

No 11-522-XIF au catalogue

**La série des symposiums internationaux  
de Statistique Canada - Recueil**

**Symposium 2006 : Enjeux  
méthodologiques reliés à la  
mesure de la santé des  
populations**



2006



Statistics  
Canada

Statistique  
Canada

Canada

## Validation d'une méthode qualitative appliquée à un instrument multidimensionnel comprenant une question ouverte

José Eduardo Corrente<sup>1</sup>, Cinthia Esbrile Moraes<sup>2</sup> et Tania Ruiz<sup>3</sup>

### Résumé

La population du Brésil vieillit puisque le nombre de personnes âgées a augmenté. Des instruments ont été élaborés pour mesurer la qualité de vie de ces personnes. Un questionnaire composé de différents instruments validés et d'une question ouverte a donc été appliqué à un groupe de personnes âgées de la ville de Botucatu, SP, au Brésil. L'analyse des réponses à la question ouverte, évaluées selon des méthodes qualitatives, a permis d'obtenir onze catégories d'opinions des personnes âgées sur la qualité de vie, et une analyse par grappes des réponses a permis de diviser les personnes âgées en trois groupes. L'étude visait ainsi à valider les catégories obtenues à l'aide de la question ouverte par les questions fermées de l'instrument au moyen d'associations et de l'application de tests du chi carré au niveau de signification de 5 %. On a observé que l'analyse qualitative permet de déterminer les phénomènes sans égard à la saturation de catégories. En revanche, la méthode quantitative montre le poids de chaque catégorie dans un ensemble, c'est-à-dire globalement.

MOTS CLÉS : analyse qualitative, validation, analyse par grappes.

### 1. Introduction

Comme dans d'autres pays développés, on a observé au Brésil un phénomène de vieillissement de la population. Il s'en est suivi une augmentation proportionnelle du nombre de personnes âgées par rapport à la population totale. Le Brésil a donc graduellement cessé d'être un pays jeune, ce qui l'a caractérisé pendant longtemps, et on a commencé à assister au vieillissement de sa population. Ce processus a favorisé les femmes, dont la longévité dépasse celle des hommes, et une telle modification liée à la structure par âge et au sexe porte le nom d'accroissement transitoire.

Le fait de survivre aux autres, parfois pendant de longues périodes, n'est pas synonyme de bonne qualité de vie, puisque la participation aux diverses activités est limitée. Une perte d'autonomie survient souvent, entraînant un amoindrissement de la qualité de vie. Il est donc intéressant de connaître à l'avance les personnes chez qui survient cette perte d'autonomie et le moment où survient cette perte afin d'organiser les soins et les mesures préventives requises. La conception d'instruments visant à évaluer certains éléments de la qualité de vie à un âge avancé ainsi que l'application de ces instruments à la population présentent donc un grand intérêt.

Par conséquent, afin d'évaluer la qualité de vie des personnes de 60 ans et plus habitant la ville de Botucatu, dans l'État de São Paulo, un instrument adapté de l'échelle de la qualité de vie de Flanagan<sup>1,2</sup>, du profil du style de vie individuel<sup>3-5</sup>, de l'enquête sur la qualité de vie de l'Organisation mondiale de la santé WHOQOL-100<sup>6-10</sup> et du questionnaire international sur l'activité physique<sup>11</sup> a été utilisé en 2003, en même temps que des questions sur la morbidité, les données sociodémographiques et la question ouverte suivante : « Que signifie la qualité de vie pour vous? » L'instrument final comprenait 172 variables, et des adaptations ont été apportées au questionnaire après une étude pilote.

L'instrument a été utilisé dans le contexte d'une étude démographique menée auprès de 365 personnes âgées de la ville. Pour former ce groupe, un échantillon aléatoire systématique de ménages a été prélevé à Botucatu, comprenant le quart des ménages dans chaque secteur de recensement urbain de la ville. Tous les résidents des ménages échantillonnés ont été catalogués et, dans la deuxième phase, les résidents de 60 ans et plus ont été

---

<sup>1</sup> Département de biostatistique, institut de sciences biologiques, UNESP, Distrito de Rubião Junior, s/no., Botucatu, São Paulo, Brésil. Courriel : jecorren@ibb.unesp.br.

<sup>2</sup> Étudiant de premier cycle, faculté de médecine, UNESP, Botucatu, São Paulo. Courriel : cin\_esbrile@yahoo.com.

