



uOttawa

L'Université canadienne
Canada's university

**FACULTÉ DES ÉTUDES SUPÉRIEURES
ET POSTDOCTORALES**



uOttawa

L'Université canadienne
Canada's university

**FACULTY OF GRADUATE AND
POSTDOCTORAL STUDIES**

Sophie Guindon

AUTEUR DE LA THÈSE / AUTHOR OF THESIS

École de psychologie

GRADE / DEGREE

Ph.D. (psychologie clinique)

FACULTÉ, ÉCOLE, DÉPARTEMENT / FACULTY, SCHOOL, DEPARTMENT

**Vers un modèle intégratif de la santé subjective à l'âge adulte avancé : Contributions du bien-être
psychologique et du soutien social**

TITRE DE LA THÈSE / TITLE OF THESIS

Philippe Cappeliez

DIRECTEUR (DIRECTRICE) DE LA THÈSE / THESIS SUPERVISOR

CO-DIRECTEUR (CO-DIRECTRICE) DE LA THÈSE / THESIS CO-SUPERVISOR

EXAMINATEURS (EXAMINATRICES) DE LA THÈSE / THESIS EXAMINERS

T. Aubry

E. Kristjansson

P-E. Bourque

R. Flynn

Gary W. Slater

Le Doyen de la Faculté des études supérieures et postdoctorales / Dean of the Faculty of Graduate and Postdoctoral Studies

Vers un modèle intégratif de la santé subjective à l'âge adulte avancé :
Contributions du bien-être psychologique et du soutien social

Sophie Guindon

Thèse soumise à la
Faculté des études supérieures et postdoctorales
dans le cadre des exigences
du programme de doctorat en psychologie clinique

École de psychologie
Faculté des sciences sociales
Université d'Ottawa

Sophie Guindon, Ottawa, Canada, 2007



Library and
Archives Canada

Bibliothèque et
Archives Canada

Published Heritage
Branch

Direction du
Patrimoine de l'édition

395 Wellington Street
Ottawa ON K1A 0N4
Canada

395, rue Wellington
Ottawa ON K1A 0N4
Canada

Your file *Votre référence*
ISBN: 978-0-494-32403-5
Our file *Notre référence*
ISBN: 978-0-494-32403-5

NOTICE:

The author has granted a non-exclusive license allowing Library and Archives Canada to reproduce, publish, archive, preserve, conserve, communicate to the public by telecommunication or on the Internet, loan, distribute and sell theses worldwide, for commercial or non-commercial purposes, in microform, paper, electronic and/or any other formats.

The author retains copyright ownership and moral rights in this thesis. Neither the thesis nor substantial extracts from it may be printed or otherwise reproduced without the author's permission.

AVIS:

L'auteur a accordé une licence non exclusive permettant à la Bibliothèque et Archives Canada de reproduire, publier, archiver, sauvegarder, conserver, transmettre au public par télécommunication ou par l'Internet, prêter, distribuer et vendre des thèses partout dans le monde, à des fins commerciales ou autres, sur support microforme, papier, électronique et/ou autres formats.

L'auteur conserve la propriété du droit d'auteur et des droits moraux qui protègent cette thèse. Ni la thèse ni des extraits substantiels de celle-ci ne doivent être imprimés ou autrement reproduits sans son autorisation.

In compliance with the Canadian Privacy Act some supporting forms may have been removed from this thesis.

Conformément à la loi canadienne sur la protection de la vie privée, quelques formulaires secondaires ont été enlevés de cette thèse.

While these forms may be included in the document page count, their removal does not represent any loss of content from the thesis.

Bien que ces formulaires aient inclus dans la pagination, il n'y aura aucun contenu manquant.


Canada

Remerciements

Ce projet n'aurait pu être réalisé sans le soutien de nombreuses personnes...

Je tiens à remercier mon superviseur de thèse, Dr. Philippe Cappeliez, pour son enthousiasme à l'égard de ce projet, son soutien, ainsi que la confiance qu'il a manifestée envers ma capacité à accomplir ce travail. Dr. Robert Flynn et Dr. Tim Aubry, pour leurs commentaires constructifs et réflexions. Ce fut un plaisir de travailler avec eux depuis mes études de baccalauréat jusqu'à la fin de mes études doctorales. Dr. Elizabeth Kristjansson, pour son assistance et son appui à travers ce processus. Dr. Daniel Coulombe, pour ses consultations statistiques. Un grand merci à Dr. Dwayne Schindler, pour son accompagnement dans le cadre de mon processus d'analyses statistiques. Sa générosité, son soutien et son encouragement m'ont permis de surmonter mon anxiété et de traverser cette étape éprouvante de ce projet.

J'ai beaucoup apprécié la présence, le soutien et l'amitié de plusieurs collègues au cours de mes études doctorales. En particulier, Vicky et Heather, pour leur grande amitié, leur validation et appui, ainsi que les nombreuses heures de distraction et de rires passées en leur compagnie.

J'aimerais remercier ma famille (grands-parents, tantes, oncles, cousines), ma belle-famille et mes amies de longue date, qui m'ont tous encouragé depuis le début à poursuivre mes « *interminables* » études. Merci à Jeannine et Guy pour leur amitié, leur grande sagesse et précieux appui tout au long de ce processus.

Je tiens tout spécialement à remercier mes parents, Nicole et Bertrand, pour leur amour inconditionnel et pour m'avoir offert si généreusement tout ce dont j'ai eu besoin pour cheminer à travers mes études et dans la vie. Ils m'ont entre autres appris ce que signifie la persévérance, sans laquelle je n'aurais pu accomplir ce projet d'études. Corinne, ma chère petite sœur, que je remercie pour sa présence aimante, son écoute dans mes moments de doutes et d'insécurités, et pour avoir toujours cru en moi. Et enfin, merci à Christian, mon conjoint, mon amour... pour son accompagnement tout au long de ce processus, à travers mes périodes de stress et d'angoisse, tout comme les succès et les joies. Pour son soutien et son amour sans bornes. Vous formez tous les quatre ma base de sécurité me permettant d'aller au bout de mon rêve de devenir psychologue. MERCI infiniment. Je vous aime!

Table des matières

	Page
Liste des appendices.....	3
Liste des figures.....	4
Liste des tableaux.....	5
Résumé.....	6
INTRODUCTION.....	8
Définition de la santé subjective.....	9
Pertinence de la santé subjective en gérontologie.....	10
Conceptualisations théoriques.....	15
Modèles médicaux.....	15
Modèles biopsychosociaux.....	20
Déterminants de la santé subjective.....	23
Facteurs sociodémographiques.....	26
Âge.....	26
Sexe.....	27
Statut socioéconomique.....	29
Culture.....	30
Statut conjugal.....	31
Santé physique et statut fonctionnel.....	32
Facteurs psychologiques.....	34
Soutien social.....	37
Sommaire de l'état de recherche actuel.....	41
La psychologie positive : un cadre conceptuel alternatif.....	43
Effets du bien-être psychologique sur la santé subjective.....	47
Vers un modèle intégratif de la santé subjective à l'âge avancé.....	51
Modèle proposé.....	52
Objectifs et hypothèses.....	53
MÉTHODE.....	59
Échantillon, plan et procédure.....	59
Mesures.....	64
Variables sociodémographiques.....	64
Santé subjective.....	64
Maladie physique.....	66
Statut fonctionnel.....	67
Activités de la vie quotidienne.....	67
Mobilité fonctionnelle.....	69
Bien-être psychologique.....	70
Satisfaction de vie.....	71

Santé mentale générale.....	72
Fonctionnement psychologique positif.....	73
Soutien social.....	76
RÉSULTATS.....	78
Analyses préliminaires.....	78
Analyses préliminaires des énoncés de mesure du fonctionnement psychologique positif.....	86
Développement d'une mesure modifiée du fonctionnement psychologique positif.....	90
Analyses de fidélité.....	90
Analyse factorielle confirmatoire.....	92
Corrélations entre les variables observées du modèle de la santé subjective.....	99
Contributions du bien-être psychologique et du soutien social à la prédiction de la santé subjective (Temps 1).....	104
Mise à l'épreuve du modèle intégratif de la santé subjective (Temps 1).....	109
Contributions du bien-être psychologique et du soutien social à la prédiction de la santé subjective à travers le temps (Temps 2).....	121
Mise à l'épreuve du modèle intégratif de la santé subjective à travers le temps (Temps 2).....	127
DISCUSSION.....	132
Développement d'une mesure modifiée du fonctionnement psychologique positif.....	133
Contributions du bien-être psychologique et du soutien social à la prédiction de la santé subjective (Temps 1).....	136
Mise à l'épreuve du modèle intégratif de la santé subjective (Temps 1).....	140
Contributions du bien-être psychologique et du soutien social à la prédiction de la santé subjective à travers le temps (Temps 2).....	152
Mise à l'épreuve du modèle intégratif de la santé subjective à travers le temps (Temps 2).....	156
Forces et limitations de la présente étude.....	158
Implications des résultats.....	165
Conclusion.....	171
Références.....	173

Liste des appendices

	Page
Appendice A Mesure de la santé subjective.....	204
Appendice B Mesure des problèmes de santé.....	205
Appendice C Mesure des antécédents médicaux.....	207
Appendice D Mesures de l'acuité sensorielle.....	208
Appendice E Mesures des activités physiques et instrumentales de la vie quotidienne.....	209
Appendice F Mesure de la mobilité fonctionnelle.....	212
Appendice G Mesure de la satisfaction de vie.....	213
Appendice H Mesure de la santé mentale générale.....	214
Appendice I Mesure du fonctionnement psychologique positif.....	215
Appendice J Mesure de satisfaction à l'égard du soutien social.....	218

Liste des figures

	Page
Figure 1	Modèle de la santé subjective/autoévaluée de Mossey (1995).....21
Figure 2	Modèle intégratif de la santé subjective.....56
Figure 3	Diagramme de la distribution des participants.....63
Figure 4a	Modèle de mesure du fonctionnement psychologique positif pour les femmes.....97
Figure 4b	Modèle de mesure du fonctionnement psychologique positif pour les hommes.....98
Figure 5a	Modèle de mesure pour les femmes.....112
Figure 5b	Modèle de mesure pour les hommes.....113
Figure 6a	Modèle de la santé subjective au Temps 1 pour les femmes.....119
Figure 6b	Modèle de la santé subjective au Temps 1 pour les hommes.....120
Figure 7a	Modèle de la santé subjective au Temps 2 pour les femmes.....130
Figure 7b	Modèle de la santé subjective au Temps 2 pour les hommes.....131

Liste des tableaux

	Page
Tableau 1a : Moyennes, écarts-types, dissymétrie et kurtose des variables pour les femmes.....	83
Tableau 1b : Moyennes, écarts-types, dissymétrie et kurtose des variables pour les hommes.....	84
Tableau 2a : Moyennes, écarts-types, dissymétrie et kurtose des énoncés des échelles du bien-être psychologique de Ryff pour les femmes.....	88
Tableau 2b : Moyennes, écarts-types, dissymétrie et kurtose des énoncés des échelles du bien-être psychologique de Ryff pour les hommes.....	89
Tableau 3a : Indices de correspondance des modèles de mesure du fonctionnement psychologique positif pour les femmes.....	96
Tableau 3b : Indices de correspondance des modèles de mesure du fonctionnement psychologique positif pour les hommes.....	96
Tableau 4a : Matrices de corrélations entre les variables observées du modèle de la santé subjective au Temps 1 pour les femmes.....	100
Tableau 4b : Matrices de corrélations entre les variables observées du modèle de la santé subjective au Temps 1 pour les hommes.....	101
Tableau 5a : Matrices de corrélations entre les variables observées du modèle de la santé subjective au Temps 2 pour les femmes.....	102
Tableau 5b : Matrices de corrélations entre les variables observées du modèle de la santé subjective au Temps 2 pour les hommes.....	103
Tableau 6a : Analyse de régression hiérarchique pour la prédiction de la santé subjective au Temps 1 pour les femmes.....	107
Tableau 6b : Analyse de régression hiérarchique pour la prédiction de la santé subjective au Temps 1 pour les hommes.....	108
Tableau 7a : Analyse de régression hiérarchique pour la prédiction de la santé subjective au Temps 2 pour les femmes.....	124
Tableau 7b : Analyse de régression hiérarchique pour la prédiction de la santé subjective au Temps 2 pour les hommes.....	125

Résumé

La tendance des personnes âgées à évaluer leur santé favorablement en dépit du nombre croissant de problèmes de santé associés à cette étape de la vie constitue un phénomène d'intérêt en gérontologie. De plus, la santé subjective représente un facteur de prédiction pour différentes variables importantes, notamment l'utilisation des services de santé et la mortalité subséquente. La présente étude, qui s'inscrit dans le champ de la psychologie positive, tente d'élucider les facteurs et processus susceptibles de favoriser une meilleure santé subjective à l'âge adulte avancé. Dans un premier temps, les contributions du bien-être psychologique et du soutien social à la prédiction de la santé subjective ont été évaluées, en tenant compte de l'effet de l'âge, du degré de scolarité, de la maladie physique et du statut fonctionnel. L'objectif principal a consisté ensuite à mettre à l'épreuve un modèle intégratif de la santé subjective, qui ajoute le bien-être psychologique et le soutien social aux autres variables typiquement envisagées par les modèles médicaux. Cette analyse a permis d'examiner plus précisément les interrelations entre les différentes variables du modèle proposé. Des analyses de type longitudinal ont enfin porté sur le pouvoir de prédiction de ces variables et l'application du modèle final pour expliquer la santé subjective à travers le temps. Les données de la présente étude ont été tirées de la deuxième phase de l'Étude Canadienne sur la Santé et le Vieillessement. Une mesure de la santé subjective prise en moyenne six ans plus tard durant la troisième phase de cette étude a également été utilisée pour effectuer les analyses longitudinales. Au total, les données de 2022 participantes et 1336 participants âgés de 69 ans et plus ont été retenues pour les analyses effectuées dans le cadre des deux premiers objectifs. De ces données, celles de 1426 participantes et 868 participants ont

été incluses dans les analyses longitudinales subséquentes. Les résultats ont révélé que le bien-être psychologique contribuait significativement à expliquer la variance de la santé subjective, après avoir tenu compte des effets de l'âge, du niveau de scolarité, de la maladie physique, du statut fonctionnel et du soutien social. Bien que le soutien social ne contribuait pas à expliquer la santé subjective, l'analyse du modèle intégratif a dévoilé une association indirecte à travers son effet sur le bien-être psychologique. Le modèle proposé a été partiellement appuyé et modifié sur des bases statistiques et théoriques. Le modèle final a entre autres confirmé la pertinence de considérer le bien-être psychologique dans la prédiction de la santé subjective. En outre, l'effet indirect du bien-être psychologique sur la santé subjective par l'entremise de la maladie physique a été mis en évidence. Contrairement à ce qui était attendu, les résultats ont suggéré que l'effet du statut fonctionnel sur le bien-être psychologique et la santé subjective était très faible, quoique ce dernier lien a été retenu en raison de son importance théorique. Enfin, les résultats ont indiqué que dans l'ensemble, les variables du modèle final continuaient à exercer un effet direct et/ou indirect sur la santé subjective à travers le temps, bien que leur contribution était moins importante qu'au premier temps de mesure. Les résultats de cette étude confirment l'importance théorique de développer des modèles conceptuels plus holistiques de la santé subjective. À un niveau pratique, ces résultats suggèrent que la promotion de ressources psychologiques et sociales pourrait s'avérer bénéfique pour la santé physique et subjective à l'âge adulte avancé. Les forces et limitations de cette étude, ainsi que les implications des résultats, sont élaborées en plus de détails dans la discussion.

INTRODUCTION

L'Organisation Mondiale de la Santé (*World Health Organization*) propose une définition multidimensionnelle de la santé, qui inclut un bien-être physique, mental et social (WHO, 1948). Nonobstant, la santé est plus souvent qu'autrement réduite au fonctionnement du corps, cela dû à la prédominance du modèle médical occidental, qui s'intéresse principalement à la maladie. De fait, la santé est typiquement considérée comme équivalente à l'absence de maladie (Ryff & Singer, 1998).

