

UNIVERSITE DU QUÉBEC

MEMOIRE
PRESENTÉ A
L'UNIVERSITE DU QUÉBEC A TROIS-RIVIERES
COMME EXIGENCE PARTIELLE
DE LA MAÎTRISE EN PSYCHOLOGIE

PAR ANNIE POIRIER

LE BIEN-ETRE PSYCHOLOGIQUE ET LE RÉSEAU DE SUPPORT
DES PERSONNES ÂGÉES

DECEMBRE 1989

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.

Table des matières

Liste des tableaux	iv
Sommaire	vi
Introduction	1
Chapitre premier - Bien-être psychologique et réseau de support	5
Le bien-être psychologique et l'âgé	6
Le réseau de support social et l'âgé	35
Hypothèses	53
Chapitre II - Méthodologie	55
Circonstances entourant la création de ce projet	56
Choix des sujets	58
Choix des expérimentateurs	60
Déroulement de l'expérience	61
Instruments utilisés	63
Chapitre III - Analyse des résultats	78
Méthodes d'analyse	79
Présentation des résultats	80
Analyses secondaires	87
Interprétation des résultats et discussion	89

Conclusion	98
Appendice A - Questionnaire des informations socio-démographiques	101
Appendice B - Echelle de Satisfaction de vivre de Salamon et Conte ..	103
Appendice C - Questionnaire de réseau de support social	109
Appendice D - Résultats individuels	115
Remerciements	120
Références	121

Liste des tableaux

1. Distribution des sujets en fonction de l'âge, du statut civil et du type d'habitation	60
2. Estimation de la fidélité pour l'échantillon dans la communauté	67
3. Estimation de la fidélité pour l'échantillon recevant des soins de santé	68
4. Analyse de regroupement d'items pour l'Échelle de satisfaction de vivre	70
5. Chi-carré de Yates, niveau de signification et corrélation du point bisérial pour les cinq sous-échelles de l'Échelle de satisfaction de vivre	71
6. ANOVA: Effets principaux des sous-échelles de l'Échelle de satisfaction de vivre	72
7. Moyennes et écart-types pour les sous-échelles de l'Échelle de satisfaction de vivre de Salamon et Conte	81
8. Coefficients de corrélation entre le score total à l'Échelle de satisfaction de vivre et les dimensions quantitative et qualitative de même qu'avec le score total au réseau de support social pour l'ensemble des sujets (N=60)	83
9. Coefficients de corrélation entre le score total à l'Échelle de satisfaction de vivre et les douze questions du réseau de support pour l'ensemble des sujets (N=60)	85

10. Corrélations entre les cinq sous-échelles de l'Échelle de satisfaction de vivre et les dimensions quantitative et qualitative du réseau de support social pour l'ensemble des sujets	86
11. Moyennes et écart-types de bien-être psychologique en fonction de la santé perçue	88
12. Moyennes et écart-types de bien-être psychologique en fonction de la sécurité financière perçue	88
13. Moyennes et écart-types de réseau de support social en fonction de la sécurité financière perçue	89
14. Résultats individuels (score total) pour l'Échelle de satisfaction de vivre de Salamon et Conte	116
15. Résultats individuels (score total) pour le réseau de support social	117
16. Résultats individuels pour la dimension quantitative du réseau de support social	118
17. Résultats individuels pour la dimension qualitative du réseau de support social	119

Sommaire

Le but de cette étude est de vérifier s'il existe une relation significative entre le réseau de support social et le bien-être psychologique des personnes âgées qui vivent en famille d'accueil.

L'échantillon se compose de 60 personnes âgées qui vivent en famille d'accueil. Parmi celles-ci, on compte 34 femmes et 26 hommes.

Trois questionnaires, administrés en une seule entrevue, ont permis de recueillir les informations nécessaires. Il s'agit d'un questionnaire de renseignements généraux et des deux questionnaires qui permettent d'évaluer les variables principales soit le bien-être psychologique et le réseau de support social. Une adaptation française de l'Échelle de satisfaction de vivre de Salamon et Conte (1982) sera utilisée pour mesurer le bien-être psychologique tandis que le réseau de support sera mesuré par un questionnaire original.

Les résultats laissent voir une relation significative entre ces deux variables, plus précisément entre la dimension qualitative du réseau de support et le bien-être psychologique.

Introduction

Considérée comme un devoir moral, la prise en charge des personnes âgées, des aînés, par la population active a été pratique courante à toutes les époques. Cependant, avec l'évolution de la société nord-américaine de consommation axée sur la performance, les aînés perdent peu à peu leur place privilégiée, car ils ne produisent pas et ne peuvent suivre ce rythme de vie. Ainsi en est-il de l'attention qui leur est portée. Alors qu'il y a à peine quelques décennies, la plupart des "vieux" finissaient tranquillement leurs jours dans la famille de leurs enfants, aujourd'hui ce phénomène se raréfie et disparaît. Même si leur perte d'autonomie est toujours considérée comme naturelle (liée au vieillissement), ces personnes deviennent un poids trop lourd pour les autres.

Les aînés savent de plus en plus ce qui les attend et s'y préparent parfois: le foyer ou la résidence d'accueil, la famille d'accueil ou l'hôpital. Bien entendu ces alternatives de placement constituent des endroits où la qualité de vie matérielle est généralement très bonne et les avantages nombreux: chambre meublée, repas servis, activités organisées, services infirmiers, psychologiques, église, etc.. Mais qu'en pensent réellement les personnes qui doivent y vivre ? Qu'en est-il de leur bonheur? C'est une des questions à laquelle les socio-gérontologues ont tenté de répondre depuis longtemps déjà (Adams, 1971; Bortner et Hultsch, 1970; Chatfield, 1977;

Edwards et Klemmack, 1973; Knapp, 1976; Larson, 1978; Lemon et al., 1972; Markides et Martin, 1979).

Cette recherche s'intéresse justement à la qualité de vie des personnes âgées qui ne vivent plus chez elle, qualité de vie non comprise comme découlant uniquement des facteurs de l'environnement (logement, revenu et autres) mais définie d'abord comme bien-être psychologique. Globalement, le bien-être psychologique réfère à un état d'esprit qui comprend des sentiments de joie, de contentement et de satisfaction par rapport à soi, à son passé, à sa situation présente et à son avenir; ce concept est fréquemment utilisé d'un manière interchangeable avec des termes comme "bonheur", "moral" et "satisfaction de vivre".

Le bien-être psychologique et les facteurs qui peuvent l'influencer, plus spécifiquement le réseau social, sont deux aspects particulièrement étudiés chez les personnes âgées. Nous allons d'abord examiner le bien-être psychologique. Comment se définit-il et comment se mesure-t-il auprès d'une population âgée?

Par la suite nous étudierons le réseau de support social. Ce réseau qui se transforme continuellement au fil d'une vie, prend-il une tangente spécifique au troisième âge? Il est aussi possible de se demander quelle est l'importance de la famille, des amis et des autres participants du réseau social.

D'une manière opérationnelle, l'objectif de cette étude consiste à vérifier l'existence d'un lien entre le réseau de support social et le bien-être psychologique des personnes âgées.

La revue des différentes sources de recherches disponibles nous a permis de découvrir plusieurs études utilisant ces deux variables. L'analyse de cette interaction demande donc une étude approfondie des écrits scientifiques afin de bien cerner chacune d'entre elle.

Afin de mesurer ces variables, trois questionnaires, administrés en une seule entrevue, ont permis de recueillir les informations socio-démographiques (âge, sexe, revenu, etc.), d'évaluer le bien-être psychologique et le réseau de support social.

Les pages suivantes présentent dans un premier chapitre les principaux concepts et les conclusions des recherches qui touchent au bien-être psychologique et au réseau de support social. Suivra une présentation de l'hypothèse les concernant. Le deuxième chapitre est consacré à la méthodologie. Les dimensions suivantes y seront développées: circonstances entourant la création de ce projet, choix des sujets, choix des expérimentateurs, déroulement de l'expérience et instruments utilisés. Finalement, le troisième chapitre porte sur l'analyse des résultats et la discussion.

Chapitre premier

Bien-être psychologique et réseau de support social

Ce chapitre situe la présente étude dans son contexte théorique. La première section expose la notion de bien-être psychologique tandis que la seconde définit la notion de réseau de support social. Dans chacune de ces parties, le concept sera traité d'une manière générale pour ensuite être appliqué à une population de personnes âgées.

Le bien-être psychologique et l'âge

Nous allons d'abord tenter de préciser la notion générale de bien-être psychologique en retracant son évolution dans les écrits scientifiques. Puis, nous essaierons de mieux comprendre l'étendue de ce concept avec l'aide des principales théories du bonheur connues en psychologie. Nous tenterons aussi de montrer les conséquences de l'application de ce concept à une population spécifique comme les personnes âgées. Par la suite nous présenterons les principales échelles servant à le mesurer (pour une population générale et pour les personnes âgées). Enfin nous résumerons les principaux résultats des recherches utilisant ce concept.

Historique de la notion de bien-être

A travers l'histoire, les philosophes ont considéré le bonheur comme la plus grande richesse humaine. Mais, le bonheur questionne et interroge autant les gens ordinaires que les scientifiques.

Le mot bonheur provient du latin "bonus augurium" qui signifie "bon présage". Transformé au fil des siècles par un usage quotidien, le dictionnaire Robert le définit comme: "Un état de la conscience parfaitement satisfaite".(1981, p.198). Il existe d'excellentes revues de littérature sur l'histoire et la philosophie du bonheur et des autres termes qui y sont reliés (Chekola, 1975; Culberson, 1977; Jones, 1953; Tatarkiewicz, 1976; Wessman, 1957; Wilson, 1960).

Alors que la philosophie et la religion avaient donné au bonheur un caractère métaphysique et spirituel, les psychologues et sociologues, de leur côté, ont essayé de trouver de nouvelles expressions pour parler du bonheur en des termes plus opérationnels. Ainsi, des vocables comme qualité de vie, satisfaction de vivre, moral, affect positif et bien-être apparaissent dans les écrits scientifiques. Souvent considérés comme des synonymes du mot bonheur, chacun de ces termes propose toutefois une définition différente.

Le début des années cinquante marque le démarrage des recherches empiriques pour mesurer ce concept aussi large que difficile à cerner: le bonheur. A cette époque, c'est surtout en gérontologie que les recherches se concentrent. L'évaluation du bonheur chez une clientèle spécifique pose cependant des problèmes particuliers. Il est donc nécessaire, dans un premier temps, de comprendre le concept de bien-être psychologique d'une manière plus générale.

Dès les premières études sur ce sujet, il est supposé que l'environnement a un impact considérable sur la manière de vivre sa vie. Le principal postulat de base est que, dans un environnement favorable, une personne sera heureuse. Mais ce vaste concept qu'on désigne "qualité de vie" nécessite des indicateurs concrets afin de le mesurer. Dès le départ, deux dimensions, à la fois opposées et complémentaires, sont incluses dans la notion de bien-être ou qualité de vie, l'une objective, l'autre subjective (Rousseau, 1988).

La dimension objective fait référence au niveau de vie, ou plus généralement aux conditions de vie et comporte de nombreux indicateurs comme le revenu personnel moyen, le taux de chômage, le taux de criminalité ou l'état de santé d'une population. Cette approche, dite des indicateurs sociaux, intéresse principalement les sociologues parce qu'elle permet d'évaluer l'état de développement d'une société et rend possible les comparaisons entre les différentes sociétés ou entre les sous-groupes au sein d'une même société (Dalkey *et al.*, 1972; Andrews et Withey, 1976).

Mais la qualité de vie n'est pas un concept applicable uniquement aux sociétés et aux groupes. Au niveau individuel, l'approche dite objective permet d'examiner les conditions de vie personnelle comme le type de résidence, l'éducation reçue, la richesse, la santé, les loisirs, le travail ou les libertés civiles garanties à chacun. Le bien-être d'une personne s'évalue alors

en comparant les conditions de vie d'un individu aux conditions moyennes ou normales observées dans une société donnée.

La dimension subjective, quant à elle, découle d'une approche psychologique. De la même manière que pour la dimension objective, des indicateurs permettent d'évaluer la qualité de vie, en étudiant, cette fois, les réactions subjectives de l'individu face à ses expériences de vie. Le bien-être subjectif peut être évalué face à la vie en général ou à l'intérieur de domaines de vie précis comme le travail, la santé ou les loisirs. Souvent le bien-être subjectif est associé à la notion de satisfaction parce que la satisfaction réfère à un jugement global de la qualité de vie d'une personne. La satisfaction est basée sur une comparaison entre les aspirations et les conditions actuelles, ou entre les aspirations et l'atteinte des buts fixés. Ainsi, une personne dans des circonstances désavantageuses peut rapporter plus de bien-être qu'une personne dans de meilleures conditions parce que le niveau d'aspiration de la première est bas, tandis que celui de la seconde est plus élevé (Mc Kennell et Andrews, 1983).

Bradburn (1969) a beaucoup contribué à définir cette dimension subjective. Sous l'appellation de bien-être psychologique, il propose une vision plus affective, plus émotionnelle que celle qu'offre la sociologie. Pour Bradburn, le bien-être psychologique doit être indépendant des conditions de vie ou de l'environnement. Il renvoie à des dimensions plus intérieures, telles le sentiment de compétence, l'estime de soi, les relations affectives et plus

généralement l'optimisme et le bonheur. A la suite d'études préliminaires sur le bonheur (Bradburn et Caplovitz, 1965), il affirme dans sa théorie du bien-être psychologique que l'émotion négative et l'émotion positive sont quantitativement différentes l'une de l'autre, capables cependant de coexister dans un individu en même temps ou en alternant. Le bonheur pour Bradburn (1969) s'évalue par la prépondérance des affects positifs sur les affects négatifs.

En quelque sorte, cela signifie qu'il est impossible de concevoir le bien-être psychologique comme un continuum allant du pôle négatif au pôle positif. Selon lui, ces deux échelles sont indépendantes tout en étant interreliées. Ainsi, les personnes auraient deux ensembles de besoins; d'abord le besoin d'éviter ou de réduire les événements stressants ou désagréables, puis le besoin de promouvoir ou de rechercher les émotions et les expériences positives (Zautra et Goodhart, 1979). Comme pour la satisfaction, le concept de bien-être psychologique ou bonheur peut s'appliquer à la vie en général ou aux différents secteurs ou domaines de vie. Bradburn (1969), dans son échelle, évalue le bien-être psychologique d'une manière générale tandis qu'à sa suite Abbey et Andrews (1985) ont préféré l'appliquer à différents domaines de vie comme le travail, la santé ou les loisirs.

Ainsi, le concept de qualité de vie se précise. Deux dimensions composent la qualité de vie, une objective, l'autre subjective. La dimension

subjective est désignée comme le bien-être psychologique et c'est uniquement cette variable qui nous intéresse ici.

Le bien-être psychologique est généralement défini à partir de deux composantes, soit une composante émotionnelle et une composante cognitive. La composante émotionnelle ou affective consiste en l'évitemennt ou la réduction d'émotions négatives et la promotion ou la recherche d'émotions positives. La composante cognitive renvoie à l'évaluation, faite par l'individu, de sa vie, de lui-même et de son environnement. Elle s'associe à la satisfaction, car cette dernière provient d'un jugement sur soi, sur une situation donnée ou sur la vie en général (Neugarten *et al.*, 1961).

Les écrits scientifiques sont ambigus sur la question de savoir si ces deux composantes sont indépendantes, interrelées ou totalement unifiées. Par exemple, Stock *et al.* (1986) proposent que le bien-être subjectif soit intégré à une théorie cognitive des émotions suggérant par le fait même que la composante affective doit procéder de la composante cognitive.

Mais, indépendamment de cette question, plusieurs études insistent sur l'utilité de distinguer ces deux composantes ou dimensions du bien-être psychologique: affect (positif et négatif) et cognition (Andrews et Mc Kennell, 1980; Bradburn, 1969; Mc Kennel et Andrews, 1980; Stock *et al.* 1986; Warr *et al.*, 1983).

Le bien-être psychologique en gérontologie

L'étude du bien-être psychologique des personnes âgées tire son origine de plusieurs courants de pensée qui se sont développés à la fin des années quarante.

Le premier est le besoin qu'éprouvent certains chercheurs de mettre à l'épreuve la théorie du désengagement social considérée alors comme l'explication la plus plausible de la baisse de l'activité des personnes âgées (Adams, 1969). L'intérêt des chercheurs se concentre sur le comportement manifeste. Ils s'intéressent aux critères sociaux de succès ou de compétence, en mesurant les niveaux d'activité et de participation sociale. Moins ceux-ci diffèrent des taux observés chez les personnes d'âge moyen, plus le bonheur est supposé être grand. Ces facteurs sont considérés comme déterminants pour la santé mentale et le bien-être psychologique.

Un exemple de cette approche est la sous-échelle "Activités" qui évalue le nombre d'activités et la participation des personnes âgées dans l'échelle "Your activities and your attitudes" (Cavan, Burgess, Havighurst et Goldhamer, 1949). Les niveaux d'activité et de participation sociale sont mesurés et combinés à une échelle d'attitudes, en l'occurrence la satisfaction dans différents domaines de vie. Cependant, même si cet exemple démontre d'un intérêt pour les attitudes, le total de cette échelle dépend en majeure partie du niveau d'activité (Neugarten *et al.*, 1961).

Cet exemple introduit justement ce qui constitue la seconde approche caractéristique des recherches en gérontologie. Moins comportementale, elle trouve son origine dans la composante cognitive de la théorie des attitudes. Des chercheurs pensent alors que le bonheur se découvre dans la mesure où notre attitude face à la vie et aux événements est positive (Cavan *et al.*, 1949; Havighurst, 1957). A leur suite, Cumming, Dean et Newell (1958) et Kutner, Faushel, Togo et Langer (1956) ont repris cette idée d'attitudes positives associées à des facteurs environnementaux et l'ont désignée sous le terme de moral. Le moral se réfère donc à une façon positive de considérer la vie et d'envisager le futur (Kozma et Stones, 1980; Lawton, 1975).

Enfin, le troisième courant se concentre sur le cadre de référence interne de la personne c'est-à-dire à l'évaluation que la personne fait de sa vie présente ou passée, sa satisfaction par rapport à elle-même, sa compétence, son bonheur. De cette manière, l'individu est le seul juge convenable de son bonheur. Pour Neugarten, Havighurst et Tobin (1961), qui s'intéressent aussi à l'adaptation des personnes âgées, voir la vie et envisager l'avenir d'une manière positive ne sont pas des éléments suffisants pour rendre quelqu'un heureux. Ils introduisent les dimensions de sens de la vie, de l'humeur, de bonheur et affirment:

Une personne sera considérée au pôle positif du bien-être dans la mesure où il ou elle: a) prend plaisir dans la routine d'activités quotidiennes qui constitue chacune de ses journées; b) regarde sa vie comme pleine de sens et accepte résolument ce que sa vie a été; c) ressent qu'il ou elle a réussi dans l'accomplissement de ses buts principaux; d) a une image positive de lui-même ou d'elle-même; et e) conserve une humeur joyeuse et une attitude optimiste. (p.137)

Au départ, l'objectif de Neugarten et al. (1961) était de démontrer qu'il est possible de mesurer la satisfaction de vivre des personnes âgées de la même manière que pour les plus jeunes. Mais, cette étude, qui utilisait un questionnaire général, le Life Satisfaction Index, n'a pas donné les résultats désirés. Ce qui semble démontrer qu'il existe des critères de bien-être psychologique propres aux personnes âgées.

Le principal aspect qui rend impossible l'utilisation d'une échelle générale avec les personnes âgées, c'est la dimension temporelle. La plupart des échelles générales sont ponctuelles et ne mesurent que le bien-être actuel. Les personnes âgées ont sans contredit vécu plus d'années qu'il ne leur en reste à vivre. De ce fait, la satisfaction face au passé doit avoir une place considérable. Il faut aussi considérer leur avenir, qui semble un bon indicateur de l'intérêt qu'ils portent à leur vie. Ainsi, le présent est important mais, pour des répondants âgés, il ne saurait à lui seul être un indicateur valable.

