimension.

Au niveau du contenu, il semble essentiel de distinguer d'une part les items ayant posé problème lors de la passation et d'autre part les items jugés intéressants à ajouter suite aux commentaires des sujets et à la revue de la littérature effectuée (Farquhar, 1995 ; Bowling et al., 2003 ; Bond & Corner, 2004 ; Gabriel & Bowling, 2004 ; Haywood et al., 2005 ; Hickey et al., 2005 ; Wilhelmson et al., 2005).

Premièrement, les items ayant posé problème :

- L'item « interactions avec la famille » : certains sujets ont souhaité distinguer les différents membres alors que l'ISQV© ne différencie que les enfants et le reste de la famille. Pour une personne âgée, la famille comprend de nombreux membres, dont certains proviennent de la descendance alors que d'autres sont venus se greffer au cours de l'existence (belle-famille). De plus, la place et le rôle de la personne au sein du système familial se modifie avec l'avancée en âge. Ainsi, la personne âgée peut d'abord avoir un rôle actif, d'aide à ses enfants adultes avant d'évoluer secondairement vers un rôle passif, de personne aidée en fonction de ses incapacités physiques et/ou mentales.
- L'item « estime de soi » (opinion globale de soi) a posé quelques problèmes de compréhension chez certains sujets. Le terme « confiance en soi » semble plus approprié.
- L'item « moral » : certains sujets ont nuancé la formulation de l'item. La situation idéale fournie pour ce domaine de vie précise qu'il s'agit d'« avoir un excellent moral, (être très heureux(se), pas déprimé(e) ni découragé(e) par le futur). Or, pour ces sujets, si la réponse aux trois premières illustrations était « positive », ils se disaient

par contre découragés, non pas pour leur futur, mais pour celui de leurs enfants et surtout de leurs petits-enfants.

Deuxièmement, les items qui semblent intéressants à ajouter : items liés aux activités de la vie quotidienne, aux activités de la vie journalière, à l'accès à des facilités, à la qualité du logement, aux relations avec les (arrières) petits-enfants, à la qualité des différents sens (vision, audition, ...), à l'avenir de leurs proches, à la santé de leurs proches, à la réalisation de soi, à l'avenir personnel et enfin, à l'attitude des gens envers soi.

L'ajout de ces items contribuera à augmenter la pertinence de l'outil et permettra de maintenir certains items présents dans la version adulte de l'ISQV©. Cette présence d'un tronc commun entre la version originelle adulte et la version pour personne âgée va permettre des comparaisons entre les deux populations ainsi que des suivis longitudinaux.

Conclusion

L'utilisation de l'ISQV© pour une population de personnes âgées s'est révélée intéressante et instructive. Sa passation a démontré la pertinence de la mesure en termes d'Ecart, avec notamment la mise en évidence de stratégies d'adaptation. La passation a également permis de constater la nécessité d'effectuer des aménagements afin de rendre l'outil plus sensible et plus approprié à la spécificité de la personne âgée.

Les résultats obtenus révèlent une bonne qualité de vie pour le groupe âgé. Cette bonne qualité de vie pourrait s'expliquer par la combinaison de divers facteurs tels qu'une bonne situation actuelle, une moindre importance accordée aux domaines et des attentes relativement faibles.

Bibliographie

Bain, G.H., Lemmon, H., Teunisse, S., Star, J.M., Fox, H.C., Deary, I.J., & Whalley, L.J. (2003). Quality of life in healthy old age: relationships with childhood IQ, minor psychological symptoms and optimism. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 38, 632-636.

Baltes, P.B., & Baltes, M.M. (1990). Psychological perspectives on successful aging : the model of selective optimization with compensation. In P.B. Baltes (Eds.), *Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences*. New York: Cambridge University Press.

Baltes, M.M., & Cartensen, L.L. (1996). The process of successful aging. *Ageing and Society*, 16, 397-422.

Barofsky, I. (1996). Cognitive aspects of quality of life assessment. In B. Spilker (Eds), *Quality of Life in Pharmacoeconomic and Clinical Trials*. 2nd ed. Philadelphia: Lippincott-Raven Publishers.

Beaumont, J., & Kenealy, P. (2004). Quality of life perceptions and social comparisons in healthy old age. *Ageing & Society*, 24, 755-769.

Bergner M., Bobbitt R.A., Carter W.B., Gilson, B.S. (1981). The Sickness Impact Profile: development and final revision of a health status measure. *Medical Care*, 19, 787-805.

Birren, J.E., & Dieckmann, L. (1991). Concepts and content of quality of life in the later years: an overview. In J.E. Birren, J.E. Lubben, J.C. Rowe, D.E. Deuchman (Eds), *The concept and measurement of quality of life in the frail elderly*. San Diego, Academic Press.

