

Article

« Ressources psychosociales, événements transitoires et qualité de vie des personnes vieillissantes »

Richard Lefrançois, Micheline Dubé, Gilbert Leclerc, Suzanne Hamel et Philippe Gaulin
Santé mentale au Québec, vol. 26, n° 1, 2001, p. 242-273.

Pour citer cet article, utiliser l'information suivante :

URI: <http://id.erudit.org/iderudit/014520ar>

DOI: 10.7202/014520ar

Note : les règles d'écriture des références bibliographiques peuvent varier selon les différents domaines du savoir.

Ce document est protégé par la loi sur le droit d'auteur. L'utilisation des services d'Érudit (y compris la reproduction) est assujettie à sa politique d'utilisation que vous pouvez consulter à l'URI <https://apropos.erudit.org/fr/usagers/politique-dutilisation/>

Érudit est un consortium interuniversitaire sans but lucratif composé de l'Université de Montréal, l'Université Laval et l'Université du Québec à Montréal. Il a pour mission la promotion et la valorisation de la recherche. Érudit offre des services d'édition numérique de documents scientifiques depuis 1998.

Pour communiquer avec les responsables d'Érudit : info@erudit.org



Ressources psychosociales, événements transitoires et qualité de vie des personnes vieillissantes

Richard Lefrançois

Micheline Dubé

Gilbert Leclerc,

Suzanne Hamel

Philippe Gaulin*

S'appuyant sur les données de la première vague de l'Étude longitudinale québécoise sur le vieillissement, cet article examine transversalement la relation entre les ressources psychosociales des personnes âgées et leur qualité de vie. L'échantillon de 781 sujets comporte trois groupes de personnes âgées sélectionnées d'après les critères d'âge et d'exposition ou non à un événement transitoire majeur : la retraite (60-65 ans), le veuvage (70-75 ans) et les incapacités fonctionnelles (80-85 ans). Les résultats confirment que les répondants ayant des ressources psychosociales élevées obtiennent les meilleures performances aux différents indices de qualité de vie. Cependant, en ce qui regarde la survenue d'événements, l'effet protecteur des ressources psychosociales sur la qualité de vie est démontré uniquement chez les retraités. On remarque que chez les personnes en incapacité, le soutien social semble contribuer faiblement au maintien de la qualité de vie. Des tentatives d'explication sont proposées.

Pour une majorité d'aînés, la retraite, le veuvage ou l'incapacité fonctionnelle sont des événements critiques susceptibles d'induire un stress intense. L'étude de l'incidence de ces événements sur la santé physique et mentale des personnes âgées et leur bien-être est pertinente dans le contexte des efforts déployés par la société pour favoriser leur autonomie et leur intégration sociale. Le soutien des proches et l'intervention communautaire demeurent certes des moyens privilégiés pour alléger les difficultés des aînés et favoriser leur intégration. Toutefois, certains changements sociaux récents (virage ambulatoire, désengage-

* R. Lefrançois, Ph.D et G. Leclerc, Ph.D sont professeurs titulaires à l'Université de Sherbrooke et chercheurs à l'Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke. M. Dubé est professeure à l'Université du Québec à Trois-Rivières. S. Hamel, Ph.D est professeure adjointe à l'Université de Sherbrooke et P. Gaulin, DEA, est professionnel de recherche à l'Institut. Les auteurs remercient le Conseil québécois de la recherche sociale (RS- 3254) et le Conseil de recherches en sciences humaines du Canada (410-98-0974) pour leur appui financier.

ment de l'État) militent en faveur d'une autonomisation accrue des aînés. C'est dans cette perspective que sont présentés les résultats de cette recherche, point de départ d'une étude longitudinale en chantier.

Plusieurs études scientifiques ont démontré que la survenue d'événements de vie perturbateurs pouvait affecter la santé, voire exacerber la symptomatologie des troubles dépressifs d'un individu (Tennant et al., 1979 ; Brown et Harris, 1978 ; Kessler, 1997 ; Chiriboga, 1992 ; Cui et Vaillant, 1996). Certains travaux ont même montré que de tels événements pouvaient provoquer le décès précoce (Holahan et Moos, 1991 ; Palmore et al., 1979 ; Kessler, 1997) : la situation fréquemment rapportée est celle du décès de la personne âgée dans les mois qui suivent la perte de son conjoint (Kaprio et al., 1987 ; Martikainen et Tapani, 1996).

Mais d'autres chercheurs sont plutôt d'avis que ce sont les tracas de tous les jours qui détériorent la qualité de vie et non les événements stressants comme tels (Delongis, 1982 ; Landreville et Vézina, 1991). Ainsi, les conséquences secondaires du décès du conjoint (par exemple, isolement social, changement de rôle ou d'habitudes de vie) peuvent être aussi dévastatrices que l'événement déclencheur (Umberson et al., 1992). Kahana et al. (1995) ont fait une importante distinction : le bien-être perçu est principalement affecté par les turbulences de la vie à court terme (les tracas, les embarras), émanant des événements négatifs, tandis que l'équilibre mental est perturbé par des événements majeurs, dont l'impact est durable ou qui s'accroissent avec le temps.

Ces observations ont incité des chercheurs à se pencher sur les facteurs susceptibles d'atténuer les effets délétères du stress sur la qualité de vie des aînés. Ainsi, on a constaté que l'impact des événements stressants était médiatisé par les ressources psychologiques de l'individu et le soutien social (Paykel, 1994). Ces mêmes facteurs de protection diminuent la vulnérabilité consécutive au stress tout en aidant les personnes à conserver une qualité de vie satisfaisante (Cutrona et Russel, 1987, 1989 ; Krause, 1986).

On estime que lorsqu'ils sont confrontés à des transitions ou des crises, la plupart des aînés s'efforcent de mobiliser toutes les ressources disponibles en vue de préserver leur équilibre, leur état de santé et leur sentiment de bien-être (Ryff et Essex, 1992 ; Rowe et Kahn, 1987, 1998). Les personnes en mesure de résoudre ces crises et de réduire le stress auraient la capacité de conjuguer les processus internes (les ressources de la personne, le soi) et externes (par exemple, les contraintes et ressources du milieu) (Fiske et Chiriboga, 1990 ; Chiriboga, 1992). La

recension des écrits sur le sujet fait état de deux ordres de ressources exerçant un effet tampon :

A. Les ressources internes, soit les capacités psychologiques et intellectuelles de l'individu (par exemple, le bagage scolaire, l'autonomie psychologique et l'actualisation du potentiel, qui mesure l'ouverture à l'expérience et l'attitude devant la vie et les événements). Ces caractéristiques pourraient expliquer, du moins en majeure partie, la vulnérabilité différentielle des personnes âgées (Foley et al., 1996). Une scolarité faible (Murrell et Norris, 1991), un statut professionnel moindre (Krause, 1997) et des revenus insuffisants (Palmore et Burchett, 1997) ont été reliés à la morbidité et à la mortalité précoce, sans égard aux événements stressants.

B) Les ressources externes, soit la taille ou l'étendue du réseau social, son utilisation et la perception vis-à-vis du soutien reçu. Le réseau social atténuerait les impacts négatifs des événements stressants, (Cohen 1988 ; Robert et al., 1994) (1) en favorisant un meilleur contrôle (Hollinger et Bushman, 1994 ; Ducharme, 1994) ; (2) en incitant à adopter de saines habitudes de vie (Cohen et Wills, 1985 ; Cohen et al., 1995) ; (3) en encourageant à recourir à de l'aide ou aux services sociosanitaires (Kouzis et Eaton, 1998). En plus, le soutien social exercerait un effet bénéfique direct sur la qualité de vie, indépendamment de la présence ou non des événements de vie ou de leur gravité (Penninx et al., 1997).

Les hypothèses de l'étude

La première hypothèse de la présente étude est que les ressources individuelles ou sociales sont positivement reliées à la qualité de vie, quel que soit l'âge des individus et indépendamment de la présence ou non d'événements transitoires. La seconde hypothèse est que les ressources individuelles ou sociales des personnes âgées aident à atténuer l'impact des événements transitoires sur leur qualité de vie. Concrètement, les personnes âgées ayant subi une transition majeure seraient moins vulnérables lorsqu'elles disposent ou utilisent des ressources adéquates ou lorsqu'elles perçoivent positivement le soutien reçu. Cette seconde hypothèse repose sur le postulat que les personnes âgées ayant vécu une transition majeure¹ font face à des problèmes d'adaptation se répercutant sur leur état de santé ou leur bien-être.

Les données analysées étant transversales, la direction causale ne peut être postulée qu'à partir d'appuis théoriques. La comparaison des données avec des groupes contrastes aide toutefois l'exploration du rapport de causalité sans toutefois être en mesure de le confirmer. En ce sens, ces hypothèses impliquent un modèle causal récursif (sans rétroac-

tion), les ressources jouant le rôle de variables protectrices. Des effets de cohorte et de survie sélective, eu égard à l'âge et au sexe notamment, entrent sans doute en jeu dans toute analyse s'appuyant sur des données transversales (Smith et Baltes, 1998). Ces effets peuvent certes constituer des biais potentiels, mais rien n'interdit de les envisager comme des résultantes d'un processus d'adaptation réussi.

