

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

MÉMOIRE

PRÉSENTÉ À L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES  
COMME EXIGENCE PARTIELLE  
DE LA MAÎTRISE EN LOISIR, CULTURE ET TOURISME

PAR  
NATHALIE POULIN

L'IMPORTANCE DE L'ACTIVITÉ BÉNÉVOLE DANS LA SATISFACTION  
DE VIVRE ET L'AUTONOMIE PSYCHOLOGIQUE DE FEMMES  
ÂGÉES DE 65 ANS ET PLUS PROVENANT DE LA RÉGION DE QUÉBEC

MARS 2000

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

## Sommaire

Cette recherche explore les relations entre l'activité bénévole de femmes de 65 ans et plus, la satisfaction de vivre et l'autonomie psychologique en tenant compte de variables socioculturelles et sociodémographiques telles l'état de santé, le revenu, l'état civil, la scolarité et la préparation à la retraite ou le contrôle perçu dans l'accomplissement de l'action bénévole. À partir d'un échantillon de cent quinze (115) répondantes qui résident dans la région de Québec, nous étudions les hypothèses suivantes : a) plus l'état de santé et les revenus des répondantes sont élevés, plus la pratique fréquente du bénévolat contribue directement à la satisfaction de vivre et à l'autonomie psychologique et b) la situation maritale de même que le degré de préparation à la retraite vont également avoir un impact sur la satisfaction de vivre et l'autonomie psychologique de celles qui ont une pratique fréquente de l'activité bénévole. Les participantes de l'étude sont engagées bénévolement depuis plusieurs années dans différents organismes de bienfaisance ayant trait à la santé, notamment des centres hospitaliers (5) et des centres de soin de longue durée (10). Le questionnaire comprenait l'échelle de satisfaction de vivre élaborée et traduit par Neugarten, Tobin et Havighurst (1961) et modifiée par Adams (1969), tandis que l'échelle de l'autonomie psychologique (QAP) était conçue par (Dubé, & Lamy, 1990). Des questions précises quant à certains déterminants de la satisfaction de vivre étaient ajoutées, dont la santé subjective et la santé objective, le revenu, l'état civil, l'habitat, la scolarité de même que le niveau de participation bénévole, c'est-à-dire la fréquence et l'intensité à l'égard du bénévolat.

Les résultats nous indiquent que la fréquence et l'intensité à l'égard du bénévolat sont très régulières, puisque 87% des répondantes (N=110) s'engagent entre une et trois journées par semaine tout en consacrant entre deux et quatre heures à chaque fois. 80% (N=111) perçoivent le bénévolat comme un loisir. Malgré ces résultats, une satisfaction de vivre élevée ne contribue ni ne révèle aucun lien significatif avec une participation plus intensive à l'égard du bénévolat. 67% des répondantes ne mentionnent même pas le bénévolat comme une de leurs cinq activités préférées. Nous observons également que, dans une proportion de 90%, les bénévoles s'engagent pour se rendre utiles ou rendre service à des gens démunis, ce qui dénote une forte tendance altruiste ou une mentalité destinée à vouloir aider. Malgré une appréciation à l'égard du bénévolat et un niveau de participation intense, il est probable que les femmes considèrent l'acte bénévole comme un engagement faisant partie intégrante de leur personnalité plutôt que comme un loisir, d'autant plus que 61 % (N=111), avaient déjà fait du bénévolat avant l'âge de 65 ans. Nous notons qu'une santé perçue comme excellente ou très bonne révèle une relation significative avec l'autonomie psychologique des femmes bénévoles et le fait que l'état de santé n'empêche pas la femme à s'engager autant de fois qu'elle le désire augmente son concept de soi. Une consultation régulière auprès d'un spécialiste de la santé révèle une relation significative avec le courage, la fermeté et l'autonomie comportementale. Une participation bénévole est possiblement associée à une utilisation préventive des services médicaux. Le courage, la fermeté et les capacités physiques, cognitives et intellectuelles des femmes sont plus élevés si la retraite du conjoint ne représente pas une motivation première pour s'engager bénévolement. De plus, la retraite du conjoint prise depuis plus de trois ans révèle une relation significative avec le contrôle décisionnel de la femme bénévole et contribue à augmenter directement son autonomie psychologique. Une retraite volontaire et planifiée chez la femme révèle une relation positive avec ses capacités physiques, cognitives,

sociales et son contrôle comportemental, tandis qu'un revenu très au-dessus, au-dessus et dans la moyenne contribue directement à augmenter l'autonomie psychologique. Il est alors permis de croire qu'une retraite à la fois désirée et planifiée amène la répondante à se percevoir maître de sa destinée ou en contrôle psychologique lorsque surviennent différents événements stressants de sa vie.

## Table des matières

Sommaire .....	i
Table des matières .....	iv
Liste des figures .....	vii
Liste des tableaux .....	viii
Remerciements .....	xii
 <b>PREMIERE PARTIE: LA RELATION ENTRE LES THEORIES ET LES VARIABLES DÉTERMINANTES DE LA SATISFACTION DE VIVRE</b>	
SOMMAIRE .....	8
 <b>CHAPITRE 1: CONTEXTE THÉORIQUE</b>	
1.0    Introduction .....	11
1.1    L'aménagement du temps .....	13
1.2    Des théories psychosociales du vieillissement .....	15
1.2-A La théorie de la continuité et des nouveaux rôles .....	15
1.2-B La théorie de l'ajustement des buts personnels .....	22
1.3    Sommaire .....	23

## Table des matières

### CHAPITRE 2: LES VARIABLES SIGNIFICATIVES

2.0	Introduction .....	26
2.1	Les variables qui influencent directement le degré de satisfaction .....	27
	de vivre	
	2.1-A La santé .....	27
	2.1-B Le revenu .....	31
	2.1-C L'état civil dans la situation et domestique et familiale .....	34
	2.1-D La retraite .....	36
	2.1-E Autonomie psychologique .....	39
2.2	Sommaire .....	42

### CHAPITRE 3: L'ACTIVITÉ BÉNÉVOLE EN TANT QUE LOISIR

3.0	Introduction .....	45
3.1	La relation entre les dimensions du loisir et le bénévolat .....	45
3.2	La motivation .....	46
3.3	Les relations interpersonnelles .....	48
3.4	La compétence .....	50
3.5	Le rôle de la retraite sur la participation bénévole.....	54
3.6	Sommaire .....	59

### CHAPITRE 4: MÉTHODOLOGIE

4.0	Introduction .....	62
4.1	Population cible et échantillonnage .....	63
4.2	L'échelle de satisfaction de vivre .....	65
4.3	L'autonomie psychologique .....	66
4.4	Procédures et administration du questionnaire .....	69
4.5	Statistique .....	71
4.6	Les variables intermédiaires .....	71
	4.6-A La santé .....	72
	4.6-B Le revenu .....	74
	4.6-C La scolarité .....	77
	4.6-D L'état civil .....	77
	4.6-E L'habitat ou la situation domestique et familiale .....	78
	4.6-F Retraite et préparation à la retraite.....	81
4.7	Sommaire .....	84

## Table des matières

DEUXIÈME PARTIE: DE LA CUEILLETTE DES DONNÉES À  
OPÉRATIONNALISATION, ÉLABORATION ET LEUR  
ANALYSE.

CHAPITRE 5: PRÉSENTATION DES RÉSULTATS

5.0	Introduction .....	87
5.1	Présentation de la population bénévole .....	87
	5.1-A Âge des répondantes .....	89
	5.1-B État civil des répondantes .....	90
	5.1-C Habitat des répondantes .....	92
	5.1-D L'état de santé .....	93
	5.1-E Présence et fréquence de la douleur et de l'inconfort .....	95
	5.1-F Efficacité ou soulagement des médicaments .....	96
	5.1-G La scolarité .....	96
	5.1-H Revenu avant la retraite .....	97
	5.1-I Revenu approximatif des répondantes en fonction du ménage ....	98
5.2	Pratique du bénévolat .....	101
	5.2-A Niveau de participation à l'égard du bénévolat .....	101
	5.2-B Aide apportée dans la famille et en dehors de .....	103
	la famille	
	5.2-C La signification de l'activité bénévole .....	105
	5.2-D Motivations à l'égard du bénévolat .....	106
5.3	Satisfaction de vivre: inter-relations avec les autres variables.....	109
	5.3-A Relations de l'effet du bénévolat perçu .....	119
	5.3-B Relations entre l'état civil et la satisfaction de vivre .....	121
	5.3-C Relations entre la congruence entre les buts fixés, .....	122
	les buts atteints et l'état civil	
	5.3-D Relations entre le courage et la fermeté .....	124
	5.3-E Relations entre l'humeur et la santé .....	125
	5.3-F Relations entre le concept de soi, le contrôle comportemental ....	125
	et la santé	
	5.3-G Relation entre l'intégration sociale et la santé.....	127
	5.3-H Relations entre le contrôle comportemental et la retraite .....	131
	5.3-I Relations entre le contrôle décisionnel et la retraite .....	133

Table des matières

RELATIONS SIGNIFICATIVES (RÉSUMÉS) .....	133
CONCLUSION .....	138
APPENDICE A	
Lettre de présentation. ....	141
APPENDICE B	
Questionnaire de recherche .....	144
APPENDICE C	
Résultats des instruments de l'indice de satisfaction de vivre .....	161
Résultat du questionnaire de l'autonomie psychologique .....	162
APPENDICE D	
Les dimensions et facteurs des indices .....	164
APPENDICE E	
Évaluation de la santé et du revenu .....	166
BIBLIOGRAPHIE .....	169

### Liste des tableaux

Tableau 1	Caractéristiques socio-démographiques étudiées .....	58
Tableau 2.	Liste des organismes bénévoles .....	64
Tableau 3.	Types de support .....	88
Tableau 4.	Répartition des femmes bénévoles et des québécoises en général selon ... le groupe d'âge.	90
Tableau 5	Répartition des femmes bénévoles et des québécoises de 65 ans et plus .. selon l'état civil.	91
Tableau 6	Facteurs ayant influencé les femmes bénévoles de 65 ans et plus à ..... prendre leur retraite et à s'engager dans l'action bénévole.	108
Tableau 7	Facteurs ayant influencé les femmes bénévoles de 65 ans et plus à ..... prendre leur retraite et à s'engager dans l'action bénévole	109
Tableau 8	Synthèse des résultats reliée à la satisfaction de vivre .....	115
Tableau 9	Synthèse des résultat reliée à l'autonomie psychologique .....	119
Tableau 10	Relations entre la satisfaction de vivre et la perception de l'effet ..... du bénévolat	121
Tableau 11	Relations entre la satisfaction de vivre et l'état civil .....	123
Tableau 12	Relations entre la congruence, les buts fixés, les buts atteints ..... et l'état civil	124
Tableau 13	Relations entre l'humeur et l'état civil .....	125
Tableau 14	Relations entre le courage, la fermeté et la santé.....	126
Tableau 15	Relations entre l'humeur et la santé .....	127
Tableau 16	Relations entre le concept de soi et la santé .....	128
Tableau 17	Relations entre le contrôle comportemental et la santé .....	129
Tableau 18	Relation entre l'intégration sociale et la santé .....	130
Tableau 19	Relations entre le contrôle comportemental et la retraite .....	132
Tableau 20	Relations entre les capacités et la retraite .....	132
Tableau 21	Relations entre le contrôle décisionnel et la retraite .....	133

Liste de figures

Figure 1	Âge des répondantes .....	89
Figure 2	État civil des répondantes .....	91
Figure 3	Type d'habitat des répondantes .....	92
Figure 4	Évaluation de l'état de santé .....	93
Figure 5	État de santé des femmes bénévoles et des canadiennes .....	94
	de 65 ans et plus	
Figure 6	Niveau de scolarité des répondantes .....	97
Figure 7	Estimation du revenu avant la retraite .....	97
Figure 8	Revenu approximatif des répondantes en fonction du ménage .....	98
Figure 9	Répartition des femmes bénévoles et des québécoises de 65 ans .....	99
	et plus selon la tranche de revenu	
Figure 10	Nombre de journées/sem. consacrées au bénévolat .....	100
Figure 11	Nombre de journée(s) consacrée(s) au bénévolat la fin de .....	101
	semaine	
Figure 12	Nombre d'heure(s)/jours consacrée(s) au bénévolat .....	102
Figure 13	L'activité bénévole perçue en tant que loisir .....	105
Figure 14	Motivations à l'égard du bénévolat .....	106

### Remerciements

Je tiens à REMERCIER Monsieur Michel Neveu, et Monsieur Gaétan Ouellet qui ont accepté de diriger ce mémoire. Leurs nombreux commentaires critiques et constructifs m'ont été très précieux tout au long de cette démarche.

Je remercie également tous les responsables bénévoles de chaque établissement qui ont accepté de m'accorder tout le support nécessaire dans la constitution de mon échantillon, de même que la généreuse et indispensable collaboration des participantes bénévoles.

Enfin, ce mémoire n'aurait pu être réalisé sans le support affectif de Monsieur É. Tremblay, mon époux.

## Introduction

## Introduction

L'activité bénévole en tant que loisir, peut se révéler comme une excellente façon de s'assurer un réseau social significatif plus étendu que celui qu'offre la famille immédiate tout en s'avérant un instrument d'auto-réalisation, une stratégie pour améliorer sa qualité de vie (Brault, 1990). Il existerait une forte corrélation entre l'interaction sociale, le bien-être psychologique et la santé des personnes (Delisle, 1992). Le bénévolat permet à la femme âgée de sortir de son isolement social ; il peut devenir une stratégie de revalorisation sociale puisque la femme, socialement engagée, augmente son sentiment d'utilité et d'estime de soi. De Grâce, Joshi et Beaupré (1987) ont observé que l'effet des différents types d'interaction sociale sur le bien-être psychologique des gens est tributaire du genre d'activités pratiquées lors de ces interactions.

L'activité bénévole, selon M.M. Brault (1990) favorise l'expression d'une sociabilité et d'une solidarité nouvelles, puisque les associations bénévoles constituent un lien d'adaptation, d'apprentissage, d'innovation ou de création de nouvelles pratiques. Cette activité peut également procurer un mieux-être physique et psychologique et conséquemment, une satisfaction de vie lors du vieillissement pour les femmes. Pour Papalia (1983) la principale tâche de la femme << âgée >> consiste à clarifier à approfondir et à utiliser la sagesse acquise tout au long de sa vie. Elle doit apprendre à préserver ses forces et ses ressources et à s'adapter le mieux possible aux changements et

aux pertes qui accompagnent la vieillesse. Le bénévolat peut devenir une stratégie efficace ou une alternative constructive, afin de mieux s'adapter aux conséquences du vieillissement. L'aptitude de la femme de 65 ans à s'adapter et à s'épanouir dépend largement de l'évaluation qu'elle fait de sa santé physique, de sa personnalité, de ses expériences antérieures et de l'appui qu'elle reçoit de la société (un revenu suffisant, un logement adéquat, des soins médicaux de qualité, des responsabilités sociales pertinentes). L'individu incapable de s'adapter, quel que soit son âge ou sa situation de vie, peut se trouver aux prises avec des problèmes physiques ou émotifs susceptibles de diminuer sa satisfaction de vie.

En 1996, les femmes de 65 ans et plus représentaient 14,2% de la population féminine québécoise comparativement à 10% des hommes qui ont atteint cet âge. Les femmes constituaient 58% des aînés de 65 ans et plus ; chez les gens de 65 ans et plus, 70% sont des femmes (Bureau de la statistique du Québec, 1996). Ce phénomène, appelé << féminisation du 3e âge >>, s'accentue au fur et à mesure que la population vieillit ; on compte 67 hommes pour 100 femmes chez les 65 ans et plus, et 53 hommes pour 100 femmes chez les 75 ans et plus.

Cette féminisation de la vieillesse constitue un enjeu social important pour tous les acteurs concernés quand on sait que les femmes vieillissantes sont plus touchées que leurs homologues masculins par la pauvreté, la maladie, l'isolement et la disqualification sociale. Les femmes vivent peut-être plus longtemps que les hommes, mais elles sont loin de toutes jouir d'une bonne qualité de vie. La présente recherche a comme objectif d'examiner l'importance relative d'une activité de loisir sur la satisfaction de vivre de femmes âgées de 65 ans et plus.

Différents travaux ont contribué à montrer l'importance de faire appel aux significations propres que revêtent les différentes activités pour les personnes elles-mêmes. Laforest (1989) mentionne que les personnes âgées ont non seulement besoin d'activités, mais d'activités significatives, la stimulation ne vient donc pas des activités en elles-mêmes, mais du sens qu'elles prennent à leurs yeux (Russell, 1987, Ragheb et Griffith, 1982). Les gens sont heureux quand ils s'adonnent à des activités ayant une signification précise pour eux. Une étude révèle que le loisir a davantage d'effets sur le bien-être psychologique des femmes âgées que sur celui des hommes vieillissants (Delisle, 1982 ou 1992). Selon les travaux de McHuire, Roadburg & Hooker et Ventis (1985), les femmes âgées associent plus souvent le loisir au plaisir parce qu'elles n'ont pas eu autant de loisirs que leurs homologues masculins au cours de leur vie.

Gregory (1983) soutient que le sens de l'activité joue énormément sur le degré de satisfaction et aide l'individu à s'adapter à son environnement. Autrement dit, une participation bénévoile élevée ne veut pas nécessairement dire que l'activité est significative pour la femme. Ce n'est d'ailleurs pas la quantité de gestes volontaires qui compte, mais bien la qualité des interactions qui procure le sentiment d'être utile (Brault, 1990). Selon Zay (1985), il ne suffit pas d'être ou de se tenir occupé ; la qualité de l'activité est plus importante que sa fréquence ou que le nombre total des activités pratiquées. Il ajoute que les activités devraient comporter un certain défi et être suffisamment complexes pour meubler utilement le temps libre.

Selon Okun et Stock (1987), la qualité de vie désigne un << concept parapluie >> désignant, sur un continuum allant du négatif au positif, les réactions des individus à leurs expériences de vie. Il s'agit d'une réaction ou d'une réponse personnelle susceptible d'être

évaluée uniquement par le recours aux représentations individuelles, car les critères d'une << bonne >> qualité de vie sont personnels. Pour Lawton (1983) par exemple, la qualité de vie peut être évaluée soit de façon globale, soit à l'intérieur de domaines de vie précis comme le travail, la santé ou les loisirs.

Une satisfaction de vie doit correspondre à une certaine qualité de vie en relation directe avec le bien-être physique et psychologique des individus. Selon Zay (1981), le bien-être est comme << un sentiment agréable résultant de l'absence de tension et de besoin >>. Afin d'atteindre cette harmonie, un bon état de santé devient prioritaire, puisqu'ils diminuent significativement la satisfaction de vie. L'Organisation Mondiale de la Santé (1989) mentionne que la santé est un état de parfait bien-être physique, mental et social et pas seulement une absence de maladies ou d'infirmités.

La personnalité de la femme peut influencer son attitude face au vieillissement et à la satisfaction de vie. Une femme dépressive a tendance à s'isoler. La perception de contrôle sur sa vie devient également un indice qui nous permet d'évaluer son image de soi. La personne dépressive possède habituellement une faible estime de soi et elle ne perçoit aucune maîtrise sur les événements de sa vie, ce qui diminue l'enthousiasme pour la création de projets futurs. La satisfaction de vivre se définit dans cette recherche, comme l'évaluation subjective que fait l'individu de la qualité de sa vie actuelle et passée.

Certains chercheurs (Emond & al 1988 ; Larson, 1978 ; MacNeil & Teague, 1987) ont défini opérationnellement le bien-être psychologique subjectif ou affectif en l'assimilant aux indicateurs servant à le mesurer, c'est-à-dire l'énergie, le contrôle des émotions, l'humeur générale, l'intérêt face à la vie, le stress ressenti, la perception de l'état

de santé et l'isolement émotionnel (Emond & al. 1988).

La sécurité, la liberté et la réalisation de soi sont également, d'après Zay (1981), associées à la notion de bien-être psychologique, tout comme d'ailleurs la joie, le plaisir, le bonheur, le moral, la satisfaction de vivre et le fait de ne pas s'ennuyer et de ne pas se sentir seul. La joie de vivre est considérée comme un indicateur du vieillissement réussi et est associée à la longévité (Zay, 1989). Ainsi, les personnes âgées mieux adaptées à leur situation seraient plus heureuses et vivraient plus longtemps. Le plaisir est décrit, selon Sillamy (1967), comme étant une émotion agréable liée à la satisfaction d'une tendance.

Le bonheur est un sentiment général et plus ou moins diffus de satisfaction de bien-être (Zay, 1981, Ragheb & Griffith, 1980) et contrairement au plaisir, il est durable .La qualité de vie quant à elle, est définie comme le fait de se donner à soi-même sa propre loi; l'autonomie est par conséquent assimilée à l'indépendance et à la liberté, soit à la capacité de satisfaire seul ses propres besoins (Julia, 1984 ; Zay, 1981). Le loisir peut-il améliorer la qualité de vie des femmes vieillissantes? Certains auteurs (Steinkamp & Kelly, 1987 ; Kelly, Steinkamp & Kelly, 1987 ; Mishra, 1992 ; Ragheb & Griffith, 1980; Agostino, Gash & Martinsen, 1981; Jackson, 1988) sont d'avis qu'il y a une relation significative entre le loisir et la qualité de vie. Coleman et Iso-Ahola (1993) démontrent que le loisir favorise une bonne santé mentale par le biais des contacts sociaux et de l'autodétermination. Pour Haggard et Williams (1992), le loisir constitue un moyen d'affirmer son identité.

Ragheb et Griffith (1980) et Ragheb et Tate (1993) ont étudié le rôle des attitudes sur la pratique en loisir. Ils observent que la dimension affective de attitudes et la motivation influencent la participation en loisir. Une autre étude, celle de Kurtz et Propst (1993), montre qu'il existe des liens positifs entre le sentiment de contrôle en loisir et la satisfaction de vie. Ces résultats sont intéressants dans la mesure où la motivation et le sentiment de contrôle permettraient à une femme vieillissante physiquement diminuée, de s'adonner à des pratiques de loisir qui lui seraient autrement inaccessibles. Kane (1987) est d'opinion, suite à son étude, que la participation à des activités significatives stimulantes et créatrices est importante pour la qualité de vie des personnes âgées.

Les tenants de la théorie de l'activité s'entendent pour dire que, pour vivre un vieillissement réussi, la personne doit pouvoir maintenir un bon niveau d'activité. Il existerait une forte corrélation entre l'interaction sociale, le bien-être psychologique et la santé des personnes (Delisle, 1992).

Selon De Grâce, Joshi et Beaupré (1987), le sentiment de solitude est inversement proportionnel au temps consacré à la lecture et à des passe-temps, au nombre de sorties ayant pour objet l'assistance à des spectacles ainsi qu'au nombre de fois où l'individu joue aux cartes, où il participe à des activités organisées de groupe comme le bénévolat. Une seconde recherche, effectuée par les membres de cette équipe, portant sur le rapport entre le sentiment de solitude et les relations nouées par les gens âgés à l'occasion d'activités spécifiques, montre que les contacts amicaux ayant un effet positif sur le sentiment de solitude sont les relations sociales informelles avec les amis (incluant les soirées sociales et la fréquentation des restaurants), les contacts sociaux sportifs (dont la natation et la

pétanque), les discussions ainsi que les activités culturelles et éducatives (spectacles et voyages) et le bénévolat.

## Sommaire

L'engagement bénévole peut représenter un rôle social et renforce, par la même occasion, l'identité de la femme qui perd son statut de travailleuse. Le fait d'être bénévole remplace en quelque sorte le rôle de travailleuse et diminue les conséquences de la perte d'emploi comme la perte d'estime de soi. Le bénévolat, nous l'avons dit, devient un moyen de revalorisation sociale. Il confère à la femme au foyer un statut social qui lui est propre et conséquemment, renforce son concept de soi et son sentiment de compétence sociale.

L'activité bénévole peut également s'avérer une stratégie efficace afin de diminuer l'impact des événements de vie qui sont en relation directe avec le vieillissement comme l'affaiblissement des capacités physiques et la perte des êtres chers de même que la perte de travail ou du statut professionnel. La rencontre avec de d'autres bénévoles peut également augmenter les occasions d'échanges sur les difficultés de vie et ce partage diminue le sentiment de se sentir seule à vivre certaines difficultés.

Compte tenu des variables socio-démographiques comme la santé, le revenu, l'état civil, la scolarité, la préparation à la retraite et l'autonomie psychologique, l'engagement bénévole favorise-t-il la satisfaction de vivre? Si tel est le cas, dans quelle mesure? Une satisfaction de vivre contribue-t-elle à augmenter le niveau de participation bénévole en termes d'heures par jour et de journées par semaine?

Bref, pour vérifier l'importance du bénévolat comme facteur de satisfaction de vivre, nous avons conduit une enquête auprès d'un échantillon de femmes âgées de 65 ans et plus de la région de Québec actuellement engagées dans des associations bénévoles. Les chapitres qui suivent rendent compte de toute la démarche suivie pour atteindre notre objectif.

Chapitre 1  
Contexte théorique

## Chapitre 1

### 1.0 Introduction

Dans le cadre de ce chapitre nous nous penchons sur la question du temps des personnes âgées, temps qui s'aménage généralement autour d'activités obligatoires et d'activité libres. La personne retraitée de 65 ans et plus doit reconstituer son budget temps par de nouvelles activités de manière à remplacer le temps vide normalement rempli par le travail. La perte ou l'abandon du travail apporte un certain déséquilibre chez la personne âgée pour qui le travail représente le pivot à partir duquel se structurent les différents temps sociaux.

Pour bien saisir l'importance du temps et des activités comme facteur de réussite du vieillissement, nous avons fait appel à certaines théories psychosociales sur le vieillissement. Havighurst et Albrecht (1953) se sont penchés sur la relation entre les activités domestiques, familiales et professionnelles, les activités de loisirs et la satisfaction de vivre. À partir de cette analyse, ils ont construit la théorie de l'activité. Selon cette théorie, une personne âgée doit demeurer active si elle veut obtenir plus de satisfaction dans la vie de façon à maintenir son estime d'elle-même tout en conservant la santé. La réussite du vieillissement est proportionnelle à la quantité d'activités que la personne âgée pratique. Selon eux, cette réussite suppose la découverte de nouveaux rôles ou un réaménagement des anciens. Ainsi, l'activité bénévole est un loisir dans lequel la femme du troisième âge est toujours active de manière à se revaloriser dans un nouveau

rôle.

Cumming et Henry (1961), après leurs observations empiriques, ont aussi élaboré une théorie qui fait état d'un désengagement réciproque de l'individu et de la société avec l'avance en âge. La perte au niveau des relations interpersonnelles et la perte de rôles deviennent des comportements nouveaux chez l'individu. Selon cette théorie, le désengagement satisfait autant l'individu que la société.

La théorie de la continuité mentionne que la personne âgée maintient de la continuité dans ses habitudes de vie, ses préférences, ses expériences lesquelles font partie de sa personnalité. Même s'il existe une certaine discontinuité au niveau des situations sociales, les habitudes et le style de vie déterminent son adaptation. Par exemple, la femme engagée bénévolement au cours de sa vie passée aura-t-elle tendance à poursuivre son engagement une fois à la retraite?

Contrairement à la théorie du désengagement, la théorie des nouveaux rôles sociaux indique que l'abandon de rôles sociaux ne nécessite pas un désengagement dans d'autres rôles. La mise à l'écart de la vie professionnelle ne peut être interprétée comme le déclencheur du retrait dans d'autres domaines d'interactions sociales. Le passage à la vieillesse s'accompagne d'une redéfinition des rôles sociaux et entraîne, par le fait même, des modifications dans les activités pratiquées.

La théorie de l'ajustement des buts personnels indique que la personne arrivant à l'âge institutionnel de la retraite n'étant pas satisfaite et qui a la conviction d'avoir réalisé pleinement ses buts professionnels aura tendance à poursuivre ses activités

professionnelles. Si le système économique ne lui offre pas cette possibilité, la retraite va s'imposer comme une obligation et l'adaptation de sa personnalité à une nouvelle hiérarchie de buts personnels sera plus difficile.

### 1.1 L'aménagement du temps.

Pour Pronovost (1993), l'aménagement du temps est défini comme la redistribution de l'ensemble ou d'une partie des temps sociaux et humains permettant aux individus et aux collectivités un usage du temps qui correspond à leurs besoins et à leurs aspirations (Le temps de loisir apparaît structuré selon un certain nombre de variables, notamment l'âge, le sexe, l'éducation, le revenu, l'antériorité de l'emploi, la personnalité, l'état de santé, le réseau social, la mobilité géographique et les attitudes à l'égard de la retraite et du vieillissement).

L'aménagement du temps est produit par le jeu des forces naturelles (les saisons, le jour, la nuit), par les exigences des grands appareils économiques, politiques et culturels de la société et par les aspirations, besoins et ressources des individus et des petits groupes (Delisle, 1993). Les forces qui produisent les aménagements de ces temps ne sont pas toutes égales, ce qui fait que les activités qu'on retrouve dans ces temps n'ont pas toutes la même importance d'où la notion d'activité pivot. Une activité est dite << pivot >> lorsque c'est autour d'elle que s'articulent d'autres activités dites << contingentes >>. L'activité pivot est déterminante de la durée et de la fréquence de la pratique des activités contingentes. Dumazedier (1974) indique que parmi ces activités hors-travail, les obligations d'entretien personnel et celles qui découlent des rôles sociaux et familiaux peuvent être des activités autour desquelles gravitent les loisirs.

Comme l'indique Delisle (1993), le travail professionnel n'existe presque pas chez les personnes âgées, l'aménagement du temps se fait entre activités obligatoires et d'activités libres. On peut ainsi manger à l'heure qu'on veut et faire son ménage lorsqu'on le désire. Les personnes âgées sont donc pratiquement libres d'aménager leur temps en fonction des activités qui ont le plus de signification pour elles, c'est ce qui permet de faire une concordance chez celles-ci entre activité pivot et activités significatives. Lorsque survient la période de la retraite, quelles sont les stratégies mises de l'avant par les femmes?

La pratique de plusieurs activités de loisir aide-t-elle à combler ce temps libre et apporte-t-elle une satisfaction de vivre? Dans le cas qui nous préoccupe, quelle est la place du bénévolat par rapport aux autres types d'activité et quelle est son importance en termes de fréquence et d'intensité? Afin de contribuer réellement à la satisfaction de vivre, le bénévolat doit correspondre à une signification ; autrement dit, l'attitude à l'égard du bénévolat doit être positive et le bénévolat doit être perçu comme important par rapport aux autres activités de loisir.

Comme le mentionne Pronovost (1993), le temps de loisir apparaît structuré selon certaines variables comme l'âge, le sexe, l'éducation, la santé, le revenu, l'antériorité de l'emploi, etc. Par exemple, l'activité bénévole pratiquée de façon régulière peut signifier que la femme vieillissante est en bonne santé et/ou perçoit sa santé comme bonne. Un bon état de santé qui vient directement influencer la satisfaction de vivre peut indirectement influencer le niveau de fréquence bénévole. Ainsi peut-on parcourir les mêmes relations pour les autres variables? Un revenu élevé qui influence directement la satisfaction de vivre peut-il contribuer à l'augmentation de la pratique bénévole?

## 1.2 Des théories psychosociales du vieillissement

Pour vivre un vieillissement réussi, la retraitée doit pouvoir maintenir un bon niveau d'activités. Les loisirs, et particulièrement l'action bénévole, peuvent permettre d'obtenir plus de satisfaction dans la vie. La théorie de l'activité que nous avons déjà expliquée de façon détaillée ne sera pas abordée dans cette partie. Nous tenterons d'expliquer davantage ici les théories de la continuité et des nouveaux rôles, celle de la théorie de l'ajustement des buts personnels qui constituent, en quelque sorte, une synthèse des différentes théories.

### 1.2-A Les théories de la continuité et des nouveaux rôles

La théorie de la continuité affirme que lorsqu'une personne avance en âge, elle acquiert des habitudes, développe des préférences et adopte des comportements qui détermineront sa personnalité une fois arrivée à la vieillesse (Atchley, 1972). Au fur et à mesure que l'individu avance en âge, il reproduit les rôles qu'il a toujours exercés. Les nouveaux rôles assumés par une personne âgée ne sont nouveaux qu'en apparence : ils étaient latents dans la personnalité de l'individu. Pour la personne retraitée, l'éventail des rôles est constitué de rôles ayant un lien avec les caractéristiques de la profession ou avec les autres rôles non professionnels exercés avant la retraite (Atchley, 1972). La personne qui avance en âge cherche alors à assurer une continuité dans ses expériences, ses habitudes et ses comportements.

Cette théorie spécifie également que la personne qui, en vieillissant, est engagée dans d'autres rôles que celui du travail n'aura pas nécessairement à faire l'apprentissage d'habiletés nouvelles. La réorganisation de la hiérarchie de ses buts et de ses rôles prendra

plutôt la forme d'une consolidation de ces autres rôles. Afin de compenser le départ définitif du marché du travail, il est nécessaire de multiplier et de diversifier les activités culturelles, sociales et les loisirs comme le bénévolat. Ces activités sont susceptibles d'être enrichissantes et donc d'alimenter les échanges avec autrui (Carette, 1992).

Des études empiriques vont dans le même sens que la théorie de la continuité où le style de vie avant la retraite se poursuit pendant la période de la retraite même (Parker, 1983). Les attitudes des femmes face au temps de loisir varient moins en fonction de l'accès au loisir qu'en fonction de leurs objectifs dans la vie et de leur identité sociale (Cyba, 1992).