Boivin, S., Ratté, C., Harvey, J., Villeneuve, J., & Dupuis, G. (2004, Mai). *Trouble de comportement alimentaire et fibrose kystique*. Papier présenté au 72^{ème} Congrès de l'Acfas, Montréal, Québec.

Bond, J., & Corner, L. (2004). *Quality of life and older people*. Open University Press.

Bowling, A., Gabriel, Z., Dykes, J., Evans, O., Fleissig, A., Banister, D., & Sutton, S. (2003). Let's ask them : a national survey of definitions of quality of life and its enhancement among people aged 65 and over. *International Journal Aging and Human Development*, 56 (4), 269-309.

Bowling, A., Farquhar, M., Grundy, E., & Formby, J. (1993). Changes in life satisfaction over a two and a half year period among very elderly people living in London. *Social Science and Medicine*, 36, 641-655.

Bowling, A., Farquhar, M., & Browne, P. (1991). Life satisfaction and associations with social network and support variables in three samples of elderly people. *International Journal of geriatric Psychiatry*, 6, 549-566.

Bowling, A., Gabriel Z., Dykes J., Dowding, L.M., Evans, O., Fleissig, A., Banister, D., & Sutton, S. (2003). Let's ask them: a national survey of definitions of quality of life and

its enhancement among people aged 65 and over. *International Journal of Aging & Human Development*, 56(4), 269-306.

Bradburn, N. (1969). *The Structure of psychological well-being*. Chicago : Aldine.

Bradburn, N., & Caplovitz, D. (1965). *Reports on happiness*. Chicago : Aldine.

Conradt, S., Etienne, A.M., Dupuis, G., & Razavi, D. (2003, Mai). *Qualité de vie, communication patient-médecin et type de cancer*. Papier présenté au 71^e Congrès de l'Acfas, Rimouski, Québec.

Costa, P.R. Jr, Zonderman, A.B., McCrae, R.R., Cornoni-Huntley, J., Locke, B.Z., & Barbano, H.E. (1987). Longitudinal analyses of psychological well-being in a national sample: Stability of mean levels. *Journal of Gerontology*, 42, 50-55.

Coutu, M.F., Durand, M.J., Loisel, P., Dupuis, G., & Servais, S. (2005). Measurement properties of a new quality of life measure for patients with work disability associated with musculoskeletal pain. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 15, 295-312.

Dempster, M., & Donnelly, M. (2000) How well do elderly people complete individualised quality of life measures : An exploratory study. *Quality of Life Research*, 9, 369-375.

Dominick, K.L., Ahern, F.M., Gold, C.H., Heller, D.A. (2003). Health-related quality of life among older adults with activity-limiting health conditions. *Journal of Mental Health and Aging*, 9(1), 43-53.

Duke University. Center for the study of Aging and human development. (1978). *Multidimensional Functional Assessment : The OARS Methodology*. (2^a ed.) Durham, NC: Duke University.

Dupuis, G., & Martel, J-P. (2005, Mai). *Planning rehabilitation by measuring quality of life on the Web*. Papier présenté au 4e symposium international de Québec sur la prévention /réadaptation cardio respiratoire: Le même traitement pour tous? Des interventions sur mesure!, Québec.

Dupuis, G. Perrault, M.C., Lambany, E., Kennedy, E., & David, P. (1989). A new tool to assess quality of life : the Quality of Life Systemic Inventory. *Quality of Life and Cardiovascular Care*, 5(suppl. 1), 36-45.

Dupuis, G., Taillefer, M.C., Etienne, A.M., Fontaine, O., Boivin, S., & Von Turk, A. (2000). Measurement of quality of life in cardiac rehabilitation. In J. Jobin, F. Maltais, P. Leblanc & C. Simond (Eds.) *Advances in cardiopulmonary rehabilitation*. Human Kineticsn Champaign, USA.

Dupuis, G., Taillefer M.C., Rivard, M.J., Roberge M.A., & St-Jean, K. (2001). Quality of Life Systemic Inventory (QLSI): Sensitivity to change and psychometric characteristics. *Annals of Behavioral Medecine*, 23(Suppl.), 160.

Duquette, R., Dupuis, G., & Perrault, J. (1994). A new approach for quality of life assessment in cardiac patients : Rationale and validation of the Quality of Life Systemic Inventory. *The Canadian Journal of Cardiology*, 10(1), 106-112.

Farquhar, M. (1995). Elderly people's definitions of quality of life. *Social Science and Medicine*, 41(10), 1439-1446.

Fassino, S., Leombruni, P., Daga, G.A., Brustolin, A., Rovera, G.G., & Fabris, F. (2002). Quality of life in dependent older adults living at home. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 35, 9-20.