Méthodologie

L'échantillon

Cette étude transversale comprend trois groupes d'âge de personnes âgées. Chaque groupe est divisé en deux sous-groupes selon la survenue ou non d'un événement transitoire : la retraite (sujets de 60-65 ans), le veuvage (sujets de 70-75 ans) et l'incapacité fonctionnelle (sujets de 80-85 ans). Concrètement, dans chaque groupe, les sujets ayant vécu l'événement ciblé ont été appariés (frequency matching) à des sujets n'ayant pas vécu cet événement. Cette procédure, qui s'assimile à l'appariement dans les expérimentations contrôlées, permet de mieux discriminer l'impact des ressources sur la qualité de vie lorsque les sujets sont exposés ou non aux transitions.

Les données proviennent de la première vague (1997) de l'Étude longitudinale québécoise sur le vieillissement (ELQUEV), une recherche multi-cohortes visant à explorer les facteurs contribuant au maintien de la qualité de vie chez les personnes âgées. Le recrutement des sujets s'est effectué à Sherbrooke et à Trois-Rivières, ainsi que dans leurs banlieues respectives. Les sujets des groupes veuvage et incapacité ont été délibérément suréchantillonnés pour accroître la probabilité d'observer l'un ou l'autre de ces événements transitoires majeurs. Pour assurer la meilleure représentativité de l'échantillon, une attention particulière a été portée lors du recrutement à l'inclusion de sujets reflétant les caractéristiques socio-démographiques de base de la population-cible².

La constitution de l'échantillon a nécessité deux étapes : Premièrement, un échantillon stratifié aléatoire (sexe, âge, région) a été prélevé à partir des listes nominatives de la Régie de l'assurance maladie du Québec. Cependant, pour obtenir le nombre requis de participants, l'échantillon a dû être complété par d'autres modes de recrutement, soit des annonces dans les journaux, des affiches et des contacts auprès d'établissements d'hébergement.

Procédure de collecte de données

Des entrevues structurées, d'une durée approximative de 2 h 30 (nécessitant parfois deux ou trois visites), ont été administrées, de septembre à décembre 1997, au lieu de résidence des participants. Pour être admissibles, les sujets recrutés devaient satisfaire aux conditions suivantes : posséder l'âge requis et résider dans l'une des deux régions retenues. Un nombre suffisant de sujets n'ayant pas vécu l'événement relié à leur groupe d'âge ont été recrutés pour constituer le groupe contraste. En second lieu, pour se qualifier comme participant, un score de 65 et plus au *Modified Mini Mental Test* (Teng et Chui, 1987) était requis, étant donné les exigences de l'entrevue. Les sujets ayant signé le formulaire de consentement devaient se soumettre à cette épreuve dès le début de la rencontre. Ont été exclus, ceux ne pouvant communiquer en français, ceux affectés par une grave maladie, et ceux n'ayant pu compléter, en tout ou en partie, l'entrevue de façon satisfaisante.

Le choix des groupes

Il est difficile en gérontologie de dégager un portrait type du vieillissement, compte tenu de l'hétérogénéité des trajectoires et de la diversité des profils de la vieillesse (Baltes, 1998 ; Schock et al., 1984). Un autre problème rencontré dans les études gérontologiques sur les événements tient à la définition même de l'événement étudié ou au choix de l'instrument pour mesurer les événements. Ainsi, certains se sont intéressés à un seul événement, tandis que d'autres ont mesuré le stress à l'aide d'index enregistrant le cumul d'une pluralité d'événements. Comme cette problématique a fait l'objet d'une longue discussion, nous ne reprendrons pas ici le débat (Tennant et al., 1979 ; Kessler, 1997). Cependant, pour contourner certaines faiblesses méthodologiques soulevées dans la critique, la présente étude se limite aux trois événements mentionnés plus haut, lesquels sont considérés comme suscitant des défis importants.

L'événement retraite a été décrit comme étant une période de transition difficile chez plusieurs aînés. Selon les tenants de la théorie de la crise d'identité (Miller, 1968 ; Hallowan, 1985), la perte de statut et de rôle reliée au travail altère l'estime de soi et induit une diminution d'activités. Mais, d'autres travaux fondés sur la théorie de la continuité (Atchley, 1989, 1991) proposent une interprétation opposée. Les retraités y sont décrits comme des personnes actives, heureuses et satisfaites de leur vie.

La perte du conjoint constitue un second événement de vie majeur. La documentation mentionne que le veuvage représente l'événement

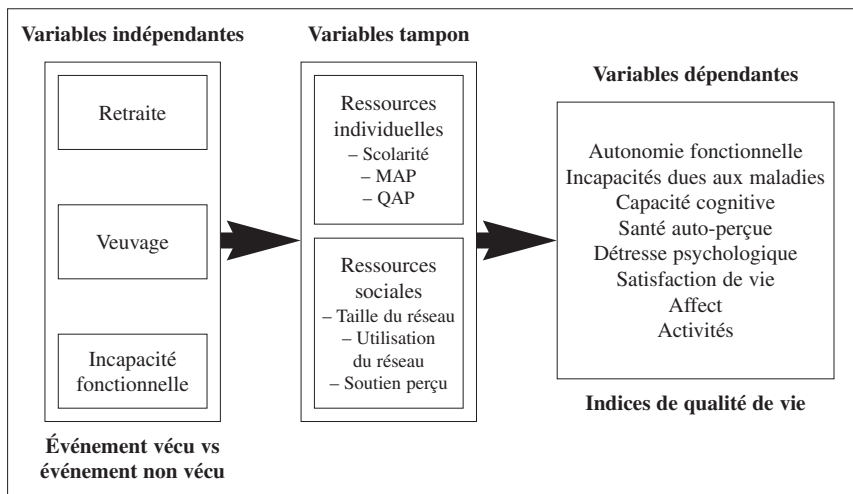
potentiellement le plus perturbateur chez les personnes âgées (Harlow et al., 1991 ; Mendes de Leon et al., 1994 ; Martikainen et Tapani, 1996). Dans leur instrument de mesure des événements de vie, Holmes et Rahe (1967) attribuent d'ailleurs à la perte du conjoint la plus haute cote parmi les événements stressants du point de vue de la sévérité des impacts.

Enfin, l'incapacité fonctionnelle est un événement qui, d'emblée, conduit à une détérioration de la qualité de vie. Plusieurs recherches ont établi une association entre cet événement et d'autres conditions morbides, tels les troubles neurologiques (Blazer et al., 1987), la surconsommation de psychotropes (Gorman et Brown, 1992) et les symptômes dépressifs (Cui et Vaillant, 1996 ; Murphy, 1982 ; Prince et al., 1997).

Les instruments de mesure

Étant donné le grand nombre de variables utilisées dans cette étude, celles-ci sont identifiées dans une figure (Figure 1) pour simplifier la présentation. Également, les instruments de mesure et leurs propriétés psychométriques sont présentés dans un tableau en annexe (Annexe 1). Seule une brève présentation des variables et instruments fait l'objet de cette section.

Figure 1
Cadre opératoire de l'étude



Les variables protectrices (ressources internes et externes)

La scolarité (souvent choisie parce qu'elle recouvre d'autres aspects tels que le statut socio-professionnel ou le revenu) a été retenue comme une ressource interne pouvant influencer la capacité d'agir de l'individu face aux événements (Rahkonen et Takala, 1998). La seconde variable est celle de l'actualisation du potentiel de la personne. Notion centrale dans la perspective du vieillissement réussi (Ryff, 1987 ; Baltes et Baltes, 1990), l'actualisation du potentiel signifie la capacité qu'a l'individu de référer à soi et à ses valeurs (autonomie, adaptation) et d'être ouvert à son expérience (ouverture à soi, à la vie, aux autres). Le potentiel de croissance de l'individu demeurerait actif en dépit des conditions ou circonstances défavorables. Cette notion recoupe deux dimensions principales captées par notre instrument de mesure (le MAP : Mesure de l'actualisation du potentiel, développée par notre groupe de recherche), soit la référence à soi et l'ouverture à l'expérience (Lefrançois et al., 1997, 1998 ; Leclerc et al., 1998, 1999).

L'autonomie psychologique constitue une autre variable caractérisant les ressources internes. Ce construit mesure la volonté de l'individu d'exercer son pouvoir de décider et d'agir en tenant compte de sa dynamique propre, de ses capacités et de son intégration sociale. Le Questionnaire d'autonomie psychologique (Dubé et al., 1990), développé spécifiquement pour les personnes âgées, a été utilisé pour mesurer cet aspect.

Trois composantes ont été retenues pour mesurer les ressources externes : la taille du réseau social (nombre de parents ou amis disponibles), son degré d'utilisation (fréquence des contacts) et la satisfaction face au soutien social.

Les variables dépendantes (qualité de vie)

Le succès du vieillissement est capté par la notion de qualité de vie tel qu'adoptée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) qui stipule que la santé est un état de bien-être physique et mental et non seulement l'absence de maladie. L'OMS insiste également sur la composante subjective du bien-être (par exemple, la santé auto-perçue et la satisfaction de vie). Les variables et instruments de mesure utilisés s'inspirent de ce modèle.

Le Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF) (Hébert et al., 1988) a été retenu pour évaluer les incapacités fonctionnelles. Hormis ses applications cliniques, cet instrument, conçu d'après la classification de l'invalidité proposée par l'Organisation mondiale de

la santé (WHO, 1980), est recommandé pour la recherche épidémiologique et évaluative (Rai et al., 1996). Rappelons que le SMAF a aussi servi à répartir les sujets de 80 à 85 ans en deux sous-groupes (avec et sans incapacité).