<sup>3</sup> Département de santé publique, faculté de médecine, UNESP, Botucatu, Distrito de Rubião Junior, s/no., Botucatu, São Paulo, Brésil. Courriel : truz@fmb.unesp.br.

échantillonnés aléatoirement dans chaque secteur de recensement d'après les dossiers familiaux compilés précédemment. Des chercheurs locaux spécialement formés se sont rendus au domicile de ces personnes, et le groupe à l'étude a finalement été composé des personnes qui étaient présentes à leur domicile à l'occasion de quatre visites au maximum et qui ont accepté de prendre part à l'enquête.

En ce qui concernant la question ouverte « Que signifie la qualité de vie pour vous? », les réponses obtenues ont été analysées et elles pouvaient être vérifiées. L'analyse des réponses s'est faite en trois étapes : 1) analyse préliminaire, 2) examen du matériel et traitement des résultats et 3) inférences et interprétation. Onze catégories ont été établies d'après l'analyse des réponses : 1) préserver les relations interpersonnelles; 2) maintenir une bonne santé; 3) conserver de saines habitudes; 4) maintenir un bon équilibre mental; 5) accumuler des biens matériels pendant la vie; 6) avoir des loisirs; 7) avoir du plaisir au travail; 8) avoir une vie spirituelle; 9) être intègre et charitable; 10) avoir accès au savoir; 11) vivre dans un environnement favorable.<sup>12</sup> Les données ont aussi été transformées en variables binaires et ont fait l'objet d'une analyse par grappes, à partir de laquelle trois groupes de personnes âgées ont été établis : celles qui établissaient un lien entre qualité de vie, d'une part, et questions affectives et famille, d'autre part; celles qui accordaient de l'importance au plaisir et au confort; celles qui accordaient la priorité à leurs idéaux.

D'autres questions se sont ajoutées à l'instrument, tout en conservant ces trois groupes et en utilisant toujours l'analyse par grappes. Sélectionnées subjectivement, ces questions étaient celles qui définissaient le mieux la qualité de vie à un âge avancé.

Nous avons par conséquent constaté que les personnes âgées du premier groupe, à savoir celles pour qui la qualité de vie était synonyme de vie affective et de famille, s'intéressaient aux questions sur la satisfaction relative à leur santé, sur leur capacité de travailler de même que sur leur satisfaction relative à leur capacité de suivre des cours et d'acquérir des habiletés manuelles, de participer à des activités de loisirs et d'être satisfaites de leur situation financière. Il y avait aussi des personnes âgées qui évitaient les sucreries et qui se disaient heureuses avec leurs conjoints ainsi que celles qui pouvaient se disputer sans perdre leur calme. Il y en avait d'autres qui estimaient être utiles dans leur milieu social et d'autres qui participaient à des associations ainsi qu'à des activités sportives.

Les variables suivantes étaient comprises dans le deuxième groupe, celui formé des personnes âgées qui accordaient surtout de l'importance au plaisir et au confort : faire une forme quelconque de bénévolat à l'extérieur de leur domicile, accorder de l'importance aux biens matériels, être satisfait des rapports avec le milieu familial, les enfants, les frères et sœurs ou les personnes apparentées de même que du lieu de résidence et du confort qu'il procure ainsi que connaître sa pression artérielle et son niveau de cholestérol.

Le troisième groupe, celui formé des personnes âgées dont la priorité était la réalisation de leurs idéaux, englobait les variables suivantes : prendre des boissons alcoolisées, être diabétique, se réserver du temps tous les jours pour se détendre, écouter de la musique, regarder la télévision ou se divertir d'une autre façon, avoir une maladie pulmonaire, ne pas faire d'activité physique, se faire des amis et les conserver, fumer, trouver un équilibre entre le travail et les loisirs, avoir une maladie du cœur ainsi que manger des fruits et des légumes.

En se fondant sur ces trois groupes, les auteurs de l'étude ont cherché à valider l'analyse qualitative de la question ouverte en vérifiant les associations entre les catégories obtenues grâce à cette analyse et les questions fermées de l'instrument. Ils ont voulu également déterminer si ce que les personnes âgées considéraient comme des éléments de la qualité de vie étaient compatibles avec ce qu'elles vivaient dans leur quotidien.

