

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

MÉMOIRE

PRÉSENTÉ À
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIERES

COMME EXIGENCE PARTIELLE
DE LA MAITRISE EN PSYCHOLOGIE

PAR
NATHALIE MATHURIN

LE SENTIMENT DE SOLITUDE ET LA PERCEPTION
DE LA SANTÉ CHEZ LES PERSONNES AGÉES

AOÛT 1993

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.

Ce document est rédigé sous la forme d'un article scientifique, tel qu'il est stipulé dans les règlements des études avancées (art. 16.4) de l'Université du Québec à Trois-Rivières. L'article a été rédigé selon les normes de publications d'une revue reconnue et approuvée par le Comité d'études avancées en psychologie. Le nom de la directrice de recherche pourrait donc apparaître comme co-auteure de l'article soumis pour publication.

TABLE DES MATIERES

Résumé.....	04
Sentiment de solitude et vieillissement.....	06
Type d'habitation.....	08
Statut civil.....	09
Age.....	10
Sexe.....	11
Santé perçue.....	12
Santé perçue et solitude.....	14
Observations théoriques.....	14
Recherches.....	15
Hypothèse.....	18
Méthodologie.....	18
Instruments de mesure.....	18
Procédure.....	20
Résultats et discussion.....	20
Conclusion.....	25
Remerciements.....	27
Références.....	28
Tableaux.....	35

Résumé

Le but de cette recherche est d'évaluer la relation entre le sentiment de solitude et la perception de la santé chez les personnes âgées en tenant compte du type d'habitation, du statut civil, de l'âge et du sexe. Deux cent trente-neuf (239) personnes âgées (122: institution; 117: domicile) ont répondu à deux questionnaires, l'un concernant le sentiment de solitude (U.C.L.A.) et l'autre, leurs caractéristiques psychosociales. Les résultats au sentiment de solitude se situent légèrement au-dessus de la moyenne établie pour ce groupe d'âge. Les personnes âgées en institution vivent plus de sentiment de solitude que celles à domicile. De plus, les aînés qui évaluent leur santé comme étant en dessous de la moyenne lorsqu'ils se comparent aux gens de leur âge vivent plus de sentiment de solitude. Aussi, les aînés institutionnalisés évaluent leur santé plus négativement que ceux à domicile. Le type d'habitation, la santé perçue et l'âge sont de bons prédicteurs de la présence de sentiment de solitude pour les personnes âgées vivant à domicile et en institution. Les résultats viennent appuyer l'importance d'orienter les efforts de recherche et d'intervention vers les personnes âgées institutionnalisées qui évaluent leur santé comme étant en dessous de la moyenne lorsqu'elles se comparent aux gens de leur âge.

Abstract

The purpose of this research is to evaluate the relationship between feelings of loneliness and perceived health in elderly people from two living arrangements and differing in type of habitat, civil status, age and sex. Two hundred and thirty nine (239) elderly people (122: institutions; 117: at home) answered two questionnaires: the U.C.L.A. Loneliness Scale and a socio-demographic questionnaire. Loneliness results are slightly over the established norms for this age group. The elderly people living in institutions experience more loneliness than those living at home. The elderly who evaluate their health below average compared with people of their age experience more loneliness. Elderly people living in institutions evaluate their health below average compared with those living at home. The type of living arrangement, perceived health and age are good predictors of feelings of loneliness for both the elderly living at home or at an institution. These results suggest the importance to guide research and intervention toward the elderly who evaluate their health below average compared with people of their age.

Selon l'enquête du Gouvernement du Canada (1988), les prévisions indiquent qu'en 2020, un cinquième de la population totale du Canada aura 65 ans et plus. L'enquête Santé Québec (Levasseur, 1989) souligne l'augmentation des problèmes liés à une mauvaise santé après 65 ans, augmentation qui progresse avec l'avance en âge. Or, selon plusieurs études, la santé pourrait être un facteur important favorisant le développement du sentiment de solitude (Gfellner et Finlayson, 1988; Ruth, Obergi, Mattlar et Sandahl, 1990; Mellor et Edelman, 1988). Il est par conséquent essentiel de tenter de cerner ce problème chez les personnes âgées afin d'améliorer leur qualité de vie et leur mieux-être.

Cette étude veut contribuer à saisir l'impact du sentiment de solitude chez les âgés en tenant compte des écrits théoriques et des recherches faites à ce jour. Pour ce faire, elle consiste à évaluer la relation entre le niveau de sentiment de solitude et la perception de l'état de santé en tenant compte du type d'habitation, du statut civil, de l'âge et du sexe des personnes âgées de plus de 65 ans.

Sentiment de solitude et vieillissement

Selon Delisle (1985), la solitude des personnes âgées est considérée comme une conséquence inévitable de la manière dont les individus sont appelés à vieillir dans les sociétés occidentales

contemporaines. D'après Woodward (1988), l'âge d'or peut être terni par la solitude, étant donné l'importance de plusieurs facteurs qui peuvent amener la présence de solitude et ainsi altérer la vie des aînés. La solitude est souvent associée au vieillissement mais qu'en est-il du sentiment de solitude? Afin de saisir la différence entre ces deux concepts, définissons chacun d'eux. On entend par solitude le fait "d'être séparé physiquement ou mentalement de ses semblables" (Delisle, 1988 p.343). Le sentiment de solitude, quant à lui, se définit généralement de la manière suivante: c'est ce qu'éprouve une personne quand elle n'a pas tous les contacts dont elle a besoin ou le type de contacts qu'elle désire (Weiss, 1973).