L'échelle du statut mental modifié (3MS) (Teng et Chui, 1987) a été utilisée pour diagnostiquer les sujets inaptes à participer à l'étude. En même temps, l'instrument a servi de mesure des capacités cognitives des participants. L'instrument utilisé pour mesurer la détresse psychologique est la version française (IDPESQ : indice de détresse psychologique de l'enquête Santé Québec) du *Psychiatric Symptoms Index* mis au point par Ilfeld (1976). L'instrument mesure plusieurs composantes de la santé mentale. Cet instrument est fiable et valide pour une population âgée, même s'il comporte plusieurs items de type somatique (Préville et al., 1995). Enfin, la santé perçue et les limitations dues aux maladies ont été mesurées à l'aide du *Multifunctional Assessment Questionnaire*. Cet instrument mesure la santé autoperçue (comparée aux gens du même âge) et les contraintes imposées par les maladies.

La Mesure de l'actualisation spécifique a été développée par notre groupe de recherche pour évaluer l'engagement des personnes âgées dans cinq sphères d'activités. Par ailleurs, l'échelle de satisfaction de vie (Diener et al., 1985) a mesuré une composante cognitive du bonheur définie comme une évaluation globale de la qualité de vie d'une personne selon ses propres critères, tandis que l'affect mesurait les émotions actuelles.

Finalement, le niveau de tracas de la vie quotidienne a été pris en compte en tant que conséquences des événements de vie. Il est mesuré par le *Hassle Scale* modifié

Les méthodes d'analyse

Deux stratégies d'analyse ont été déployées pour réaliser cette étude : (1) l'analyse typologique (*cluster analysis*) et (2) l'analyse de variance. L'analyse typologique s'est avérée une technique appropriée pour construire les profils des répondants d'après leurs ressources internes et externes. La méthode permet de créer des grappes d'individus à partir de leurs scores aux variables retenues (les ressources internes et externes), en maximisant les similitudes et les différences entre eux. Cette analyse a été conduite en deux étapes. Premièrement, la méthode d'agglomération hiérarchique a servi à déterminer le nombre de regroupements (grappes) permettant la classification optimale des sujets. A défaut d'une procédure éprouvée pour réaliser cette opération (Everitt,

1979), une approche heuristique a été choisie qui tient compte de la taille des sous-échantillons et de l'inspection des dendrogrammes. La méthode de Ward combinée à la mesure des distances euclidiennes au carré a été retenue, celle-ci ayant la particularité d'homogénéiser les grappes en minimisant la variance (Aldenderfer et Blashfield, 1984). Comme les sept variables ressources étaient normalement distribuées, aucune transformation n'a été appliquée. Cependant, comme elles comportent des échelles distinctes, pour faciliter l'interprétation des tracés, celles-ci ont été standardisées (cotes Z en ordonnée dans les figures) mais non pondérées (Milligan, 1980). Les quelques observations manquantes ont été remplacées par les valeurs moyennes des groupes concernés. Pour chaque groupe d'âge, une solution à trois grappes est apparue comme optimale.

La seconde étape a consisté à assigner les sujets dans l'une des trois grappes, en privilégiant ici une structure de grappe simple, c'est-à-dire non nichée. La procédure de répartition itérative *k-means* a été appliquée pour cette opération. Pour valider les classements, seuls les tests de signification sur les variables externes du modèle sont appropriés, les autres méthodes (analyse discriminante, réplication sur sous-échantillon) étant inefficaces ou erronées (Aldenderfer et Blashfield, 1984). Pour faciliter la compréhension des résultats dans le texte, les tableaux ou les figures, les sujets sont identifiés selon leur appartenance dans les grappes : grappe « fortes ressources », grappe « ressources moyennes » et grappe « faibles ressources ». Les figures 2 à 4 montrent les scores moyens (cotes Z) de chaque grappe pour chaque variable ressource (logiciel : Statistica 98).

L'analyse de variance simple (test t et F , suivie d'analyses *post hoc*, test de Bonferroni) a permis de mettre à l'épreuve les hypothèses. Malgré quelques distributions asymétriques et l'hétérogénéité de certaines variances (par exemple, le SMAF ou la satisfaction de vie), ces tests paramétriques sont reconnus comme étant robustes, surtout avec des effectifs nombreux. Étant donné la faible incidence constatée au niveau du cumul de ces événements, l'effet de collinéarité s'est avérée faible.

Résultats

Au total, 781 sujets ont participé à l'étude. Aucun biais systématique n'a été décelé en ce qui a trait à la procédure d'échantillonnage (recrutement). Les analyses sont maintenant présentées par groupe d'âge, en distinguant les résultats se rapportant à chaque hypothèse.

1 - LE GROUPE DES 60-65 ANS (ÉVÉNEMENT RETRAITE)

Chez les 60-65 ans, 154 sujets ont déclaré être à la retraite, comparativement à 105 qui ont indiqué être sur le marché du travail. Les trois grappes identifiées par l'analyse hiérarchique donnent le profil illustré à la figure 2. Les courbes se situant aux antipodes (grappes avec fortes ou faibles ressources) contiennent à elles seules 75 % des sujets. Les individus composant la grappe « fortes ressources » affichent la meilleure performance sur l'ensemble des variables de protection mesurées, à l'exception de la scolarité qui gravite autour de la moyenne. Ce sous-groupe se démarque nettement des deux autres grâce à un soutien perçu élevé. À l'opposé, les sujets concentrés dans la grappe « faibles ressources » possèdent des ressources individuelles nettement en deçà de la moyenne (près d'un écart-type sur les échelles standardisées), mais en contrepartie ils bénéficient d'un réseau social relativement étendu. Enfin, bien que comptant parmi les plus scolarisés, ceux regroupés dans la grappe « ressource moyenne » disposent d'un réseau social très faible (taille) et l'utilisent relativement peu.

On remarque que la répartition par sexe fluctue peu d'une grappe à l'autre. Cependant, les sujets profitant d'un bon réseau, mais disposant de faibles ressources personnelles (grappe « faible ressource »), vivent en forte majorité en couple, indépendamment du statut de retraité. Les personnes non mariées sont fortement concentrées dans la grappe « ressources moyennes » (celle caractérisée par une faible taille ou étendue du réseau), tandis que les représentants de la grappe « fortes ressources » sont majoritairement en situation de couple.

Hypothèse 1

Comment ces différents profils sont-ils associés à la qualité de vie des 60-65 ans ? Tel que rapporté au tableau 1, l'analyse de variance révèle des écarts importants entre les trois grappes (colonne droite du tableau), les seuils de signification étant élevés au chapitre de la détresse psychologique, la santé autoperçue, la satisfaction de vie, l'affect et les activités. L'analyse *post hoc* confirme que les écarts les plus significatifs pour ces variables s'observent entre les grappes « faibles ressources » et « fortes ressources », ce qui confirme la première hypothèse. En effet, on constate que les sujets munis de plus de ressources affichent la meilleure performance aux différents indices de qualité de vie.

Hypothèse 2

L'hypothèse de l'effet protecteur des ressources en présence de l'événement retraite est supportée. Les retraités ayant peu de ressources

obtiennent la pire performance sur plusieurs indices de qualité de vie (tableau 1). Tout indique que ces retraités éprouvent plus de problèmes de santé ou d'adaptabilité (en particulier l'affect, les maladies et la détresse psychologique) et mentionnent plus de tracas dans leur vie quotidienne.

Figure 2
Profils des ressources des sujets de 60-65 ans (événement retraite)

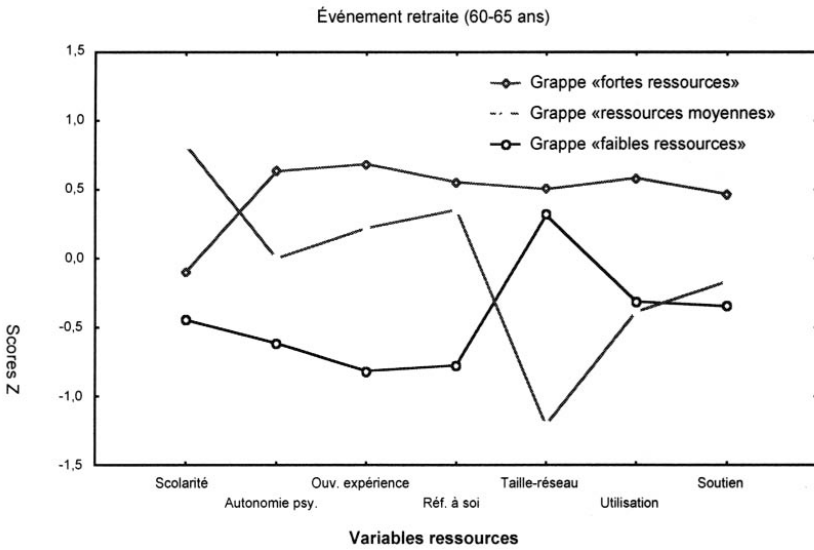


Tableau 1
Caractéristiques socio-démographiques et indices de qualité de vie des 60–65 ans, selon les niveaux de ressources disponibles (retraités vs non-retraités)