Selon cette auteure, les femmes à la maison ont visiblement plus tendance à avoir des activités de loisir avec les membres de leur famille. Ces dernières se distinguent des femmes ayant un travail à l'extérieur à la fois par le temps consacré au loisir qu'à celui à la famille. Pour les femmes demeurant au foyer, il semblerait que le temps disponible pour le loisir est secondaire.

Une recherche menée en Suisse par Lalive d'Epinay (1982) mentionne que les femmes et les hommes actifs se distinguent des ménagères par une habitude plus répandue à fréquenter des restaurants et par leur intérêt pour les cours. Les femmes actives se rapprochent du modèle masculin par leurs visites de foire, leur goût pour les spectacles sportifs et par une pratique plus intense du ski. L'activité professionnelle de la femme s'associe à un renforcement des activités de loisir extérieures au domicile (Lalive, d'Epinay, 1982). Durant leur vie active, les femmes britanniques arrivent plus facilement que les femmes au foyer à opérer une compartmentalisation objective et subjective des

divers espaces-temps dans lesquels elles sont engagées en dépit du fait que leur emploi du temps est a priori plus contraignant sur le plan quantitatif que celui de leurs consœurs inactives (Deem, 1986).

La femme au foyer développe-t-elle davantage une éthique des soins que la femme retraitée? L'éthique des soins ou la mentalité des soins développée par Henderson (1991) s'explique par un besoin presque maladif de prendre soin des autres. Elle touche particulièrement les femmes et elle s'explique par l'éducation et les stéréotypes sexuels que la société valorise. L'éthique des soins peut devenir un véritable cercle vicieux se transformant en sacrifice de soi. À ce moment, la femme ne se permet plus d'avoir des loisirs.

Le don de soi est en contradiction avec le droit de se réaliser ou de s'accomplir en tant qu'individu autonome, puisque la femme devient incapable de procéder à des choix satisfaisants pour son bien-être (Chodorox, 1978). L'obligation de prendre soin d'une personne malade peut se transformer en éthique des soins si la femme refuse l'aide extérieure et si elle oublie ses propres besoins. Ce sacrifice de soi peut se transformer en surmenage tout en apportant des problèmes de santé

Sans vraiment s'en rendre compte, il est possible que la femme s'engage afin de répondre à son besoin inhérent de prendre soin des gens démunis. À ce moment, l'action bénévole n'entre plus dans le cadre d'un loisir, mais plutôt d'une << mission >> où la présence d'obligation, de culpabilité et de pression devient néfaste. La mentalité des soins peut-elle se reproduire dans l'action bénévole?

L'éthique des soins explique en partie la problématique des aidants naturels, principalement les épouses, les filles et les belles-filles. Glasse (1987) mentionne que 72% de son échantillon est composé d'épouses, de filles, de belles-filles et d'autres femmes qui sont dispensatrices de soins auprès d'une personne âgée.

Stephens et Christianson (1986) indiquent que le fait de prodiguer des soins impose des limites aux activités du dispensateur de soins. Ces limites sont sources de stress. Les plus grandes sources de stress sont les contraintes à la liberté personnelle dues au caractère routinier et quotidien des soins et les conflits de rôles qui se centrent autour des demandes concomitantes de soins de la part de l'époux, des enfants et du parent (Horowitz, Stephens & Christianson, 1986). Le stress augmente aussi quand la dispensation des soins détériore la relation avec le parent (Osterkamp, 1988).

Le stress a des conséquences sur la santé du soignant surtout si son état physique était déjà limité au départ, que le nombre d'heures de soins requis est important et qu'il y a présence d'inquiétudes relatives à l'obtention d'aide suffisante. Le fait d'avoir un répit diminue ce stress. Le stress encouru par les contraintes financières est particulièrement élevé chez ceux qui demeurent avec le parent, surtout chez l'époux ou l'épouse.

En plus de prodiguer des soins au parent âgé à la maison, l'aidant doit aussi composer avec le retour à la maison des enfants. Lopata et Banewolt (1984) sont d'avis que le non-emploi chez les jeunes conduit ces derniers à poursuivre leurs études, ce qui a comme effet de les rendre financièrement dépendants de leurs parents. On assiste à une pratique de plus en plus forte de retour << à la maison>> de la part de jeunes adultes. La génération sandwich (Walker, Pratt, Shin & Jones, 1989) est aux prises avec les besoins du parent

malade de même qu'avec ceux des enfants, ce qui n'est pas sans réduire le niveau d'anxiété.

Plus la femme de 55 ans et plus a du temps << libre >>, plus ce temps est utilisé pour les besoins des grands enfants et ceux du conjoint à la retraite (Horna, 1989 ; Zuzaneck, Smale& Smale, 1992). La notion de retraite semble avoir une autre signification pour les femmes mariées, puisque le travail domestique remplace en quelque sorte la perte du travail salarié (Szinovacz, 1992 ou 1989 ; Vinick& Ekerdt, 1991).

Certaines recherches démontrent que les loisirs en famille sont très importants pour beaucoup de femmes (Kelly& Kelly, 1994 ; Freysinger& Flannery, 1992; Horna, 1989). Les femmes multiplieraient les occasions de loisir optimal avec la famille pour renforcer les relations entre ses membres (Horna, 1989).

Ulbrich (1981) indique que la retraite de la femme est souvent planifiée en fonction de la retraite du conjoint. Le retour aux tâches domestiques et familiales et la nécessité de prendre sa retraite pour différentes raisons (comme prendre soin d'une personne malade) peuvent conduire la femme à adopter une attitude défavorable à l'égard de sa retraite. Ce désenchantement peut par la même occasion diminuer la satisfaction de vivre lors du vieillissement. Beck (1982) mentionne que l'aspect volontaire ou involontaire de la prise de la retraite peut affecter la satisfaction à la retraite; tandis que pour Mancini& Orthner (1982), la retraite obligatoire peut entraîner d'importants changements et rendre difficile le maintien d'un rôle actif et significatif à la retraite. Pour Streib& Schneider (1971) l'attitude face à la retraite peut représenter un déterminant plus significatif que le mode de prise de la retraite (administratif ou volontaire) face à la satisfaction à la retraite.

Les résultats d'une recherche de Markson (1983) indiquent une relation assez claire entre l'attitude face à la retraite et la satisfaction de vie à la retraite. Les individus ayant une attitude positive face à la retraite présentent des niveaux supérieurs de satisfaction. L'auteure souligne également l'étude de Levy (1980) pour qui les attitudes négatives face à la retraite ont des effets de plus longue durée chez les femmes que chez les hommes.

La théorie des nouveaux rôles conçue par Streib et Schneider (1971) se veut un compromis entre la théorie de l'activité, la théorie du désengagement et la théorie de la continuité. La mise à la retraite de la vie professionnelle ne peut être interprétée comme le déclencheur du retrait dans d'autres domaines d'interaction sociale, ni comme le principal indicateur du déclin des relations fonctionnelles.

En vieillissant la femme retraitée perd la plupart des rôles qui lui permettent de contribuer à la vie collective. En sortant de son cadre social normatif, elle se retrouve dans une situation <<anomique>> (Delisle, 1992), il y a alors absence de normes, c'est-à-dire une désorganisation. Ce phénomène peut amener la retraitée à ne plus percevoir l'emprise sur son environnement : il y a donc une perte de contrôle sur la vie, pouvant entraîner l'angoisse et le désespoir (Delisle, 1992). L'appropriation de rôles en tant que bénévole favorise le sentiment d'utilité, d'estime de soi, de compétence tant chez la femme retraitée que chez la femme au foyer.

Des études menées en Europe et aux États-Unis soulignent l'élément d'intégration du travail bénévole comme étant un facteur d'insertion sociale pour les personnes retraitées (Brault, M.M., 1993), ce qui peut permettre de recréer une identité sociale pour les femmes retraitées.

Le ralentissement de l'activité humaine est inévitable avec l'avancement en âge. La retraite ne fait pas de l'état de retraite un << rôle sans rôle >> (Streib& Schneider, 1971). La femme retraitée doit pouvoir demeurer active et les activités à la retraite ne font pas nécessairement partie de la lignée des rôles assumés ou latents de la vie active. L'autonomie et l'indépendance dont jouissent les retraités leur permettent d'assumer de nouveaux rôles sociaux. La retraite ne doit plus être perçue comme un événement ou un processus irréversible et universel d'adaptation individuelle.

Le concept de désengagement différentiel découle d'observations empiriques puisqu'il démontre l'existence de pratiques de retraite différentes selon la position professionnelle, l'état de santé, les autres caractéristiques socioéconomiques et le milieu social de l'individu. Cela expliquerait que le désengagement de la vie professionnelle se présente sous des formes et à des degrés variables. Guillemand (1972) a fait le lien entre les modes de vie de la retraite et les diverses ressources dont disposaient les retraités. L'analyse des résultats de son enquête a d'abord permis de découvrir que les modes de vie de la retraite étaient directement reliés au type et à la quantité (ou niveau) des ressources accumulées durant la vie active passée ; d'une part, les biens, c'est-à-dire les moyens financiers, la situation biologique et les relations sociales dont disposait l'individu pour le maintien de sa santé et de sa position dans la société et d'autre part, les potentialités, dont le niveau de scolarité, l'ancienne position sur le marché du travail et les savoir-faire accumulés en dehors du travail (Carette, 1992).

1.2-B

### La théorie de l'ajustement des buts personnels.

La théorie de l'ajustement des buts personnels (Atchley& Robert, 1976) constitue une synthèse des éléments majeurs des théories de l'activité, de la continuité et du désengagement. Les postulats de cette théorie sont, premièrement, que chaque personne a des buts personnels ; deuxièmement, que chaque personne se réalise à travers ses buts et troisièmement, que les rôles sociaux n'ont pas la même valeur pour chaque personne.

La personne qui arrive à l'âge institutionnel de la retraite et qui n'a pas la conviction d'avoir réalisé pleinement ses buts personnels à travers le travail cherchera à conserver des activités professionnelles (Atchley& Robert, 1976).

Si le système économique ne lui offre pas cette possibilité parce que ses habiletés et ses capacités sont devenues moins fonctionnelles, la retraite va s'imposer comme une obligation. Une telle situation risque de développer chez la personne un sentiment d'inutilité ; en conséquence, le processus d'adaptation de sa personnalité à une nouvelle hiérarchie de buts personnels sera plus long et plus difficile.

La retraite va alors se présenter comme un apprentissage parce que la personne devra développer les qualités et les habiletés requises à l'exercice de nouveaux rôles sociaux (Atchley, 1976). Si, par surcroît, elle ne peut jouir de la possibilité et de la capacité d'acquérir ces qualités et ces habiletés, le retrait dans d'autres domaines d'interaction sociale s'imposera comme une nécessité.

L'appropriation de rôles à travers l'activité bénévole rejoint les principes de différentes théories examinées jusqu'à maintenant. La théorie de l'activité qui a été mise au point par Havighurst et ses collaborateurs mentionne que la personne qui avance en âge cherchera à substituer aux activités de travail d'autres activités lui permettant d'atteindre les mêmes buts personnels antérieurs. Pour certaines personnes, le bien-être ne pourra se réaliser que dans la recherche d'un autre emploi alors que pour d'autres, il sera obtenu par la poursuite des rôles sociaux restants.

Le bénévolat en tant qu'activité de loisir peut également devenir une fonction compensatoire en l'absence du milieu du travail ou des anciennes obligations familiales (Brault, 1993). Selon cette auteure le travail bénévole semble apporter suffisamment de gratifications pour combler une partie du vide laissé par le retrait du milieu professionnel ou le départ des enfants du toit familial.;

### 1.3 Sommaire

Tout au long de sa vie, il est préférable que la femme vieillissante demeure active et engagée socialement afin d'obtenir une satisfaction optimale lors du vieillissement. L'abandon de rôles sociaux ne nécessite pas un désengagement dans d'autres rôles et conséquemment une participation bénévole antérieure et la poursuite de cette activité deviennent un rôle qui favorise l'identité, l'estime de soi, tout en remplaçant le rôle perdu en tant que travailleuse. L'engagement favorise non seulement le sentiment d'être utile socialement, mais il structure également le temps de manière à retrouver un cadre normatif qui lui permet de contribuer à la vie collective, ce qui par ailleurs élimine la situation anomique provoquée par la retraite.

Si la femme retraitée s'est appropriée un nouveau rôle, telle l'activité bénévole, pendant sa vie professionnelle, elle ne sera pas bouleversée par la hiérarchie des buts personnels. L'adaptation à cette activité de même qu'à de nouveaux réseaux sociaux sera alors plus facile, moins insécurisante.

La compréhension de l'aménagement du temps est intéressante pour vérifier l'importance de l'activité bénévole dans la satisfaction de vivre des femmes âgées de 65 ans et plus. L'enquête de budget-temps effectuée au Québec par Therrien & Bouchard, (1986) souligne que les activités sociales telles que la participation aux associations, les rencontres sociales et les conversations occupent le temps des personnes âgées (6,9%), ce qui est peu comparativement au sommeil et la sieste (39,4%) et l'écoute de la télévision (16,4%). Le budget-temps des retraités par rapport à d'autres catégories de la population indique que le bénévolat occupe plus de temps par jour (31 m) minutes comparativement aux travailleurs (11 m) minutes, aux personnes au foyer (21 m) minutes, aux chômeurs (12 m) minutes et aux étudiants (9 m) minutes. La répartition du temps à l'égard du bénévolat en termes d'heures par jour et de journées par semaine nous a permis d'obtenir une plus grande précision du temps bénévole chez les femmes.

## Chapitre 2

Les variables significatives de la satisfaction de vivre  
et de l'autonomie psychologique

## Chapitre 2

Les variables significatives de la satisfaction de vivre  
et de l'autonomie psychologique

## Chapitre 2

### 2.0 Introduction

Les déterminants du bien-être les plus souvent signalés dans les recherches en gérontologie sont l'âge, le sexe, l'état civil, l'éducation, le statut socio-économique, la santé, le revenu, l'environnement résidentiel, le milieu (rural ou urbain), les événements stressants, la compétence personnelle, l'estime de soi, le lieu de contrôle et la participation à des activités physiques et sociales (Diener, 1984 ; Kosma& Stones, 1978 ; Kosma, Stones& McNeil, 1991 ; Larson, 1978). Pour d'autres (Cutler, 1973; Markides& Martin, 1979), la santé, le statut socio-économique et l'habitat constituent à la fois des prédicteurs importants du bien-être psychologique et des déterminants de l'aménagement du temps chez les personnes âgées. Riddick (1985) montre que lorsqu'on relie les variables activités, santé et revenu, les activités constituent le meilleur prédicteur de la satisfaction de vivre. Un faible revenu et des problèmes de santé influencent particulièrement la satisfaction de vivre par l'intermédiaire de la variable << activité de loisir >>. Outre le rôle de l'activité bénévole, la présente recherche examine plusieurs variables personnelles susceptibles d'être reliées à la satisfaction de vivre, soit la santé, le revenu, l'état civil, la scolarité, l'autonomie psychologique et la retraite.

La plupart des données statistiques, dont il est ici fait état, de la Statistique du Québec (Le vieillissement démographique et les personnes âgées au Québec, 1991). Même si les données datent un peu, elles fournissent tout de même un éclairage intéressant sur la réalité

des aînés québécois.

En contrôlant les variables socioculturelles et sociodémographiques, il est possible de déterminer la relation entre la participation régulière au bénévolat et la satisfaction de vivre. Parmi les femmes âgées, la probabilité de faire du bénévolat est conditionnée par la santé perçue, la scolarité, l'état matrimonial, la situation de ménage et le sexe (Connidis, 1989).

Selon Connidis (1989), les personnes qui s'adonnent le plus fréquemment à cette activité sont celles qui ont une perception positive de leur état de santé, qui sont les plus scolarisées, celles qui vivent en couple et les femmes. Les variables sociodémographiques et socioculturelles influencent non seulement la satisfaction de vivre mais également le niveau de participation bénévole de la femme lors du vieillissement.

## 2.1 Les variables qui influencent directement le degré de satisfaction de vivre

### 2.1-A La santé.

Parmi tous les éléments composant la situation de vie d'une personne, la santé est un des plus fortement reliés au bien-être psychologique et aux activités sociales (McNeil et al.; 1986). L'état de santé détermine la rencontre des autres conditions (amis, voyages etc.), la capacité de l'individu à s'engager dans des pratiques nouvelles et anciennes et l'obligation de se réorienter à l'égard du loisir. Les personnes se croyant très malades sont plus malheureuses que les individus qui sous-estiment la gravité de leur état. De la même manière, les personnes qui se perçoivent en moins bonne santé que la moyenne des gens de leur âge présentent une autonomie fonctionnelle plus faible que celles qui estiment que

leur état de santé est dans la moyenne ou au-dessus de la moyenne des gens (Dubé, 1990). Les gens malades ou handicapés physiquement sont moins enclins à exprimer un contentement face à la vie et ce, peu importe la manière dont la santé est évaluée (par le biais d'une évaluation subjective ou d'une mesure objective) (Kosma et al., 1991). L'état de santé est probablement l'élément majeur dont dépend la qualité de vie des individus, quel que soit leur âge.

La santé est perçue comme un état, comme une notion statique et limitée alors que le bien-être représente une attitude ; celle-ci implique une relation étroite entre toutes les composantes individuelles d'ordre physique, émotif, mental, spirituel, social et culturel. Les termes santé et bien-être sont donc souvent perçus comme synonymes. Dans la plupart des recherches en gérontologie sociale, les résultats de la santé subjective sont utilisés plus fréquemment que les dimensions de la santé objective. La santé se situe plutôt sur un point donné dans le processus qui vise le bien-être optimal (Dunn, 1982).

L'être humain en santé se décrit comme quelqu'un qui se sent bien dans sa peau, qui peut faire ce qu'il désire et ce qu'il aime en réalisant pleinement son potentiel (Berger, Poirier-Mailloux, 1993). La santé est également définie comme << un état de bien-être suffisant pour accomplir de façon adéquate un certain niveau d'activités physiques, mentales et sociales, en prenant l'âge en considération (Lalonde, 1989) ou comme étant un état élevé de bien-être se réalisant sur tous les plans de l'organisation personnelle >> (Dunn, 1973).

La recherche de Delisle et Bélanger (1979) indique une relation entre la santé et le revenu puisqu'ils influencent de façon directe le bien-être psychologique et orientent le

choix des activités qui, à leur tour, affectent le bien-être psychologique des personnes âgées.

Pour évaluer l'état de santé, l'élaboration de normes s'avère nécessaire. Le document intitulé << Nouvelle perspective sur la santé des Canadiens >> du ministère de la santé fédéral (1974) proposait une conception globale de la santé en identifiant quatre facteurs susceptibles d'influencer la maladie et la mortalité : la biologie humaine, les habitudes de vie, l'environnement et l'organisation des soins de santé.

Cette conception globale de la santé permet, aux dires de Marc Lalonde, ministre fédéral de la santé à ce moment-là, d'élaborer une perspective plus vaste face à l'état de santé de l'être humain, quels que soient l'âge, la santé physique et tous les autres facteurs susceptibles de l'influencer. Les personnes vieillissantes se considèrent en bonne santé bien que la proportion de gens se percevant ainsi diminue avec l'âge.

L'enquête Santé Québec (1992-1993) révèle que 70 des aînés ne nécessitaient aucun service particulier. Selon Maddox (1989), de 50 à 66 des gens âgés ont une perception de leur santé qui correspond à leur état tel qu'évalué par les examens médicaux. Au Canada comme aux États-Unis, les femmes âgées souffrent, en proportion beaucoup plus forte que les hommes, de maladies chroniques comme l'arthrite, l'hypertension et de problèmes de l'ouïe et de la vue, tandis que la majorité (55) souffre de problèmes de santé comme l'anémie, les migraines, l'arthrite, les rhumatismes, les troubles mentaux et les problèmes de la glande thyroïde. Les auteures d'une étude canadienne (Gee & Kinball, 1987) insistent sur le fait que deux fois plus de femmes âgées que d'hommes âgés

souffrent de dépression et de maladie d'Alzheimer. À ces syndrômes s'ajoute le constat d'une condition spécifique aux femmes vieillissantes, l'ostéoropose, dont le quart des femmes souffrent après soixante ans.

Les Québécoises comme les autres femmes Canadiennes vivent plus vieilles que leurs congénères masculins mais elles voient presque le quart de leur vie grevée par des problèmes de santé. Les Québécoises ont un indice de détresse psychologique plus élevé que celui des hommes (Santé Québec, 1987). Les femmes plus que les hommes ont une image plus négative d'elles-mêmes et de leur environnement (Guyon, 1990).

Une étude (Guyon et al.; 1981) relève que les femmes consultent beaucoup plus que les hommes pour des problèmes de santé mentale et qu'elles reçoivent plus de prescriptions de psychotropes et d'électrochocs. Par contre, les hommes sont plus souvent hospitalisés en psychiatrie et utilisent davantage les urgences hospitalières. Les données indiquent en outre que plus d'hommes se suicident, mais que les femmes font plus de tentatives de suicide.

La détresse psychologique semblerait affecter principalement les personnes séparées ou divorcées, les moins nanties, les moins scolarisées, les personnes inactives pour des raisons de santé et les chefs de famille monoparentale (Guyon, 1990). Cette enquête mentionne que les femmes sont plus souvent pauvres, seules et en moins bonne santé. Elles constituent 87 % des chefs de famille monoparentale (Guyon, 1990). Bref, l'insatisfaction face à la vie sociale, la maladie des proches, la solitude sont des éléments qui pèsent lourdement sur la santé psychologique des femmes retraitées.

## 2.1-B

Le revenu.

Des études ont établi que les personnes âgées dont le statut socio-économique est bas tendent à présenter un faible bien-être psychologique (Mullis, 1992). On obtient les mêmes résultats lorsque les variables santé, emploi et état civil sont contrôlées. Le statut socio-économique se présente comme une variable multidimensionnelle, obtenue par pondération du revenu, de l'occupation et de l'éducation. Le revenu semble être la variable prépondérante ; la corrélation entre le bien-être psychologique et l'éducation est plus faible quand des contrôles statistiques sont introduits (Krause, 1991). De plus, des études indiquent que l'association entre le revenu et le bien-être psychologique ne se vérifie que sous sa forme négative, c'est-à-dire qu'on observe une relation entre un revenu faible et un faible niveau de bien-être psychologique (Palmore & Luikart, 1972). Si plusieurs autres études démontrent que le revenu objectif est relié au bien-être subjectif, la satisfaction face au revenu semble constituer un indicateur significatif au bonheur (Campbell et al.; 1976 ; Rousseau & Dubé, 1991).

Les femmes de milieux défavorisés semblent plus atteintes par la maladie que les autres femmes. L'espérance de vie à la naissance, quant à elle, semble être inférieure de 8,8 ans pour les personnes demeurant dans des quartiers défavorisés comparativement aux résidants des quartiers favorisés (Wilkins, 1986). Ces personnes subissent d'ailleurs un vieillissement prématuré, particulièrement entre 45 et 64 ans ; cette détérioration de l'état de santé se traduit par une importante consommation de médicaments et par une fréquentation élevée des milieux hospitaliers (Guénialart, 1994)

Le phénomène de la pauvreté au Québec constitue un frein important au bien-être des personnes âgées. Être pauvre pour le MSSS (1992) signifie une insuffisance d'accès à des biens et à des services de base ainsi qu'à des possibilités qui sont communément offertes aux groupes plus favorisés de la population. La pauvreté se traduit par le peu de représentation auprès des pouvoirs publics et souvent par la marginalisation, l'exclusion, la discrimination, la désapprobation et la honte. Zay (1981) définit la pauvreté comme l'état d'une personne pour qui les revenus sont inférieurs au montant considéré comme nécessaire à l'acquisition des biens et des services jugés essentiels dans un lieu, à un moment donné.

Tout au long des années 80, le taux de pauvreté des personnes seules, âgées de 65 ans et plus, est environ trois fois plus élevé que celui des familles dont le chef a 65 ans et plus. Le taux de pauvreté des aînés au Québec est le plus élevé de tous les groupes d'âges, soit 28,8, et de ce groupe, 37,4 sont des femmes (Statistique Québec, 1996). Parmi celles de 65 à 69 ans, 46,42 vivent dans la pauvreté. (Bureau de la Statistique, 1996). En 1991, les femmes de 70 ans et plus ont le plus haut taux de pauvreté (30) suivies des 65 à 69 ans (23,6) et des 55 à 64 ans (21,9) (Statistique Canada, 1991). Le document << La politique en matière de condition féminine >> du conseil national du bien-être national (1994) révèle notamment que six femmes âgées sur dix vivent dans la pauvreté. En 1990, le taux de pauvreté chez celles-ci était presque le double de celui relevé chez les hommes du même âge et ce, sur une période de 12 ans. Sur une période de 17 ans, les personnes seules âgées qui regroupent en majorité des femmes, dont celles du grand âge << 80 ans et plus >> présentent des proportions majoritaires de pauvreté (Statistique Canada, 1992). En 1993, un couple qui habite une région de 500 000 personnes et plus et qui possède un revenu inférieur à 20 603 \$ se retrouve en situation de faible revenu (Statistique Canada,

1994).

Pour ces dernières, les prestations de la Sécurité de la vieillesse et le Supplément de revenu garanti constituent les seules sources de revenu qui les assurent d'un minimum vital pour ne pas sombrer dans l'indigence durant leur vieillesse (Conseil des aînés, 1995).

Une étude portant sur 141 hommes et femmes de plus de 60 ans issus de milieux moyens et défavorisés montre que la santé et le revenu sont les facteurs qui déterminent le mieux la satisfaction qu'une personne âgée retire de la vie (Markides & Martin 1979). Ces facteurs, écrivent Markides et Martin, jouent un rôle primordial car lorsque l'individu est en bonne santé et a suffisamment d'argent, il peut rester plus actif en participant aux œuvres de bienfaisance << bénévolat >>, en allant au cinéma ou au musée, en assistant à des conférences ou en faisant des excursions ou des pique-niques sont plus heureuses que celles qui demeurent à la maison.

Une enquête réalisée entre 1977 et 1981 par le laboratoire de Gérontologie sociale de l'Université Laval auprès d'un échantillon de personnes retraitées de la ville de Québec a permis de confirmer l'hypothèse selon laquelle plus une personne âgée est financièrement et socialement favorisée et meilleures sont sa santé et sa scolarisation, plus elle pratique des activités ainsi que des loisirs dynamiques et bien structurés. La même étude indique que la femme retraitée comparée à la ménagère de carrière et à l'homme retraité est probablement celle qui sait le mieux s'occuper. La satisfaction de vivre de l'homme dépend plus du niveau d'instruction et du revenu que celle de la femme. Ces variables viennent, selon les chercheurs, de l'effet qu'elles jouent sur la carrière exercée par

l'homme durant ses années actives, car la satisfaction que procure le sens d'avoir accompli quelque chose par le passé influence les sentiments qu'une personne nourrit face à la vie.

Dans les faits, la situation financière des femmes âgées n'est pas très rose. Ainsi, Statistique-Canada (1992) révèle que parmi les femmes âgées de 65 ans et plus, 7 ont un revenu de moins de 5 000\$ et 3 sont dans la catégorie de 40 000 \$ et plus, alors que pour l'ensemble des femmes du Québec, 60 ont un revenu inférieur à 15 000 \$. Lorsqu'on considère toutes les personnes âgées de 65 ans et plus, 23,8 ont un revenu inférieur à 10 000 \$, 33,4 des femmes par rapport à 10,2 des hommes.

## 2.1-C

### L'état civil dans la situation domestique et familiale.

Plus de la moitié des personnes âgées sont mariées et, de celles-ci, 92 des hommes et 90 des femmes vivent dans une famille, tandis que chez les veufs, la situation la plus fréquente est le ménage d'une personne : c'est le cas de 45 des veufs et de 50 des veuves (Duchesne, L.& Gauthier, H., 1991). Selon cette même source, 28 des veufs et 27 des veuves vivent au sein d'un ménage familial ou d'une famille monoparentale.

Les ménages collectifs, quant à eux, regroupent 16 des veufs et 14 des veuves, tandis que 10 des veufs et 9 des veuves vivent avec d'autres personnes. Chez les femmes, 31 habitent seules, 36 résident dans un ménage collectif, 26 vivent avec d'autres personnes et 7 vivent dans ou avec une famille (Statistique du Québec, 1991).

Une étude (Lee, 1978) démontre que le statut matrimonial influe considérablement sur le moral des gens âgés, puisque ceux qui sont mariés sont plus heureux que les

célibataires et surtout plus heureux que ceux qui sont divorcés ou veufs. Lee a soumis un questionnaire de 28 pages à 439 hommes et femmes mariés âgés de 60 ans et plus. Ce questionnaire contenait six questions à propos du moral des sujets et cinq questions qui devaient servir à évaluer leur satisfaction face au mariage. Les réponses ont indiqué que le degré de satisfaction maritale agit sur le sentiment général de bien-être, tout particulièrement chez les femmes.

Les problèmes de santé influent considérablement sur le moral du couple, même dans le cas où il n'y a qu'un conjoint malade. Ils peuvent causer une séparation, réduire l'intérêt pour la vie sexuelle et la participation à des activités agréables et épuiser les ressources financières du couple. Le fait de devoir prendre soin de son compagnon ou de sa compagne malade et d'assumer toutes les responsabilités du ménage représente parfois une charge trop lourde pour le conjoint bien portant, qui peut se retrouver malade à son tour ou en proie à la dépression ou à la colère (Medley, 1977).

Bien que les personnes âgées d'aujourd'hui aient connu une époque où les rôles étaient encore plus déterminés en fonction de chaque sexe, il est intéressant de signaler que les couples âgés heureux tiennent peu compte des conventions relatives aux rôles attribués à chaque sexe, alors que le contraire est constaté chez les couples malheureux (Clark & Anderson, 1967).

Une étude du mariage chez les femmes âgées est nécessairement liée à une étude du veuvage, lequel représente l'une des plus dures épreuves qu'elles ont à subir. Lopata (1973) a fait une enquête sur les attitudes, les expériences et les modes de vie de 301 veuves âgées de 50 ans et plus. L'expérience d'une femme devenue veuve à 50 ans est

susceptible d'être assez différente de celle d'une femme qui a perdu son mari à 75 ans. Plus de la moitié de ces femmes avaient l'impression d'avoir changé sous au moins un aspect et souvent sous plusieurs, à cause du veuvage et la plupart voyaient en ce changement une amélioration de leur situation. Les femmes qui avaient été très heureuses au cours de leur mariage se sentaient plus indépendantes et plus compétentes depuis la mort de leur mari. Ces mêmes femmes considéraient souvent la solitude comme le plus grand problème du veuvage ; l'amour et la compagnie de leur mari leur manquaient. Les femmes qui ne signalaient aucun changement après le décès de leur mari avaient tendance à être moins instruites et plus isolées socialement que les autres. Elles semblaient également avoir vécu encore plus à l'écart des autres au cours de leur mariage. Les femmes qui ne s'entendaient pas avec leur mari de son vivant ont plus de difficulté à s'adapter à son décès, probablement à cause de la culpabilité qu'elles ressentent maintenant.

#### 2.1-D        La retraite.

La retraite est définie ici comme étant l'action de se retirer de la vie active ou comme l'état de quelqu'un qui a cessé ses activités professionnelles. Cette étape de vie que constitue en soi la retraite se traduit par un éloignement mutuel du travailleur et du milieu social en raison de son exclusion du milieu de travail.

La retraite et la crise d'identité qui en résulte sont des facteurs susceptibles de faire subir une perte d'estime de soi et d'amener la personne à se percevoir comme n'ayant plus de rôle dans la société, ce qui provoque une angoisse profonde accompagnée du sentiment d'inutilité et de dévalorisation. La mise à la retraite implique souvent une baisse de revenus engendrant de l'insécurité et du stress. D'ailleurs, dans l'échelle d'évaluation de

l'adaptation sociale de Holmes et Rahe (1967), la retraite se situe au dixième rang sur une liste de quarante-trois événements pouvant donner lieu à un stress important.

Selon Zay (1981), le statut socio-économique est un concept qui rend compte de la place occupée par l'individu dans la hiérarchie sociale sur les plans économique, politique et culturel. La retraite implique une diminution des revenus et peut constituer un signe d'appauvrissement de la valeur sociale de la femme retraitée. La perte de ce pouvoir d'achat de même que l'augmentation des pressions publicitaires peuvent entraîner un sentiment de dévalorisation. Plamondon & Plamondon (1984) croient que cette dévalorisation se double d'un sentiment d'exclusion car non seulement cette perte l'exclut d'un champ de pratiques sociales valorisantes mais l'exclut aussi de toute la diversité des relations sociales que procurent les activités de consommation. La perte du pouvoir de consommation dévalorise l'individu et accentue son exclusion et son isolement social du fait qu'elle le prive de certaines activités de sociabilité.

La retraite entraîne des pertes au niveau du revenu, du statut et des pertes des rôles. Elle est particulièrement redoutable pour ceux qui la prennent sans préparation et qui n'appartiennent à aucune association, n'ont aucun réseau d'amis et de parents bien défini (Miller, 1979). L'arrêt définitif du travail amène une baisse de revenus qui influence la baisse de relations sociales et réduit le nombre des activités. Il semble que le revenu moyen des personnes de 65 ans et plus n'est que d'environ la moitié du revenu des personnes dans la cinquantaine (Duchesne & Gauthier, 1991). Chez les femmes, la situation est bien différente, car le revenu du groupe de 65 ans et plus est plus élevé que celui des femmes de 55-64 ans, puisque la perte du revenu d'emploi est compensée par les gains de d'autres sources de revenus.