En résumé, il existe trois orientations dans la recherche récente au sujet du bien-être psychologique en gérontologie. D'abord, une approche cognitive, centrée sur le concept de moral qui désigne les attitudes face aux facteurs environnementaux de même qu'à une manière positive de considérer la vie et d'envisager le futur (Kozma et Stones, 1980; Lawton, 1975).

Puis, l'orientation centrée sur la satisfaction de vivre qui réfère à un jugement global de la qualité de vie d'une personne basée sur une comparaison entre les aspirations et les buts et la réalité actuelle ou passée. La satisfaction comporte donc également un élément cognitif et se rapporte davantage au passé (Campbell, Converse et Rogers, 1976; Shin et Johnson, 1978; Mc Kennell et Andrews, 1983).

Enfin, l'orientation centrée sur le bonheur, tel que défini par Bradburn (1969). Le bonheur est relié au domaine des émotions, de la spontanéité des affects, là où l'aspect cognitif n'a que peu d'importance. Le bonheur s'intéresse davantage au moment présent (Bradburn, 1969; Campbell, 1976; Diener, 1984; Kozma et Stones, 1980).

Mais la proximité de ces concepts et parfois leur définition trop imprécise, entraînent une certaine confusion, à un point tel que certains auteurs ont même suggéré un moratoire sur le développement de nouvelles mesures de satisfaction de vivre, de bonheur et de moral tant que ces concepts ne seront pas mieux définis (Horley, 1984).

Par contre, pour découvrir comment et pourquoi les individus en arrivent à évaluer leur vie d'une manière positive, il faut considérer à la fois les jugements cognitifs et les réactions affectives. Ainsi, plusieurs chercheurs conseillent l'élaboration d'une mesure globale du bien-être qu'on pourrait appeler la perception subjective du bien-être, et qui comprendrait ces deux dimensions importantes (Larson, 1978; Lohmann, 1979). Appuyant cette idée, Kozma et Stones (1980), Georges (1981) et Horley (1984) ont proposé de définir le bien-être subjectif comme un métaconcept large et abstrait opérationnalisé par des indicateurs concrets comme la satisfaction de vivre, le bonheur et le moral. Ces indicateurs rassemblent en effet les deux dimensions importantes dont il faut tenir compte dans toutes les recherches sur le bien-être psychologique soit l'affect (positif et négatif) et la dimension cognitive (Chamberlain, 1988; Diener, 1984; Stock, Okun et Benin, 1986).

Théories du bien-être psychologique

Après avoir défini le bien-être psychologique, il faut examiner les théories qui vont permettre de faire des hypothèses sur les différents corrélats du bonheur.

Il existe plusieurs théories très intéressantes en psychologie sur lesquelles les concepts de bonheur et de bien-être peuvent s'appuyer. Diener (1984) en fait une revue assez remarquable dans laquelle ne sont pas incluses les théories biologiques ou sociologiques. Diener (1984) propose six

théories issues autant de la psychologie cognitive que de la psychologie des émotions soit: la théorie du point final, la théorie de la souffrance et du plaisir, la théorie de l'activité, la théorie du "haut vers le bas" - "bas vers le haut", les théories associationnistes et la théorie du jugement. Cependant, chacune de ces théories soulève autant de questions qu'elle en résout.

A. La théorie du point final

Dans cet optique, le bonheur survient lorsqu'un état quelconque, comme un désir, un besoin ou un but, est atteint. Chacun de ces éléments soulève une foule de questions d'ordre empirique. Comment le bonheur s'atteint-il? En satisfaisant les désirs ou en les refoulant? Pendant que les hédonistes recommandent la satisfaction des désirs, les ascètes préconisent l'annihilation de tous les désirs. Est-ce qu'il y a des désirs qui peuvent nuire au bonheur? Quand le bonheur survient-il exactement? Pendant, après ou longtemps après la satisfaction d'un désir?

De plus, chaque personne possède des besoins innés et acquis qu'elle cherchera à satisfaire; que cette personne soit consciente ou non de ses besoins. Néanmoins, dans cette théorie, le bonheur est le résultat de leur satisfaction. Mais comment réaliser leur atteinte de manière consciente s'ils sont inconscients?

Les buts, les besoins et les désirs sont reliés dans le sens où certains besoins ou désirs conscients ou inconscients peuvent conduire à des

buts spécifiques. Les buts sont habituellement considérés comme plus conscients que les besoins et les désirs. Est-ce que l'atteinte de buts fixés a des effets à long terme sur le bien-être subjectif ou est-ce qu'elle n'amène que des élévations à court terme de l'humeur? Il semblerait que le bonheur se réalise par le biais de l'accomplissement du plan de vie au complet et pas seulement un petit but à la fois. Il faut qu'il y ait une intégration harmonieuse des buts et de l'accomplissement de ceux-ci.

Certaines interférences peuvent empêcher d'atteindre les buts fixés. Par exemple, il peut arriver qu'un individu se fixe des buts qui lui permettent d'avoir un bien-être à court terme mais que cela ait des conséquences à long terme qui sont nuisibles à son bonheur. Ou bien les buts et les désirs d'une personne peuvent être en conflit: il devient donc impossible de les satisfaire entièrement. De plus, étant donné que les buts et les désirs peuvent être inconscients, il sera difficile de les identifier et de les intégrer si ceux-ci étaient en conflit. Certaines personnes peuvent être dans l'impossibilité d'atteindre leurs buts à cause de conditions défavorables d'un manque d'habiletés ou parce que leurs buts sont trop élevés. Finalement, certaines personnes peuvent être privées de bonheur parce qu'elles n'ont aucun but ou désir.

Cette manière de conceptualiser le bien-être a été sous-jacente à presque toutes les mesures construites au cours des trente dernières années. Neugarten et al. (1961) l'utilisent entre autre dans leur sous-échelle "Buts".

Pour Neugarten et ses collègues, une des facettes importantes du bien-être est la congruence entre les buts fixés et les buts atteints. D'autres auteurs ont aussi conservé cette hypothèse dans leur recherche (Lawton, 1972; Salamon et Conte, 1982).

B. La théorie de la souffrance et du plaisir

L'idée selon laquelle le fait de concrétiser des buts ou besoins permet d'atteindre le bonheur soulève un autre thème: celui de la souffrance et du plaisir, qui sont parfois intimement reliés. Une personne cherche à réaliser des buts ou des besoins que dans la mesure où elle ressent un manque dans sa vie. La plupart des théories des buts ou des besoins présument qu'un manque ou une privation est un précurseur nécessaire au bonheur. Plus la privation sera grande plus le bonheur sera grand lors de l'accomplissement des buts ou besoins.

Selon cette théorie, une personne dont tous les besoins seraient comblés ne peut pas être aussi heureuse qu'une personne qui vit un manque important et qui réussit à se fixer des buts et qui est capable de les satisfaire. Il surgit toujours de nouveaux besoins et de nouveaux buts pour permettre à la personne humaine d'atteindre autre chose. Ainsi, plus l'investissement en temps et en énergie est grand, plus l'émotion négative est grande lors de l'échec et plus le bonheur est grand dans le cas d'une réussite. Le niveau d'engagement, l'implication et l'effort déterminent l'intensité de l'émotion qui sera vécue par la personne.

L'idée que la perte de quelque chose de mauvais va conduire au bonheur, alors que la perte de quelque chose de bon va conduire à la souffrance est courante. (Solomon, 1980). Beaucoup de mesures du bonheur utilisent la notion d'affect négatif et d'affect positif.

C. La théorie de l'activité

Selon les adeptes de cette théorie, ce n'est pas la fin comme telle qui rend heureux, mais l'activité effectuée pour atteindre un but. Aristote était un des premier à proposer la théorie de l'activité: le bonheur provient d'activités vertueuses quand elles sont bien faites. En effet, l'homme possède des habiletés, des capacités qui peuvent le rendre heureux quand il réussit à bien les utiliser. Cependant il est important que ces activités soient en harmonie avec le niveau d'habiletés de la personne. Si c'est trop facile, l'ennui arrive. Si l'activité est trop difficile l'anxiété apparaît (Csikszentmihalyi, 1975). La conscience de soi diminue la joie d'accomplir quelque chose, la recherche absolue du bonheur ne peut rendre heureux; il faut se concentrer sur les buts et les activités, et non pas sur le bonheur qui en ressortira (Csikszentmihalyi et Figurski, 1982).

Contrairement à la théorie de l'atteinte des buts et désirs, la théorie de l'activité dit que c'est l'accomplissement de l'activité comme telle qui rend heureux, et non pas la fin; les deux idées ne sont cependant pas opposées et peuvent s'intégrer. Ici encore, il ressort un thème fréquemment

utilisé dans les mesures de bien-être: il faut être satisfait de nos activités de tous les jours pour être heureux (Neugarten *et al.*, 1961; Salamon et Conte, 1982). Ainsi, la participation à des associations et les loisirs sont parfois utilisées comme critère du bien-être psychologique.

D. La théorie du "haut vers le bas" "bas vers le haut"

Dans la théorie du "haut vers le bas", le bonheur provient d'une disposition globale à expérimenter les événements et les choses d'une manière positive; disposition relativement indépendante des facteurs environnementaux. "La chose la plus importante, ce n'est pas ce qu'un homme possède mais la manière dont il réagit à ce qu'il possède" (Tatarkiewicz, 1976). Cette idée s'associe à la notion d'attitudes qui prend une part importante dans les mesures de bien-être (Andrews et Mc Kennell, 1980; Cumming, Dean et Newell, 1958; Kozma et Stones, 1980; Lawton, 1975).

A l'opposé, dans la théorie du "bas vers le haut", le bonheur provient simplement de la somme de plusieurs petits plaisirs. Lorsqu'une personne essaiera de déterminer si elle est heureuse ou non, elle effectuera un calcul mental pour faire la somme des moments de plaisir et de souffrance. Une vie heureuse c'est une accumulation de moments heureux. Dans cette manière de voir le bonheur, la personne va développer une vue positive sur sa vie à mesure que les moments heureux s'accumulent. L'être humain fait donc une sélection et une accumulation minutieuse des moments heureux.

Selon Stones et Kozma (1986) cette formulation réductionniste a prédominé la littérature des sciences sociales contemporaines.

Comme ces deux théories peuvent être vraies, le problème est de trouver comment les facteurs intérieurs ou l'inclinaison naturelle de la théorie du "haut vers le bas" et les événements moléculaires ou petits bonheurs de la théorie du "bas vers le haut" interagissent.

Deux débats sont reliés à ces théories: 1) Le bonheur est-il un trait de personnalité ("haut vers le bas") ou le résultat de facteurs externes ("bas vers le haut")?; 2) Quel est le rôle des événements heureux dans la construction du bonheur? D'un côté, il est reconnu que l'absence de moments heureux crée de la dépression ("bas vers le haut") (Lewinsohn et Amenson, 1978; Lewinsohn et MacPhillamy, 1974), tandis que d'autres auteurs affirment que la dépression est créée par l'incapacité de reconnaître les événements heureux lorsqu'ils se produisent ("haut vers le bas") (Sweeney, Schaeffer et Golin, 1982).

E. Les théories associationnistes

Une question précise intéresse les associationnistes, soit: est-ce qu'il existe un type de tempérament qui prédispose au bonheur? Ces théories se basent sur la mémoire, le conditionnement et les principes cognitifs.

Dans l'approche cognitive, le principe d'attribution sert à déterminer le bonheur. Le bonheur sera plus grand s'il est possible d'attribuer

des événements heureux à des facteurs internes, stables. De plus, il semble que les gens se rappellent des événements qui sont congruents avec leur état émotionnel. Enfin, le pouvoir de la pensée positive sur le bonheur (Fordyce, 1977; Kammann *et al.*, 1982) permet aux adeptes du conditionnement de croire que celui-ci a une influence sur le bonheur et le bien-être.

F. La théorie du jugement

Le bonheur résulte ici d'une comparaison entre certains standards et la condition actuelle. Si la condition actuelle d'une personne dépasse les standards, le bonheur surviendra. Ce jugement est conscient mais il peut aussi être inconscient. Les standards, quant à eux, peuvent être sociaux ou personnels. Emmons *et al.* (1983) ont découvert que la comparaison sociale était le plus fort facteur de prédiction de la satisfaction dans la plupart des domaines. Cependant, Brickman *et al.* (1978) ont rapporté que les gagnants à la loterie n'étaient pas plus heureux et les quadriplégiques pas moins heureux que les gens du groupe contrôle. Une des formulations populaires de la théorie du jugement traite du niveau d'aspiration: le bonheur dépend de la différence entre la condition actuelle d'une personne et ses aspirations. Il faut se demander si la comparaison se produit uniquement à l'intérieur de certains domaines ou bien si elle se généralise à tous les domaines. Et surtout quand la comparaison devient-elle importante?

L'évaluation du bien-être psychologique

L'abondance des théories et les questions qu'elles soulèvent nous obligent à tenter une synthèse. Le bien-être psychologique semble posséder trois caractéristiques qui sont aussi importantes les unes que les autres. Premièrement, il est subjectif. Comme le mentionne Campbell (1976) le bien-être doit procéder de l'expérience de l'individu. Il n'existe aucune condition objective nécessaire comme la santé, le confort, la vertu ou la richesse (Kammann, 1983). Même si ces conditions semblent avoir une influence sur le bien-être psychologique, elles n'en font absolument pas partie.

Deuxièmement, le bien-être doit inclure des mesures positives. Il ne résulte pas de la seule absence de facteurs négatifs comme semblent vouloir le supposer certaines mesures en santé mentale.

Troisièmement, les mesures du bien-être psychologique doivent absolument inclure une évaluation globale de tous les aspects de la vie d'une personne. Il faut faire appel autant au jugement cognitif sur ces domaines qu'aux réactions affectives. La période de temps que doit considérer une mesure du bien-être subjectif demeure à la discrétion des chercheurs. Cela peut varier de quelques semaines à une évaluation de toute la vie.

Les échelles qui mesurent le bien-être sont très nombreuses. Parmi celles-ci, se retrouvent des échelles qui ne s'intéressent qu'à un seul des indicateurs du bien-être soit la satisfaction de vivre, le bonheur ou le

moral. D'autres tentent de juxtaposer ces différentes échelles afin de constituer une échelle de bien-être plus globale (Diener, 1981; Stock, Okun et Benin, 1986).

Beaucoup de chercheurs ont réduit au minimum le risque de faire des erreurs dans leur mesure de bien-être en utilisant une seule question (Cantril, 1965; Gurin, Veroff et Feld, 1960; Andrews et Withey, 1976). Malgré l'avantage évident de la brièveté, cette manière de mesurer le bien-être a reçu un grand nombre de critiques (McKennell, 1974). Par exemple, avec une seule question, la seule mesure de fidélité possible est une fidélité temporelle dans laquelle il est difficile de séparer le changement réel des erreurs de mesure (Diener, 1984). Au niveau de la validité cependant, plusieurs auteurs s'accordent pour dire que les corrélations entre les échelles à un seul item et les échelles comprenant plusieurs éléments semblent satisfaisantes (Andrews et Withey, 1976; Larsen, Emmons et Diener, 1985). Néanmoins, il est difficile d'espérer qu'une seule question puisse couvrir tous les aspects du bien-être tels qu'ils ont été détaillés dans la partie précédente.

Outre les échelles à un seul item, l'échelle de Diener *et al.* (1985) le Satisfaction with Life Scale en cinq questions a été très fréquemment utilisée dans les recherches. Une autre échelle importante est sans conteste l'Affect Balance Scale de Bradburn (1969). Conforme à l'hypothèse émise par

Bradburn, elle comprend deux séries d'énoncés; les énoncés positifs et les énoncés négatifs auxquels les sujets interrogés répondent par oui ou non.

Une question méthodologique importante à traiter en relation avec la mesure du bien-être psychologique est de savoir ce qui sera choisi comme composante et ce qui devra être considéré en tant que facteur ayant une influence potentielle sur le bien-être. Il est ici question de la santé, du revenu, des relations sociales, etc.. Alors que certains auteurs affirment que la satisfaction face à la santé est un élément important dans une satisfaction de vie plus globale, d'autres en sont arrivés à la conclusion que c'est un facteur qui peut influencer mais qui ne doit pas être compris dans une mesure du bien-être. Il en va de même pour les autres éléments. Quant au bien-être considéré en tant que satisfaction face à tous les domaines de la vie, il faut se demander quels domaines doivent être choisis au détriment de quels autres. Cutler (1976) a découvert à ce sujet que la structure des domaines de satisfaction diffère d'une cohorte à l'autre. Un domaine qui est important pour les adolescents ne le sera plus pour les adultes ou les personnes âgées. Cette optique soulève toute la question des échelles générales versus les échelles spécifiques.

Plusieurs échelles multi-items répertoriées s'adressent spécifiquement à des répondants âgés. La première, le Life Satisfaction Rating (LSR) de Neugarten, Havighurst et Tobin (1961) s'administre au cours d'une entrevue. A partir des recherches effectuées avec le LSR, Neugarten et

al. (1961) ont constitué deux échelles soit, le Life Satisfaction Index-A (LSI-A) et le LSI-B qui sont des questionnaires qui ne nécessitent pas la présence d'un interviewer. Le LSI-A de Neugarten est une échelle très utilisée. Elle comporte cinq sous-échelles soit: les activités quotidiennes, le sens de la vie, les buts, le concept de soi et l'humeur. C'est une échelle bipolaire à laquelle les sujets répondent par oui ou non. Une seconde échelle fréquemment citée est le Philadelphia Geriatric Center Morale Scale (PGCMS) de Lawton (1975) et sa version révisée de Morris et Sherwood PGC-M (1975). Plus récemment, les écrits scientifiques font référence au Memorial University of Newfoundland Scale of Happiness (MUNSH) de Kozma et Stones (1980). Quant à l'échelle plus récente de Salamon et Conte (1982), le Life Satisfaction in the Elderly Scale, elle reprend les cinq catégories de Neugarten. Cependant, au lieu d'avoir une échelle de réponses bipolaire, les auteurs utilisent une échelle de Likert à cinq niveaux sur un continuum allant du négatif au positif. Parce que plusieurs des items font des références spécifiques à l'âge et au temps de la vie, ces échelles tendent à être inadéquates pour des répondants jeunes ou d'âge moyen.

Il existe en réalité trois échelles de bien-être psychologique dont on parle régulièrement dans la littérature en gérontologie. La première est le Life Satisfaction Index (formes A et B) de Neugarten, Havighurst et Tobin (1961). Pour la deuxième, il s'agit du Affect Balance Scale de Bradburn (1969) qui, même s'il s'adresse à une population générale présente un intérêt pour les

gérontologues et finalement du Philadelphia Geriatric Center Morale Scale de Lawton (1975). La plupart des autres échelles construites par la suite reprennent soit les mêmes items, soit les mêmes sous-échelles avec de nouveaux items.

Les corrélats du bien-être psychologique

Déjà il y a vingt ans, la revue de Wilson (1967), sur le bonheur et le bien-être, faisait état du peu d'avancement théorique réalisé depuis les grecs anciens. Wilson mentionne qu'il existe cependant des centaines d'études cherchant à déterminer les facteurs qui peuvent influencer le bien-être comme l'âge, le sexe, le statut civil, le statut socio-économique, la perception de la santé, le revenu, la participation à des activités et les interactions sociales (Diener, 1984; Kozma et Stones, 1978; Larson, 1978). Les pages suivantes présentent les principales conclusions de ces recherches. La variable réseau social, qui a retenu notre intérêt comme variable pouvant influencer le bien-être psychologique sera traitée plus en profondeur dans la deuxième partie de ce chapitre.

A. Age

L'avancement dans l'âge est relié à un déclin dans le bien-être psychologique parmi les personnes de 60 ans et plus mais chez les très âgés, ce déclin semble être associé à des facteurs négatifs. (Louis Harris et ass. 1975). Dans ce sens, lorsque les effets de facteurs tels la diminution de la

santé, la diminution des ressources financières, la perte du conjoint et la perte d'amis qui accompagnent souvent le vieillissement sont contrôlés, l'association entre l'âge et le bien-être psychologique disparaît (Edwards et Klemmack, 1973; Kivett, 1976; Larson, 1978).