Variables/grappes	« fortes ressources » (n = 96)		« ressources moyennes » (n = 65)		« faibles ressources » (n = 98)		Total (n = 259)		
	E (n = 66)	C (n = 30)	E (n = 29)	C (n = 36)	E (n = 59)	C (n = 39)	E (n = 154)	C (n = 105)	
Variables socio-démographiques									
Sexe (%)	Femmes	48,5	56,7	55,2	55,6	49,2	56,4	52,0	51,4
	Hommes	51,5	43,3	44,8	44,4	50,8	43,6	48,0	48,6
Statut civil (%)	Vit seul	21,2	40,0	65,5	80,6	15,3	25,6	27,3	48,6
	Vit en couple	78,8	60,0	34,5	19,4	84,7	74,4	72,7	51,4
Variables dépendantes									
Autonomie fonctionnelle	0,56	0,03	0,83	0,46	0,53	0,15	<i>ns</i>	<i>ns</i>	
Capacité cognitive*	95,18	95,87	96,43	96,86	93,7	94,36	<i>ns</i>	<0,05	
Détresse psychologique	1,27	1,27	1,38	1,45	1,54	1,37*	<0,0001	<0,001	
Santé autoperçue	1,73	1,77	2,34	2,25	2,75	2,23*	<0,00001	<i>ns</i>	
Limitations dues aux maladies	1,58	1,27	2,41	2,0	2,2	1,30*	<i>ns</i>	<i>ns</i>	
Investissement dans les activités*	41,56	38,08	38,95	32,92	32,62	27,79*	<0,00001	<0,001	
Satisfaction de vie*	5,96	6,01	5,64	5,66	5,2	5,54	<0,001	<i>ns</i>	
Affect*	22,06	21,93	18,90	16,22	13,07	17,90**	<0,00001	<0,05	
Tracas	12,48	9,57	16,86	13,44	17,39	10,56*	<i>ns</i>	<i>ns</i>	

1. E : groupe ayant vécu l'événement (retraités), C = groupe contraste n'ayant pas vécu l'événement (non-retraités). Note : la colonne Total rapporte le niveau de signification du test *F* comparant les trois grappes avec chaque indice de qualité de vie, ce séparément pour chaque sous-groupe (E et C).
2. Un astérisque indique une différence statistiquement significative pour une grappe donnée entre le groupe contraste et le groupe ayant vécu l'événement.
3. Dans la liste des variables dépendantes, un astérisque indique qu'un score élevé correspond à une qualité de vie supérieure.

2- LE GROUPE DES 70-75 ANS (L'ÉVÉNEMENT VEUVAGE)

Les participants de 70 à 75 ans se répartissent comme suit : 97 veufs ou veuves, et 153 en situation de couple. Comme l'indique la figure 3, les sujets les mieux pourvus côté ressources internes voient cependant la taille de leur réseau osciller autour de la moyenne.

Figure 3

Profils des ressources des sujets de 70-75 ans (événement veuvage)

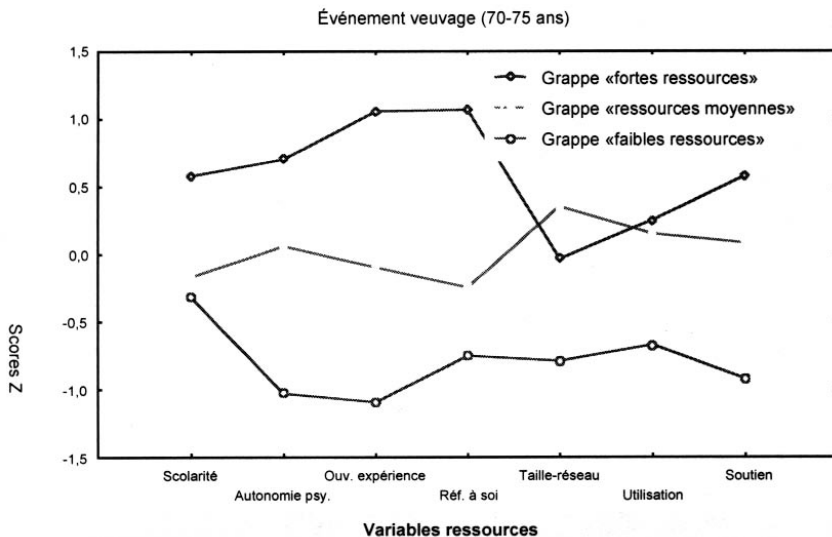


Tableau 2
Caractéristiques socio-démographiques et indices de qualité de vie des 70-75 ans, selon les niveaux de ressources disponibles (veufs vs non-veufs).

Variables/grappes	« fortes ressources » (n = 69)		« ressources moyennes » (n = 127)		« faibles ressources » (n = 54)		Total (n = 250)	
	E (n = 33)	C (n = 35)	E (n = 37)	C (n = 91)	E (n = 27)	C (n = 27)	E (n = 97)	C (n = 153)
Variabes socio-démographiques								
Sexe (%)								
Femmes	72,7	48,6	70,3	42,9**	77,8	29,6**	73,2	41,8***
Hommes	27,3	51,4	29,7	57,1	22,2	70,4	26,8	58,2
Variabes dépendantes								
Autonomie fonctionnelle	0,5	0,2	1,5	1,2	4,3	2,3	<0,005	<0,05
Capacité cognitive*	94,6	95,2	93,1	91,6	90,5	90,8	<0,05	<0,01
Détresse psychologique	1,3	1,3	1,4	1,4	1,6	1,7	<0,0001	<0,00001
Santé autoperçue	2,1	1,9	2,5	2,5	3,3	3,0	<0,00001	<0,001
Limitations dues aux maladies	2,1	1,9	3,1	3,1	4,6	3,9	<0,01	<0,05
Investissement dans les activités*	38,0	36,4	36,5	32,9	23,1	21,7	<0,00001	<0,00001
Satisfaction de vie*	6,1	6,1	5,6	5,8	4,7	4,8	<0,00001	<0,00001
Affect*	21,5	22,1	13,5	13,6	6,7	5,0	<0,00001	<0,00001
Tracas	8,7	7,7	10,1	10,2	14,2	14,6	<0,05	ns

1. E : groupe ayant vécu l'événement (veufs-ves), C = groupe contraste n'ayant pas vécu l'événement (en couple seulement). Note : la colonne Total rapporte le niveau de signification du test *F* comparant les trois grappes avec chaque indice de qualité de vie, ce séparément pour chaque sous-groupe (E et C).
2. Un astérisque indique une différence statistiquement significative pour une grappe donnée entre le groupe contraste et le groupe ayant vécu l'événement.
3. Dans la liste des variables dépendantes, un astérisque indique qu'un score élevé correspond à une qualité de vie supérieure.

La répartition des sujets selon le sexe offre peu d'indices permettant de caractériser les profils, sauf pour ceux ayant de faibles ressources où les veuves sont majoritaires, alors que les hommes mariés sur-représentent ce même sous-groupe.

Hypothèse 1

Les résultats aux tests F (tableau 2) expriment un lien fort entre les profils de ressources et les indices de qualité de vie. Ce sont les individus peu pourvus en ressources qui possèdent, en particulier chez les personnes veuves, le statut de santé et de bien-être le plus pauvre, en plus de déclarer le plus grand nombre de tracas. L'hypothèse de la relation entre les ressources et la qualité de vie est donc à nouveau confirmée pour ce groupe d'âge.

Hypothèse 2

L'effet tampon des ressources sur l'événement veuvage n'est pas démontré, les différences intra-grappes n'étant pas significatives.

3- LE GROUPE DES 80-85 ANS (L'ÉVÉNEMENT INCAPACITÉ)

Les participants de 80-85 ans comprennent 94 sujets en incapacité fonctionnelle et 178 sujets autonomes. La figure 4 permet d'identifier un sous-groupe nettement dépourvu en termes de ressources par opposition au sous-groupe représenté par un réseau disponible faible et un soutien perçu élevé. Les sujets concentrés dans la grappe « ressources moyennes » semblent compenser un manque de ressource interne par une plus forte utilisation du réseau. Par ailleurs, on relève une proportion élevée de femmes et de personnes vivant seules (surtout chez les sujets en incapacité) dans les sous-groupes se situant aux antipodes côté ressources.

Hypothèse 1

L'analyse de variance inter-grappes (tableau 3) révèle que les ressources sont positivement reliées à la santé perçue, à la satisfaction de vie, à l'affect, aux activités et aux capacités cognitives. L'hypothèse est donc confirmée pour ce groupe d'âge.

Hypothèse 2

L'hypothèse prédisant un effet tampon des ressources peut difficilement être vérifiée dans ce groupe d'âge, cet effet étant masqué par le lien direct entre l'événement « incapacité fonctionnelle » et les indices de qualité de vie (pour la plupart des indices de qualité de vie et pour chaque sous-groupe, les écarts entre personnes dépendantes et person-

nes autonomes sont fortement significatives). Nous avons cependant pu constater que les ressources n'étaient pas en lien avec l'autonomie fonctionnelle, la détresse psychologique ou les incapacités résultant des maladies. Tout se passe donc comme si les ressources de l'individu l'aidaient à conserver un bon soutien moral (affect, satisfaction de vie) et des activités sans que cela n'apporte de soulagement dans les autres composantes de son bien-être. Enfin, on notera que les sujets autonomes sur le plan fonctionnel et disposant de moins de ressources rapportent plus de tracas.