L'inadaptation à cette nouvelle condition pourrait même augmenter le taux de suicide chez les âgés (Lépine, 1982). Les changements de rôles occasionnent, autant chez les femmes que chez les hommes, un certain ennui, un sentiment d'inutilité et une augmentation de la vulnérabilité au stress et aux effets de la solitude.

Jaslow (1976) a mené une étude auprès de 2 398 femmes âgées de 65 ans et plus celles à la retraite (54, 1), au travail (6,3) et celles qui n'avaient jamais travaillé à l'extérieur (39). Les résultats confirment que les femmes qui travaillent encore ont un meilleur moral, tout en ayant des sentiments plus positifs au sujet de leur santé. De plus, elles ont un meilleur niveau socio-économique et elles semblent plus jeunes que les femmes des autres groupes. La relation entre le travail et le moral est influencée par des facteurs tels que l'âge de ces femmes, leur état de santé et leur revenu. Le niveau de bien-être psychologique est plus bas pour les femmes qui n'ont jamais travaillé à l'extérieur.

Comparativement aux hommes, les femmes professionnelles sont généralement moins préparées à prendre leur retraite (Behling et al.; 1983). Selon une étude empirique (Block, 1984), seulement 67 des femmes mariées âgées de 65 et 74 ans l'ont fait. Des raisons d'ordre familial et des problèmes de santé influencent les femmes à prendre leur retraite (Statistique Canada, 1996). Pour Price-Bonham et Jonson (1982), peu de femmes participent à des programmes de préparation à la retraite.

Glamser& Dejong (1975) ont mesuré le niveau de satisfaction de vie de personnes impliquées dans un programme de préparation à la retraite par rapport à un groupe contrôle d'individus qui ne l'étaient pas. Après un mois de formation, la relation entre le programme et la satisfaction de vivre était significativement positive. Les résultats de

l'étude indiquent aussi que les membres du groupe expérimental étaient déjà favorables à prendre leur retraite. Les auteurs ont trouvé que les participantes au programme s'affirmaient davantage, avaient une attitude d'ouverture et avaient une estime de soi très élevée.

#### 2.1-E        Autonomie psychologique.

Lebeau, Sicotte, Tilquin& Tremblay (1980) définissent l'autonomie comme << le pouvoir d'agir (comportemental) ou de ne pas agir, donc de choisir >>. La perte ou le manque de contrôle peut comporter un effet négatif sur la satisfaction de vie, l'estime de soi et l'engagement dans des activités (Rakowski& Cryan, 1990). L'autonomie psychologique repose sur le contrôle exercé par la personne à partir de sa dynamique propre, c'est-à-dire en fonction de la perception de soi, des sentiments et de la motivation (Rousseau, Denis, Dubé& Beauchesne, 1995). Pour Kosma (1978)& Georges Stones (1981)& Horley (1984), le bien-être subjectif est comme un concept abstrait, rendu opérationnel par des indicateurs concrets comme la satisfaction de vivre, le bonheur ou le moral.; La notion de bien-être psychologique se construit donc autour de l'évaluation de la vie personnelle, présente ou passée, de la satisfaction par rapport à soi, du sentiment de compétence et du bonheur (Rousseau, Denis, Dubé& Beauchesne, 1995).

#### 4.2        L'autonomie psychologique.

Pour Julia (1984), l'autonomie est définie comme le << fait de se donner à soi-même sa propre loi >>. L'autonomie est assimilée à l'indépendance et à la liberté, soit à la capacité de satisfaire seul ses propres besoins (Zay, 1981). Le Conseil consultatif national

sur le troisième âge (1989) mentionne que l'autonomie est la perception subjective de pouvoir conduire les activités de la vie dans un milieu normal et d'avoir accès à une gamme de choix quant à ces activités. Pour lui, il existe sept facteurs susceptibles de limiter l'autonomie des personnes âgées : la santé physique, le bien-être mental et affectif, le transport, la mobilité, les services de soutien communautaires, la sûreté et la sécurité, le logement ainsi que la communication et l'information.

S'inspirant de la recension de la documentation spécialisée (Albrède & al. 1981 ; Collropy 1988 ; Deci et Ryan, 1988 ; Jameton, 1988 ; Lebeau & al., 1980 ; Pous & Cayla 1981), l'équipe de Dubé & al. (1991) propose une définition de l'autonomie qui sert de base au Questionnaire de Perception de l'Autonomie. L'autonomie signifie que, tout en tenant compte de ses possibilités et de son intégration sociale, la personne se base sur sa perception de soi et son ressenti intérieur, pour contrôler ses décisions et ses comportements.

Pour Dubé et Lalande (1991), l'autonomie psychologique signifie << le maintien de la volonté d'exercer soi-même son pouvoir de décider et son pouvoir d'agir, en tenant compte des trois facteurs, soit la dynamique de l'individu, les capacités personnelles et l'intégration sociale >>.

Neugarten et al (1961) mentionnent qu'une personne se considère au pôle positif du bien-être dans la mesure où elle prend plaisir dans la routine d'activités constituant son quotidien. Elle regarde sa vie comme pleine de sens, elle accepte résolument ce que sa vie a été tout en estimant qu'elle a réussi dans l'accomplissement de ses buts principaux. Elle a une image positive d'elle-même, elle conserve une humeur joyeuse et une attitude

optimiste.

L'absence de contrôle ou d'autonomie semble entraîner des effets néfastes étant donné qu'elle peut conduire à une situation appelée résignation acquise ou apprise. Elle se présente lorsque les personnes sont exposées à des événements sur lesquels elles n'exercent peu ou pas de contrôle. Des effets débilitants risquent alors de se produire (Abramson, Seligman & Teasdale, 1978 ; Fry, 1989).

Pour étudier la satisfaction de vivre des femmes du troisième âge, il nous semble inévitable de comprendre les stratégies mises de l'avant par celles qui passent de la vie active à la retraite. La recension des écrits nous a permis de confirmer que les activités de loisir ont un impact sur le bien-être psychologique. Dans le cadre de notre étude, nous nous sommes intéressée au bénévolat en présumant qu'il représente une activité gratifiante, plaisante, libre qui permet à la retraitée de se redonner une identité sociale tout en développant son estime de soi, son sens de l'appartenance et celui de l'accomplissement aux composantes du loisir.

En fait, nous avons cherché à savoir s'il y avait un lien entre la participation fréquente et intense à l'activité bénévole et la satisfaction de vivre. De plus, nous nous sommes permis d'avancer a priori que plus la femme s'engage fréquemment dans le bénévolat, plus sa satisfaction de vivre et sa perception de contrôle psychologique augmentent.

## 2.2 Sommaire

L'état de santé et le revenu exercent une influence à la fois sur la satisfaction de vivre et sur l'engagement de la femme âgée à l'égard du bénévolat. Un mauvais état de santé réduit la qualité de vie de la femme bénévole puisque son manque d'endurance l'oblige à diminuer ou à cesser son activité. Advenant une cessation du bénévolat, la femme peut vivre un deuil analogue à celui causé par la perte ou l'abandon du travail salarié. La femme vieillissante dont l'état de santé est mauvais ou médiocre doit réapprendre à structurer sa hiérarchie des besoins par de nouvelles activités afin de combler de nouveau le temps vide et briser l'anomie sociale et l'isolement.

Un faible revenu ajouté à une santé médiocre devient problématique. La personne est limitée dans ses choix quant à la reconstitution de nouvelles activités comme les voyages, et les activités de loisir plus sophistiquées telles la peinture ou le golf. Le fait d'être incapable de suivre le rythme des autres retraités peut diminuer le concept de soi pour la personne qui ne peut, par exemple, participer aux voyages du groupe de l'âge d'Or.

Les femmes sont désavantagées par la pauvreté, ce qui les empêche souvent d'avoir une saine alimentation, de vivre dans un logement adéquat, de s'acheter des vêtements et de se procurer des médicaments. Les femmes âgées et pauvres sont par conséquent plus vulnérables et plus enclines à développer des problèmes de santé, ce qui, bien sûr, risque de diminuer significativement leur satisfaction de vivre tout en renforçant l'isolement social et la détresse psychologique. Si le mariage peut influencer positivement la satisfaction de vivre de la femme âgée, il peut aussi agir sur le temps réservé au bénévolat. Par exemple, la garde des petits-enfants et l'attention aux enfants et au conjoint retraité

peuvent diminuer le temps à consacrer pour l'action bénévole. Il est possible que l'activité bénévole contribue à augmenter la perception de contrôle de la femme vieillissante sur sa vie. La femme nouvellement retraitée qui décide de s'engager bénévolement peut obtenir un indice d'autonomie psychologique plus élevé comparativement à la femme qui ne perçoit aucune emprise sur sa vie.

La perte du rôle de travailleuse amène une certaine dévalorisation sociale de même qu'une anomie sociale. La femme âgée perd non seulement son statut mais également le pivot qui lui permettait de structurer les différents temps sociaux, ce qui exige un réajustement. L'individu est appelé à remplir le temps vide, car l'anomie sociale amène souvent une perte d'estime de soi, un sentiment d'inutilité et de perte de contrôle. Parmi notre population bénévole, il est permis de croire que l'activité bénévole puisse avoir une incidence sur la satisfaction de vivre et sur l'autonomie psychologique étant donné que le bénévolat peut combler utilement le temps vide. La femme retraitée peut établir par la suite un ordre dans sa vie, ce qui brise l'anomie sociale et le sentiment de perte de contrôle. Elle devient ainsi maître de sa destinée sans laisser les événements comme la retraite diriger sa vie.

Le fait d'agir sur son environnement tout en assumant des décisions est sans doute significativement corrélé à une autonomie psychologique et à une satisfaction de vivre élevées.

## Chapitre 3

L'activité bénévole en tant que loisir

## Chapitre 3

### 3.O Introduction

Shaw (1985) en arrive à la conclusion que pour qu'il y ait loisir, il faut que les critères suivants soient présents : plaisir, relaxation, liberté de choix, motivation, absence d'évaluation et absence d'obligation. Sinon, on est en face d'un non-loisir. Le bénévolat est-il un loisir?

### 3.1 La relation entre les dimensions du loisir et le bénévolat

L'engagement bénévole peut s'avérer une expérience enrichissante pouvant contribuer à une meilleure satisfaction de vivre lors du vieillissement car il redonne une identité sociale et un sens à la vie, brise l'anomie sociale, augmente l'estime de soi, tout en favorisant le sentiment d'utilité, le sentiment de compétence individuelle, le développement d'un groupe d'appartenance (Brault, 1993).

Pour Kelly (1980), le loisir est << une activité qui est choisie principalement pour elle-même >>. Le choix doit être perçu par le participant comme << libre >>, même si, dans les faits, il est le résultat d'influences extérieures. D'ailleurs, le Petit Robert (1990) définit le bénévolat comme << une situation de celui ou celle qui accomplit un travail gratuitement ou sans y être obligé >>. Le terme bénévole vient du mot latin *benevolus* qui

signifie << bienveillant >> lui-même issu de l'adverbe bene "bien" et du verbe volo << je veux >>. Le ou la bénévole fait quelque chose sans obligation et gratuitement (Le Petit Robert, 1990). M.A Delisle (1992) définit le bénévolat comme un engagement non-rémunéré fait dans le seul but d'améliorer les conditions de vie des collectivités visées. Le fait de s'adonner à une activité pour elle-même implique l'anticipation de bénéfices tels que l'expression ou l'amélioration de soi, le plaisir de développer des relations sociales et la joie d'intégrer l'esprit et le corps dans ladite activité.

L'identité sociale et l'estime de soi pour Kelly (1980) se juxtaposent aux relations qu'entretient l'individu avec autrui. À l'instar d'Havigurst (1961), Kelly (1982) mentionne que le loisir doit correspondre à un espace de liberté. Cet espace de liberté permet à l'individu de pratiquer des activités qui favorise son identité de manière à se reconnaître à travers une activité signifiante comme le bénévolat. Pour que l'activité bénévole ait un sens, la motivation, la compétence et le plaisir doivent être reliés à la participation gratuite, désintéressée de la personne bénévole. Les rôles de loisir sont un contexte d'interactions sociales et une façon d'exprimer et de développer les identités (Delisle, 1992; Kelly, 1982; Kelly & Ross, 1989 & Steinkamp, 1986).

### 3.2 La motivation

Des études de Purcell et Kelly (1989) permettent de conclure que la liberté perçue et la motivation intrinsèque constituent des dimensions subjectives critiques pour l'atteinte de la satisfaction de vivre et du bien-être. Il semble que la notion de contrôle soit un des aspects fondamentaux de l'autonomie psychologique des personnes âgées Altholz (1988) ;

Collopy, 1988 ; Ellenberger 1987 ; Hegeman & Tobin 1988). La possibilité d'exercer un certain contrôle sur sa vie fait partie intégrante d'une meilleure qualité de vie pour les aînés (Lawton, 1985). Pour Deci & Ryan (1985) de même que pour Vallerand et O'Connor (1989), il existe quatre types de motivation. Il y a motivation intrinsèque lorsque les individus s'engagent dans une activité de leur propre gré et où l'activité elle-même est la récompense ; on parle de motivation extrinsèque lorsque l'activité n'est pas faite pour elle-même ou par plaisir mais pour en retirer quelque chose d'extérieur à l'activité. La motivation peut être autodéterminée lorsqu'elle implique un choix même si l'activité n'est pas faite par plaisir mais pour des fins instrumentales ou non-autodéterminée lorsqu'il y a absence de choix et que les comportements sont motivés par des pressions externes. Finalement, il y a amotivation lorsque la personne n'a aucune motivation, ni intrinsèque ni extrinsèque et qu'elle ne voit pas le lien entre ses actions et les résultats. Il y a alors perception d'incompétence et manque de contrôle.

Deci & Ryan (1985) soulignent que les personnes motivées de façon intrinsèque démontrent un meilleur ajustement psychologique et physique. La motivation intrinsèque est issue des besoins de compétence et d'autodétermination. D'ailleurs, Maslow (1954) intègre le concept de l'actualisation de soi comme une motivation recherchée à la suite des besoins primaires. Les événements, activités et situations qui font naître des sentiments de compétence chez la personne produisent une augmentation de la motivation intrinsèque et extrinsèque autodéterminée (Vallerand & al. 1988, 1989). Les événements qui provoquent chez la personne des sentiments d'incompétence produisent une baisse de motivation intrinsèque (Vallerand & Reid, 1984, 1988) et extrinsèque non autodéterminée et une hausse concomitante d'amotivation (Boggiano & Barrette, 1985). Pour Brown, Frankel & Fennell (1991), il existe des corrélations entre la récréation active et le bien-être



psychologique des personnes âgées.

Une recherche a permis de conclure que la liberté perçue et la motivation intrinsèque représentent des dimensions subjectives critiques pour l'atteinte de la satisfaction de vivre et du bien-être (Purcell & Kelly, 1989). Langer & Rodin (1976) soutiennent aussi que le contrôle perçu augmente les niveaux d'activités, de socialisation et du bien-être psychologique. Le maintien du contrôle interne et de la maîtrise de soi sont directement influencés par la capacité des aînés de conserver une meilleure santé (Langer & Rodin, 1976 ; Rodin & Langer, 1977).

La croyance en son avenir est également très importante et Rakowski (1986) mentionne qu'une personne qui n'a pas une certaine croyance en son futur n'est pas motivée à prendre en charge sa santé. Il semble qu'une certaine orientation vers le futur ainsi que l'existence de projets stimulent l'intérêt et le comportement de la personne, ce qui est nécessaire à une bonne adaptation à la vieillesse (Dubé & Lalande, 1991). Il existerait même, selon Schonfields (1973), une corrélation positive entre l'adaptation à la vieillesse et la planification d'activités futures.

### 3.3 Les relations interpersonnelles

L'altruisme et les interactions sociales avec des amis seraient deux motifs pour lesquels les gens s'engageraient dans l'action bénévole (Adams, 1980 ; Anderson & Moore, 1974 & Morrow Howell & Mui, 1989). Pour Breytspraak & al. (1985), les associations volontaires pour personnes âgées fonctionnent de manière à ce que les divers types de relations sociales (famille, amis, voisins) puissent s'harmoniser tout en

renforçant le réseau de soutien de ces aînés. Selon Bengston & Peterson (1972), les personnes qui ont de bons cercles d'amis retirent plus de satisfaction de la vie.

La présence d'un réseau social semble constituer un des meilleurs prédicteurs du bien-être psychologique. Cohen et Wills (1985) ainsi que Barrera (1988) montrent que le réseau social contribue au bien-être soit directement en répondant aux besoins d'estime de soi et d'affiliation, soit indirectement en procurant un soutien instrumental et émotionnel permettant d'atténuer les effets négatifs du stress et des événements stressants de la vie. D'autres chercheurs démontrent que les interactions sociales amicales sont significativement corrélées avec le bien-être des personnes âgées (Larson, 1978 ; Larson, Mannell & Zuzanek, 1986 ; Mullin & Mushel, 1992 ; Okun, Stock, Haring & Witter, 1984). La recherche de Dupuis, Sherry, Smale & Bryan (1995) indique que la visite régulière d'amis augmente le niveau de bien-être psychologique de façon significative.

Les interactions amicales, les interactions avec les voisins et la participation dans les associations volontaires sont significativement corrélées avec la diminution importante du sentiment de solitude et à l'augmentation du moral des aînés (Lee & Ishii-Kuntz, 1987).

La nature de l'amitié semblerait plus déterminante que le fait d'avoir des amis. Toujours selon les chercheurs, l'individu qui entretient des rapports intimes et stables avec une personne à qui il peut confier ses vrais sentiments et ses pensées les plus profondes est capable de surmonter plus facilement les vicissitudes de la vieillesse (Lowenthal & Haven, 1968). Selon eux, il est plus important, si l'on veut conserver une bonne santé mentale et un bon moral, d'avoir un confident qu'une vie sociale intense ou un rôle social important.

Au cours de la vieillesse, comme durant les autres périodes de la vie, les hommes et les femmes n'accordent pas la même importance à l'amitié. Dans leur étude menée en 1968 sur les relations interpersonnelles intimes chez les personnes âgées, Lowenthal et Haven (1968), ont découvert que les femmes sont plus portées que les hommes à avoir un confident ou une confidente. S'il arrive qu'un homme se confie à quelqu'un, il y a de fortes chances pour que cette personne soit son épouse, tandis que la femme mariée aura tendance à se confier à l'un de ses enfants, à un parent ou à un (e) ami(e) plutôt qu'à son époux.

Pour Powers et Bultena (1976), les femmes n'entretiennent pas plus de relations amicales que les hommes, mais il y existe une différence quant à la qualité des relations amicales. Les hommes sembleraient avoir plus de contacts réguliers avec leurs amis et leurs enfants puisque, selon les résultats de l'enquête, ils les rencontrent deux fois plus souvent que les femmes. Ces derniers ont toutefois moins d'amis intimes parmi leurs connaissances tandis que, sans maintenir nécessairement des rencontres régulières, les femmes accordent plus d'importance aux amis intimes.

La participation bénévole, en tant que loisir, peut diminuer le sentiment de solitude et d'isolement, tout en rehaussant le moral et la perception de bien-être de façon à réduire les conséquences négatives de la vieillesse (Lee & Ishii-Kuntz, 1987; Mullins & Mushel, 1992 & Ragheb, 1993).

### 3.4 La compétence

Le sentiment de compétence est déterminé par l'évaluation de la femme âgée à accomplir des activités bénévoles. Plusieurs auteurs (Lawton, 1985 ; Mancini & Othner,

1982 ; Smith & al. 1986) soutiennent que la compétence perçue est une caractéristique particulièrement importante dans les activités de loisir.

Le maintien de l'estime de soi et de l'autonomie dépend de la possibilité d'exercer de façon répétée ses compétences (Dubé & Lalande, 1991). Selon ces chercheurs, seule l'accumulation des expériences d'efficacité permet de maintenir le sens de la compétence. Ainsi la personne âgée qui perd son sens de compétence perd aussi une partie de son estime de soi et de son autonomie. Atchley (1977) suggère que la compétence des personnes âgées en loisir constitue la source majeure d'affirmation de leur propre valeur; cela est hautement plausible, mais peu de recherches ont été faites pour vérifier cette notion (Lawton, 1985).

Il est important que les activités choisies soient en harmonie avec le niveau d'habiletés de la personne. Si c'est facile, l'ennui arrive ; si l'activité est trop difficile, l'anxiété apparaît (Csikszentmihalyi, 1975). Une étude de Csikszentmihalyi & Gref (1980) revèle que dans une activité librement choisie, il existe un plus haut niveau de compétence que dans une activité obligatoire. L'environnement idéal au maintien de l'autonomie est celui qui offre des possibilités de défis aux compétences des personnes âgées, c'est-à-dire celui qui demande un niveau de compétences légèrement supérieur aux capacités déjà actualisées, l'écart étant à peine perceptible (Dubé & Lalande, 1991). L'habileté sociale des individus semble influencée par la perception personnelle de leur efficacité à participer aux activités (Bandura, 1977 & Sneegas, 1986). Selon Sneegas (1986), les habiletés sociales incluses dans la compétence sociale sont la capacité de communiquer verbalement et non-verbalement, de résoudre des problèmes et de s'identifier aux rôles. Les résultats de la recherche mentionnent que pour les personnes de 60 ans et plus, l'âge n'a aucune

relation avec la perception de la compétence sociale. La compétence sociale est un facteur important dans la participation au loisir et la corrélation entre la compétence sociale perçue et la participation à différents types de loisirs a un effet sur la satisfaction personnelle.

Romaniuk et al. (1977), quant à eux, démontrent que l'habileté des personnes âgées dépend partiellement des renforcements qu'elles reçoivent de leur environnement physique et social. Le modèle d'adaptation au vieillissement développé par Nahemow et Lawton (1973) met en relief qu'une augmentation de la qualité environnementale favorise le sentiment de compétence. Pour Kuypers & Bengtson (1973) une performance réussie dans les rôles en dit beaucoup sur les compétences d'un individu, avec le risque qu'une participation diminuée puisse mener à une éventuelle atrophie des habiletés et un sens réduit de l'efficacité.

L'habileté des individus dans leur participation aux activités sociales peut dépendre de la perception de leur efficacité personnelle (Sneegas, 1986). Le sentiment de compétence réelle pour les tâches bénévoles aura probablement une incidence positive sur la satisfaction de vie puisque le fait de se percevoir habile renforcit l'estime de soi chez la femme âgée.

Csikszentmihalyi (1975) indique que pour accroître le niveau de compétence, l'individu doit respecter l'indice de familiarité et de nouveauté. Afin de maintenir, le niveau d'intérêt et le sentiment de compétence à l'endroit du bénévolat, les tâches doivent à la fois être familières et nouvelles afin d'éviter l'ennui ou l'anxiété.

L'activité bénévole peut représenter un loisir à la condition de rendre possibles

des expériences qui ont un sens pour la femme vieillissante ; et les tâches doivent représenter de véritables défis à leurs compétences.

L'atteinte et la réussite des objectifs de vie et la pratique des activités pendant le temps libre, notamment le bénévolat, influencent grandement l'attitude face au vieillissement. Le sentiment d'accomplissement pour la réalisation des projets antérieurs peut apporter une satisfaction de vie globale. De plus, la pratique régulière de quelques activités peut diminuer le sentiment de solitude qui est décrit ici comme une impression négative causée par une vie sociale insatisfaisante (Delisle, 1987). Pour Delisle, le sentiment de solitude est révélateur des carences affectives engendrées par la pauvreté des relations qu'entretient l'individu avec ses semblables. Les activités de loisir notamment le bénévolat, peuvent favoriser les interactions sociales, brisant ainsi le sentiment de solitude et l'isolement social.

Toutefois, pour Larson (1978), le bien-être psychologique et l'activité semblent décroître avec l'âge mais cette baisse serait toutefois liée à la diminution de la santé, du revenu ou du réseau social. La plupart des personnes âgées sembleraient plutôt heureuses par contre, la proportion des individus très heureux diminuerait avec l'âge, sans doute à cause des pertes associées au vieillissement (Lapierre, L., Adams, O.B., 1989; Zay, N., 1981).

La participation sociale fournit la possibilité aux personnes âgées d'échanger des services avec leurs congénères et avec leurs proches. De plus en plus de recherches indiquent que l'engagement dans les associations bénévoles apportent un sentiment de bien-être (Zibbell, 1971 & Hoyt & al. 1980). Entre autres, Elwell et Maltbie-Crannell

(1981) affirment que les activités bénévoles sont significativement et positivement correlées avec la satisfaction de vie des femmes âgées. Toutefois, d'autres chercheurs (Lemon & al. 1972 ; Cutler, 1973, 1985) avancent que le bénévolat joue faiblement sur le bien-être psychologique lorsque l'on contrôle la santé et le niveau socio-économique.

Selon certaines théories psychosociales sur le vieillissement (voir plus haut dans le texte), il est bon que les personnes âgées demeurent actives le plus possible, car les probabilités de contacts sociaux sont meilleures. Les gens actifs semblent avoir une image positive d'eux-mêmes, un meilleur moral et une bonne santé (Guillemard, 1978, 1980). Une enquête réalisée auprès de 753 femmes confirme que les interactions sociales représentent un indice fortement significatif de la satisfaction de vie ( $r = .37$ ) tandis que la lecture est une activité qui procure un certain bien-être psychologique ( $r = .30$ ). L'activité bénévole est corrélée avec la participation dans laquelle le  $r$  de pearson se situe à ( $r = .26$ ) (Cutler, 1985). De plus, les activités susceptibles d'avoir un effet positif sur le bien-être psychologique pour les gens âgés sont celles qui permettent la continuité des rôles, l'expression de soi et la reconnaissance de la compétence personnelle (Kelly ,& Steinkamp, 1986).

### 3.5 Le rôle de la retraite sur la participation bénévole

L'association entre la retraite et le vieillissement est automatique pour la plupart des gens, mais à quel âge devient-on réellement une personne âgée? L'âge de 65 ans est généralement utilisé comme seuil du troisième âge (Gauthier & Duchesne, 1991). Les gouvernements ont aboli la retraite obligatoire à 65 ans en reconnaissant l'intérêt pour certains travailleurs de demeurer sur le marché du travail plutôt que de joindre les rangs

des retraités. Au Québec, au Canada et aux Etats-Unis, la majorité des études retiennent encore le seuil de 65 ans comme étant l'âge qui marque le début ou la fin de certains programmes gouvernementaux. Cet âge correspond à la perception générale du début de la vieillesse (Gauthier & Duchesne, 1991).

Différents auteurs (Breytspraak, Halpert, Olson, 1985 ; Connidis, 1989 ; Dumazedier, 1974 ; Pronovost, 1988) mentionnent que l'effet de la retraite sur la participation et l'engagement social des individus est inversement proportionnel à l'âge et qu'il en va ainsi du bénévolat. Par exemple, quelques enquêtes (Carpentier & Vaillancourt, 1990 ; Pronovost, 1990 ), démontrent que seulement 15,8% des Québécois de 55 ans et plus font du bénévolat. Selon ces chercheurs, le taux de pratique bénévole atteint un maximum de 25,9% chez les québécois et québécoises de 35 à 44 ans. Il diminue par la suite pour se situer à 7,7% chez les gens de 70 ans et plus. La pratique du bénévolat atteint 21% chez les canadiens et canadiennes de 55 à 59 ans puis elle diminue. Pour les individus de 70 à 79 ans, le taux de participation bénévole atteint 12% alors qu'il se situe à 8% pour les 80 ans et plus.

Une enquête à l'échelle canadienne (Conseil des aînés, 1987) révèle que 20% des bénévoles québécois sont des aînés. Ceux-ci consacrent en moyenne 134 heures par année à une organisation comparativement à 115 heures chez les autres canadiens. Une enquête de Delisle (1992) mentionne que les femmes âgées s'engagent beaucoup plus dans les activités bénévoles que les hommes. Une recherche canadienne (Duchesne, 1989) mentionne quant à elle, que 22% des gens de 65 ans et plus (soit 19% des hommes et 25% des femmes ) font du bénévolat.

Nos lectures nous ont permis de constater que les gens étaient guidés vers le bénévolat par diverses motivations. Pour les fins de notre travail, nous avons relevé celles qui étaient le plus souvent mentionnées dans les résultats d'enquêtes et nous avons demandé à nos répondantes de choisir celle qui correspondait le mieux à leur situation.

Nous croyons, tout comme les tenants de la théorie de la continuité, que le passé peut être garant de l'avenir. Dans le cas présent, ça signifie que les chances d'avoir une attitude favorable à l'égard du bénévolat à la retraite sont bonnes si une personne s'y est adonnée au cours des années antérieures. Ainsi, une femme devrait avoir moins de difficulté à s'adapter à sa retraite si elle continue à faire du bénévolat après la prise de la retraite. Ce bénévolat serait même un facteur important de sa satisfaction de vivre. Partant de ce postulat, nous avons construit une question pour connaître le vécu bénévole de nos répondantes.

La fréquence avec laquelle une personne va faire du bénévolat dépend du temps requis pour accomplir toutes ses obligations (professionnelles, familiales, spirituelles, personnelles, etc.). Par exemple, le temps consacré à dispenser des soins à un parent malade peut empêcher une bénévole de consacrer autant d'heures à son activité bénévole, affectant ainsi négativement sa satisfaction de vie.

La retraite en elle-même ne joue donc pas un rôle significatif sur la participation bénévole. Le fait d'être à la retraite ne contribue pas à rehausser le niveau d'engagement bénévole de la population retraitée. La retraite, écrit Lalivé d'Epinay (1982), comporte une restructuration générale des activités, puisque le gain du temps disponible n'entraîne pas un accroissement de l'éventail des pratiques ; au contraire la tendance est à la diminution

Le but de notre recherche est de connaître davantage le phénomène du bénévolat chez les femmes de 65 ans et plus, de comprendre les motivations qui les ont incitées à s'engager depuis quelques années? et quels sont les événements qui les ont influencées à devenir bénévole? Est-ce la retraite, le départ des enfants...? Quelle est donc le portrait socio-démographique de ces femmes?

Il semble que la quantité d'activités de loisir ne semble pas aussi importante que leur signification (Ragheb & Griffith, 1980). Une évaluation favorable de l'engagement bénévole par rapport à d'autres activités contribue sans doute à augmenter ou à maintenir le niveau de participation et conséquemment, à améliorer sa satisfaction de vivre. La satisfaction retirée de l'activité bénévole est directement proportionnelle à la signification qui lui sera accordée par la personne bénévole. Les activités de loisir combinent-elles effectivement le vide et le bénévolat est-il perçu comme un loisir signifiant? Il s'avère donc essentiel de vérifier le niveau de participation de ces femmes à l'égard du bénévolat.

Suite à l'analyse du portrait socio-démographique de nos candidates bénévoles, nous mesurons le niveau de satisfaction de vivre, l'autonomie psychologique, de même que les variables intermédiaires (santé, revenu, solarité, état civil, et retraite) et leurs inter-influences sur le niveau de participation. Les raisons pour lesquelles les femmes sont bénévoles sont également mesurées à partir d'une énumération de motivations possiblement rencontrées.

Il est question ici de décrire le phénomène du bénévolat chez les femmes de 65 ans et plus. Pour cela nous présentons d'abord le portrait socio-démographique de ces femmes, et pour une compréhension de la signification de l'activité bénévole, nous observons le

niveau de participation et leurs motivations en liens aux circonstances qui expliquent le pourquoi de cet engagement bénévole. Il s'agira par la suite de vérifier les relations possibles entre les indices (satisfaction de vivre et autonomie psychologique), de même que les liens possibles entre les variables intermédiaires et le bénévolat en lui-même.

Afin d'obtenir une idée globale quant aux variables pouvant être reliées à la satisfaction de vivre, nous les avons identifiées en trois catégories soit A) les caractéristiques socio-démographiques et socio-culturelles, B) les caractéristiques de l'activité bénévole et les C) les caractéristiques personnelles et l'autonomie psychologique?

<b>Caractéristiques socio-démographiques et socio-culturelles</b>	<b>Caractéristiques de l'activité bénévole</b>	<b>Caractéristiques personnelles</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>-L'état de santé réel et la perception de l'état de santé;</li> <li>-Le revenu;</li> <li>-L'état civil;</li> <li>-Le niveau de scolarité;</li> <li>-La préparation à la retraite</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Motivations au bénévolat: <ul style="list-style-type: none"> <li>.Rencontrer des gens;</li> <li>.Développer de nouveaux talents ou aptitudes</li> <li>. Occuper le temps libre</li> <li>. Acquérir de nouvelles connaissances.</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-L'autonomie psychologique (Dubé et al., 1990) <ul style="list-style-type: none"> <li>. Dynamique de l'individu;</li> <li>. Capacités;</li> <li>. Intégration sociale;</li> <li>. Contrôle décisionnel;</li> <li>. Contrôle comportemental</li> </ul> </li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>-La perception du bénévolat en tant que loisir.</li> <li>-L'énumération du bénévolat dans la liste de priorité en tant qu'activité préférées</li> </ul>	

### 3.6 Sommaire

Le sentiment d'être utile et de contribuer socialement, le sentiment d'être compétente à développer de nouvelles habiletés et le sentiment d'appartenir à un groupe social sont des attributs reliés à l'activité bénévole. Le sentiment d'appartenance nous préoccupe particulièrement car les interactions sociales permettent de reconstruire le réseau social chez les femmes retraitées tout comme celui des femmes au foyer. Les interactions sociales suscitées par l'activité bénévole remplacent en quelque sorte la perte des relations de travail et permettent de sortir de l'environnement familial.