Plusieurs variables sont corrélées au sentiment de solitude. Entre autres, percevoir sa santé comme étant faible est corrélé avec un haut niveau de sentiment de solitude (De Forge, Sobal et Krick, 1989; De Grâce, Joshi et Beaupré, 1987; Henry, 1989; Lopata, Heinemann et Baum, 1982; Mullins, Shepard et Andersson, 1988; Ribeiro, 1989), l'incapacité physique et la perte de mobilité amènent une augmentation du sentiment de solitude (Berg, Mellstrom, Persson et Svanborg, 1981, Rubinstein et Shaver, 1982), le veuvage (Hornung, 1981; Page et Cole, 1991; Weiss, 1982; Wenger, 1983), un nombre restreint d'amis et de contacts, l'absence d'un confident (Arling, 1976; Lowenthal et Haven, 1968; Revenson et Johnson, 1984), l'isolement physique (Berg et al., 1981; Liang, Dvorking, Kahana et Mazian, 1980)

et la personnalité (Berg et al., 1981; Peplau et Perlman, 1982) sont associés au sentiment de solitude.

D'autre part, le sentiment de solitude élevé peut amener une augmentation de la dépression (Baum, 1982; Berg et al., 1981; Schultz et Moore, 1984), du suicide (Wenz, 1977) et des désordres psychosomatiques (Bradley, 1967). Enfin, le diabète, les maladies cardiaques, l'artériosclérose et la maladie physique en général sont corrélés avec un haut niveau de sentiment de solitude (Lynch, 1977; Perlman, Ferguson, Bergun, Isenberg et Hammartsen, 1971: voir Creecy, Berg et Wright, 1985).

Type d'habitation

Certains chercheurs (Dooghe, Vanderleyden et Van Loon, 1980; Hansson, Jones, Carpenter et Remondet, 1986; Kraus et al., 1976) rapportent une incidence élevée du sentiment de solitude chez les âgés en institution. Il y a très peu de recherches scientifiques qui ont comparé directement le degré de sentiment de solitude des gens âgés en institution et à domicile, sinon celles de De Grâce et al. (1987), de Korthuis (1982) et de Mellor et Edelman (1988) où l'on rapporte aucune différence significative et celle de Wythers (1974), dans laquelle les personnes âgées en institution vivent plus de solitude que celles habitant à domicile. Deux facteurs expliqueraient ce dernier résultat soit le sexe et la santé perçue des sujets qui auraient une

grande influence sur le sentiment de solitude. En effet, les gens âgés en institution ont généralement une santé plus faible par rapport aux gens de leur âge qui sont à domicile; il est difficile d'isoler les variables institution et santé, étant donné qu'il y a recouvrement partiel entre les deux. Toutefois, quelques critiques sont à faire en ce qui concerne ces recherches. Dans l'étude de De Grâce et al. (1987), le milieu de vie en institution inclut les sous-types pensions de famille et appartements réservés aux personnes âgées, ce qui ne correspond pas véritablement à une vie "institutionnelle" et à ses caractéristiques. D'autre part, la recherche de Korhuis (1982) ne concerne que des sujets habitant seuls. Enfin, Mellor et Edelman (1988) n'ont utilisé que trente-six sujets pour leur étude et les moyennes d'âges sont différentes pour les gens en institution et pour ceux à domicile (85 ans contre 79 ans). Il convient donc de vérifier plus adéquatement ces relations.

Statut civil

Les recherches consultées font ressortir une différence de sentiment de solitude chez les personnes âgées selon leur statut civil. Pour plusieurs études, les résultats observés sont les suivants: ce sont les âgés mariés qui éprouvent le moins fréquemment ce sentiment suivi des célibataires et des veufs (ves) (Berg et al., 1981; Eveleigh, 1987; Kivett, 1979; Korhuis, 1982; Lechat, 1983; Lopata et al., 1982; Page et

Cole, 1991; Peplau, Bikson, Rook et Goodchilds, 1982; Weiss, 1982; Wythers, 1974). Seule la recherche québécoise de De Grâce et al. (1987) démontre que les célibataires ressentent plus le sentiment de solitude que les veufs (ves). Cependant, dans cette dernière étude, on retrouve un nombre inégal de gens âgés mariés à domicile et en institution, ces derniers étant beaucoup plus nombreux à domicile.

Age

La majorité des recherches effectuées ne démontrent aucune relation significative entre l'âge et le degré de sentiment de solitude chez les personnes âgées (Baum, 1982; Creecy, Berg et Wright, 1985; Delisle, 1979; Hornung, 1981; Korthuis, 1982; Mellor et Edelman, 1988; Perlman, Gerson et Spinner, 1978; Schultz et Moore, 1984; Shute et Howitt, 1990). Cependant, certains chercheurs ont trouvé une relation positive entre ces deux variables et démontrent que le niveau de sentiment de solitude augmenterait avec l'âge et serait plus élevé chez les 70 ans et plus (Kivett, 1979; Matthews, 1980: voir Côté, Drapeau, Richard et Laflamme, 1984; Wenger, 1983). A l'opposé, pour d'autres (Rubinstein et Shaver, 1982; Russell, 1982), il aurait tendance à diminuer en vieillissant. Ces derniers résultats significatifs mais contradictoires pourraient avoir été obtenus à partir d'échantillons douteux quant au choix des sujets et à leur nombre. L'échantillon de Kivett (1979) est formé de cent trois (103) femmes mais toutes sont

veuves et viennent de milieux ruraux, tandis que Russell (1982) n'a que 34 sujets âgés pour sa recherche. Cependant, il importe de poursuivre les travaux pour vérifier si effectivement le sentiment de solitude augmente après 70 ans.