La vieillesse est plus associée à une mauvaise santé physique que les phases antérieures de l'existence. En effet les études épidémiologiques démontrent que l'avancement en âge s'accompagne d'une augmentation de la prévalence des problèmes de santé, en particulier des maladies chroniques, ainsi que d'incapacité physique (Cossette & Duclos, 2002; Statistical Report on the Health of Canadians, 1999). On pourrait donc s'attendre à ce que la perception des personnes âgées à l'égard de leur propre état de santé soit plus négative que celle des personnes plus jeunes. Bien que les données ne soient pas entièrement consistantes en ce qui concerne les changements de perception de la santé avec l'avancement en âge (Pinquart, 2001), plusieurs études ont démontré qu'une majorité de personnes âgées évaluent leur santé positivement, soit en la décrivant comme « excellente », « très bonne », « bonne » ou « assez bonne » (ex : Clarke et al., 2000; Ebly, Hogan, & Fung, 1996; Linn & Linn, 1980; Misra, Alexy, & Panigrahi, 1996; Statistical Report on the Health of Canadians, 1999). Par exemple, les résultats du *National Population Health Survey* (Statistical Report on the Health of Canadians, 1999) ont indiqué qu'au Canada, 80% des personnes âgées entre 65 et 74 ans et 73% des personnes âgées de 75 ans et plus décrivaient leur santé comme excellente,

très bonne ou bonne. Ce constat soulève des questions importantes, à savoir : d'une part, quels sont les facteurs qui déterminent l'évaluation que font les personnes âgées de leur état de santé et, d'autre part, qu'est-ce qui permet aux personnes âgées de maintenir une perception favorable de leur santé en dépit d'un déclin dit objectif de leur santé physique? En d'autres termes, quels sont les facteurs protecteurs pouvant exercer une influence positive sur la santé subjective des personnes âgées? Le présent travail se tourne vers ces questions.

Définition de la santé subjective

La santé subjective réfère à l'évaluation que fait la personne de son propre état de santé global (George & Bearon, 1980; Pinquart, 2001). Selon Kaplan et Baron-Epel (2003), cette évaluation est à la fois individuelle et sociale puisque, si la perception est certes individuelle, elle est influencée par les idéologies prévalentes des contextes socioculturels à l'égard de la santé. La santé subjective représente l'intégration de différentes dimensions physiologiques, psychologiques, objectives et subjectives de la santé au sein du cadre perceptuel de la personne (Hays, Schoenfeld, & Blazer, 1996; Tissue, 1972; Liang, 1986; Kaplan & Baron-Epel, 2003). Plus spécifiquement, l'évaluation de la personne dépend entre autres des informations et connaissances qu'elle possède à l'égard de sa santé, de ses stratégies d'adaptation, de sa santé mentale, ainsi que de ses ressources sociales et fonctionnelles (Hays et al., 1996). La santé subjective implique également les sensations physiques et d'autres aspects subjectifs tels que les perceptions, les évaluations, les jugements et les attitudes (Kaplan & Baron-Epel, 2003). De plus, les résultats d'une récente étude démontrent que l'évaluation que font les individus de leur état de santé prédit l'évaluation qu'ils rapportent deux ans plus tard,

indépendamment d'autres dimensions et déterminants de la santé. Ceci suggère que la santé subjective reflète non seulement une évaluation ponctuelle basée sur différentes dimensions et déterminants de la santé, mais également un concept de soi stable vis-à-vis sa santé (Bailis, Segall, & Chipperfield, 2003).

Les termes « santé subjective » (*subjective health*), « santé perçue » (*perceived health*) et « auto-évaluation de la santé » (*self-rated health*) sont couramment utilisés de façon interchangeable dans la littérature. Certains auteurs (Bjorner, Kristensen, Orth-Gomér, Tibblin, Sullivan, & Westerholm, 1996) ont exprimé des réserves à l'égard de l'utilisation du terme « santé subjective », en soulignant que ce terme fait contraste avec la santé physique dite « objective » généralement associée aux évaluations médicales des médecins, qui en fait ne peuvent pas non plus être considérées comme entièrement objectives. Tout en reconnaissant la légitimité de cette observation, le terme « santé subjective » sera retenu dans le présent travail pour désigner l'évaluation de l'état de santé par la personne elle-même, puisque nous considérons les termes « santé perçue » et « auto-évaluations de la santé » comme étant plus restrictifs.

Certains auteurs (Kaplan & Baron-Epel, 2003; Mossey, 1995) soutiennent que la santé subjective est une mesure sans réelle base théorique, en raison de l'état rudimentaire des connaissances actuelles au sujet des facteurs et processus qui sous-tendent l'évaluation que font les individus de leur état de santé général. Or, le développement conceptuel de la santé subjective s'avère d'une importance particulière dans le domaine de la gérontologie.

Pertinence de la santé subjective en gérontologie

Une mesure de la santé subjective est fréquemment incluse dans les études épidémiologiques, particulièrement celles portant sur la population âgée (Kaplan & Baron-Epel, 2003). La santé subjective est typiquement mesurée par un seul énoncé, qui consiste à demander à la personne d'évaluer sa santé sur une échelle de 4 à 5 points, soit par exemple de « pauvre » à « excellente » (Liang, 1986). Celle-ci est considérée importante et utile en gérontologie pour plusieurs raisons. D'abord, la recherche démontre que la santé subjective est associée étroitement à des indices plus objectifs de la santé physique, de sorte qu'elle est considérée comme une mesure valide, efficace et économique de l'état de santé général des personnes âgées (Ferraro, Farmer, & Wybraniec, 1997; LaRue, Bank, Jarvik, & Hetland, 1979; Lundberg & Manderbacka, 1996).

Dans le même ordre d'idées, différentes études (Duckitt, 1983; Idler, Hudson, & Leventhal, 1999; LaRue et al., 1979; Leinonen et al., 2002; Maddox & Douglas, 1973; Melin & Bygren, 1993; Schulz et al., 1994) ont démontré que la santé subjective tend à être congruente avec l'état de santé tel qu'évalué par un médecin. Malgré la corrélation significative trouvée entre ces deux évaluations, les résultats de ces études indiquent toutefois que la corrélation n'est pas parfaite ni souvent même élevée et qu'elles doivent donc être considérées de façon distincte (Duckitt, 1983; Pinguart, 2001). Maddox et Douglas (1973) ont par ailleurs trouvé que dans les cas où les évaluations différaient significativement, l'évaluation des participants était généralement plus positive que celle des médecins. De plus, la santé subjective rapportée par les participants prédisait mieux l'évaluation future du médecin que l'inverse. Deux hypothèses principales ont été avancées pour expliquer ces résultats. La première suggère que l'évaluation que fait la

personne de sa santé influencerait sa réponse face à ses limitations physiques, c'est-à-dire que la personne qui évalue sa santé positivement aurait une réaction plus positive face à ses limitations physiques comparativement à une personne qui évaluerait sa santé négativement, qui manifesterait plutôt une réaction exagérée à ses limitations. Cette réaction influencerait ainsi l'évaluation subséquente du médecin. La deuxième hypothèse postule que l'évaluation que fait la personne de sa santé serait sensible à des indices internes de changements organiques qui seront notés seulement plus tard par le médecin (Maddox & Douglas, 1973). Quelle que soit leur explication, ces résultats confirment la validité de la santé subjective et l'importance de considérer celle-ci au même titre que les évaluations médicales.

Une autre raison à l'appui de la pertinence de la santé subjective revient à sa relation significative avec l'utilisation des services de santé. Plus spécifiquement, une pauvre santé subjective est associée à un nombre plus élevé de visites chez le médecin (Blazer & Houpt, 1979; Linn & Linn, 1980; Mulsant et al., 1997; Rodin & McAvay, 1992), d'admissions dans les hôpitaux (Lee & Shinkai, 2003; Weinberger, Darnell, Tierney, Martz, Hiner, Barker, & Neill, 1986) et de journées d'hospitalisation (Bryant et al., 2000; Hays et al., 1996; Linn & Linn, 1980; Mulsant et al., 1997). La santé subjective semble également prédire le niveau de déclin fonctionnel (Grand, Grosclaude, Bocquet, Pous, & Albarede, 1988; Idler & Kasl, 1995; Kaplan, Strawbridge, Camacho, & Cohen, 1993; Mor, Wilcox, Rakowski, & Hiris, 1994).

Qui plus est, la recherche démontre que la santé subjective est un prédicteur (déterminant) important de la mortalité chez les personnes âgées. Mossey et Shapiro (1982) furent les premiers à présenter des résultats convaincants à cet effet, en

démontrant que la santé subjective d'un échantillon de personnes âgées canadiennes constituait un meilleur prédicteur de la mortalité sur une période de sept ans que les dossiers médicaux ou les conditions médicales auto-rapportées. Deux revues de la littérature sur ce sujet (Idler & Benyamini, 1997; Benyamini & Idler, 1999) suggèrent que sur un total de 46 études publiées entre 1982 et 1998, 40 études ont démontré de façon consistante que, même en contrôlant pour des mesures plus objectives du statut physique et autres variables covariantes (ex : statut socioéconomique, comportements à risque, soutien social), la santé subjective demeurait un prédicteur significatif de la mortalité. Par exemple, Schoenfeld et ses collaborateurs (1994) ont trouvé que les participants (âgés entre 70-79 ans) qui percevaient leur santé comme pauvre ou mauvaise avaient 19 fois plus de chance de mourir sur une période de 3 ans que ceux qui percevaient leur santé comme excellente. Les revues de la littérature suggèrent cependant que de façon générale, le facteur de risque ajusté basé sur la comparaison des pires et meilleures autoévaluations de la santé, varie entre 1.5 et 4.2 (Benyamini & Idler, 1997; Idler & Benyamini, 1997). Il faut ajouter que ce lien entre la santé subjective et la mortalité a été démontré dans plusieurs langues et cultures (voir Benyamini & Idler, 1997; Idler et al., 1999; Idler & Benyamini, 1997).

Différentes hypothèses ont été avancées pour expliquer la relation entre la santé subjective et la mortalité. Premièrement, il se peut que la santé subjective représente une mesure plus complète et sensible de l'état de santé et de facteurs de risque que les autres variables typiquement utilisées pour évaluer l'état de santé. Par exemple, la santé subjective englobe possiblement une plus grande gamme de maladies et de symptômes qui ne peuvent être diagnostiqués. De façon similaire, la santé subjective reflète peut-être

une évaluation sensible de la sévérité des maladies présentes, ou encore une estimation individuelle de l'état de santé basée sur les antécédents personnels ou familiaux.

Deuxièmement, la santé subjective représente probablement une évaluation dynamique de l'état de santé, qui prend en considération la trajectoire plutôt que seulement l'état actuel de la santé. Troisièmement, la santé subjective influence possiblement les comportements pouvant affecter l'état de santé. Par exemple, comparativement à une personne qui a une perception favorable de sa santé, une personne qui évalue sa santé comme mauvaise pourrait être moins susceptible d'adopter des pratiques préventives et des comportements de soins personnels (*self-care*), ou d'adhérer aux stratégies de dépistage et traitements médicaux recommandés. Enfin, il se peut que la santé subjective reflète la présence plus ou moins forte de ressources socio-environnementales (ex : éducation, revenu, conditions de vie, soutien social) ou personnelles (ex : psychologiques) pouvant influencer la santé (Idler & Benyamini, 1997). La santé subjective reflète peut-être même un état subjectif global ayant des conséquences sur la santé (Fylkesnes & Forde, 1992). De telles hypothèses appuient d'autant plus l'intérêt de développer les connaissances au sujet des facteurs qui déterminent ou qui sont impliqués dans la santé subjective, compte tenu du potentiel d'intervention qui en découlerait (Fylkesnes & Forde, 1992).

En résumé, la recherche démontre clairement la pertinence de prendre en considération la santé subjective au même titre que les indices plus objectifs de la santé physique. La santé subjective mesurée par un seul énoncé semble effectivement représenter une mesure économique et valide de l'état de santé général (Ferraro et al., 1997), fortement liée à l'utilisation des services de santé. De plus, la santé subjective

semble prédire la mortalité indépendamment d'autres facteurs de risque connus, tels que le statut socio-économique, les problèmes de santé, les comportements à risque et le soutien social déficitaire (Idler & Benyamini, 1997). Ces résultats démontrent ainsi que la santé subjective mérite d'être considérée comme une composante distincte et importante de l'évaluation de l'état de santé des personnes âgées. Le pouvoir de prédiction de la santé subjective sur l'espérance de vie suggère également que la santé subjective englobe d'autres facteurs et/ou processus importants qui ne sont pas nécessairement mesurés par des indicateurs plus objectifs de la santé. Ces autres dimensions comprises dans la santé subjective pourraient même possiblement exercer une influence sur la santé (Idler & Benyamini, 1997) et, par conséquent, l'espérance de vie de la personne. L'ensemble de ces observations souligne clairement la pertinence d'approfondir les connaissances sur le phénomène de la santé subjective, en particulier dans le domaine de la gérontologie en raison de l'augmentation des problèmes de santé avec l'avancement en âge (Schoenfeld, Malmrose, Blazer, Gold, & Seeman, 1994). Ainsi, des questions fondamentales émergent : quels sont les principaux facteurs et processus qui déterminent la santé subjective? Et plus particulièrement, quels facteurs et processus peuvent exercer une influence positive sur la santé subjective?

Conceptualisations théoriques

Modèles médicaux

Certains auteurs ont tenté de clarifier la structure de la santé subjective en évaluant les interrelations entre différentes dimensions de la santé physique. Des études ont ainsi mis à l'épreuve des modèles de la santé subjective que nous qualifierons ici de modèles médicaux, qui rassemblent des variables de la santé typiquement reconnues par

les modèles biologiques et le modèle médical occidental, c'est-à-dire des variables caractéristiques de la santé physique telles que la maladie, l'incapacité physique et/ou fonctionnelle, ainsi que l'utilisation de médicaments. La majorité de ces études ont examiné de tels modèles auprès d'une population âgée.

Liang (1986) a proposé un modèle de la santé selon lequel les maladies chroniques, les journées de maladie et la capacité fonctionnelle, mesurée par la capacité à effectuer des activités physiques de base et des activités instrumentales de la vie quotidienne, auraient toutes des effets directs et indirects sur l'autoévaluation de la santé, c'est-à-dire la santé subjective. Selon ce modèle, les maladies chroniques auraient également des effets sur le nombre de journées de maladie, ainsi que la capacité d'accomplir des activités physiques de base et des activités instrumentales de la vie quotidienne. De plus, les journées de maladie auraient des effets sur la capacité fonctionnelle physique et instrumentale, et la capacité fonctionnelle physique aurait un effet sur la capacité à effectuer des activités instrumentales de la vie quotidienne. Liang (1986) a examiné dans son étude transversale les relations entre ces différentes variables à partir d'un modèle d'équation structurale. Les prédictions de son modèle concernant les déterminants de la santé subjective ont été appuyées. En effet, les résultats confirmaient que la santé subjective était influencée directement et indirectement par le nombre de journées de maladie, la capacité à effectuer des activités physiques et instrumentales de la vie quotidienne, et plus particulièrement le nombre de maladies chroniques rapportées par la personne elle-même. Le modèle initialement proposé par Liang (1986) a par la suite été simplifié à un modèle comprenant trois dimensions plutôt que cinq, soit la maladie chronique, la capacité fonctionnelle et bien entendu l'auto-

évaluation de la santé. Ce modèle a été appuyé auprès d'échantillons de personnes âgées américaines (Whitelaw & Liang, 1991). Des résultats équivalents ont également été obtenus auprès d'un échantillon de personnes âgées au Japon, bien que certaines différences ont été notées en ce qui concerne l'influence de l'âge, du sexe et de l'éducation sur la santé des participants (Liang et al, 1991). Ainsi, les études de Liang et ses collaborateurs suggèrent que la maladie chronique et la capacité fonctionnelle constituent des dimensions intimement liées à la santé subjective des personnes âgées, et ce dans différents contextes culturels.

Johnson et Wolinsky (1993) ont pour leur part développé un modèle de la structure de l'état de santé qui comprend quatre variables placées dans l'ordre suivant : la maladie, l'incapacité physique (*disability*), les limitations fonctionnelles, et finalement la santé perçue. Selon leur modèle, le fardeau associé à différentes maladies mène à l'incapacité physique du haut et du bas du corps. La variable suivante du modèle, les limitations fonctionnelles, correspond aux limitations sociales qui résultent du fardeau de la maladie et/ou de l'incapacité physique associée à la maladie. Trois types de limitations fonctionnelles sont incluses dans le modèle, soit l'incapacité à effectuer des activités de base de la vie quotidienne (ex : marcher, soins personnels), l'incapacité à effectuer des activités instrumentales de la vie quotidienne (ex : préparation des repas, entretien ménager, magasinage) et l'incapacité à effectuer des activités avancées (ou cognitives) de la vie quotidienne (ex : gestion de l'argent; utilisation du téléphone). Finalement, le modèle propose que la présence de maladie, d'incapacités physiques et de limitations fonctionnelles, lorsqu'elles sont reconnues par la personne, affectent toutes négativement la perception de la personne à l'égard de son état de santé global. Les effets de

différentes variables démographiques, soit l'âge, le sexe, la race et l'éducation, ont également été considérés dans le modèle. Des analyses d'équation structurales transversales ont été effectuées pour vérifier le modèle proposé. Les résultats obtenus suggèrent que l'incapacité, plutôt que la maladie, représentait le principal déterminant du degré de limitation fonctionnelle. La santé perçue était influencée significativement par l'incapacité physique et fonctionnelle. Cependant, seules l'incapacité physique du bas du corps et l'incapacité à effectuer des activités instrumentales de la vie quotidienne avaient un impact significatif indépendant sur la santé perçue. Les auteurs soulignent toutefois que plusieurs énoncés compris dans les échelles d'incapacité physique et fonctionnelle étaient des énoncés complexes, c'est-à-dire qu'ils corrélaient significativement avec plus d'un construit ou facteur. Par exemple, la capacité à effectuer de l'entretien ménager lourd et à magasiner, soit deux énoncés conçus pour mesurer l'incapacité fonctionnelle instrumentale, corrélaient également avec l'échelle d'incapacité physique du bas du corps. Ces observations suggèrent donc qu'il peut s'avérer difficile de distinguer clairement entre les mesures d'incapacité physique et des limitations fonctionnelles. Plusieurs maladies avaient des effets directs, indépendants de l'incapacité physique et fonctionnelle, sur la santé perçue. Enfin, les résultats de cette étude indiquent que l'âge plus avancé, le sexe féminin et un niveau d'éducation plus élevé, représentaient des caractéristiques démographiques ayant un effet protecteur indépendant sur la santé perçue (Johnson & Wolinsky, 1993). En résumé, les résultats de cette étude suggèrent que la santé subjective est expliquée au moins partiellement par l'interaction entre la maladie, l'incapacité physique et l'incapacité fonctionnelle, ainsi que des variables sociodémographiques.