L'identité en tant que bénévole permet à la femme de s'approprier un rôle valorisant et cette réappropriation peut faciliter l'adaptation à la retraite de celle qui était active antérieurement. Le rôle de bénévole renforce également le concept de soi de la femme au foyer qui se découvre une identité propre et une utilité sociale. De plus, l'engagement en tant que volontaire permet de structurer le temps libre contribuant ainsi à briser l'anomie sociale .

Pour circonscrire le loisir, les notions de libre choix, de plaisir, d'absence de pression et d'évaluation sont fondamentales. La femme bénévole qui, sans pression, se perçoit compétente semblerait plus disposée à poursuivre son engagement tout en l'apprécient davantage.

Les tâches trop difficiles découragent la femme bénévole tandis que les tâches trop faciles l'ennuient. L'activité bénévole peut apporter une satisfaction de vie mais le niveau de santé, le revenu, l'état civil, la préparation à la retraite et l'autonomie psychologique

sont d'autres variables pouvant influencer le niveau de qualité de vie globale. Ces facteurs peuvent jouer un rôle significatif dans l'action bénévole et c'est pourquoi il est important de vérifier la corrélation de chacune de ces variables. Par exemple, l'apparition de problèmes de santé peut contraindre une femme à diminuer ou à cesser son engagement bénévole, restreignant ainsi ses interactions sociales. L'incapacité de se déplacer pour se rendre à son milieu de "travail" peut diminuer la satisfaction de vie de la femme active, car elle subit de nombreuses pertes, notamment la perte de son réseau social.

L'autonomie psychologique est une variable très importante pour les personnes vieillissantes, puisque le bien-être psychologique se construit autour de l'évaluation de vie personnelle, présente ou passée, de la satisfaction par rapport à soi, du sentiment de compétence et du bonheur.

## Chapitre 4

### Méthodologie

## Chapitre 4

### 4.0 Introduction

Afin d'estimer la signification du bénévolat, nous avons mesuré la satisfaction de vivre et l'autonomie psychologique des femmes engagées dans l'action bénévole notamment dans différents centres de soins de longue durée (10) et Centres hospitalier (5). En observant les résultats de chaque indice, nous avons pu obtenir une idée de la signification que revêt le bénévolat en le comparant avec 1) la perception du bénévolat en tant que loisir ; 2) l'énumération des cinq activités de loisir préférées et 3) le niveau de participation. Ainsi le bénévolat représente-t-il réellement un loisir pour ces femmes qui s'engagent à aider des gens démunis? Celui-ci est-il mentionné comme un des loisirs favoris de la part des sujets?

Suite au volet loisir, nous avons mesuré les variables susceptibles d'influencer non seulement la satisfaction de vivre mais aussi le niveau de participation bénévole, soit la santé, le revenu, l'état civil, la scolarité et la retraite. Par exemple, la perception d'une santé médiocre risque de diminuer la satisfaction de vivre et la participation bénévole, tandis que le fait d'être mariée ou de vivre un deuil récent influence différemment la satisfaction de vivre et l'aménagement du temps chez la femme retraitée.

Pour les besoins de notre étude, sont à la retraite les femmes qui ont mis fin à une carrière socio-professionnelle et les femmes ménagères mariées dont l'époux est à la

retraite. Ces femmes peuvent donc être des femmes mariées ayant ou non des enfants, des femmes séparées ou divorcées avec ou sans enfant, des femmes célibataires ou des femmes veuves avec ou sans enfant.

#### 4.1 Population cible et échantillonnage

Au Québec, comme dans le reste du Canada et aux États-Unis, la plupart des chercheurs en gérontologie construisent leur échantillon avec des gens de 65 ans et plus. L'âge de 65 ans marque le début ou la fin de certains programmes gouvernementaux tout en correspondant à la perception générale du début de la vieillesse (Statistique Québec, 1991). Nous avons donc retenu cette catégorie d'âge pour les besoins de notre recherche.

Nous avons privilégié l'échantillonnage aléatoire stratifié qui consiste à diviser la population cible en sous-ensembles appelés strates, de manière à tirer un sous-échantillon dans chacune des strates. Avant la construction des strates, nous avons donc consulté le répertoire des ressources bénévoles de la région de Québec. Ce répertoire comprend la liste des organismes bénévoles, les coordonnées, la description de l'objectif de chaque organisme, les activités et les services offerts ainsi que la clientèle desservie. Pour avoir un profil topographique concernant les établissements qui ont participé à la recherche, voici un tableau présentant 1) les noms des organismes, 2) les questionnaires distribués 3) et les questionnaires retournés.

**Tableau 2**  
**Liste des organismes bénévoles (N = 15)**

Noms des organismes.	Questionnaires distribués	Questionnaires retournés
Association des auxiliaires bénévole de l'Hôtel-Dieu-de-Lévis	50	23
Association des bénévoles du Centre d'accueil St-Antoine	10	4
Association des bénévoles de l'hôpital St-Sacrement	10	7
Auxiliaire bénévole du Centre hospitalier Jeffery Hale	23	7
Association des bénévoles du Centre hospitalier Paul Gilbert	10	7
Comité des bénévoles du Foyer Notre-Dame-de-Lourdes	10	7
Comité des bénévoles du Centre St-Augustin	15	9
Centre Auberge des aînés de St-Emile	7	7
Comité des bénévoles du Pavillon Maizerets	6	5
Comité des bénévoles des centres Yvonne-Sylvain et du Fargy	20	9

Noms des organismes.	Questionnaires distribués	Questionnaires retournés
<b>Comité bénévole du Centre d'accueil Le Faubourg</b>	<b>10</b>	<b>7</b>
<b>Comité bénévole du Centre hospitalier St-Jean-Heude</b>	<b>10</b>	<b>7</b>
<b>La maison de aînés</b>	<b>10</b>	<b>7</b>
<b>Mouvement Albatros Charny</b>	<b>5</b>	<b>5</b>
<b>Service d'Entraide Regroupement &amp; Solidarité (Lévis - Métro)</b>	<b>5</b>	<b>4</b>
<b>TOTAL</b>	<b>201</b>	<b>115</b>

#### 4.2 L'échelle de satisfaction de vivre

Afin de pouvoir analyser les indices déterminants de la satisfaction de vie globale, nous avons utilisé l'échelle de la satisfaction de vie élaborée par Neugarten, Tobin et Havighurst (1961) et modifiée par Adams (1969). Cet instrument de mesure offre une excellente consistance interne, c'est-à-dire une validité et une fidélité très intéressante. L'échelle de satisfaction de vivre comporte cinq dimensions au sujet desquelles la répondante bénévole est appelée à se prononcer soit:

- 1- son attitude par rapport à ses activités quotidiennes;
- 2- la façon dont elle a assumé les divers événements de sa vie;
- 3- le bilan qu'elle a fait de son existence passée et actuelle en fonction de ses aspirations antérieures;
- 4- l'image de soi;
- 5- l'optimisme et la bonne humeur.

Cet instrument de mesure comporte vingt questions regroupées en cinq sous-échelles. L'analyse des résultats se fait en additionnant les cotes des questions correspondant aux cinq échelles dans lesquelles un total est calculé pour chacune des parties soit:

- l'humeur: questions (1 à 6);
- le goût de vivre questions (7 à 12);
- la congruence entre les buts fixés et les buts atteints questions (13 à 15);
- le courage et la fermeté questions (16 à 18);
- le concept de soi questions (19 et 20).

#### 4.3 L'autonomie psychologique.

S'inspirant de la recension de la documentation spécialisée (Albrède & al. 1981 ; Collopy 1988 ; Deci et Ryan, 1988 ; Jameton, 1988 ; Lebeau & al., 1980 ; Pous & Cayla 1981), l'équipe de Dubé & al. (1991) propose une définition de l'autonomie qui sert de base au Questionnaire de Perception de l'Autonomie. L'autonomie signifie que, tout en tenant compte de ses possibilités et de son intégration sociale, la personne se base sur sa perception de soi et son ressenti intérieur, pour contrôler ses décisions et ses comportements.

Pour les fins de notre étude, nous avons retenu le Questionnaire d'Autonomie Psychologique (QAP) (Dubé, Lalande, Lapierre & Alain, 1990). Cet outil a été développé

en tenant compte des deux dimensions théoriques de l'autonomie soit le contrôle décisionnel et le contrôle comportemental. Chaque dimension comporte trois facteurs: la dynamique de l'individu, ses capacités et son intégration sociale. La dynamique de l'individu implique que l'autonomie est ancrée dans la perception que l'individu a de lui-même (aspect cognitifs) ou dans son ressenti intérieur (aspect émotif) d'où provient sa motivation (volonté) d'utiliser ou non ses capacités. Les capacités de l'individu intègrent son autonomie psychologique qui est tributaire de ses capacités physiques, cognitives et sociales. Tandis que les capacités physiques sont les capacités fonctionnelles reliées aux performances de l'organisme dans les activités de la vie quotidienne et domestique, les capacités cognitives réfèrent à la capacité d'entrer en relation. L'intégration sociale, quant à elle, suppose que l'individu est conscient de sa responsabilité sociale, c'est-à-dire qu'il est conscient des limites inhérentes au contexte social et à l'environnement, qu'il en tient compte et les respecte.

Pour assurer la validité de son contenu, le QAP fut développé à partir des différents facteurs et dimensions identifiés dans la revue de la littérature. L'instrument comprend 57 items rendant raison des facteurs retenus ; pour s'assurer de l'adéquation de la formulation, les chercheurs ont fait appel à des intervenants. Par la suite, des juges experts ont procédé à un Q-sort ; les 57 items retenus correspondent donc bien aux sous-facteurs (Dubé, Lamy, Lalande, Lapierre & Alain, 1990). Cette version expérimentale du QAP fut ensuite administrée à 239 âgés représentatifs de la population à laquelle ce questionnaire est destiné. Les tests de fidélité effectués sur les items du Questionnaire d'Autonomie Psychologique montrent une excellente consistance interne (Dubé & Lamy, 1990).

L'échelle d'autonomie totale obtient un coefficient Alpha de Cronbach de 0,89 et les différentes sous-échelles obtiennent des coefficients variant de 0,60 à 0,85. Une analyse factorielle révèle que tous les items concourent bien à mesurer l'autonomie psychologique puisqu'ils obtiennent une corrélation variant de 0,62 à 0,45 avec un premier facteur qui explique 27% de la variance. Pour mesurer l'autonomie psychologique des sujets, à l'aide du questionnaire portant sur les divers aspects de l'autonomie psychologique dans la vie quotidienne, ceux-ci doivent indiquer, à l'aide d'un échelle Likert en cinq points, le chiffre correspondant à leur réponse ; et ce, pour toutes les questions.

La compilation des résultats se fait en additionnant les cotes des questions qui correspondent aux échelles et un total est effectué pour chaque facteur soit la dynamique de l'individu, ses capacités et son intégration sociale. Le grand total d'autonomie psychologique s'obtient soit en additionnant les résultats de ces trois facteurs ou soit en compilant tous les items correspondants. On peut également compiler les résultats aux dimensions << contrôle décisionnel >> et << contrôle comportemental >> en additionnant les items correspondants.

Nous avons également mesuré les contraintes ou les irritants qui sont les plus fréquemment mentionnés par les bénévoles, soit la mauvaise santé du sujet, l'éloignement du lieu d'activité, ainsi que l'absence de moyens de transport adéquats (Therrien, Bouchard, 1983 & Delisle, 1992). La santé en tant que contrainte est mesurée car une santé médiocre risque de diminuer le niveau de participation au bénévolat. Pour l'élaboration des questions concernant les autres contraintes, nous avons utilisé l'instrument que nous avons déjà conçu concernant le niveau de satisfaction de vie des bénévoles dans un

établissement de santé de la région de Québec (Poulin, 1995). Un moyen de transport est habituellement utilisé pour se rendre au lieu d'action bénévole, est-ce l'automobile, l'autobus, le co-voiturage, le taxi, ou la marche? Comme la distance entre le domicile et le lieu d'intervention peut s'avérer une contrainte, nous avons demandé aux sujets de nous faire part de la distance à parcourir : moins de 5 km, 5 - 9 km, 10 - 14 km ou 15 km et plus. Nous demandions aussi s'il y a d'autres facteurs qui les empêchent de faire autant de bénévolat qu'elles le voudraient et, le cas échéant, de spécifier ces contraintes.

Nous avons considéré la présence effective ou non de problèmes de santé pouvant diminuer la qualité de vie globale et la participation des aînés à l'activité bénévole. À l'instar de Gauthier & Duchesne (1991), nous avons demandé aux répondantes d'évaluer leur état de santé en le comparant à celui des personnes de leur âge, de nous faire part de leur histoire médicale récente et de nous indiquer ce qu'elles pensaient de leur état de santé.

Pour la mesure objective, nous avons considéré l'utilisation de services médicaux (la fréquence des consultations des spécialistes de la santé) et l'usage de médicaments. Nous nous sommes inspirée de Dubé et al. (1994) pour construire nos indices de santé. Ainsi, les problèmes de santé occasionnent-ils de la douleur et de l'inconfort? Si oui, à quelle fréquence se manifestent ces douleurs? Est-ce rarement, occasionnellement, souvent ou de façon persistante? Depuis combien de temps la personne souffre-t-elle des problèmes de santé actuels?

#### 4.4 Procédures et administration du questionnaire

Notre première démarche, à titre de chercheure, fut d'entrer en relation avec les responsables des bénévoles au sein des organismes retenus afin de leur expliquer la pertinence de l'étude et son utilité potentielle pour tous les organismes. Une lettre du directeur de recherche de l'étudiante fut envoyée à chaque responsable bénévole des différents organismes pour lui expliquer les raisons et les objectifs de la recherche et l'inviter à collaborer.

Dans le but d'assurer la confidentialité, la plupart des coordonnatrices n'ont pas voulu nous remettre la liste comportant les noms et les adresses de leurs bénévoles. Ce faisant, elles acceptaient de jouer un rôle important dans la constitution de l'échantillon. Elles devaient notamment choisir les sujets à partir du critère établit par la chercheure, soit d'être une femme et d'être née au plus tard le 31 décembre 1932. Cette façon de procéder a permis à la chercheure d'obtenir le nombre de sujets souhaité et ce, pour chaque organisme bénévole. Une lettre décrivant brièvement l'objet d'étude en question et assurant l'anonymat des répondantes fut jointe à chaque questionnaire.(voir appendice A) Les participantes avaient un délai de dix jours pour répondre au questionnaire et le retourner dans l'enveloppe pré-adressée et pré-affranchie prévue à cette fin.

Compte tenu du type de répondantes et des caractéristiques spécifiques à certaines d'entre elles, nous avons proposé un questionnaire facile à compléter, clair, bien aéré et exigeant le moins d'écriture possible.

Nous avons effectué un pré-test auprès de plusieurs sujets de notre population-cible pour mettre à l'épreuve la forme des questions et leur ordonnancement dans le questionnaire. Ce pré-test aura servi à reformuler un certain nombre de questions. Par exemple, lors du pré-test, nous demandions aux sujets de nous indiquer, par ordre de priorité, ce qui les avait incitées à s'engager dans l'action bénévole. Nous suggérions sept motivations et les répondantes devaient préciser celle qui leur apparaissait la plus importante, puis la seconde en importance et ainsi de suite jusqu'à la septième motivation. La plupart des répondantes ont ignoré cette consigne probablement parce qu'elles l'avaient mal comprise. Nous avons donc pris la décision de retoucher cette question car elle semblait non seulement difficile à répondre mais aussi elle ne permettait pas de rencontrer l'objectif visé.

Dans l'ensemble, le pré-test nous a autorisée à conclure que le questionnaire était adéquat et mesurait ce qu'il voulait mesurer. Afin d'encourager la participation à l'étude, la chercheure est allée présenter les objectifs et l'utilité de sa recherche aux bénévoles de chaque établissement énuméré précédemment (cette démarche aura permis, nous en sommes convaincue, de constituer un échantillon valable.) Les personnes intéressées étaient conviées à se rendre dans un local réservé à cette fin pour compléter le questionnaire. La présence de la chercheure aura permis de contrôler les risques de contamination entre les participantes et d'assurer une réponse complète du questionnaire.

#### 4.5 Statistiques

Nous avons d'abord effectué des analyses descriptives pour décrire ces caractéristiques de notre groupe de répondantes.

Par la suite, nous avons effectué des analyses de variance pour vérifier les relations existant entre la participation bénévole, les variables intermédiaires et les variables dépendantes, soit la satisfaction de vivre et l'autonomie psychologique.

#### 4.6 Les variables intermédiaires

##### 4.6-A La santé.

Les personnes vieillissantes se considèrent généralement en bonne santé mais la proportion de gens ayant une telle perception diminue avec l'âge. Nous avons construit quelques questions à caractère subjectif et à caractère objectif au niveau de la santé. Selon Gauthier & Duchesne (1991) la perception de l'état de santé est un indicateur subjectif selon lequel chaque individu doit comparer son état de santé à celui des personnes de son âge. Les chercheurs ont établi un lien entre cette mesure et la présence de problèmes de santé, le recours aux services hospitaliers et même la mortalité (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1989).

L'enquête de Santé Québec permet d'avoir une idée de la prévalence de l'incapacité chez les personnes âgées. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit l'incapacité comme << une réduction (résultant d'une déficience) partielle ou totale de la capacité d'accomplir une activité d'une façon ou dans les limites considérées comme normales pour un être humain >> (Statistique Canada, 1985). Le nombre annuel moyen de journées d'incapacité augmente avec l'âge même s'il n'y a pas une grande différence entre les groupes de 45-64 ans et de 65 ans et plus (Duchesne & Gauthier, 1991). Les personnes de 65-74 ans connaissent en moyenne 25,7 jours d'incapacité par année et celles de 75 ans

et plus, 36,1 jours comparativement à 14,7 pour la population totale. Ainsi, la proportion d'incapacité à long terme est plus grande chez les personnes âgées puisqu'elle atteint au-delà de 60% des ménages privés (Bureau de la Statistique du Québec, Gauthier & Duchesne, 1991).

L'enquête de Gauthier et Duchesne (1991) indique que les femmes consultent davantage que les hommes, tant chez les personnes de 65 ans et plus que dans l'ensemble de la population. Selon eux, le médecin généraliste est le professionnel de la santé le plus souvent consulté en raison du rôle central qu'il joue dans le système des soins de santé, du grand nombre de problèmes de santé pour lesquels il est consulté et de la gratuité des services qu'il offre. Un nombre relativement restreint de personnes consultent un nombre élevé de fois différents professionnels de la santé.

Ainsi, 17,9% des femmes âgées de 75 ans et plus dans les quatre mois précédant l'enquête ont consulté au moins 6 fois alors que 52,6% n'ont pas consulté du tout ou ne l'ont fait qu'une seule fois (Duchesne & Gauthier, 1991).

Les résultats d'une enquête de Statistique Canada (1996) montrent que la corrélation entre la quantité d'activités sociales et le niveau de bonheur déclaré demeure significative quel que soit l'état de santé perçu. La participation sociale pourrait s'associer à une utilisation préventive des services médicaux.

Selon Gauthier et Duchesne (1991), les personnes âgées consomment davantage de médicaments que le reste de la population. Il y aurait seulement 39% des personnes de 65-74 ans et 22,3% de celles de 75 ans qui n'ont consommé aucun médicament dans les deux jours précédant l'enquête. Dans les deux groupes de 65 ans et plus, la proportion de femmes ayant consommé au moins quatre types de médicaments atteint plus du double de la proportion correspondante chez les hommes.

Pour mesurer objectivement l'état de santé des participantes, nous leur avons d'abord adressé une question qui vérifiait la présence ou non de problèmes de santé. Nous demandions, le cas échéant, si ces problèmes leur occasionnaient de la douleur, de l'inconfort et à quelle fréquence ils se manifestaient. Nous voulions aussi connaître depuis combien de temps la personne souffre de problèmes de santé, si elle doit consommer des médicaments et si ces derniers les soulagent. Nous leur demandions finalement si, au cours des douze derniers mois, elle avait consulté un spécialiste de la santé et, si oui, combien de fois?

#### 4.6-B

#### Le revenu.

Le revenu est également une variable déterminante pour la satisfaction de vie, car un faible revenu à la retraite offre moins d'opportunités de dépenser pour différentes activités de loisir. Un revenu faible peut conséquemment diminuer les échanges sociaux avec les amies bénévoles en dehors de l'organisme, comme les sorties dans les restaurants ou autres activités exigeant des dépenses.

La répartition des femmes de 65-74 ans et plus selon le revenu est très concentrée: 72% d'entre elles ont un revenu se situant entre 5 000\$ et 12 500\$ contre 49% chez les hommes de 65 ans et plus. Chez les plus âgés (75 ans et plus), la concentration augmente chez les femmes (82%) comme chez les hommes (61%). Les personnes âgées dépendent fortement des programmes publics (Régie des rentes du Québec et les Prestations de la sécurité de la vieillesse, 1994) et ce, davantage chez les femmes (72% du revenu total) que chez les hommes (53%) (Duchesne, L. & Gauthier, H., 1991). Gauthier et Duchesne (1991) considèrent que le niveau de vie d'une personne peut être fortement influencé par le revenu des autres personnes avec lesquelles elle vit.

Nous avons cherché à connaître le revenu approximatif du ménage de nos répondantes en incluant tous les gens habitant dans la résidence qu'elles occupent. Sachant que les gens en général, et les aînés en particulier, n'aiment pas divulguer des renseignements concernant leurs revenus, nous nous sommes inspirée des travaux de Gauthier & Duchesne (1991) pour construire une échelle de revenu en huits points : moins de 10 000\$, de 10 000\$ à 14 999\$, de 15 000\$ à 19 999\$, de 20 000\$ à 24 999\$, de 25 000\$ à 29 999\$, de 30 000\$ à 34 999\$, de 35 000\$ à 39 999\$ et 40 000\$ et plus. Il semblerait que la perception de la situation financière a autant d'effets sur le bien-être psychologique que la situation financière réelle (Iso-Ahola & MacNeil, 1987). Nous avons donc demandé aux sujets de faire une estimation de leurs revenus avant la retraite, car nous savons pertinemment que la retraite entraîne une diminution significative du revenu et nous nous sommes demandée si cette diminution avait une incidence négative sur la satisfaction de vivre et la satisfaction retirée dans l'action bénévole.

## 4.6-C

La scolarité

Pour Gauthier et Duchesne (1991), la majorité des personnes de 65 ans et plus (60%) ont moins d'une neuvième année de scolarité. Selon ces chercheurs, 65,1% des personnes du groupe de 75 ans et plus n'ont pas atteint la neuvième année par rapport à 59,9% chez les 65-74 ans.

Le revenu, l'emploi et le degré de scolarité représentent des variables exerçant une très grande influence sur les pratiques de loisir et certaines activités y sont plus sensibles que d'autres (Pronovost, 1993). Les plus scolarisés disent le plus << manquer de temps >> et sont pourtant les plus actifs en matière de cumul d'activités. La stratification reliée à la scolarité porte autant sur les cumuls d'activités, les genres, les contenus et les choix des établissements que sur les motivations sous-jacentes à la pratique culturelle (Pronovost, 1993).

Afin de mesurer le niveau de scolarité, nous avons emprunté la question élaborée par Soubrier & Ouellet (1994) dans le cadre d'une étude sur l'évaluation des besoins en loisirs d'une municipalité. Cette question se présente sous deux tableaux : le premier fait état des divers niveaux de scolarité (élémentaire, secondaire, collégial et universitaire) tandis que le second prend en compte le nombre d'années pour chaque niveau (ex. de un à sept pour le primaire). Les sujets devaient d'abord inscrire le dernier niveau scolaire atteint puis indiquer ensuite le nombre d'années complétées à ce niveau.

## 4.6-D

L'état civil.

Au Québec, 38% des femmes sont mariées, 47% veuves et 14% célibataires alors que 75% de leurs congénères masculins sont mariés, 14% sont veufs et seulement 9% sont célibataires (Gauthier & Duchesne, 1991). Le célibat, dit << définitif >> à ces âges, est beaucoup plus fréquent chez les femmes alors que la proportion des veuves est trois fois celle des veufs ; par contre, la proportion d'hommes mariés est le double de celle des femmes mariées. Ces différences s'expliquent par la nuptialité aux jeunes âges et par l'importante mortalité différentielle entre les sexes. La proportion des femmes qui se marient est un peu moindre que celle des hommes et en général les femmes choisissent des époux plus âgés qu'elles (Gauthier & Duchesne, 1991).

La proportion de veufs augmente évidemment avec l'âge ; chez les hommes elle passe de 9% chez les 65-74 ans à 25% chez les 75 ans et plus tandis que la proportion de ceux qui sont mariés diminue de 80% à 65% chez les mêmes groupes d'âge (Gauthier & Duchesne, 1991). Il y a 1,7% des personnes âgées qui sont divorcées, un état qui était presque innexistant il y a quelques années.

Selon la même source, en 1989, 68% des mariages des hommes de 65 ans et plus sont des remariages de veufs, 26% des remariages de divorcés et 6% des premiers mariages. Chez les femmes, les proportions sont respectivement de 82%, 10%, et 8% (Gauthier & Duchesne, 1991).

Vu l'importance relative de cette variable, nous avons voulu connaître l'état matrimonial de nos bénévoles. Nous leur avons aussi demandé de préciser depuis

combien de temps elles répondaient à cet état.

4.6-E

#### L'habitat ou la situation domestique et familiale<sup>(1)</sup>

Le nombre de personnes âgées qui vivent en habitations à loyer modique (HLM) et dans les résidences privées semble en croissance. Il existe 30 700 logements publics qui sont occupés par un ménage âgé ; les deux tiers sont habités par des femmes seules (Renaud, 1989).

De fait, au début des années 90, près d'une personne âgée sur quatre (23,0%) vivait seule tandis que 7,1% des personnes âgées vivaient avec d'autres personnes hors famille parmi lesquelles 4,9% avec des personnes qui leur sont apparentées (deux soeurs, par exemple) et 2,1% avec des personnes qui n'ont aucun lien de parenté comme deux amis par exemple (Duchesne & Gauthier, 1991).

Toujours selon les résultats de cette enquête, les hommes vivent en très forte majorité (71%) dans une famille en regard de seulement 41% des femmes de 65 ans et plus. Seulement 12% des hommes vivent seuls contre 30% chez les femmes. Plus de la moitié des personnes âgées sont mariées et, de celles-ci, 92% des hommes et 90% des femmes vivent dans une famille (Gauthier & Duchesne, 1991).

<sup>1</sup> La famille de recensement comme unité d'analyse. Elle correspond à la notion de famille nucléaire formée de l'époux et de l'épouse ou conjoint de fait (avec ou sans enfants jamais mariés), soit de l'un des parents avec les enfants jamais mariés, habitant ensemble le même logement. Gauthier et Duchesne (1991) mentionnent également que les personnes qui ne font pas partie de la famille ainsi définie sont des personnes hors famille ; elles peuvent vivre seules dans un logement (<< hors famille vivant seule >>) ou cohabiter avec une famille ou avec d'autres personnes hors famille (<< hors famille vivant avec d'autres >>).

Selon ces chercheurs, la situation la plus fréquente, chez les veufs, est le ménage d'une personne (45% pour les veufs et de 50% pour les veuves) bien que 28% des veufs et 27% des veuves résident au sein d'un ménage familial.

En ce qui concerne les femmes célibataires, Gauthier & Duchesne (1991), indiquent que 31% vivent seules, 36% résident dans un ménage collectif, 26% avec d'autres personnes et 7% vivent avec une famille. Le nombre et la proportion des hommes âgés qui vivent dans une famille sont beaucoup plus élevés que ceux des femmes âgées mais, à un âge avancé, cette situation devient beaucoup moins fréquente pour les deux sexes.

La grande majorité des hommes (92%) et des femmes (90%) mariés, même chez les plus âgés, vivent dans une famille. C'est dans les foyers qu'on retrouve le plus grand nombre de personnes âgées, soit 44 220 personnes dont 72% sont des femmes. La situation domestique et familiale des personnes âgées révèle, selon Gauthier & Duchesne (1991), une forte augmentation de l'autonomie sur le plan du logement et une << décohabitation >> des générations. Les personnes âgées vivent avant tout en couple (48%), seules (23%), puis dans des logements collectifs (11%). Un petit nombre seulement réside avec des enfants ou avec d'autres personnes qui leur sont apparentées ou non.

Parmi 448 955 ménages âgés de 65 ans et plus au Québec, 57,8% des propriétaires consacrent moins de 15% de leur revenu au loyer alors que 46,4% des locataires âgés y affectent plus de 30% de leur revenu (Société d'habitation du Québec, 1991).

64% des hommes de 65 ans et plus sont propriétaires contre 36% locataires alors que

cette proportion est inversée chez les femmes de 65 ans et plus (Statistique Canada, 1991). Il nous importait de voir si notre échantillon était représentatif de la population considérée, en ce qui concerne la situation familiale et domestique. Il est permis de croire que le lieu de résidence ait certaine incidence sur les conditions de vie des femmes âgées sous observation. Celles n'ayant jamais travaillé à l'extérieur risquent d'être les plus affectées, particulièrement si elles n'ont pas assumé de responsabilités concernant la gestion du budget familial au cours des années. L'augmentation du sentiment d'insécurité peut élever l'indice de difficulté à s'adapter à la situation nouvelle au point d'altérer la santé globale, diminuant du coup la qualité de vie ou la satisfaction de vie. La participation à des activités de la part d'une veuve n'est pas un gage de satisfaction de vie. Il se peut même que cette participation constitue une stratégie pour masquer une dépression, une insatisfaction avec sa vie présente.

Ceux qui ont plusieurs contacts et qui entretiennent des relations de qualité avec des personnes signifiantes (comme un confident) ressentiraient aussi un certain bien-être. La présence d'un soutien social adéquat serait à la base de cette satisfaction de vivre. D'un autre côté, les gens à faible revenu et malades, les veufs et veuves, les individus séparés et divorcés de même que ceux qui ont de la difficulté à entrer en relation avec leurs semblables peuvent éprouver une insatisfaction face à leur existence, avoir une faible estime d'eux-mêmes et se sentir seuls.

Il nous est également apparu utile de connaître le nombre d'années passées sous le même toit. Le fait de résider au même endroit pour une longue période de temps suggère des mots comme sociabilité, solidarité, groupe d'appartenance, sécurité, etc. Le fait de déménager à un âge relativement avancé peut être source de stress, de repli sur soi et avoir

un effet négatif sur la satisfaction de vie.

4.6-F

#### Retraite et préparation à la retraite

La retraite est un événement de vie stressant qui exige un certain temps d'adaptation. Pour Miller (1979), la retraite est particulièrement redoutable pour ceux et celles qui la prennent sans préparation et qui n'appartiennent à aucune association, ou qui n'ont aucun réseau d'amis et de parents bien défini. La retraite est comparée à une crise d'identité dans laquelle l'individu perd un rôle social qui peut s'accompagner d'un sentiment d'inutilité et de dévalorisation.

Nous avons élaboré huit questions portant sur trois dimensions : l'antériorité professionnelle ou la vie professionnelle actuelle, la retraite et la planification de la retraite. L'antériorité d'emploi professionnelle est mesurée par le nombre d'années successives passées sur le marché du travail avant la prise de la retraite. Pour circonscrire la réalité professionnelle de nos répondantes, nous leur avons demandé si elles travaillaient ou si elles étaient au chômage. Si elles travaillaient, était-ce à temps partiel ou à temps plein? Nous avons voulu connaître le métier exercé de même que le nombre d'heures travaillées avaient été des travailleuses autonomes ou salariées. Il va de soi que les travailleuses autonomes ont généralement plus de contrôle que leurs collègues salariées sur la façon de gérer leur carrière. Ces dernières peuvent avoir pris ou pourraient devoir prendre une retraite non désirée suite à des pressions de leur employeur. Il n'est d'ailleurs pas rare de voir une femme prendre une retraite sans qu'elle soit psychologiquement prête puisque, dans bien des cas, elle n'a pas atteint ses objectifs de carrière. Et, compte tenu de sa réalité d'épouse et mère, son expérience de travail est souvent plus mince que celle de son

conjoint (Szinovacz, 1989).

Nous nous sommes ensuite attachée à connaître les raisons pour lesquelles les femmes avaient pris leur retraite. Était-ce à cause de la fatigue ou d'un mauvais état de santé? Voulaient-elle prendre sa retraite en même temps que son conjoint ou se sentait-elle obligée à l'endroit d'un parent malade? Si une femme a pris sa retraite pour le dernier motif, cela peut constituer un irritant important. Le sacrifice de soi, de ses intérêts, de ses besoins au profit d'une éthique des soins peut conduire la nouvelle retraitée à ne pas ressentir une forte satisfaction de vivre. Nous avons voulu savoir si les retraitées apportaient de l'aide (financière, matérielle ou morale) aux leurs ou à des personnes extérieures à la famille et, le cas échéant, à quelle fréquence. Le temps consacré à aider ses enfants, son conjoint, son père ou sa mère est du temps que la retraitée ne peut consentir à autres choses, et notamment à sa pratique bénévole.

Quelle que soit la raison pour laquelle il y a eu prise de retraite, cet événement s'accompagne toujours de pertes (de revenu, de statut, etc.). La préparation à la retraite peut prévenir ou amoindrir l'impact de ces pertes (Palmore, 1989, 1997, 1998) ; elle permet d'outiller la future retraitée à mieux contrôler les événements de sa vie comme de faire appel aux ressources extérieures susceptibles de l'aider à mieux vivre sa retraite.