Sexe

Plusieurs recherches ne relèvent aucune différence selon le sexe en ce qui a trait au sentiment de solitude chez des adultes (Davis et Kraus, 1989; Wheeler, Reis et Nezlek, 1983) et des personnes âgées (Andersson, 1982: voir Mullins, Shepard et Andersson, 1991; Baum, 1982; De Grâce et Joshi, 1990; Page et Cole, 1991; Perlman et al., 1978; Schultz et Moore, 1984 et Shute et Howitt, 1990), mais Lechat (1983) a remarqué que les femmes âgées expriment plus de sentiment de solitude que les hommes âgés et la raison évoquée est qu'il est peut-être plus acceptable culturellement pour les femmes d'exprimer leur émotion que pour les hommes, car la solitude peut être vue comme une faiblesse. Il est possible que cette différence de résultats s'explique par le choix de la mesure du sentiment de solitude; Lechat (1983) a utilisé simplement la question "Vous sentez-vous souvent seul?" alors que les autres auteurs se servent d'un questionnaire.

Santé perçue

Selon l'enquête Santé Québec (Levasseur, 1989), on remarque une augmentation progressive des incapacités à mesure que les individus avancent en âge. Il semble que les problèmes liés à l'état de santé physique et mentale se font davantage sentir au-delà de 65 ans.

Selon Speake, Cowart et Pellet (1989), la santé perçue est un concept intégré qui reflète le jugement et l'évaluation de l'individu face à sa santé en général. Selon Gfellner (1989), Krause (1990) et le National Council on Aging (1981), la santé perçue est le meilleur prédicteur de la satisfaction de vie.

D'après l'enquête Santé Québec (Levasseur, 1989), les Québécois semblent avoir une vision juste de leur état de santé. On observe une concordance entre leur perception et l'évaluation objective faite à l'aide d'un indice global de santé. En effet, les personnes qui qualifient leur santé d'excellente et celles qui la considèrent comme mauvaise sont respectivement en meilleure santé et en moins bonne santé que la moyenne de la population. En plus, la perception de l'état de santé demande moins de temps qu'une évaluation objective. Il est donc convenable de prendre en considération la parole des gens face à la perception de leur état de santé.

Les adultes et les personnes âgées se percevraient relativement en bonne santé lorsqu'ils se comparent aux personnes de leur âge (De Forge, Sobal et Krick, 1989; Rakowski et Cryan, 1990; Speake et al., 1989; Stuifbergen, Becker, Ingalsbe et Sands, 1990; Suls, Marco et Tobin, 1991). Mais, en général, les aînés évalueraient leur santé de façon plus pessimiste que les adultes (mi-âge) (Arnetz, 1985; Levasseur, 1989; Levkoff, Cleary et Wetle, 1987; Perlman et Uhlmann, 1988; Schultz et Fritz, 1987). Bien que De Forge et al. (1989) et Stuifbergen et al. (1990) estiment que la santé perçue ne différerait pas selon l'âge, Suls et al. (1991) et Tabloski (1989) soutiennent que chez les âgés (64 ans et plus), les perceptions négatives face à la santé diminuent en vieillissant; cet écart peut s'expliquer en partie par la moyenne d'âge trop basse des sujets (36 ans) (Stuifbergen et al., 1990), par le choix des sujets (maladies trop spécifiques) (De Forge et al., 1989) et par la question posée pour mesurer la perception de la santé, qui peut être différente d'une recherche à l'autre.

Seuls De Forge et al. (1989) étudient l'impact du statut civil sur la santé perçue; ils en concluent qu'il n'y a pas de différence selon le statut civil. De même, la santé perçue ne différerait pas selon le sexe (De Forge et al., 1989; Gouvernement du Canada, 1988; Levasseur, 1989; Stuifbergen et al., 1990).

Santé perçue et solitude

Certains théoriciens ont apporté des explications intéressantes à leurs observations sur la solitude et la santé et il est pertinent d'en tenir compte car elles peuvent susciter des pistes de recherche ou encore apporter des éléments éclairant la portée des résultats obtenus. C'est pourquoi certaines de ces explications seront rapportées ici avant d'aborder les résultats de recherches.

a) Observations théoriques

Rhodes (1990) suggère que le découragement, la solitude, la peur et l'anxiété peuvent détruire un organisme aussi rapidement, sinon plus, que tout problème physiologique. D'après Gognalons-Caillard et Roch (1977), la solitude dans la confrontation de la perte de santé a des incidences catastrophiques.

Les réactions d'adaptation à la vieillesse peuvent constituer une forme de trouble fonctionnel. Habituellement, ces réactions apparaissent suite à une maladie, ou bien lorsque les capacités physiques ou mentales des personnes âgées sont altérées. Ces personnes sont anxieuses et inquiètes; elles se sentent abandonnées (Vellas, 1982: voir Mishara et Riedel, 1984). Selon Mishara et Riedel (1984), le principal résultat de ces changements semble être un profond sentiment de solitude, car les personnes âgées ont de la

difficulté à compenser ces changements par de nouvelles relations sociales et affectives. De plus, suite à une maladie, une personne âgée qui a été active peut soudainement s'isoler et cesser toute activité, ce qui peut entraîner la présence de sentiment de solitude si personne n'intervient (Rhodes, 1990). Les recherches viennent appuyer ces observations théoriques.

b) Recherches

Selon l'étude de Tunstall (1967, voir: Peplau, Bikson, Rook et Goodchilds, 1982), 19% des personnes âgées qui ont des incapacités physiques sévères sont souvent seules comparé à seulement 5% de celles qui ont peu d'incapacités. D'autre part, Mullins et al. (1991) affirment qu'en vieillissant les gens perçoivent leur santé comme étant pauvre et sont plus disposés à la solitude. Cependant, à l'intérieur de cette étude, on n'a pas fait de différences entre les âgés et les très âgés comme c'est souvent le cas dans les recherches portant sur les personnes âgées.