Figure 4
**Profils des ressources des sujets de 80-85 ans
 (événement incapacité)**

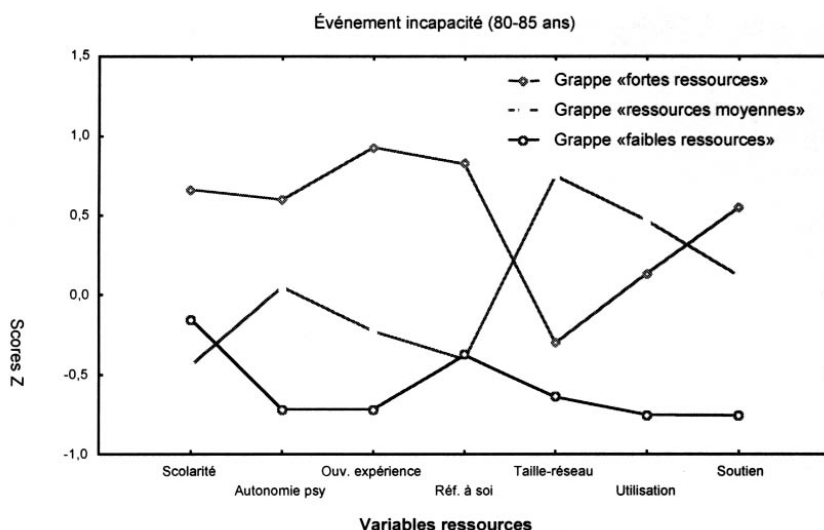


Tableau 3
Caractéristiques socio-démographiques et indices de qualité de vie des 80-85 ans, selon les niveaux de ressources disponibles (autonomes vs en incapacité).

Variables/grappes	« fortes ressources » (n = 88)		« ressources moyennes » (n = 104)		« faibles ressources » (n = 80)		Total (n = 272)		
	E (n = 26)	C (n = 62)	E (n = 26)	C (n = 78)	E (n = 42)	C (n = 38)	E (n = 94)	C (n = 178)	
Variables socio-démographiques									
Sexe (%)	Femmes	92,3	54,8**	42,3	39,7	71,4	47,4*	69,2	46,6***
	Hommes	7,7	45,2	57,7	60,3	28,6	52,6	30,8	53,4
Statut civil (%)	Vit seul	92,3	71,0*	38,5	39,7	83,3	68,4	73,4	56,7*
	Vit en couple	7,7	29,0	61,5	60,3	16,7	31,6	26,6	43,3
Variables dépendantes									
Autonomie fonctionnelle	14,2	1,0***	15,5	1,1***	19,3	1,6***	<i>ns</i>	<i>ns</i>	
Capacité cognitive*	90,1	91,4	83,0	88,8***	83,6	90,5**	<0,005	<i>ns</i>	
Détresse psychologique	1,5	1,3*	1,5	1,4**	1,6	1,3**	<i>ns</i>	<i>ns</i>	
Santé autoperçue	2,8	2,1**	3,4	2,1***	3,2	2,8	<0,05	<0,01	
Limitations dues aux maladies	6,0	2,9***	5,0	2,8**	5,4	3,2**	<i>ns</i>	<i>ns</i>	
Investissement dans les activités*	28,3	34,7*	23,8	30,3**	17,8	23,4**	<0,001	<0,0001	
Satisfaction de vie*	5,9	6,0	5,5	5,9*	5,3	5,5	<0,05	<0,01	
Affect*	13,2	16,7*	9,5	13,2*	5,6	10,9**	<0,01	<0,001	
Tracas	12,2	8,2	17,1	9,6**	14,2	18,0	<i>ns</i>	<0,001	

1. E: groupe ayant vécu l'événement (en incapacité), C = groupe contraste n'ayant pas vécu l'événement (autonomes). Note: la colonne Total rapporte le niveau de signification du test *F* comparant les trois grappes avec chaque indice de qualité de vie, ce séparément pour chaque sous-groupe (E et C).
2. Un astérisque indique une différence statistiquement significative pour une grappe donnée entre le groupe contraste et le groupe ayant vécu l'événement.
3. Dans la liste des variables dépendantes, un astérisque indique qu'un score élevé correspond à une qualité de vie supérieure.

Discussion

En gérontologie, il est rare de pouvoir comparer des aînés de différentes tranches d'âge, en distinguant un sous-groupe ayant vécu un événement transitoire majeur et un autre non exposé au même événement. Par ailleurs, peu d'études offrent la possibilité d'examiner simultanément un large éventail de composantes psychosociales et de bien-être. Or, l'Étude longitudinale québécoise sur le vieillissement autorise de telles analyses qui s'avèreront plus fécondes lorsque les observations prospectives seront complétées. Il s'est agi, dans le cadre de cet exposé, d'examiner transversalement l'association entre les ressources psychosociales et la qualité de vie, mesurée d'après des indices reconnus. Sur le plan méthodologique, a été privilégiée une approche qui, au lieu d'étudier des variables isolément, regroupe les sujets pour faciliter l'identification de profils selon les ressources personnelles ou sociales. C'est ce que Magnusson (1999) qualifie d'étude longitudinale centrée sur des personnes et non sur des variables, l'analyse typologique étant particulièrement adaptée à cette approche. On rappellera également que la documentation scientifique évoque le rôle prépondérant qu'exercent les ressources psychosociales dans le maintien de la qualité de vie, en atténuant les effets négatifs des événements transitoires difficiles, en prévenant le déclenchement des maladies ou des incapacités ou en minimisant leurs effets.

Pour chacun des trois groupes étudiés, les résultats confirment l'hypothèse principale à l'effet qu'un potentiel psychologique élevé combiné à un réseau social satisfaisant aident à conserver un état de santé et une autonomie optimale, ainsi qu'un sentiment de bien-être élevé. Cependant, ce lien, était moins prononcé chez les 80-85 ans, bien que très significatif sur de nombreux indices. Cette observation semble corroborer les résultats de Martin et al. (1997) qui indiquent non seulement une diminution linéaire des ressources en fonction de l'âge, mais également une réduction de ses effets sur le fonctionnement de la personne. Elle suggère en outre la possibilité, tel qu'évoqué plus loin, que chez certains sujets très âgés, le soutien social puisse exercer un effet inverse de celui anticipé.

Également, l'hypothèse 2 relative à l'effet tampon des ressources a été confirmée en ce qui a trait au groupe des 60-65 ans (retraite). Ce résultat est partiellement congruent avec une étude canadienne réalisée par Iwasaki et Smale (1998). L'hypothèse n'est toutefois pas supportée en regard du groupe des 70-75 ans (veuvage). Il faut ici préciser que nous n'avons pas pris en compte le temps écoulé depuis la perte du conjoint. Il est possible par exemple que le soutien social soit efficace uniquement durant la période de résolution du deuil.

Si, pour conclure, l'on s'en tient aux personnes touchées par un événement transitoire majeur, donc présentant une vulnérabilité ou un sur-risque, et en même temps moins bien nanties côté ressources, on peut retenir les observations suivantes. Les personnes retraitées de 60-65 ans et plus démunies côté ressources vivent majoritairement en couple et sont surtout affectées sur le plan du sentiment de bien-être (notamment l'affect). Elles pratiquent peu d'activités et rapportent plus de tracas dans leur vie quotidienne. Une analyse plus poussée a révélé une insatisfaction relativement aux conseils reçus, à l'assurance de leur valeur et aux efforts visant à les intégrer socialement. Ces personnes se démarquent fortement des retraités plus actualisés et bien soutenus socialement du fait qu'elles déclarent significativement plus de problèmes d'anxiété, de symptômes dépressifs et de somatisation. Finalement, elles sont moins portées à s'engager socialement et à s'investir dans des activités intellectuelles. Toutefois, il ne faut pas nécessairement conclure que la retraite s'accompagne d'une détérioration de la santé, car certains ont sans doute pris leur retraite en raison de problèmes de santé.

Dans la tranche des 70 à 75 ans, les personnes veuves les plus démunies sur le plan des ressources ont indiqué avoir connu des problèmes de santé au cours de l'année précédant l'enquête, ce qui explique sans doute qu'elles rencontrent plus de difficultés dans l'exercice des tâches instrumentales ou domestiques. Elles obtiennent une faible cote au test sur l'affect, sont peu actives (surtout dans les activités sociales et affectives) et rapportent plus de tracas ou d'embêtements. En outre, elles sont moins satisfaites que les autres personnes veuves quant au soutien reçu, indiquant surtout manquer d'attention, avoir des déceptions vis-à-vis l'aide obtenue et se sentir inutiles.

Finalement, les personnes non autonomes sur le plan fonctionnel et moins pourvues en ressources (80-85 ans) se distinguent par les traits suivants : ce sont surtout des femmes, des personnes vivant seules et dont le niveau d'affect est faible. Elles ont des limitations au niveau des AVQ et des fonctions mentales, mentionnent s'investir peu sur le plan affectif ou social et déplorent être peu conseillées par les membres de leur réseau social.

La situation particulière des 80-85 ans demande une certaine explication, notamment dans le contexte des théories sur le soutien social. Récemment, Carstensen (1993, 1995) a proposé la théorie sélective socio-émotionnelle. Selon cette théorie, à mesure qu'ils avancent en âge, les aînés sont portés à restreindre progressivement, et de façon délibérée, leurs contacts sociaux périphériques (amis, relations de travail),

mais intensifient les contacts avec leurs proches immédiats, qu'il s'agisse de parents, d'amis intimes ou de confidents. Les résultats présentés supportent en partie cette thèse ainsi que les résultats d'une récente étude de Lansford et al. (1998) qui semble la confirmer. Une réduction sensible du réseau social avec l'avance en âge a été constatée, mais ce phénomène est congruent compte tenu que la probabilité du décès des proches croît avec l'âge. Il ne faut pas non plus écarter l'idée que cette compression du réseau puisse refléter un effet de cohorte. Ce qui ressort de la présente étude, particulièrement chez les 80-85 ans, est que les personnes exploitant peu les ressources de leur réseau, mais le percevant positivement, sont fortement actualisées et autonomes psychologiquement, tandis que le phénomène inverse s'observe chez celles bénéficiant d'un réseau étendu. Un mécanisme de compensation ou de sélection entre sans doute en jeu (Baltes, 1990). Malgré cette observation, il serait imprudent de conclure que les octogénaires nécessitent moins de soutien social que les personnes de 60 ou de 70 ans (Antonucci et Akiyama, 1997 ; Baltes, 1998).