Les premières recherches ont découvert que les individus plus jeunes étaient plus heureux (Bradburn et Caplovitz, 1965; Gurin, Veroff et Feld, 1960; Wessman, 1957). Au cours des dernières années cependant, un bon nombre de recherches n'ont trouvé aucun effet de l'âge sur le bien-être psychologique (Alston *et al.*, 1974; Andrews et Withey, 1976; Cameron, 1975; Spreitzer et Snyder, 1974).

B. Sexe

Même si, à l'occasion, certaines études font part de faibles associations entre le bien-être psychologique et le sexe, il appert que généralement il n'y a aucune différence à ce niveau dans le bien-être des personnes âgées et ce, quelle que soit la mesure utilisée (Andrews et Withey, 1976; Campbell *et al.*, 1976; Cavan *et al.*, 1949; Goodstein *et al.*, 1982; Lawton, 1972; Louis Harris *et ass.*, 1975; Neugarten *et al.*, 1961; Palmore et Luikart, 1972).

C. Statut civil

Plusieurs recherches examinent la relation entre le statut civil et le bien-être psychologique. Pour les personnes âgées, les études

démontrent que les gens mariés ont un score moyen plus élevé de bien-être psychologique. Cette association existe toujours lorsque le statut socio-économique et d'autres variables sont contrôlés (Edwards et Klemmack, 1973; Spreitzer et Snyder, 1974). Parallèlement, un bon nombre d'études à grande échelle indiquent que les gens mariés rapportent un plus grand bien-être psychologique que les gens non-mariés (Andrews et Withey, 1976; Glenn, 1975).

Dans quelques recherches, les scores de bien-être psychologique des célibataires tendent à être approximativement équivalents à ceux des gens mariés, alors que les veufs, divorcés ou séparés tendent à avoir un niveau de bien-être psychologique plus bas (Kutner *et al.*, 1956; Pihlblad et Adams, 1972).

Enfin, certaines études n'ont pas réussi à trouver un effet statistique significatif du mariage sur le bien-être psychologique (Bortner et Hultsch, 1970; Sauer, 1977; Spreitzer et Snyder, 1974).

D. Santé

A travers tous les éléments de la situation de vie d'une personne, la santé est l'élément le plus fortement relié au bien-être psychologique (Larson, 1978). Les gens qui sont malades ou handicapés physiquement sont moins enclins à exprimer un contentement face à la vie (Cavan *et al.*, 1949; Edwards et Klemmack, 1973; Larson, 1978; Maddox et Eisdorfer, 1962;

Palmore et Luikart, 1972; Pihlblad et McNamara, 1965; Spreitzer et Snyder, 1974) et ce, peu importe la manière dont la santé est évaluée, par le biais d'une question générale ou d'une énumération des conditions actuelles. L'utilisation d'une mesure objective de la santé a donné les mêmes résultats (Jeffers et Nichols, 1961; Maddox et Eisdorfer, 1962; Palmore et Luikart, 1972).

E. Statut socio-économique

Plusieurs études ont établi que les personnes âgées ayant un statut socio-économique bas tendent également à avoir un faible bien-être psychologique. Cette association est maintenue lorsque les variables suivantes sont contrôlées: santé, emploi ou statut civil (Cutler, 1973; Edwards et Klemmack, 1973).

Il existe cependant des différences selon les échelles de bien-être psychologique utilisées. Les échelles avec un seul item et les échelles de moral tendent à démontrer des associations plus faibles (Clark et Anderson, 1967; Kutner *et al.*, 1956; Palmore et Luikart, 1972) que les échelles de satisfaction à long-terme telles que le LSI-A et le PGCMS. (Edwards et Klemmack, 1973; Louis Harris, 1975).

Il faut comprendre que cette relation n'est pas attribuable à un seul élément du statut socio-économique. Le revenu, l'occupation et l'éducation démontrent tous des relations à des niveaux différents avec le

bien-être psychologique. Le revenu est la variable prépondérante (Cutler, 1973; Edwards et Klemmack, 1973). L'influence de l'occupation a été démontrée dans deux études (Edwards et Klemmack, 1973; Spreitzer et Snyder, 1974). La corrélation entre le bien-être psychologique et l'éducation est plus faible quand des contrôles statistiques sont introduits (Edwards et Klemmack, 1973).

La satisfaction face au revenu est aussi reliée au bonheur (Bradburn, 1969; Campbell et al., 1976). De plus, Diener (1984) fait remarquer que plusieurs autres études ont trouvé que le revenu objectif était aussi relié au bien-être subjectif (Alston, Lowe et Wrigley, 1974; Andrews et Withey, 1976; Bortner et Hultsch, 1970; Clemente et Sauer, 1976).

Cependant Clark et Anderson (1967) ont découvert que les personnes avec un niveau moyen d'éducation rapportaient le niveau le plus élevé de bien-être psychologique, découverte vérifiée auprès d'un échantillon incluant tous les niveaux d'âge adulte (Campbell et al., 1976). Des études suggèrent que l'association entre le revenu et le bien-être psychologique ne se vérifie que sous sa forme négative (relation entre bas revenu et faible bien-être psychologique) (Palmore et Luikart, 1972; Bradburn et Caplovitz, 1965).

F. Activités et participation sociale

La théorie de l'activité a joué un rôle central en gérontologie popularisant l'idée qu'une implication active cause le bonheur (Diener, 1984).

La théorie du désengagement a, quant à elle, stimulé un grand nombre de recherches sur la relation entre les activités sociales et le bien-être psychologique. En général, ces études démontrent que les mesures de cette variable est reliée positivement au bien-être.

La relation est claire pour les indices généraux d'activités sociales, alors que les résultats provenant de mesures plus spécifiques sont moins constants. Des études à travers divers groupes d'âge ont trouvé des associations entre le bien-être et les mesures générales d'activités (Kutner et al., 1956; Wylie, 1970) de même qu'entre des mesures objectives de l'activité sociale et différentes mesures de bien-être psychologique (Beiser, 1974; Campbell et al., 1976; Edwards et Klemmack, 1973; Knapp, 1976; Markides et Martin, 1979; Palmore et Luikart, 1972).

La fréquence des activités informelles comme le fait de visiter les voisins et les amis, est reliée positivement au bien-être psychologique dans quatre échantillons (Edwards et Klemmack, 1973; Lemon et al., 1972; Pihlblad et Adams, 1972; Smith et Lipman, 1972). Mais, cette association n'est pas confirmée par Palmore et Luikart (1972).

Cependant, certaines de ces relations ne sont pas confirmées pour les personnes ayant un statut socio-économique élevé et une bonne santé (Bull et Aucoin, 1975; Cutler, 1973; Smith et Lipman, 1972). En effet, le niveau d'activité général est moins relié au bien-être psychologique parmi les

groupes dont le statut socio-économique est élevé (Bengtson *et al.*, 1969; Edwards et Klemmack, 1973; Lemon *et al.*, 1972).

Lowenthal et Haven (1968) de même que Rosow (1967) ont critiqué les recherches sur le lien entre les activités et le bien-être psychologique pour leur négligence à considérer la qualité des activités et l'intimité des interactions.

Okun, Stock, Haring et Witter (1984) ont effectué une revue de 115 recherches qui examinent la relation entre l'activité et le bien-être psychologique. Même s'ils estiment que l'activité sociale prédit seulement 2 à 4% de la variance du bien-être, cet effet demeure quand les autres variables sont contrôlées, la proportion de l'effet étant plus grande pour les activités formelles que pour les activités informelles.

En résumé, une relation causale entre l'activité et le bien-être est suggérée mais n'est pas établie d'une manière concluante.

G. Les relations sociales

Le réseau social constitue, depuis environ vingt ans, la variable la plus étudiée en rapport avec le bien-être psychologique des personnes âgées. Son lien avec le bien-être psychologique a souvent été mis en évidence. Cependant, plusieurs facteurs viennent influencer ces résultats et parfois même les contredire. C'est pourquoi elle fera l'objet de la seconde partie de ce chapitre.

Le réseau de support social et l'âge

Historique de la notion de support social

Au cours des dernières décennies, le support social est devenu un domaine de recherche extrêmement populaire. Les sujet est fascinant. Au niveau personnel, il implique quelques unes de nos expériences les plus intimes comme l'amitié et l'amour. Pour les sociologues, il représente un point central autour duquel s'articulent les tendances individuelles et les influences des groupes. Pour les intervenants, le thème de support social est rempli de promesses quant à l'élaboration de nouvelles stratégies plus efficaces en vue de l'amélioration et de la prévention des problèmes psychologiques.

Cette popularité a donné lieu à un flot imposant de recherches empiriques et ce, dans des domaines aussi différents que l'anthropologie, la sociologie et la psychologie. Durant les dernières années, plusieurs auteurs se sont tournés vers des théories plus générales, dans le but de donner un sens à cette masse de littérature souvent confuse. Afin de bien cerner le concept de support social, il faut donc étudier les multiples recherches empiriques tout en essayant de dégager leurs fondements théoriques, qui ne sont pas toujours évidents à prime abord. A l'intérieur de ce travail se trouve donc l'attrait et

les promesses de ce concept de même que les obstacles qui nuisent à son étude systématique.

En réalité, l'origine de l'intérêt pour le support social remonte aux premiers travaux de la sociologie moderne. Conduite il y a presqu'un siècle, l'étude classique de Durkheim (1897) sur le suicide démontrait l'importance cruciale des liens interpersonnels. En effet, il a découvert que le suicide était beaucoup plus courant parmi les groupes dont les liens étaient très faibles (anomie).

Mais, bien avant que la notion de support social soit introduite, c'est le réseau social plus général qui a suscité la curiosité des chercheurs. Les théories de l'attachement et du développement psychosocial de l'enfant ou encore la perspective de l'échange social et de la réciprocité dans les relations, ont tenté à leur manière de mettre en évidence l'aspect essentiel, voire vital, des relations sociales. Plus proche de l'intérêt de la présente recherche, le réseau social se présentait, à cette époque, comme un tremplin pour tenter l'intégration et l'avancement de la recherche dans différentes disciplines intéressées par le bien-être psychologique et physique, notamment l'épidémiologie sociale et la psychologie communautaire, la gérontologie, la psychologie de la santé et d'autres encore.

Il existe deux orientations dans l'approche du réseau social. La première, l'analyse structurale, dérive de l'anthropologie et s'intéresse

principalement à des mesures quantitatives du réseau. La seconde, l'analyse fonctionnelle, regarde les rôles que peuvent jouer les participants d'un réseau et la fonction de support qu'il remplit.

L'approche structurale du réseau social est utilisée en anthropologie pour étudier les structures sociales et les interactions. Elle a été adaptée aux recherches en psychologie et en sociologie parce qu'elle répondait aux besoins pressants d'analyse des relations interpersonnelles d'un individu. Les caractéristiques structurales du réseau social d'un individu peuvent être mises en relation avec d'autres variables, dont le bien-être psychologique, l'adaptation et la déviance.

Cette approche tient compte d'un grand nombre de dimensions qui se subdivisent à leur tour, pour former un ensemble très complexe. Premièrement, il faut étudier la structure qui comprend la taille ou le nombre de personnes et la densité qui réfère à l'interconnexion des individus dans le réseau. Deuxièmement, il faut examiner les aspects de la composition du réseau comme la proportion de membres de la famille, d'amis, de voisins ou de compagnons de travail, de même que l'homogénéité des personnes qui font partie du réseau ou encore la similarité avec la personne cible en regard de l'âge, du sexe, du statut social et de l'appartenance ethnique. Troisièmement, il faut s'intéresser aux caractéristiques des relations, telles la fréquence des contacts, la proximité géographique, la durabilité et l'intensité des relations. Finalement, il faut aussi examiner le contenu des échanges via le degré de

réciprocité et la multiplicité des contenus. Devant cette grande variété de possibilités d'analyse du réseau social, il faut absolument définir à priori quelles dimensions de celui-ci seront mesurées et dans quels buts.

Malheureusement, en étudiant les recherches qui mesurent l'effet du réseau social sur le bien-être, la sélection qui est effectuée n'est pas toujours clairement justifiée. Chaque chercheur opte pour un certain nombre de dimensions sans expliquer le rationnel qui sous-tend son choix. Mitchell et Trickett (1980) ont fait une liste des définitions opérationnelles provenant de dix-sept recherches, exposant par la même occasion les différences remarquables du point de vue de ce qu'elles incluent. Parfois il est demandé à la personne de faire une liste des personnes qui sont importantes pour elle, d'énumérer les membres de sa famille, ses amis ou d'indiquer les personnes avec qui elle interagit selon une fréquence donnée. Certains chercheurs ont spécifié une fréquence d'interaction, d'autres non. Quelques uns avaient pour but de faire une liste exhaustive, d'autres se contentaient d'un échantillon représentatif.

En réaction à cette absence de consensus sur la définition du réseau social, plusieurs auteurs ont insisté sur la nécessité d'une spécification et d'une orientation précise; peu importe les hypothèses considérant le réseau social, il faut le définir à priori et développer des mesures en conséquence et non l'inverse (Barrera, 1981; Wilcox, 1981).

Plusieurs chercheurs se sont rendus aux sources et ont rapporté dans leurs recherches des définitions générales, susceptibles de rallier toutes les orientations. Mais, ces définitions demeurent très évasives; elles permettent une multitude d'interprétations et ne sont dès lors plus d'un grand secours pour clarifier la définition du réseau social. Bott (1971) par exemple, définit le réseau social comme: "Quelques unes ou toutes les unités sociales (individu ou groupe) avec qui un individu en particulier ou un groupe est en contact" (p.320). Barnes (1954), qui fut le premier à faire une étude systématique du réseau social, précise quelque peu cette définition en disant que le réseau social est:

Un ensemble de points qui sont reliés par des lignes: les points de cette image sont des personnes et quelques fois des groupes et les lignes, quant à elles, indiquent quelles personnes interagissent avec les autres. (p.43).

Mitchell (1969) lui, présente le réseau comme:

Un ensemble défini de personnes reliées, avec comme propriétés additionnelles que les caractéristiques de ces liens peuvent être utilisées pour interpréter le comportement social de la personne impliquée. (p.2).

Ainsi, alors que Bott (1971) et Barnes (1972) offrent des définitions strictement structurales, Mitchell (1969) indique que les caractéristiques de chacun de ces liens peuvent nous permettre de

comprendre les comportements sociaux de la personne. Cette interprétation introduit un nouvel élément dans la définition du réseau qui est celui des fonctions du réseau, c'est-à-dire de son impact sur le comportement.

Cette notion des fonctions allait se substituer peu à peu à celle de structure. On reconnaît plusieurs fonctions du réseau. Weiss (1974) en indique cinq: l'attachement, l'intégration sociale, la réassurance de sa propre valeur, le sens de l'appartenance et la possibilité de recevoir des conseils. Chacune de ces fonctions est remplie par les mêmes personnes ou par un groupe distinct d'individus dans le réseau. L'attachement, par exemple, requiert des sentiments de sécurité et de confort et résulte habituellement des relations amoureuses. L'intégration sociale est fournie par le réseau de gens qui partagent les mêmes idées et préoccupations que soi. La réassurance de sa propre valeur provient de l'assurance de sa compétence dans un rôle social défini. Elle sera souvent fournie par les collègues de travail dans le cas du rôle de travail et par les membres de la famille dans le cas des rôles familiaux. Le sens de l'appartenance est fourni à prime abord par la famille, plus particulièrement par la fratrie, dans le sens où il est toujours possible de compter sur leur assistance même en l'absence d'affection mutuelle. La possibilité de recevoir des conseils et de l'aide devient pertinente dans les situations stressantes. Elle implique les personnes en qui on peut avoir confiance et que l'on respecte.

Pour Walker et al. (1977) également le réseau social se définit selon ses fonctions et non selon sa structure:

Le réseau social est cet ensemble de contacts personnels à travers lequel un individu maintient son identité sociale, dans lequel il reçoit du support émotionnel, de l'aide matérielle, des services et par lequel il peut créer de nouveaux contacts. (p.35)

L'examen de ces diverses approches montre que l'avancement de la recherche dans ce domaine ne conduit pas nécessairement à un consensus dans la définition du réseau social. En réalité, chacune de ces définitions permet plusieurs interprétations et par conséquent la possibilité d'élaboration de mesures différentes du réseau.

Ainsi, dans plusieurs études, l'intérêt porte principalement sur la structure du réseau social (le nombre de personnes, la fréquence des contacts, la densité, l'homogénéité et la durabilité). Par contre, d'autres se penchent exclusivement sur les fonctions du réseau (l'attachement, l'intégration sociale, le support, etc.). Cette séparation des dimensions se complique du fait que la structure est parfois mesurée selon un filtre fonctionnel (mesurer le nombre de personnes et la fréquence des contacts à l'occasion d'activités particulières) ou qu'au contraire, les fonctions sont mesurées par des données qui se rattachent à la structure (mesurer la qualité de l'intégration sociale par la fréquence et le nombre de contacts).

Un autre problème qui jalonne les recherches sur le réseau social est la question du temps. Certaines études procèdent à une analyse statique du réseau en dessinant une sorte de sociogramme. D'autres études mesurent plutôt les contacts de façon diachronique: les rencontres de la dernière semaine, du dernier mois ou dernier six mois, etc. sont parfois additionnées, parfois multipliées pour faire un bilan total (par exemple le bilan de l'année précédente). Il ne faut dès lors plus se surprendre autre mesure que les résultats soient tellement contradictoires lorsqu'ils sont comparés.

Le principal point de litige concerne le degré selon lequel le réseau social et le réseau de support sont réellement des concepts distincts. Plus précisément encore, plusieurs études partagent un problème commun: le manque à différencier le réseau de support du réseau social plus large. "Le terme réseau social est souvent utilisé comme synonyme du réseau de support." (Biegel *et al.*, 1984, p. 14). En agissant de la sorte, toutes les relations sont considérées supportantes. Un désaccord important existe entre les chercheurs sur cette question. Par exemple, les autres peuvent être des sources de conflit, ils peuvent semer des obstacles au lieu d'aider une personne à les surmonter (Dunkell-Schetter et Wortman, 1984; Rook, 1984a; Wellman, 1981). Ainsi, selon plusieurs, le réseau de support formerait plutôt un sous-ensemble du réseau social plus global (Shin *et al.*, 1984).

L'analyse du réseau de support par le biais du réseau social offre des possibilités très intéressantes mais il est important de ne pas confondre ces deux concepts et d'en arriver à considérer une analyse du réseau social d'une personne comme une mesure de son réseau de support. Il semble donc très utile de retenir une définition plus restreinte pour le terme "support social", une définition qui réfère principalement aux transactions orientées vers une forme d'aide quelconque (Rook, 1984b).

Ainsi, deux voies se prêtent pour l'analyse du réseau de support social et constituent d'ailleurs un lieu de controverse parmi les chercheurs. La question est de savoir si le support social réfère à un comportement d'aide objectif dirigé vers une personne dans le besoin ou s'il ne réfère qu'à l'évaluation subjective de la personne qui reçoit ces comportements.

Norbeck et al. (1981) par exemple, qui s'appuient sur la définition des anthropologues Kahn (1979) et Kahn et Antonucci (1980), définissent le support social comme des transactions interpersonnelles objectives qui fournissent de l'affection (expressions d'affection, de respect ou d'amour), de la réassurance (expressions d'accord ou de reconnaissance de la justesse d'une action) ou de l'aide (argent, biens matériels, informations, temps).

Dans ce sens, la définition de Walker et al. (1977), mentionnée précédemment, doit s'associer au réseau de support car elle réfère au fait d'apporter de l'aide. C'est à partir de celle-ci que House (1981) constituera

une typologie qui distingue quatre types de support possibles: 1) émotionnel, 2) instrumental, 3) informationnel et 4) d'appréciation et d'estime.

Shumaker et Brownell (1984) qui dénoncent aussi la largesse des définitions du support social, proposent que ce terme soit strictement réservé aux échanges de ressources bénéfiques pour celui qui les reçoit, c'est-à-dire le bénéficiaire ou encore dans l'intention de celui qui les fournit. Ces ressources qu'elles soient émotionnelles ou matérielles (instrumentales) pourraient être notées par un observateur impartial (ou rapportées par celui qui les reçoit avec une exactitude acceptable).

Contrairement à cette idée de support objectif, Cobb (1976) définit le support social comme des informations qui permettent à une personne de croire qu'il y a des gens pour prendre soin d'elle, qu'elle est aimée et qu'elle est estimée (reconnaissance et respect) qu'elle appartient à un groupe de communication et d'obligation mutuelle (appartenance au groupe).