## 2. Méthodologie

Les associations entre les catégories établies grâce à l'analyse qualitative de la question ouverte, converties en variables binaires, et les trente questions sélectionnées précédemment selon le critère subjectif des indicateurs de la qualité de vie mis au jour dans l'analyse par grappes ont été faites en utilisant le test du chi carré ou la méthode exacte de Fisher lorsque cela était indiqué et en prenant en considération un degré de probabilité de 5 %. Toutes les analyses ont été effectuées par le logiciel *SAS for windows* (version 8.02).

### 3. Résultats et examen

Concernant la première catégorie, c'est-à-dire les personnes âgées qui ont dit vouloir préserver les relations interpersonnelles en guise de qualité de vie, une importante association a été observée à l'aide du test du chi carré avec les variables suivantes du questionnaire : avoir des loisirs, notamment rencontrer des amis, faire des sports d'équipe, prendre part aux activités d'associations, être actif dans sa collectivité, se sentir utile dans son milieu social, être satisfait de sa capacité d'acquérir de nouvelles habiletés manuelles, pouvoir apprendre en suivant des cours et en assistant à des conférences, participer à des activités de loisirs, pouvoir travailler, être satisfait de son état de santé et être satisfait de sa capacité de faire des activités quotidiennes. Ce premier groupe de personnes âgées n'était pas associé aux personnes qui disaient être hypertendues, pouvoir se disputer sans perdre leur calme, être satisfaites de leurs relations intimes, avoir l'habitude manger entre les repas, éviter les aliments gras et être insatisfaites de leur situation financière.

Ces associations peuvent laisser entendre que ces personnes âgées sont à la recherche de relations interpersonnelles dans leurs activités sociales ainsi que dans leur participation à des groupes; en d'autres termes, la qualité de vie de la personne âgée passe par la socialisation. Si l'on tient compte que la satisfaction au regard des relations intimes peut être un facteur important relativement aux relations interpersonnelles, une non-association avec cette variable a été observée. Cette situation peut être attribuable au fait que ces personnes âgées n'accordent pas une grande importance à cet aspect de la vie ou encore au fait que nombre d'entre elles sont des veufs ou des veuves et n'ont donc pas de partenaire avec qui partager cette étape de la vie.

Les variables suivantes ont été associées aux personnes de la deuxième catégorie, à savoir celle des personnes âgées qui ont dit se maintenir en bonne santé pour avoir une bonne qualité de vie : être actif dans sa collectivité et se sentir utile dans son milieu social, être satisfait de ses relations intimes avec son conjoint, son compagnon ou son partenaire, avoir l'habitude de manger entre les repas, être satisfait de sa capacité d'acquérir de nouvelles habiletés manuelles de même qu'être satisfait de sa participation à des activités de loisirs et de sa capacité d'accomplir des tâches quotidiennes. Il est donc possible d'avancer que le fait d'être en bonne santé permet à la personne âgée de se livrer à diverses activités. Néanmoins, aucune association n'a été relevée entre le fait d'être hypertendu, d'avoir des loisirs comprenant des rencontres avec des amis, de participer à des activités sportives d'équipe et des activités d'associations, de pouvoir se disputer sans perdre son calme, d'éviter de manger des aliments gras, d'être satisfait de sa capacité d'apprendre en suivant des cours, en assistant à des conférences ou en fréquentant une école, d'être satisfait de sa situation financière ainsi que d'être satisfait de sa capacité de travailler ou de son état de santé.

En tenant compte des variables non associées à cette catégorie, on suppose que les personnes associant la qualité de vie à un bon état de santé étaient celles qui, en réalité, ne se trouvaient pas dans cette situation. C'est la raison pour laquelle elles y accordaient encore plus d'importance. Il était donc possible de faire l'observation suivante : en règle générale, si ces personnes étaient en santé, elles participeraient plus activement à des activités de loisirs et à des activités sociales.

Pour ce qui est des personnes de la troisième catégorie, soit celles qui ont déclaré que la qualité de vie était liée à de saines habitudes, une association a été observée avec les variables suivantes : l'engagement dans un travail bénévole quelconque à l'extérieur de la maison ainsi que la connaissance de sa pression artérielle et de son niveau de cholestérol et la tentative de les contrôler. Aucune association significative n'a été mise au jour avec les variables suivantes : être satisfait de la composition de sa famille, de ses relations avec les enfants, les frères et sœurs ou les personnes apparentées de même qu'être satisfait de son lieu de résidence et du confort que procure sa maison.