Le modèle de la structure de l'état de santé de Johnson et Wolinsky (1993) a été réévalué dans le cadre d'une autre étude transversale menée auprès d'un échantillon important de personnes vivant dans la communauté, âgées de 70 ans et plus (Stump et al., 1997). Les résultats de cette étude ont dans l'ensemble appuyé le modèle proposé. En effet, la maladie et l'incapacité physique du bas du corps avaient encore une fois des effets directs sur la santé perçue. Cependant, contrairement à ce qui avait été trouvé dans l'étude précédente (Johnson & Wolinsky, 1993), aucun type de limitations fonctionnelles n'avait d'effet direct significatif sur la santé perçue. Ces résultats sont consistants avec les résultats d'une autre étude (Nybo et al., 2001), qui suggèrent que la capacité à effectuer des activités quotidiennes ne prédit pas la santé subjective de nonagénaires. Alors que l'âge n'avait également aucun effet direct sur la santé perçue des participants de cette étude, le sexe féminin et un niveau d'éducation plus élevé semblaient encore une fois avoir des effets protecteurs sur la santé perçue. Ces résultats sont particulièrement intéressants lorsque l'on tient compte du fait que les femmes et les sujets plus âgés de cette étude avaient tendance à rapporter davantage d'incapacité physique et que le niveau d'incapacité fonctionnelle avait tendance à augmenter avec l'âge. Ces résultats sont consistants avec les résultats obtenus dans d'autres études (ex : Ferraro, 1980). Enfin, les participants Noirs de cette étude avaient tendance à rapporter une moins bonne santé perçue que les participants Blancs (Stump et al., 1997). Cependant, Johnson et Wolinsky (1994) ont démontré que leur modèle de la santé subjective ne variait pas significativement entre les participants âgés Noirs et Blancs de leur étude.

Globalement, les modèles proposés par Liang (1986) ainsi que Johnson et Wolinsky (1993) conçoivent la santé subjective des personnes âgées comme étant le

résultat de l'interaction entre la maladie ou conditions chroniques, ainsi que l'incapacité physique et/ou fonctionnelle. Des études subséquentes ont toutefois démontré que la douleur rapportée semble également exercer des effets sur la santé subjective (Mantyselka, Turunen, Ahonen, & Kumpusalo, 2003; Reyes-Gibby, Aday, & Cleeland, 2002; Bookwala et al., 2003), soit directement et indirectement à travers la capacité fonctionnelle (Bookwala et al., 2003). De plus, tout en reconnaissant que les variables incluses dans ces modèles sont déterminantes dans la perception subjective de la santé, Mossey (1995) a proposé que la santé subjective n'est pas nécessairement équivalente à la somme des indices de la santé physique. Selon Mossey (1995), la santé subjective serait non seulement influencée par la santé physique objective et la capacité fonctionnelle, mais également par des dimensions psychologiques. Ce constat nous amène donc à explorer un autre type de modèles de la santé subjective, c'est-à-dire des modèles qui incluent des variables psychologiques et/ou sociales, en plus des variables de la santé physique déjà mentionnées.

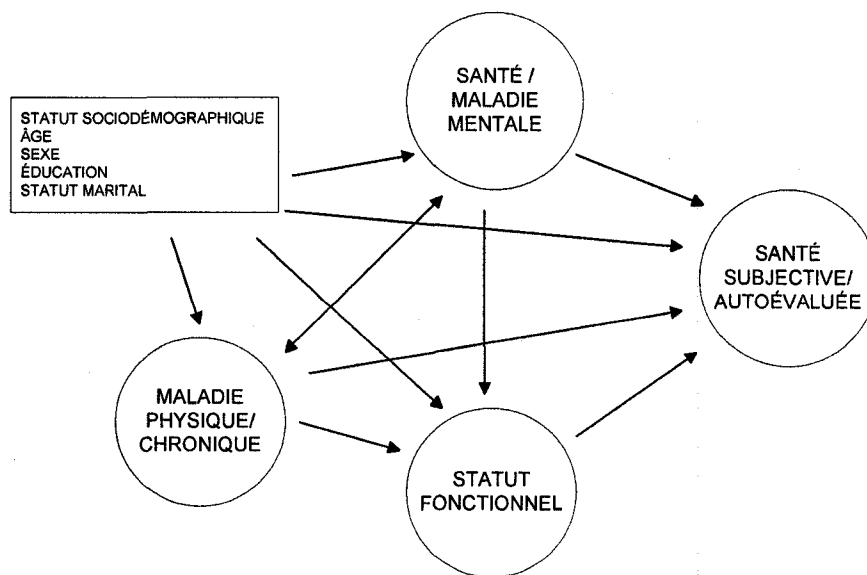
Modèles biopsychosociaux

Mossey (1995) a proposé un modèle générique de la santé subjective qui retient essentiellement les mêmes composantes que les modèles médicaux décrits précédemment, mais qui intègre également la dimension de la santé mentale. Cet ajout découle du lien significatif généralement observé entre la santé subjective et l'état psychologique (Mossey, 1995). Ainsi, le modèle de la santé subjective de Mossey (1995) (voir Figure 1) est composé de cinq dimensions principales, soit les caractéristiques démographiques, la maladie, la santé mentale, le statut fonctionnel et la santé subjective à titre de variable dépendante. Selon ce modèle, les caractéristiques démographiques

auraient des effets directs sur la santé subjective, ainsi que des effets indirects à travers les trois autres variables. La maladie exercerait également une influence directe sur la santé subjective, ainsi qu'une influence indirecte par l'intermédiaire de la santé mentale et du statut fonctionnel. Le statut fonctionnel aurait un effet direct sur la santé subjective. Le modèle propose enfin que la santé mentale exercerait un effet direct sur la santé subjective, mais également un effet indirect à travers son influence sur la maladie et le statut fonctionnel (Mossey, 1995).

Figure 1

Modèle de la santé subjective/autoévaluée de Mossey (1995).



Nous qualifierons de modèles biopsychosociaux tous les modèles qui, comme celui de Mossey (1995), intègrent des variables psychologiques et/ou sociales en plus d'indicateurs de la santé physique. Puisqu'ils englobent de façon plus exhaustive les facteurs pouvant exercer une influence sur la santé subjective, il s'ensuit que les modèles

biopsychosociaux ont le potentiel d'expliquer plus adéquatement la santé subjective que les modèles médicaux. Cette proposition a d'ailleurs été appuyée par les résultats d'une étude (Quinn et al., 1999) qui comparait le pouvoir de prédiction de trois types de modèles, soit un modèle démographique, un modèle de la santé physique, et enfin un modèle psychosocial. Le modèle démographique incluait l'âge, le sexe, la race, la scolarité et le revenu, alors que le modèle de la santé physique rassemblait la capacité fonctionnelle, le nombre de médicaments et la maladie. Le modèle psychosocial incluait des évaluations globales de la santé mentale et des ressources sociales, une mesure de la personnalité, ainsi qu'une mesure du locus de contrôle à l'égard de la santé. Les résultats de cette étude indiquaient que l'ajout de variables psychosociales contribuait à expliquer 9% de la variance de la santé subjective, qui s'ajoutait au 14% et 15% de la variance expliquée respectivement par les variables démographiques et les variables médicales (Quinn et al., 1999). Les résultats de cette étude suggèrent que la santé subjective des personnes âgées représente un construit complexe, influencé par des facteurs aussi variés que la personnalité et la santé mentale, soit des caractéristiques personnelles qui ne peuvent pas toujours être observées par un évaluateur externe (Quinn et al., 1999).

À notre connaissance, aucune étude n'a jusqu'à présent mis à l'épreuve la structure d'un modèle biopsychosocial de la santé subjective tel que celui proposé par Mossey (1995). Par conséquent, les interrelations entre les différentes variables mentionnées demeurent jusqu'à présent indéterminées. Nonobstant, les résultats trouvés par Quinn et ses collaborateurs (1999) confirment l'importance de considérer le rôle de dimensions psychologiques et sociales dans la conceptualisation de la santé subjective des personnes âgées. De nombreux chercheurs ont d'ailleurs identifié une gamme

importante de facteurs pouvant contribuer à déterminer la santé subjective à l'âge adulte avancé. Ces facteurs sont résumés dans la section qui suit.

Déterminants de la santé subjective

Plusieurs études qualitatives et quantitatives ont tenté d'élucider la signification des autoévaluations de la santé, c'est-à-dire de la santé subjective (ex : Borawski, Kinney, & Kahana, 1996; Idler et al., 1999; Krause & Jay, 1994; Manderbacka, 1998). Dans l'ensemble ces études suggèrent qu'en plus de se baser sur leur santé physique, les personnes évaluent leur santé en fonction de leur capacité fonctionnelle, leur capacité à remplir des rôles sociaux, et même leur bien-être émotionnel et spirituel. En particulier, les résultats d'une étude (Benyamini, Leventhal, & Leventhal, 2003) ont démontré que la majorité des personnes âgées avaient tendance à baser leur évaluation de leur santé sur leur capacité à accomplir ce qu'elles veulent, à être actives physiquement et à être énergétiques. Les personnes qui évaluaient leur santé négativement accordaient une plus grande importance à des indicateurs d'une pauvre santé, tels que le recours aux médicaments ou les maladies et symptômes. Par contraste, les personnes qui évaluaient leur santé positivement considéraient davantage les facteurs de risque ainsi que des indicateurs d'une bonne santé physique et mentale, tels que le sentiment d'être en santé, la condition des dents et gencives, les comportements de prévention, les habitudes alimentaires, le tabagisme, la quantité d'exercice, le poids, les antécédents médicaux familiaux et le sentiment d'être heureux (Benyamini et al., 2003).

Dans une autre étude (Strain, 1993), les participants devaient identifier parmi un ensemble de réponses ce que représente une bonne santé d'après eux et l'ensemble des personnes de leur âge, c'est-à-dire 60 ans et plus. Plus de 40 % des participants ont

choisi la capacité à effectuer des activités habituelles, environ le tiers ont endossé une définition d'une bonne santé comme étant un sentiment général de bien-être et moins de 20% ont choisi l'absence de symptômes (Strain, 1993).

Les participants d'une autre étude (Borawski et al., 1996) qui évaluaient leur santé plus positivement (les optimistes) avaient davantage tendance à baser leur évaluation sur leur attitude et comportements à l'égard de la santé (ex: style de vie, comportements de santé) plutôt que sur des dimensions médicales ou physiques. Ils semblaient également posséder plus souvent l'habileté de transcender leurs problèmes de santé physique (ex : «Malgré tout cela, je me sens bien.») que les participants qui évaluaient leur santé de façon plus négative. Ces derniers (les pessimistes) avaient plutôt tendance à baser leur évaluation sur des dimensions médicales ou physiques. De façon similaire, Idler et ses collaborateurs (1999) ont trouvé que les personnes qui évaluaient leur santé positivement en dépit de problèmes de santé avaient tendance à baser leur réponse sur leurs ressources sociales, psychologiques, voire spirituelles, alors que les personnes qui évaluaient leur santé négativement se basaient sur des aspects médicaux.

Les perceptions des personnes âgées à l'égard de leurs professionnels de la santé, ainsi que leur locus de contrôle personnel à l'égard de leur santé, représentent d'autres facteurs qui semblent influencer leur santé subjective en plus d'indicateurs plus objectifs de la santé. Qui plus est, le locus de contrôle à l'égard de la santé constituerait le facteur le plus déterminant dans la prédiction de la santé subjective chez les vieux-vieux (73 à 89 ans), alors que la santé subjective des jeunes-vieux (55 à 72 ans) serait davantage déterminée par les indicateurs plus objectifs de la santé. Ces résultats suggèrent qu'en vieillissant, les personnes âgées accorderaient moins d'importance aux problèmes

médicaux dans leur évaluation de leur état de santé (McDonald-Miszezak, Maki, & Gould, 2000). Il est toutefois important de noter que cette conclusion ne peut être avancée avec certitude, étant donné que la nature transversale de l'étude ne permet pas d'exclure la possibilité que les résultats trouvés reflètent un effet de cohorte plutôt que de l'âge.

Les processus de comparaisons sociales semblent également influencer la perception qu'ont les personnes âgées de leur santé (Jylhä, 1994; Kaplan & Baron-Epel, 2003; Krause & Jay, 1994; Suls, Marco, & Tobin, 1991). Plus spécifiquement, les personnes qui comparent leur état de santé avec celui de personnes dont la santé est pire, ce que l'on qualifie de comparaisons vers le bas ou *downward comparison*, ont tendance à rapporter un meilleur état de santé. La tendance des personnes âgées à avoir une perception positive de leur santé a d'ailleurs été interprétée comme le résultat d'un processus de comparaison entre l'état de santé de la personne et une idée négative stéréotypée de la santé de la population âgée (Suls, Marco, & Tobin, 1991).

Dans le même ordre d'idées, il semblerait que la majorité des personnes âgées tendent à maintenir un biais de jeunesse (*youthful bias*), c'est-à-dire la perception ou l'illusion d'être plus jeune que leur âge actuel (Gana, Alaphilippe, & Bailly, 2004; Mossey, 1995). Les résultats d'une étude menée en France suggèrent que les personnes âgées qui maintenaient un biais de jeunesse modéré à extrême, c'est-à-dire la perception d'être plus jeune de 1 à 15 ans ou plus de 15 ans que leur âge actuel, rapportaient une meilleure santé subjective que celles qui se sentaient aussi vieilles que leur âge chronologique (Gana et al., 2004).

En somme, ces résultats suggèrent que différents facteurs et processus peuvent influencer la santé subjective, voire même modérer l'impact d'une pauvre santé physique sur l'évaluation que font les individus de leur santé (Idler, 1999). Les facteurs sur lesquels se basent les personnes âgées pour évaluer leur santé semblent d'ailleurs déterminer dans quelle mesure celle-ci sera ou non favorable. De plus, les études suggèrent que les dimensions considérées dans de telles évaluations ont possiblement tendance à varier en fonction de l'âge. À la lumière de ces résultats et des modèles présentés précédemment, il apparaît important d'examiner à la base les résultats empiriques disponibles en ce qui concerne l'influence possible des différentes variables identifiées sur la santé subjective des personnes âgées.

Facteurs sociodémographiques

La majorité des études qui ont examiné les déterminants de la santé subjective ont inclus dans leurs analyses les caractéristiques sociodémographiques des participants, dont l'âge, le sexe, le statut socioéconomique, le statut conjugal et la culture.

Âge. Les résultats portant sur l'âge sont plutôt inconsistants d'une étude à l'autre (Bjorner et al., 1996; Pinquart, 2001). Alors que les résultats de certaines études portant sur des participants âgés ont indiqué que la santé subjective ne variait pas significativement en fonction de l'âge (ex : Blazer & Houpt, 1979; Bryant et al., 2000; Engle & Graney, 1986; Hoeymans, Feskens, van den Bos, & Kromhout, 1997; Jylhä et al., 1986; Kivinen et al., 1998; Leibson, Garrard, Nitz, Waller, Indritz, Jackson, Rolnick, & Luepke, 1999; Linn & Linn, 1980; Stump et al., 1997; Su & Ferraro, 1997), d'autres ont démontré que l'âge est associé positivement à une bonne santé subjective (ex : Ferraro, 1980; Hays, Schoenfeld, & Blazer 1996; Idler, 1993; Johnson & Wolinsky, 1993; Landau

& Litwin, 2001; Lee & Shinkai, 2003; Mulsant, Ganguli, & Seaberg, 1997). Par contre, d'autres études (Benyamini et al., 2000; Keller-Olaman, Williams, Knight, & McGee, 2004; Pinquart, 2001; Roberts, 1999) ont suggéré que l'âge plus avancé est associé à une santé subjective plus pauvre. Les résultats de deux méta-analyses, l'une portant sur des études transversales (Roberts, 1999) et l'autre sur des études longitudinales (Pinquart, 2001), révèlent une légère diminution de la santé subjective avec l'avancement en âge, particulièrement dans le groupe d'âge « vieux-vieux » (80 ans et plus). Cependant, ces résultats sont interprétés comme étant le reflet de l'augmentation des problèmes de santé physique et des limitations fonctionnelles avec l'avancement en âge (Pinquart, 2001), ce qui suggère que l'âge n'exerce probablement pas un effet direct sur la santé subjective, mais plutôt un effet indirect à travers la santé physique et le statut fonctionnel. Ce postulat a d'ailleurs été appuyé empiriquement (ex : Orfila, Ferrer, Lamarca, & Alonso, 2000). D'après une récente étude menée auprès de personnes âgées japonaises, il semblerait également que différentes trajectoires de la santé subjective puissent être identifiées d'une personne à l'autre avec l'avancement en âge (Liang et al., 2005).