Blazer et Kaplan (1983) poursuivront le travail de Cobb (1976) en affirmant que le support social est :

La provision par l'environnement social de feedback significatif, approprié et protecteur qui rend la personne capable de négocier avec les sources de stress intermittentes ou continues de l'environnement. (p.29)

Dans cette perspective, le support social est cette expérience subjective qui consiste à se sentir aimé et estimé par les autres.

La distinction entre le support objectif et le support subjectif est importante parce que recevoir de l'aide des autres ne produit pas toujours le sentiment d'être supporté. Ainsi, le support objectif peut avoir des effets sur le bien-être psychologique que dans la mesure où il est perçu comme supportant. Certaines recherches empiriques indiquent d'ailleurs que la perception du support est plus fortement reliée au bien-être psychologique que les mesures objectives de support. Il faut donc s'intéresser non seulement au support effectif mais également aux perceptions subjectives.

Le réseau de support social en gérontologie

Plusieurs raisons sous-tendent l'intérêt croissant de la recherche sur le réseau de support social des âgés. Dans leur article, Coe *et al.* (1984) en présentent quatre: 1) la croissance projetée de personnes âgées, en nombre absolu et comme proportion de la population totale 2) l'association faite entre le vieillissement et les maladies chroniques et les troubles subséquents 3) l'augmentation des coûts pour les services de santé en général, et pour les âgés en particulier et 4) la recherche d'alternatives pour les soins à long terme (Greene, 1983).

Dans ce contexte, il est important d'examiner le rôle des réseaux de support disponibles pour une personne âgée (famille, enfant, amis, voisins et agences communautaires qui peuvent éventuellement former un réseau).

Il faut tenter de fournir à la personne âgée des moyens qui lui permettent de maintenir une vie relativement indépendante. Comme la littérature indique clairement que les aînés sont fréquemment en contact avec leur famille et leurs amis (Sussman, 1976), c'est à eux qu'il faut s'intéresser.

L'objectif principal de ces recherches est de faire redécouvrir aux personnes âgées le potentiel de support qui existe dans leur environnement social.

Par des mesures préventives et des interventions adéquates, il sera ainsi possible de libérer les services professionnels pour s'occuper des gens qui sont réellement démunis.

La mesure du réseau de support social

Historiquement, la mesure du support social a posé deux problèmes. Premièrement, les chercheurs n'ont pas réalisé d'accord sur une définition du support social. Plusieurs auteurs ont employé une approche affective, se concentrant sur les émotions des répondants et leur perception du support social. Les autres ont choisi une approche plus objective, mettant l'emphasis sur des comportements d'aide spécifiques donnés par la famille ou

les amis. D'autres enfin, s'y sont intéressé par l'intermédiaire du réseau social. Cette question a été discutée longuement précédemment.

Le second problème est que cette absence de consensus a résulté en un grand nombre d'échelles expérimentales pour mesurer le support social. Plusieurs de ces échelles ont des applications très limitées, soit parce qu'elles tentent de mesurer des variables spécifiques, soit parce qu'elles s'adressent uniquement aux populations étudiées dans ces recherches (e.g. les femmes enceintes ou les hommes mariés).

Certains chercheurs ont développé des mesures multidimensionnelles normalisées auprès d'une population générale. Par exemple, le Social Support Scale de Dean *et al.* (1981) inclut les sous-échelles: Support du confident, Support familial, Support du voisinage et de la communauté et Support instrumental et manifeste. Ce questionnaire comprend 43 items et s'appuie sur certaines mesures expérimentales utilisées dans d'autres recherches.

Construites un peu sur les mêmes principes, il existe plusieurs autres échelles pour mesurer le support social, comme le Personal Ressources Questionnaire de Brant et Weinert (1981), le Socially Supportive Behaviors Inventory de Barrera, Sandler et Ramsey (1981) et le Interpersonal Network Questionnaire de Pearson (1983).

Une échelle particulièrement intéressante est le Norbeck Social Support Questionnaire (Norbeck, Lindsey et Carrieri, 1981), qui se concentre sur les transactions interpersonnelles. Le NSSQ consiste en une liste d'au plus 20 personnes importantes et significatives pour le répondant. Pour chacune des vingt personnes sur la liste, les répondants complètent neuf questions qui impliquent des réponses sur une échelle de type Likert. L'intérêt de cette échelle est que le réseau est limité aux personnes qui sont importantes et significatives. De cette façon, on évite les longues nomenclatures stériles. De plus, cette échelle comprend les deux dimensions importantes dans l'évaluation du réseau de support social soit une dimension quantitative et une dimension qualitative. Alors que la dimension quantitative inclut les questions couramment employées dans la recherche sur le réseau de support, la dimension qualitative apporte des alternatives nouvelles et très intéressantes. Cette question sera traitée plus en profondeur dans le prochain chapitre.

En résumé, il existe plusieurs mesures du réseau de support social. L'important est de définir à priori ce que l'on désire mesurer et de chercher un instrument qui réponde adéquatement aux objectifs fixés.

La recherche empirique sur le support social des âgés

Des chercheurs provenant de domaines différents témoignent depuis longtemps de l'importance du support social pour le bien-être des individus (Caplan, 1974; Killilea, 1976; Weiss, 1974). A tous les âges, le

réseau de support semble tenir une place prépondérante (Pillsuk et Froland, 1978).

Chez les personnes âgées, il est reconnu que la présence d'un réseau de support est relié avec une faible probabilité de maladies physiques et mentales (Miller et Mishler, 1964), d'hospitalisation (Tolsdorf, 1976) et d'institutionnalisation (Brody, 1981; Lawton, 1981; Maddox, 1975). Pour les personnes âgées, les relations avec les enfants et la famille sont une source importante de soins de santé à la maison et d'assistance matérielle (Shanas, 1979; Sussman, 1976).

Le fait d'avoir un confident est également considéré comme particulièrement significatif au troisième âge, temps de vie au cours duquel une relation de ce genre peut atténuer l'impact des pertes et des transitions comme le veuvage, la retraite ou le changement de milieu de vie (Lowenthal et Haven, 1968).

Par contre, en ce qui concerne l'impact du réseau de support sur le bien-être psychologique des personnes âgées, les résultats demeurent inconsistants.

Certains chercheurs prétendent que les relations sociales ont un effet bénéfique sur le bien-être psychologique et ce, d'une manière directe (Heller et Mansback, 1984; Kahn et Antonucci, 1980; Baldassare, Rosenfield et Rook, 1984).

Des études longitudinales ont découvert que des hausses ou des baisses dans les contacts sociaux sont accompagnées par des changements concomitants dans le bien-être psychologique (Bradburn, 1969; Graney, 1975).

Plusieurs études ont établi que les attributs objectifs des relations sociales (le nombre d'amis ou la fréquence d'interaction) influençaient le bien-être psychologique indépendamment des évaluations subjectives (la satisfaction face aux nombre d'amis ou face la fréquence des contacts) (Campbell, 1981).

A l'opposé, Conner et al. (1979) et Gibson (1986) affirment que l'aspect quantitatif ou objectif du réseau n'a aucun effet sur le bien-être psychologique, alors que la dimension qualitative ou subjective exerce une influence importante.

Toujours au niveau qualitatif, Lowenthal et Haven (1968) ont trouvé une relation significative entre le moral des personnes âgées et le fait qu'elles puissent dire qu'elles avaient quelqu'un à qui se confier.

Plusieurs autres études font état de corrélations entre la satisfaction avec les amis ou autres mesures subjectives et le bien-être psychologique (Anderson, 1977; Campbell et al., 1976; Falkman, 1973; Liang et al., 1980).

Heller et Mansbach (1984), quant à eux, ont trouvé un effet autant pour la dimension quantitative que pour la dimension qualitative. Ils proposent qu'au lieu de nourrir le débat concernant l'importance relative de chacune de ces dimensions, il faut considérer ces deux dimensions comme importantes.

D'autres chercheurs affirment que cette influence existe mais d'une manière indirecte soit comme mécanisme tampon pour faire face au stress (Cassell, 1974; Cobb, 1976; Pilisuk et Froland, 1978).

Mais, en dépit de toutes les recherches mentionnées ci-haut, il y a cependant des études qui n'ont pas trouvé de relation entre la participation sociale et le bonheur (Hasak, 1978; Liang et al., 1980; Palmore et Kivett, 1977; Sauer, 1977).

Effectivement certains chercheurs affirment qu'il est impossible de parler d'une corrélation entre les relations interpersonnelles et le bien-être psychologique des personnes âgées (Ward, 1985). Conner et al. (1979) par exemple, ont découvert que le nombre et la fréquence des contacts sociaux ne sont pas reliés à la satisfaction de vie des âgés. De plus, même si la famille joue un rôle central dans le réseau de support, la disponibilité des membres de la famille et les interactions avec ceux-ci ne sont que très faiblement rattachés au bien-être (Glen et Mc Clanahan, 1981; Hoyt et al., 1980; Larson, 1978). De même, Ward et al. (1982), ont démontré que l'implication

avec la famille et les voisins de même que l'accès à un support instrumental et émotionnel, n'avaient que peu d'effets sur le moral.

Quelques études ont découvert que la relation existe mais disparaît toutefois quand d'autres facteurs comme la santé ou le statut socio-économique sont contrôlés (Bull et Aucoin, 1975; Cutler, 1973; Smith et Lipman, 1972).

Ces contradictions indiquent que l'issue est peut-être plus complexe qu'elle semble l'être. Par exemple, des chercheurs ont trouvé que l'effet de la participation sociale sur le bien-être psychologique dépend parfois des contraintes du milieu de vie (Smith et Lipman, 1972) ou encore des besoins d'une personne pour les interactions (Hasak, 1978).

Dans ce sens, Palys et Little (1983) ont trouvé que le nombre de personnes n'est pas important, mais que le degré d'intégration dans son réseau avait une influence.

Les études révisées ici suggèrent que le bien-être psychologique peut être relié au réseau social de plusieurs façons. L'inconsistance des résultats provient de plusieurs facteurs. Plus spécifiquement, la façon de définir le réseau et la typologie de contacts sociaux diffèrent d'une recherche à l'autre. Des études ont mesuré le nombre d'amis, le nombre d'amis très proches ou confidents et la quantité de contacts tandis que d'autres ont mesuré la satisfaction. De cette manière, le réseau de support est parfois

évalué comme le réseau social plus global, entraînant ainsi des biais importants dans la comparaison des recherches.

En conclusion, le support reçu par les contacts sociaux est souvent relié au bien-être psychologique, mais ce lien demande à être précisé.

Hypothèses

L'étude du bien-être psychologique fait voir que cette variable résulte à la fois de l'affect (positif et négatif) et de la cognition. Au niveau des émotions, les personnes auraient deux ensembles de besoins: le besoin d'éviter ou de réduire les émotions négatives et le besoin de rechercher ou de promouvoir les émotions positives. En ce qui concerne la cognition, il est important d'évaluer le degré de satisfaction d'une personne face à elle-même, face à sa vie et face à son environnement.

Dans les facteurs qui peuvent influencer le bien-être psychologique des personnes âgées, la santé, le statut socio-économique, et les activités ressortent comme des variables significatives.

Cependant, il semble que l'accès à un réseau de support social soit un facteur crucial dans l'évaluation que la personne fait de son bien-être psychologique.

Le réseau de support social comporte deux dimensions: la dimension quantitative comporte des éléments faisant référence à la structure; la dimension qualitative, quant à elle, s'intéresse à l'évaluation subjective des autres membres du réseau. Il appert que ces deux dimensions sont importantes dans l'évaluation du réseau de support.

Les hypothèses de cette recherche sont donc les suivantes:

- A) Le réseau de support (score total) est relié au bien-être psychologique des personnes âgées.
- B) Les caractéristiques structurales (dimension quantitative) du réseau de support sont reliées au bien-être psychologique des personnes âgées.
- C) Les caractéristiques fonctionnelles (dimension qualitative) du réseau de support sont reliées au bien-être psychologique des personnes âgées.

Chapitre II

Méthodologie

Ce deuxième chapitre est consacré à la méthodologie. Afin de décrire le déroulement de cette recherche, certains aspects seront passés en revue tels les circonstances ayant entourées la création de ce projet, le choix des sujets, le choix des expérimentateurs, le déroulement de l'expérience ainsi que le choix des instruments utilisés.

Circonstances entourant la création de ce projet

Avant d'entreprendre la description des modalités techniques de cette recherche, il est bon de préciser que cette expérience s'est réalisée à la suite de consultations avec les intervenants en gérontologie dans la région du Centre du Québec. Au cours de rencontres mensuelles appelées "Dîners gérontologiques"¹, les intervenants (travailleurs sociaux², infirmiers, directeurs de centre d'accueil) avaient fait appel aux professeurs de l'Université pour les aider à comprendre la problématique des personnes âgées qui vivent en famille d'accueil. Les objectifs de cette recherche étaient de les aider à comprendre les facteurs qui peuvent influencer le bien-être psychologique des personnes âgées pour ensuite leur fournir, si possible, des instruments permettant de cerner plus rapidement les problèmes encourus et d'intervenir encore plus efficacement auprès de cette clientèle.

¹ Laboratoire de gérontologie, U.Q.T.R.

² Le masculin est utilisé pour alléger le texte.

Ces objectifs avaient été fixés en avril 1988. Au cours de l'été et de l'automne 1988, une équipe de recherche a recensé les écrits scientifiques sur le bien-être psychologique. En janvier 1989, commençait la recension des écrits sur les facteurs qui peuvent influencer le bien-être tels la santé, le revenu, l'environnement physique et le réseau social.

Au début du mois de mai 1989, le cadre théorique a été présenté aux intervenants de même que les instruments choisis pour mesurer les variables sélectionnées. De légers problèmes d'ordre éthique ont été soulevés tels le caractère confidentiel ou le danger que les responsables des familles craignent qu'il s'agisse d'une évaluation de la qualité de leurs services. Ces questions ont été résolues par l'envoi d'une lettre de présentation de la recherche, puis par des contacts effectués par des travailleurs sociaux.

A partir de ce moment, la suite de la recherche nécessitait leur collaboration.¹ Les travailleurs sociaux devaient faire une sélection des bénéficiaires à partir de critères pré-établis qui seront mentionnés dans la partie choix des sujets.

¹ L'auteur tient ici à remercier tous(tes) les travailleur(ses) sociaux(les) des Centres de Services Sociaux de la Région du Centre du Québec pour leur excellente collaboration.

Choix des sujets

L'échantillonnage se compose de 60 personnes âgées réparties presque également selon le sexe (34 femmes et 26 hommes).

Les sujets visés par cette recherche sont des personnes qui vivent en famille d'accueil. Ces personnes ont recours aux services publics pour deux raisons principales: la perte d'autonomie et l'absence de personnes dans leur entourage qui pourraient les prendre en charge. Le choix d'une clientèle en famille d'accueil s'est effectué suite à la demande des intervenants sociaux et aussi pour combler les lacunes observées dans la recension des écrits scientifiques sur le bien-être psychologique et ses corrélats. Cette clientèle est rarement pour ne pas dire jamais étudiée. La plupart du temps l'intérêt porte sur les personnes qui vivent en centre d'accueil ou encore sur les personnes qui vivent d'une manière entièrement autonome à leur domicile mais les gens qui vivent en famille d'accueil (et ils sont assez nombreux) ne sont pas étudiés. A prime abord, il s'agit d'un problème d'accessibilité et c'est pourquoi une demande de collaboration a été faite auprès Centres de Services Sociaux de la Région 04 et des régions environnantes.

Pour aider les intervenants responsables de la sélection, des critères furent établis: 1) identification de personnes de 65 ans et plus vivant en famille d'accueil 2) choix d'un maximum de deux bénéficiaires par famille

d'accueil 3) capacité mentale suffisante pour répondre à des questionnaires 4) absence de problèmes de surdité et 5) un nombre de sujets féminins et masculins équivalent.

En terme numérique, chez les 60 personnes choisies, l'échantillon se compose de 34 femmes et 26 hommes. Dans ce groupe, 22 proviennent de la région de Trois-Rivières métropolitain, 3 de Louiseville, 15 de la région de Drummondville, 10 de la région de Shawinigan et enfin 10 de la région de Nicolet.

La moyenne d'âge du groupe se situe à 80 ans avec un écart-type de 5.9. Quant aux moyennes d'âge pour les hommes et les femmes, elles sont respectivement de 79 ans avec un écart-type de 6.9 et de 82 ans avec un écart-type de 4.8.

En terme de pourcentage, au niveau du statut civil, 63% sont veufs, 18% sont célibataires, 15% sont mariés et 4% sont séparés ou divorcés. Dans les personnes interrogées, 72% vivent dans une maison de type unifamiliale, 20% vivent en résidences (comprenant plus d'une famille d'accueil) et 7% vivent en famille d'accueil dans un appartement. Le tableau 1 présente la distribution des sujets en fonction de l'âge, du statut civil et du type d'habitation.

Tableau 1

Distribution des sujets en fonction de l'âge, du statut civil et du type d'habitation

	Total	Homme (a)	Femme (b)
<u>Age</u>			
65-75	9	7	2
76-85	35	13	22
86 et +	16	6	10
<u>Statut civil</u>			
veuf	38	13	25
marié	9	5	5
célibataire	11	7	4
sép.-div.	2	1	1
<u>Type d'habitation</u>			
maison familiale	43	22	21
résidence	12	03	9
appartement	5	1	4

(a) $n=26$

(b) $n=34$

Choix des expérimentateurs

Le recrutement des expérimentateurs s'est fait rapidement. Deux des expérimentateurs étaient des étudiants qui effectuaient cette recherche dans le cadre de leur mémoire de maîtrise. Les deux autres étaient des

étudiants qui travaillaient ou avaient déjà travaillé au Laboratoire de gérontologie de l'U.Q.T.R.. Parmi les expérimentateurs, trois avaient déjà fait des entrevues auprès des personnes âgées.

Les expérimentateurs se sont rencontrés à plusieurs reprises avant de commencer l'expérimentation. Dans un premier temps, les questionnaires ont été révisés par tout le groupe. Ensuite, chaque expérimentateur a fait un essai avec tous les questionnaires. Cette procédure a permis de déceler quelques erreurs et de modifier légèrement la formulation de certaines questions. Par la même occasion, la technique de prise de contact lors de la rencontre avec le bénéficiaire a été discutée et des critères ont été fixés afin que celle-ci soit le plus uniforme possible.

Déroulement de l'expérience

La première étape consistait en une sélection des bénéficiaires qui répondaient aux critères établis. En second lieu, les travailleurs sociaux devaient téléphoner aux responsables de familles d'accueil pour leur expliquer brièvement les buts de la recherche et obtenir leur accord. Les travailleurs sociaux présentaient la recherche aux responsables de familles d'accueil de façon simple, en expliquant que des étudiants de l'Université avaient besoin de la collaboration de personnes âgées. Ils précisaient que cette recherche a pour but de mieux comprendre les personnes âgées ainsi que d'apporter de nouveaux moyens d'intervention encore plus efficaces et en leur spécifiant qu'il ne

s'agit pas d'une évaluation de la famille d'accueil ni des lieux physiques. Certains travailleurs sociaux ont contacté directement les bénéficiaires pour leur expliquer la recherche, les autres ont laissé ce soin aux responsables des familles d'accueil.

Par la suite, l'expérimentateur contactait le travailleur social pour avoir les noms, adresses et numéros de téléphone des bénéficiaires choisis.

L'étape suivante différait d'une famille à l'autre. Parfois l'expérimentateur prenait un rendez-vous avec le responsable, qui avertissait le(s) bénéficiaire(s) de la visite, d'autres fois le contact était fait directement avec la personne âgée pour fixer une rencontre.

Finalement, les expérimentateurs se rendaient par groupe de deux dans une famille d'accueil au jour et à l'heure convenus et chaque expérimentateur rencontrait un bénéficiaire en privé (habituellement dans leur chambre ou dans une autre pièce où il n'y avait personne d'autre).