Gabriel, Z., & Bowling, A. (2004). Quality of life from the perspective of older people. *Ageing and Society*, 24(5), 675-691.

Grégoire, J. (1995). Introduction : L'évaluation de la qualité de vie. *Revue Européenne de Psychologie Appliquée*, 45(4), 243-244.

Gill, T., & Feinstein, A. (1994). A critical appraisal of the quality of life measurements. *The Journal of the American Medical Association*, 272(8), 619-626.

Haywood, K.L., Garrat, A.M., & Fitzpatrick, R. (2005). Older people specific health status and quality of life: a structured review of self-assessed instruments. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 11(4), 315-327.

He, J., Luan, Q., Xie, C., Du, C., & Cheng, Y. (2002). Quality of life and mental state of the retired elderly. *Chinese Mental Health Journal*, 16(3), 177-178.

Hunt, S.M., McKenna, S.P., McEwen, J., Williams, J., & Papp, E. (1981). The Nottingham Health Profile: subjective health status and medical consultations. *Social Science and Medicine*, 15(3), 221–229.

Hickey, A., Barker, M., Mc Gee, H., & O’Boyle, C. (2005). Measuring health-related quality of life in older patient populations : a review of current approaches. *Pharmacoeconomics*, 23(10), 971-993.

Higgs, P., Hyde, M., Wiggins, R., & Blane, D. (2003). Researching quality of life in early old age: the importance of the sociological dimension. *Social Policy and Administration*, 37(3), 239-252.

Kaplan, R.M., Sieber, W.J., & Ganlats, T.G. (1997). The Quality of Well-Being Scale: comparison of the interview-administered version with a self-administered questionnaire. *Psychology and Health*, 12, 783-791.

Katz, S., Ford, A.B., & Moskowitz, R.W. (1963). The index of ADL : A standardised measure of biological and psychosocial function. *The Journal of the American Medical Association*, 185, 914-919.

Kozma, A., & Stone, M. (1980). The measurement of Happiness : Development of The Memorial University of Newfoundland Scale of Happiness (MUNSH). *Journal of Gerontology*, 35, 906-912.

Lawton, M. (1972). The dimensions of morale. In D. Kent, R. Kastenbaum, & S. Sherwood (Eds.). *Research planning and action for the elderly : The power and potential of social science*. New-York : Behavioral Publications.

Lawton, M. (1975) The Philadelphia geriatric Center Morale Scale : A revision. *Journal of Gerontology*, 30, 511-523.

Maddux, R.E., Delrahim, K.K., Rapaport, M.H. (2003). Quality of life in geriatrics patients with mood and anxiety disorders. *CNS-Spectrums*, 8(12, Suppl. 3), 35-47.

Mahoney, F.I., & Barthel, D.W. (1965). Functional evaluation : The Barthel Index. *Maryland State Medical Journal*, 14, 61-65.

Meenan, R.F., Gertman, P.M., & Mason, J.H. (1980). Measuring health status in arthritis : the arthritis impact measurement scales. *Arthritis Rheumatism*, 23, 146-152.

Nagatomo, I., Kita, K., Takigawa, M., Nomaguchi, M., & Sameshima, K. (1997). A study of the quality of life in elderly people using psychological testing. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 12, 599-608.

Nagatomo, I., Nomaguchi, M., & Matsumoto, K. (1993). Depression and quality of life in the elderly in a special nursing home. *Japanese Journal of Psychiatry and Neurology*, 47, 525-529.

Nagatomo, I., Nomaguchi, M., & Takigawa, M. (1995). Anxiety and quality of life in residents of a special nursing home. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 10, 541-545.

Nelson, E., Wasson, J., Kirk, J., Keller, A., Clark, D., Dietrich, A., Stewart, A., & Zubkoff, M. (1987). Assessment of function in routine clinical practice: Description of the COOP chart method and preliminary findings. *Journal of Chronic Disease*, 40(Suppl 1), 55S-63S.

Nesbitt, B.J., Heidrich, S.M. (2000). Sense of coherence and illness appraisal in older women's quality of life. *Research in Nursing and Health*, 23(1), 25-34.

Neugarten, B., Havigurst, R., & Tobin, S. (1961) The measurement of life satisfaction. *Journal of Gerontology*, 30, 77-84.

O'Boyle, C., Browne, J., Hickey, A, McGee, H., & Joyce, C. (1995). *Manual for the SEIQoL-DW*. Department of Psychology, Royal College of Surgeons in Ireland, Dublin.

Ouellet, J., Rouleau, I., Bertrand-Gauvin, C., Duquette, P., & Scherzer, B.P. (soumis). Assessment of social cognition in patients with multiple sclerosis.