Palmore (1989) a observé un groupe expérimental recevant un programme de préparation à la retraite et un groupe contrôle n'en recevant pas. Les résultats confirment que les participantes s'adaptent mieux à la retraite au niveau des quatre domaines : la satisfaction de vie, la perception de soi, l'intégration sociale et le revenu. Les participantes accordaient plus d'heures à des activités sociales que les non participants et une diminution

du temps consacré à des activités productives pouvait s'observer dans les deux groupes. Cependant, cette diminution était plus importante chez les non participants que chez les participants au programme de préparation à la retraite.

Concernant la planification de la retraite nous avons d'abord demandé aux participantes si elles avaient planifiée leur retraite. Si oui, nous leur demandions de nous en parler tout en leur suggérant un certain nombre de moyens comme, par exemple, avoir parlé à des retraités ou avoir suivi des sessions de préparation à la retraite. Si aucun des moyens mentionnés ne correspondait à leur réalité; nous demandions aux répondantes de nous faire part de la (ou des) stratégie(s) employée(s). Pour répondre à la question portant sur le temps écoulé depuis la prise de retraite, les sujets ont reçu un choix multiple de réponses.

Nous avons par la suite demandé à nos répondantes de nous indiquer, si elles l'étaient, depuis combien de temps elles étaient retraitées. Nous avions comme objectif de mettre les résultats obtenus en perspective avec ceux de l'indice de satisfaction de vie. Puis, dans la même foulée, nous leur demandions si leur conjoint était également à la retraite et, si oui, depuis combien de temps. Cette question est importante car nous voulions savoir si les conjoints avaient pris la décision de prendre leur retraite de façon simultanée, s'ils planifiaient et faisaient des activités de loisir ensemble et s'ils utilisaient des stratégies communes pour s'ajuster à leur nouveau rôle.

Nous demandions finalement aux femmes de nous faire part de l'événement les ayant incitées à s'engager ou à poursuivre leur action bénévole.

#### 4.7 Sommaire

Le but de cette recherche est de comprendre la signification du bénévolat de manière à mieux décrire l'importance de cette activité dans la satisfaction de vivre et dans l'autonomie psychologique des femmes de 65 ans et plus. Qu'elle est la réalité de ces femmes bénévoles? Se prétendent-elles heureuses? Quelle est leur style de vie et quel est leur profil?

L'évaluation de la satisfaction de vivre comprend une part subjective où la répondante doit mentionner si en comparaison des gens de son âge, elle est heureuse. Cependant, lorsqu'il s'agit d'évaluer objectivement la satisfaction de vivre (indice de satisfaction de vivre), on voit que le résultat peut s'avérer moins élevé qu'à la simple réponse: êtes-vous heureuse où 92% des femmes se disent heureuses ou très heureuses de leur vie (Statistique Canada, 1993).

Pour nos répondantes bénévoles, l'indice de satisfaction de vivre se situe à 73% et comparativement aux québécoises de la population générale, le résultat est beaucoup moins élevé. Un simple rappel, nous permet de voir que l'indice de satisfaction de vivre s'avère plus complet, puisqu'il englobe cinq dimensions dont par exemple: l'humeur, le goût de vivre ou l'attitude des femmes âgées par rapport aux activités quotidiennes.

En ce qui a trait, aux dimensions de la satisfaction de vivre, les questions se rapportant au concept de soi exigent par exemple, plus de réflexions et deviennent plus confrontantes. Tenant compte de ces éléments, une question s'impose: à partir de quels critères pouvons-nous concevoir qu'une personne est heureuse ou non? La littérature

nous a permis de voir que le niveau de santé, le revenu, la scolarité, la préparation à la retraite et bien entendu le bénévolat peuvent jouer une part importante dans la satisfaction de vivre des femmes et dans l'autonomie psychologique, en est-il ainsi ?

Par conséquent, nous devons considérer l'évaluation subjective qui à elle seule est beaucoup plus spontannée que l'évaluation objective. La satisfaction de vivre comporte une partie subjective, car tout dépendant de son état d'âme (pessimisme vs optimisme), la femme peut avoir tendance à se percevoir comme plus heureuse que la réalité l'exige. Pour cela, l'évaluation de la satisfaction de vivre et de la santé doit inclure un élément comparatif où la femme doit par exemple évaluer son état de santé en le comparant aux gens de son âge.

## Chapitre 5

Présentation des résultats

## Chapitre 5

### 5.0 Introduction

Ce chapitre a pour objet de rendre compte des résultats, d'en faire la discussion et d'en tirer les principales conclusions à la lumière des relations possibles entre les variables intermédiaires, les indices et leurs dimensions. Nous présentons d'entrée de jeu notre échantillon et le situons par rapport à la population des bénévoles québécoises ou canadiennes mais aussi par rapport à la population vieillissante du Québec. Nous examinons ensuite le bénévolat accompli par notre échantillon sous les angles de la fréquence, de l'intensité et des motivations. Suivent les analyses sur les variables de la satisfaction de vivre et de l'autonomie psychologique. Finalement, nous nous permettons un retour rapide sur nos hypothèses.

### 5.1 Présentation de la population bénévole (variables socio-démographique)

Notre population à l'étude est constituée de femmes bénévoles qui depuis quelques années, oeuvrent dans différents organismes de bienfaisance et plus spécifiquement en Centres de Soins de Longue Durée (CSLD) et dans quelques centres communautaires de la région de Québec. Le bénévolat de bienfaisance se distingue par les services complémentaires que l'on offre aux usagers, qui se regroupent sous différents secteurs selon que le support offert est d'ordre social ou récréatif (voir tableau 3).

**Tableau 3**  
**Types de support**

Psychologique	Physique	Social	Récréatif
Visites amicales	Entretien de vêtements	Aide à l'intégration sociale et au maintien à domicile:	Divertissement au local des bénévoles: Jeux de cartes, dames etc...
Relation d'aide naturelle	Escortes		
Écoute	Assistance physique au repas	Assistance marché;	Participation au service des loisirs
Accueil	Assistance à la correspondance	Accompagnement divers;	Aider à l'organisation des activités de groupes, décosations etc..
	Service du vestiaire	Ménages légers;  Parrainage pour cas en difficulté;  Visites de soutien moral;	Organisation de fêtes et soirées.
		Relation d'aide	
		Cafés Rencontres -	

À partir de différentes activités, les femmes bénévoles peuvent offrir un service d'accompagnement aux aînés dont la mobilité est réduite comme au centre d'achat ou lors de leur rendez-vous médical. La relation d'aide qui comprend l'écoute active peut aussi s'avérer un appui pour une personne en perte d'autonomie qui, confrontée à perdre ses facultés (démences dégénératives), a besoin de parler afin de réduire son isolement.

### 5.1-A Âge des répondantes

Cent quinze (115) personnes ont participé à notre enquête, 46% d'entre elles ont entre 65 et 69 ans, 32% entre 70 et 74 ans et 16% entre 75 et 79 ans (voir Figure 1).

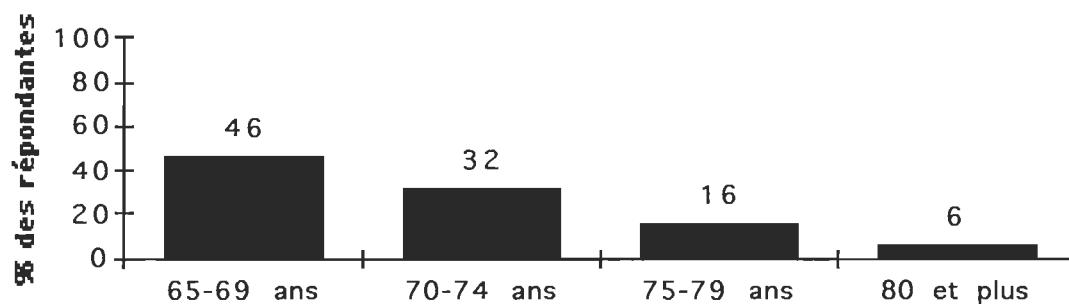


Figure 1. Âge des répondantes (N=115)

Le tableau 4, nous permet de voir que les canadiennes et les québécoises de notre étude, diminue lorsque l'âge augmente. Plus spécifiquement, de 46% elles sont à 65-69 ans et de 32% elles sont à 70-74 ans, nous observons une diminution de 14% chez les bénévoles de notre échantillon. La décroissance poursuit son oeuvre pour se situer à 16% chez les 75-79 ans et se situe à 10% lorsqu'elles ont atteint l'âge de 80 et plus (6%). Nous présumons que lorsque s'accroît l'âge les malaises physique de plus en plus fréquents sont souvent synonymes d'irritants et cette diminution de la santé perçue est une contrainte suffisante pour que cesse la participation bénévole des femmes de notre population. L'ostéoporose comme malaise physique peut contraindre la femme bénévole à limiter ses sorties hivernales par exemple.

**Tableau 4**

**Répartition des femmes bénévoles et des québécoises en général  
selon le groupe d'âge**

GROUPE D'ÂGE	% DE FEMMES BÉNÉVOLES DANS LA POPULATION CANADIENNE	% FEMMES BÉNÉVOLES DE LA POPULATION À L'ÉTUDE
<b>65-69 ans</b>	<b>45,7 %</b>	<b>46 %</b>
<b>70-74 ans</b>	<b>42,6 %</b>	<b>32 %</b>
<b>75-79 ans</b>	<b>38,8 %</b>	<b>16 %</b>
<b>80 et plus</b>	<b>29,5 %</b>	<b>6 %</b>
<b>80-94 ans</b>	<b>34,8 %</b>	
<b>85-89 ans</b>	<b>29,4 %</b>	
<b>90 ans et plus</b>	<b>24,3 %</b>	

*Source: Statistique Canada, 1995*

Les problèmes de transport et les problèmes de santé chez le conjoint représentent selon nous, d'autres contraintes venant s'additionner à une diminution participative du bénévolat de bienfaisance

#### 5.1-B      État civil des répondantes

Ici, 41% sont mariées, tandis que 2% sont conjointes de fait. (Figure 2). Les veuves constituent un nombre assez important se situant à 37% pour diminuer à 16% chez les célibataires et de 4% chez les séparées ou divorcées.

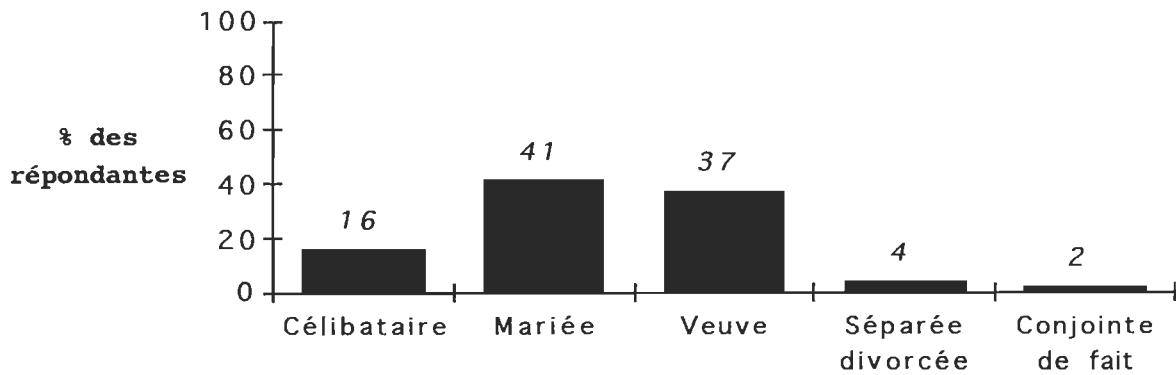


Figure 2. État civil des répondantes (N=115)

Quelles soient célibataires, mariées (conjointes de fait), veuves, séparées-divorcées, le tableau 5 indique une nette ressemblance entre les % de femmes de la population québécoise et les femmes bénévoles de 65 ans et plus. Parmi les bénévoles (43%), les femmes mariées ou conjointe de fait sont légèrement plus nombreuses que les québécoises en général (37%).

**Tableau 5**

**Répartition des femmes bénévoles et des québécoises de 65 ans et plus selon l'état civil**

État civil	Femmes de la population générale %	Femmes bénévoles %
Célibataires	13 %	16 %
Mariées ou conjointes de fait	37 %	43 %
Veuves	46 %	37 %
Séparées-divorcées	4 %	4 %

Par contre, il y a légèrement moins de bénévoles chez les veuves (37%) que dans la population générale (46%).

### 5.1-C L'habitat des répondantes

La majorité des femmes âgées de notre échantillon possèdent une autonomie élevée puisque 95% demeurent soit en résidence privée, en appartement ou dans un HLM (voir Figure 3). L'autonomie fonctionnelle est sans aucun doute un pré-requis relativement important pour que les femmes de 65 ans et plus puissent s'engager dans l'action bénévole et aider les autres.

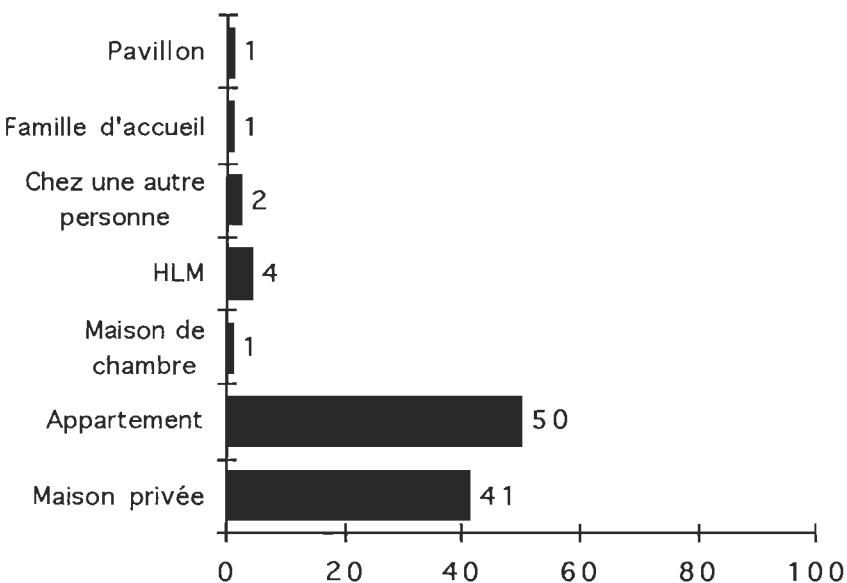


Figure 3. Type d'habitat des répondantes % (N=115)

Cent douze (112) personnes ont répondu à la question : depuis combien de temps résidez-vous au même endroit? 83% résident au même endroit depuis plus de trois années, 5% depuis plus de deux mais moins de trois années et 12% y demeurent depuis moins de deux ans. On peut donc dire que la très grande majorité des répondantes se trouve dans un milieu familial.

#### 5.1-D L'état de santé.

La perception de son état de santé semble influencer le niveau de satisfaction de vivre selon qu'elle soit positive ou négative. À partir de ces résultats nous proposons les deux scénarios suivants: 1) les bénévoles qui évaluent positivement leur état de santé ont tendance à participer plus fréquemment à l'activité bénévole, 2) c'est le haut niveau d'optimisme qui peut influencer les bénévoles à évaluer positivement leur état de santé et à participer plus fréquemment à l'activité bénévole. 90% des répondantes s'évaluent positivement : 11% le jugent excellent, 35% très bon et 44% bon (figure 4).

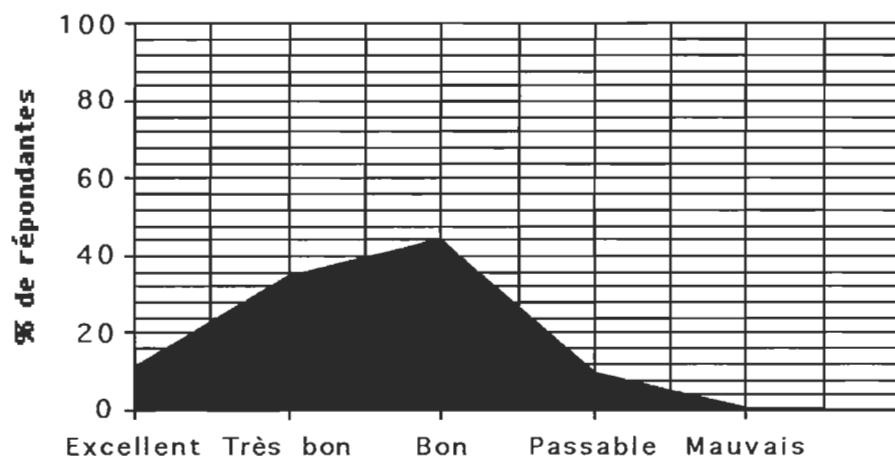


Figure 4. Évaluation de l'état de santé (N=115).

En regardant la figure 5, on situe davantage l'état de santé des bénévoles québécoises puisque nous les comparons aux canadiennes du même groupe d'âge (65 ans et plus). 73% des canadiennes ont déclaré avoir un état de santé excellent (12%), très bon (27%), bon (34%), passable (21%) et mauvais (6%) (Statistique Canada, enquête nationale sur la santé de la population, 1995).

Selon nous, ces résultats appuient les avenues précédentes où nous présumions qu'une bonne santé perçue et un bon niveau d'optimisme étaient des caractéristiques préreques à l'engagement bénévole. N'oublions pas que l'augmentation en âge contribue à diminuer rapidement le nombre de participantes bénévoles, tandis que les malaises physiques ne font que s'accroître en vieillissant, réduisant ainsi les capacités physiques pour les activités socialisantes comme le bénévolat.

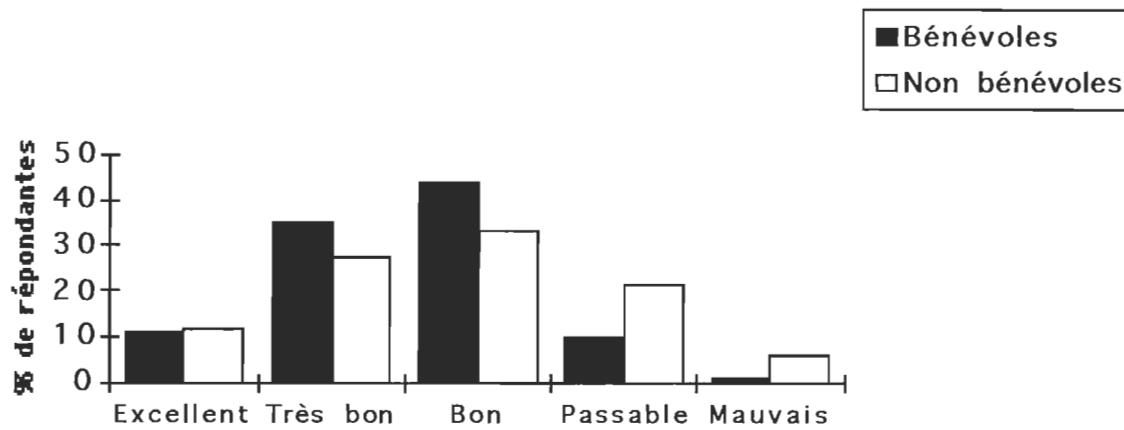


Figure 5. État de santé des femmes bénévoles et des canadiennes de 65 ans et plus

### 5.1-E Présence et fréquence de la douleur et de l'inconfort

En dépit de cette perception positive, 74% des sujets (N = 101) disent souffrir et avoir de l'inconfort. Ce résultat est sensiblement parallèle aux données de 1995, selon lequel 35% des personnes de 75 ans et plus ne vivant pas en établissement, par opposition à 30% des personnes de 65 à 74 ans, ont déclaré éprouver des douleurs chroniques (Statistique Canada, 1995). Mais seulement soixante-neuf personnes ont répondu à la question sur la fréquence de cet inconfort. Pour 7%, la douleur et l'inconfort se font sentir 24 heures par jour, alors que pour 15% cette douleur et cet inconfort sont présents plusieurs heures par semaine ce qui diminue, il va sans dire, leur qualité de vie, sans compter que cet inconfort et ces douleurs doivent rendre plus pénible l'engagement bénévole.

L'arthrite ou le rhumatisme, l'hypertension, les problèmes de santé mentale, les maladies cardiaques et les troubles digestifs font partie des principaux inconforts ressentis par les femmes de 65 ans et plus (source: les personnes âgées, et la santé, ça va?, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1989). Les femmes 75 ans et plus sembleraient deux fois plus affligées d'hypertension artérielle, de troubles mentaux et de problème d'arthrite ou de rhumatisme. La diminution du nombre de femmes bénévoles de 75 ans et plus (16%) que nous avons observé pourrait s'expliquer par la présence de ces malaises inconfortables, puisque selon Statistique Canada (1995), 24% des 65 ans et plus soulignaient que les malaises ou les douleurs chroniques les empêchaient de se livrer à tout le moins à un certain nombre d'activités. Les femmes âgées ont particulièrement plus tendance que leurs homologues masculins à subir des blessures, car 10% des femmes de 65 ans et plus vivant dans un ménage privé avaient été blessées contre 7% des hommes âgés en 1995.

Tout comme précédemment, on voit que les femmes vivent plus longtemps, mais la qualité même de leur vie ne suscite pas l'envie pour autant.

#### 5.1-F Efficacité ou soulagement par les médicaments

Soixante-quatorze (74) répondantes de notre échantillon consomment des médicaments (N=115), soit 65% de la population totale. 53% de ces consommatrices affirment que les médicaments les soulagent totalement ; pour 39%, le soulagement est un moyen alors que 8% indiquent qu'ils ne sont daucun secours.

#### 5.1-G La scolarité

Si on se fie aux données du Bureau de la Statistique du Québec (1991), 60% des personnes de 65 ans et plus ont moins d'une neuvième année de scolarité. En 1995, 39% des femmes possédaient moins d'une 9e année et 21% d'entre elles avait fait des études secondaires partielles (Statistique Canada, 1995).

Notre échantillon n'est alors pas représentatif de la population québécoise puisque 63% de nos répondantes ont une formation secondaire, collégiale et universitaire (voir figure 6). Par ailleurs, (Delisle, 1993 et Pronovost, 1993) montrent que les taux de participation bénévole sont les plus élevés chez les plus scolarisées qui oeuvrant dans les professions supérieures ; l'effet de la stratification sociale est très net. Plus la personne est scolarisée, plus elle a tendance à s'engager bénévolement.

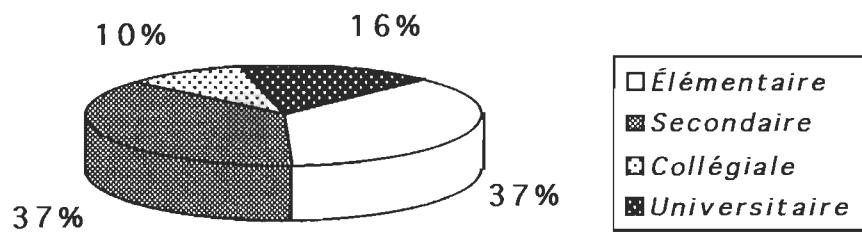


Figure 6. Niveau de scolarité des répondantes (N=115)

#### 5.1-H Revenu avant la retraite

68% des répondantes estiment que leurs revenus, avant la retraite, se situaient dans la moyenne, 15% les situent en-dessous de la moyenne, et 3% affirment qu'ils étaient nettement au-dessous de la moyenne. Par ailleurs, 13% des sujets de l'échantillon sont d'avis que leurs revenus d'avant-retraite étaient supérieurs à la moyenne (voir Figure 7).

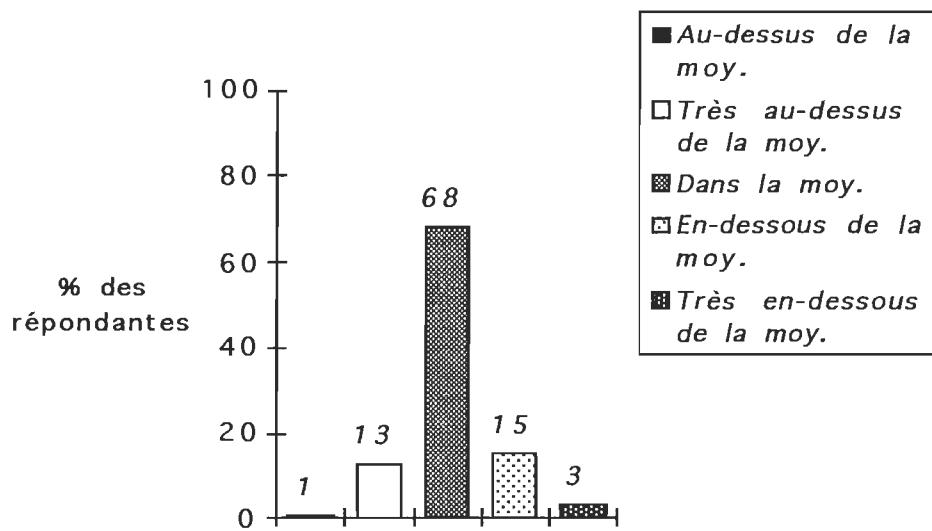


Figure 7. Estimation du revenu avant la retraite.

### 5.1-I Revenu approximatif des répondantes en fonction du ménage.

Même si les gens hésitent généralement à répondre ou, tout simplement, refusent de répondre à des questions portant sur leur revenu, nous pouvons dire que notre échantillon n'a pas reflété un tel comportement puisque 97 répondantes ont accepté de nous faire part de leurs revenus bruts. La figure 8 nous donne une image << financière >> de notre échantillon. 7% des femmes bénévoles font état de revenus annuels sous la barre des 10 000\$, alors que 14% d'entre elles disent avoir des revenus supérieurs à 40 000\$. Si nous considérons la population des femmes âgées de 65 ans et plus, 7% ont un revenu de moins de 5 000\$ et 3% sont dans la catégorie des 40 000 \$ et plus tandis que 60% des femmes des québécoises ont un revenu inférieur à 15 000 \$ (Statistique Canada, 1992).

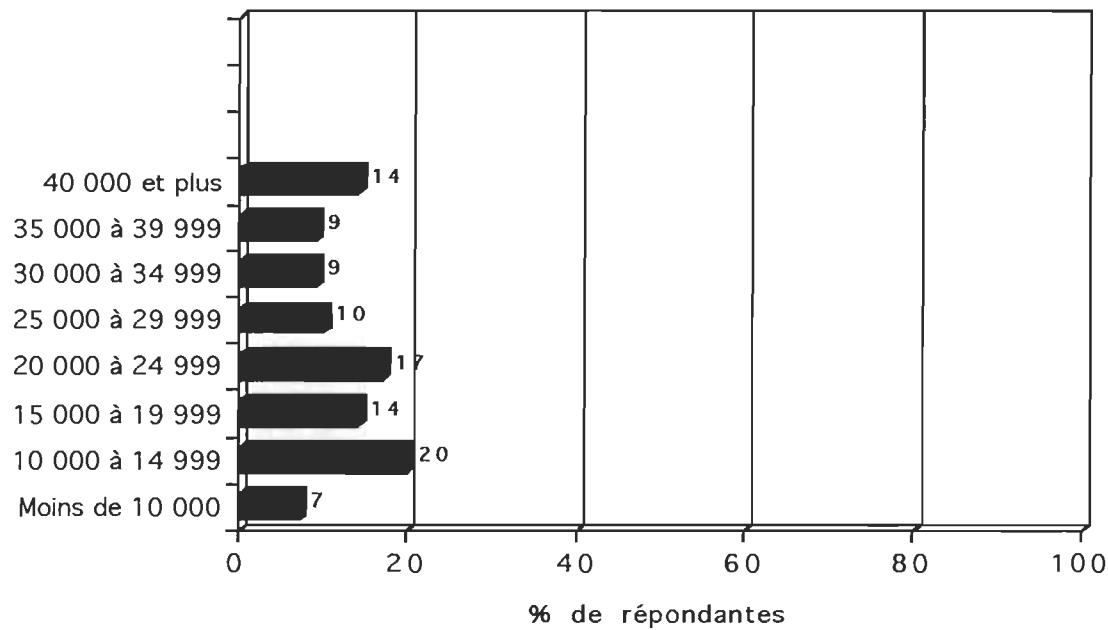


Figure 8. Revenu approximatif des répondantes en fonction du ménage (N=97).

Si on compare ces résultats avec ceux de Statistique Canada (1994), force est d'admettre que notre échantillon n'est pas représentatif. Seulement 7% des femmes touchées par notre enquête attestent avoir des revenus inférieurs à 10 000 \$ comparativement à 33% pour l'ensemble des femmes québécoises de 65 ans et plus. 74% de celles-ci ont un revenu de moins de 15 000 \$ comparativement à 27% des bénévoles (figure 9).

Seulement 6% parmi des femmes québécoises âgées ont un revenu supérieur à 25 000\$, ce qui est peu lorsque l'on constate que parmi les bénévoles, elles se situent à 42%.

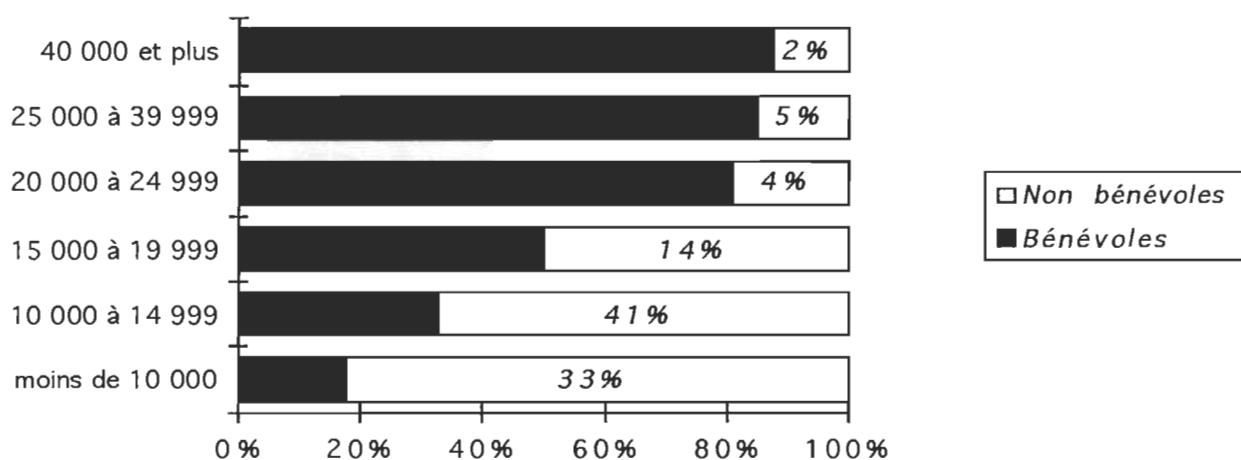


Figure 9. Répartition des femmes bénévoles et des québécoises de 65 ans et plus selon la tranche de revenu.

Contrairement aux québécoises de 65 ans et plus, nous avons retenu que les bénévoles possèdent un revenu supérieur, d'autant plus qu'à 14% elles ont un revenu supérieur à 40 000 \$ contre 2% de la population féminine au Québec. Dans une proportion de 43%, les femmes bénévoles de notre échantillon sont mariées ou conjointes de fait, et il est possible que ce phénomène puisse en partie, expliquer la présence moins grande des faibles revenus. Tout comme la scolarité, nous observons que le revenu des femmes

bénévoles est plus élevé que les québécoises de 65 ans et plus. Rappelons nous que pour Delisle (1993) et Pronovost (1993), plus la personne est scolarisée, plus elle a tendance à s'engager bénévolement. Nous verrons d'ailleurs, que le niveau de participation de nos femmes engagées est régulier et intense.

## 5.2 Pratique du bénévolat

### 5.2-A Niveau de participation à l'égard du bénévolat.

L'attitude positive à l'endroit de l'activité bénévole pour les cent-dix (110) sujets se vérifie par la fréquence de leur engagement (voir Figure 10).

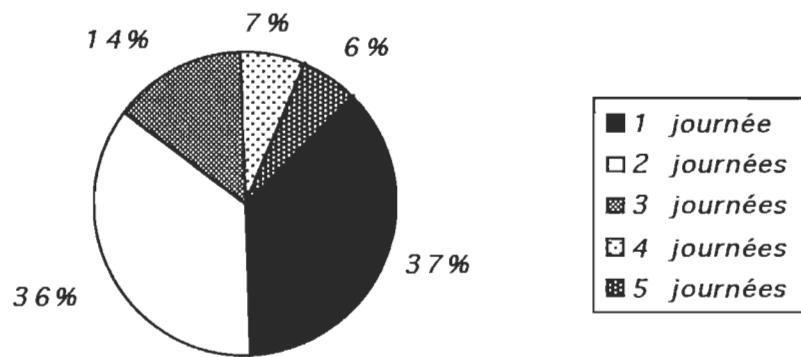


Figure 10. Nombre de journées/sem. consacrées au bénévolat (N=110)

Les répondantes s'engagent entre 1 ou 2 journées (37% et 36%); et plus de 2 jours, représentent respectivement 14%, 7% et 6%. De plus, vingt-sept bénévoles (Figure 11) s'engagent également la fin de semaine soit le dimanche (70%), le samedi (19%) et à la

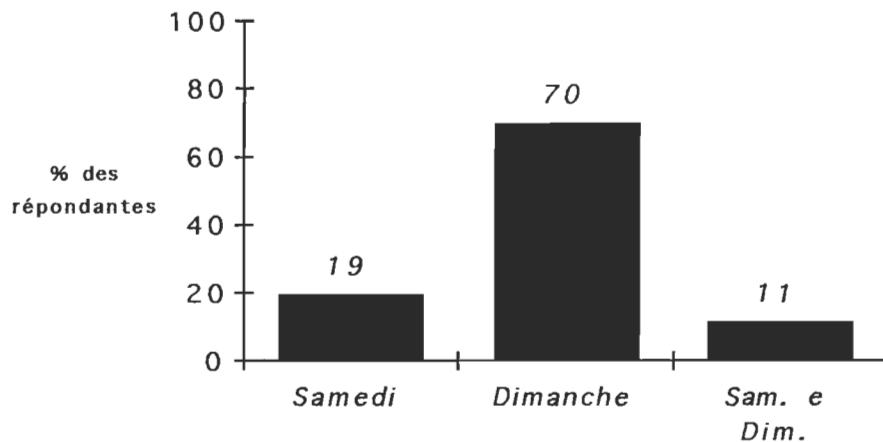


Figure 11. Nombre de journée(s) consacrée(s) au bénévolat la fin de semaine (N=27)

fois le samedi et le dimanche (11%).