Tous les questionnaires étaient présentés oralement. La durée de passation a varié entre 30 minutes et 2:30 heures avec une moyenne de 1:15 heure par entrevue. La durée dépendait de la capacité de la personne âgée à bien comprendre les questions de même que du contact qui s'établissait entre l'expérimentateur et le bénéficiaire.

Instruments utilisés

Questionnaire des informations socio-démographiques

Le premier instrument est un questionnaire de renseignements généraux administré à tous les sujets. Cet outil vise à connaître divers renseignements personnels tels l'âge, le sexe, le statut civil, le nombre d'enfants, les raisons du séjour, la durée du séjour, etc., nécessaires au traitement des données (voir appendice A). Ces renseignements permettront d'effectuer des analyses secondaires pour vérifier le lien entre ces variables et les variables principales.

Échelle de satisfaction de vivre de Salamon et Conte

Comme il a été mentionné précédemment, l'Échelle de satisfaction de vivre de Salamon et Conte représente une méthode très intéressante pour mesurer le bien-être psychologique des personnes âgées (voir appendice B).

C'est en 1982 que Salamon et Conte présentent leur questionnaire. Ils reprennent les cinq catégories des Échelles de satisfaction de vivre de Neugarten et al. (1961) mais en créant de nouveaux items. Selon eux, même si les échelles de Neugarten offrent une facilité d'utilisation, elles sont limitées par un manque d'informations en ce qui a trait aux propriétés psychométriques (pas de données sur la fidélité et très peu sur la validité).

L'Échelle de satisfaction de vivre de Salamon et Conte comprend huit catégories. En plus des cinq déjà utilisées dans les échelles de Neugarten, ils ajoutent la santé perçue, la sécurité financière et les contacts sociaux. Les écrits scientifiques nous ont permis de constater que la santé (Diener, 1984; Larson, 1978), la sécurité financière (Bradburn, 1969; Campbell et al., 1976; Diener, 1984) et les contacts sociaux (Kahn et Antonucci, 1980; Liang et al., 1980) doivent être considérés comme des facteurs qui peuvent influencer le bien-être psychologique et non comme des dimensions de celui-ci (Kammann, 1983). Nous ne tiendront donc pas compte de ces trois dernières catégories.

Les cinq catégories utilisées dans cette recherche se définissent comme suit:

1. Activités quotidiennes (prend plaisir dans les activités quotidiennes) - satisfaction par rapport à la routine d'activités non spécifiques qui constitue chacune des journées d'un individu (questions 1, 10, 22, 24, 40).
2. Sens de la vie (voir la vie comme pleine de sens) - attitude positive envers sa situation de vie actuelle, se sentir utile, sentir que sa vie sert à quelque chose (questions 2, 11, 31, 33, 39).

3. Buts (congruence entre les buts fixés et les buts atteints) - satisfaction relative par rapport à la présente étape de développement en comparaison aux étapes précédentes de la vie (questions 3, 14, 21, 23, 36).

4. Humeur (bonne humeur) - affect généralement positif, joie ou optimisme pas nécessairement rattaché à une activité ou à un aspect spécifique de sa situation de vie, de son environnement ou de son milieu social (questions 4, 25, 30, 37, 38).

5. Concept de soi (concept de soi positif).- haut niveau de considération personnelle et estime de soi favorable (questions 13, 15, 26, 27, 32).

L'instrument a été composé en utilisant des échelons de type Likert et chaque sous-échelle comporte cinq items dont les scores s'additionnent selon la technique recommandé par Nunnaly (1980). Cette technique permet une sommation des points des items pour chaque individu afin de constituer un score total. Un échelonnement de cinq points a été choisi pour chaque item, fournissant une bonne variabilité et suffisamment d'options de réponses pour l'expression personnelle, tout en limitant la confusion qui peut être causée en fournissant un échelonnement trop subtil (e.g. utiliser une échelle en neuf points).

Le sujet indique la proposition qui correspond le plus à son état actuel. Le score pour chacune des sous-échelles varie de -10 à +10. Le score

total s'obtient en additionnant les valeurs numériques correspondant à chacune des propositions choisies par le sujet. Le score total peut varier de -50 à +50.

Les auteurs stipulent que le score total de ce questionnaire constitue un bon indicateur du niveau de bien-être psychologique subjectif des personnes âgées. Au plan métrologique, voici ce qui ressort quant à la fidélité et à la validité de l'instrument.

A. La fidélité de l'Echelle de Salamon et Conte

La fidélité de l'échelle de Salamon et Conte a été déterminée par trois études. La première s'est faite auprès d'un échantillon dans la communauté, la seconde auprès d'un échantillon recevant des soins de santé (à la maison ou en institution) et la dernière par la méthode du test-retest.

1) Échantillon 1

La première étude comprenait 408 individus âgés entre 55 et 90 ans. Tous les sujets avaient une santé moyenne et une capacité ambulatoire suffisante pour se rendre dans un des cinq endroits où l'Echelle de satisfaction de vivre était administrée.

Le coefficient Alpha de Croenbach a été choisi comme la mesure de fidélité la plus appropriée. Ce coefficient fournit un estimé de la consistance interne de l'instrument. Le Alpha de Croenbach a été calculé pour les 40 items et pour chacune des 8 sous-échelles séparément (Salamon et

Conte, 1981) (voir tableau 2). Comme la présente recherche utilise seulement les cinq premières sous-échelles seuls les coefficients de celles-ci et le coefficient de l'échelle totale seront mentionnés.

Tableau 2

Estimation de la fidélité pour l'échantillon (a) dans la communauté

Echelle	Écart-Type.	Coeff. Alpha
Activités quotidiennes	3.37	.71
Sens de la vie	3.71	.74
Buts	3.52	.60
Humeur	3.64	.67
Concept de soi	3.07	.61
Total (pour les 8 sous-échelles)	22.70	.93

(a) $n=408$

N.B. Chaque sous-échelles comprend cinq items pour le coefficient Alpha

2) Échantillon 2

Le second échantillon (voir tableau 3) comprenait 241 individus sélectionnés en fonction de leur affiliation avec l'un des nombreux services de santé choisis: les services de santé donnés sur place dans les trois centres

d'accueil, cinq bureaux de médecins privés, trois organismes de soins intermédiaires, trois bureaux de soins infirmiers, deux hôpitaux et un organisme de services de soins infirmiers à domicile.

Tableau 3

Estimation de la fidélité pour l'échantillon (a) recevant des soins de santé

Echelle	Écart-Type.	Coeff. Alpha
Activités quotidiennes	3.88	.78
Sens de la vie	3.62	.75
Buts	3.08	.50
Humeur	3.33	.70
Concept de soi	2.91	.47
Total (pour les 8 sous-échelles)	21.04	.92

(a) n=241

Même si la fidélité des sous-échelles est un peu plus basse que pour l'échantillon dans la communauté, elle demeure acceptable (Nunally, 1980).

3) Méthode test-retest

Une deuxième administration de l'échelle a été effectuée auprès de 120 personnes de l'échantillon dans la communauté, six mois après la première administration. Le coefficient de fidélité du test-retest utilisant le score total a été de $r=.67$. Dans le même échantillon, les chercheurs ont sélectionné un groupe de 50 personnes vivant dans une résidence pour personnes âgées. Ce groupe a été choisi en fonction de sa stabilité anticipée sur une assez longue période de temps. L'étendue de l'âge pour ce groupe était de 65 à 89 ans avec un écart-type de 5.0. Deux administrations du test à un mois d'intervalle ont donné des corrélations de $r=.90$ pour l'échelle totale. Les corrélations pour les sous-échelles étaient toutes au-dessus de $r=.88$.

B. La validité de l'Échelle de Salamon et Conte

L'Échelle de satisfaction de vivre pour personnes âgées de Salamon et Conte a été validée en utilisant plusieurs approches. Dans leur présentation du questionnaire, Salamon et Conte indiquent que la validité de construit a été mesurée par la méthode de regroupement des items (cluster analysis). De plus, d'autres mesures de bien-être physique et psychologique ont été utilisées pour fournir la validité de concours et la validité discriminante.

L'analyse de regroupement des items a été effectué pour déterminer si les questions de chacune des sous-échelles se regrouperaient ensemble, fournissant des informations sur le caractère particulier de

chacune des sous-échelles. Les résultats dans le tableau 4 indiquent que dans chacune des sous-échelles sauf pour le concept de soi, trois des cinq questions se sont regroupées ensemble.

Tableau 4

Analyse de regroupement d'items pour l'Échelle de satisfaction de vivre

Sous-échelles	Questions *
Activités quotidiennes	10,24,40
Sens de la vie	02,11,31,39
Buts	03,14,23,36,
Humeur	04,30,37,38
Concept de soi	27,32

En ce qui concerne la validité de concours, 77 personnes inscrites à un programme de soins de santé préventifs pour personnes âgées (Salamon, Charyton et McQuade, 1981) ont complété l'Échelle de satisfaction de vivre pour personnes âgées et un questionnaire sur les antécédents médicaux (Kopf, Salamon, Charyton, 1982). Elles ont aussi participé à une entrevue psychosociale en plus d'avoir une évaluation de leur santé physique. L'analyse des scores à l'Échelle de satisfaction de vivre comparés aux autres données disponibles sont incluses dans le tableau 5 (Salamon et Conte, 1981).

Tableau 5

Chi-carré de Yates, niveau de signification, et corrélation du point bisérial pour les cinq-sous-échelles de l'Échelle de satisfaction de vivre

Sous-échelles	Chi-carré	r	p
Activité quotidiennes	16.26	.61	< .001
Sens de la vie	16.54	.44	< .001
Buts	4.00	pas disponible	< .05
Humeur	22.78	.57	< .001
Concept de soi	26.19	.66	< .001

Cette étude a révélé de fortes corrélations dans chacune des sous-échelles telles que mesurées par le chi-carré de Yates et les corrélations du point bisérial. Dans la sous-échelle des Buts, la corrélation du point bisérial n'a pas pu être calculée parce qu'il a été impossible de constituer un score avec les informations recueillies en entrevue.

Une analyse de variance discriminante a été effectuée sur les données des 241 sujets du second échantillon. (voir tableau 6). Cette analyse révèle la capacité du score total et des scores aux sous-échelles Activités quotidiennes et Sens de la vie de l'Échelle de satisfaction de vivre de

discriminer d'une manière effective les groupes provenant de différents types de soins de santé.

Tableau 6

ANOVA: Effets principaux des sous-échelles
de l'Échelle de satisfaction de vivre

Source de variation	Somme des carrés	D.L.	C.M.	F
Total	5620.65	5	1124.13	2.627*
Activités quotidiennes	455.71	5	91.14	6.788***
Sens de la vie	225.99	5	45.20	3.648***
Buts	61.77	5	12.35	1.311
Humeur	85.63	5	17.13	1.588
Concept de soi	70.08	5	14.02	1.677

* p<.05 **p<.01 ***p<.001

Les échelles qui n'ont pas atteint de niveaux de signification étaient reliées à des caractéristiques personnelles et il n'était pas attendu qu'elles soient en corrélation avec l'utilisation de services de soins de santé.

C. L'adaptation française de l'Échelle de satisfaction de vivre de Salamon et Conte

Comme l'Échelle de satisfaction de vivre de Salamon et Conte est très récente, il n'existe pas d'adaptation française de ce questionnaire. L'équipe de recherche du Laboratoire de gérontologie de l'U.Q.T.R. a soumis la version anglaise à trois traducteurs indépendants. Ils ont effectué, sans aucun contact les uns avec les autres, une traduction de cette échelle. Par la suite, plusieurs rencontres ont permis à ces trois traducteurs d'en arriver à un consensus. L'Échelle de satisfaction de vivre de Salamon et Conte comprend des mots simples et le consensus a été établi assez facilement: il y a peu d'ambiguïté sur la signification du langage utilisé.

Par la suite, le questionnaire a été dactylographié en respectant intégralement l'ordre des questions et la présentation faite par Salamon et Conte. Quelques essais ont été effectués auprès de personnes âgées. Ces essais ont permis de faire les corrections nécessaires et le questionnaire a été imprimé dans sa version finale.

Étant donné qu'il s'agit de la première traduction de cette échelle, aucun résultat n'existe en ce qui a trait à la fidélité et la validité. Les résultats obtenus par Salamon et Conte seront donc utilisés dans la présente recherche. (c.f. fidélité et validité de l'Échelle de satisfaction de vivre).

Le questionnaire réseau de support social

L'élaboration du questionnaire de réseau de support social (voir appendice C) s'est déroulé en plusieurs étapes. Premièrement, un recension des écrits scientifiques a été effectuée afin de chercher un instrument qui puisse répondre aux objectifs fixés.

Deuxièmement, les instruments retenus ont été présentés à un groupe de recherche travaillant sur le même sujet. Ces rencontres ont permis, dans un premier temps, d'identifier les dimensions importantes qui doivent être incluses le questionnaire. Par la suite, ces rencontre ont permis d'éliminer par consensus les instruments qui ne répondaient pas aux critères fixés. Comme il a été mentionné précédemment, plusieurs recherches utilisent des échelles expérimentales qui ne peuvent être réutilisées en raison des limites que chacune d'entre elle possède au niveau des populations ou de la problématique étudiée. Quant aux échelles validées auprès de diverses populations, parfois elles ne s'adressent qu'à une population d'âge moyen, parfois elles ne comprennent qu'une seule des deux dimensions jugées importantes par les chercheurs soit la dimension quantitative et la dimension qualitative.

C'est pourquoi, un questionnaire original a été élaboré à partir du Social Support Questionnaire de Norbeck (Norbeck et al., 1981). Le questionnaire de Norbeck constitue l'instrument qui se rapproche le plus des exigences définies dans le cadre théorique. Plus particulièrement, Norbeck

interroge les personnes sur le support qu'elles peuvent recevoir de leur entourage. Il pose des questions se rapportant au support instrumental ou aide matérielle, au support émotionnel de même qu'aux sentiments de respect et d'amour. Plusieurs questions de ce questionnaire ont été retenues et quelques unes ont été ajoutées selon les suggestions du groupe de recherche et suite aux lectures sur le sujet. Conformément à la définition du réseau de support présentée précédemment, les principaux ajouts touchent à la dimension subjective du réseau de support c'est-à-dire à la satisfaction face aux différentes dimensions touchées par le questionnaire initial.

Par après, il y a eu la conception de l'outil avec toutes les questions choisies. Un court essai a été effectué auprès de quatre personnes âgées afin de vérifier la compréhension des consignes et du test en général. De légères modifications ont été apportées suite aux commentaires des expérimentateurs. Finalement, le questionnaire a été imprimé dans sa version finale.

Deux parties composent le questionnaire de réseau de support social. La première, dite quantitative, comprend quatre questions qui s'intéressent à la structure du réseau de support soit le nombre, l'étendue (nombre de catégories de participants), la durabilité (nombre d'années) et la fréquence (fréquence des contacts). Pour chacune de ces quatre premières questions, aucun choix de réponses n'est donné au répondant. Les réponses ont été estimées par la suite en fonction des cotes prédéterminées. Les cotes

s'échelonnent sur une échelle de Likert en cinq points (sauf pour la première qui garde sa valeur numérique de base: il s'agit de nommer 20 (maximum) personnes importantes ou significatives pour la personne interrogée). Un score moyen est calculé pour chacune des questions. Ces scores moyens sont ensuite additionnés pour constituer un score pour la dimension. La pondération des échelles a été effectuée de la manière suivante: les questions un et quatre (nombre et fréquence) se sont vu attribuer un poids de 10 tandis que les questions deux et trois (étendue et durabilité) ont reçu un poids de 5. Le score total pour l'échelle quantitative est de 30.

La deuxième partie du questionnaire évalue la dimension qualitative du réseau de support social avec huit questions: la suffisance (satisfaction par rapport à la fréquence des contacts), la réciprocité (présence ou absence d'échange), la satisfaction (par rapport à la relation en général), le support instrumental (aide), le support émotionnel (confident), satisfaction face au support, l'accord-affirmation (réassurance de sa propre valeur) et l'affection (sentiment d'être apprécié(e) et aimé(e)). La personne répond à chacune de ces questions à l'aide d'une échelle de Likert en cinq points selon le modèle de Norbeck et al. (1981). Comme pour la dimension quantitative, un score moyen a été calculé pour chacune des questions. Aucune pondération n'a été faite pour cette dimension. Le score total possible est donc de 40. Le score total possible au questionnaire de réseau de support social est de 70.

Un total de 69 questionnaires ont été administrés: neuf de ces questionnaires ont dû être rejetés en raison de différents problèmes survenus au cours des entrevues (confusion liée à une capacité de concentration très faible, refus de continuer l'entrevue, impossibilité de compléter tous les questionnaires, etc.).

Chapitre III

Analyse des résultats

Ce troisième chapitre présente l'analyse des résultats et la discussion. Dans un premier temps, nous exposerons les méthodes d'analyse statistiques utilisées. Puis, nous présenterons les résultats obtenus à l'Echelle de satisfaction de vivre de Salamon et Conte ainsi que ceux obtenus au questionnaire sur le réseau de support social. Nous décrirons ensuite les résultats des corrélations entre ces deux variables. De plus, nous présenterons les résultats des analyses secondaires soit l'influence des variables telles que l'âge, le sexe, le statut civil, etc. sur le bien-être psychologique et sur le réseau de support social. Enfin, suivra une discussion de ces résultats qui seront comparés aux recherches qui s'intéressaient à l'influence du réseau de support social sur le bien-être psychologique des personnes âgées.

Méthodes d'analyse

Nous avons administré deux questionnaires et tenté de découvrir des liens qui pourraient exister entre le réseau de support social et le bien-être psychologique. Les moyennes et les écarts-type ont été calculés pour chacune des variables étudiées soit le bien-être psychologique et le réseau de support social. Les résultats bruts des sujets ont été soumis à des analyses corrélationnelles. Des études additionnelles (analyses de variance et corrélations) ont été effectuées sur les variables socio-démographiques afin

corrélations) ont été effectuées sur les variables socio-démographiques afin de mieux comprendre le lien qui existe entre ces variables et les variables principales.

Pour vérifier les hypothèses principales, les résultats individuels ont été soumis à une analyse corrélationnelle (coefficients de corrélation de Pearson) entre le score total à l'Échelle de satisfaction de vivre et les douze questions du questionnaire de réseau de support social. De plus, des corrélations ont été calculées entre l'Échelle de satisfaction de vivre et les dimensions du réseau de support social de même qu'avec le score total. Afin de vérifier les hypothèses secondaires, des corrélations de Pearson ont été calculées entre les cinq sous-échelles de l'échelle de Salamon et Conte et les dimensions quantitative et qualitative du réseau de support social.

Les résultats ayant un niveau de probabilité inférieur à 5% sont considérés comme statistiquement significatifs.

Présentation des résultats

L'adaptation française de l'Échelle de satisfaction de vivre pour personnes âgées de Salamon et Conte se compose de cinq sous-échelles soit: Activités quotidiennes, Sens de la vie, Buts, Humeur et Concept de soi. Selon Salamon et Conte, un score est calculé pour chacune des sous-échelles de même que pour l'échelle totale.

La moyenne du score total dans la population de personnes âgées vivant en famille d'accueil est de 16.83 avec un écart-type 12.31. L'étendue pour la population étudiée est de 56 soit une variation du score total de -10 à +46 (les résultats individuels du score total sont présentés en appendice D au tableau 14).

Les moyennes pour les sous-échelles de l'Échelle de satisfaction de vivre sont présentées dans le tableau 7.

Tableau 7

Moyennes et écart-types pour les sous-échelles de l'Échelle de satisfaction de vivre de Salamon et Conte

Sous-échelle	Moyenne	Ecart-type
Activités quotidiennes	1.27	4.14
Sens de la vie	3.78	3.41
Buts	3.37	2.52
Humeur	5.88	2.59
Concept de soi	2.55	2.37

Ces résultats ne permettent pas de juger du niveau de bien-être psychologique des personnes âgées qui vivent en famille d'accueil. Cependant, il est possible de constater que toutes les sous-échelles se situent au pôle positif. L'Humeur constitue la sous-échelle dont le score est le plus élevé alors que la sous-échelle Activités quotidiennes possède le plus bas.

