

Effets de l'incapacité, de la dépression et des troubles somatiques sur la santé auto-évaluée

E. CHRISTE, L. RAYMOND, A. CLEMENCE

GUGRISPA (Groupe universitaire genevois de recherche sur l'intégration sociale des personnes âgées) - IMSP (Institut de médecine sociale et préventive) Université de Genève

1. INTRODUCTION

L'OMS a introduit la notion de sentiment de bien-être dans sa définition de la santé, en admettant explicitement que cette condition ne dépendait pas exclusivement de l'absence de toutes pathologies. Cette dimension spécifique appartient de toute évidence au champ de la santé mentale et s'identifie étroitement à l'une de ses manifestations: la dépression.

Par ailleurs, ces dernières années, de nombreuses recherches ont visé à montrer que l'état de santé pouvait être mesuré par l'incapacité fonctionnelle. Une telle approche se fonde sur l'idée que toute pathologie à son stade clinique se répercute sur la capacité de fonctionnement de l'individu. Les effets de la maladie mentale seraient également perceptibles sur ce plan.

Le matériel réuni à l'occasion de l'étude interdisciplinaire sur la mise à l'écart des personnes âgées, réalisée à Genève et dans le Valais Central dans le cadre du Programme national de recherche no 3 (2), nous a permis d'examiner certains aspects de ces assertions.

En supposant que le sentiment de bien-être intervient dans le jugement que porte un individu sur sa santé, nous nous sommes demandé dans quelle mesure le degré d'incapacité fonctionnelle rendait compte de cette auto-évaluation. Plus précisément, il s'agissait de savoir si les pathologies à caractère somatique (ici les troubles somatiques) et la dépression ne manifestaient leurs effets qu'à travers l'incapacité fonctionnelle - celle-ci étant donc limitée exclusivement au rôle de variable intermédiaire - ou si, au contraire, ces deux types de pathologies conservaient un effet propre sans incidence sur l'incapacité fonctionnelle.

2. MATERIEL ET METHODES

Nos analyses ont été effectuées à partir de quatre échantillons composés selon le sexe et la région, et représentatifs de la population âgée de 65 ans et plus. Le milieu urbain (Genève) était représenté par 374 hommes et 383 femmes, alors que 386 hommes et 379 femmes étaient issus d'une population comprenant une part appréciable d'artisans et d'agriculteurs (Valais central). Notons que les personnes âgées vivant en institution, auxquelles avait été soumis un questionnaire différent, ne sont pas considérées dans ces analyses. Les informations sur l'incapacité fonctionnelle et sur la notion de dépression ont été recueillies par un questionnaire auto-administré, alors que les données relatives aux troubles somatiques et à l'auto-évaluation de la santé étaient établies sur la base d'une interview. En ce qui concerne les pathologies, les troubles les plus fréquents étaient énumérés, mais la question restait ouverte, de manière à saisir toutes les plaintes de l'intéressé.

La question sur l'état de santé global proposait à l'interviewé 5 réponses: "Très bon", "bon", "satisfaisant", "plutôt mauvais", "mau-

vais". Pour les analyses, un score a été attribué à chaque catégorie, de manière à normaliser la distribution des réponses.

Les questions retenues pour évaluer le degré de capacité fonctionnelle étaient celles qui ont été sélectionnées par le groupe de travail ad hoc de l'OCDE (3). Il s'agit en fait d'activités-tests, qu'il faut pouvoir accomplir seul, sans difficultés majeures. Les réponses sont trichotomiques: "peut sans difficulté", "peut avec peine", "ne peut pas accomplir tel geste ou telle tâche". Ces divers items définissant l'incapacité ont été réduits à 5 dimensions principales par une analyse factorielle préalable. Chaque facteur, baptisé selon les variables expliquées (mobilité, dépendance, etc...) a donné lieu au calcul d'un score, constitué par simple addition des composantes, puis standardisé. A noter que les variables énumérées dans le tableau 1 sont dans l'ordre de leur pouvoir explicatif.

Tableau 1: Variables primaires et éléments de l'incapacité fonctionnelle

Variables primaires	Élément
Entrer/sortir	MOBILITE
Marcher 400 mètres	
Monter un escalier	
Déplacement dans la maison	
Se lever	DEPENDANCE
S'habiller	
Couper ses aliments	
Se couper les ongles des pieds	HYGIENE
Se laver entièrement	
Converser	OUIE
Entendre une personne	
Lire le journal	VUE
Soulever 5 kg.	-

Le sentiment de dépression a été mesuré au moyen de l'indicateur de Wang (4), légèrement modifié en vue d'une adaptation au contexte culturel européen. Comme pour l'incapacité, les variables primaires ont donné lieu à un regroupement obtenu par l'analyse factorielle pour l'établissement d'un score par élément, l'échelle de chaque élément étant standardisée. Dans l'ensemble, les regroupements confirmaient assez bien l'expérience clinique de la symptomatologie de la dépression.

3. RESULTATS

L'analyse a porté premièrement sur les corrélations entre la santé auto-évaluée et les éléments scorés de l'incapacité. Le calcul de la régression multiple révèle un pouvoir explicatif significatif pour 3 éléments, soit, dans l'ordre: MOBILITE, OUIE et HYGIENE. L'entrée dans la régression des deux derniers éléments ne modifie pas la fraction de la variance expliquée (cf. tableau 3).