D'après Pignault et Fessard (1989), la solitude est un facteur de risque important qui peut laisser craindre une probabilité d'apparition de troubles graves, voire handicapants, car selon cette étude française, la solitude vient au deuxième rang (48.6%) des facteurs de risques. Quelques chercheurs (Lynch, 1977; Peplau et Perlman, 1982)

considèrent que l'état de solitude peut amener une détérioration de la santé et peut créer de sérieuses maladies chez les gens.

Certains auteurs (Baum, 1982; Delisle, 1979; Tunstall, 1967: voir Peplau, Bikson, Rook et Goodchilds, 1982; Korthuis, 1982; Lynch, 1977; Mullins et McNicholas, 1986; Mullins et al., 1991; Nahemow, 1979; Perlman et al., 1978) ont observé une corrélation entre le sentiment de solitude et la santé chez les personnes âgées. Il semble évident pour Peplau, Russell et Cutrona (recherche non-publiée: voir Peplau et Perlman, 1982) que les gens souffrant de solitude sont plus vulnérables aux maladies physiques.

D'autre part, selon Ruth et al. (1990) avoir une santé limitée constitue la principale raison pour ressentir de la solitude chez les personnes âgées. Cependant, pour Mitchell, Imperial Kelleher et Brunner (1991), il n'existe pas de relation entre une pauvre santé et le sentiment de solitude chez les personnes âgées. Dans les recherches consultées, une diminution de la santé physique est associée à un haut niveau de sentiment de solitude (Baum, 1982; Gfellner et Finlayson, 1988; Perlman, Gerson et Spinner, 1978; Schultz et Moore, 1984). Creecy et al. (1985) affirment que l'état de santé joue un rôle significatif et déterminant dans le niveau d'activités sociales et subséquemment dans le niveau de solitude. Ainsi, la santé semble être un important prédicteur de la présence de sentiment de solitude

(Eveleigh, 1987; Mellor et Edelman, 1988; Peplau, Miceli et Morasch, 1982) et de symptômes dépressifs (Levkoff et al., 1987).

Pour d'autres chercheurs (Berg et al., 1981; De Forge et al., 1989; De Grâce et al., 1987; Henry, 1989; Kivett, 1979; Lechat, 1983; Perlman et al., 1978; Perlman et Peplau, 1982; Ribeiro, 1989; Woodward, 1971: voir Woodward, 1988), il semble que les personnes âgées qui perçoivent leur santé comme étant excellente ou bonne vivent moins de solitude que celles qui qualifient leur santé de pauvre. Selon Kivett (1978), les femmes qui perçoivent leur santé comme pauvre ont plus de risque de vivre de la solitude. Il faut souligner que, dans l'étude de Mitchell et al. (1991), la population pose problème car ce sont des sujets souffrant exclusivement de maladies cardiovasculaires et non-institutionnalisés qui ont été choisis, on ne peut donc pas généraliser ces résultats à toute la population. Bien que les recherches tendent vers les mêmes résultats, il demeure pertinent de vérifier la relation entre ces variables en tenant compte aussi de d'autres facteurs d'influence comme le fait de faire la distinction entre les âgés et les très âgés, aussi, de vérifier les différences possibles entre les sexes et le type d'habitation.

A partir de ces données, une seule hypothèse vérifiera le pouvoir prédictif des variables indépendantes sur le sentiment de solitude.

Hypothèse 1: La santé perçue et le type d'habitation sont de meilleurs prédicteurs du sentiment de solitude que l'âge et le sexe.

Méthodologie

Les sujets sont au nombre de 239, 121 femmes et 118 hommes âgés de 65 à 99 ans dont la moyenne d'âge se situe à 75.8 ans avec un écart-type de 6.9. Ils vivent soit à domicile (maison privée, appartement, HLM pour personnes âgées ou de tout âge) ou en institution (Centre d'accueil et d'hébergement, Centre hospitalier de longue durée et pavillon) (voir tableau 1). Ils résident dans la région 04 (Mauricie, Bois-Francs), au Québec. Les sujets ont différents statuts civils: mariés (79), célibataires (34), divorcés (16) et veufs(ves) (110). Pour ces derniers, seules les personnes veuves depuis deux ans ont été retenues, pour éviter l'impact du deuil sur le niveau de sentiment de solitude.

Insérer Tableau 1

a) Instruments de mesure

Un questionnaire de renseignements généraux recueille les données relatives à l'âge, au sexe, au statut civil, au type d'habitation et à l'état de santé perçue. Cette dernière question est posée de la façon suivante: En regard de la moyenne des gens de votre âge,

estimez-vous avoir une santé, très en dessous de la moyenne (5), en dessous de la moyenne (4), dans la moyenne (3), au-dessus de la moyenne (2) et très au-dessus de la moyenne (1)? Toutefois, les catégories "très en dessous de la moyenne" et "très au-dessus de la moyenne" ont été regroupées avec les catégories qui les précèdent, étant donné le peu de sujets dans chacune d'elles, formant ainsi trois catégories.