Quant au questionnaire du réseau de support social, il se compose de deux parties. Un score moyen est calculé pour chacune des questions de même qu'un score pour chacune des dimensions (quantitative et qualitative). De plus, un score total est calculé. Dans la population visée par l'expérimentation, le score total moyen est de 47.25 avec un écart-type de 6.12. Les scores moyens pour chaque dimension sont respectivement de 29.7 avec un écart-type de 4.75 pour la dimension quantitative et de 17.58 avec un écart-type de 3.12 pour la dimension qualitative (les résultats individuels pour le score total et les résultats à chaque dimension sont présentés en appendice D aux tableaux 15, 16 et 17).

Le tableau 8 présente les résultats des corrélations entre le score total à l'Échelle de satisfaction de vivre et le score total au réseau de support social de même que les corrélations avec les dimensions quantitative et qualitative du réseau de support.

Tableau 8

Coefficients de corrélation entre le score total à l'Échelle de satisfaction de vivre et les dimensions quantitative et qualitative de même qu'avec le score total au réseau de support pour l'ensemble des sujets (N=60)

Bien-être psychologique à l'Échelle de satisfaction de vivre de Salamon et Conte

Réseau de support	r
Quantitatif	0.264*
Qualitatif	0.426**
Total	0.465**

* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$

Par ces résultats, l'hypothèse principale de cette recherche semble confirmée avec une corrélation de ($r = 0.465$; $p < 0.01$) entre le réseau de support social et le bien-être psychologique.

Les hypothèses secondaires de cette recherche semblent aussi vérifiées: la dimension quantitative et la dimension qualitative sont aussi reliées au bien-être psychologique avec des corrélations respectives de ($r = 0.264$; $p < 0.05$) et ($r = 0.426$; $p < 0.01$).

Le tableau 9 présente les corrélations entre le score total à l'Échelle de satisfaction de vivre et les douze questions du réseau de support. La lecture de ce tableau indique qu'une seule des questions de la dimension quantitative est reliée au bien-être psychologique soit le nombre de personnes nommées par le sujet ($r = 0.273$; $p < 0.05$). Au niveau de la dimension qualitative cependant, plusieurs questions sont significativement reliées au bien-être psychologique soit la suffisance ($r = 0.398$; $p < 0.01$), la satisfaction ($r = 0.446$; $p < 0.01$), le support instrumental ($r = 0.265$; $p < 0.05$), le support émotionnel ($r = 0.267$; $p < 0.05$), la satisfaction face au support ($r = 0.394$; $p < 0.01$), l'accord-affirmation ($r = 0.328$; $p < 0.01$) et l'affection ($r = 0.430$; $p < 0.01$).

Tableau 9

Coefficients de corrélation entre le score total à l'Échelle de satisfaction de vivre et les douze questions du réseau de support pour l'ensemble des sujets (N= 60).

Bien-être psychologique à l'Échelle de satisfaction de vivre de Salamon et Conte

Réseau de support	r
1. Nombre	0.273*
2. Etendue	0.236
3. Durabilité	0.140
4. Fréquence	0.051
5. Suffisance	0.398**
6. Réciprocité	0.040
7. Satisfaction	0.446**
8. Support instrumental	0.265*
9. Support émotionnel	0.267*
10. Satisfaction face au support	0.394**
11. Accord -Affirmation	0.328**
12. Affection	0.430**

* p < 0.05 ** p < 0.01

Le tableau 10 présente le corrélations entre les cinq sous-échelles de l'Échelle de satisfaction de vivre de Salamon et Conte et les dimensions quantitative et qualitative du réseau de support social.

Tableau 10

Corrélations entre les cinq sous-échelles de l'Échelle de satisfaction de vivre de Salamon et Conte et les dimensions quantitative et qualitative du réseau de support social pour l'ensemble des sujets (N = 60)

Réseau de support social		
Sous-échelles de satisfaction de vivre	Dimension quantitative r	Dimension qualitative r
Activités quotidiennes	0.265*	0.420**
Sens de la vie	0.129	0.352**
Buts	0.205	0.218
Humeur	0.091	0.324*
Concept de soi	0.403**	0.385**

* p < 0.05 ** p < 0.01

Plusieurs de ces sous-échelles sont reliées d'une manière significative soit à la dimension quantitative, soit à la dimension qualitative et parfois aux deux.

Ainsi, les sous-échelles activités quotidiennes et concept de soi sont reliées à la dimension quantitative du réseau de support social par des

corrélations de ($r = 0.265$; $p < 0.05$) et ($r = 0.403$; $p < 0.01$). Enfin, toutes les sous-échelles sauf les Buts sont reliées à la dimension qualitative du réseau de support: Activités quotidiennes ($r = 0.420$; $p < 0.01$), Sens de la vie ($r = 0.352$; $p < 0.01$), Humeur ($r = 0.324$; $p < 0.05$) et Concept de soi ($r = 0.385$; $p < 0.01$)

Analyses secondaires

Après avoir constaté que l'hypothèse principale et les hypothèses secondaires étaient vérifiées, il est apparu intéressant de faire des investigations supplémentaires. Des analyses de variance ont été effectuées entre les catégories socio-démographiques (âge, sexe, statut civil, santé perçue et sécurité financière perçue) et nos variables principales soit le bien-être psychologique et le réseau de support social. La santé perçue et la sécurité financière perçue ont été évaluées par les sous-échelles du même nom incluses dans le questionnaire original de Salamon et Conte (1982).

Les résultats des analyses de variance démontrent qu'il n'y a pas de différences attribuables à l'âge ($F = 2.668$; $p = 0.0781$). On ne retrouve pas non plus de différences de moyennes significatives au niveau du sexe ($F = 0.138$; $p = 0.7119$) et du statut civil ($F = 0.218$; $p = 0.08833$). Cependant, on remarque des différences significatives entre les groupes au niveau de la santé perçue ($F = 4.608$; $p < 0.05$) (voir tableau 11) de même qu'au niveau de la sécurité financière perçue ($F = 7.248$; $p < 0.01$) (voir tableau 12).

Tableau 11

Moyennes et écart-types de bien-être psychologique
en fonction de la santé perçue

Sous-groupes	Moyennes	Écart-types
Bas	8.2	11.83
Moyen	17.154	11.593
Élevé	23.545	11.544

Tableau 12

Moyennes et écart-types de bien-être psychologique
en fonction de la sécurité financière perçue

Sous-groupes	Moyennes	Écart-types
Bas	5	11.255
Moyen	18.333	11.23
Élevé	22.273	11.946

En ce qui concerne le réseau de support social, les analyses de variance ont permis de trouver des différences de moyennes significatives seulement au niveau de la sécurité financière perçue ($F = 5.173$; $p < 0.01$). Les

résultats obtenus pour les autres variables ont sont les suivants: âge ($F = 1.194$; $p = 0.3104$), sexe ($F = 1.764$; $p = 0.1894$), statut civil ($F = 1.047$; $p = 0.3792$) et santé perçue ($F = 0.041$; $p = 0.96$).

Tableau 13
Moyennes et écart-types de réseau de support social
en fonction de la sécurité financière perçue

Sous-groupes	Moyennes	Écart-types
Bas	44.367	7.154
Moyen	46.669	5.775
Élevé	51.954	3.789

Interprétation des résultats et discussion

L'hypothèse générale voulait que le réseau de support social soit relié significativement au bien-être psychologique des personnes âgées; elle prévoyait plus précisément que les caractéristiques structurales et fonctionnelles y soient reliées positivement. Cette relation fut vérifiée en mettant en relation le score total de l'Échelle de satisfaction de vivre, mesure du bien-être psychologique, avec les dimensions quantitative et qualitative de même qu'avec le score total du questionnaire de réseau de

support social. Les tableaux 8, 9 et 10 supportent globalement l'hypothèse générale.

Il faut cependant noter que la dimension qualitative présente une corrélation beaucoup plus forte que la dimension quantitative. Cette différence a été notée à plusieurs reprises dans les recherches sur le bien-être psychologique des âgés (Duff et Hong, 1982; Gibson; 1986). Par contre, les résultats de la présente étude font état d'une corrélation faible mais significative entre la dimension quantitative et le bien-être psychologique alors que les recherches ci-haut mentionnées ne sont pas parvenus à établir cette relation.

Ainsi, les caractéristiques structurales sont reliées positivement au bien-être psychologique. Ces résultats sont semblables à ceux obtenus par Campbell (1981) qui affirme que les attributs objectifs des relations sociales influencent le bien-être psychologique, indépendamment des évaluations subjectives. Par contre, même significative, cette corrélation est assez faible.

En effet, à l'intérieur de cette dimension, seul le nombre de personnes nommées par le sujet est reliée significativement au bien-être psychologique. Heller et Mansbach (1984) démontrent dans leur recherche que le nombre total de personnes dans un réseau (social ou de support) est un facteur important relié à l'évaluation qu'une personne fera de sa satisfaction

de vivre. Conner *et al.* (1979) ont aussi trouvé que le nombre total de personnes est relié à la satisfaction de vivre. Par contre, selon Conner *et al.*, même significative, cette relation n'explique qu'une très mince proportion de la variance totale de la satisfaction de vivre.

Les autres questions (étendue, durabilité et fréquence) se rapportant à la structure ne sont pas reliées positivement au bien-être psychologique. Au niveau du lien entre la fréquence des contacts et le bien-être psychologique, les conclusions des auteurs diffèrent. Par exemple, des chercheurs ont trouvé que, chez les hommes, la fréquence était reliée au bien-être psychologique. Quant à Lee et Ishii-Kuntz (1987), ils ont découvert que la fréquence des interactions avec les amis était reliée au bien-être psychologique alors que la fréquence des interactions avec la famille ne l'était pas. Cependant, plusieurs recherches n'ont pas réussi à établir une relation significative entre la fréquence d'interaction et les différents indicateurs de bien-être psychologique (Duff et Hong, 1982; Gibson, 1986; Liang *et al.*, 1980; Mancini *et al.*, 1980; Ward *et al.*, 1982).

En ce qui concerne l'étendue (le nombre de catégories de personnes) et la durabilité (le nombre d'années de connaissance), ces éléments ont été introduit à l'intérieur du questionnaire de réseau de support selon les recommandations de certains auteurs (Kahn et Antonucci, 1980; Mitchell et Trickett, 1980; Norbeck *et al.*, 1981) dans le but d'obtenir une vision plus complète du réseau de support. Les résultats obtenus dans cette

recherche indiquent qu'il importe peu de connaître des gens dans plusieurs catégories. De même, le nombre d'années de connaissance n'est pas relié significativement au bien-être psychologique.

La présence d'un lien significatif entre le nombre de personnes nommées et le bien-être psychologique démontre que l'ampleur du réseau est considérée comme importante dans l'évaluation du bien-être. Par contre, peu importe que le réseau soit diversifié ou non (étendue), que ces personnes soient connues depuis longtemps ou depuis très peu de temps (durabilité) ou que la fréquence des contacts avec ces personnes soit élevée ou faible (fréquence). Indépendamment de la question qualitative, le nombre de personnes est important. Ainsi, il existe un nombre minimal de personnes, nécessaire à l'évaluation positive du bien-être psychologique.

Les caractéristiques fonctionnelles sont également reliées au bien-être psychologique et ce lien apparaît beaucoup plus significatif. Plusieurs questions, cette fois, sont reliées significativement au bien-être psychologique des âgés soit la suffisance, la satisfaction, le support instrumental, le support émotionnel, la satisfaction par rapport au support, l'accord-affirmation et l'affection. La seule question qui n'est pas reliée positivement au bien-être psychologique est la réciprocité. Ces résultats indiquent que l'aspect qualitatif du réseau de support des âgés est un facteur important dans l'évaluation de leur bien-être. Gibson (1986), affirme d'ailleurs à ce sujet que seul l'aspect qualitatif exerce une influence.

Une analyse plus approfondie des résultats obtenus pour chaque question permettra de mieux comprendre les ressemblances avec les autres recherches. Les résultats de la présente recherche indiquent que la suffisance (satisfaction par rapport au temps passé en compagnie de la personne) est reliée au bien-être psychologique des âgés alors que la fréquence des contacts ne l'est pas. A ce sujet, Duff et Hong (1982) affirment que le bien-être psychologique n'est pas relié à la fréquence des contacts alors que la satisfaction face à la fréquence l'est. Ces résultats indiquent que la fréquence effective de rencontres est moins importante que la perception de suffisance qui se dégage de ces rencontres.

La satisfaction par rapport à la relation est aussi reliée positivement au bien-être psychologique. Ces résultats vont dans le même sens que ceux obtenus par Gibson (1986), par Heller et Mansbach (1984) et par Liang *et al.* (1980).

En ce qui concerne l'aspect instrumental et l'aspect émotionnel du support, ils sont tous les deux reliés au bien-être psychologique des âgés. Ces associations positives confirment la nécessité pour les personnes âgées d'avoir accès à différents types de support pour évaluer leur vie comme satisfaisante.

Cependant, la corrélation entre le bien-être psychologique et la satisfaction face au support est beaucoup plus forte qu'avec les aspects de

celui-ci. Ce qui confirme les résultats de Henderson, Byrne et Dunkan-Jones (1981) qui affirment que les perceptions subjectives du support sont plus fortement reliées au bien-être psychologique que les mesures objectives.

Enfin, l'accord-affirmation et l'affection qui sont des transactions, des expressions concrètes de respect et d'amour sont aussi reliées positivement au bien-être psychologique.

Le grand nombre de liens significatifs entre les aspects qualitatifs du réseau de support et l'évaluation du bien-être psychologique des personnes âgées met en évidence l'importance de la perception subjective pour les personnes âgées. Les questions ayant trait à la satisfaction, qui ont été ajoutées dans le questionnaire de réseau de support social afin d'obtenir la perception des personnes âgées de leur réseau, sont toutes ressorties comme significatives. De plus, les questions portant sur les sentiments d'être respecté, estimé, apprécié et aimé sont également ressorties comme significatives. Ces résultats semblent indiquer qu'il existe une parenté conceptuelle entre l'évaluation des aspects qualitatifs du réseau de support et la satisfaction de vivre telle que définie par le questionnaire.

Même les facteurs qualitatifs généralement mesurés soit le support instrumental et le support émotionnel ont montré des corrélations plus faibles que les facteurs de satisfaction introduits par cette recherche.

Ces résultats démontrent que recevoir de l'aide est moins important que l'aspect de satisfaction affective ou émotionnelle par rapport à la relation.

La question portant sur la réciprocité, la présence d'un échange dans la relation n'est pas ressortie dans la présente recherche. Ce résultat est plutôt surprenant car les écrits scientifiques font de plus en plus mention de cette dimension. Il appert en effet, que le support sera perçu comme supportant si le bénéficiaire ressent qu'il peut rendre ce service ou cette aide (Rook, 1984a et b). Il est donc possible de croire que ce résultat est attribuable à une mauvaise opérationnalisation de l'idée de réciprocité.

En résumé, la relation entre le bien-être psychologique et le réseau de support social n'est pas une relation simple. Il serait tentant de croire que la présence d'un réseau de support social satisfaisant influence le bien-être psychologique, que ce soit d'une manière directe ou indirecte. Une personne qui recevrait des messages de support par son entourage aurait ainsi plus tendance à évaluer sa vie d'une manière positive. Ce n'est pas aussi simple. Il faut se rappeler la théorie du "haut vers le bas" et du "bas vers le haut", selon laquelle le bonheur est soit une disposition générale à expérimenter les événements d'une manière positive (haut vers le bas) ou soit une somme de petits plaisirs (bas vers le haut). Si on applique cette théorie à la relation entre le bien-être psychologique et le réseau de support social, il est possible de croire qu'une personne qui s'évalue et qui évalue sa vie d'une manière positive aura tendance à se sentir plus supportée. Parce que sa

perception d'elle-même sera rehaussée par la présence des autres et que cela encouragera les gens à être présents autour d'elle.

Cette idée semble supportée par les résultats obtenus dans la présente recherche. En effet, la sous-échelle Concept de soi (haut niveau de considération personnelle et estime de soi favorable) est corrélée avec les deux dimensions (quantitative et qualitative) du réseau de support.

Ces corrélations confirment qu'il existe un lien entre la perception subjective du bien-être psychologique et la perception d'un réseau supportant et qu'il semble donc important de considérer la parenté conceptuelle entre les deux instruments.

En ce qui a trait aux analyses secondaires, la santé perçue et la sécurité financière perçue sont corrélées positivement avec le bien-être psychologique. Ces résultats confirment ceux déjà obtenus dans plusieurs recherches. Cavan *et al.* (1949), Larson (1978) et Spreitzer et Snyder (1974) entre autres, sont parvenus à établir une relation positive entre la santé et le bien-être psychologique. Au niveau de la sécurité financière, cette relation a été mise en évidence par Cutler (1973) et Edwards et Klemmack (1973). Dans la présente étude, la relation est directement proportionnelle c'est-à-dire plus les gens considèrent que leur santé et leur sécurité financière sont bonnes, plus grand est leur bien-être. La santé et la sécurité financière sont deux éléments très importants dans la vie des personnes âgées car ils sont

fortement menacés par l'avancement en âge. Les autres catégories socio-démographiques (âge, sexe, statut civil) ne sont pas reliées au bien-être psychologique. La sécurité financière est aussi reliée positivement au réseau de support social d'une manière proportionnelle (bonne sécurité financière vs score élevé de réseau de support) témoignant que les gens qui sont satisfaits de leur situation financière ont un réseau satisfaisant quantitativement et qualitativement.

Conclusion

Le but de cette recherche était de vérifier s'il existe un lien entre le réseau de support social et le bien-être psychologique des personnes âgées. Plus encore, cette étude visait à trouver de nouvelles façons d'évaluer le réseau de support social chez les aînés.

Les résultats témoignent qu'il y a une relation significative principalement entre l'aspect qualitatif du réseau de support et le bien-être psychologique.

Cette relation significative confirme la nécessité d'avoir accès à un réseau perçu comme supportant, un réseau qui apporte sur le plan émotionnel, pour en arriver à évaluer leur vie d'une manière positive. C'est donc la qualité des relations avec les autres qui permet de se sentir rejoint et supporté.

Suite aux investigations entreprises, l'auteur souhaite que les recherches se poursuivent. La présente étude visait des personnes âgées en famille d'accueil. Il serait intéressant de pouvoir comparer ces résultats avec des personnes âgées qui vivent à leur domicile ou encore en centre d'accueil.

Cette procédure permettrait également de recueillir un nombre suffisant de questionnaires pour faire des études de fidélité et de validité sur les deux questionnaires principaux soit l'adaptation française de l'Échelle de satisfaction de vivre et le questionnaire original de réseau de support social. En effet, la demande de questionnaires permettant d'évaluer ces dimensions chez les personnes âgées est très grande alors que le nombre de questionnaires est très limité.

De plus, comme l'évaluation qualitative du réseau de support semble beaucoup plus reliée significativement au bien-être psychologique que l'évaluation quantitative, il est possible de croire que des entrevues de type psychosociale adressant ces questions d'une manière directe et dont les résultats pourraient être comparés à ceux obtenus dans la présente recherche, amèneraient des précisions intéressantes quant à l'évaluation de ces variables.

Le réseau de support social des âgés est un concept très vaste. Il pourrait également être mis en relation avec d'autres variables telles la solitude, l'isolement ou encore l'autonomie.