Une enquête de la Fédération des Centres d'action bénévole du Québec (1993) indique que les gens de dix-huit ans et plus, qui au cours de la dernière année, se sont engagés bénévolement consacrent en moyenne deux journées et demie et à raison d'approximativement de 6,8 heures par semaines. Tandis que les bénévoles de notre échantillon s'engagent entre 1 à 3 journées par semaine et ce, à plus de 2 heures par jours (voir figure 12)

Nous observons cependant que parmi les bénévoles de 1992, les personnes âgées représentaient une proportion considérable de 19% (Statistique Canada, 1993). Une enquête réalisée à l'échelle du pays et auprès des aînés bénévoles (1987), a permis de faire le constat que parmi les bénévoles québécois, 20% étaient des aînés alors qu'ils représentent 12% parmi la population générale (Bonnie Brennan, 1987).

Conséquemment, les 65 ans et plus étaient plus susceptibles que les personnes de moins de 45 ans et à peu près aussi susceptibles que les personnes de 45 à 54 ans de travailler comme bénévoles.

La Figure 12 nous montre que les femmes ayant participé à notre enquête consacrent de deux à quatre heures par jour au bénévolat dans une proportion de 87% ( $N = 114$ ), alors que neuf pour cent indiquent donner plus de cinq heures à chaque fois qu'elles pratiquent leur activité bénévole.

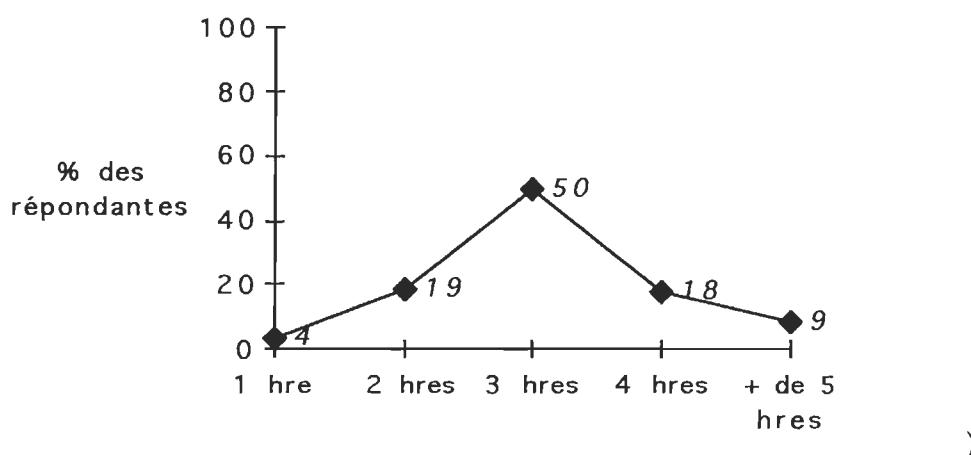


Figure 12. Nombre d'heures/jour consacrée(s) au bénévolat ( $N = 114$ )

La comparaison de ces données avec ceux de Statistique Canada (1992), nous font réaliser que comparativement aux canadiens âgés, les bénévoles de notre étude sont très actives, puisque 96% s'engagent à plus de 2 heures/jours.

Les aînés québécois consacreraient en moyenne 134 heures par année par organisation comparativement à 115 heures chez les autres Canadiens (Bonnie Brennan, 1987).

Comme nous pouvons le voir, l'activité bénévole est pour les aînés une forme d'engagement social fort répandu. Mais en dehors du bénévolat que nous pourrions qualifier de formel (organismes), de nombreuses personnes âgées préfèrent s'investir à partir d'initiatives bénévoles et personnelles dans leur communauté. Pour les participantes de notre étude, il est donc possible que l'intensité à l'égard du bénévolat s'avère en réalité beaucoup plus élevée. Effectivement le fait d'aider sa famille, ses voisins, ses anciens compagnons de travail ou à des jeunes en difficultés, les aînés peuvent s'engager en contribuant à différents niveaux.

#### 5.2-B Aide apportée dans la famille et en dehors de la famille

Actuellement l'aide apportée par nos bénévoles auprès de leurs parents est à toutes fins utiles inexistante puisque seulement 7% des sujets (N=111) indiquent avoir encore un parent toujours vivant. Par ailleurs, 77% répondantes (N = 88) mentionnent qu'elles ont un ou des enfants. Parmi ces parents, 11% affirment avoir encore un ou des enfants à la maison, tandis que 76,5% continuent d'apporter de l'aide à un ou à tous leurs enfants, qu'elle soit de nature financière (88%), matérielle (37%), morale (38%) ou autre (17%). Si nous observons la fréquence de cette aide, nous constatons qu'elle se fait une fois par semaine (4%), deux fois par semaine (9%), quelques fois par semaine (28%) et plusieurs fois par an (59%). Une étude réalisée par le Centre de Recherche sur les services communautaires de l'Université Laval, portant sur la solidarité horizontale des personnes âgées, fait ressortir que les réseaux d'entraide sont une réalité encore très forte au Québec (Jacques Roy, 1996). Selon M. Roy, plus de 80% des personnes âgées de 65 ans et plus rendent service à leurs enfants, qui, pour leur part, s'impliquent auprès de leurs parents dans une proportion de 73,2%. Ainsi, en plus de pourvoir à leurs propres besoins,

plusieurs aînés soutiennent leurs enfants de différentes façons, y compris par des contributions financières ou matérielles. Toujours selon la même étude, il n'est pas rare de retrouver sous un même toit plusieurs générations qui cohabitent et, dans bon nombre de cas, les grands parents assument une partie des dépenses courantes.

Nos sujets ne font pas qu'aider leurs proches; elles apportent également assistance à d'autres personnes, notamment des amis. Cent neuf (109) personnes ont répondu à la question portant sur cet objet ; 76% d'entre elles disent assister financièrement, matériellement, moralement ou de d'autres manières. Par exemple, l'aide financière et matérielle est surtout dirigée vers les enfants (88% et 37%), alors que l'aide morale est davantage apportée aux amis (50%) plutôt qu'aux enfants (38%). Selon Statistique Canada (1995), 20% des personnes de plus de 65 ans gardaient des enfants au moins une fois par semaine et une proportion semblable d'aînés assurent des soins non rémunérés à d'autres aînés. En 1995, 23% des plus de 65 ans ont aidé d'autres personnes âgées un fois par semaine. Les aînés de 65 à 74 ans sont plus disposés que les personnes d'âge plus avancé d'assurer des soins ou de l'aide non rémunérés à d'autres aînés.

Ainsi, 13% des personnes de 85 ans et plus ont assuré ce type de soutien à d'autres personnes âgées au moins une fois par semaine (Statistique Canada, 1995). Étrangement, il semblerait qu'on aide les amis à un rythme plus grand. Lorsqu'il s'agit d'aider leurs amis, les répondantes semblent très altruistes, empathiques et solidaires. L'aide de nature morale signifie sans doute qu'elles les encouragent. L'aide financière et matérielle très élevée donnée aux enfants s'explique probablement par la poursuite d'études, le chômage ou des changements radicaux dans leur vie affective.

## 5.2-C

La signification de l'activité bénévole

Cent onze sujets (111) ont répondu à la question demandant si le bénévolat représente un loisir (Figure 13). 80% des femmes considèrent l'action bénévole comme étant un loisir.

Seulement quatre-vingt-treize (93) personnes, soit 81% de l'échantillon, nous ont fait part de leur cinq activités de loisir préférées par ordre de priorité.

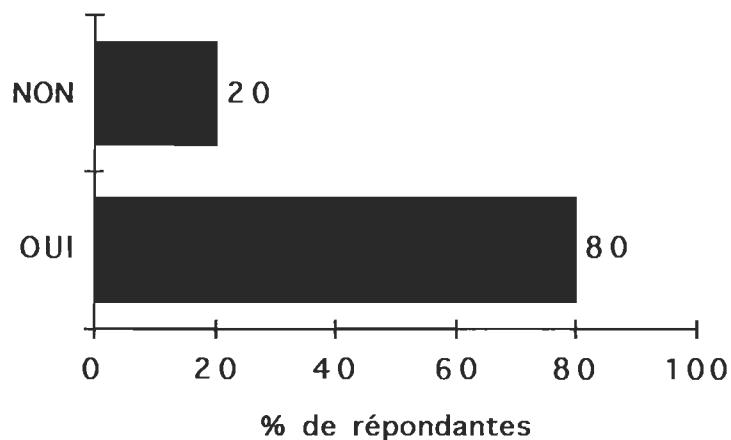


Figure 13. L'activité bénévole perçue en tant que loisir (N=111)

Au total, quatre cents (400) activités ont été mentionnées. Seulement 33% des répondantes indiquent le bénévolat dans cette liste d'activités. Doit-on conclure, à la lumière des résultats obtenus en matière de fréquence et d'intensité de l'activité bénévole, que ladite activité ne représente pas un loisir pour les gens de notre échantillon? Tout dépend évidemment de la notion spécifique de loisir qu'elles adoptent.

À moins que les sujets considèrent le bénévolat comme un loisir, mais qu'elles ne le comptent pas comme un de leurs 5 loisirs préférés! D'ailleurs, vingt-six personnes sur soixante-dix (70) à qui l'on demande si le bénévolat est un loisir, sont d'avis que c'est parce qu'il permet aux gens de se rendre utiles que le bénévolat est un loisir. Pour 28 personnes, l'action bénévole est perçue comme un engagement, un devoir ou un travail, et non comme un loisir.

#### 5.2-D Motivations à l'égard du bénévolat.

Concernant les motivations à l'égard du bénévolat, il semble que les gens s'engagent d'abord pour se rendre utiles, notamment auprès des démunis (plus de 80% des répondantes (N=115) choisissent cette réponse (voir figure 14). L'enquête de la Fédération des Centres d'Action Bénévole du Québec (1993) arrive à des résultats semblables: 51,8% des participants de cette étude disent faire du bénévolat pour aider les gens dans le besoin.

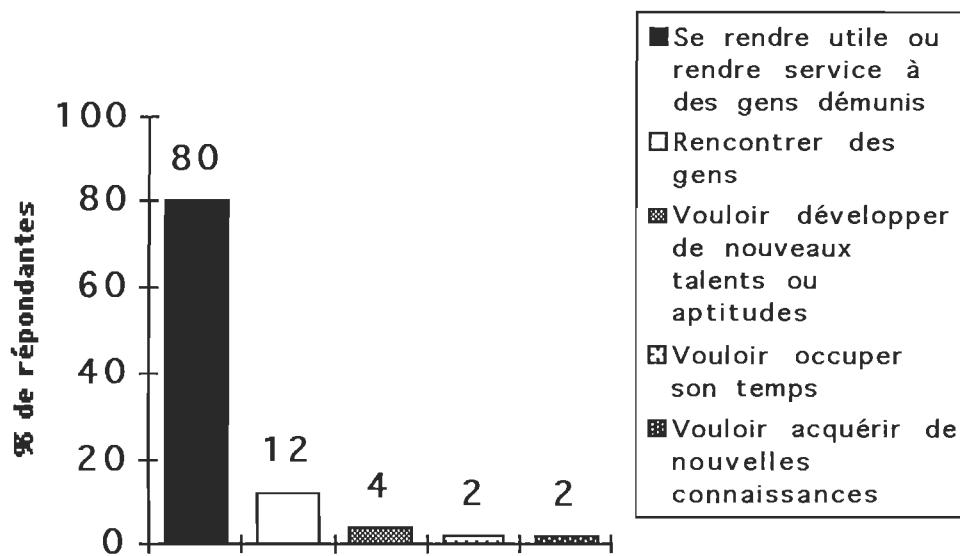


Figure 14. Motivations à l'égard du bénévolat (N=115).

Pour la majorité des répondantes, il n'est pas nécessaire que l'action bénévole soit reconnue par l'octroi d'une récompense. Un simple remerciement constitue même la récompense idéale pour 11,4% d'entre elles. Le fait d'aider des gens démunis de façon à se rendre utile, constitue une motivation très altruiste qui se rapproche du don de soi et plus précisément de l'éthique des soins développée par Henderson (1991). Dans 67% des cas, l'activité bénévole n'est pas mentionnée dans la liste des cinq activités préférées. Cette omission s'explique peut-être par le fait que plusieurs femmes se sentent investies d'une mentalité de << missionnaire >> où il faut apporter de l'aide aux autres sans se poser de question, voir une espèce d'obligation morale.

81% des femmes bénévoles ont mis un terme définitif au travail et le tableau 6 tente de démontrer tout en comparant les facteurs responsables de cette décision qui est de prendre sa retraite. La retraite dont l'objet devient un choix personnel touche 37% de nos bénévoles pour se situer à 20% chez les canadiennes (Statistique Canada, 1994). Il est également possible qu'une santé diminuée nécessite l'obligation de ne plus travailler, ce qui est d'ailleurs le cas pour les femmes en général (24%) et nos bénévoles (10%).

Les considérations d'ordre familial (prendre soin d'une personne malade) font partie des facteurs influençant la prise de la retraite et ce, parmi la population féminine canadienne (15%) et parmi les bénévoles (4%). On voit que le fait de vouloir être à la retraite au même moment que le conjoint est le cas de 7% des canadiennes pour doubler à 14% chez les bénévoles.

Les événements extérieurs ne viennent en aucun temps influencer la décision étant de se retirer de son travail.

Évidemment, il peut s'agir d'une coïncidence mais les chiffres appuient tout de même cette supposition. L'autonomie psychologique des bénévoles qui supposément s'avère plus élevée influence-t-il ces femmes à avoir une meilleure santé? ou une bonne santé influence-t-il les bénévoles à percevoir plus de contrôle sur leur environnement?

**Tableau 6**  
**Facteurs ayant influencé les femmes bénévoles et les canadiennes de 65 ans et plus à se retirer sur le marché du travail**

Facteurs	Femmes bénévoles %	Femmes canadiennes %
Raisons de santé	10%	24%
Responsabilités familiales	4%	15%
Retraite du conjoint	14%	7%
Choix personnel	37%	20%
Autres raisons	17%	7%

Les responsabilités familiales parmi lesquelles nous incluons le départ des enfants et le fait de prendre soin d'une personne malade, influencent les femmes à devenir bénévoles dans 17% des cas, alors que pour ces mêmes motifs, 4% de nos répondantes sont encouragées à prendre leur retraite.(voir tableau 7). De plus, pour 14%, la retraite du conjoint offre l'avantage de se retrouver également à la retraite tout en devenant un motif suffisant pour être bénévole dans 5% des cas.

Toujours parmi les femmes bénévoles de notre échantillon, 37% d'entre elles décident de prendre leur retraite par choix alors que pour d'autres, la retraite est l'occasion unique de s'engager dans l'action bénévole (40%). Sans être mentionné, la perte d'un être cher comme le conjoint représente un facteur déterminant pour se retrouver bénévole (19%).

**Tableau 7**

**Facteurs ayant influencé les femmes bénévoles de 65 ans et plus à prendre leur retraite et à s'engager dans l'action bénévole**

Facteurs	Retraite	Bénévolat
<b>Responsabilités familiales</b>	<b>4%</b>	<b>17 %</b>
<b>Retraite du conjoint</b>	<b>14%</b>	<b>5%</b>
<b>Choix personnels</b>	<b>37 %</b>	<b>40 %</b>

**5.3     Satisfaction de vivre: inter-relations avec les autres variables**

L'indice de satisfaction de vivre conçu par Neugarten et al. et modifié par Adams (1969) de même que le questionnaire de l'autonomie psychologique de Dubé et al. (1995) renferment quelques ressemblances et quelques différences. Par exemple, l'aspect psychologique de l'autonomie signifie, que l'individu doit maintenir sa volonté d'exercer lui-même son pouvoir de décider et son pouvoir d'agir, en tenant compte des facteurs (dynamique: ressenti intérieur et motivation, capacités physiques, cognitives et sociales, de même que son intégration sociale). Nous pouvons faire un rapprochement entre le

contrôle décisionnel (dimension de l'autonomie psychologique) et la congruence entre les buts fixés et les buts atteints (dimension de la satisfaction de vivre). L'attitude qui reflète l'accomplissement des buts principaux peut s'associer à un contrôle interne. À ce moment, la femme risque d'évaluer positivement le bilan qu'elle a fait de son existence passé et actuelle en fonction de ses aspirations antérieures.

La congruence entre les buts fixés et atteints fait partie de l'indice de satisfaction de vivre et regroupe trois questions dont: 1) Quand je repense à mon passée, j'en suis bien satisfaite, et 2) même si je le pouvais, je ne changerais pas mon passé, de même que 3) j'ai obtenu pas mal tout ce que j'attendais de la vie. Les questions en lien au contrôle comportemental intègrent quant à elles, les cinq affirmations suivantes : 1) J'agis selon mon caractère, 2) Ma façon d'agir correspond bien à mon caractère, 3) Je suis satisfaite des actions que je pose, 4) J'agis selon mes sentiments, et 5) C'est important pour moi de réaliser ce que j'ai décidé. Conséquemment, on observe une certaine ressemblance, quoi qu'il y a certaines nuances entre les questions.

La satisfaction de vivre et l'autonomie psychologique peuvent à première vue sembler distincts, on observe tout de même une distinction quant à l'approche. Dans un premier temps, la dimension du concept de soi touche davantage l'apparence physique et au jugement de valeur qu'une personne peut faire à son égard dont par exemple: 1) Je ressens mon âge mais ça me dérange pas 2) Comparée aux gens de mon âge, j'ai pris un paquet de décisions ridicules au cours de ma vie, tandis que dans le (QAP), intègre plus de questions qui se rapportent aux décisions que l'individu a prises au cours de sa vie que: 1) mes choix et mes décisions reflètent généralement la personne que je suis, 2) que mes choix et mes décisions en disent beaucoup sur ma personnalité et sur mon caractère.

Parmi les bénévoles, 37% de ces femmes cessent définitivement leur travail sans que les circonstances viennent les influencer dans leur décision, ce qui les prédisposent à une autonomie décisionnelle élevée (82%). Ces femmes utilisent leurs capacités physiques, cognitives et sociales à bon escient, car à travers de différents moyens, elles planifient leur retraite. Il est intéressant de voir que dans 27% des cas, elles ont suivi des cours de préparation à la retraite, tandis que pour certaines, elles préfèrent regarder des émissions ayant trait à la retraite (16%). Les autres méthodes utilisées comprennent la discussion avec d'autres personnes retraitées (15%) ou la lecture (14%).

Le bénévolat s'avère également une stratégie efficace dans l'utilisation de ses capacités sociales. Cette activité exige une certaine intégration sociale (82%), et devient une excellente façon d'utiliser son temps libre, revalorisant ainsi la retraitée. Les questions en liens à la dynamique de l'individu, nous permet de voir que le bénévolat est une activité appropriée en fonction d'un choix éclairé, puisqu'il fait l'objet d'une pratique antérieure chez les répondantes (61%).

Lorsqu'il s'agit d'aider, les bénévoles féminines de notre échantillon sont très engagées tant au niveau organisationnel (organismes) que personnel (famille). La participation à l'égard du bénévolat s'avère par conséquent très intense. En effet, on voit que 87% des répondantes s'engagent entre une et trois journées par semaine soit 7% une journée, 36% deux journées, 14% trois journées, 7% quatre journées et 6% consacrent au bénévolat, cinq journées par semaine. Cette fréquence est régulière tout en s'avérant très intense. Ainsi, 87% de ces femmes consacrent de deux à quatre heures par jour, et 9% vont jusqu'à donner plus de cinq heures à chaque fois qu'elles consacrent du temps gratuitement.

Certaines (27), vont s'engager la fin de semaine et plus particulièrement le dimanche (70%). Par conséquent, les participantes semblent apprécier le bénévolat en y recherchant l'art de se rendre utile ou rendre service à des gens démunis (80%).

La rencontre de gens est une motivation très secondaire qui récolte que 12% des votes, ce qui est très faible si on compare ce résultat aux dimensions: intégration sociale et capacités sociales (autonomie psychologique). Ces dimensions qui se situaient à 82%, nous permettait de croire en 1) une forte appartenance au groupe bénévole et 2) à un besoin important de rencontrer des gens. L'analyse des affirmations ayant trait aux capacités sociales, nous permet de voir que dans 45% des cas, les bénévoles participent toujours à des activités, leurs permettant de rencontrer des gens, et que toujours (36%) ou habituellement (40%), elles aiment entrer en relation avec de nouvelles personnes. Nous pouvons déduire que le besoin d'utilité fait partie d'une réalisation prioritaire et que pour la femme bénévole, il est toujours (51%) ou habituellement (41%) important de réaliser ce qu'elle a décidé.

Pour seulement 33%, on mentionne l'activité bénévole comme étant parmi l'énumération des 5 activités préférées. Si pour 67% de ces femmes, le bénévolat est non mentionné, peut-on affirmer qu'il est réellement un loisir? Quelle est par conséquent sa réelle signification?

Le bénévolat est peut-être une forme d'engagement social et plus exactement une stratégie d'adaptation à la retraite, permettant ainsi de mieux structurer utilement le temps libre. Dans une proportion de 40%, c'est la retraite qui a permis aux femmes de s'engager bénévolement, malgré qu'elles étaient nombreuses (61%), à s'être déjà investies au cours

de la période active (avant la retraite). Le bénévolat est possiblement une activité substitue c'est-à-dire un remplacement équivoque du travail, et c'est précisément le fait d'être utile qui est la plus déterminante des motivations et non l'occupation de son temps (2%). Une étude indique que l'intervention sociale est le champ d'action privilégié des groupes d'aînés tandis que le loisir est en second lieu (Fédération internationale des associations de personnes âgées 1990).

Tout en possédant un niveau d'autonomie comportemental et décisionnel intéressant (82%), les femmes vont se valoriser en utilisant leurs habiletés sociales, physiques et cognitives (82%), afin d'aider les plus démunis. On observe également que ces habiletés sont utilisées dans la planification de leur retraite (56%) étant prise par choix personnel (37%). À partir de différentes sources d'informations, elles cherchent alors à maîtriser leur environnement de manière à être autonome psychologiquement (83%).

D'ailleurs une retraite volontaire et planifiée montre un haut niveau quant aux capacités physiques, cognitives et sociales. Une retraite volontaire et planifiée montre également un niveau élevé de contrôle comportemental élevé.

Pour les femmes de notre échantillon, une bonne santé est selon nous un critère essentiel afin qu'elles puissent s'engager deux à trois jours par semaine au delà de deux et plus à chaque occasion. Elles sont nombreuses à consulter régulièrement un spécialiste de la santé (85%) et cela montre un niveau élevé d'autonomie comportementale et d'intégration sociale.

Nous sommes en droit à se demander pourquoi le fait de consulter autant est en relation à un contrôle comportemental et à une intégration sociale. L'explication la plus plausible serait, selon nous, l'utilisation préventive des services de santé, car comme nous l'avons vu, l'appartenance à un groupe à forte cohésion facilite l'échange d'informations sur l'utilisation des services de santé. Ainsi, la femme bénévole qui consulte tout en étant satisfaite d'un service quelconque peut révéler sa source à un autre bénévole dans le besoin et vis versa. Enfin, cette circularité dynamique de l'information fait partie intégrante de l'environnement bénévole qui devient systémique ou un univers culturel devenant particulier pour nos bénévoles. Les consultations régulières auprès d'un spécialistes de la santé, la vérification reliée à la consommation de médicaments et leurs efficacités sont des comportements préventifs (contrôle comportemental), qui par conséquent, permettent aux bénévoles de vérifier tout en conservant une très bonne santé.

La présentation des tableaux se réfèrent aux interactions significatives entre les variables intermédiaires: état de santé, revenu, état civil, scolarité et préparation à la retraite, à partir des indices utilisés (satisfaction de vivre et autonomie psychologique). En comparant d'abord le résultat global de chacun des indices, les relations possibles ont été vérifiées en tenant compte des variables intermédiaires où des questions s'y rapportaient, ce qui nous a permis d'effectuer des tests F univariés.

Suite à l'analyse des variables, à partir du résultat global de chacuns des indices, nous nous sommes permis d'effectuer ces mêmes relations en tenant compte cette fois des dimensions mesurées pour la satisfaction de vivre et l'autonomie psychologique.

Nous devons considérer les limites de cette recherche qui n'est pas une analyse de corrélations multiples et c'est pourquoi nous ne pouvons en aucun temps, prédire la direction de ces dites relations. Les tableaux 8 et 9 font le portrait global de ces relations que nous allons reprendre afin de démontrer lesquelles parmi les suivantes sont significatives.

**Tableau 8: Synthèse des résultats reliés à la satisfaction de vivre  
(degré de signification des F obtenus à l'analyse de variance)**

	ÉTAT CIVIL	REVENU	SCOLA-RITÉ	SANTÉ
SATISFACTION DE VIVRE	* <u>0,009</u>	0,16 0,67	0,23	0,16 0,09 0,86 0,72 0,73 0,66 0,91
HUMEUR	* <u>0,08</u>	0,34 0,27	0,56	0,79 0,54 0,62 0,92 <u>*0,05</u> 0,39 0,40
GOÛT DE VIVRE	0,27	0,19 0,44	0,72	0,46 0,38 0,55 0,66 0,38 0,92 0,18
CONGRUENCE	* <u>0,001</u>	1,16 0,50	0,65	0,35 0,91 0,80 0,56 0,02 0,32 0,53

	ÉTAT CIVIL	REVENU	SCOLA-RITÉ	SANTÉ
COURAGE ET FERMETÉ	0,36	0,77 0,51	0,67	*0,024 0,26 0,72 0,37 0,42 *0,02 0,33
CONCEPT DE SOI	0,35	0,77 0,51	0,86	0,09 0,33 0,92 0,86 0,74 * 0,01 0,54

	RETRAITE	BÉNÉVOLAT
SATISFACTION DE VIVRE	0,54 0,76 0,81 0,55 0,52	0,07 0,78 0,87 0,24 0,23 *0,04
HUMEUR	0,77 0,51 0,99 0,36 0,52	0,21 0,83 0,81 0,96 0,41 0,09
GOÛT DE VIVRE	0,188 0,83 0,099 0,28 0,09	0,34 0,06 0,43 0,64 0,40 0,30

	RETRAITE	BÉNÉVOLAT
<b>CONGRUENCE</b>	0,43	0,30
	0,33	0,97
	0,99	0,51
	0,054	0,76
	0,11	0,80
<b>COURAGE ET FERMETÉ</b>	0,99	0,05
	0,57	0,36
	0,85	0,23
	0,61	0,89
	0,11	0,62
<b>CONCEPT DE SOI</b>	0,54	0,82
	0,64	0,47
	0,51	0,81
	0,48	0,11
	0,25	0,15

Tableau 9: Synthèse des résultats reliés à l'autonomie psychologique

	Autonomie PSY	Contrôle PSY	Contrôle DÉC.	Contrôle .COMP.
<b>ÉTAT CIVIL</b>	<b>0 , 47</b>	<b>0 , 81</b>	<b>0 , 79</b>	<b>0 , 75</b>
<b>REVENU</b>	<b>0 , 54</b> <b>0 , 30</b>	<b>0 , 48</b> <b>0 , 52</b>	<b>0 , 63</b> <b>0 , 19</b>	<b>0 , 81</b> <b>0 , 51</b>
<b>SCOLARITÉ</b>	<b>0 , 38</b>	<b>0 , 12</b>	<b>0 , 29</b>	<b>0 , 48</b>
<b>BÉNÉVOLAT</b>	<b>0,92</b>	<b>0,53</b>	<b>0,51</b>	<b>0,64</b>
	<b>0,18</b>	<b>0,25</b>	<b>0,27</b>	<b>0,24</b>
	<b>0,74</b>	<b>0,64</b>	<b>0,82</b>	<b>0,95</b>
	<b>0,85</b>	<b>0,87</b>	<b>0,87</b>	<b>0,67</b>
	<b>0,47</b>	<b>0,17</b>	<b>0,33</b>	<b>0,27</b>
	<b>0,27</b>	<b>0,06</b>		

	Autono-mie PSY	Contrô-le PSY	Contrô-le DÉC.	Intégra-tion sociale	Contrô-le. COMP.
<b>SANTÉ</b>	<b>0,67</b>	<b>0,82</b>	<b>0,46</b>	<b>0,58</b>	<b>0,52</b>
	<b>0,53</b>	<b>0,69</b>	<b>0,64</b>	<b>0,62</b>	<b>0,76</b>
	<b>0,70</b>	<b>0,76</b>	<b>0,96</b>	<b>0,28</b>	<b>0,38</b>
	<b>0,72</b>	<b>0,48</b>	<b>0,66</b>	<b>0,16</b>	<b>0,44</b>
	<b>0,45</b>	<b>0,78</b>	<b>0,76</b>	<b>0,44</b>	<b>0,63</b>
	<b>0,91</b>	<b>0,25</b>	<b>0,32</b>	<b>*0,04</b>	<b>* 0,04</b>
	<b>0,57</b>	<b>0,86</b>	<b>0,47</b>	<b>0,77</b>	<b>0,74</b>
<b>RETRAITE</b>	<b>* 0,05</b>	<b>* 0,02</b>	<b>* 0,02</b>	<b>0,20</b>	<b>0,43</b>
	<b>0,91</b>	<b>0,86</b>	<b>0,14</b>	<b>0,68</b>	<b>0,39</b>
	<b>0,66</b>	<b>0,18</b>	<b>0,63</b>	<b>0,19</b>	<b>0,56</b>
	<b>0,52</b>	<b>0,67</b>	<b>0,09</b>	<b>0,29</b>	<b>0,11</b>
	<b>0,60</b>	<b>0,78</b>	<b>0,23</b>	<b>0,10</b>	<b>* 0,04</b>
<b>BÉNÉVO-LAT</b>	<b>0,92</b>	<b>0,53</b>	<b>0,51</b>	<b>0,41</b>	<b>0,64</b>
	<b>0,18</b>	<b>0,25</b>	<b>0,27</b>	<b>0,14</b>	<b>0,24</b>
	<b>0,74</b>	<b>0,64</b>	<b>0,82</b>	<b>0,31</b>	<b>0,95</b>
	<b>0,85</b>	<b>0,87</b>	<b>0,87</b>	<b>0,51</b>	<b>0,67</b>
	<b>0,47</b>	<b>0,17</b>	<b>0,33</b>	<b>0,12</b>	<b>0,27</b>
	<b>0,27</b>	<b>0,06</b>			

	Autonomie Psychologi-que	Contrô-le Décisi-onnelle	Contrô -le Com-por-tementa-l	Capaci-tés	Dyna-mique
<b>RETRAITE</b>	<b>* 0,05</b>	<b>* 0,02</b>	<b>* 0,04</b>	<b>*0,04</b>	<b>0,43</b>
	<b>0,91</b>	<b>0,86</b>	<b>0,14</b>	<b>0,23</b>	<b>0,39</b>
	<b>0,66</b>	<b>0,18</b>	<b>0,63</b>	<b>0,30</b>	<b>0,56</b>
	<b>0,52</b>	<b>0,67</b>	<b>0,09</b>	<b>0,12</b>	<b>0,11</b>
	<b>0,60</b>	<b>0,78</b>	<b>0,23</b>	<b>0,19</b>	<b>* 0,04</b>
<b>BÉNÉVO-LAT</b>	<b>0,92</b>	<b>0,53</b>	<b>0,51</b>	<b>0,27</b>	<b>0,64</b>
	<b>0,18</b>	<b>0,25</b>	<b>0,27</b>	<b>0,73</b>	<b>0,24</b>
	<b>0,74</b>	<b>0,64</b>	<b>0,82</b>	<b>0,09</b>	<b>0,95</b>
	<b>0,85</b>	<b>0,87</b>	<b>0,87</b>	<b>0,15</b>	<b>0,67</b>
	<b>0,47</b>	<b>0,17</b>	<b>0,33</b>	<b>0,36</b>	<b>0,27</b>
	<b>0,27</b>	<b>0,06</b>			

## 5.3-A

Satisfaction de vivre et l'effet du bénévolat perçu

Le Tableau 10 nous indique que, dans 76% des cas une participation intensive du bénévolat n'est pas reliée avec la satisfaction de vivre. Plus précisément, si la bénévole aurait l'opportunité de faire plus d'heures bénévoles cela ne la rendrait pas plus heureuse. Ce qui signifie qu'une perception positive de l'effet du bénévolat indique une relation significative avec la satisfaction de vivre ( 0.04).

Or, en fait les problèmes de transport ou autres sont-ils des irritants pour l'action bénévole? Cela ne semble pas le cas pour 89% des répondantes (N = 111) qui utilisent soit leur automobile (66%), l'autobus (87%) ou le co-voiturage (5%) pour franchir la distance entre le lieu de résidence et le milieu d'action bénévole.