Sexe. La relation entre le sexe et la santé subjective des personnes âgées n'est pas encore clairement définie. Certaines études ont démontré une absence de différence significative entre la santé subjective des hommes et des femmes âgés (ex : Blazer & Houpt, 1979; Bryant et al., 2000; Eriksson, Uden, & Elofsson, 2001; Gold, Malmberg, McClearn, Pedersen, & Berg, 2002; Jylhä et al., 1998; Leinonen et al., 1998; 1999; Liang, Bennett, Whitelaw, & Maeda, 1991; Nybo, Gaist, Jeune, McGue, Vaupel, & Christensen, 2001). De même, les résultats d'un sondage de la population canadienne (*National Population Health Survey*) suggèrent que la santé subjective des hommes et

femmes âgés de 65 ans et plus ne diffère pas significativement (Statistical Report on the Health of Canadians, 1999).

Les résultats de certaines études (ex : Arber & Cooper, 1999; Nybo et al., 2001) indiquent d'autre part que les femmes rapportent une santé subjective équivalente à celle des hommes tout en souffrant d'un plus grand degré d'incapacité. Conséquemment, Arber et Cooper (1999) ont suggéré qu'à des degrés équivalents d'incapacité, les femmes rapporteraient une meilleure santé subjective que les hommes. D'autres études ont d'ailleurs trouvé que le sexe féminin était associé à une meilleure santé subjective, et ce souvent en dépit d'un degré de limitations fonctionnelles supérieur et/ou d'un plus grand nombre de maladies physiques rapportées (Ferraro, 1980; Fillenbaum, 1979; Idler, 1993; Johnson & Wolinsky, 1993; Landau & Litwin, 2001; Rahkonen & Takala, 1998; Stump, Clark, Johnson, & Wolinsky, 1997; Su & Ferraro, 1997).

Par contre, d'autres études ont pour leur part trouvé une meilleure santé subjective chez les hommes (Fletcher & Hirdes, 1996; Prager, Walter-Ginzburg, Blumstein, & Modan, 1999). Il a été suggéré que l'association négative parfois trouvée entre le sexe féminin et la santé subjective est due à un effet indirect à travers le statut socio-économique. En d'autres termes, l'appartenance au sexe féminin serait associée à un statut socio-économique plus faible, qui serait associé à une santé subjective plus pauvre (Arber & Cooper, 1999; Markides & Martin, 1979). Certains auteurs suggèrent par ailleurs que différents déterminants de la santé peuvent contribuer à expliquer les différences parfois trouvées entre les sexes, incluant des facteurs structureaux (ex : statut socioéconomique), comportementaux (ex : habitudes de vie) et psychosociaux (ex : ressources psychologiques et sociales) (Denton, Prus, & Walters, 2004).

Après recension de ces résultats, il appert que les relations directes et indirectes entre le sexe et la santé subjective restent à clarifier. Différentes études ont d'ailleurs démontré que les prédicteurs de la santé subjective peuvent différer selon le sexe (Heikkinen et al., 1997; Leinonen et al., 1999; Prager et al., 1999; Prus & Gee, 2003; Rodin & McAvay, 1992; Schulz et al., 1994) et que les hommes et les femmes peuvent utiliser des sources d'information différentes pour évaluer leur santé (Gonzalez, Chapman, & Leventhal, 2002), ce qui soulève la pertinence d'évaluer les déterminants de la santé subjective des hommes et des femmes séparément.

Statut socioéconomique. Les études tendent à démontrer de façon assez consistante qu'un degré de scolarité plus élevé est associé à une meilleure santé subjective (Ferraro, 1980; Grundy & Sloggett, 2003; Hays et al., 1996; Hirdes & Forbes, 1993; Idler, 1993; Johnson & Wolinsky, 1993; Jylhä et al., 1998; Markides & Martin, 1979; Mulsant, Ganguli, & Seaberg, 1997; Murrell & Meeks, 2002; Orfila et al., 2000; Prus & Gee, 2003; Schulz, Mittelmark, Kronmal, Polak, Hirsch, German, & Bookwala, 1994; Statistical Report on the Health of Canadians, 1999; Stump et al., 1997; Su & Ferraro, 1997; von dem Knesebeck, Luschen, Cockerham, & Siegrist, 2003; Zimmer et al., 2000; Zimmer & Amornsirisomboon, 2001). Une association positive a également été trouvée entre la santé subjective et le statut occupationnel (Arber & Cooper, 1999; Drever, Doran, & Whitehead, 2004; Rahkonen & Takala, 1998; von dem Knesebeck et al., 2003; Zimmer et al., 2000; Zimmer & Amornsirisomboon, 2001), ainsi que le revenu (Arber & Cooper, 1999; Blazer & Houpt, 1979; Markides & Martin, 1979; Prus & Gee, 2003; von dem Knesebeck et al., 2003; Zimmer & Amornsirisomboon, 2001) et la tension financière ou « *financial strain* » (Angel, Frisco, Angel, & Chiriboga, 2003).

Dans le même ordre d'idées, Cairney (2000) a démontré que le statut socioéconomique (défini par le degré de scolarisation et la condition économique) était relié directement à la santé subjective, mais également indirectement par l'intermédiaire d'autres variables telles que l'estime de soi, le sentiment de maîtrise et les comportements de santé. La recherche suggère en outre que le statut socioéconomique est associé positivement à différentes mesures de la santé physique et mentale (McCubbin & Labonte, 2002; Murrell & Meeks, 2002; Rahkonen & Takala, 1998; Ryff & Singer, 2002; von dem Knesebeck et al., 2003; Wu & Rudkin, 2000; Zimmer & Amornsirisomboon, 2001). Différentes raisons ont été invoquées pour expliquer cette relation, incluant l'inégalité dans l'accès et la qualité des services de santé reçus, ainsi que le risque accru d'adopter un style de vie malsain, d'avoir des carences matérielles et d'être exposé à des stressseurs psychosociaux ou environnementaux chez les groupes dont le statut socioéconomique est plus faible (Orpana & Lemyre, 2004; von dem Knesebeck et al., 2003).

Culture. Certaines études ont révélé que la santé subjective variait entre différents groupes culturels ou raciaux (ex : Krause, 1987a; Stump, Clark, Johnson, & Wolinsky, 1997), ainsi que d'un pays à l'autre (Bardage et al., 2005; Lee & Shinkai, 2003; Prager et al., 1999; Zimmer et al., 2000). Toutefois, d'autres études ont plutôt suggéré que la santé subjective n'est pas influencée significativement par ces variables (ex : Blazer & Houpt, 1979; Chandola & Jenkinson, 2000; Hays, Schoenfeld, & Blazer, 1996; Idler, 1993; Johnson & Wolinsky, 1993; 1994). En outre, certains auteurs ont suggéré que la relation significative trouvée entre l'ethnicité et la santé subjective dans leur étude était en fait expliquée par l'effet médiateur d'autres variables, soit le statut socioéconomique, la

connaissance de la langue du pays d'accueil, ainsi que l'expérience de discrimination (Wiking, Johansson, & Sundquist, 2004). D'autres auteurs ont plus spécifiquement suggéré que le statut économique du quartier de personnes âgées Noires aux Etats-Unis expliquait la différence culturelle trouvée au niveau de leur santé subjective en comparaison avec des américains Blancs (Cagney, Browning, & Wen, 2005). Les résultats demeurent ainsi jusqu'à présent très controversés en ce qui concerne l'influence de la culture sur la santé subjective.

Statut conjugal. Le même constat s'applique à la relation entre la santé subjective et le statut conjugal. En effet, certaines études (ex : Bryant et al., 2000; Hays, Schoenfeld, & Blazer, 1996) suggèrent que les personnes qui sont mariées ont tendance à rapporter une moins bonne santé subjective. Différents chercheurs (Grundy & Sloggett, 2003; Prus et Gee, 2003) ont observé le même phénomène chez les femmes seulement. D'autres études suggèrent plutôt une absence de lien significatif entre le statut conjugal et la santé subjective (ex : Hirdes & Forbes, 1993; Liang et al., 1991; Rahkonen & Takala, 1998). Une de ces études indique cependant que les hommes et les femmes divorcés rapportaient respectivement un plus grand degré d'incapacité fonctionnelle et de maladie comparativement aux personnes célibataires, mariées ou veuves (Rahkonen & Takala, 1998). Fenwick et Barresi (1981) ont pour leur part trouvé que les personnes célibataires rapportaient une meilleure santé subjective que les personnes mariées, mais que la perte du conjoint était associée à un déclin de la santé subjective. Il est important de noter que très peu d'études semblent avoir examiné spécifiquement le lien entre la santé subjective et le statut conjugal, dont l'effet est généralement contrôlé dans les analyses statistiques. De plus, la qualité du mariage n'est généralement pas considérée dans ces études bien

qu'elle semble contribuer à la prédiction de la santé subjective (Bookwala, 2005; Umberson, Williams, Powers, Liu, & Needham, 2006), ce qui pourrait au moins en partie expliquer les résultats contradictoires en ce qui concerne la relation entre le statut conjugal et la santé subjective. Il s'avère ainsi difficile à ce moment de tirer des conclusions à propos de cette variable.

Dans l'ensemble, la littérature suggère donc que certaines caractéristiques sociodémographiques telles que l'âge, le sexe et le degré de scolarité peuvent exercer des effets directs et indirects sur la santé subjective. La santé physique et le statut fonctionnel sont des variables à travers lesquelles les facteurs sociodémographiques exerceraient le plus souvent des effets indirects sur la santé subjective.

Santé physique et statut fonctionnel

La recherche démontre sans surprise que la santé subjective est intimement liée à différents indicateurs de la santé physique. Entre autres, des corrélations significatives ont été trouvées entre la santé subjective et le nombre de maladies ou problèmes de santé rapportés (Benyamini, Idler, Leventhal, & Leventhal, 2000; Bryant, Beck, & Fairclough, 2000; Cappeliez, Sèvre-Rousseau, Landreville, Préville, & Scientific Committee of ESA Study, 2004; Ebly, Hogan, & Fung, 1996; Ferraro, 1980; Hays, Schoenfeld, & Blazer, 1996; Heikkinen, Leinonen, Berg, Schroll, & Steen, 1997; Johnson & Wolinsky, 1993; Jylhä, Guralnik, Ferrucci, Jokela, & Heikkinen, 1998; Jylhä, Leskinen, Alanen, Leskinen, & Heikkinen, 1986; Kempen, Miedema, Van den Bos, & Ormel, 1998; Kivinen, Halonen, Eronen, & Nissinen, 1998; Lee & Shinkai, 2003; Leibson, Garrard, Nitz, Waller, Indritz, Jackson, Rolnick, & Luepke, 1999; Leinonen, Heikkinen, & Jylhä, 1999; Liang, 1986; Linn & Linn, 1980; Markides & Martin, 1979; Pinguart, 2001; Rodin & McAvay, 1992;

Schulz, Mittelmark, Kronmal, Polak, Hirsch, German, & Bookwala, 1994; Stump, Clark, Johnson, & Wolinsky, 1997; Zimmer, Natividad, Lin, & Chayovan, 2000), l'incapacité physique (Bookwala, Harralson, & Parmelee, 2003; Bryant et al., 2000; Johnson & Wolinsky, 1993; Stump et al., 1997), sensorielle (Lee, Lam, Gomez-Martin, & Caban, 2005) et fonctionnelle (Benyamini et al., 2000; Blazer & Houpt, 1979; Bookwala et al., 2003; Bryant et al., 2000; Chandola & Jenkinson, 2000; Duckitt, 1983; Engle & Graney, 1986; Ferraro, 1980; Ferraro, Farmer, & Wybraniec, 1997; Hays et al., 1996; Heikkinen et al., 1997; Johnson & Wolinsky, 1993; Lee & Shinkai, 2003; Leibson et al., 1999; Leinonen et al., 1999; 2002; Liang, 1986; Linn & Linn, 1980; Mulsant, Ganguli, & Seaberg, 1997; Pinquart, 2001; Schulz et al., 1994; Spiers, Jagger, & Clarke, 1996; Su & Ferraro, 1997; Zimmer et al., 2000), ainsi que le nombre de médicaments utilisés (Benyamini et al., 2000; Blazer & Houpt, 1979; Hershman, Simonoff, Frishman, Paston, & Aronson, 1995; Linn & Linn, 1980; Mulsant et al., 1997; Rodin & McAvay, 1992; Schulz et al., 1994). En d'autres termes, les personnes qui rapportent un pauvre état de santé global ont tendance à également rapporter davantage de maladies, l'utilisation d'un plus grand nombre de médicaments, ainsi qu'un degré plus élevé d'incapacité physique, fonctionnelle, et/ou sensorielle que les personnes qui évaluent leur santé de façon plus positive.

Bien que les problèmes de santé physique, la capacité fonctionnelle et l'utilisation de médicaments soient plus souvent qu'autrement rapportés par les participants, ces mesures sont considérées plus objectives puisqu'elles peuvent être vérifiées par un observateur externe (Lawton & Lawrence, 1994) et semblent généralement congruentes avec les dossiers médicaux (Kriegsman, Penninx, van Eijk, Boeke, & Deeg, 1996; Linn

& Linn, 1980; Bush, Miller, Golden, & Hale, 1989; Ockander, Hjerpe, & Timpka, 2002). Malgré la relation significative trouvée entre ces indicateurs de la santé physique et la santé subjective, il a déjà été souligné que la santé subjective ne se résume pas à la somme de ces caractéristiques de la santé physiques (Mossey, 1995) et que l'importance accordée à ces facteurs semble diminuer avec l'âge (McDonald-Miszezak, Maki, & Gould, 2000). Entre autres, les résultats d'une récente étude suggèrent que le degré de correspondance entre de nombreuses maladies chroniques et la santé subjective tend à diminuer avec l'âge, alors que les symptômes dépressifs deviennent pour leur part plus fortement associés à la santé subjective (Schnittker, 2005). Tel que décrit dans les sections suivantes, d'autres dimensions de nature psychologique et/ou sociale semblent en effet contribuer à l'évaluation que font les personnes âgées de leur état de santé.

Facteurs psychologiques

La variable psychologique la plus souvent étudiée en relation avec la santé subjective est sans contredit la dépression (Pinquart, 2001). De nombreuses études (Blazer et Houpt, 1979; Bryant et al., 2000; Cappeliez et al., 2004; Caserta, Lund, & Diamond, 1990; Han, 2002; Hays et al., 1996; Heikkinen et al., 1997; Landau & Litwin, 2001; Lee & Shinkai, 2003; Leibson et al., 1999; Leinonen et al., 1999; Liang et al., 2005; Molarius & Janson, 2002; Mulsant et al., 1997; Rakowski & Cryan, 1990; Rodin & McAvay, 1992; Schnittker, 2005; Schulz et al., 1994) ont démontré l'influence significative des symptômes dépressifs sur la santé subjective des personnes âgées. Les résultats d'une récente étude (Schnittker, 2005) en particulier suggèrent en outre qu'avec l'avancement en âge, les symptômes dépressifs deviennent plus fortement corrélés avec la santé subjective que des indicateurs de la santé physique. Par exemple, l'énoncé « *I*

enjoy life most of the time » était davantage corrélé à la santé subjective que la présence ou non de cancer (Schnittker, 2005). Qui plus est, Pinquart (2001) a confirmé par sa méta-analyse que la dépression était corrélée significativement avec la santé subjective, et ce à un niveau équivalent à la santé physique objective et à la capacité fonctionnelle.

Tel que résumé par Pinquart (2001), plusieurs explications ont été invoquées en ce qui concerne la relation entre la dépression et la santé subjective. Premièrement, puisque la maladie physique augmente les risques de dépression (voir Blazer, 1993), il se peut que la santé physique objective soit à l'origine de la corrélation entre la dépression et la santé subjective. Deuxièmement, les symptômes physiques associés à la dépression, tels qu'un faible niveau d'énergie, le ralentissement psychomoteur et la perte d'appétit (American Psychiatric Association, 1994), pourraient expliquer la corrélation entre la santé subjective et la dépression. Cependant, certaines études (ex : Leibson et al., 1999; Mulsant et al., 1997) ont démontré que la dépression avait un effet indépendant de la santé physique sur la santé subjective. De plus, l'instrument utilisé pour mesurer la dépression dans l'une de ces études (Leibson et al., 1999) n'incluait pas de symptômes physiques, ce qui suggère que des symptômes de la dépression autres que des symptômes physiques sont reliés à la santé subjective, de sorte que cette dernière hypothèse ne peut à elle seule expliquer le lien entre la dépression et la santé subjective. Une troisième explication se rapporte au fait que la diminution du bien-être général ainsi que les cognitions négatives de la personne déprimée risquent d'influencer négativement sa perception à l'égard de sa santé. Il est fort probable que l'association trouvée entre la santé subjective et la dépression soit le résultat d'un ensemble de tels processus (Pinquart, 2001).