Appendice A

Questionnaire des informations socio-démographiques

QUESTIONNAIRE DES INFORMATIONS SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES

- | | | | | |
|---|-------------|-------|------------|-------|
| 1. IDENTIFICATION: | _____ | | | |
| 2. AGE: | _____ | | | |
| 3. SEXE: | _____ | | | |
| 4. STATUT CIVIL: | Marié(e) | _____ | Veuf(ye) | _____ |
| | Séparé(e) | _____ | Divorcé(e) | _____ |
| | Célibataire | _____ | | |
| 5. NOMBRE D'ENFANTS: | _____ | | | |
| 6. NIVEAU D'INSTRUCTION: | _____ | | | |
| 7. OCCUPATION ANTÉRIEURE: | _____ | | | |
| 8. OCCUPATION DU DERNIER CONJOINT: | _____ | | | |
| 9. RAISON(S) DU SÉJOUR: | _____ | | | |
| | _____ | | | |
| 10. DURÉE DU SÉJOUR ACTUEL: | _____ | | | |
| 11. RÉSIDENCES ANTÉRIEURES: | _____ | | | |
| | _____ | | | |
| 11. TYPE D'HABITATION: | _____ | | | |
| 12. TYPE DE CHAMBRE:
(privée ou semi-privée) | _____ | | | |
| 13. NOMBRE DE CO-RÉSIDENTS: | _____ | | | |
| 14. NOMBRE DE PERSONNES DANS LE LOGEMENT: | _____ | | | |
| 15. MILIEU (rural ou urbain): | _____ | | | |

Appendice B

Echelle de satisfaction de vivre

ÉCHELLE DE SATISFACTION DE VIVRE
(Salamon-Conte, 1982)

1. MA ROUTINE QUOTIDIENNE EST:

très ennuyante	ennuyante	dans la moyenne	satisfaisante	très satisfaisante
-------------------	-----------	--------------------	---------------	-----------------------

2. JE SUIS SATISFAIT(E) DE MA FAÇON DE VIVRE:

jamais	presque jamais	parfois	souvent	toujours
--------	-------------------	---------	---------	----------

3. JE PENSE A CE QUE J'AIMERAIS ACCOMPLIR:

très souvent	souvent	parfois	rarement	jamais
-----------------	---------	---------	----------	--------

4. JE SUIS DE MAUVAISE HUMEUR:

toujours	souvent	parfois	rarement	jamais
----------	---------	---------	----------	--------

5. PHYSIQUEMENT JE SUIS:

en mauvaise santé	en assez mauvaise santé	de santé moyenne	en bonne santé	en très bonne santé
----------------------	-------------------------------	---------------------	-------------------	------------------------

6. JE PRENDS DES MÉDICAMENTS:

très souvent	souvent	parfois	rarement	jamais
--------------	---------	---------	----------	--------

7. J'AI SUFFISAMMENT D'ARGENT POUR PROFITER DE LA VIE:

jamais	rarement	parfois	souvent	toujours
--------	----------	---------	---------	----------

8. J'ESSAIE DE PASSER DU TEMPS AVEC LES GENS:

jamais	rarement	parfois	souvent	toujours
--------	----------	---------	---------	----------

9. J'AI DES AMIS:

aucun	peu	quelques	plusieurs	vraiment beaucoup
-------	-----	----------	-----------	-------------------

10. GÉNÉRALEMENT, JE PLANIFIE (~~dévoile~~) DES ACTIVITÉS:

aucune	peu	quelques	plusieurs	vraiment beaucoup
--------	-----	----------	-----------	-------------------

11. EN GÉNÉRAL JE ME SENS:

très insatisfait	insatisfait	satisfait dans la moyenne	satisfait	très satisfait
------------------	-------------	---------------------------	-----------	----------------

12. JE ME SENS SOUFFRANT(E) (*douleur physique*):

toujours	souvent	parfois	rarement	jamais
----------	---------	---------	----------	--------

13. COMPARATIVEMENT A N'IMPORTE QUEL MOMENT DE MA VIE, JE SUIS MAINTENANT:

très insatisfait	insatisfait	dans la moyenne	satisfait	très satisfait
------------------	-------------	-----------------	-----------	----------------

14. DANS MA VIE J'AI ACCOMPLI:

rien	très peu de choses	quelque chose	beaucoup de choses	vraiment beaucoup de choses
------	--------------------	---------------	--------------------	-----------------------------

15. JUSQU'A QUEL POINT ETES-VOUS IMPORTANT(E) POUR LES AUTRES:

(*apprécié ou estimé par les autres ou l'entourage*)

absolument pas important	de peu d'importance	assez important	important	très important
--------------------------	---------------------	-----------------	-----------	----------------

16. ETRE AVEC LES AUTRES EST AGRÉABLE:

17. MON REVENU ACTUEL EST: (indiquer le montant)

très inadéquat inadéquat presque adéquat adéquat très adéquat

18. JE TROUVE QUE LA COMPAGNIE DES AUTRES EST:

très peu peu assez habituellement très
réconfortante réconfortante réconfortante réconfortante

19. JE M'INQUIETE AU SUJET DE MES FINANCES

© 2009 Pearson Education, Inc. All Rights Reserved. May not be reproduced, in whole or in part, without permission. 10

20 MA SITUATION FINANCIÈRE EST

très mauvaise mauvaise correcte bonne excellente

21. QUAND JE REGARDE EN ARRIERE, JE SENS QUE J'AI FAIT LES CHOSES QUE J'VOULAISSAIS FAIRE.

22. MON HORAIRO (23/3/2024) D'ACTIVITÉS EST:

très insatisfaisant pas vraiment satisfaisant occasionnellement satisfaisant satisfaisant très satisfaisant

23. QUAND JE REGARDE MA VIE PASSÉE, JE SUIS:

complètement insatisfait partiellement satisfait très satisfait

24. LES CHOSES QUE JE FAIS TOUS LES JOURS ME DONNENT:

aucun plaisir un peu de plaisir assez de plaisir beaucoup de plaisir vraiment beaucoup de plaisir

25. MON HUMEUR HABITUELLE EST:

très déprimée	plutôt déprimée	parfois de bonne humeur	habituellement de bonne humeur	toujours de bonne humeur
---------------	-----------------	-------------------------	--------------------------------	--------------------------

26. MON INTELLIGENCE EST:

très en dessous de la moyenne	en dessous de la moyenne	dans la moyenne	au dessus de la moyenne	très supérieure à la moyenne
-------------------------------	--------------------------	-----------------	-------------------------	------------------------------

27. MON APPARENCE EXTÉRIEURE EST:

très peu attirante	assez peu attirante	dans la moyenne	assez attirante	très attirante
--------------------	---------------------	-----------------	-----------------	----------------

28. JE SUIS GÉNÉRALEMENT:

très malade	malade	de santé moyenne	en bonne santé	en très bonne santé
-------------	--------	------------------	----------------	---------------------

29. LE TEMPS QUE JE PASSE AVEC MES AMIS EST:

tout à fait insatisfaisant	habituellement insatisfaisant	parfois satisfaisant	habituellement satisfaisant	toujours satisfaisant
----------------------------	-------------------------------	----------------------	-----------------------------	-----------------------

30. LES GENS DISENT QUE JE SUIS:

très maussade	souvent maussade	parfois maussade	habituellement de bonne humeur	toujours de bonne humeur
---------------	------------------	------------------	--------------------------------	--------------------------

31. MA SITUATION ACTUELLE EST:

très difficile	difficile	tolérable	agréable	très agréable
----------------	-----------	-----------	----------	---------------

32. QUAND VIENT LE TEMPS DE PRENDRE SOIN DE MOI, JE:

dépend totalement des autres	dépend souvent des autres	suis parfois indépendant	suis habituellement indépendant	suis toujours indépendant
------------------------------	---------------------------	--------------------------	---------------------------------	---------------------------

33. JE CONSIDERE QUE MA VIE :

n'a pas de sens	a peu de sens	a un peu de sens	est pleine de sens	est vraiment pleine de sens
-----------------	---------------	------------------	--------------------	-----------------------------

34. JE PASSE POUR QUELQU'UN QUI EST A L'AISE FINANCIEREMENT:

jamais	rarement	parfois	souvent	toujours
--------	----------	---------	---------	----------

35. JE VAIS CHEZ LE MÉDECIN:

très souvent	régulièrement	parfois	rarement	jamais
--------------	---------------	---------	----------	--------

36. JE SUIS HEUREUX(SE) QUAND JE REGARDE LA MANIERE DONT LES CHOSES ONT TOURNÉ:

jamais	presque jamais	parfois	souvent	très souvent
--------	----------------	---------	---------	--------------

37. JE ME CONSIDERE COMME UNE PERSONNE:

toujours pessimiste	habituellement pessimiste	parfois pessimiste	habituellement optimiste	toujours optimiste
---------------------	---------------------------	--------------------	--------------------------	--------------------

38. QUAND JE POSE UN REGARD SUR MA VIE, JE SUIS:

très insatisfait	insatisfait	assez insatisfait	satisfait	très satisfait
------------------	-------------	-------------------	-----------	----------------

39. JE SUIS SATISFAIT(E) DE LA MANIERE DONT LES CHOSES SE PASSENT:

jamais	rarement	parfois	souvent	très souvent
--------	----------	---------	---------	--------------

40. JE SUIS SATISFAIT(E) DES MES ACTIVITÉS QUOTIDIENNES:

jamais	rarement	parfois	habituellement	toujours
--------	----------	---------	----------------	----------

Traduction: Laboratoire de Gérontologie, Université du Québec à Trois-Rivières

Appendice C

Questionnaire de réseau de support social

ROUSSEAU, J., DUBE, M. & POIRIER, A.
 LABORATOIRE DE GERONTOLOGIE
 U.Q.T.R., 1989

	<u>LISTE</u>	<u>ETENDUE</u>	<u>DURABILITÉ</u>
	1. J'aimerais qu'en ensemble nous fassions une liste des personnes qui sont importantes, significatives dans votre vie?	2. Pouvez-vous préciser son ou leur lien de parenté avec vous?	3. Depuis quand connaissez-vous cette personne?
	<u>LISTE</u>	<u>ETENDUE</u>	<u>DURABILITÉ</u>
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
	<u>LISTE</u>	<u>ETENDUE</u>	<u>DURABILITÉ</u>
1		1. conjoint ou enfant	1. - que 6 mois
2		2. fratrie ou parenté	2. de 6 mois à 1 1/2
3		3. amis	3. de 1 1/2 à 3 ans
4		4. gr. social, organisation	4. de 3 ans à 5 ans
5		5. personnes de services	5. + que 5 ans

	<u>FRÉQUENCE</u>	<u>SUFFISANCE</u>	<u>RÉCIPROCITÉ</u>
	4. Quelle est la fréquence de vos contacts avec cette personne?	5. Avez-vous l'impression que le temps que vous passez avec cette personne est suffisant?	6. Avez-vous l'impression qu'il y a un échange dans votre relation ou si cette personne ne vous parle pas d'elle-même?
	<u>FRÉQUENCE</u>	<u>SUFFISANCE</u>	<u>RÉCIPROCITÉ</u>
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
	<u>FRÉQUENCE</u>	<u>SUFFISANCE</u>	<u>RÉCIPROCITÉ</u>
1	1. 1 fois/l'année ou moins	1. jamais	1. pas
2	2. + 1 fois/l'année	2. rarement	2. très peu
3	3. 1 fois/mois	3. parfois	3. un peu
4	4. 1 fois/semaine	4. généralement	4. passablement
5	5. tous les jours	5. toujours	5. beaucoup

	<u>SATISFACTION</u>	<u>SUPPORT INSTRUMENTAL</u>
	7. Etes-vous satisfait de votre relation avec cette personne?	8. Si vous aviez besoin d'emprunter 10\$, d'être conduit(e) à quelque part ou d'une aide immédiate pouvez-vous compter sur cette personne?
	<u>SATISFACTION</u>	<u>SUPPORT INSTRUMENTAL</u>
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		
	<u>SATISFACTION</u>	<u>SATISFACTION FACE AU SUPPORT</u>
1	1. pas du tout	1. très insatisfait
2	2. un peu	2. insatisfait
3	3. modérément	3. dans la moyenne
4	4. beaucoup	4. satisfait
5	5. vraiment beaucoup	5. très satisfait

	<u>SUPPORT ÉMOTIONNEL</u>	<u>SATISFACTION FACE AU SUPPORT</u>
	9. Si vous aviez besoin de parler à quelqu'un de vos joies, de vos peines de vos inquiétudes, de vos problèmes pouvez-vous le faire avec cette personne?	10. Etes-vous satisfait de l'aide et du support que cette personne vous apporte?
	<u>SUPPORT ÉMOTIONNEL</u>	<u>SATISFACTION FACE AU SUPPORT</u>
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		
	<u>SUPPORT ÉMOTIONNEL</u>	<u>SATISFACTION FACE AU SUPPORT</u>
1	1. pas du tout	1. très insatisfait
2	2. un peu	2. insatisfait
3	3. modérément	3. dans la moyenne
4	4. beaucoup	4. satisfait
5	5. vraiment beaucoup	5. très satisfait

	<u>ACCORD - AFFIRMATION</u>	<u>AFFECTIOn</u>
	11. Avec cette personne, pouvez-vous exprimer ce que vous pensez et vous sentir valorisé(e) et respecté(e)?	12. Cette personne vous permet-elle de vous sentir apprécié(e) et aimé(e)?
	<u>ACCORD - AFFIRMATION</u>	<u>AFFECTIOn</u>
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		
	<u>ACCORD- AFFIRMATION</u>	<u>AFFECTIOn</u>
1	1. pas du tout	1. pas du tout
2	2. un peu	2. un peu
3	3. modérément	3. modérément
4	4. beaucoup	4. beaucoup
5	5. vraiment beaucoup	5. vraiment beaucoup

Appendice D

Résultats individuels

Tableau 14

Résultats individuels (score total) pour l'Echelle de satisfaction de vivre de Salamon et Conte

Sujets	Scores	Sujets	Scores
01	- 33	31	8
02	14	32	5
03	12	33	5
04	1	34	29
05	2	35	43
06	-4	36	20
07	22	37	15
08	13	38	16
09	23	39	25
10	36	40	19
11	18	41	18
12	6	42	20
13	16	43	-3
14	16	44	29
15	22	45	-2
16	32	46	19
17	24	47	8
18	41	48	18
19	19	49	10
20	40	50	16
21	4	51	27
22	17	52	9
23	30	53	3
24	9	54	24
25	46	55	5
26	13	56	9
27	-2	57	16
28	12	58	35
29	28	59	15
30	-10	60	16

Tableau 15

Résultats individuels (score total) pour
le réseau de support social

Sujets	Scores	Sujets	Scores
01	50.50	31	48.40
02	44.50	32	43.32
03	41.50	33	53.62
04	53.68	34	53.49
05	51.69	35	46.82
06	41.75	36	50.50
07	43.49	37	44.77
08	48.50	38	48.51
09	42.50	39	53.25
10	52.65	40	44.10
11	48.64	41	48.50
12	43.70	42	50.48
13	40.95	43	28.50
14	50.33	44	50.18
15	57.25	45	45.83
16	48.70	46	30.82
17	55.26	47	41.75
18	57.02	48	48.51
19	46.12	49	45.75
20	59.55	50	42.58
21	43.50	51	50.00
22	43.77	52	54.84
23	50.75	53	42.66
24	43.90	54	56.62
25	51.50	55	40.75
26	49.50	56	31.84
27	49.16	57	47.85
28	40.50	58	53.00
29	47.30	59	43.84
30	43.50	60	52.50

Tableau 16

Résultats individuels pour la dimension quantitative du questionnaire de réseau de support social

Sujets	Scores	Sujets	Scores
01	17.60	31	17.06
02	16.30	32	21.56
03	13.50	33	20.13
04	22.31	34	16.87
05	19.01	35	14.94
06	17.50	36	17.00
07	17.82	37	20.97
08	16.50	38	17.17
09	13.00	39	16.25
10	15.93	40	16.70
11	20.36	41	20.20
12	15.30	42	18.24
13	18.22	43	12.16
14	16.66	44	18.34
15	18.51	45	14.16
16	25.55	46	15.16
17	20.82	47	15.25
18	22.77	48	16.50
19	19.39	49	17.00
20	26.26	50	14.16
21	12.50	51	16.25
22	16.35	52	21.30
23	22.17	53	13.66
24	16.49	54	22.93
25	16.00	55	15.00
26	18.80	56	10.84
27	21.50	57	16.00
28	16.50	58	17.00
29	17.30	59	14.84
30	16.10	60	18.25

Tableau 17

Résultats individuels pour la dimension qualitative
du réseau de support social

Sujets	Scores	Sujets	Scores
01	32.90	31	31.34
02	28.20	32	21.76
03	28.00	33	33.49
04	31.37	34	36.62
05	32.68	35	31.88
06	24.25	36	33.50
07	25.67	37	23.80
08	32.00	38	31.34
09	29.50	39	37.00
10	36.72	40	27.40
11	28.28	41	28.30
12	28.40	42	32.24
13	22.73	43	16.34
14	33.67	44	31.84
15	38.74	45	31.67
16	23.15	46	15.66
17	34.44	47	26.50
18	34.25	48	32.01
19	26.73	49	28.75
20	33.29	50	28.42
21	31.00	51	33.75
22	27.42	52	33.54
23	28.58	53	29.00
24	27.41	54	33.69
25	35.50	55	25.75
26	30.70	56	21.00
27	27.66	57	31.85
28	24.00	58	36.00
29	30.00	59	29.00
30	27.40	60	34.25

Remerciements

L'auteur tient à remercier monsieur Jacques Rousseau, Ph.D., professeur au Département de psychologie à l'Université du Québec à Trois-Rivières pour toute la motivation fournie comme directeur de mémoire.

L'auteur tient également à remercier toute l'équipe du Laboratoire de gérontologie de l'U.Q.T.R. pour le support fourni tout au long de l'expérimentation et de la rédaction.

Références

- ABBEY, A., ANDREWS, F.M. (1985). Modeling the psychological determinants of life quality. Social Indicators Research, 16, 1-34.
- ADAMS, D.L. (1969). Analysis of Life Satisfaction Index. Journal of Gerontology, 24(4), 470-474.
- ADAMS, D.L. (1971). Correlates of satisfaction among the elderly. The Gerontologist, 11, 64-68.
- ALSTON, J.P., LOWE, G.D., WRIGLEY, A. (1974). Socioeconomic correlates for four dimensions of self-reported satisfaction. Human Organization, 33, 99-102.
- ANDERSON, M.R. (1977). A study of the relationship between life satisfaction and self-concept, locus of control, satisfaction with primary relationships and work satisfaction. Doctoral Dissertation, Michigan State University. Dissertation Abstracts International, 38, 2638 9A. (University Microfilms no 77-25, 214)
- ANDREWS, F.M., Mc KENNELL, A.C. (1980). Measures of self-reported well-being: their affective, cognitive and other components. Social Indicators Research, 8, 127-155.
- ANDREWS, F.M., WITHEY, S.B. (1976). Social indicators of well-being: America's perception of life quality. New York: Plenum Press.
- BALDASSARE, M., ROSENFIELD, S., ROOK, K. (1984). The types of social relations predicting well-being. Research on Aging, 6(4), 549-599.
- BARNES, J.A. (1954). Class and committees in a Norwegian island parish. Human Relations, 7(1), 39-58.
- BARRERA, M. Jr. (1981). Social support in the adjustment of pregnant adolescents: assessment issues, in B.H. Gottlieb: Social networks and social support. Beverly Hills, CA.: Sage.

- BARRERA, M. Jr., SANDLER, I.N., RAMSEY, T.B. (1981). Preliminary development of a scale of social support: studies on college students. American Journal of Community Psychology, 2, 435-447.
- BEISER, M. (1974). Components and correlates of mental well-being. Journal of Health and Social Behavior, 15, 320-327.
- BENGSTON, V., CHIRIBOGA, D., KELLER, A. (1969). Occupational differences in retirement: patterns of role activity and life outlook among Chicago teachers and steel-workers, in R.J. Havighurst: Adjustment to retirement: a cross national study. Assen, Netherlands: Van Gorcum.
- BIEGEL, D.E., SHORE, B.K., GORDON, E. (1984). Building support for the elderly: theories and applications. Beverly Hills, CA.: Sage.
- BLAZER, D.G., KAPLAN, B.H. (1983). The assessment of social support in an elderly community population. The American Journal of Social Psychiatry, 3(1), 29-36.
- BORTNER, R.W., HULTSCH, D.F. (1970). A multivariate analysis of correlates of life satisfaction in adulthood. Journal of Gerontology, 25, 41-47.
- BOTT, E. (1971). Family and social work. London: Tavistock (éd.rev.).
- BRADBURN, N.M. (1969). The structure of psychological well-being. Chicago: Aldine.
- BRADBURN, N.M., CAPLOVITZ, D. (1965). Reports on happiness. Chicago: Aldine.
- BRANDT, P.A., WEINERT, C. (1981). The PRQ - a social support measure. Nursing Research, 30(5), 277-280.
- BRICKMAN, P., COATES, D., JANOFF-BULMAN, R. (1978). Lottery winners and accident victims: is happiness relative? Journal of Personality and Social Psychology, 36, 917-927.