Le sentiment de solitude est mesuré à l'aide de l'adaptation française du UCLA Loneliness Scale révisée de Russell, Peplau et Cutrona (1980) faite par De Grâce et al. (1987). Selon Russell (1982), l'échelle UCLA est la meilleure qui soit utilisée pour mesurer le sentiment de solitude. Il se compose de 20 énoncés où le répondant est appelé à indiquer la fréquence d'apparition d'un sentiment de solitude dans sa vie sur une échelle en quatre points. Le score d'un sujet peut varier entre 20 et 80. Ce dernier indiquant un sentiment de solitude élevé. Certains auteurs (De Grâce et Joshi, 1990; Mellor et Edelman, 1988 et Ribeiro, 1989) ont utilisé cet instrument dans diverses recherches menées auprès des personnes âgées. De Grâce et Joshi (1990) ont obtenu un coefficient de fidélité test-retest de 0.85 après huit semaines et un coefficient de cohérence interne (alpha de Cronbach) de 0.91.

b) Procédure

Les interviewers sont des étudiants au baccalauréat et à la maîtrise en psychologie. Une formation leur a été préalablement donnée pour standardiser la procédure. Les sujets sont rencontrés individuellement à leur domicile par l'interviewer qui leur a fixé préalablement un rendez-vous. L'entrevue dure environ une heure et demie, au cours de laquelle les deux instruments sont présentés dans un ordre précis. La réponse des sujets à chaque question est inscrite par l'interviewer.

Résultats et discussion

Sentiment de solitude

Les résultats au questionnaire de sentiment de solitude indiquent une moyenne de 39.42, ce qui signifie que ces individus âgés présentent un degré de sentiment de solitude moyen, légèrement supérieur à la moyenne ($M=36.96$) établie par De Grâce et Joshi (1990) pour les personnes âgées. Il est aussi supérieur aux résultats des recherches de De Grâce et al. (1987) ($M=32.11$), de Gfellner et Finlayson (1988) ($M=36.1$) mais inférieur à ceux de Mellor et Edelmann (1988) ($M=43.9$) et de Shute et Howitt (1990) ($M=40.35$) chez les personnes âgées. Ces écarts dans les résultats proviennent dans le cas de De Grâce et al. (1987) des différences dans les milieux de vie des sujets. Pour ces chercheurs, le milieu de vie "habitat

réservé" inclut les gens vivant en pension de famille et en HLM pour personnes âgées en plus de ceux vivant en institution. Pour l'étude de Gfellner et Finlayson (1988), de Mellor et Edelman (1988) et de Shute et Howitt (1990), le nombre trop restreint de sujets, moins de 50, pourrait expliquer l'écart. Toutefois, les résultats sont conformes à ceux des autres études réalisées sur le sujet. Une analyse de variance révèle que les personnes âgées en institution ($M=42.78$) vivent plus de sentiment de solitude que celles à domicile ($M=35.91$) ($f(1,238)=37.34, p<.001$) les résultats vont dans le même sens que ceux de l'étude de Wythers (1974) dans laquelle les personnes âgées en institution vivent plus de sentiment de solitude que celles à domicile. Selon cette analyse le sentiment de solitude ne varie pas selon l'âge ($f(1,238)=1.75, p=n.s.$) et le sexe ($f(1,238)=.64, p=n.s.$). Cependant, il y a un effet d'interaction entre le sexe et le type d'habitation. Les hommes en institution ($M=44.67$) vivent plus de sentiment de solitude que les femmes en institution ($M=40.95$) ($t(239)=3.63, p<.05$), que les femmes à domicile ($M=36.92$) ($t(239)=4.87, p<.05$) et que les hommes à domicile ($M=34.90$) ($t(239)=6.11, p<.05$), soit les trois autres groupes. Les femmes en institution ($M=40.95$) vivent plus de sentiment de solitude que les hommes à domicile ($M=34.90$) ($t(239)=3.82, p<.05$) et que les femmes à domicile ($M=36.92$) ($t(239)=2.55, p<.05$). Seules les femmes à domicile ($M=36.92$) ne vivent pas plus de sentiment de solitude que les hommes à domicile ($M=34.90$) ($t(239)=1.25, p=n.s.$).

Santé perçue

Pour l'échantillon global (239 sujets), la moyenne de la santé perçue est de 1.88 sur une possibilité maximale de 3.0. Les personnes âgées de notre échantillon ont évalué leur santé comme étant légèrement au-dessus de la moyenne lorsqu'ils se comparent à la majorité des gens de leur âge. Ces résultats vont dans le même sens que les études qui ont démontré que les personnes âgées percevaient leur santé comme bonne et au-dessus de la moyenne des gens de leur âge (De Forge et al., 1989; Rakowski et Cryan, 1990; Speake et al., 1989; Stuifbergen et al., 1990 et Suls et al., 1991).

Les personnes âgées de 75 ans et plus évaluent leur santé de façon plus positive lorsqu'ils se comparent à la moyenne des gens de leur âge, dans une proportion de 39.02% contre 23.28% pour les 65-74 ans. Ces résultats ont déjà été constatés par d'autres chercheurs qui ont observé qu'en vieillissant les perceptions négatives face à la santé diminuent (Suls et al., 1991 et Tabloski, 1989).

Les résultats obtenus ici sont aussi à l'effet que 37.29% des hommes âgés évaluent leur santé comme étant supérieure aux gens de leur âge contre 25.62% pour les femmes âgées. Or, les études antérieures (De Forge et al., 1989; Gouvernement du Canada, 1988; Levasseur, 1989 et Stuifbergen et al., 1990) n'ont pas trouvé de différences selon le sexe. Cette différence pourrait être expliquée par

le fait qu'ici la question pour évaluer la santé perçue était posée différemment, de façon plus précise car les sujets avaient un référent: les gens du même âge qu'eux.

Les personnes âgées célibataires évaluent leur santé plus négativement que les mariés et les veufs dans une proportion respectivement de 32.35% contre 20.25% et 13.64%. Ces résultats sont différents de ceux de la recherche de De Forge et al. (1989) où ils ne trouvaient pas de différences. La question posée pour mesurer la perception de la santé et le choix des sujets étant différent dans les deux études, cela peut expliquer ces résultats divergents. De plus, la clientèle visée par De Forge et al. (1989) était des patients ostéoarthritiques alors que dans cette recherche-ci les sujets n'ont pas de maladies précises.