Plusieurs études ont mis en évidence l'influence d'autres facteurs psychologiques et/ou sociaux sur la santé subjective des personnes âgées. Une association significative a entre autres été trouvée avec des mesures de la satisfaction de vie (Blazer & Houpt, 1979; Hooker & Siegler, 1992; Kop, 1993; Lee & Shinkai, 2003; Rodin & McAvay, 1992; Schulz et al., 1994), l'affect positif et négatif (Benyamini et al., 2000; Casten, Lawton, Winter, Kleban, & Sando, 1997; Kop, 1993), l'optimisme (Steptoe, Wright, Kunz-Ebrecht, & Iliffe, 2006), l'anxiété (Cappeliez et al., 2004), l'hypochondrie (Blazer & Houpt, 1979), différents traits de la personnalité (Duberstein et al., 2003; Jerram & Coleman, 1999), le sentiment d'efficacité (Rodin & McAvay, 1992) ou de maîtrise (Cairney, 2000; Forbes, 2001), le maintien d'une perception de contrôle (Chipperfield, Campbell, & Perry, 2004), l'estime de soi (Angel et al., 2003; Cairney, 2000; Forbes, 2001; Starr, Deary, & Macintyre, 2003), le type et la fréquence d'activités sociales et passe-temps (Leinonen et al., 2002; Lindgren et al., 1994), le niveau de contentement (Lindgren et al., 1994), ainsi que le concept de soi et les attitudes à l'égard de l'âge et de la vitesse d'activité (Engle & Graney, 1986). La spiritualité, définie comme un schème de vie cohérent et significatif ainsi qu'un sentiment d'efficacité personnelle, a aussi été associée à une meilleure santé subjective chez un échantillon de personnes âgées (Daaleman, Perera, & Studenski, 2004). Certaines études ont également trouvé un lien significatif entre la santé subjective et des mesures globales ou composites de la santé psychologique (Auslander & Litwin, 1991; Benyamini et al., 2000; Duckitt, 1983; Kempen et al., 1998; Kop, 1993; Quinn et al., 1999; Wu & Schimmele, 2006; Wyshak, 2003).

L'ensemble de ces résultats suggère que différents indicateurs d'un état psychologique positif (tels que satisfaction de vie, affect positif, optimisme, sentiment d'efficacité ou de maîtrise, spiritualité, contentement, niveau d'activité élevé, concept ou estime de soi favorable) sont associés positivement à une bonne santé subjective et qu'à l'inverse, des indicateurs de détresse psychologique (tels que piètre satisfaction de vie, affect négatif, anxiété, hypochondrie, faible niveau d'activité, pauvre degré de contentement, piètre concept de soi) sont reliés à une santé subjective plus mauvaise. Tel que décrit dans la section suivante, des résultats mixtes ont été obtenus en ce qui concerne l'influence du soutien social sur la santé subjective.

Soutien social

La relation entre le soutien social et la santé subjective a fait l'objet de plusieurs études avec des échantillons de personnes âgées. Parmi celles-ci, Su et Ferraro (1997) ont trouvé que l'intégration sociale, soit dans des associations volontaires et plus particulièrement au sein de réseaux composés de la famille et d'amis, exerçait une influence positive sur la santé subjective de personnes âgées provenant de quatre pays des nations pacifiques de l'ouest. En outre, les résultats d'une autre étude menée auprès de personnes âgées malaisiennes suggèrent que l'impact négatif d'un faible statut socio-économique était atténué chez les participants qui avaient des contacts quotidiens avec leurs enfants comparativement à ceux qui rapportaient des contacts moins fréquents (Wu & Rudkin, 2000).

Cependant, les résultats d'une étude européenne indiquent une absence de relation entre la santé subjective et la fréquence des contacts avec enfants ou amis, mais plutôt une relation significative entre une pauvre santé subjective et peu de contact avec la

fratrie ou autres membres de la famille (Lennartsson, 1999). Les résultats d'une autre étude indiquent également une absence de relation entre la santé subjective de personnes âgées de pays asiatiques et le nombre d'enfants et de co-habitants (Zimmer et al., 2000).

Litwin (1998) a pour sa part étudié la relation entre la santé subjective et l'intégration dans différents types de réseaux sociaux auprès d'un échantillon important de personnes âgées d'Israël. Ses résultats démontrent que les personnes qui faisaient partie d'un réseau diversifié (c'est-à-dire généralement mariées, contacts avec enfants, fratrie, amis et voisins, et participation dans des clubs), rapportaient un état de santé global nettement supérieur aux personnes dont le réseau social était pauvre (Litwin, 1998).

D'autres auteurs ont trouvé qu'un réseau social composé principalement de relations familiales était plus important pour la santé subjective de personnes âgées canadiennes françaises appartenant à une communauté urbaine plus pauvre, alors que la présence d'amis s'avérait plus importante pour celles d'une communauté de classe moyenne. Cette même étude suggère aussi qu'un niveau plus élevé d'engagement dans des activités communautaire était associé à une meilleure santé subjective chez ces deux groupes (Zunzunegui, Kone, Johri, Béland, Wolfson, & Bergman, 2004).

Krause (1987b) a pour sa part rapporté que la satisfaction à l'égard du soutien émotionnel et tangible disponible, plutôt que la quantité de soutien disponible, était reliée positivement à la santé subjective des participants âgés de son étude. Par ailleurs, la disponibilité de soutien informationnel, ainsi que la quantité d'aide offerte aux autres, ne semblaient pas entretenir de relation significative avec la santé subjective (Krause, 1987b). L'influence de la satisfaction à l'égard du soutien social plutôt que la grandeur

du réseau social sur la santé subjective a également été démontrée auprès de femmes d'âge moyen (Keller-Olaman et al., 2004).

Les résultats d'autres études (Liu, Liang & Gu, 1995; Zunzunegui, Béland & Otero, 2001) ont par ailleurs démontré que la disponibilité de soutien émotionnel est associé positivement à la santé subjective. Contrairement à ce qui était attendu, les résultats de ces mêmes études suggéraient toutefois que les personnes âgées qui recevaient une plus grande quantité de soutien tangible rapportaient une santé subjective plus pauvre (Liu et al, 1995; Zunzunegui et al., 2001), à l'exclusion des veufs/ veuves qui habitaient seul(e)s (Zunzunegui et al., 2001). Zunzunegui et ses collaborateurs (2001) ont interprété ces résultats comme étant attribuables en partie à l'association entre l'incapacité fonctionnelle et l'obtention de soutien instrumental. En d'autres termes, les personnes âgées qui recevaient davantage de soutien instrumental avaient tendance à souffrir d'un plus haut niveau d'incapacité fonctionnelle, soit une variable associée à une santé subjective plus pauvre, de sorte que l'association négative entre le soutien instrumental et la santé subjective était au moins partiellement expliquée par l'association négative entre l'incapacité fonctionnelle et la santé subjective. Dans le même ordre d'idées, les résultats d'une autre étude suggèrent que les participants qui rapportaient un nombre plus élevé de relations sociales manifestaient moins de déclin fonctionnel sur une période de sept ans (Unger, McAvay, Bruce, Berkman, & Seeman, 1999). Ces résultats semblent donc suggérer que l'intégration sociale peut exercer un effet positif sur la capacité fonctionnelle, mais qu'en cas d'incapacité, le soutien tangible n'exerce pas d'influence positive sur la santé subjective. Qui plus est, le soutien tangible peut même possiblement influencer la santé subjective de façon négative, probablement en rappelant

à la personne qu'elle ne peut plus fonctionner de façon complètement autonome en raison de son incapacité (Liu et al., 1995; Zunzunegui et al., 2001).

Dans certaines études, la disponibilité de soutien social était bénéfique pour les femmes, mais non pas pour les hommes (Grundy & Sloggett, 2003; Prus & Gee, 2003). À l'inverse, les auteurs d'une étude menée au Japon ont trouvé que la disponibilité de soutien émotionnel était associée à une meilleure santé subjective chez les hommes seulement, et ce en dépit du fait que ces derniers recevaient en moyenne moins de soutien que les femmes. Contrairement aux hommes pour qui un effet direct du soutien émotionnel sur la santé subjective a été observé, seul un effet indirect à travers la santé mentale a été trouvé chez les femmes (Okamoto & Tanaka, 2004).

Les résultats de différentes études (Benyamini et al., 2000; Landau & Litwin, 2001; Rodin & McAvay, 1992; Sherman et al., 2006) ont également suggéré que le soutien social disponible n'avait pas d'effet direct indépendant sur la santé subjective. À noter cependant que ces études mesuraient la quantité de soutien disponible et non pas la satisfaction à l'égard de celle-ci. L'inclusion d'une mesure de satisfaction aurait pu donner des résultats différents si l'on se fie aux résultats obtenus dans d'autres études (Keller-Olaman et al., 2004; Krause, 1987b). Par ailleurs, les résultats d'autres études suggèrent que le soutien social peut exercer des effets indirects positifs sur la santé subjective à travers d'autres variables liées à la santé subjective, telles que l'état psychologique (Auslander & Litwin, 1991; Landau & Litwin, 2001; Okamoto & Tanaka, 2004) et même le statut fonctionnel (Auslander & Litwin, 1991).

En somme, les résultats d'études portant sur le soutien social et la santé subjective s'avèrent plutôt inconsistants, ce qui peut être en partie attribuable à la grande variété

d'instruments employés pour mesurer le soutien social d'une étude à l'autre, qui reflète à la base des notions divergentes du soutien social. Cette inconsistance a également été notée dans des revues de la littérature portant sur l'association entre le soutien social et la santé physique en général (ex : Seeman, 1996). Nonobstant, les résultats tendent à indiquer qu'une bonne intégration sociale au sein de réseaux diversifiés semble reliée positivement à la santé subjective. De plus, la satisfaction à l'égard du soutien social disponible semble être plus déterminante que la quantité de soutien disponible. Parmi les différents types de soutien social, le soutien émotionnel semble être celui qui exerce la plus grande influence positive sur la santé subjective. Les résultats demeurent inconsistants en ce qui concerne le soutien tangible. Enfin, le soutien social semble exercer non seulement des effets directs sur la santé subjective, mais également des effets indirects par l'intermédiaire de variables telles que l'état psychologique et le statut fonctionnel. L'influence du soutien social sur la santé mentale est par ailleurs bien documentée (voir Cohen, 1988; Kawachi & Berkman, 2001; Seeman, 1996) et il est probable que d'autres effets indirects du soutien social soient ainsi exercés à travers l'influence de la santé mentale sur la santé physique (Cohen, 1988; Johnson & Krueger, 2005), soit un déterminant important de la santé subjective.

Sommaire de l'état de recherche actuel

Globalement, la littérature suggère ainsi qu'en plus des indices habituels de la santé physique, divers facteurs psychologiques et sociaux contribuent à l'évaluation que font les personnes âgées de leur état de santé, c'est-à-dire leur santé subjective. Ces observations indiquent encore une fois qu'il s'avère préférable de développer des modèles de la santé subjective qui intègrent des composantes psychologiques et même

sociales, puisque ceux-ci englobent de façon plus exhaustive les facteurs pouvant exercer une influence sur la santé subjective. Or, Pinquart (2001) souligne que très peu d'études ont tenté de vérifier des modèles complexes de prédiction de la santé subjective tel que celui proposé par Mossey (1995), ni même des modèles médicaux plus simples comme ceux proposés par Liang (1986) et Johnson et Wolinsky (1993). À cet égard, Pinquart (2001) soulève le besoin d'études rassemblant à la fois des mesures de santé physique, de capacité fonctionnelle, de santé mentale et de santé subjective, et ce dans un cadre d'analyse multivariée.

Dans le même ordre d'idées, différents auteurs ont noté que la majeure partie des études qui ont examiné le lien entre la santé mentale et la santé subjective ont utilisé des indices de détresse psychologique, le plus souvent la dépression, à titre de variable représentant la santé mentale (Benyamini et al., 2000; Mossey, 1995; Pinquart, 2001). Cette observation est conforme à l'ensemble de la recherche en psychologie, qui se caractérise généralement par une focalisation sur la pathologie (Bandura, 2001 ; Holahan & Moos, 1991 ; Ryff, 1982 ; Ryff & Singer, 1996 ; Seligman & Csikszentmihalyi, 2000 ; Sommerfield & McCrae, 2000). Ce phénomène reflète les modèles biologiques et médicaux, qui typiquement négligent de considérer les dimensions positives de la santé mentale et physique. Ainsi, la majeure partie de la recherche est basée sur des indices négatifs de la santé physique et mentale, tels que les symptômes, la douleur, l'incapacité, l'anxiété, la dépression et la détresse psychologique (Ryff & Singer, 1998). En contraste, jusqu'à présent peu d'études ont examiné les effets salutaires possibles d'un fonctionnement psychologique positif sur la santé subjective (Benyamini et al., 2000).

Or, il s'agit d'un champ d'investigation prometteur qui s'inscrit dans le cadre d'une psychologie positive.

La psychologie positive : un cadre conceptuel alternatif

Selon Seligman et Csikszentmihalyi (2000), l'accent mis sur l'identification de facteurs pouvant mener à des problèmes et le développement de stratégies de traitement pour ces problèmes, limite les possibilités de prévention de problèmes mentaux et physiques, soit un objectif qui a pris de l'ampleur dans le domaine de la psychologie au cours de la dernière décennie. Selon ces mêmes auteurs, les progrès qui ont été effectués au niveau de la prévention découlent davantage d'une perspective qui vise à développer systématiquement la compétence plutôt qu'à corriger les faiblesses. Cette approche relève de ce qui a été nommé la « psychologie positive », qui selon Seligman et Csikszentmihalyi (2000), s'intéresse davantage au fonctionnement psychologique positif et au développement de qualités positives chez l'être humain. Ryff et Singer (1996) élaborent sur ce sujet en suggérant qu'une telle approche permet d'arriver à une compréhension plus complète et équilibrée du fonctionnement humain, soit en tenant compte non seulement des problèmes rencontrés, mais également des ressources de la personne. Dès lors, il devient possible de mieux saisir comment ces facteurs positifs peuvent, à leur manière, exercer une influence significative sur la santé mentale et physique.

Ryff et Singer (1996) suggèrent que différentes dimensions d'un fonctionnement psychologique positif peuvent représenter des facteurs de protection importants dans des situations de vie difficiles. Selon eux, des caractéristiques personnelles adaptatives telles qu'une forte acceptation de soi, la capacité d'entretenir des relations positives et un

sentiment de maîtrise sur l'environnement, pourraient améliorer la capacité de la personne à surmonter la détresse engendrée par l'adversité. Plus spécifiquement, une personne qui possède de telles ressources psychologiques positives a de meilleures chances de percevoir et de gérer les circonstances de vie difficiles d'une façon plus adaptative qu'une personne qui démontre un fonctionnement psychologique appauvri. Qui plus est, ces mêmes auteurs suggèrent qu'en favorisant une telle capacité d'adaptation, ces ressources pourraient avoir un effet positif direct au niveau du fonctionnement physiologique et ainsi contribuer au maintien d'une bonne santé. Le bien-être psychologique pourrait également engendrer chez la personne une plus grande motivation à prendre soin d'elle-même en adoptant une bonne hygiène de vie, ce qui aurait ainsi un effet positif sur sa santé physique (Ryff & Singer, 1998).

Cette approche doit nécessairement être considérée dans le choix de méthode pour répondre à une question centrale posée dans le présent travail, à savoir, qu'est-ce qui permet aux personnes âgées de maintenir une santé subjective favorable en dépit d'un déclin dit objectif de leur santé physique? Plus spécifiquement, alors que la présence de détresse psychologique pourrait contribuer à prédire une santé subjective plus pauvre, il n'est pas pour autant acquis que l'absence de détresse psychologique susciterait une meilleure santé subjective. En effet, il est plus probable que d'autres dimensions caractéristiques d'un fonctionnement psychologique positif soient impliquées dans la promotion d'une santé subjective favorable.

La recension des écrits effectuée dans le cadre du présent travail révèle pourtant que le bien-être psychologique semble rarement considéré comme un processus à explorer pour lui-même. En effet, il appert que le bien-être est habituellement plutôt

employé en recherche comme un indice général de la santé mentale, à titre de variable dépendante, sur un continuum qui polarise la détresse et le bien-être psychologiques. Or, comme l'indiquent les résultats d'une étude (Massé, Poulin, Dassa, Lambert, Bélaïr, & Battaglini, 1998), un faible niveau de détresse psychologique n'implique pas nécessairement un niveau élevé de bien-être subjectif. Les auteurs de cette étude concluent ainsi que la détresse et le bien-être psychologiques sont des dimensions différentes, bien que corrélées, d'un concept de la santé mentale. De façon similaire, d'autres chercheurs ont démontré que les affects positifs et négatifs représentent des construits relativement indépendants (ex : Baker, Cesa, Gatz, & Mellins, 1992; Diener & Emmons, 1985). Ces résultats appuient conséquemment l'idée selon laquelle le bien-être psychologique doit être considéré comme un phénomène distinct qui ne se limite pas au contraire de la détresse psychologique.