L'entrée des dimensions de la dépression au rang des facteurs explicatifs accroît très

nettement la fraction expliquée de la variabilité des réponses sur l'état de santé. Le rôle joué par la dépression est plus important lorsque celle-ci est introduite après décomposition: $R^2 = 0.33$ pour l'indice global, contre 0.36 par composante (cf. tableau 3). A ce propos, on peut être surpris que le premier élément de dépression introduit soit la composante somatique, puisqu'il s'agit d'un type de plaintes dont l'origine pourrait être du même ordre que celle de l'incapacité fonctionnelle. Par ailleurs, l'accroissement du pouvoir explicatif du modèle s'accompagne d'une élévation du seuil de la fraction de la population touchée par au moins un des critères considérés.

Tableau 2: Variables primaires et éléments de la dépression

Variables primaires	Elément
Tristesse	DEPRESSION
Crises de larmes	
Anxiété	
Solitude	
Confiance en l'avenir	CONFIANCE
Confiance en soi	
Plaisir dans l'action	
Appétit	SOMATISATION
Insomnie	
Fatigue	
Apathie	REGRESSION
Perte de mémoire	
Irritabilité	-

Tableau 3: Poids des éléments de l'incapacité, de la dépression et des troubles somatiques sur la santé auto-évaluée

Ordre d'entrée des éléments	R^2 =fraction cumulée de la variance expliquée
I. INCAPACITE: MOBILITE	0.19
OUIE	0.20
HYGIENE	0.21
II. DEPRESSION: SOMATISATION	0.36
REGRESSION	
DEPRESSION	
III. TROUBLES: VOCAUX ET DE L'ELOCUTION	0.44
CARDIAQUES	
RESPIRATOIRES,	
etc...	

L'introduction des données relatives aux troubles somatiques améliore encore sensiblement le pouvoir explicatif du modèle. Apparemment, les troubles de la voix, les troubles cardiaques et respiratoires notamment étaient insuffisamment pris en compte par les seules variables de l'incapacité et de la dépression réunies.

3. CONCLUSIONS

L'incapacité fonctionnelle, telle que définie par l'OCDE) ne rend que très imparfaitement compte de l'état de santé résultant d'une auto-évaluation. L'introduction des dimensions de la dépression et des troubles somatiques augmente significativement le pouvoir explicatif du modèle qui reste toutefois relativement faible. Cette insuffisance est à rechercher dans deux directions. La première est que le sentiment de bonne santé et surtout celui d'être malade serait lié à une forme de pathologie indépendante des formes de morbidité recensées: l'hypocondrie. La seconde tiendrait aux difficultés que pose une enquête par questionnaire. Nous pensons aux fluctuations quasiment aléatoires de la santé auto-évaluée qui diminue l'exactitude statistique et aux incidences que les représentations dominantes du groupe d'appartenance et du groupe de référence ont sur les attitudes et opinions recueillies de cette manière (5).

NOTES ET REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- (1) Composition du GUGRISPA: C. Lalive d'Epina, chef de projet; H.M. Hagmann, O. Jeanneret, J.P. Junod, J. Kellerhals, L. Raymond, J.P. Schellhorn, requérants; E. Christe, J. Coenen-Huter, G. Wirth, B. de Wurstemberger, chercheurs.
Adresse: Gugrispa, p.a. Institut de médecine sociale et préventive - 20, Quai Ernest-Ansermet - CH 1211 GENEVE 4.
- (2) M. E. Christe, Mise à l'écart et dépendance des personnes âgées, Médecine sociale et préventive 24, 303-304, 1979.
- (3) OCDE, Health fulness of life/Common development effort no 1, 1978 (document de travail)
- (4) R. Wang, S. Trub, L. Alverno, A Brief Self-Assessing Depression Scale, The Journal of Clinical Pharmacology, 15, 163, 1975.
- (5) cf. à propos de la Santé auto-évaluée: L. Raymond, C. Weber, Degré d'incapacité fonctionnelle selon l'échelle de Gutmann et auto-évaluation de la santé, au 3ème âge, Médecine sociale et préventive 24, 253-254, 1979 et G.G. Fillenbaum, Social Contrat and Self-Assessment of Health among the Elderly, Journal of health and social behavior, no 1, 1979.

SUMMARY

Inccapacity, depression and somatic disorders: effect on the self-assessment of the state of health.

Persons over 65 years of age were questioned on their state of health, in Geneva and the central part of canton of Wallis. The self-assessment of the state of health is only partially accounted for by the functional disability.

ZUSAMMENFASSUNG

Behinderung, Depression und körperliche Beschwerden: Auswirkung auf die Selbsteinschätzung der Gesundheit im dritten Alter. In Genf und im Mittelwallis sind 1522 65-jährigen oder ältere Personen bezüglich ihrer Gesundheit befragt worden. In dieser Hinsicht kann ihre Gesamteinschätzung nur teilweise der funktionalen Behinderung zugeschrieben werden.

Adresse

GUGRISPA, Institut de médecine sociale et préventive
Quai Ernest-Ansermet 20, 1211 Genève