Les personnes âgées en institution ($M=2.07$) évaluent leur santé plus négativement que les personnes âgées à domicile ($M=1.68$) ($t(237)= 4.56, p<.001$). Dans la documentation consultée, on ne retrouve pas d'étude ayant vérifiée l'effet de ces deux variables. Ici, il semble évident que les gens âgés en institution perçoivent leur santé moins bonne comparativement aux gens de leur âge.

Hypothèse

L'hypothèse de cette étude cherche à vérifier si la santé perçue et le type d'habitation sont de meilleurs prédicteurs du sentiment de solitude que l'âge et le sexe. Il importe de mentionner qu'une analyse de variance a préalablement vérifiée l'effet du statut civil sur le sentiment de solitude, elle n'a pas établie de différence ($F(3,235) = 1.41, n.s.$), c'est pourquoi, cette variable a été mise de côté lors des analyses ultérieures. Une régression multiple démontre que, la santé perçue, le type d'habitation, et l'âge sont de très bons prédicteurs du sentiment de solitude comparativement au sexe (voir tableau 2). Ces variables expliquent 20% de la variance. Les recherches consultées démontrent que la diminution de la santé physique est associée à un haut niveau de sentiment de solitude (Baum, 1982; Gfellner et Finlayson, 1988 et Schultz et Moore, 1984), les résultats de cette présente recherche viennent donc appuyer les données de ces études. De plus, les résultats viennent appuyer ceux de l'étude de Wythers (1974) voulant que les personnes âgées en institution souffrent plus de solitude que celles vivant à domicile, aussi, ils vont dans le même sens que les résultats des recherches de Dooghe et al. (1980), de Hansson et al. (1986) et de Kraus et al. (1976) qui rapportent une incidence élevée du sentiment de solitude chez les âgés en institution. Il est difficile d'isoler complètement la variable type d'habitation et la variable santé perçue. Il y a recouvrement partiel

entre les deux. En effet, les gens âgés en institution évaluent leur santé comme moins bonne que les gens de leur âge. Les personnes âgées en institution ressentent aussi davantage de sentiment de solitude peut-être en partie parce qu'elles sont malades. Il importe donc d'intervenir auprès des aînés en institution qui se perçoivent en mauvaise santé par rapport aux gens de leur âge afin de réduire le sentiment de solitude de cette clientèle à risque.

Insérer Tableau 2

Conclusion

Il est important de faire ressortir les implications de nos résultats pour les fins de la pratique et de la recherche. Les résultats au sentiment de solitude se situent légèrement au-dessus de la moyenne établie pour ce groupe d'âge. Les personnes âgées de notre échantillon ont évalué leur santé comme étant légèrement au-dessus de la moyenne lorsqu'ils se comparent à la majorité des gens de leur âge. Aussi, les personnes âgées en institution évaluent leur santé plus négativement que les personnes âgées à domicile. Enfin, d'après la régression multiple effectuée, la santé perçue, le type d'habitation et l'âge sont de bons prédicteurs de la présence de sentiment de solitude pour les personnes âgées. Les résultats viennent appuyer l'importance d'orienter les efforts de recherche et d'intervention vers

les âgés institutionnalisés qui se perçoivent comme plus malades lorsqu'ils se comparent aux gens de leur âge, car ce sont les plus vulnérables au sentiment de solitude. Les intervenants en milieu institutionnel auraient avantage à centrer leurs interventions et leurs projets auprès de cette clientèle à risque afin de contrer le sentiment de solitude dans ces milieux.

Remerciements

L'auteure désire exprimer sa reconnaissance à sa directrice de mémoire Madame Micheline Dubé, D. Ps. pour sa grande disponibilité et son constant dévouement, ainsi que sa gratitude aux organismes suivants: le CQRS et la Régie régionale de la santé et des services sociaux Mauricie-Bois-Francs pour leur subvention ayant permis la réalisation de ce projet.

Références

Arling, G. (1976). Resistance to isolation among elderly widows. International Journal of Aging and Human Development, 7(1), 67-86.

Arnetz, B. B. (1985). Gerontic occupational therapy psychological and social predictors of participation and therapeutic benefits. American Journal Occupational Therapy, 39(7), 219-224.

Baum, S. K. (1982). Loneliness in elderly persons: a preliminary study. Psychological Reports, 50(30), 1317-1318.

Berg, S., Mellstrom, D. Persson, G., & Svanborg, A. (1981). Loneliness in the Swedish aged. Journal of Gerontology, 36, 342-349.

Bradley, R. L. (1967). Acute peptic ulcer in the elderly: Similarity to stress ulcer. Journal of the American Geriatric Society, 15, 254-264.

Côté, M., Drapeau, D., Richard, L., & Laflamme, R. (1984). Étude des besoins de santé des âgés à domicile. Monographies des Sciences Infirmières, 2(1), Université du Québec à Trois-Rivières.

Creecy, R. F., Berg, W. E., & Wright, R. (1985). Loneliness among the elderly: A causal approach. Journal of Gerontology, 40(4), 487-493.

Davis, M. H., & Kraus, L. A. (1989). Social contact, loneliness and mass media use: A test of two hypotheses. Journal of Applied Social Psychology, 19(13), 1100-1124.

De Forge, B. R., Sobal, J., & Krick, J. P. (1989). Relation of perceived health with psychosocial variables in elderly osteoarthritis patients. Psychological Reports, 64(1), 147-156.

De Grâce, G. R., & Joshi, P. (1990). Adaptation de l'échelle de solitude UCLA auprès des personnes âgées. Communication présenté au 4e congrès international de gérontologie francophone, Montréal.