- BROODY, E.M. (1981). Women in the middle and family help to older people. The Gerontologist, 21, 471-480.
- BULL, C.N., AUCOIN, J. (1975). Voluntary association participation and life satisfaction: a replication note. Journal of Gerontology, 30, 73-76.
- CAMERON, P. (1975). Mood as an indicant of happiness: age, sex, social class and situational differences. Journal of Gerontology, 30, 216-224.
- CAMPBELL, A. (1976). Subjective measures of well-being. American Psychologist, 31, 117-124.
- CAMPBELL, A. (1981). The sense of well-being in America. New York: McGraw-Hill.
- CAMPBELL, A., CONVERSE, P.E., ROGERS, W.L. (1976). The quality of American life. New York: Russel Sage Foundation.
- CANTRIL, H. (1965). The pattern of human concerns. New Brunswick, N.J.: Rutgers University Press.
- CAPLAN, G. (1974). Support systems and community mental health. New York: Basic Books.
- CASSEL, J. (1974). Psychological processes and "stress": theoretical formulation. International Journal of Health Services, 4, 471-482.
- CAVAN, R.S., BURGESS, E.W., HAVIGHURST, R.J., GOLDHAMER, H. (1949). Personal adjustment in old age. Chicago: Sciences Research Associates.
- CHAMBERLAIN, K. (1988). On the structure of subjective well-being. Social Indicators Research, 20, 581-604.
- CHATFIELD, W.F. (1977). Economic and sociological factors influencing life satisfaction of the aged. Journal of Gerontology, 32, 593-599.

- CHEKOLA, M.G. (1975). The concept of happiness. Doctoral Dissertation, University of Michigan. Dissertation Abstracts International, 35, 4609A. (University Microfilms No. 75-655).
- CLARK, M., ANDERSON, B. (1967). Culture and aging. Springfield, IL.: Charles C. Thomas.
- CLEMENTE, F., SAUER, W.J. (1976). Life satisfaction in the United States. Social Forces, 54, 621-631.
- COE, R.M., WOLINSKY, F.D., MILLER, D.K., PRENDERGAST, J.M. (1984). Complementary and compensatory functions in social network relationships among the elderly. The Gerontologist, 24(4), 396-400.
- COBB, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. Psychosomatic Medicine, 38, 300-314.
- CONNER, K.A., POWERS, E.A., BULTENA, G.L. (1979). Social interaction and life satisfaction: an empirical assessment of late-life patterns. Journal of Gerontology, 34(1), 116-121.
- CSIKSZENTMIHALYI, M. (1975). Beyond boredom and anxiety. San Francisco: Jossey-Bass.
- CSIKSZENTMIHALYI, M., FIGURSKI, T.J. (1982). Self-awareness and aversive experience in everyday life. Journal of Personality, 50, 15-24.
- CULBERSON, C.E. (1977). A holistic view of joy in relation to psychotherapy derived from Lowen, Maslow and Assagioli. Doctoral Dissertation, California School of Professional Psychology. Dissertation Abstracts International, 38, 2853B. (University Microfilms No. 77-27, 591).
- CUMMING, E., DEAN, L.R., NEWELL, D.S. (1958). What is "morale"? A case history of a validity problem. Human Organization, 17(2), 3-8.
- CUTLER, S.J. (1973). Voluntary association participation: a cautionary research note. Journal of Gerontology, 28, 96-100.

- CUTLER, S.J. (1976). Membership in different types of voluntary associations and psychological well-being. The Gerontologist, 16, 335-339.
- DALKEY, N.C., ROURKE, D.L., LEWIS, R., SNYDER, D. (1972). Studies in the quality of life: delphi and decision making. Lexington, MA: Lexington Books.
- DEAN, A., LIN, N., ENSEL, W.M. (1981). The epidemiological significance of social support systems in depression. Research in Community on Mental Health, 2, 77-109.
- DIENER, E. (1984). Subjective well-being. Psychological Bulletin, 95(3), 542-575.
- DIENER, E., EMMONS, R.A., LARSEN, R.J., GRIFFIN, S. (1985). The Satisfaction with Life Scale. Journal of Personality Assessment, 49, 71-76.
- DUFF, R.W., HONG, L.K. (1982). Quality and quantity of social interactions in life satisfaction of older Americans. Sociology and social research, 66(4), 418-434.
- DUNKELL-SCETTER, C. WORTMAN, C.B. (1981). Dilemmas of social support: parallels between victimization and aging, in S.B. Kiesler et al.: Aging: social change. New York: Academic Press.
- DURKEIM, E. (1897). Suicide: a study of sociology. New York: Free Press, 1951.
- EDWARDS, N.J., KLEMMACK, D.L., (1973). Correlates of life satisfaction: a re-examination. Journal Of Gerontology, 28, 497-502.
- EMMONS, R.A., LARSEN, R.J., LEVINE, S., DIENER, E. (1983). Factors predicting satisfaction judgments. Rapport présenté à la Midwestern Psychological Association Convention, Chicago.
- ERICKSON, G. (1975). The concept of personal network in clinical practice. Family Process, 14, 487-498.

- FALKMAN, P.W. (1973). Objective, subjective and community correlates of life satisfaction in an elderly population. Doctoral Dissertation, Iowa State University, 1972. Dissertation Abstracts International, 33, 4556-7A. (University Microfilms no 73-3880)
- FORDYCE, M.W. (1977). Development of a program to increase happiness. Journal of Counseling Psychology, 24, 511-521.
- GEORGES, L.K. (1981). Subjective well-being: conceptual and methodological issues, in C.F. Eisdorfer: Annual review of gerontology and geriatrics. New York: Springer.
- GIBSON, D.M. (1986). Interaction and well-being in old age: is it quantity or quality that counts? International Journal of Aging and Human Development, 24(1), 29-40.
- GLENN, N.D. (1975). The contribution of marriage to the psychological well-being of males and females. Journal of Marriage and the Family, 37, 594-600.
- GLENN, N.D., McLANAHAN, S. (1981). The effects of offspring on the psychological well-being of older adults. Journal of Marriage and the Family, 43, 138-150.
- GOODSTEIN, J., ZAUTRA, A., GOODHART, D. (1982). A test of the utility of social indicators for behavioral health service planning. Social Indicators Research, 10, 273-295.
- GRANEY, M.J. (1975). Happiness and social participation: a re-examination. Journal of Gerontology, 28(4), 497-502.
- GREENE, V.L. (1983). Substitution between formally and informally provided care for the impaired elderly in the community. Medical Care, 21, 609-619.
- GURIN, G., VEROFF, J., FELD, S. (1960). American view their mental health. New York: Basic Books.

- HASAK, P.A.(1978). Relationships among decentration, personality and life satisfaction in the elderly. Doctoral Dissertation, University of Kentucky, 1977. Dissertation Abstracts International, 38, 4537B. (University Microfilms no 78-00, 865)
- HAVIGHURST, R.J. (1957). The social competence of the middle-aged people. Genetical Psychological Monograph, 56, 297-375.
- HELLER, K., MANSBACH, W.E. (1984). The multiface nature of social support in a community sample of elderly women. Journal of Social Issues, 40(4), 99-112.
- HENDERSON, S., BYRNE, D.G., DUNCAN-JONES, P.(1981). Neurosis and the social environment. Sydney: Academic Press.
- HORLEY, J. (1984). Life satisfaction, happiness and morale: two problems with the use of subjective well-being indicators. The Gerontologist, 24, 142-127.
- HOUSE, J.S. (1981). Work stress and social support. Reading, MA.: Addison-Wesley.
- HOYT, D.R., KAISER, M.A., PETERS. G.R., BABCHUK, N. (1980). Life satisfaction and activity theory: a multidimensional approach. Journal of Gerontology, 35(6), 935-941.
- JEFFERS, F., NICHOLS, C. (1961). The relationship of activities and attitudes to physical well-being in older people. Journal of Gerontology, 16, 67-70.
- JONES, H.M. (1953). The pursuit of happiness. Cambridge, MA.: Harvard University Press.
- KAHN, R.L. (1979). Aging and social support, in M.W. Riley: Aging from birth to death: interdisciplinary perspective. Boulder, CO.: Westview Press.
- KAHN, R.L., ANTONUCCI, T. (1980). Convoys over life course: attachment, roles and social support, in P.B. Baltes et O. Brim: Life span development and behavior (Vol. 3). Lexington, MA.: D.C. Health.

- KAMMANN, R. (1983). Objective circumstances, life satisfaction and sense of well-being: consistencies across time and place. New Zealand Psychologist, 12, 14-22.
- KAMMANN, F., FARRY, M., HERBISON, P. (1982). The analysis and measurement of the sense of well-being. Manuscrit soumis pour publication, University of Otago, New Zealand.
- KILLILEA, M. (1976). Mutual help organizations: interpretations in the litterature, in G. Caplan et M. Killilea: Support systems and mutual help. New York: Grune et Stratton.
- KIVETT, V. (1976). The aged in North Carolina: physical, social and environmental characteristics and sources of assistance. North Carolina Agricultural Experiment Station Technical Bulletin, No.237.
- KNAPP, M.R.J. (1976). Predicting the dimensions of life satisfaction. Journal of Gerontology, 31, 595-604.
- KOPF, R., SALAMON, M.J., CHARYTON, P. (1982). The Preventive Health History Form. Journal of Geriatric Nursing, 8(9), 519-523.
- KOZMA, A., STONES, M.J. (1978). Some research issues and findings in the study of psychological well-being of the aged. Canadian Psychological Review, 19, 241-249.
- KOZMA, A., STONES, M.J. (1980). The measurement of happiness: development of the Memorial University of Newfoundland Scale of Happiness (MUNSH). Journal of Gerontology, 35, 906-912.
- KUTNER, B., FAUSHEL, D., TOGO, A.M., LANGER, T.S. (1956). Five hundred over sixty. New York: Russel Sage Foundation.
- LARSEN, R.J., EMMONS, R.A., DIENER, E. (1985). An evaluation of subjective well-being measures. Social Indicators Research, 17, 1-17.

- LARSON, R. (1978). Thirty years of research on the subjective well-being of older americans. Journal od Gerontology, 33(1), 109-125.
- LAWTON, M.P. (1972). The dimensions of morale, in D.P. Kent, R. Kastenbaum et S. Sherwood: Research, planning and action for the elderly. New York: Behavioral Publications.
- LAWTON, M.P. (1975). The Philadelphia Geriatric Center Morale Scale. Journal of Gerontology, 30, 85-89.
- LAWTON, M.P. (1981). Community supports for the aged. Journal of Social Issues, 37, 102-115.
- LEE, G.R., ISHII-KUNTZ, M. (1987). Social interaction, loneliness and emotional well-being among the elderly. Research on Aging, 9(4), 459-482.
- LEMON, B.W., BERGSTON, V.L., PETERSON, J.A. (1972). An exploration of the activity theory of aging: activity type and life satisfaction among in-movers to a retirement community. Journal of Gerontology, 27, 511-523.
- LEWINSOHN, P.M., AMENSON, C.S. (1978). Somes relations between pleasant and unpleasant events and depression. Journal of Abnormal Psychology, 87, 644-654.
- LEWINSOHN, P.M., MacPHILLAMY, D.J. (1974). The relationship between age and engagement in pleasant activities. Journal of Gerontology, 29, 290-294.
- LIANG, J., DVORKIN, L., KAHANA, E., MAZIAN, F. (1980). Social integration and morale: a re-examination. Journal of Gerontology, 35(5), 746-757.
- LOHMANN, N. (1979). Correlations of life satisfaction, morale and adjustment measures. Journal of Gerontology, 32(1), 73-75.
- LOUIS HARRIS et associates (1975). The myth and reality of aging in America. Washington: National Council of Aging.

- LOWENTHAL, M.F., HAVEN, C. (1968). Interaction and adaptation: intimacy as a critical variable. American Sociological Review, 33, 20-30.
- MADDOX, G.L. (1975). Families as context and resource in chronic illness, in S. Sherwood: Long-term care: a handbook for researchers, planners and providers. New York: Spectrum Publications.
- MADDOX, G.L., EISDORFER, C. (1962). Some correlates of activities and morale among the elderly. Social Forces, 41, 254-260.
- MANCINI, J.A., QUINN, W., GAVIGAN, M.A., FRANKLIN, H. (1980). Social network interaction among older adults: implications for life satisfaction. Human Relations, 33(8), 543-554.
- MARKIDES, K.S., MARTIN, H.W. (1979). A causal model of life satisfaction among the elderly. Journal of Gerontology, 34, 86-93.
- McKENNELL, A.C. (1974). Surveying subjective welfare: strategies and methodological considerations, in B. Strumpel: Subjective elements of well-being. Paris: Organization for Economic Development and Cooperation.
- McKENNELL, A.C., ANDREWS, F.M. (1980). Models of cognition and affect in perception of well-being. Social Indicators Research, 8, 257-298.
- McKENNELL, A.C., ANDREWS, F.M. (1983). Components of perceived life quality. Journal of Community Psychology, 11, 98-110.
- MILLER, S., MISHLER, E.G. (1964). Social class, mental illness and american psychiatry: an expository review, in F. Riessman, J. Cohen et A. Pearl: Mental health of the poor. New York: Free Press.
- MITCHELL, J.C. (1969). Social networks in urban situations. Manchester, England: University of Manchester Press.
- MITCHELL, J.C., TRICKETT, E.J. (1980). Task force report: social networks as a mediator of social support. Community Mental Health, 16, 27-44.

- MORRIS, J.N., SHERWOOD, S. (1975). A retesting and modification of the Philadelphia Geriatric Center Morale Scale. Journal of Gerontology, 30, 77-84.
- NEUGARTEN, B.L., HAVIGHURST, R.J., TOBIN, S.S. (1961). The measurement of life satisfaction. Journal of Gerontology, 16, 134-143.
- NORBECK, J.S., LINDSEY, A.M., CARRIERI, V.L. (1981). The development of an instrument to measure social support. Nursing Research, 30, 264-269.
- NUNNALLY, J. (1980). Psychometric theory. New York: McGraw Hill. (éd. rev.)
- OKUN, M.A., STOCK, W.A., HARING, M.J., WITTER, R.A. (1984). The social activity/subjective well-being relation. Research on Aging, 6(1), 45-65.
- PALMORE, E., LUICKART, C. (1972). Health and social factors related to life satisfaction. Health and Social Behavior, 13, 68-80.
- PALMORE, E., KIVETT, V. (1977). Change in life satisfaction: a longitudinal study of persons aged 46-70. Journal of Gerontology, 32, 311-316.
- PEARSON, J.E. (1983). The relationship between social support and Type A behavior pattern on appraisal accuracy. Unpublished doctoral dissertation, Catholic University of America, Washington, D.C..
- PIHLBLAD, C., ADAMS, D.L. (1972). Widowhood, social participation and life satisfaction. Aging and Human Development, 3, 323-330.
- PIHLBLAD, C., McNAMARA, R. (1965). Social adjustment of elderly people in three small towns, in A. Rose et W. Peterson: Older people and their social worlds. Philadelphia: F.A. Davis.
- PILISUK, M., FROLAND, C. (1978). Kinship, social networks, social support and health. Social Science and Medicine, 12B, 273-280.

- ROOK, K. (1984a). The negative side of social interaction: impact on psychological well-being. Journal of Personality and Social Psychology, 46(5), 1097-1108.
- ROOK, K. (1984b). Research on social support, loneliness and social isolation, in P. Shaver: Review of personality and social psychology. Beverly Hills, CA.: Sage.
- ROSOW, I. (1967). Social integration of the aged. New York: Free Press.
- ROUSSEAU, J. (1988). La réinsertion sociale des personnes déficientes intellectuelles ayant vécues en institution: bilan des expériences québécoises et évaluation de la qualité de vie. (Rapport élaboré à la demande du Ministère de la Santé et des Services Sociaux, Direction Générale de la Planification et de l'Evaluation). Trois-Rivières (Qué).
- SALAMON, M.J., CONTE, V.A. (1981). The Salamon-Conte Life Satisfaction in the Elderly Scale. Rapport présenté à la 34 ème rencontre annuelle de la Gerontological Society of America-Toronto, Ontario.
- SALAMON, M.J., CONTE, V.A. (1982). An objective approach to the measurement and use of life satisfaction with older persons. Measurement and Evaluation In Guidance, 15(3), 194-200.
- SALAMON, M.J., CHARYTON, P., McQUADE, C.E. (1981). Preventive health care for the elderly: a model for senior centers. Journal of Jewish Communal Services, 58, 115-122.
- SAUER, W. (1977). Morale of the urban aged: a regression analysis by race. Journal of Gerontology, 32, 600-608.
- SHANAS, E. (1979). Social myth as hypotheses: the case of the family relations of older people. The Gerontologist, 19, 3-9.
- SHIN, D.C., JOHNSON, D.M. (1978). Avowed happiness as an overall assessment of the quality of life. Social Indicators Research, 5, 475-492.

- SHINN, M., LEHMANN, S., WONG, N.W. (1984). Social interaction and social support. Journal of Social Issues, 40(4), 55-76.
- SHUMAKER, S.A., BROWNELL, A. (1984). Toward a theory of social support: closing conceptual gaps. Journal of Social Issues, 40(4), 11-36.
- SMITH, K., LIPMAN, A. (1972). Constraint and life satisfaction. Journal of Gerontology, 27, 77-82.
- SOLOMON, R.L. (1980). The opponent-process theory of acquired motivation: the costs of pleasure and the benefits of pain. American Psychologist, 35, 691-712.
- SPREITZER, E., SNYDER, E. (1974). Correlates of life satisfaction among the aged. Journal of Gerontology, 29(4), 454-458.
- STOCK, W.A., OKUN, M.A., BENIN, M. (1986). Structure of subjective well-being among the elderly. Psychology and Aging, 1(2), 91-102.
- STONES, M.J., KOZMA, A. (1986). "Happy who are they who are happy...". A test between two causal models of relationship between happiness and its correlates. Experimental Aging Research, 12(1), 23-29.
- SUSSMAN, M.B. (1976). The family life of older people, in Binstock et E. Shanas: Handbook of aging and the social sciences. New York: Van Nostrand Reinhold.
- SWEENEY, P.D., SCHAEFFER, D.E., GOLIN, S. (1982). Pleasant events, unpleasant events and depression. Journal of Personality and Social Psychology, 43, 136-144.
- TATARKEWICZ, W. (1976). Analysis of happiness. The Hague, Netherlands: Martinus Nijhoff.
- TOLSDORF, C. (1976). Social networks, support and coping: an exploratory study. Family Process, 15, 407-417.

- WALKER, K.N., McBRIDE, A., VACHON, M.L.S. (1977). Social support networks and the crisis of bereavement. Social Science and Medicine, 11(1), 35.
- WARD, R., LAGORY, M., SHERMAN, S. (1982). The relative importance of social ties. The Gerontologist, 22 (no special), 123. (Résumé)
- WARR, P., BARTER, J. BROWNBRIDGE, G. (1983). On the Independance of the negative and positive affect. Journal of Personality and Social Psychology, 44, 644-651.
- WEISS, R.S. (1974). The provision of social relations, in Z. Rubin: Doing unto others. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice Hall.
- WELLMAN, B. (1981). Applying network analysis to the study of support, in B.H. Gottlieb: Social networks and social support. Beverly Hills, CA.: Sage.
- WEISSMAN, A.E. (1957). A psychological inquiry into satisfaction and happiness Doctoral Dissertation, Princeton University. Dissertation Abstracts International, 17, 1384. (University Microfilms No. 00-20, 168).
- WILCOX, B.L. (1981). Social support in adjusting to marital disruption: a network analysis, in B.H. Gottlieb: Social networks and social support. Beverly Hills, CA.: Sage.
- WILSON, W.R. (1960). An attempt to determine some correlations and dimensions of the hedonic tone. Doctoral Dissertation, Northwestern University. Dissertation Abstracts International, 22, 2814. (University Microfilms No. 60-6588).
- WILSON, W.R. (1967). Correlates of avowed happiness. Psychological Bulletin, 67, 294-306.
- WOOD, V., WYLIE, M., SHEAFOR, B. (1969). An analysis of a short self-reported measure of life satisfaction: correlation with rather judgments. Journal of Gerontology, 24, 465-469.