Les auteurs ont donc observé que certaines personnes âgées de cette catégorie cherchaient à acquérir de bonnes habitudes pour contrôler la pression artérielle et le niveau de cholestérol. D'autres étaient d'avis que leur lieu de résidence et le confort de leur maison étaient des éléments essentiels pour maintenir de bonnes habitudes. Dans le dernier cas, comme il n'y avait pas d'association significative entre ces questions et la catégorie prise en considération, il y avait en fait une indication que ces éléments étaient importants pour les personnes âgées mais qu'elles ne le montraient pas nécessairement.

En ce qui a trait à la quatrième catégorie, c'est-à-dire les personnes âgées pour lesquelles la qualité de vie était synonyme de maintien d'un bon équilibre mental, une association significative a été relevée avec les variables suivantes : se disputer sans perdre son calme, même si on s'oppose à sa volonté, être satisfait de ses relations intimes avec sa femme, son compagnon ou son partenaire, être satisfait de sa capacité d'acquérir de nouvelles habiletés manuelles ainsi que d'apprendre en suivant des cours, en assistant à des conférences ou en fréquentant une école, être satisfait de sa participation à des activités de loisirs et de sa situation financière ainsi qu'être satisfait de sa capacité de travailler et d'accomplir des activités de tous les jours de même que de son état de santé. Aucune association

significative n'a été observée avec les personnes disant être hypertendues, avec celles dont les activités de loisirs comprenaient des rencontres avec des amis, des activités sportives en équipe et la participation à des associations, avec celles qui étaient actives dans leur collectivité et se sentaient utiles dans leur milieu social ni avec celles qui mangeaient entre les repas et qui évitaient de manger des aliments gras.

Les personnes âgées qui disaient que « qualité de vie » était synonyme de « bon équilibre mental » étaient donc les mêmes qui recherchaient des activités de socialisation pouvant leur permettre de rehausser leur estime de soi et qui se montraient compréhensives. Il convient de noter que les variables non associées à cette catégorie de personnes semblaient importantes pour l'atteinte d'une bonne qualité de vie, comme les activités de loisirs et la participation à des rencontres sociales. Cela peut vouloir dire qu'à leurs yeux l'équilibre mental est important, mais qu'il ne leur est pas possible d'en faire l'expérience.

Les personnes de la cinquième catégorie (celles pour qui la qualité de vie se mesure à l'accumulation de biens matériels) étaient associées aux variables suivantes : être satisfait de ses relations avec les enfants, les frères et sœurs ou les personnes apparentées ainsi qu'être satisfait du confort que procure la maison et de son lieu de résidence. Aucune association n'a été observée avec les personnes qui ont déclaré faire du bénévolat à l'extérieur de la maison, celles qui se sont dites satisfaites de la composition de leur famille ou celles qui ont dit connaître leur pression artérielle et leur niveau de cholestérol et qui cherchaient à les contrôler. Dans ce cas, il est possible d'affirmer que les variables qui n'étaient pas associées ne contribuaient pas à l'acquisition de biens matériels. Ici encore, nous avons observé que les personnes âgées de cette catégorie accordaient de l'importance aux biens matériels parce qu'elles n'en possédaient pas et, au contraire, elles s'estimaient satisfaites tout simplement par les relations qu'elles établissaient.

Dans la catégorie 6, c'est-à-dire les personnes pour lesquelles avoir une bonne qualité de vie signifiait avoir des loisirs, aucune association n'a été relevée avec les variables suivantes : faire du bénévolat à l'extérieur de la maison, être satisfait de la composition de sa famille, être satisfait de ses relations avec ses enfants, ses frères et sœurs ou les personnes apparentées, être satisfait de son lieu de résidence et du confort que procure sa maison ou connaître sa pression artérielle et son niveau de cholestérol et les contrôler. Il est alors possible que les personnes âgées ne soient pas satisfaites de leur lieu de résidence et du confort qu'il procure. Elles sont par conséquent incapables de prendre part à des activités de loisirs, essentielles à cette étape de la vie.