Power, M., Quinn, K., Schmidt, S., & the WHOQOL-OLD Group. (2005). Development of the WHOQOL-Old module. *Quality of Life Research*, 14, 2197-2214.

Pfeiffer, E., Jonhson, T., & Chiofolo, R. (1981). Functional assesment of elderly subjects in four service settings. *Journal of American Geriatric Society*, 29, 433-437.

Spiro, A., & Bossé, R. (2000). Relations between heath-related quality of life and well-being : The gerontologist's new clothes. *International Journal of Aging and Human Development*, 50, 297-318.

Stewart, A.L., Sherbourne, C.D., & Brod, M. (1996). Measuring health-related quality of life in older and demented populations. In B. Spilker (Ed.) *Quality of life and pharmacoeconomics in clinical trials*. Philadelphia, New York : Lippincott-Raven Publishers.

Taillefer, M.C., Dupuis, G., Roberge, M.A., & May, S.L. (2003). Health-related quality of life model : systematic review of the literature. *Social Indicator Research*, 64(2), 293-323.

The EuroQol Group. (1990). EuroQol: a new facility for the measurement of health-related quality of life. *Health Policy*, 16, 199-208.

Walker, A., & Maltby, T. (1997). *Ageing Europe*. Buckingham: Open University Press

Ware, J. E. Jr., Kosinski, M., & Keller, S.D. (1996). A 12-Item Short-Form Health Survey: Construction of scales and preliminary tests of reliability and validity. *Medical Care* 34(3), 220-33.

Ware, J., Snow, K., & Kosinski, M. (1993). *SF-36 Health Survey : Manual and Interpretation guide*. Boston. MA : The Health Institute.

Wilhelmson, K., Andersson, C., Waern, M., & Allebeck, P. (2005). Elderly people's perspectives on quality of life. *Ageing and Society*, 25(4), 585-600.

Note des auteurs

a) Affiliation des auteurs :

Michel Ylieff, Pierre Missotten, Gilles Squelard et Anne-Marie Etienne : Université de Liège, Belgique

Gilles Dupuis : Université du Québec, Canada

b) Source de financement

c) Remerciements

d) Adresse de contact

Toute correspondance relative à cet article peut être adressée à Monsieur Pierre Missotten, Faculté de Psychologie et des Sciences de l'Education, Département Personne et Société, Psychologie du Vieillissement, Boulevard du Rectorat B33, 4000 Liège, Belgique ou sur courrier électronique : pmissotten@ulg.ac.be

Tableau 1 : Données descriptives ISQV© : scores Etat, But, Rang et Ecart

	n	ISQV© Etat	ISQV© But	ISQV© Rang	ISQV© Ecart
Santé physique	135	29,64 (16.60)	21,41 (10.04)	1,53 (0.22)	2,32 (4.31)
Cognition	135	35,07 (20.32)	22,54 (13.29)	1,63 (0.30)	4,41 (6.83)
Social – familial	135	19,20 (14.77)	17,49 (12.23)	1,60 (0.29)	0,19 (3.56)
Couple	118	29,42 (23.55)	23,07 (16.81)	1,47 (0.36)	1,28 (4.81)
Loisirs	135	26,70 (19.78)	21,58 (12.14)	1,16 (0.35)	1,21 (4.34)
Travail	135	23,43 (18.86)	21,35 (13.07)	1,41 (0.35)	0,97 (4.62)
Entretien ménager	133	29,62 (23.71)	25,15 (16.26)	1,21 (0.44)	1,07 (5.69)
Affectivité	135	29,48 (17.04)	21,01 (11.95)	1,60 (0.29)	2,35 (4.90)
Spiritualité	121	25,77 (21.88)	27,11 (21.11)	1,14 (0.57)	-0,29 (4.11)
Global	135	27,56 (12.66)	21,68 (8.62)	1,44 (0.19)	1,65 (3.01)

Note : Les minima et maxima des quatre scores principaux de l'ISQV© sont respectivement : 0-100 (Etat et But), 0-2 (Rang) et -100-100 (Ecart). Plus le score d'Etat est élevé, plus la situation actuelle est éloignée de la situation idéale. Plus le score de But est élevé, plus les attentes de la personne sont éloignées de la situation idéale. Plus le score de Rang est élevé, plus le domaine est important. Enfin, plus le score Ecart est élevé, plus la différence entre situation actuelle et aspirations est grande : un score positif indique que la situation actuelle est inférieure aux attentes alors qu'un score négatif indique que la situation actuelle dépasse les attentes de la personne. Plus le score est positivement élevé, moins bonne est la qualité de vie.

Figure 1 : Présentation de l'ISQV© au travers d'un item : le sommeil

Figure 1 :

1. Sommeil (capacité de bien dormir)

Situation idéale : être parfaitement heureux(se) de la qualité de mon sommeil