De Grâce, G. R., Joshi, P., & Beaupré, C. (1987). Les caractéristiques psychosociales associées à la solitude chez les personnes âgées, selon le type d'habitat. Revue Canadienne des Sciences du Comportement, 19(3), 298-313.

Delisle, M. A. (1979). La solitude, l'isolement social et l'ennui chez les personnes âgées. Service Social, 28(2), 29-49.

Delisle, M. A. (1985). La solitude des personnes âgées. Cahiers de l'ACFAS, no.27. Montréal, ACFAS, 3-15.

Delisle, M. A. (1988). Que signifie la solitude pour les personnes âgées. La Revue Canadienne du Vieillessement, 7(4), 339-357.

Dooghe, G., Vanderleyden, L., & Van Loon, F. (1980). Social adjustment of the elderly residing in institutional homes: a multivariate analysis. International Journal and Aging and Human Development, 11(2), 163-176.

Eveleigh, K. A. (1987). Spiritual well-being and loneliness in the elderly. Unpublished doctoral dissertation, University of Guelph, Guelph.

Gfellner, B. M. (1989). Perceptions of health, abilities and life satisfaction among very old adults. Perceptual and Motor Skills, 68(1), 203-209.

Gfellner, B. M., & Finlayson, C. (1988). Loneliness, personality and well-being in older widows. Perceptual and Motor Skills, 67(1), 143-146.

Gognalons-Caillaud, M., & Roch, B. (1977). Le grand âge à domicile. Paris, Marchand.

Gouvernement du Canada. (1988). Le rapport santé: nos conceptions et nos actions. Action santé: les aînés.

Hansson, R. D., Jones, W. H., Carpenter, B. N., & Remondet, J. H. (1986). Loneliness and adjustment to old age. International Journal of Aging and Human Development, 24(1), 41-53.

Henry, M. E. (1989). The relationships among life satisfaction, life-work role pattern and perceived functional health in older women. Unpublished doctoral dissertation, New-York University, New-York.

Hornung, K. L. (1981). Loneliness among older urban widows. Unpublished doctoral dissertation. The University of Nebraska-Lincoln.

Kivett, V. R. (1978). Loneliness and the rural widow. The Family Coordinator, 27(4), 389-395.

Kivett, V. R. (1979). Discriminators of loneliness among the rural elderly: Implications for intervention. The Gerontologist, 19(1), 108-115.

Korthuis, K. E. (1982). Functional characteristics associated with feelings of loneliness in older persons who live alone. Unpublished doctoral dissertation, The University of Toledo.

Kraus, A. S., Spasoff, R. A., Beattie, E. J., Holden, E. W., Lawson, J. S., Rodenburg, M., & Woodcock, G. M. (1976). Elderly applicants to long term care institutions: Their characteristics, health problems and state of mind. Journal of the American Geriatrics Society, 24, 117-125.

Krause, N. (1990). Perceived health problems, formal/informal support, and life satisfaction among older adults. Journal of Gerontology, 45(5).

Lechat, J. (1983). Le sentiment de solitude chez les personnes âgées: premiers résultats d'une enquête à Bruxelles et à Anderlecht. Gérontologie et Société, 27, 58-65.

Levasseur, M. (1989). La perception de l'état de santé. Santé Société, 11(2), 49-51.

Levkoff, S. E., Cleary, P. D., & Wetle, T. (1987). Differences in the appraisal of health between aged and middle-aged adults. Journal of Gerontology, 42(1), 114-120.

Liang, J., Dvorking, L., Kahana, E., & Mazian, F. (1980). Social integration and morale: A re-examination. Journal of Gerontology, 35, 746-757.

Lopata, H. Z., Heinemann, G. D., & Baum, J. (1982). Loneliness: Antecedents and coping strategies in the lives of widows. In L. A. Peplau, D. Perlman. (Eds.) Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy. New-York: Willey-Interscience, 311-326.

Lowenthal, M. F., & Haven, C. (1968). Interaction and adaptation: Intimacy as a critical variable. American Sociological Review, 33(1), 20-30.

Lynch, J. J. (1977). The broken heart: The medical consequences of loneliness in America. New-York., Basic Books.

Mellor, K. S., & Edelman, R. J. (1988). Mobility, social support, loneliness and well-being amongst two groups of older adults. Personality and Individual Differences, 9(1), 1-5.

Mishara, B. L., & Riedel, R. G. (1984). Le vieillissement. Paris: Presses Universitaires de France. Coll. Psychologie d'aujourd'hui.

Mitchell, R. A., Imperial, E., Kelleher, P., & Brunner, P. (1991). Perceived health problems in subjects with varying cardiovascular diagnoses. Journal of Behavioral Medicine, 14(5), 505-512.

Mullins, L. C., & McNicholas, N. (1986). Loneliness among the elderly: Issues and considerations for professionals in aging. Gerontology and Geriatrics Education, 7(1), 55-65.

Mullins, L. C., Shepard, H. L., & Andersson, L. (1988). A study of loneliness among a national sample of Swedish elderly. Comprehensive Gerontology section B: Behavioral, Social and Applied Sciences, 2(1), 36-43.

Mullins, L. C., Shepard, H. L., & Andersson, L. (1991). Loneliness and social isolation in Sweden: Differences in age, sex, labor force status, self-rated health, and income adequacy. Journal of Applied Gerontology, 10(4), 455-468.

Nahemow, N. (1979). Residence, kinship and social isolation among the aged Baganda. Journal of Marriage and the Family, 41, 171-183.

National Council on Aging. (1981). Aging in the eighties: America in transition. Washington, DC: Autor.

Page, R. M., & Cole, G. E. (1991). Demographic predictors of self-reported loneliness in adults. Psychological Reports, 68(3, pt 1), 939-945.