Pour ce qui des catégories 7, 8, 9, 10 et 11, comprenant respectivement les personnes qui aiment travailler, qui ont une vie spirituelle, qui sont intègres et charitables, qui ont accès au savoir et qui vivent dans des milieux favorables, aucune corrélation n'a été trouvée avec les variables suivantes : la consommation de boissons alcoolisées, le fait d'être diabétique, se réserver du temps pour se détendre, avoir l'habitude d'écouter de la musique, de regarder la télévision, d'aller au cinéma, de lire ou de se divertir d'une autre façon, avoir une maladie pulmonaire, vouloir se faire des amis et les garder, ne pas fumer, trouver un équilibre entre le temps consacré au travail et le temps consacré aux loisirs, avoir une maladie du cœur et manger des fruits et des légumes chaque jour. Nous avons remarqué que les questions analysées n'étaient aucunement liées aux catégories définies ci-dessus. Comme ces contextes sont connotés plutôt subjectivement, il est plus difficile de les évaluer à l'aide d'un instrument qui ne cible pas principalement ces aspects de la vie. En outre, ces catégories étaient moins souvent observées dans les réponses des personnes âgées. Il n'est donc pas surprenant que ces catégories ne présentent presque aucune importance par rapport aux questions à l'étude.

#### **4. Conclusions**

La présente étude permet de conclure que l'analyse quantitative met au jour des phénomènes, peu importe la saturation des catégories. D'autre part, la méthode quantitative montre le poids de chaque catégorie dans un ensemble, c'est-à-dire globalement. C'est pourquoi la catégorie obtenue par analyse qualitative est uniquement associée aux autres questions fermées de l'instrument si la fréquence des réponses est élevée, puisque la présence des catégories les plus fréquentes indique la cohérence de l'analyse qualitative. De cette façon, on remarque qu'il est possible d'obtenir des instruments plus simplifiés avec un plus petit nombre de questions afin d'évaluer la qualité de vie à un âge avancé, puisque de nombreuses questions n'ont que peu d'incidence ou aucune incidence sur l'évaluation de la qualité de vie à cette étape de l'existence.

Nous avons également pu observer que des variables comme la spiritualité, le fait d'être intègre et charitable, l'accès au savoir et le travail font l'objet de questions très subjectives difficiles à évaluer à l'aide d'un instrument multidimensionnel. Des instruments plus précis doivent être élaborés à cette fin.

Nous avons en outre observé que certaines personnes âgées cherchaient activement à atteindre ce qu'elles

estimaient être une qualité de vie, tandis que d'autres étaient d'avis que la qualité de vie était précisément l'élément absent de leur vie quotidienne.

## Références

- Flanagan, J.C. (1928), "A research approach to improving our quality of life", *American Psychologist*, 33, pp. 138-147.
- Flanagan, J.C. (1982), "Measurement of quality of life: current state of art", *Arch. Med. Phys. Rehabil*, 3, pp. 56-59.
- Nahas, M.V. (1996), "Revisão dos métodos para determinação dos níveis de atividade física habitual em diversos grupos populacionais", *Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde*, 1 (4), pp. 27-37.
- Nahas, M.V., Barros, M.V.G., Francalacci, V.L. (200), "O pentágono do bem estar: base conceitual da avaliação do estilo de vida dos indivíduos em grupo", *Revista Brasileira de Atividade e Saúde*, 5(2), pp. 48-59.
- World Health Organization. Field Trial WHOQOL-100 February 1995. The 100 questions with response scales. Genebra: WHO; 1995a. MNH/PSF/95.1D Rev.1
- World Health Organization (1995). Field trial WHOQOL-100 February 1995. Scoring the WHOQOL. Genebra: WHO; 1995. MNH/PSF/95.1F
- World Health Organization (1995). Resources for new WHOQOL centers. Genebra: WHO;1995c. MNH/PSF/95.2
- World Health Organization (1995). Summary of analyses of WHOQOL pilot data. Genebra: WHO;1995d. MNH/PSF/95.3
- World Health Organization (1997). WHOQOL: measuring quality of life. Genebra: WHO;1997. MAS/MNH/PSF/97.4
- MATSUDO, V.K.R e MATSUDO, S.M.M. (2000), "Evidências da importância da atividade física nas doenças cardiovasculares e na saúde", *Diagnóstico & Tratamento*, 5(2), pp. 10 -17.
- Vecchia, R. D., Ruiz, T., Bocchi, S. C. M., Corrente, J.E. (2005), "Qualidade de vida na terceira idade: um conceito subjetivo". *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 8(3), pp.246-252.
- SAS Inc. SAS for Windows, User's guide. Cary: North Caroline, 1986

## Remerciements

Nous remercions le CNPq pour le financement accordé dans le cadre du PIBIC en vue de la réalisation de la présente étude ainsi que la FAPESP et le FUNDUNESP pour le parrainage de la communication au XXIII<sup>e</sup> Symposium international de méthodologie portant sur les enjeux méthodologiques reliés à la mesure de la santé des populations, tenu à Gatineau, au Canada, en 2006.