Une autre théorie a été proposée suivant laquelle le soutien social exercerait sur la santé ou le bien-être un effet inverse de celui attendu, surtout chez les plus âgés. Dans l'explication qu'il fournit, Krause (1997) argumente que les personnes âgées valorisent hautement la performance individuelle et le besoin de prendre soin d'elles-mêmes. Le fait de solliciter ou de recevoir du soutien est donc chargé symboliquement, en ce sens que cela peut signifier chez certains la reconnaissance de sa vulnérabilité, une démonstration de faiblesse, un constat d'échec. Or, admet Krause, les chercheurs ayant défendu cette thèse ont évalué l'impact du soutien sur le bien-être psychologique et non sur la morbidité ou la mortalité. Même si l'étude qu'il a entreprise appuie partiellement cette théorie, Krause reconnaît qu'elle ne s'applique pas à tous les individus, notamment ceux de milieux défavorisés. Or, les résultats de la présente étude ne permettent pas de valider ou d'invalider cette théorie, du moins sur la base des différents indices de santé et de bien-être utilisés. Cependant, elle tend à appuyer l'hypothèse que les personnes actualisées et exerçant un contrôle décisionnel et comportemental recourent moins aux ressources de leur réseau social (voir les tracés des courbes).

Globalement, les résultats supportent l'argument voulant que les personnes âgées de tout âge, qu'elles soient en situation de transition ou non, sont mieux à même d'atteindre l'objectif du vieillissement réussi si elles disposent de ressources psychosociales nombreuses et diversifiées.

On peut supposer que le vieillissement réussi reflète la capacité de l'individu, devant des contraintes ou des difficultés, d'enclencher un processus de négociation et de synchronisation optimal entre ses potentialités et les ressources de son milieu. Cependant, cette relation causale devra être attestée sur la base de données longitudinales.

Certaines réserves doivent être mentionnées, principalement l'impossibilité, à cette étape-ci de l'étude, de dissocier formellement les phénomènes antécédents et conséquents, et la non prise en compte du temps écoulé depuis la survenue des événements observés. Les résultats présentés dans cet exposé doivent donc être interprétés avec prudence, compte tenu des biais potentiels, notamment au niveau de la représentativité de l'échantillon et de l'imperfection des instruments de mesure (erreurs de mesure). Même si aucune différence n'a été observée entre les sujets recrutés aléatoirement et ceux par choix raisonnés, un biais de sélection potentiel ne peut être écarté, même si dans les deux cas il s'agit toujours de sujets qui participent sur une base volontaire. Enfin, ces résultats ne peuvent être généralisés à l'ensemble du Québec, car ils ne s'appuient que sur des données de deux régions.

Notes

1. Pour être admissible dans la catégorie « événement » du groupe des 70-75 ans, les sujets devaient être veufs sans égard à l'année où est survenue la perte du conjoint. L'année médiane du moment de la perte du conjoint est 1988, 25 % ayant perdu leur conjoint dans les 5 années précédant l'enquête. Dans le cas de la retraite, les prises de retraite étaient récentes pour une forte majorité (médiane = 1993).
2. La taille d'échantillonnage, fixée à 600, a été calculée à partir des paramètres et estimations suivants : $\delta = 0,50$ (changement d'une vague d'observation à l'autre), $\alpha = 0,01$, et la puissance ($1 - \beta$) = 0,80, soit $n = 600$ [50 X 12 strates (sexe et statut face à l'événement-cohorte, trois groupes d'âge)]. Cependant, la participation d'environ 800 sujets était requise à la vague d'entrée, étant donné un taux d'attrition anticipé de 20 à 25 % en 5 ans.

Références

- ALDENDERFER, M. S., BLASHFIELD, R. K., 1984, *Cluster Analysis*, Newbury Park, CA, Sage.
- ANTONUCCI, T. C., AKIYAMA, H., 1997, Social support and the maintenance of competence, in Willis, S.L., Schaie, K.W., eds, *Social Mechanisms for Maintaining Competence in Old Age*, New York, Springer, 182-206.
- ATCHLEY, R.C., 1989, A continuity theory of normal aging, *The Gerontologist*,

29, 2, 183-190.

ATCHLEY, R. C., 1991, *Social Forces and Aging (An Introduction to Social Gerontology)*, Belmont, CA, Wadsworth Publishing. Co.

BALTES, M. M., 1998, The psychology of the oldest-old: The fourth age, *Current Opinion in Psychiatry*, 11, 4, 411-415.

BALTES, M. M., BALTES, P. B., 1990, Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation, in Baltes, P.B., Baltes, M.M., eds., *Successful Aging: Perspectives from the Behavioral Sciences*, Cambridge, Angleterre, Cambridge University Press, 1-34.

BLAIS, M. R., VALLERAND, R. J., PELLETIER, L. G., BRIÈRE, N. M., 1989, L'échelle de satisfaction de vie: validation canadienne-française du "Satisfaction with Life Scale", *Canadian Journal of Behavior Science*, 21, 2, 210-223.

BLAZER, D., HUGUES, D., GEORGE, L. K., 1987, Stressful life events and the onset of a generalized anxiety syndrome, *American Journal of Psychiatry*, 144, 1178-1183.

BOUFFARD, L., LAPIERRE, S., 1997, La mesure du bonheur, *Revue québécoise de psychologie*, 18, 2, 271-310.

BROWN, G. W., HARRIS, T. O., 1978, *Social Origins of Depression*, London, Tavistock.

CARON, J., 1996, L'échelle de provisions sociales: une validation québécoise, *Santé mentale au Québec*, 21, 2, 158-180.

CARSTENSEN, L. L., 1993, Motivation for social contacts across the life span: A theory of socioemotional selectivity, in Jacobs, J.E., ed., *Nebraska Symposium on Motivation, vol. 40, Developmental Perspectives on Motivation – Current Theory and Research in Motivation*, Lincoln, University of Nebraska Press, 209-254.

CARSTENSEN, L. L., 1995, Evidence for a life-span theory of socioemotional selectivity, *Current Directions in Psychological Science*, 4, 151-156.

CHIRIBOGA, D. A., 1992, Paradise lost: stress in the modern age, in Wykle, M.E., Kahana, H.H., Kowal, J., eds, *Stress and Health Among the Elderly*, New York, Springer, 35-71.

COHEN, S., WILLS, T. A., 1985, Stress, social support and the buffering hypothesis, *Psychological Bulletin*, 98, 2, 310-357.

COHEN S., KESSLER, R. C., UNDERWOOD, L. G., 1995, Strategies for measuring stress in studies of psychiatric and physical disorders, in Cohen, S., Kessler, R.C., Gordon, L.U., eds., *Measuring Stress: A Guide for Health and*

Social Scientists, New York, Oxford University Press, 5-26.

- COHEN, S., 1988, Psychosocial models of the role of social support in the etiology of physical disease, *Health Psychology*, 7, 3, 269-297.
- CUI, X. J., VAILLANT, G. E., 1996, Antecedents and consequences of negative life events in adulthood: a longitudinal study, *American Journal of Psychiatry*, 153, 1, 21-26.
- CUTRONA, C. E., RUSSEL, D. W., 1987, The provisions of social support and adaptation to stress, *Advance in Personal Relationships*, 51, 212-228.
- CUTRONA, C. E., RUSSEL, D., 1989, Type of social support and specific stress: Toward a theory of optimal matching, in Sarason, B., Sarason, I.G., Pierce, G.R., eds., *Social Support: An Interactional View, Wiley Series on Personality Processes*, New York, John Wiley and Sons, 319-366.
- DELONGIS, A., 1982, Relationships of daily hassles, uplifts and major life events to health status, *Health Psychology*, 1, 119-136.
- DESROSIERS, J., BRAVO, G., HÉBERT, R., DUBUC, N., 1995, Reliability of the revised Functional Autonomy Measurement System (SMAF) for epidemiological research, *Age and Aging*, 24, 402-406.
- DIENER, E., EMMONS, R. A., LARSEN, R. J., GRIFFIN, S., 1985, The satisfaction with life scale, *Journal of Personality Assessment*, 49, 71-76.
- DUCHARME, F., 1994, Conjugal support, coping behaviors, and psychological well-being of the elderly spouse, *Research on Aging*, 16, 2, 167-190.
- DUBÉ, M., LAMY, L., LALANDE, G., LAPIERRE, S., ALAIN, M., 1990, *L'autonomie psychologique des personnes âgées, le concept et son opérationnalisation*, Communication présentée au 4^e congrès international de gérontologie francophone.
- EVERITT, B., 1979, Unresolved problems in cluster analysis, *Biometrics*, 35, 169-181.
- FILLENBAUM, G. G., SMYER, M. A., 1981, The development, validity and reliability of the OARS multidimensional functional assessment questionnaire, *Journal of Gerontology*, 36, 428-434.
- FISKE, M., CHIRIBOGA, D.A., 1990, *Change and Continuity in Adult Life*, San Francisco, Jossey-Bass Publishers.
- FOLEY, D. L., NEALE, M. C., KENDLER, K. S., 1996, A longitudinal study of stressful life events assessed at interview with an epidemiological sample of adult twins: The basis of individual variation in event exposure, *Psychological Medicine*, 26, 6, 1239-1252.
- GORMAN, D. M., BROWN, G. W., 1992, Recent developments in life-events re-