Par conséquent, il serait préférable d'identifier les ressources psychologiques et sociales de la personne pouvant exercer une influence positive sur sa santé subjective, plutôt que d'étudier les effets de la présence ou l'absence de détresse psychologique. Dans cette optique, rappelons les résultats de différentes études susmentionnées qui ont confirmé l'influence favorable de dimensions positives de la santé mentale, telles que la satisfaction de vie (Blazer & Houpt, 1979; Rodin & McAvay, 1992; Schulz et al., 1994), l'affect positif (Benyamini et al., 2000), le sentiment d'efficacité ou de contrôle (Kosteniuk & Dickinson, 2003; Rodin & McAvay, 1992), le contentement (Lindgren et al., 1994), le sentiment que la vie a un sens (Krause, 2004), ainsi qu'un concept de soi positif (Engle & Graney, 1986; Kosteniuk & Dickinson, 2003). De plus, le soutien social perçu (Auslander & Litwin, 1991; Kosteniuk & Dickinson, 2003), l'intégration sociale et

les contributions sociales (Kosteniuk & Dickinson, 2003; Su & Ferraro, 1997), ainsi que les activités sociales et passe-temps (Leinonen et al., 2002; Lindgren et al., 1994), semblent également avoir le potentiel d'exercer une influence positive sur la santé subjective.

Les résultats d'une récente étude (Benyamini et al., 2000) ont clairement appuyé l'importance des indicateurs positifs de la santé et plus particulièrement de la santé mentale dans la santé subjective des personnes âgées. L'étude a examiné la relation entre la santé subjective et divers indicateurs positifs et négatifs de la santé sur une période de cinq ans. Des analyses transversales et longitudinales ont révélé qu'un bon fonctionnement physique, social (exercice, activité, travail, soutien social) et psychologique (énergie et bonheur), comptaient parmi les déterminants (prédicteurs) les plus importants de la santé subjective actuelle et future. Cependant, seul le fonctionnement psychologique positif exerçait un effet indépendant dans les analyses longitudinales. Les auteurs de cette étude proposent donc que la santé subjective apparaît sensible non seulement à la maladie, mais également au bien-être psychologique. En évaluant leur santé, les gens considèrent donc non seulement la maladie physique et mentale, mais également les aspects positifs de leur santé (Benyamini et al., 2000). À la lumière de ce constat, il s'avère ainsi essentiel d'explorer comment de telles ressources exercent un effet sur la santé subjective. Plus spécifiquement, les effets d'un fonctionnement psychologique positif sur la santé subjective sont-ils principalement exercés de façon directe ou encore de façon indirecte, c'est-à-dire à travers d'autres variables et processus?

Effets du bien-être psychologique sur la santé subjective

D'après le modèle de la santé subjective proposé par Mossey (1995), la santé mentale exercerait des effets directs sur la santé subjective, mais aussi des effets indirects à travers la maladie physique et le statut fonctionnel. Bien qu'à notre connaissance ce modèle n'ait jamais été mis à l'épreuve, certains auteurs et champs d'investigation ont fourni des pistes intéressantes quant aux mécanismes qui pourraient expliquer l'association entre différentes dimensions du bien-être psychologique et la santé subjective.

D'une part, il est concevable que le bien-être psychologique ait une influence directe sur la santé subjective. Cette hypothèse a d'ailleurs été appuyée par plusieurs études qui ont démontré l'effet indépendant de différentes dimensions positives du bien-être psychologique, en contrôlant entre autres pour les effets de la santé physique (Benyamini et al., 2000; Duckitt, 1983; Quinn et al., 1999; Rodin & McAvay, 1992; Schulz et al., 1994) et de la capacité fonctionnelle (Benyamini et al., 2000; Duckitt, 1983; Quinn et al., 1999; Schulz et al., 1994). Bien que la nature de cette association demeure incertaine, il est probable que des processus cognitifs sous-tendent cette relation. Des recherches expérimentales ont en effet démontré que l'induction d'une humeur soit positive ou négative semble influencer significativement les pensées à l'égard de la santé, dont la santé subjective et/ou le nombre de symptômes physiques rapportés (Croyle & Uretsky, 1987; voir aussi Salovey, Detweiler, Steward, & Bedell, 2001). Il semblerait que l'effet de l'humeur sur l'évaluation de la santé serait expliquée au moins en partie par l'accessibilité aux souvenirs à l'égard de la santé qui sont congruents avec l'humeur induite (Croyle & Uretsky, 1987). On peut ainsi inférer que les cognitions et plus

spécifiquement les processus mnésiques impliqués dans l'évaluation de l'état de santé global puissent de la même façon être influencés par le niveau de bien-être psychologique de la personne.

D'autre part, le bien-être psychologique pourrait également exercer des effets indirects sur la santé subjective à travers d'autres variables, incluant la santé physique dite objective et le statut fonctionnel. Un nouveau courant de recherche démontre entre autres les effets salutaires que peuvent exercer les émotions positives sur différents indicateurs de la santé physique. Par exemple, les résultats d'une étude longitudinale menée auprès de personnes âgées mexicaines ont indiqué que les participants qui rapportaient un niveau d'affect positif plus élevé avaient moins tendance à être évalués comme frêles sept ans plus tard, tout en contrôlant pour d'autres facteurs de risque pertinents (Ostir, Ottenbacher, & Markides, 2004). Fredrickson et Levenson (1998) ont de plus démontré dans un contexte expérimental que les émotions positives pouvaient restaurer l'activation physiologique cardiovasculaire induite par des émotions négatives ou le stress. Ostir et ses collaborateurs ont par ailleurs trouvé qu'un niveau élevé d'affect positif était significativement associé à un risque réduit d'infarctus du myocarde (Ostir, Peek, Markides, & Goodwin, 2001) et d'attaque cérébrale (*stroke*) (Ostir, Markides, Peek, & Goodwin, 2001) sur des périodes respectives de quatre et six ans. Il est important de noter que les résultats de ces dernières études ont été obtenus même en contrôlant pour le niveau d'affect négatif. Qui plus est, dans l'une de ces études la relation entre l'affect positif et un risque réduit d'infarctus du myocarde était significative, alors qu'aucune association n'a été trouvée avec l'affect négatif (Ostir, Peek, et al., 2001). Ces résultats confirment ainsi l'importance de considérer les effets de

l'affect positif sur la santé comme distincts de ceux de l'affect négatif (Chesney et al., 2005; Ostir, Markides et al., 2001). Dans le même ordre d'idées, le degré de sentiments positifs constituait dans une autre étude un déterminant important de la mortalité, incluant la mortalité associée à des problèmes cardiovasculaires, alors que le niveau de sentiments négatifs n'exerçait aucun effet significatif (Xu, 2006). Dans l'ensemble, ces résultats supportent donc un principe avancé par la psychologie positive, selon lequel un plus grand emphase sur les facteurs psychologiques positifs plutôt que négatifs serait avantageux pour la prévention de problèmes de santé psychologique et physique (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000).

D'autres dimensions d'un fonctionnement psychologique positif ont également été associées à différents indicateurs de la santé. L'optimisme a entre autres été associé à des changements bénéfiques du système immunitaire chez des étudiants universitaires (Segerstrom, Taylor, Kemeny, & Fahey, 1998), à un ralentissement du déclin du système immunitaire chez des patients atteints du VIH (Reed, Kemeny, Taylor, & Visscher, 1999), ainsi qu'à un risque réduit de maladie cardiaque chez des hommes âgés (Kubzansky, Sparrow, Vokonas, & Kawachi, 2001). Dans une autre récente étude, les personnes âgées qui endossaient des niveaux élevés de bien-être psychologique, émotionnel et social rapportaient significativement moins de problèmes de santé chronique que celles qui rapportaient de faibles niveaux de bien-être (Keyes, 2005). La perception de contrôle a également été reliée favorablement au nombre de problèmes de santé rapportés (Chipperfield et al., 2004).

De plus, il a été démontré que le sentiment de maîtrise ou d'efficacité et la perception de contrôle peuvent contribuer à déterminer le degré de changement du niveau

d'incapacité fonctionnelle (Chipperfield et al., 2004; Femia, Zarit, & Johansson, 1997; Kempen et al., 2005; Kempen, Sanderman, Miedema, Meyboom-de Jong, & Ormel, 2000; Kempen, van Sonderen, & Ormel, 1999). D'autres études longitudinales ont également démontré que l'affect positif représente un déterminant important du degré d'incapacité (Ostir, Markides, Black, & Goodwin, 2000) et des probabilités de rétablissement du statut fonctionnel suite à une crise cardiaque, une attaque cérébrale ou une fracture de la hanche (Ostir et al., 2002). Les résultats d'une étude suggèrent toutefois que le niveau de neurotisme et d'extraversion, soit deux dimensions de la personnalité, ne semblent exercer aucune influence significative sur le statut fonctionnel (Kempen et al., 1999).

En somme, certaines études appuient l'existence d'une relation directe entre le bien-être psychologique et la santé subjective. Par ailleurs, l'influence du bien-être psychologique sur l'état de santé objectif et l'incapacité fonctionnelle a également été mise en évidence, ce qui soulève la possibilité que le bien-être psychologique exerce également des effets indirects sur la santé subjective à travers ces autres variables. La mise à l'épreuve d'un modèle tel que celui proposé par Mossey (1995), qui intègre les interrelations entre ces différentes variables, représenterait ainsi une démarche importante pour élucider les variables et trajectoires impliquées dans la santé subjective des personnes âgées. En outre, l'intégration de dimensions positives du bien-être psychologique dans un tel modèle adhérerait à l'approche préconisée par la psychologie positive et contribuerait possiblement à l'identification de facteurs de protection qui pourraient favoriser le maintien d'une meilleure santé subjective à l'âge adulte avancé.

Vers un modèle intégratif de la santé subjective à l'âge avancé

Tel que mentionné précédemment, le développement des connaissances concernant la santé subjective est d'une importance majeure en gérontologie, compte tenu entre autres de l'association de cette variable avec des taux accrus de mortalité et avec l'utilisation des services de santé des personnes âgées. En outre, la psychologie positive souligne que l'étude de dimensions positives plutôt que négatives du fonctionnement psychologique est recommandée pour le développement de mesures préventives sur le plan de la santé psychologique et physique. L'identification de variables pouvant exercer une influence favorable sur la santé subjective s'inscrit ainsi dans cette approche, en cherchant à mieux comprendre les facteurs et processus qui sous-tendent le maintien d'une bonne santé subjective. Cette démarche apparaît également essentielle pour arriver à une meilleure compréhension des raisons pour lesquelles la majorité des personnes âgées évaluent leur santé positivement en dépit de la présence de problèmes de santé physique et d'incapacité fonctionnelle.

Les modèles théoriques de la santé subjective proposés jusqu'à présent peuvent être considérés comme des modèles de type soit médical ou biopsychosocial. Alors que de nombreuses études ont démontré l'association entre la santé subjective, certaines variables sociodémographiques, la santé physique, ainsi que la capacité physique et/ou fonctionnelle, relativement peu d'études ont étudié son lien avec des variables psychologiques. En outre, seulement quelques études semblent avoir testé la structure de modèles médicaux de la santé subjective. À notre connaissance, aucune étude n'a jusqu'à présent proposé et mis à l'épreuve un modèle biopsychosocial de la santé subjective. Les résultats disponibles suggèrent pourtant une association significative entre la santé

subjective et différentes dimensions du fonctionnement psychologique et social. Qui plus est, les rares études existantes ont démontré l'influence positive du bien-être psychologique sur la santé subjective des personnes âgées. Dans cette optique, la présente étude a pour objectif primaire de proposer et tester un modèle intégratif de la santé subjective à l'âge adulte avancé, qui intègre le bien-être psychologique et le soutien social aux variables plus représentatives des modèles médicaux.

Modèle proposé

Le modèle proposé par la présente est largement basé sur le modèle de la santé subjective avancé par Mossey (1995), qui inclut la santé/maladie mentale en plus des variables sociodémographiques, la maladie physique et le statut fonctionnel. Inspiré par la perspective de la psychologie positive, le modèle proposé intègre des indicateurs d'un bien-être psychologique, plutôt que de la maladie mentale ou de la détresse psychologique. Compte tenu de la littérature qui démontre les effets salutaires du soutien social sur la santé mentale et physique, cette variable est également incorporée dans le modèle.

Tel qu'illustré dans la Figure 2 (voir dans la prochaine section), le modèle proposé suggère que la santé subjective est influencée directement et/ou indirectement par cinq variables principales, soit (1) les caractéristiques sociodémographiques, (2) la maladie physique, (3) le statut fonctionnel, (4) le bien-être psychologique et (5) le soutien social. Les caractéristiques sociodémographiques incluent l'âge et le degré de scolarité. La maladie physique correspond au nombre de maladies, à l'acuité visuelle et auditive, ainsi qu'aux antécédents médicaux rapportés. Le statut fonctionnel réfère à la capacité de la personne d'effectuer des activités physiques et instrumentales de la vie quotidienne,

ainsi que son degré de mobilité fonctionnelle. Différents indicateurs du bien-être psychologique sont inclus dans le modèle. D'une part, des mesures de la satisfaction de vie et de la santé mentale générale constituent des indicateurs courants du bien-être psychologique (Ryff, 1989b). D'autre part, différentes ressources psychologiques caractéristiques d'un fonctionnement psychologique positif, soit l'acceptation de soi, la maîtrise de l'environnement, l'autonomie, la croissance personnelle et les relations positives avec autrui, sont intégrées dans une mesure composite du fonctionnement psychologique positif. Enfin, le construit du soutien social est évalué ici selon la satisfaction à l'égard de la quantité de soutien social perçue.

Le modèle proposé met particulièrement en valeur l'importance de considérer le bien-être psychologique dans la prédiction de la santé subjective, en tenant compte des effets directs et indirects de cette variable en relation avec la maladie physique, le statut fonctionnel et la santé subjective. L'influence du soutien social à travers le bien-être psychologique est également examinée. En somme, toutes ces variables sont jugées comme importantes pour arriver à mieux comprendre ce qui semble déterminer la santé subjective des personnes âgées. Les relations spécifiquement proposées entre les différentes variables du modèle sont présentées dans la prochaine section des objectifs et hypothèses.

Objectifs et hypothèses

L'objectif primaire de la présente étude consiste à examiner dans quelle mesure le bien-être psychologique et le soutien social favorisent une meilleure santé subjective à l'âge adulte avancé. En outre, un modèle intégratif de la santé subjective basé sur le modèle théorique de Mossey (1995) est mis à l'épreuve de façon à préciser les relations

entre l'âge, le degré de scolarité, la maladie physique, le statut fonctionnel, le bien-être psychologique, le soutien social et la santé subjective. La présente étude s'intéresse également à évaluer dans quelle mesure ce modèle permet de prédire la santé subjective future. La démarche proposée pour atteindre ces objectifs peut être divisée en fonction de quatre objectifs principaux. La section suivante résume ces objectifs ainsi que les hypothèses proposées.

Il est important de souligner qu'afin de tenir compte des différences possibles entre les sexes, toutes les analyses destinées à répondre à ces objectifs ont été effectuées séparément auprès des femmes et des hommes âgés de l'échantillon à l'étude. Cette stratégie analytique permet d'éviter que les variations possibles soient obscurcies par la combinaison de ces deux groupes.

Il importe également de noter que les résultats d'analyses effectuées pour répondre aux objectifs 1 et 3 permettent de confirmer la pertinence d'inclure les variables de prédiction dans le modèle intégratif proposé, évalué dans le cadre des objectifs 2 et 4. Le choix de l'ordre de ces objectifs repose ainsi sur le souci de respecter la nature confirmatoire des analyses de modèles d'équation structurale employées pour évaluer le modèle.

Objectif 1 : Évaluation des contributions du bien-être psychologique et du soutien social à la prédiction de la santé subjective.