**Tableau 10**

**Relations entre la satisfaction de vivre et la perception  
de l'effet du bénévolat (N=115)**

**SATISFACTION DE VIVRE (N=114)**

<u>BÉNÉVOLAT</u>	<b>MOYENNE de satisfaction de vivre</b>	F	p
- Si vous avez l'opportunité de faire plus d'heures bénévoles cela vous rendrait-il plus heureuse ?	123.9	4.29	<b>0.04*</b>
<b>Carré moyen</b>			
-NON (76%)	30.17		
-OUI (24%)	27.70		

**Une perception positive de l'effet du bénévolat indique une relation significative avec la satisfaction de vivre.**

Les problèmes de santé et la mauvaise température sont mentionnés dans 17% des cas, tandis que le manque de disponibilité, la maladie du conjoint ou d'un membre de la famille, et l'aide auprès de la famille se situent seulement qu'à 8%. Les variables état civil, santé, revenu et préparation à la retraite indiquent des relations significatives avec soit la satisfaction de vivre, l'autonomie psychologique ou à partir des dimensions correspondant aux indices. Sans être significatives, l'observation des variables âge et scolarité peuvent malgré tout nous indiquer des liens logiques et intéressants. En observant les variables habitat, âge et scolarité, les femmes de notre échantillon sont très autonomes tant au plan physique que psychologique, puisqu'elles demeurent soit dans leurs maisons (41%) ou en appartement (50%). En plus d'avoir une excellente santé (11%) ou une très bonne santé (35%), nous avons vu que dans 37% des cas, elles ont décidé d'être à la retraite et nous croyons que cet élément les prédisposent sans doute à un certain bonheur et à un certain contrôle sur leur vie.

Pour les femmes de notre échantillon, le vieillissement semble une étape harmonieuse et bien vécue. 83% ne se perçoivent ni vieilles et ni fatiguées, tandis que dans 84% des cas, elles sont aussi heureuses maintenant que lorsqu'elles étaient plus jeunes. Par ailleurs, 81% disent ressentir leur âge sans que cela ne les dérangent.

L'acceptation de son vieillissement et le fait d'avoir une image de soi positive favorisent la satisfaction de vivre qui par la même occasion amène la confiance en soi d'où un contrôle comportemental pour agir sur les événements extérieurs (autonomie psychologique).

## 5.3-B

Relations entre l'état civil et la satisfaction de vivre (N=115)

Les femmes séparées ou divorcées montrent un plus faible niveau de satisfaction de vivre que les femmes mariées ou avec conjoint ( $p=0,009$ , voir Tableau 11).

**Tableau 11: Relations entre la satisfaction de vivre et l'état civil (N=115)**

<b>SATISFACTION DE VIVRE (N=115)</b>		<b>Carré moyen</b>	<b>F</b>	<b>P</b>
<b>ÉTAT CIVIL</b>		101.5	3.53	<b>0.009**</b>
		<b>Moyennes de satisfaction de vivre</b>		
-Conjointe de fait (2%)		30.5		
-Célibataire (16%)		29.9		
-Veuve (37%)		.29.8		
-Mariée (41%)		29.6		
-Séparée-divorcée (4%)		.20.6		

**Les femmes mariées ou divorcées montrent un plus faible niveau de satisfaction de vivre que les femmes mariées ou avec conjoint ( $p=0,009$ )**

Il faut souligner que nous ne comptons que 4% de femmes séparées ou divorcées dans notre échantillon. Les relations parmi les composantes de la satisfaction de vivre, on retrouve des différences significatives entre la congruence et l'humeur.

5.3-C

Relations entre la congruence entre les buts fixés, les buts atteints et l'état civil (N=115)

Tout comme précédemment on peut voir que les relations sont les mêmes en ce qui a trait aux femmes séparées ou divorcées puisqu'elles montrent un plus grand niveau de congruence entre les buts fixés et les buts atteints ( $p=0,00$ , voir tableau 12).

**Tableau 12: Relations entre la congruence, les buts fixés, les buts atteints et l'état civil (N=115)**

**CONGRUENCE ENTRE LES BUTS (N=115)  
FIXÉS ET LES BUTS ATTEINTS SELON L'ÉTAT CIVIL**

<u>ÉTAT CIVIL</u>	Carré moyen	F	P
	16.6	6.2	<b>0.00**</b>
<b>MOYENNES de la congruence</b>			
-Célibataire (16%)	4.72		
-Veuve (37%)	4.72		
-Mariée (41%)	4.70		
-Conjointe de fait (2%)	4.00		
-Séparée-divorcé (4%)	1.00		

**Les femmes séparées, divorcées et conjointes de fait montrent un plus faible niveau de congruence entre les buts fixés et les buts atteints.**

Même si, comme nous l'avons déjà signalé, nous retrouvons un pourcentage relativement bas de conjointes de fait et de femmes séparées ou divorcées, il faut tout de même souligner une diminution importante de la congruence entre les buts fixés et les buts

atteints. Les femmes séparées ou divorcées montrent aussi un plus faible niveau d'humeur ( $p=0,08$ , voir tableau 13).

**Tableau 13: Relations entre l'humeur et l'état civil**

<b>HUMEUR (N=115)</b>		<b>Carré moyen</b>	<b>F</b>	<b>P</b>																									
		<u>10.46</u>	<u>2.1</u>	<u><b>0.08**</b></u>																									
<b>MOYENNES de l'humeur</b>																													
<u><b>ETAT CIVIL</b></u>																													
<table> <tbody> <tr> <td>-Conjointe de fait</td> <td>(2%)</td> <td>11.5</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>-Mariée</td> <td>(41%)</td> <td>9.57</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>-Célibataire</td> <td>(16%)</td> <td>9.55</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>-Veuve</td> <td>(37%)</td> <td>9.14</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>-Séparée-divorcé</td> <td>(4%)</td> <td>7.00</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>					-Conjointe de fait	(2%)	11.5			-Mariée	(41%)	9.57			-Célibataire	(16%)	9.55			-Veuve	(37%)	9.14			-Séparée-divorcé	(4%)	7.00		
-Conjointe de fait	(2%)	11.5																											
-Mariée	(41%)	9.57																											
-Célibataire	(16%)	9.55																											
-Veuve	(37%)	9.14																											
-Séparée-divorcé	(4%)	7.00																											
<b>Les femmes séparées ou divorcées montrent un plus faible niveau quant à l'humeur.</b>																													

Il est donc possible que la solitude étant prédisposée par une séparation ou un divorce diminue la satisfaction de vivre. La relation négative entre la congruence, les buts fixés et les buts atteints et une séparation peut s'expliquer par une perception négative que l'individu établit lorsqu'il trace le bilan de sa vie. Si les buts fixés étaient le partage d'une vie de couple stable et harmonieuse, la séparation ou de divorce peut être perçue comme un échec et, conséquemment, produire un certain désenchantement et une insatisfaction chez les femmes séparées et divorcées. L'état de santé comme seconde variable à l'étude et plus spécifiquement la perception de l'état de santé joue également un rôle sur la

satisfaction de vivre et ces dimensions: courage et fermeté, humeur et concept de soi que nous présentons.

5.3-D

#### Relations entre le courage, la fermeté et la santé

Une consultation régulière auprès d'un spécialiste de la santé montre un plus haut niveau avec le courage et la fermeté, c'est-à-dire une attitude positive par rapport aux activités quotidiennes ( $p=0,02$ , voir tableau 14).

**Tableau 14: Relations entre le courage, la fermeté et la santé (N=112)**

<b>COURAGE ET FERMETÉ (N=112)</b>			
<u>SANTÉ</u>			
	<b>Carré moyen</b>	<b>F</b>	<b>P</b>
-Consultation auprès d'un spécialiste de la santé.	9.90	5.23	<b>0.02**</b>
	<b>MOYENNES du courage et fermeté</b>		
<u>OUI (85%)</u>	3.35		
<u>NON (15%)</u>	2.52		
<b>Une consultation régulière auprès d'un spécialiste de la santé montre un plus haut niveau de courage et de fermeté ou une meilleure attitude positive par rapport aux activités quotidiennes.</b>			

## 5.3-E

Relations entre l'humeur et la santé

Les médicaments qui soulagent moyennement ou totalement les problèmes de santé montrent un haut niveau quant à l'humeur des femmes bénévoles ( $p=0,05$ , tableau 15).

**Tableau 15: Relations entre l'humeur des femmes bénévoles et la santé**

<b>HUMEUR (N=74)</b>		<b>Carré moyen</b>	<b>F</b>	<b>P</b>
		<u>12.46</u>	<u>2.60</u>	<b><u>0.05*</u></b>
<b><u>SANTE</u></b>				
<b>MOYENNES de l'humeur</b>				
-Efficacité des médicaments				
-Moyennement	(39%)	9.34		
-Absolument	(53%)	9.34		
-Peu	( 5%)	9.23		
-Pas du tout	(3%)	8.5		
<b>Les médicaments qui soulagent moyennement ou absolument les problèmes de santé montrent un haut niveau quant à l'humeur des femmes bénévoles.</b>				

## 5.3-F

Relations entre le concept de soi, le contrôle comportemental et la santé

L'état de santé qui empêche la femme à s'engager autant de fois qu'elle le désire montre un bas niveau de concept de soi ( $p=0,01$ , tableau 16). La consultation régulière auprès d'un spécialiste de la santé montre un haut niveau d'autonomie comportementale, ou un haut niveau d'autonomie comportementale montre une relation avec une consultation

régulière avec un spécialiste de la santé ( $p = 0,04$ , voir Tableau 16). Par conséquent, les femmes bénévoles qui consultent régulièrement un spécialiste de la santé semblent en maîtrise de leur environnement.

**Tableau 16: Relations entre le concept de soi et la santé**

CONCEPT DE SOI (N=115)	Carré moyen 15.44	F 18.5	P <b>0.01**</b>
<u><b>SANTÉ</b></u>			
La contrainte santé empêche-t-elle le participant de s'engager autant qu'il le désire?			
	<b>MOYENNES du concept de soi</b>		
-NON (76%)	3.42		
-OUI (24%)	2.57		
<b>Les femmes pour qui l'état de santé empêche de s'engager, montrent un plus bas niveau de concept de soi.</b>			

Les consultations régulières représentent un comportement de prévention et en cas d'apparition de malaises physiques, les femmes sont en mesure d'intervenir tant au plan physique, psychologique et cognitif sur leur environnement de façon à améliorer leur qualité de vie. Par exemple, la femme bénévole cherche toujours (33%), ou habituellement (41%), à développer de nouveaux moyens afin de continuer à accomplir ses tâches.

**Tableau 17: Relations entre le contrôle comportemental et la santé**

<b>CONTRÔLE COMPORTEMENTAL (N=112)</b>		<b>Carré moyen</b>	<b>F</b>	<b>P</b>
<b><u>SANTÉ</u></b>		<b>94.16</b>	<b>3.99</b>	<b>0.04*</b>
Consultation régulière auprès d'un spécialiste de la santé.				<b>MOYENNES du contrôle comportemental</b>
- <u>OUI</u> (85%)				<b>58.38</b>
- <u>NON</u> (15%)				<b>55.82</b>
<b>Les femmes ayant des consultations régulières auprès d'un spécialiste de la santé montrent un plus haut niveau d'autonomie comportementale.</b>				

## 5.3-G

Relations entre l'intégration sociale et la santé

La consultation régulière auprès d'un spécialiste de la santé ou un haut niveau d'intégration sociale, montre une tendance à consulter régulièrement un spécialiste de la santé ( $p=0,04$ , tableau 18).

Les interactions sociales amicales sont significativement corrélées avec le bien-être des personnes âgées (Larson, 1978 ; Larson, Mannell & Zuzanik, 1986; Mullin & Mushel, 1992 ; Okun, Stock, Haring & Witter, 1984). La visite régulière d'amis augmente significativement le niveau de bien-être psychologique (Dupuis, Sherry, Smale & Bryan, 1995).

**Tableau 18: Relations entre l'intégration sociale et la santé**

<b>INTÉGRATION SOCIALE (N=112)</b>			
	<b>Carré moyen</b>	<b>F</b>	<b>P</b>
<b>SANTÉ</b>	<u>12.35</u>	4.10	<b>0.04*</b>
-Consultation régulière auprès d'un spécialiste de la santé.	<b>MOYENNES de l'intégration sociale</b>		
- <u>OUI (85%)</u>	16.63		
- <u>NON (15%)</u>	15.71		
<b>Les femmes qui consultent régulièrement le spécialiste de la santé montrent un haut niveau d'intégration sociale.</b>			

La participation dans les associations volontaires est pour Lee et Ishii-Kuntz (1987) corrélée avec une diminution importante du sentiment de solitude et augmente le moral chez les aînés.

Une recherche longitudinale réalisée au Manitoba par Mossey et al. (1989) indique que la participation aux activités sociales, notamment le bénévolat, est positivement corrélée à la constance des consultations médicales chez les personnes âgées. La participation sociale serait associée à une utilisation préventive des services de santé.

Le fait de connaître mieux les services, de compter sur un grand nombre de gens en cas d'urgence tout en ayant peu de revenus et une moins bonne perception de son état de santé représentent généralement les personnes qui ont le plus souvent recours aux

organismes communautaires (Ouellet & Delisle, 1996). Selon eux, l'information sur les services est associée à un recours plus fréquent aux organismes communautaires.

La fréquence des activités pratiquées et des activités physiques est associée à une meilleure connaissance des services. Pour Ouellet et Delisle (1996), la fréquence de la participation aux activités de groupe d'appartenance est plus fortement associée à la connaissance des services qu'à la cohésion du groupe.

Par conséquent, dans les groupes et les organisations d'aînés, ces derniers échangent beaucoup d'information sur les services utilisés par rapport aux professionnels consultés, ce qui a un effet sur le recours aux services. L'appartenance à un groupe à forte cohésion ou à forte participation est associée aux consultations médicales ainsi qu'à la connaissance des services. Les questions ayant trait aux capacités sociales, nous permettent d'entrevoir un certain niveau d'appartenance entre les bénévoles d'où une cohésion assez forte. Les femmes participent aux activités bénévoles, qui pour toujours (45%) ou habituellement (36%), leurs permettent de rencontrer des gens. De plus, qu'il s'agisse de toujours (36%) ou habituellement (40%), on observe que les bénévoles aiment entrer en relation avec de nouvelles personnes, et qu'elles choisissent toujours (29%) ou habituellement (50%) des activités leurs permettant de connaître de nouvelles personnes. Elles veulent également établir soit toujours (28%) ou habituellement (41%) des relations profondes.

Une forte cohésion entre les membres est par conséquent fort possible, puisque les bénévoles cherchent à développer de nouvelles amitiés tout en approfondissant ces relations. Le groupe semble avoir un effet sur les comportements de ses membres. Effectivement, en observant les questions qui se rapportent à l'intégration sociale, nous

pouvons voir que la bénévole prend toujours (37%) ou habituellement (53%) une décision, en tenant compte des possibilités du milieu. Elle se préoccupe toujours (29%) ou habituellement des autres (50%), tout en poursuivant ses propres intérêts. La présence d'un haut niveau d'appartenance social, facilite l'échange d'informations quant aux services médicaux reçus mais malgré cela, les bénévoles ne perdent pas de vue le but ultime de leur mission étant d'aider principalement les gens démunis et dans le besoin.

Delisle et Ouellet (1996), sont d'opinion que l'appartenance à un groupe à forte cohésion s'explique par le fait que les membres de certaines organisations d'aînés sont orientés vers l'utilisation des ressources communautaires.

Les organismes concernés semblent faire partie de << l'univers culturel >> d'une fraction de la clientèle qu'ils veulent desservir. Les groupes et les organisations d'aînés comme les groupes bénévoles diffusent de l'information sur les services disponibles et cette information a un impact sur les recours aux services. Ainsi, mieux les gens sont informés, moins ils ont recours aux ressources médicales et plus ils utilisent les ressources communautaires (Delisle & Ouellet, 1996).

Comparativement aux femmes Canadiennes de 65 ans et plus, les femmes de notre échantillon sont principalement à la retraite par choix personnel. Les problèmes de santé, les responsabilités familiales et la retraite du conjoint n'ont pas été des facteurs déterminants pour le départ sur le marché du travail pour les bénévoles. Cet élément peut nous indiquer qu'en partie les femmes de notre échantillon possèdent une certaine maîtrise sur leur vie quant aux décisions qui les concernent. D'ailleurs, elles ont planifié leur retraite dans 34% des cas. Afin de vérifier si la planification peut entre autres influencer la

perception de contrôle, nous allons voir ces relations en ce qui a trait aux dimensions de l'autonomie psychologique (capacités, contrôle comportemental et contrôle décisionnel).

Finalement, nous avons vu que les consultations régulières auprès d'un spécialiste de la santé étaient reliées à une attitude positive pour les activités quotidiennes tout en augmentant le contrôle comportemental et l'intégration sociale de nos répondantes. Ce résultat est également obtenu par Delisle et Ouellet (1996), ce qui fait dire à ces chercheurs que les répondants se fient d'abord et avant tout sur eux-mêmes pour résoudre leurs problèmes, avant de se tourner vers leurs enfants, la parenté et les amis, puis finalement, vers les ressources communautaires et le médecin.

### 5.3-H

#### Relations entre le contrôle comportemental et la retraite

La participation et l'engagement social structurent l'existence de la femme bénévole en lui conférant un statut social et une identité facilitant son adaptation à la retraite et augmentant sa maîtrise de soi ou son sentiment de contrôle capacités physiques cognitives et sociales de même qu'avec le contrôle comportemental. Ainsi, une retraite volontaire et planifiée révèle une relation significativement positive avec le contrôle comportemental, ou un contrôle comportemental élevé révèle une relation significativement positive lorsque la retraite a été volontaire et planifiée ( $p=0,04$ , Tableau 19).

**Tableau 19: Relations entre le contrôle comportemental et la retraite**

	Carré moyen	F	P
<b>CONTRÔLE COMPORTEMENTAI (N=90)</b>	<u>86.4</u>	4.23	<b><u>**0.04</u></b>
<b>MOYENNES du contrôle comportemental</b>			
<i>RETRAITE</i>			
Planification			
-Oui (34%)	<u>57.18</u>		
-Non (43%)	<u>39.15</u>		
<b>Les femmes ayant pris une retraite volontaire et planifiée montrent un plus haut niveau de contrôle comportemental.</b>			

Une retraite volontaire et planifiée montre un haut niveau de capacités physiques, cognitives et sociales, ou l'utilisation des capacités physiques, cognitives et sociales montrent un haut niveau de contrôle comportemental lorsque la retraite est volontaire et planifiée. ( $p=0.04$ , voir tableau 20).

**Tableau 20: Relations entre les capacités et la retraite**

	Carré moyen	F	P
<b>CAPACITÉS (N=90)</b>			
<b>RETRAITE</b>	<u>94.91</u>	3.97	<b><u>**0,04</u></b>
Planification			
<b>MOYENNES des capacités</b>			
-Oui (56%)	<u>24.6</u>		
-Non (43%)	<u>16.33</u>		
<b>Les femmes ayant pris une retraite volontaire et planifiée montrent un haut niveau de capacités physiques, cognitives et sociales.</b>			

## 5.3-I

Relations entre le contrôle décisionnel et la retraite

Un contrôle décisionnel élevé montre une relation positive lorsque la retraite du conjoint est prise depuis plus de trois ans, ( $p=0,02$ , tableau 21).

**Tableau 21: Relations entre le contrôle décisionnel et la retraite (N=49)**

<b>CONTROLE DECISIONNEL (N=49)</b>			
	<b>Carré moyen</b>	<b>F</b>	<b>P</b>
	105	3.12	<b>0.02**</b>
<b><u>RETRAITE</u></b>			<b>MOYENNES</b>
<b>Planification</b>			<b>du contrôle décisionnel</b>
-Moins de un an	(2%)	38.0	
-Entre un et deux ans	(7%)	56.4	
-Entre deux et cinq ans	(9%)	56.5	
-Plus de cinq ans	(68%)	58.3	
-Entre trois et cinq ans	(15%)	59.3	
<b>Les femmes dont le conjoint a pris sa retraite depuis plus de 3 ans montrent un plus haut niveau de contrôle décisionnel chez la femme bénévole.</b>			

## 5.4 RELATIONS SIGNIFICATIVES

Des relations concomitantes existent entre l'indice de satisfaction de vivre, ses dimensions et les variables état civil, santé, retraite, revenu et activité bénévole.

ÉTAT CIVIL La femme qui est séparée ou divorcée, démontre un bas niveau de satisfaction de vivre. Ou une faible satisfaction de vivre est en relation avec une séparation ou un divorce.

Tandis pour la femme qui célibataire, veuve plutôt que séparée ou divorcée montre un haut niveau de congruence entre les buts fixés et les buts atteints. Ou une congruence entre les buts fixés et les buts atteints est plus élevée lorsque la femme est célibataire ou veuve plutôt que séparée ou divorcée.

Être conjointe de fait ou mariée plutôt que séparée ou divorcée montre un haut niveau quant à l'humeur des femmes bénévoles. Ou une humeur positive révèle une relation avec lorsque la femme bénévole est conjointe de fait ou mariée.

#### SANTÉ

Une consultation régulière auprès d'un spécialiste de la santé montre un haut niveau de courage et la fermeté. Ou un courage et une fermeté positifs montrent une relation significative avec une consultation régulière auprès d'un spécialiste de la santé

Les médicaments qui soulagent moyennement ou absolument les problèmes de santé montrent un haut niveau avec l'humeur des femmes bénévoles. Ou une humeur positive montre une relation significative lorsque les médicaments soulagent moyennement ou absolument les problèmes de santé

L'état de santé qui n'empêche pas la femme de s'engager autant de fois qu'elle le désire montre un haut niveau de concept de soi. Ou un concept de soi positif révèle une relation significative si

l'état de santé n'empêche pas la femme de s'engager autant de fois qu'elle le désire.

BÉNÉVOLAT: Une perception positive de l'effet du bénévolat indique une relation significative avec la satisfaction de vivre. Ou une satisfaction de vivre positive n'indique pas de relation significative avec l'augmentation du nombre d'heures consacrées au bénévolat.

SANTÉ: Plus la femme bénévole perçoit son état de santé élevé, plus elle est elle a du contrôle comportemental sur sa vie.

Nous avons également observer des relations significatives entre l'autonomie psychologique, ses dimensions et les variables santé et retraite.

Une consultation régulière auprès d'un spécialiste de la santé montre un haut niveau d'autonomie comportementale. Ou un haut niveau d'autonomie comportementale montre une consultation régulière auprès d'un spécialiste de la santé.

Une consultation régulière auprès d'un spécialiste de la santé montre un haut niveau d'intégration sociale. Ou une intégration sociale élevée montre une relation significative lorsqu'elle consulte régulièrement un spécialiste de la santé.

RETRAITE Une retraite volontaire et planifiée est reliée à un contrôle comportemental élevé.

Une retraite volontaire et planifiée révèle une relation significative lorsque la femme utilise ses capacités physiques, cognitives et sociales. Ou l'utilisation des capacités de la femme bénévole révèle une relation positive lorsque sa retraite est volontaire et planifiée.

La retraite du conjoint prise entre trois et cinq ans ou plus de cinq ans révèle une relation significative avec l'autonomie psychologique et le contrôle décisionnel de la femme bénévole. Ou une autonomie psychologique et un contrôle décisionnel élevés révèlent des relations

significativement positives lorsque la retraite du conjoint prise entre trois et cinq ans ou plus de cinq ans.

- Nos résultats ne nous permettent pas de conclure qu'il y a une relation entre la scolarité et la satisfaction de vivre de même qu'entre la scolarité et l'autonomie psychologique.
- Il est intéressant de mentionner que plus le nombre de consultations est régulier, plus la femme bénévole est intégrée à son milieu, ce qui par ailleurs favorise son contrôle comportemental qui réfère à sa volonté d'agir sur son environnement.
- L'efficacité des médicaments devient une variable importante car elle influence l'humeur des femmes bénévoles.

- Si l'état de santé empêche la femme de s'engager autant de fois qu'elle le désire, son concept de soi diminue.
- Nous constatons également que la retraite du conjoint prise depuis plus de trois ans augmente la capacité de la femme bénévole à prendre des décisions.

D'entrée de jeu le lecteur fera le constat que dans un premier temps les femmes perçoivent le bénévolat comme un loisir (80%). Toutefois, nous ne pouvons pas prétendre que l'activité bénévole apporte une meilleure satisfaction de vivre et ce, malgré une participation assez élevée à ladite activité. Le bénévolat est apprécié sans faire partie d'un de leurs loisirs préférés puisque parmi quatre-vingt-treize (93) personnes ayant fait part de leur cinq activités de loisirs préférées, soixante-douze (72), ou 67% ne mentionnent pas le bénévolat dans cette liste. Ce phénomène s'explique selon nous par la culture bénévole que les femmes ont développé au cours de leur vie active étant donné que soixante-huit de cent onze répondantes (111) indiquent avoir déjà fait du bénévolat. Le fait de vouloir se rendre utile ou d'aider les gens démunis démontre que les femmes sont altruistes et qu'elles ont possiblement développé une << éthique des soins >> des autres. Il est donc permis de croire que le bénévolat est perçu comme une forme d'engagement faisant partie intégrante de la personnalité de la femme.

Dans un deuxième temps, une santé perçue excellente, très bonne ou bonne de même qu'un revenu au-dessus de la moyenne amènent sans doute la femme à s'engager davantage dans son milieu puisque les résultats situent la satisfaction de vivre à 73% de même que l'autonomie psychologique à 83%. Le lecteur se rappellera d'ailleurs qu'une perception positive de sa santé révèle un lien significatif avec le contrôle comportemental,

ce qui peut vouloir dire que la femme âgée se percevant positivement aura confiance en elle de manière à avoir envie de mettre ses capacités physiques, intellectuelles et cognitives au service d'autrui. Par conséquent, l'utilisation de ses ressources potentielles augmenteront sa perception de contrôle, son estime de soi, de même que son niveau de satisfaction de vivre.

## CONCLUSION

À en juger par la réponse de 115 bénévoles, le bénévolat serait davantage perçu comme un engagement que comme un loisir. Il est tout de même permis de penser que l'action bénévole soit un loisir pour ces personnes : un loisir qui ne serait pas parmi leurs loisirs préférés. Paradoxalement, les sujets y consacrent beaucoup de temps ; peut-être plus que pour leurs soi-disant loisirs favoris! Ainsi, le bénévolat peut être perçu par la femme retraitée comme << un recentrage des activités pour une nouvelle vie ; une renaissance, une recréation d'une nouvelle perspective, dans une sorte de récréation où l'absence d'obligation et de nécessité, dans le bénévolat, est importante. >> (Trotier, M., 1998, p1).

À la lumière des résultats, le bénévolat représente une stratégie pour faciliter l'adaptation à la retraite. N'oublions pas que 61% de nos répondantes ont déjà fait du bénévolat au cours de leur vie antérieure. L'engagement bénévole permet à la personne retraitée de jouir d'un appartenance à un groupe social et de faire un usage préventif des services de santé. Il est en effet connu que les bénévoles s'échangent, entre autres des informations, de précieux renseignements sur les divers services de santé.

De plus, comme le précisait la théorie de la continuité, il est important que les aînés demeurent actifs afin de conserver une certaine vitalité et nous pouvons voir que les répondantes de notre étude sont tout à fait dynamiques. Par conséquent, la théorie de l'activité et la théorie de la continuité correspondent au rythme de vie de nos bénévoles. Ainsi, on peut voir que le bénévolat fait partie d'une activité qui était antérieurement pratiquée avant la retraite, il y a donc une continuité dans la poursuite de l'activité bénévole. Une bonne santé s'avère sans doute un critère de base pour accéder au bénévolat, mais les femmes sont également très en maîtrise de leur vie et font certainement les bons choix pour le maintien de leur qualité de vie. Autrement dit, pour demeurer autonomes, les femmes n'hésiteront pas à consulter et à prendre les dispositions nécessaires pour contrer un problème de santé. D'ailleurs, la perception de l'état santé n'est-elle pas un facteur de base pour conserver une satisfaction dans sa vie?

La plupart des retraités ne s'identifient pas à << l'âge d'or >>. Comme les résultats de notre enquête l'indiquent, la retraite volontaire et planifiée chez les femmes révèle une relation significative avec un facteur de l'autonomie psychologique soit le contrôle comportemental. Alors, une préparation précipitée ou mal préparée risquerait-t-elle de diminuer la satisfaction de vivre des futurs retraités et leur satisfaction à l'égard du bénévolat?

Les retraités doivent s'efforcer de reconstruire de nouvelles sources de légitimité, de sécurité et d'identité (Lesemann, F., INRS, 1998, p.5). Ils ont par conséquent besoin d'identifier de nouvelles perspectives ou un nouveau rôle dans la société. Le bénévolat devient désormais un moyen de réinsertion sociale leur permettant d'établir de nouvelles relations et d'obtenir un nouveau statut social.

Pour les retraités québécois, le bénévolat semble occuper une place de choix dans leurs projets, puisque plus de la moitié d'entre eux en font déjà ou envisagent d'en faire (Dorion, M; Fleury, C.; Leclerc, D.P., 1998, p.8). Selon ces chercheurs, les nouveaux retraités de l'État sont en voie de redéfinir le rôle du retraité dans l'organisation sociale de la collectivité. Cette nouvelle cohorte risque de s'investir de plus en plus dans l'action bénévole. Sans être standardiser ou formelle, l'entraide existe sous différentes formes. L'aide auprès d'un voisin ou d'un ami peut être perçue comme un bénévolat de bienfaisance, où la mission principale peut être le partage de services entre voisins du quartier. Après un repas chaud chez un aîné, un jeune peut par exemple pelleter l'entrée d'un aîné ou faire différents travaux lourds. Nous avons vu que ces organismes communautaires existent bien réellement tout en étant en augmentation, ils offrent selon nous, plusieurs avantages comme l'ouverture communicative entre différentes générations, une valorisation sociale, de même que la diminution de la solitude et de l'isolement social. On devrait encourager le bénévolat d'entraide, car la population vieillissante aura besoin de plus en plus de services.

## APPENDICE A

Lettre de présentation de la recherche

Le 04 décembre 1997

Madame,

Nous effectuons présentement une recherche portant sur l'activité bénévole en tant que facteur de satisfaction de vivre lors du vieillissement. L'objectif est de savoir si l'activité bénévole joue un rôle important au niveau du bien-être des gens intéresséss.

Nous vous demandons de bien vouloir répondre à ce questionnaire qui requiert approximativement trente (30) minutes de votre temps. Si vous répondez, assurez-vous de **RÉPONDRE COMPLÈTEMENT À TOUTES LES QUESTIONS**. Une réponse incomplète nous force à rejeter le questionnaire.

Dès que vous aurez fini votre "geste bénévole", nous vous saurions gré de glisser le questionnaire dans l'enveloppe affranchie à cette fin. Nous vous assurons de l'anonymat le plus absolu tant dans la cueillette que dans le traitement des données, tout en vous remerciant d'avance pour votre généreuse et indispensable collaboration.

Nathalie Poulin  
Étudiante à la maîtrise en Science du loisir  
U.Q.T.R.

**P.S: Si possible, nous vous saurions gré de nous  
retourner le questionnaire répondu le ou avant le  
18 décembre.**

## APPENDICE B

### Questionnaire de recherche

## LA PLACE DU BÉNÉVOLAT DANS LA SATISFACTION DE VIE

**Note:** Nous vous invitons à répondre à toutes les questions en inscrivant un "X" dans la case appropriée.

Vous pouvez être assurée de l'anonymat et de la confidentialité les plus absolus.

Merci à l'avance de votre collaboration.

1. Au moment présent, à quel groupe d'âge appartenez-vous?

- |    |            |                          |
|----|------------|--------------------------|
| A) | 65-69 ans  | <input type="checkbox"/> |
| B) | 70-74 ans  | <input type="checkbox"/> |
| C) | 75-79 ans  | <input type="checkbox"/> |
| D) | 80 et plus | <input type="checkbox"/> |

2. Quel est votre état matrimonial?

- |    |                     |                          |  |
|----|---------------------|--------------------------|--|
| A) | Célibataire         | <input type="checkbox"/> |  |
| B) | Mariée              | <input type="checkbox"/> | Depuis combien de temps?<br>_____ an(s) _____ mois |
| C) | Veuve               | <input type="checkbox"/> | Depuis combien de temps?<br>_____ an(s) _____ mois |
| D) | Séparation-Divorcée | <input type="checkbox"/> | Depuis combien de temps?<br>_____ an(s) _____ mois |
| E) | Conjointe de fait   | <input type="checkbox"/> | Depuis combien de temps?<br>_____ an(s) _____ mois |

3. Combien de personnes vivent présentement avec vous?

- |    |        |                          |
|----|--------|--------------------------|
| A) | Aucune | <input type="checkbox"/> |
| B) | Une    | <input type="checkbox"/> |
| C) | Deux   | <input type="checkbox"/> |

- D) Trois
- E) Quatre et plus
4. Votre père et votre mère sont-ils encore vivants?  
Oui \_\_\_\_\_ Non \_\_\_\_\_
5. Si non,
- A) père seulement
- B) mère seulement
- C) les deux sont décédés
6. Vous arrive-t-il, si applicable, d'apporter de l'aide à vos parents?  
Oui \_\_\_\_\_ Non \_\_\_\_\_
7. Si oui, quelle est la nature de cette aide?
- A) financière
- B) matérielle
- C) morale
- D) Autre (spécifiez) \_\_\_\_\_
8. À quelle fréquence les aidez-vous?
- A) Une fois par semaine
- B) Deux fois par semaine
- C) Quelques fois par mois
- D) Plusieurs fois par an
9. Avez-vous des enfants?  
Oui \_\_\_\_\_ Non \_\_\_\_\_

10. Si oui, combien?

- A) Un
- B) Deux
- C) Trois
- D) Quatre
- E) Cinq et plus

11. Si vous avez répondu oui à la question précédente,  
y en-a-t-il qui réside(nt) avec vous?

Oui \_\_\_\_ Non \_\_\_\_

Si oui, combien?