- search and their relevance to the study of addiction, *British Journal of Addiction*, 87, 837-849.
- HALLOWAN, D.F., 1985, Retirement identity crisis and how to beat it, *Personnel Journal*, 64, 5, 38-40.
- HARLOW, S. D., GOLDBERG, E. L., COMSTOCK, G. W., 1991, A longitudinal study of risk factors for depressive symptomatology in elderly widowed and married women, *American Journal of Epidemiology*, 134, 526-538.
- HÉBERT, R., CARRIER, R., BILODEAU, A., 1988, The functional autonomy measurement system (SMAF): description and validation of an instrument for the measurement of handicaps, *Age and Ageing*, 17, 293-302.
- HOLAHAN, C., MOOS, R., 1991, Life stressors, personal and social resources, and depression: A 4-year structural model, *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 31-38.
- HOLLINGER, L. M., BUSCHMANN, M. B., 1994, Influence of social support and control on depression in the elderly, *Clinical Gerontologist*, 14, 4, 13-28.
- HOLMES, T., RAHE, R., 1967, The social readjustment scale, *Journal of Psychosomatic Research*, 11, 213-218.
- ILFELD, F.W., 1976, Further validation of a psychiatric symptom index in a normal population, *Psychological Report*, 39, 1215-1228.
- IWASAKI, Y., SMALE, B. J. A., 1998, Longitudinal Analysis of the relationships among life transitions, chronic health problems, leisure, and psychological well-being, *Leisure Sciences*, 20, 25-52.
- KAHANA, E., REDMOND, C., HILL, G. J., KERCHER, K., KAHANA, B., JOHNSON, J. R., YOUNG, R. F., 1995, The effects of stress, vulnerability, and appraisals on the psychological well-being of the elderly, *Research on Aging*, 17, 4, 459-489.
- KAPRIO, J., KOSKENVUO, M., RITA, H., 1987, Mortality after bereavement: A prospective study of 95 647 widowed persons, *American Journal of Public Health*, 77, 2, 283-287.
- KANNER, A.D., COYNE, J. C., SCHAEFFER, C., LAZARUS, R. S., 1981, Comparison of two modes of stress measurement: daily hassles and uplifts versus major life events, *Journal of Behavioral Medicine*, 4, 1, 31-39.
- KESSLER, R. C., 1997, The effects of stressful life events on depression, *Annual Review of Psychology*, 48, 191-214.
- KOUZIS, A. C., EATON, W. W., 1998, Absence of social networks, social support and health services utilization, *Psychological Medicine*, 28, 6, 1301-1310.

- KRAUSE, N., 1986, Social support, stress, and well-being among older adults, *Journal of Gerontology*, 41, 512-519.
- KRAUSE, N., 1997, Received support, anticipated support, social class, and mortality, *Research on Aging*, 19, 4, 387-422.
- LANDREVILLE, P., VÉZINA, J., 1992, Comparison between daily hassles and major life events as correlates of well-being in older adult, *Canadian Journal on Aging*, 11, 3, 137-149.
- LANSFORD, J. E., SHERMAN, A. M., ANTONUCCI, T. C., 1998, Satisfaction with social networks: An examination of socioemotional selectivity theory across cohorts, *Psychology and Aging*, 13, 4, 544-552.
- LECLERC, G., LEFRANÇOIS, R., DUBÉ, M., HÉBERT, R., GAULIN, P., 1998, Self-actualization concept: A content validation, *Journal of Social Behavior and Personality*, 13, 1, 69-84.
- LECLERC, G., LEFRANÇOIS, R., DUBÉ, M., HÉBERT, R., GAULIN, P., 1998, Criterion validity of a new measure of self-actualization, *Psychological Reports*, 85, 1167-1176.
- LEFRANÇOIS, R., LECLERC, G., POULIN, N., 1995, Étude de fiabilité de la version française du MFAQ (santé physique), *Canadian Journal on Aging*, 14, 3, 525-535.
- LEFRANÇOIS, R., LECLERC, G., DUBÉ, M., HÉBERT, R., GAULIN, P., 1997, The development and validation of a self-report measure of self-actualization. *Social Behavior and Personality: An International Journal*, 25, 4, 353-366.
- LEFRANÇOIS, R., LECLERC, G., DUBÉ, M., HÉBERT, R., GAULIN, P., 1998, Reliability of a new measure of self-actualization, *Psychological Reports*, 82, 875-878.
- MAGNUSSON, D., 1999, The logic and implication of a person approach, in Cairns, R.B. Bergman, L.R., Kagan, J., eds., *The Individual as a Focus in Developmental Research*, New York, Sage
- MARTIKAINEN, P., TAPANI, V., 1996, Mortality after the death of a spouse: rates and causes of death in a large Finnish cohort, *American Journal of Public Health*, 86, 8, 1087-1093.
- MARTIN, P., POON, L. W., JOHNSON, M. A., 1997, Social and psychological resources in the oldest old, *Experimental Aging and Resources*, 12, 433-444.
- MENDES DE LEON, C. F., KASL, S. V., JACOBS, S., 1994, A prospective study of widowhood and changes in symptoms of depression in a community sample of the elderly, *Psychological Medicine*, 24, 613-624.

- MILLER, S. J., 1968, The social dilemma of the aging leisure participant, in Neugarten, B.L., ed, *Middle Age and Aging*, Chicago, IL, University of Chicago Press, p. 366-374.
- MILLIGAN, G. W., 1980, The validation of four ultrametric clustering algorithms, *Pattern Recognition*, 12, 41-50.
- MURPHY, E., 1982, Social origins of depression in old age, *British Journal of Psychiatry*, 141, 135-142.
- MURRELL, S. A., NORRIS, S. H., 1991, Differential social support and life change as contributors to the social class-distress relationship in older adults, *Psychology and Aging*, 6, 223-231.
- PALMORE, E., CLEVELAND, W. P., NOWLIN, J. B., RAMM, D., SIEGLER, I. C., 1979, Stress and adaptation in later life, *Journal of Gerontology*, 34, 6, 841-851.
- PALMORE, E. B., BURCHETT, B. M., 1997, Predictors of disability in the final year of life, *Journal of Aging and Health*, 9, 3, 283-297.
- PAYKEL, E. S., 1994, Life events, social support and depression, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 337, 50-58.
- PENNINX, B. W. J. H., TILBURG, T. V., KRIEGSMAN, D. M. W., DEEG, D. J. H., 1997, Effects of social support and personal coping resources on mortality in older age: the Amsterdam longitudinal aging study, *American Journal of Epidemiology*, 146, 6, 1-10.
- PRÉVILLE, M., POTVIN, L. BOYER, R., 1995, The structure of psychological distress, *Psychological Reports*, 77, 275-293.
- PRINCE, M. J., HARWOOD, R. H., BLIZARD, R.A., THOMAS, A., MANN, A.H., 1997, Social support deficits, loneliness and life events as risk factors for depression in old age. The Gosper Oak Project V1, *Psychological Medicine*, 27, 2, 323-332.
- RAHKONEN, O., TAKALA, P., 1998, Social class differences in health and functional disability among older men and women, *International Journal of Health Services*, 28, 3, 511-24.
- RAI, G. S., GLUCK, T., WIENTJES, H. J. F. M., RAI, S. G. S., 1995, The functional autonomy measurement system (SMAF): a measure of functional change with rehabilitation, *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 22, 81-85.
- ROBERT, B. L., DUNKLE, R., HAUG, M., 1994, Physical, psychological, and social resources as moderators of the relationship of stress to mental health of the very old, *Journal of Gerontology*, 39, 1, S35-S43.
- ROWE, J. W., KAHN, R. L., 1998, *Successful Aging*, New York, Pantheon Books.