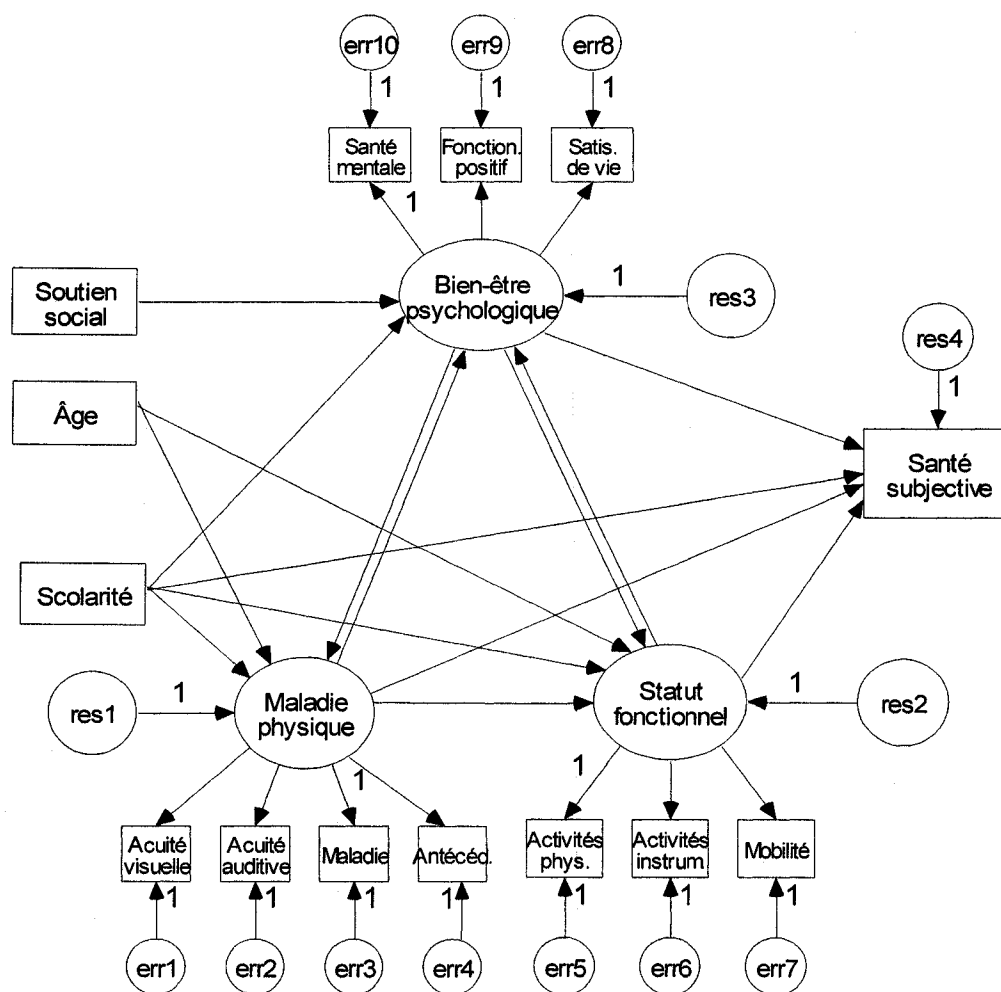
Étant donné que les études existantes suggèrent que le bien-être psychologique exerce une influence positive sur la santé subjective, le premier objectif de la présente étude consiste à évaluer l'unique contribution du bien-être psychologique à la prédiction de la santé subjective. Il est ainsi inféré qu'en tenant compte de l'effet des variables

sociodémographiques, de la maladie physique, du statut fonctionnel et du soutien social, le bien-être psychologique contribue significativement à la prédiction de la santé subjective. Compte tenu des résultats inconsistants en ce qui concerne l'influence du soutien social sur la santé subjective des personnes âgées, la contribution de cette variable à la prédiction de la santé subjective est évaluée à titre d'analyse exploratoire.

Objectif 2 : Mise à l'épreuve d'un modèle intégratif de la santé subjective.

L'objectif principal de la présente étude consiste à mettre à l'épreuve le modèle de la santé subjective proposé, qui intègre l'âge, le degré de scolarité, la maladie physique, le statut fonctionnel, le soutien social, le bien-être psychologique et la santé subjective. Les relations postulées entre ces différentes variables sont principalement basées sur le modèle théorique de Mossey (1995), ainsi que sur leur appui empirique dans les études citées précédemment. Ce modèle est présenté dans la figure 2.

Figure 2

Modèle intégratif de la santé subjective.

Plus spécifiquement, il est inféré premièrement que l'avance en âge a un effet direct défavorable sur la maladie physique et le statut fonctionnel, ainsi qu'un effet indirect défavorable sur la santé subjective. Deuxièmement, il est prédit qu'un degré de scolarité plus élevé exerce un effet direct favorable sur le bien-être psychologique, la maladie physique, le statut fonctionnel et la santé subjective, en plus d'effets indirects favorables sur la santé subjective. Troisièmement, il est attendu que la maladie physique a un effet défavorable sur le bien-être psychologique et le statut fonctionnel, ainsi que des effets direct et indirects défavorables sur la santé subjective. Alors que le modèle de Mossey (1995) propose que la santé mentale exerce un effet sur la capacité fonctionnelle, la littérature tend à suggérer la relation contraire (e.g. Barusch, Rogers, & Abu-Bader, 1999; Beekman, Deeg, Van Tilburg, Hooijer, & Van Tilburg, 1995; Kivinen et al., 1998; Mann, 2001; Schoevers, Beckman, Deeg, Geerlings, Jonker, & Tilburg, 2000). Il est donc inféré que les effets entre ces deux variables sont bidirectionnels. Ainsi, dans un quatrième temps, il est attendu qu'un meilleur statut fonctionnel a un effet direct favorable sur le bien-être psychologique, ainsi que des effets direct et indirects favorables sur la santé subjective. Cinquièmement, il est prédit que le bien-être psychologique a un effet direct favorable sur la maladie physique et le statut fonctionnel, ainsi que des effets direct et indirects favorables sur la santé subjective. Par ailleurs, puisque le soutien social n'est pas inclus dans le modèle théorique de Mossey (1995) et que les résultats de recherche demeurent inconsistants en ce qui concerne la relation entre le soutien social et la santé subjective, il est inféré en sixième lieu que cette variable exerce des effets favorables direct sur le bien-être psychologique et indirect sur la santé subjective. Cette hypothèse repose sur le fait que la relation entre le soutien social et le bien-être

psychologique est bien documentée (voir Kawachi & Berkman, 2001; Seeman, 1996) et que certaines études ont démontré que le soutien social peut exercer des effets indirects positifs sur la santé subjective à travers l'état psychologique (Auslander & Litwin, 1991; Landau & Litwin, 2001; Okamoto & Tanaka, 2004).

Objectif 3 : Évaluation des contributions du bien-être psychologique et du soutien social à la prédiction de la santé subjective à travers le temps.

Le troisième objectif vise principalement à évaluer dans quelle mesure le bien-être psychologique contribue à la prédiction de la santé subjective à travers le temps. D'après les résultats empiriques disponibles, des indicateurs d'un bien-être psychologique tels que l'affect positif continueraient à influencer significativement la santé subjective sur une période de cinq ans (Benyamini et al., 2000). Il est donc attendu que le bien-être psychologique contribue à prédire la santé subjective évaluée environ six ans plus tard dans la présente étude. La contribution du soutien social à la prédiction de la santé subjective à travers le temps est encore une fois examinée à titre d'analyse exploratoire.

Objectif 4 : Mise à l'épreuve d'un modèle intégratif de la santé subjective à travers le temps.

Le quatrième et dernier objectif de la présente étude cherche à évaluer dans quelle mesure le modèle intégratif proposé permet de prédire la santé subjective à travers le temps. Le modèle final retenu dans le cadre du deuxième objectif, résumé précédemment, est donc testé auprès de la santé subjective évaluée environ six ans plus tard. Il est attendu que le modèle de la santé subjective retenu au premier temps de mesure prédit également la santé subjective évaluée au deuxième temps de mesure.

MÉTHODE

Échantillon, plan et procédure

Pour les fins de la présente étude, des données de l'Étude canadienne sur la santé et le vieillissement (*Canadian Study of Health and Aging ou CSHA*) ont été analysées. Cette étude longitudinale comporte un important échantillon représentatif des canadiens âgés de 65 ans et plus, vivant dans la communauté et en institution. L'échantillon est considéré comme représentatif puisqu'il a été constitué par échantillonnage aléatoire. Pour toutes les provinces sauf l'Ontario, l'échantillonnage a été exécuté à partir d'archives informatisées des plans d'assurance-santé provinciaux. L'échantillonnage de l'Ontario a été produit à partir de l'Archive composite d'énumération (*Enumeration Composite Record*), une liste basée sur les listes électorales et autres archives municipales. En ce qui concerne l'échantillonnage des sujets en institution, un tirage aléatoire a été effectué à l'aide d'une liste exhaustive des milieux institutionnels regroupés par grandeur. La méthode d'échantillonnage appliquée réduit ainsi les difficultés de généralisation des résultats basés sur un échantillon composé de sujets qui se portent spontanément volontaires ou de populations cliniques particulières. L'échantillon est composé de sujets provenant de 36 communautés urbaines et rurales de chaque province canadienne. Seuls le Yukon et les Territoires du Nord-Ouest ont été exclus en raison du très petit nombre de personnes âgées de plus de 65 ans qui habitent ces régions éloignées. On peut donc s'attendre à ce que l'échantillon soit représentatif de l'ensemble de la population canadienne, à l'exclusion de ces régions (CSHA Working Group, 1994). À noter cependant que la représentativité de l'échantillon ne peut être assurée que pour la première phase de l'étude, puisque les participants des deuxième et

troisième phases sont en fait les survivants de l'échantillon initial. Ces survivants se distinguent possiblement des non survivants à différents niveaux et ne peuvent donc être considérés représentatifs de l'ensemble de la population âgée canadienne (Kristjansson, Karam, & McDowell, 2003).

La cueillette de données pour l'Étude canadienne sur la santé et le vieillissement (ÉCSV) a été répartie en trois phases principales. Dans la première phase de l'étude (ÉCSV-1), la cueillette de données a été exécutée auprès d'un échantillon représentatif de 10,263 sujets, composé de 9008 et 1255 personnes âgées vivant dans la communauté et en institution respectivement. Des infirmières, psychométriciens, neuropsychologues et médecins ont effectué l'examen clinique des sujets institutionnalisés afin d'évaluer le fonctionnement cognitif de ces derniers. Les personnes âgées vivant dans la communauté ont pour leur part complété à la maison et avec un interviewer qualifié un questionnaire standardisé comportant des questions ayant trait à leur santé, leur niveau de fonctionnement physique et leur contexte social. Un test de dépistage de troubles cognitifs, soit le *Modified Mini-Mental State (3MS) Examination*, leur a également été administré. Les individus qui ont obtenu un score suggérant la présence de difficultés cognitives ont été examinés de façon plus exhaustive afin d'évaluer la présence et le type possibles de démence.

Les participants qui n'ont pas reçu un diagnostic de démence suite à ces évaluations ont été retenus pour la deuxième phase de l'étude (CSHA-2), qui a eu lieu quatre ans plus tard. Ainsi, 5,703 participants (ce qui représente 63.3% de l'échantillon initial) ont complété une seconde fois le questionnaire standardisé, qui incluait non seulement des mesures du fonctionnement cognitif, de la santé, du statut fonctionnel et du

contexte social, mais également des mesures de la santé psychologique. Différentes raisons ont été invoquées pour la non-participation de 3,305 (36.7%) sujets qui composaient l'échantillon original : 1,867 (20.7%) sont décédés entre les deux premières phases de l'étude; 587 (6.5%) ont refusé de participer; 402 (4.5%) ont reçu un diagnostic de démence; 251 (2.8%) n'ont pu être rejoints; et 198 (2.2%) n'ont pu participer en raison de problèmes cognitifs sévères. Parmi les 5,703 participants de cette phase de l'étude, 5395 vivaient dans la communauté et 308 ont déménagé en institution entre les phases 1 et 2 de l'étude. Seuls les participants qui vivaient dans la communauté ont été retenus pour les fins de la présente étude. Un participant dont le sexe n'a pas été identifié a également été exclu, pour donner un échantillon de 5394 personnes.

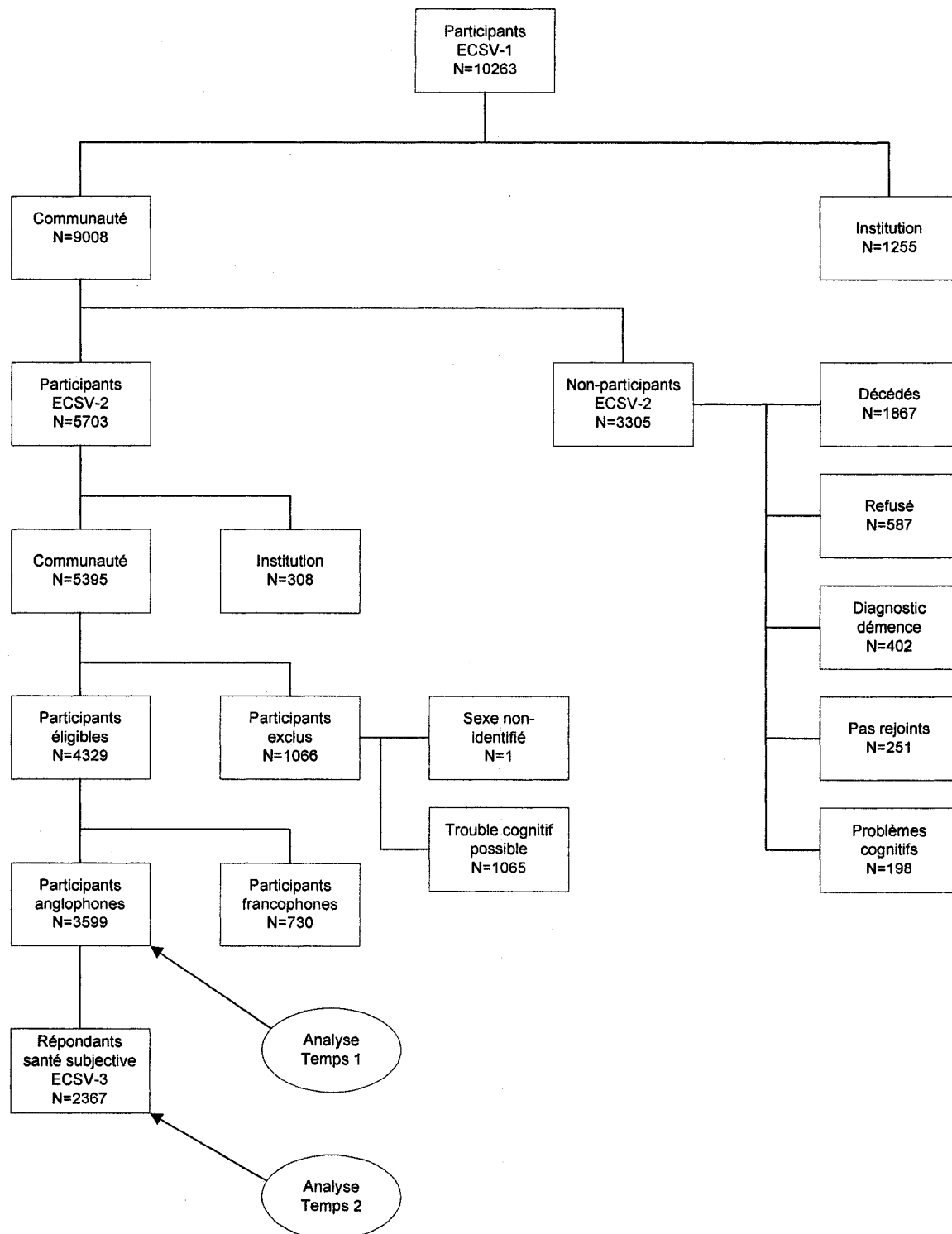
Six ans après le début de l'ÉCSV-2, un total de 3424 participants ont participé à la troisième phase de l'étude. Parmi les 5490 personnes qui étaient éligibles à participer à l'ÉCSV-3, 1584 (29.1%) sont décédées entre les phases 2 et 3 de l'étude, 333 (8.9%) ont refusé de participer à l'étude, 55 (1.4%) n'ont pu être contactées, 53 (1.4%) n'étaient pas accessibles (ex : hospitalisées, trop malades, partis durant l'étude, déménagés) et 41 (0.7%) n'ont jamais été trouvées.

Les données de la présente étude sont toutes tirées de la deuxième phase de l'ÉCSV, à l'exception de la seconde prise de mesure de la santé subjective, tirée de la troisième phase de l'ÉCSV. À noter que pour faciliter la compréhension, les temps de mesure 1 et 2 dans la présente étude réfèrent aux phases 2 et 3 de l'ÉCSV. Les participants dont les scores sur une mesure de détection de troubles cognitifs (le 3MS) suggéraient un possible déficit cognitif ont été exclus, puisqu'ils ne devaient pas répondre à tous les questionnaires de l'ÉCSV. Les participants exclus répondaient à au moins

l'une des trois conditions suivantes sur le 3MS : un score total inférieur à 78; un score inférieur à 2 sur une mesure de rappel; ou un score inférieur à 12 sur une mesure d'orientation temporelle. Les résultats ne sont donc pas généralisables aux personnes âgées qui présentent des problèmes cognitifs. Cette procédure a résulté en un échantillon de 4329 participants (1688 hommes et 2641 femmes). Seules les données des participants anglophones ont été analysées dans la présente étude, compte tenu de l'inaccessibilité des versions francophones des instruments de mesure et de leurs propriétés psychométriques, qui rendait ainsi difficile de déterminer l'équivalence des mesures entre les deux groupes. Qui plus est, cette stratégie assurait une plus grande homogénéité de l'échantillon retenu.