Peplau, L. A., Bikson, T. K., Rook, K. S., & Goodchilds, J. D. (1982). Being old and living alone. In L.A. Peplau & D. Perlman. (Eds.) Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy. New-York, Willey-Interscience, 327-347.

Peplau, L. A., Miceli, M., & Morasch, B. (1982). Loneliness and self-evaluation. In L.A. Peplau & D. Perlman (Eds.) Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy. New-York: John Wiley et Sons, 135-151.

Peplau, L. A., & Perlman, D. (1982). Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy. New-York, Wiley-Interscience.

Perlman, D., Gerson, A. C., & Spinner, B. (1978). Loneliness among senior citizens: An empirical report. Essence, 2(4), 239-248.

Perlman, D., & Peplau, L. A. (1982). Theoretical approaches to loneliness. In L.A. Peplau & D. Perlman (Eds.) Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy. John Wiley: New-York. 123-134.

Perlman, R. A., & Uhlmann, R. F. (1988). Quality of life in chronic diseases: perceptions of elderly patients. Journal of Gerontology, 43(2), 25-30.

Pignault, E., & Fessard, J. (1989). Prévention et éducation pour la santé en gérontologie médico-sociale. Rapport technique 3. Paris.

Rakowski, W., & Cryan, C. D. (1990). Associations among health perceptions and health status within three age groups. Journal of Aging and Health, 2(1), 58-80.

Revenson, T. A., & Johnson, J. L. (1984). Social and demographic correlates of loneliness in late life. American Journal of Community Psychology, 12(1), 71-85.

Rhodes, A. (1990). Aide et conseils pour prendre soin de nos aînés. Montréal: Ed. Grosvenor inc.

Ribeiro, V. E. (1989). Loneliness in the institutionalized elderly: A descriptive exploratory study. Unpublished doctoral dissertation, Boston University, Boston.

Rubenstein, C. M., & Shaver, P. (1982). The experience of loneliness. In L.A. Peplau & D. Perlman (Eds.) Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy. New-York, Wiley-Interscience, 206-223.

Russell, D. (1982). The measurement of loneliness. In Rubenstein, C.M. & Shaver, P. (Eds.) The experience of loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy. New-York, Wiley-Interscience.

Russell, D., Peplau, L. A., & Cutrona, C. E. (1980). The revised U.C.L.A. Loneliness Scale: Concurrent and discriminant validity evidence. Journal of Personality and Social Psychology, 39(3), 472-480.

Ruth, J. E., Obergi, P., Mattlar, C. E., & Sandahl, C. (1990). Old age and loneliness illustrated by the Zulliger. Special Issue: The Zulliger test. British Journal of Projective Psychology, 35(2), 61-73.

Schultz, R., & Fritz, S. (1987). Origins of stereotypes of the elderly: An experimental study of the self-other discrepancy. Experimental Aging Research, 13(4), 189-195.

Schultz, N. R., & Moore, D. (1984). Loneliness: Correlates, attributions and coping among older adults. Personality and Social Psychology Bulletin, 10(1), 67-77.

Shute, R., & Howitt, D. (1990). Unravelling paradoxes in loneliness: Research and elements of a social theory of loneliness. Social Behavior, 5(3), 169-184.

Speake, D. L., Cowart, M. E., & Pellet, K. (1989). Health perceptions and lifestyles of the elderly. Research in Nursing and Health, 12(2), 93-100.

Stuifbergen, A. K., Becker, H. A., Ingalsbe, K., & Sands, D. (1990). Perceptions of health among adults with disabilities. Health Values: Health Behavior, Education and Promotion, 14(2), 18-26.

Suls, J., Marco, C. A., & Tobin, S. (1991). The role of temporal comparison, social comparison, and direct appraisal in the elderly's self-evaluations of health. Journal of Applied Social Psychology, 21(14), 1125-1144.

Tabloski, P. A. (1989). Self-perceptions of health by older persons. Unpublished doctoral dissertation, The University of Rochester.

Weiss, R. S. (1973). Loneliness. The experience of emotional and social isolation. Cambridge and London: MIT Press.

Weiss, R. S. (1982). "Issues in the study of loneliness". In L.A. Peplau & D. Perlman (Eds.) Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy. New-York: Willey-Interscience. 71-80.

Wenger, C. (1983). Loneliness: A problem of measurement. In D. Jerome (Eds.), Ageing in modern society, contemporary approaches. London and Canberra, New-York, 145-167.

Wenz, F. V. (1977). Seasonal suicide attempts and forms of loneliness. Psychological Reports, 40, 807-810.

Wheeler, I., Reis, H., & Nezlek, J. (1983). Loneliness, social interaction, and sex roles. Journal of Personality and Social Psychology, 45(4), 943-953.

Woodward, J. C. (1988). The solitude of loneliness. Massachusetts: Lexington Books.

Wythers, M. (1974). Loneliness among residents in home for elderly. Unpublished doctoral dissertation, University of Nebraska-Lincoln.

Tableau 1
Distribution des sujets en fonction de l'âge, du sexe et du type
d'habitation

	<u>HOMMES</u>		<u>FEMMES</u>	
	65-74	75 et +	65-74	75 et +
Domicile	28	30	29	30
Institution	29	31	30	32

Tableau 2

Régression multiple de la variable sentiment de solitude en fonction des facteurs santé perçue, type d'habitation, âge et sexe.

Variables	B	Beta	t	p
Santé perçue	3.42	.25	4.02	.01
Type d'habitation	5.50	.29	4.76	.01
Age	2.64	.14	2.32	.02
Sexe	1.27	.07	1.15	.25
Constant	28.20			

$R^2 = .20$ et $f(4, 234) = 14.34, p < .01$