- ROWE, J. W., KAHN, R. L., 1987, Human aging: usual and successful, *Science*, 237, 143-149.
- RYFF, C., 1987, *The Challenge of Successful Aging*, Keynote address presented to the Canadian Association on Gerontology, 24 octobre, 27p.
- RYFF, C.D., 1989, In the eye of the beholder: Views of psychological well-being among middle-aged and older adults, *Psychological Aging*, 4, 195-210.
- RYFF, C. D., ESSEX, M. J., 1992, The interpretation of life experience and well-being: The sample case of relocation, *Psychology and Aging*, 7, no 4, 507-517.
- SANTÉ-QUÉBEC, 1987, *Et la santé ça va ?* Tome 1. Rapport d'enquête, Québec, Les publications du Québec.
- SHOCK, N. W., GREULICH, R. C., ANDRES, R., ARENBERG, D., COSTA, P. T. J., LAKATTA, E. G., TOBIN, J. D., 1984, *Normal Human Aging: The Baltimore Longitudinal Study*, Washington DC, National Institute of Health.
- SMITH, J., BALTES, M. M., 1998, The role of gender in very old age: profiles of functioning and everyday life patterns, *Psychology and Aging*, 13, 4, 676-695.
- TENG, E. L., CHUI, H. C., 1987, The modified mini-mental state (3MS) examination, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 48, 8, 314-318.
- TENNANT, C., SMITH, A., BEBBINGTON, P., HURRY, J., 1979, The contextual threat of life events: The concept and its reliability, *Psychological Medicine*, 9, 525- 528.
- UMBERSON, D., WORTMAN, C. B., KESSLER, R. V., 1992, Widowhood and depression: Explaining long-term gender differences in vulnerability, *Journal of Health and Social Behavior*, 33, 10-24.
- VAILLANT, G. E., 1977, *Adaptation to Life*, Boston, Little Brown.
- VÉZINA, J., GIROUX, L., 1988, *L'échelle des embêtements: la validation française du Hassles Scale pour les personnes âgées*, Montréal, Congrès annuel de la société canadienne de psychologie.
- WATSON, D., CLARK, A. L., TELLENGEN, D., 1988, Development and validation of brief measure of positive and negative affect: The PANAS scales, *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 1063-1070.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1980, *International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps: A Manual of Classification Relating to the Consequences of Disease*, Genève, OMS.

ABSTRACT

Psychosocial resources, transitory events and quality of life of aging people

Based on data of the Québec longitudinal study on aging, this article examines crosswise the relation between psychosocial resources of elderly people and their quality of life. The sample of 781 subjects includes three groups of elderly people selected according to their age and their experience or not of a major transitory event: retirement (60-65), widowed (70-75) and functional incapacity (80-85). The results confirm that respondents with a high level of psychosocial resources obtain better performances in the various indexes of quality of life. However, in regards to events, the protective effect of psychosocial resources on quality of life is only shown with those people in retirement. We notice that with people with functional incapacity, social support seem to slightly contribute in maintaining quality of life. Finally, the authors propose certain explanations.

RESUMEN

Recursos sicosociales, eventos transitorios y calidad de vida de personas envejesando

Apoyandose sobre los datos de la primera hola del Estudio longitudinal quebequense sobre el envejecimiento este artículo examina transversalmente la relación entre los recursos sicosociales de las personas ancianas y su calidad de vida. Una escala de 781 sujetos comporta tres grupos de personas ancianas seleccionadas según los criterios de edad y de confrontación o no a un evento transitorio mayor: la jubilación (60-65 años), el viudez (70-75 años) y las incapacidades funcionales (80-85 años). Los resultados confirman que los respondientes teniendo los recursos sicosociales elevados obtienen los mejores resultados a los varios indicios de calidad de vida. Sin embargo, con respecto a la sobrevenida de eventos, el efecto protector de los recursos sicosociales sobre la calidad de vida se demuestra unicamente con los jubilados. Se nota que en el caso de las personas incapacitadas el sostén social parece contribuir flacamente al mantenimiento de la calidad de vida. Tentativas de explicación estan proposadas.

Annexe 1. Instruments utilisés dans la présente étude

<i>Nom de l'instrument</i>	<i>Échelles</i>	<i>Score</i>	<i>Propriétés psychométriques</i>	<i>Références</i>
Variables « ressources »				
Scolarité		Nombre d'années		Santé Québec.
<i>MAP</i> (actualisation du potentiel).	2 grandes échelles (référence à soi et ouverture à l'expérience) et 5 sous échelles.	Likert de 1 (faible actualisation à 5 (forte actualisation) Score = moyenne. 27 énoncés au total.	Analyse factorielle : 49% de la variance expliquée par 27 items. Alpha de Cronbach : 0,90 (0,77 à 0,87 dans les sous-échelles). Test-retest : intraclass de 0,89.	Lefrançois et al., 1997, 1998. Leclerc et al., 1998, 1999.
<i>QAP</i> (Autonomie psychologique).	2 grandes échelles.	Likert de 1 (faible autonomie) à 5 (forte autonomie). Score = moyenne. 28 items au total	Premier facteur explique 27% de la variance. Alpha : de ,89 (0,60 à 0,82).	Dubé et al., 1990.
<i>OARS</i> Multifunctional Assessment. Questionnaire Taille et utilisation du réseau social.	Nombre de personnes disponibles (parent, ami, confident). Nombre de contacts divers (visite, téléphone).	Fréquence.	Échelles sommatives simples.	Fillenbaum et Smyer, 1981.
Provision Scale	Perception du soutien reçu. 6 dimensions : l'attachement, l'aide tangible et matérielle, les conseils, l'intégration sociale, l'assurance de sa valeur et le besoin de se sentir utile et nécessaire.	Likert (1 = faible satisfaction) à 4 (forte satisfaction). 24 items. Score = moyenne.	Alpha : 0,85 à 0,92 (selon les études) (sous-échelle : 0,64 à 0,76). Test-retest : 0,66. Double traduction par Caron (1996).	Cutrona et Russel, 1989.

Variable « qualité de vie »				
<p><i>SMAF</i> Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle</p>	<p>5 domaines : AVQ (ex. se nourrir, se laver), mobilité (ex. utiliser les escaliers), fonctions mentales (ex. la mémoire), communication (voir, entendre, parler), tâches domestiques (ex. entretenir la maison, la lessive).</p>	<p>0 = autonome, 3 = totalement dépendant, pour un maximum de 87. Un score de 4,5 et plus indique un état de dépendance. 27 items au total.</p>	<p>Accord inter-juges de 75,3 %, Kappa significatif à 1 % et coefficient intra-classe de 0,95) (Desrosiers et al., 1995).</p>	<p>Hébert, Carrier et Bilodeau, 1988.</p>
<p><i>3MS</i> Capacité cognitive.</p>	<p>Mémoire à court et à long terme, orientation, fluidité verbale, associations sémantiques, attention et calcul, langage et praxies de construction.</p>	<p>Le score maximum est de 100 points. Un résultat inférieur à 65 indique la présence de troubles cognitifs modérés à sévère. 15 items</p>	<p>Traduit et adapté à la population âgée québécoise avec la participation d'orthophonistes et de neuropsychologues. Test-retest : intraclass de 0,94. Iinter-juges : r= 0,95. Alpha de Cronbach : 0,89. Un seul facteur explique 49% de la variance.</p>	<p>Teng et Chui, 1987.</p>
<p><i>IPDSQ</i> Déresse psychologique.</p>	<p>5 dimensions : dépression, anxiété, irritabilité, troubles cognitifs et somatisation.</p>	<p>4 choix de réponses se rapportant à la fréquence des symptômes éprouvés au cours des sept jours avant l'interview. Score élevé = détresse élevée. 29 items.</p>	<p>alpha de Cronbach de 0,81.</p>	<p>Ilfeld, 1976, Santé-Québec. Voir Prévile, 1995.</p>

<i>Santé Québec</i> Santé autoperçue.	Question demandant de se comparer à d'autres personnes du même âge.	Échelle : 1 (bonne santé) à 5 (mauvaise santé).	Validé auprès des personnes âgées. Validité interjuges acceptable. (Lefrançois et al., 1995).	Fillenbaum et Smyer, 1981.
<i>OARS Multifunctional Assessment.</i> Limitations dues aux maladies.	« Checklist » et échelle (1 à 3) d'intensité des des contraintes dues aux maladies.	Un score élevé indique la présence d'incapacités.	Cf, Duke Longitudinal Study.	Fillenbaum et Smyer, 1981.
Mesure de l'actualisation spécifique (investissement dans les activités)	5 types d'activités : physique, spirituelle, intellectuelle, sociale, affective. Score sur 21.	L'échelle reflète l'intensité et non seulement la fréquence.	Un panel d'expert par domaine a établi trois intensités. Dans cette étude, l'index global a été utilisé, soit la sommation des scores de chaque classe d'activités (maximum = 135).	Grappa, 1997.
Life Satisfaction Index Satisfaction de vie	5 items.	Échelle Likert en sept points. Un score supérieur indique une satisfaction de vie élevée.).	L'instrument a été traduit en français et validé (Blais et al., 1989) auprès de personnes âgées (alpha de Cronbach 0,84 ; analyse factorielle : un seul facteur explique 60% de la variance	Diener et al., 1985.
<i>Positive and Negative Affect Scale.</i> Affect.	20 adjectifs (10 positifs, 10 négatifs).	Échelle sommative en cinq points. Scindée en 2 échelles distinctes.	La version française a été construite selon la technique de la double traduction et fait présentement l'objet d'une étude de validation (Bouffard, Bastin et Lapierre, 1997). L'échelle globale, telle qu'adaptée par notre groupe de recherche, fournit un score unique pouvant donner des valeurs positives (affect élevé) ou négatives (affect faible).	Watson, Clark et Tellegen, 1988.

<p><i>Hassle Scale.</i> Tracas.</p>	<p>L'échelle réduite pour les personnes âgées comporte 67 items.</p>	<p>Le sujet évalue sur une échelle de trois points la sévérité du tracas ressenti. La sommation des tracas fournit la fréquence tandis que l'intensité correspond à la sévérité divisé par la fréquence.</p>	<p>Traduit en langue française par Vézina et Giroux (1988). L'analyse factorielle a révélé une structure à six items (alpha de 0,73 à 0,93), tandis qu'un coefficient r de 0,70 a été obtenu au test-retest. Seule la fréquence des tracas est utilisée dans la présente étude (score élevé = + de tracas).</p>	<p>Kanner et al., 1981.</p>
---	--	--	---	-----------------------------