- A) Un
- B) Deux
- C) Trois
- D) Quatre et plus
- E) Cinq et plus

12. Vous arrive-t-il, d'apporter de l'aide à vos enfants?

Oui \_\_\_\_ Non \_\_\_\_

13. Si oui, quelle est la nature de cette aide?

- A) financière
- B) matérielle
- C) morale
- D) Autre (spécifiez) \_\_\_\_\_

14. À quelle fréquence les aidez-vous?

- A) Une fois par semaine
- B) Deux fois et plus par semaine
- C) Quelques fois par mois
- D) Plusieurs fois par an

15. Autre que le bénévolat, vous arrive-t-il d'apporter de l'aide à d'autres personnes qu'à votre famille?

Oui \_\_\_\_\_ Non \_\_\_\_\_

16. Si oui, quelle est la nature de cette aide?

- A) financière
- B) matérielle
- C) morale
- D) Autre (spécifiez) \_\_\_\_\_

17. À quelle fréquence les aidez-vous?

- A) Une fois par semaine
- B) Deux fois par semaine
- C) Quelques fois par mois
- D) Plusieurs fois par an

18. Quel est votre habitat actuel?

- A) Maison privée
- B) Appartement ou logement
- C) Maison de chambre
- D) HLM

- E) Chez une autre personne  Précisez \_\_\_\_\_
- F) Famille d'accueil
- G) Pavillon

19. Depuis combien de temps résidez-vous à cet endroit?

- A) Moins d'un an
- B) Entre un et deux ans
- C) Entre deux et trois ans
- D) Plus de trois ans

20. Combien d'années d'études avez-vous complété? (souligner le niveau, encercler le chiffre correspondant au nombre d'années complétées).

Exemple: Madame ABC a fait des études de niveau

secondaire, elle encercle

NIVEAU	ANNÉES
1) Élémentaire	1 2 3 4 5 6 7
2) Secondaire	1 2 3 4 5
3) Collégiale	1 2 3
4) Universitaire	1 2 3 4 5 6

21. Quelle est votre situation professionnelle actuelle?

- A) Je suis en chômage
- B) Je suis ménagère
- C) Je suis à la retraite
- D) Je travaille à temps plein

- E) Je travaille à temps partiel
- F) Aucune de ces réponses
22. Si vous travaillez quel métier exercez-vous  
(ex: éducatrice, dentiste, caissière)?  
\_\_\_\_\_
23. Si vous travaillez professionnellement à l'extérieur,  
combien d'heures par semaine travaillez-vous?
- A) 1-19 heures
- B) 20-29 heures
- C) 30-39 heures
- D) 40 heures et plus
24. Êtes-vous une travailleuse autonome   
ou une travailleuse salariée
25. Si vous êtes à la retraite, depuis combien de temps?
- A) Moins d'un an
- B) Entre un et deux ans
- C) Entre deux et trois ans
- D) Entre trois et cinq ans
- E) Plus de cinq ans
26. Combien d'années avez-vous exercé votre métier  
de façon continue avant de prendre votre retraite?  
  ans.

27. Parmi les facteurs suivants, quels sont ceux qui vous ont incitée à prendre votre retraite?

- A) Je ressentais une grande fatigue et mon état de santé diminuait.
- B) Je devais prendre soin d'une personne malade.
- C) Je voulais être à la retraite en même temps que mon conjoint.
- D) Je voulais prendre ma retraite
- E) Autre (spécifiez) \_\_\_\_\_

28. Si vous avez pris votre retraite volontairement l'avez-vous planifiée?

Oui\_\_\_\_\_ Non\_\_\_\_\_

29. Si oui, quels moyens avez-vous utilisés?

- A) J'ai lu sur le sujet.
- B) J'ai suivi des cours de préparation à la retraite.
- C) J'ai parlé à des personnes retraitées.
- D) J'ai regardé quelques émissions à la télévision sur le sujet.
- E) Autre (spécifiez) \_\_\_\_\_

30. Votre conjoint est-il à la retraite?

Oui\_\_\_\_\_ Non\_\_\_\_\_

31. S'il est à la retraite, depuis combien de temps?

- A) Moins d'un an
- B) Entre un et deux ans
- C) Entre deux et trois ans
- D) Entre trois et cinq ans
- E) Plus de cinq ans

32. Votre estimation de vos revenus avant la retraite est-elle:

- A) Très au-dessus de la moyenne
- B) Au-dessus de la moyenne
- C) Dans la moyenne
- D) En-dessous de la moyenne
- E) Très en-dessous de la moyenne

#### **État de santé**

33. Par rapport aux gens de votre âge, comment évaluez-vous votre état de santé actuel?

- A) Excellent
- B) Très bon
- C) Bon
- D) Passable
- E) Mauvais

34. Si vous avez des problèmes de santé, vous occasionnent-ils de la douleur et de l'inconfort?

- A) Pas du tout
- B) Un peu
- C) Passablement
- D) Énormément
- E) Insupportable

35. Si vous éprouvez de la douleur et de l'inconfort, à quelle fréquence se manifestent-ils?

- A) Quelques heures par mois
- B) Quelques heures par semaine
- C) Plusieurs heures par semaine
- D) 24 heures par jour

36. Depuis combien de temps souffrez-vous des problèmes de santé que vous avez actuellement? An  s  mois

37. Devez vous prendre des médicaments pour vos problèmes de santé?

Oui \_\_\_\_\_ Non \_\_\_\_\_

38. Ces médicaments soulagent-ils vos problèmes de santé?

- A) Absolument
- B) Moyennement
- C) Peu
- D) Pas du tout

39. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous consulté un spécialiste de la santé?

Oui \_\_\_\_\_ Non \_\_\_\_\_

40. Si oui, combien fois?

- A) 1 à 2 fois
- B) 3 à 9 fois
- C) 10 ou plus

41. Votre état de santé vous empêche-t-il de faire autant de bénévolat que vous ne le voudriez?

Oui \_\_\_\_\_ Non \_\_\_\_\_

### **BÉNÉVOLAT**

42. Quel est, parmi les motifs ci-dessous, celui qui exprime le mieux votre motivation à faire du bénévolat?

Vous ne cochez ( ) qu'une affirmation ( et vous soulignez cette dernière phrase).

- A) Je veux occuper mon temps (moyen de désennui).
- B) Je veux me rendre utile.
- C) Je veux rencontrer des gens.
- D) Je veux me sentir importante aux yeux des autres.
- E) Je veux acquérir de nouvelles connaissances.
- F) Je veux développer de nouveaux talents ou aptitudes.

G) Je veux rendre service à des gens démunis.

43. Parmi les événements, lesquels vous ont incitée à vous engager dans l'action bénévole?

- |                                       | OUI                      | NON                      |
|---------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| A) Le départ des enfants              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| B) La perte du conjoint               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| C) La perte d'emploi (votre retraite) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| D) La retraite du conjoint            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

44. Au cours de votre vie, avez-vous toujours été active dans le domaine du bénévolat?

OUI\_\_\_\_\_ NON\_\_\_\_\_

45. En moyenne, combien de journée(s) par semaine consacrez-vous au bénévolat?

Du lundi au vendredi

- |           |                          |      |
|-----------|--------------------------|------|
| A) Une    | <input type="checkbox"/> | (68) |
| B) Deux   | <input type="checkbox"/> |      |
| C) Trois  | <input type="checkbox"/> |      |
| D) Quatre | <input type="checkbox"/> |      |
| E) Cinq   | <input type="checkbox"/> |      |

En fin de semaine

- |                 |                          |
|-----------------|--------------------------|
| A) Samedi       | <input type="checkbox"/> |
| B) Dimanche     | <input type="checkbox"/> |
| C) Sam. et dim. | <input type="checkbox"/> |

46. En moyenne, combien d'heure(s) consacrez-vous à chaque fois que vous faites du bénévolat?

- A) Une heure.
- B) Deux (2) heures
- C) Trois (3) heures
- D) Quatre (4) heures
- E) Plus de cinq (5) heures

47. Pour vous, le bénévolat représente-t-il un loisir?

OUI \_\_\_\_\_ NON \_\_\_\_\_

48. Justifiez votre réponse: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

49. Habituellement quel moyen de transport utilisez-vous pour vous rendre à votre lieu d'action bénévole?

- A) Automobile
- B) autobus
- C) co-voiturage
- D) Taxi
- E) Marche

50. Vous arrive-t-il d'avoir des problèmes de transport?

Oui \_\_\_\_\_ Non \_\_\_\_\_

51. Quelle est la distance approximative entre votre résidence et votre milieu d'action bénévole?

- A) Moins de 5 km
- B) 5 - 9 km
- C) 10-14 km
- D) 15 et plus

52. A part la distance, y a t-il d'autres facteurs qui vous empêchent de faire du bénévolat aussi souvent que vous ne le souhaiteriez?

Oui \_\_\_\_\_ Non \_\_\_\_\_

53. Si oui, lesquels: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

54. Indiquez, par ordre de priorité, la liste de vos cinq activités de loisir préférées (ceci inclut toutes vos activités faites dans votre temps libre et non seulement les activités physiques, sportives et culturelles).

- 1) \_\_\_\_\_
- 2) \_\_\_\_\_
- 3) \_\_\_\_\_
- 4) \_\_\_\_\_
- 5) \_\_\_\_\_

55. Si vous aviez l'opportunité de faire plus d'heures de bénévolat, cela vous rendrait-il plus heureuse?

OUI \_\_\_\_\_ NON \_\_\_\_\_

56) Quel est le revenu approximatif de votre ménage  
(tous les gens habitant dans la résidence que  
vous occupez)?

- A) Moins de 10 000
- B) 10 000 à 14 999
- C) 15 000 à 19 999
- D) 20 000 à 24 999
- E) 25 000 à 29 999
- F) 30 000 à 34 999
- G) 35 000 à 39 999
- H) 40 000 et plus

## INDICE DE SATISFACTION DE VIE

Voici une liste comprenant vingt (20) énoncés portant sur des sentiments que les gens peuvent avoir au sujet de la vie en général.

Nous vous prions de lire attentivement chacun de ces énoncés et de nous indiquer si vous êtes d'accord ou en désaccord avec lui.

Si vous êtes d'accord, encercler le chiffre un; si vous êtes en désaccord, encercler le chiffre 2 à droite de l'énoncé. Advenant le cas où vous vous sentez incapable de vous prononcer pour ou contre l'énoncé, encercler le chiffre 3 à droite de l'énoncé.

1 D'ACCORD	2 EN DÉSACCORD	3 JE NE SAIS PAS
---------------	-------------------	---------------------

1.	Je suis aussi heureuse maintenant que lorsque j'étais plus jeune.	1	2	3	(1)
2.	Je ressens mon âge mais ça ne me dérange pas.	1	2	3	(20)
3.	Même si je le pouvais, je ne changerais pas mon passé.	1	2	3	(14)
4.	Je considère que j'ai eu plus de chance dans la vie que la plupart des gens que je connais.	1	2	3	(18)
5.	En vieillissant, les choses me semblent meilleures que ce que je pensais qu'elles seraient.	1	2	3	(10)
6.	Je vis actuellement les plus belles années de ma vie.	1	2	3	(2)
7.	J'ai obtenu pas mal tout ce que j'attendais de la vie.	1	2	3	(15)
8.	Quand je repense à ma vie passée, je n'ai pu obtenir la plupart des choses qui me semblaient importantes.	1	2	3	(16)

1 D'ACCORD	2 EN DÉSACCORD	3 JE NE SAIS PAS	
9. Je pourrais avoir une vie plus agréable qu'elle ne l'est actuellement.	1	2	3
10. Comparée aux gens de mon âge, j'ai pris un paquet de décisions ridicules au cours de ma vie.	1	2	3
11. Comparée aux autres personnes de mon âge, j'ai une belle apparence.	1	2	3
12. Malgré ce que les gens disent, le sort du monde ordinaire va en empirant plutôt qu'en s'améliorant.	1	2	3
13. La plupart des choses que je fais sont plates ou monotones.	1	2	3
14. Les choses que je fais maintenant sont aussi intéressantes que celles que je faisais avant.	1	2	3
15. Comparée aux autres, je broie du noir trop souvent.	1	2	3
16. J'ai fait des plans pour des choses que je vais faire le mois prochain ou même l'an prochain.	1	2	3
17. Je vis présentement la période la plus ennuyante de ma vie.	1	2	3
18. Je crois qu'il va m'arriver des choses intéressantes dans le futur.	1	2	3
19. Quand je me penche sur mon passé, j'en suis bien satisfaite.	1	2	3
20. Je me sens vieille et fatiguée.	1	2	3

## APPENDICE C

### Résultats des instruments de mesure

### Résultats de l'indice de satisfaction de vivre

Dimensions	Moyenne	Écart-type	Résultat minimum	Résultat maximum
Satisfaction de vivre	29.39	5.59	14.00	39.00
Humeur	9.33	2.27	2.00	12.00
Goût de vivre	9.02	2.39	0	12.00
Congruence entre les buts fixés et les buts atteints	4.54	1.77	0	6.00
Courage et fermeté	3.27	1.42	0	6.00
Concept de soi	3.21	0.98	0	4.00

### Résultats du questionnaire de l'autonomie psychologique

<b>Dimensions et facteurs</b>	<b>moyenne</b>	<b>Écart-type</b>	<b>Résultat minimum</b>	<b>Résultat maximum</b>
<b>Autonomie psychologique</b>	<b>115.75</b>	<b>9.59</b>	<b>83.00</b>	<b>140.00</b>
<b>Contrôle décisionnel</b>	<b>57.73</b>	<b>5.67</b>	<b>38.00</b>	<b>70.00</b>
<b>Contrôle Comportemental</b>	<b>58.01</b>	<b>4.86</b>	<b>42.00</b>	<b>70.00</b>
<b>Dynamique de l'individu</b>	<b>50.06</b>	<b>4.71</b>	<b>34.00</b>	<b>60.00</b>
a) perception de soi	16.35	1.93	11.00	20.00
b) Ressenti intérieur	16.24	2.08	12.00	20.00
c) Motivation	17.47	1.94	11.00	20.00
<b>Capacités</b>	<b>49.20</b>	<b>5.16</b>	<b>29.00</b>	<b>60.00</b>
a) physiques	16.47	2.45	8.00	20.00
b) cognitives	16.43	2.20	10.00	20.00
c) sociales	16.28	2.18	10.00	20.00
<b>Intégration sociale</b>	<b>16.48</b>	<b>1.76</b>	<b>7.00</b>	<b>20.00</b>

## APPENDICE D

### Les dimensions de l'indice de satisfaction de vivre

### Dimensions de la satisfaction de vivre

Neugarten et al. (1961) mentionnent qu'une personne sera considérée au pôle positif du bien-être dans la mesure où elle:

.Prend plaisir dans la routine d'activités quotidiennes qui constituent chacune de ses journées, l'outil mesure donc l'attitude de l'individu par rapport à ses activités quotidiennes.

.Regarde sa vie comme pleine de sens et accepte résolument ce que sa vie a été, l'outil mesure donc la façon dont l'individu a assumé les divers événements de sa vie.

.Considère qu'elle a réussi dans l'accomplissement de ses buts principaux, l'outil mesure donc le bilan que la personne a fait de son existence passée et actuelle en fonction de ses aspirations antérieures (congruence entre les buts fixés et les buts atteints).

.A une image positive d'elle-même l'outil mesure donc l'image que la personne a d'elle-même.

.Conserve une humeur joyeuse et une attitude optimiste l'outil mesure donc l'optimisme et la bonne humeur.

## APPENDICE E

### Évaluation objective et subjective de la santé et du revenu

<b>LA VARIABLE SANTE</b>	
<b>Thèmes objectifs</b>	<b>Questions objectives</b>
1- <u>Présence de la douleur</u>	Si vous avez des problèmes de santé, vous occasionnent-ils de la douleur et de l'inconfort?
2.- <u>Fréquence de la douleur</u>	Si vous éprouvez de la douleur et de l'inconfort, à quelle fréquence se manifestent-ils?
3- <u>Moment d'apparition de la douleur</u>	Depuis combien de temps souffrez-vous des problèmes de santé que vous avez actuellement?
4- <u>Consommation de médicaments</u>	Devez-vous prendre des médicaments pour vos problèmes de santé?
5- <u>Soulagement des médicaments</u>	Ces médicaments soulagent-ils vos problèmes de santé?
6- <u>Consultation auprès d'un spécialiste de la santé</u>	<p>6-a) Au cours des 12 derniers mois, avez-vous consulté un spécialiste de la santé?</p> <p>6-b) Si oui, combien de fois?</p>

**VARIABLE REVENU**

<b>Question subjective</b>	<b>Question objective</b>
<p>-Votre estimation de vos revenus avant la retraite est-elle:</p> <p>A) Très au-dessus de la moyenne B) Au-dessus de la moyenne C) Dans la moyenne D) En-dessous de la moyenne E) Très en-dessous de la moyenne</p>	<p>Quel est le revenu approximatif de votre ménage (tous les gens habitant dans la résidence que vous occupez)?</p> <p>A) Moins de 10 000 \$ B) 10 000\$ à 14 999\$ C) 15 000\$ à 19 999\$ D) 20 000\$ à 24 999\$ E) 25 000\$ à 29 999\$ F) 30 000\$ à 39 999\$ G) 40 000 \$ et plus</p>

## APPENDICE F

### Bibliographie

### Bibliographie

- Attias-Donfut, C. Renault, S. & Rozenkier, A. (1989). *Passages de la vie active à la retraite*. Paris. P.U.F.
- Bedini, L.A. & Guinan, D., M. (1996). If I could just be selfish...": caregivers' perceptions of their entitlement to leisure. *Leisure Sciences*, 18:227-239.
- Bélanger, L. & Delisle, M-A. (1985). Les relations entre les activités obligatoires, les loisirs, la satisfaction de vivre et l'ennui dans un groupe de personnes âgées. *Loisir et Société*.
- Bureau de la Statistique du Québec (1991). *Le vieillissement démographique et les personnes âgées au Québec*.
- Bureau de la Statistique du Québec (1996). *Le vieillissement démographique et les personnes âgées au Québec*.
- Brault, M-M. T. (1990). *Entraide et associations*. Institut québécois de recherche sur la culture.
- Brault, M-M T. (1990). *Le travail bénévole à la retraite*. Institut québécois de recherche sur la culture.
- Brennan, B. (1987). *Les aînés et le bénévolat : un profil tiré de l'enquête sur le bénévolat*. Ottawa, Multiculturalisme et citoyenneté Canada, direction de soutien aux organismes communautaires, 1989.
- Caltabiano, M-L. (1995). Main and stress-moderating health benefits of leisure. *Loisir et Société*, Vol 18, No. 1.
- Carette, J. (1994). *La retraite des baby boomers..* Guérin ville universitaire.
- Carette, J. (1992). *Manuel de gérontologie sociale 1*. Gaétan Morin éditeur.
- Carette, J. (1992). *Manuel de gérontologie sociale 2*. Gaétan Morin éditeur.

- Chambré, Susan M. (1993). Volunteerism by Elders: Past trends and future prospects. *The Gerontological Society of America*, Vol. 33, No.2. 2, 221-228.
- Champagne, R., Ladouceur, P., Ravinel, H. & Stryckman, J. (1992). *La vieillesse: voie d'évitement ou voie d'avenir? Le vieillissement et la santé mentale*. Gaétan Morin éditeur.
- Christopher, J., A. & Case, A.J. (1997). Social exchange processes in leisure and non-leisure settings: a review and exploratory investigation. *Journal of Leisure Research*, Vol. 29, No. 2, pp. 183-200.
- Coleman, D. & Seppo E. Iso-Ahola. 1993. Leisure and health : the role of social support and self-determination. *Journal of Leisure Research*, Vol. 25, No.2.
- Conseil des aînés. (1997). *La réalité des aînés québécois*. Gouvernement du Québec.
- Côté, Gauthier, S. (1998). L'engagement social et le dynamisme d'une association. *Le Gérontophile*, Vol. 20, No 1, pp. 19-21.
- Côté, M. & Chamberland, C. (1991). Participation du père aux tâches éducatives et ménagères dans les familles à deux revenus. *Revue québécoise de psychologie*, Vol. 12 no.2.
- Côté, L., Lapan, B.; Hallé, A.L. (1996). *Modèle normatif d'animation-loisir en centre d'hébergement pour la création d'un milieu de vie animé*. Centre de formation et de recherche de la F.Q.L.I.
- Csikszentmihalyi, M. et Graef, R. (1980). The experience of freedom in daily life, *American Journal of Community Psychology*, 8, 401-414.
- Cumming, C. & Henry, W.E. (1961). *Growing Old:the process of disengagement*. New York, Basic Books : Basic Books.
- Cutler, N.E. (1979). Age variations in the dimensionality of life satisfaction. *Journal of Gerontology*, 34, 573-578.

- Deci, E.L. et Ryan, R.M. (1987). The support of autonomy and the control of behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53, 1024-1037.
- Delisle, M-A. & Ouellet, H. (1996). Recherche sur la participation sociale et le recours aux services : principaux faits saillants. *Université Laval, Qc.*
- Delisle, M. A. ; Bélanger, L. ; Fournier, R. (1983). *Le temps des vieux, études sur l'aménagement du temps et les loisirs des personnes âgées..* Laboratoire de gérontologie sociale. Faculté des Sciences Sociales, Université Laval, deuxième édition, Qc.
- Delisle, M. A. (1982). Loisir et structuration du temps chez les personnes âgées. *Loisir et Société*, 5(2), 387-413.
- Delisle, M-A. & Bélanger, L. (1979). Les relations entre les activités obligatoires, les loisirs, la satisfaction de vivre et l'ennui dans un groupe de personnes âgées. *Loisir et Société*.
- Delisle, M-A. (1992). *Un âge à dorser*. Québec: La liberté inc.
- Deren, J., M. & Hayes, C. L. (1990). *Pre-retirement planning for women*. Program Design and research. Springer Publishing Company, New-York: Springer publishing.
- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95, 542-575.
- Deschamps, C. (1998). Le devenir des centres communautaires pour aînés : enjeux et perspectives. *Le Gérontophile*, Vol. 20, No 1, pp. 15-17.
- Dorion, M., Fleury ; F & Leclerc, D.P. (1998). Que deviennent les nouveaux retraités de l'état. *Le Gérontophile*, Vol. 20, No 1, pp. 7-8.
- Dowling, C. (1988). *Le complexe de la superwoman*. Édition originale américaine Perfect women.
- Dubé, M. (1994). Notes de cours, Psychopathologie du vieillissement. Université du Québec à Trois-Rivières.

- Dubé, M. et Lalande, G. (1991). *Le maintien et le développement de l'autonomie des personnes âgées et très âgées : Étude des facteurs psychologiques associés, recommandations et projets d'intervention. Rapport au Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec et au C.R.S.S.S.04.*
- Dubé, M. et Lamy, L. (1990). *L'autonomie psychologique des personnes âgées. Communication au quatrième congrès international francophone de gérontologie, Montréal.*
- Ducharme, F. (1993). Santé et satisfaction maritale, deux dimensions de la qualité de vie des conjoints âgés. *Le gérontophile, Vol.15, No 4.* pp.23 à 27.
- Dumazedier, J. (1974). *Sociologie empirique du loisir.* Paris: Éd. du Seuil.
- Dupuis, S. L. & Bryan, J.A. (1995). An examination of relationship between psychological, well-being and depression and leisure activity participation among older adults. *Loisir et société, Vol 18, No.1* pp. 67-92.
- Edwards, N.J. et Klemmack, D.L. (1973). Correlates of life satisfaction: A re-examination. *Journal of Gerontology, 28,* 497-502.
- Fédération Québécoise du Loisir en Institution. (1995). Association des services de loisir en institution région de Québec. Mémoire de la Fédération Québécoise du Loisir en Institution. Audiences publiques de la régie Régionale de la Santé et des Services Sociaux de Québec.
- Gauthier, H. & Duchesne, L. (1991). *Le vieillissement démographique et les personnes âgées au Québec.* Les Publications du Québec.
- Guay, J. (1984). *L'intervenant professionnel face à l'aide naturelle.* Boucherville: Gaétan Morin, Editios Eska S.A.R.L.
- Guenette, M. (1989). Les femmes et la retraite. *Le Bel Âge, 2,* 27 - 33.
- Guillemart, A.-M. (1972). La retraite, une mort sociale. *Paris: Mouton .*

Grau, L., PhD, RN in collaboration with Ida Susser, PhD, (1988). *Women in the later years*. Health, social, and cultural perspectives, the Haworth Press, New-York, London.

Havighurst, R.J. & Albrecht, R. (1953). *Older people*. New York, Longman Green.

Henderson, K. A. & Allen, K. R. (1991). The ethic of care : leisure possibilities and constraints for women. *Loisir et Société*, Vol. 14 , No. 1, pp. 97-113.

Hogue-Charlebois, M. (1998). Une retraite à la mesure de l'estime de soi, de la maturité, de la solidarité. *Le Gérontophile*, Vol. 20, No 1, pp. 17-22.

Iso-Ahola, S. E. & Park, C., J. (1996). Leisure-related social support and self-determination as buffers of stress-illness relationship. *Journal of Leisure Research*, Vol. 28 , No. 3 pp. 169-187.

Iso-Ahola, S., E. & Coleman, D. (1993). Leisure and health: the role of social support and self-determination. *Journal of Leisure Research*, Vol 25, No. 2, pp. 111-128.

Jackson, E. L. (1993). Recognizing patterns of leisure constraints: results from alternative analyses. *Journal of Leisure Research*. Vol. 25, No. 2, pp. 129-149.

Kelly, J.R. (1982). Leisure in later life : roles and identities. In N.J. Osgood (Ed.), Life after Work: *Retirement, Leisure, Recreation and the Elderly*. New York : Praeger Press.

Kelly, J.R. et Ross, J.E. (1989). Later-life leisure : Beginning a new agenda. *Leisure Science*, 11,47-59.

Kosma, A., Stones, M.J. et Mcneil, j.K. (1991). *Psychological well-being in later life*. Toronto : Butterworths.

Kyriakos S. M. Phd & Harry, W. M. phd, (1979). A causal model of life satisfaction among the elderly. *Journal of Gerontology*, Vol 34, No. 1, pp. 86-93.

Laberge, S. (1992). Pratique d'activités physiques et sportives chez les femmes sur le marché du travail et au foyer: des conditions d'existences qui font la différence. *Loisir et Société: Society and leisure*, 15,1, pp. 245-271.

- Lachance, G. (1990). *Nouvelles images de la vieillesse, une étude de la presse âgée au Québec*. Institut québécois de recherche sur la culture, 138 pages.
- Laforest, J. (1998). La vieillesse : une période de croissance. *Le gérontophile*; Vol 20, No 3, pp 23-26.
- Lawton, M.P. (1983). Environment and other determinants of well-being in older adults. *The Gerontologist*, 23, 349-357.
- Lesemann, F. (1998). Les << nouveaux retraités >> : entre l'allongement de l'espérance de vie et le raccourcissement de la vie de travail. *Le Gérontophile*, vol. 20, No 1, pp. 3-6.
- Maheu, C. (1986). Schéma de l'état de retraite. *La retraite? essai de définition*. Les publications du Québec, Collection étude et recherche No 2, p. 96.
- Mancini, J.A. et Orthner, D.K. (1980). Situational influences of leisure satisfaction and morale in old age. *Journal of American Geriatrics Society*, 28,466-471.
- Marquette, R. (1998). Les association d'aînés : d'hier à demain. *Le Gérontophile*, vol. 20, No 1, pp. 9-13
- Markides, K.S. et Cooper, C.L. (1980). *Aging, Stress and Health*. Chichester : John Wiley et Son.
- Martin, R. & Knapp., J. (1979). predicting the dimensions of life satisfaction. *Journal of Gerontology*, Vol. 31, No 5., pp.595-604.
- Mcneil, J.K., Stones, M.J. et Kosma, A. (1986). Subjective well-being in later life: Issues concerning measurement and prediction. *Social Indicators Research*, 18,35-70.
- Mounir, G. & Griffith, C. A. (1982). The contribution of leisure participation and leisure satisfaction to life satisfaction of older persons. *Journal of Leisure Research, Fourth Quarter*, Vol 14, No. 4, pp. 295-306.
- Neugarten, B.L., Havighurst, R.J. et Tobin, S.S. (1961). *The measurement of life satisfaction*. *Journal of Gerontology*, 16, 134-143.

- Okun, M.A. et Stock, W.A. (1987). The construct validity of subjective well-being measures: An assessment via quantitative synthesis. *Journal of Community Psychology*, 5, 481-492.
- Okun, M.A. Stock, W.A., Haring, M.J. et Witter, R.A. (1984). The social activity/well-being relation. *Research on Aging*, 6, 45-65.
- Palmore, E. et Luickart, C. (1972). Health and social factors related to life satisfaction. *Journal of Health and Social Behavior*, 13, 68-80.
- Pedlar, A., Dupuis, S. & Gilbert, A. (1996). Resumption of role status through leisure in later life. *Leisure sciences*, 18: 259-76.
- Pitaud, P. (1983). *La retraite au féminin, le passage de l'activité à l'inactivité professionnelle*. Paris : Horay.
- Plamondon, L; Plamondon, G. & Carette, J. (1984). *La retraite à quatre temps dans les enjeux après 50 ans*. pp 41-78. Paris: Lafond.
- Plamondon, G. & Plamondon, L. (1982). Les éléments de la crise de la retraite dans M. Aumond (Ed.), *Éléments de gérontologie*. pp 201-222. Ottawa: Aumond.
- Pronovost, G. (1993). *Traité de sociologie empirique*. Loisir et Société, Presses de l'Université du Québec
- Quéniart, A. (1991). *Femmes et santé aspects psychosociaux*. Gaétan Morin éditeur ltée
- Ragheb, M. ; Griffith, C. (1989). The contribution of leisure participation and leisure satisfaction to life satisfaction of older person. *Journal of Leisure Research*, 4 ième trimestre, 295-305.
- Ragheb, M. ; Griffith, C.A. (1982). The contribution of leisure participation and leisure satisfaction to life satisfaction of older persons. *Journal of Leisure Research*, 14, 295-306.

Régie Régionale de la Santé et des Services Sociaux. (1997). *Suivi des répercussions de la transformation des Services de la Santé et des Services Sociaux sur l'utilisation des services et de la santé de la population.*

Riddick, C. C. (1985). Life satisfaction determinants of older males and females. *Leisure Sciences*, 7, 47-63.

Riddick, C. C. & Daniel S., N. (1984). The relative contribution of leisure activities and other factors to the mental health of older women. *Journal of Leisure Research, Second quarter, Vol 16*. No. 2, pp. 136-148.

Riddick, C. C. (1985). Life satisfaction determinants of older males and females. *Leisure Sciences, Vol. 7*. No. 1.

Rodrigue, C. (1998). La retraite progressive et la retraite anticipée. *Le Gérontophile, vol. 20*, No 1, pp. 13-15.

Rousseau, J., Denis, M-C, Dubé, M. & Beauchesne, M. (1995). L'activité, l'autonomie et le bien-être psychologique des personnes âgées. *Loisir et Société, vol 18*, No 1 pp. 93-122.

Rousseau, J.& Dubé, M. (1991). *Étude du réseau de support social du système de croyance et du milieu de vie comme déterminants du bien-être psychologique chez les personnes âgées.* Rapport de recherche au C.Q.R.S., Université du Québec à Trois-Rivières.

Roy, C. (1989). La gestion du temps des hommes et des femmes, des actifs et des inactifs. Plus de contraintes professionnelles pour les uns, plus de contraintes domestiques pour les autres. *Économie et statistique*, 223.

Roy, Jacques, Vézina, A. & Cliche, A. (1996). *Les aînés et les solidarités dans leur milieu : L'envers du mythe*, Sainte-Foy, Université Laval Qc., Centre de recherche sur les services communautaires.

Shaw, S. M., (1988). The meaning of leisure in everyday life. *Leisure Sciences, Vol. 7*, No 1.

- Shaw, S. M. (1991). Research note: women's leisure time - using time budget data to examine current trends and future predictions. *Leisure studies* 10, 171-181.
- Statistique Canada. (1993). Les aînés de 75 ans et plus situation dans le ménage et mode de vie. *Tendances Sociales Canadiennes No. 30* pp. 23-29.
- Statistique Canada. (1997). Un portrait des aînés au Canada. *Deuxième édition : Projet des groupes cibles, No-89-519-XPF*.
- Trottier, M. (1998). Des retraités prématûrés et...La justice sociale. *Le Gérontophile, vol. 20*, No 1, pp. 1-2.
- Szinovacz, M. (1989). Les femmes et le vieillissement au travail. *American Gerontological Society*.
- Stones,M.J. & Kosma, A. (1987). Happiness and activities in later life : A propensity formulation. *Psychologie canadienne*, 30, 526-537.
- Vallerand, R.J. & O'connors, B.P. (1991). Construction et validation de l'Échelle de motivation des personnes âgées (EMPA). *Journal international de Psychologie*, Vol. 26, 219-240.
- Woodsworth, D. (1998). Les aînés. *Le Gérontophile, vol. 20*, No 1, pp. 3-8.