L'échantillon final comprenait 3599 participants anglophones (2171 femmes, 1428 hommes) âgés entre 69 et 105 ans ($M=78.58$, $ET=5.76$). La moitié (50.7%) des participants et participantes étaient mariés ou avaient un conjoint de fait, alors que 39.8% étaient veufs. En moyenne, les participants avaient complété 11.39 années de scolarité (étendue de 0 à 33; $SD=3.45$) et 49.3% rapportaient un salaire annuel de moins de \$30,000. De cet échantillon restait un total de 2367 participants (1471 femmes, 896 hommes) qui ont répondu à l'énoncé de la santé subjective dans l'ÉCSV-3 et qui ont donc été retenus pour les analyses de prédiction de la santé subjective à travers le temps. Un diagramme résumant la distribution des participants est présenté dans la Figure 3.

Figure 3

Diagramme de la distribution des participants.

Mesures

Variables sociodémographiques

Les variables sociodémographiques considérées sont le sexe, l'âge et le degré de scolarité (nombre d'années d'études).

Santé subjective

Puisque la santé subjective est une variable latente, c'est-à-dire un construit hypothétique qui ne peut être mesuré directement (MacCallum & Austin, 2000), l'utilisation d'un seul énoncé pour mesurer la santé subjective va nécessairement introduire une erreur de mesure (Bjorner et al., 1996). Les estimés des relations entre la santé subjective et d'autres variables sont affectées par l'erreur de mesure qui, par conséquent, réduit la puissance des modèles de prédiction. L'utilisation d'un index de la santé subjective composé de plusieurs énoncés peut diminuer l'erreur de mesure et donc améliorer la fiabilité, ce qui augmente la capacité des modèles de prédiction.

Cependant, l'utilisation d'une mesure intégrant de multiples énoncés peut changer la signification du concept, ce qui peut également poser problème (Bjorner et al., 1996). De plus, la majorité des études recensées mesurent la santé subjective à partir d'une seule question évaluant la santé globale actuelle (Bjorner et al., 1996; Mossey, 1995) et la recherche démontre clairement que le construit mesuré par cette seule question représente un phénomène unique avec des ramifications importantes pour la santé actuelle et future (Mossey, 1995). Par conséquent, il apparaît justifié d'utiliser un seul énoncé pour mesurer la santé subjective.

La présente étude évalue ainsi la santé subjective à partir de la question suivante :

« How would you say your health is these days? (1=very good, 2=pretty good, 3=not too

good, 4=*poor*, 5=*very poor*) ». D'après cette mesure, un score plus élevé (maximum = 5) indique ainsi une santé subjective plus pauvre. Toutefois, les scores ont été inversés afin de faciliter une meilleure compréhension des résultats de la présente étude, de sorte qu'un score plus élevé représente une meilleure santé subjective. Cette question est qualifiée de type « non comparative », en ce sens qu'elle ne demande pas au répondant d'évaluer sa santé en comparaison avec d'autres personnes ou avec son état antérieur (Bjorner et al., 1996). Lorsque l'on examine les poids (*loadings*) factoriels d'une question non comparative avec ceux d'autres questions de nature comparatives, ce type de question semble représenter la meilleure mesure de la variable latente (ou facteur) de la santé subjective (Bjorner & Kristensen, 1999; Bjorner et al., 1996; Johnson & Wolinsky, 1993; Liang, 1996).

Les résultats de différentes études ayant effectué des analyses de fidélité test-retest suggèrent également qu'une question de type non comparative constitue une mesure fidèle de la santé subjective pour les personnes âgées. Plus spécifiquement, des coefficients Kappa pondérés variant entre 0.49 et 0.65 pour des femmes et des hommes âgés de 65-74 ans et 75 ans et plus ont été rapportés pour une mesure de la santé subjective catégorisée en trois groupes de réponses (« *How would you assess your current health?* » : 1= *good and fairly good*; 2=*intermediate*; 3=*fairly poor and poor*) (Martikainen, Aromaa, Heliövaara, Klaukka, Knekt, Maatela, & Lahelma, 1999), ce qui suggère un niveau de fidélité modéré à bon. Par ailleurs, d'autres études comportant des mesures de la santé subjective catégorisées en cinq groupes de réponses (« *Would you say that in general your health is excellent, very good, good, fair, or poor?* » et « *In general, would you say that your health is excellent, very good, good, fair, or poor?* ») ont

rapporté des coefficients Kappa pondérés de 0.67 et 0.69 pour des personnes âgées respectivement de 65 et 70 ans et plus (Andresen, Catlin, Wyrwich, & Jackson-Thompson, 2003; Crossley & Kennedy, 2002), ce qui suggère un bon degré de fidélité test-retest. Les résultats d'une autre étude comprenant un énoncé à cinq choix de réponses indiquent également un niveau de fidélité test-retest satisfaisant auprès de personnes âgées de 60 ans et plus, avec un coefficient de corrélation de 0.82 ($p < .001$), ce qui représentait un coefficient seulement 0.03 plus faible que celui obtenu pour une échelle de la santé subjective composée de cinq énoncés dont le coefficient de corrélation était de 0.85 plutôt que 0.82 (Kempen, 1992). Ces résultats appuient donc dans l'ensemble l'utilisation d'une mesure de la santé subjective composée d'une question de type non-comparative telle que celle proposée dans le contexte de la présente étude.

Maladie physique

La maladie physique a été évaluée à partir de quatre mesures. D'abord, une liste de 16 problèmes de santé communs à l'âge avancé a été incluse dans l'ÉCSV. Ces problèmes ont été tirés principalement de l'Étude de la santé et du vieillissement du Manitoba (*Manitoba Study of Health and Aging – MSHA*) (MSHA-2 Research Group, 1998; voir aussi Strain & Penning, 1993). Les participants devaient indiquer s'ils avaient ou non connu ces problèmes au cours de la dernière année. Cette mesure sert à évaluer de façon globale l'état de santé physique des participants. La variable maladie physique du modèle proposé dans la présente étude correspond donc à un index cumulatif des problèmes endossés par les participants. Des scores plus élevés sont indicatifs d'un plus grand nombre de maladies. Une seconde mesure de quatre questions visant à évaluer la présence de certains antécédents médicaux (c'est-à-dire, opération pour le cœur;

opération des artères dans le cou; remplacement de hanche; et diabète) a également été incluse dans la présente étude. Tout comme la première mesure décrite, des scores plus élevés sont indicatifs d'un plus grand nombre d'antécédents médicaux. Bien que la présence ou l'absence de ces maladies soit rapportée par les participants, ces mesures de la santé physique sont généralement considérées comme objectives puisqu'elles indiquent typiquement de l'information que le participant a obtenu d'un médecin. De plus, les problèmes rapportés peuvent théoriquement être vérifiés par un évaluateur externe ou dans les dossiers médicaux (Lawton & Lawrence, 1994) et semblent généralement congruents avec les dossiers médicaux (Kriegsman, Penninx, van Eijk, Boeke, & Deeg, 1996; Linn & Linn, 1980; Bush, Miller, Golden, & Hale, 1989; Ockander, Hjerppe, & Timpka, 2002). L'acuité visuelle et auditive ont également été intégrées à titre d'indicateurs de la maladie physique, compte tenu de résultats empiriques qui appuient leur association avec la santé subjective (Lee et al., 2005). Ces variables ont été mesurées à partir de deux questions demandant à la personne d'évaluer son audition et sa vision, avec un choix de réponse sur une échelle de cinq points (1=excellent; 2=bon; 3=moyen; 4=pauvre; 5=incapable d'entendre/de voir).

Statut fonctionnel

Le statut fonctionnel a été évalué à partir de deux mesures principales, l'une basée sur la capacité de la personne à effectuer des activités de la vie quotidienne (*Activities of Daily Living- ADL*) et l'autre sur la performance à une tâche servant à mesurer la mobilité fonctionnelle des personnes âgées.

Activités de la vie quotidienne. Les questions portant sur la capacité à effectuer des activités de la vie quotidienne ont été tirées du *Older Americans Resources Survey*

(OARS) (*Multidimensional functional assessment*, 1978), développé pour évaluer le fonctionnement global de la personne et les services utilisés (Fillenbaum & Smyer, 1981). Les participants de l'ÉCSV devaient indiquer s'ils pouvaient effectuer chaque activité de la vie quotidienne sans aide, avec de l'aide, ou s'il leur était impossible d'effectuer cette activité. Les questions posées visaient à évaluer la capacité de la personne à effectuer ces activités de la vie quotidienne, non pas leur performance. En d'autres termes : « Est-ce que je suis capable d'effectuer cette activité? », plutôt que « Est-ce que j'accomplis cette activité? ». Les activités de la vie quotidienne sont divisées en deux catégories principales, soit les activités de la vie quotidienne de type physiques (*Physical ADLs*) ou instrumentales (*Instrumental ADLs*). Le questionnaire de l'ÉCSV-II inclut 7 questions dans chacune de ces catégories. Un score maximal de 2 points pouvait être accordé pour chaque activité (0=*Can't do at all*, 1=*With some help*, 2=*Without any help*), de sorte que le score total maximal possible est de 14 pour chaque sous-échelle et de 28 pour l'échelle complète. Des scores plus élevés reflètent une plus grande capacité fonctionnelle. Des corrélations significatives ($\tau = .83$, $r = .89$, $p = 0.001$) ont été trouvées entre cette mesure et des évaluations effectuées par des professionnels qualifiés pour évaluer la capacité fonctionnelle, ce qui suggère une bonne validité de critère. De plus, un indice de fidélité inter-évaluateurs de .87 ($\alpha = .001$) a été rapporté. Les qualités psychométriques de cette mesure semblent donc acceptables (Fillenbaum & Smyer, 1981; George & Fillenbaum, 1985). Enfin, des coefficients alpha respectifs de .71 et .78 pour les échelles des activités physiques et instrumentales de la vie quotidienne ont été calculés à partir de l'échantillon de la présente étude.

Mobilité fonctionnelle. Le *Timed Up & Go Test (TUG)* (Podsiadlo & Richardson, 1989; 1991) a également été inclus dans l'ÉCSV afin d'évaluer la mobilité fonctionnelle des participants. Cette tâche consiste à demander à la personne de se lever d'une chaise, marcher une distance de trois mètres, se retourner, marcher jusqu'à la chaise et se rasseoir. Le temps requis pour compléter cet exercice est mesuré par l'examineur et sert à évaluer la performance de la personne. Le TUG a initialement été validé à partir d'un échantillon de personnes âgées de 60 à 90 ans souffrant de différents problèmes de santé. Le niveau de concordance entre le temps mesuré par différents examinateurs et par le même évaluateur à différents moments était excellent (coefficients interclasse = 0.99). De plus, le TUG corrélait modérément avec la vitesse de démarche ($r=-0.55$), ainsi qu'avec les scores sur le *Berg Balance Scale* ($r=-0.72$) et le *Barthel Activities of Daily Living Index* ($r=-0.51$) (Podsiadlo & Richardson, 1989).

Des coefficients de fidélité test-retest variant entre 0.81 et 0.99 ont également été rapportés pour des personnes âgées sans problèmes de santé (Thompson & Medley, 1995) et des coefficients de fidélité interclasse très satisfaisants (coefficients interclasse de 0.87 à 0.99) ont été trouvés dans une étude qui comparait les résultats d'évaluateurs expérimentés et non expérimentés (Morris, Morris, & Iansek, 2001). Selon cette dernière étude, le TUG permettait également de distinguer entre des participants diagnostiqués de la maladie de Parkinson et des participants contrôles, ainsi que de déterminer si les patients étaient médicamenteux ou non d'une fois à l'autre (Morris et al., 2001). Le TUG permet aussi d'identifier les personnes âgées susceptibles de tomber, à un degré de sensibilité et de fidélité de 87% (Shumway-Cook, Brauer, & Woollacott, 2000), ainsi que de distinguer entre des femmes vivant dans la communauté ou en institution (Bischoff,

Stahelin, Monsch, Iversen, Weyh, von Dechend, Akos, Conzelmann, Dick, & Theiler, 2003). Les auteurs de cette dernière étude ont suggéré un critère de démarcation clinique de 12 secondes ou moins pour identifier une performance normale sur le TUG chez des femmes âgées (65-85 ans) vivant dans la communauté, avec un degré de confiance de 96.5% (Bischoff et al., 2003).

Enfin, des coefficients de fidélité modérés ($ICC=0.56$) ont été trouvés dans une autre étude portant sur les données de l'ÉCSV (Rockwood, Awalt, Carver, & MacKnight, 2000). Les auteurs de cette étude suggèrent entre autres que ces résultats peuvent possiblement être expliqués par le laps de temps substantiel qui sépare les deux administrations du TUG (c-à-d 112 ± 72.4 jours), ainsi que par le fait que les données sont tirées d'un échantillon hétérogène qui inclut des participants avec des déficits cognitifs. Ils notent par ailleurs que cette mesure semble plus efficace auprès de personnes dont le fonctionnement cognitif est intact et recommandent l'utilisation de mesures auto-rapportées en plus de cette mesure de performance. En outre, les coefficients de corrélation entre le TUG et les échelles des activités de la vie quotidienne sont très élevés ($r = -0.69$ et -0.70) et suggèrent donc une bonne validité de construit (Rockwood et al., 2000). Dans l'ensemble, les indices de fidélité et de validité rapportés pour le TUG sont donc satisfaisants et appuient l'utilisation de cette mesure pour évaluer la mobilité fonctionnelle des personnes âgées. À la lumière des résultats susmentionnés, les échelles d'activités de la vie quotidienne en combinaison avec le TUG constituent des mesures adéquates pour évaluer le statut fonctionnel des participants de la présente étude.

Bien-être psychologique

Le bien-être psychologique a été évalué à partir d'une échelle de satisfaction de vie, un indice général de la santé mentale et une mesure du fonctionnement psychologique positif.

Satisfaction de vie. La satisfaction de vie a été mesurée par l'échelle *Terrible-Delightful Scales*, développée pour être utilisée dans des sondages de grande échelle aux Etats-Unis. L'échelle originale évalue la satisfaction à l'égard de douze domaines spécifiques. Trois de ces domaines n'étaient pas pertinents pour des adultes âgés et ont donc été éliminés de l'échelle adaptée pour la population âgée dans l'ÉCSV. Les neuf domaines retenus évaluent la satisfaction des participants à l'égard de : la santé, les relations familiales, les amitiés, le logement, les finances, le quartier résidentiel, les activités, la religion, le transport et le partenaire de vie. Une question vise également à évaluer la satisfaction de vie générale. Les participants doivent indiquer leur degré de satisfaction à l'égard de ces différents domaines à partir d'une échelle de 7 points (0 = *terrible*; 6 = *delighted*). Des coefficients de fidélité variant entre 0.70 et 0.87 ainsi que des coefficients de validité de 0.82 ont été rapportés pour l'échelle originale (voir McDowell & Newell, 1987). Un coefficient alpha de 0.81 a été calculé pour l'échantillon de la présente étude, ce qui indique un degré de consistance interne satisfaisant. De plus, une analyse factorielle exploratoire de cette mesure a été effectuée à l'aide du logiciel SPSS et les résultats indiquent trois *Eigenvalues* égales ou supérieures à 1.00. L'une de ces *Eigenvalues* est toutefois nettement supérieure aux deux autres (3.89 vs. 1.09 et 1.03), ce qui suggère la présence d'un facteur principal d'après une règle communément acceptée selon laquelle un ratio d'au moins 3 à 1 entre les trois facteurs les plus élevés refléterait la présence d'un facteur dominant (Hattie, 1985). De plus, lorsqu'une solution

à un facteur est appliquée, la saturation (*factor loading*) est significative pour tous les items, la saturation la plus faible étant de 0.46. Afin de tenir compte de la nature ordinale des données de cette échelle, une analyse par composantes principales exploratoire a également été effectuée à partir de matrices de corrélation polychorique avec le logiciel PRELIS. Deux *Eigenvalues* supérieures à 1.00 ont été trouvées (4.66 et 1.03), ce qui donne un ratio de 4.52 à 1 pour ces deux facteurs et appuie encore une fois la conception unidimensionnelle de cette échelle. Ces résultats appuient donc l'utilisation de cet instrument en tant qu'échelle globale de la satisfaction de vie.

Santé mentale générale. Le bien-être psychologique est également évalué à partir d'une mesure générale de la santé mentale, tirée du *Medical Outcomes Study Short-Form Health Survey (SF-36)* (Stewart & Ware, 1992). Les cinq énoncés qui composent cette mesure ont été dérivés du *Mental Health Inventory (MHI)* et un coefficient de corrélation de 0.95 a été trouvé entre ces énoncés et le score total au MHI (Davies, Sherbourne, Peterson, & Ware, 1988). Ces énoncés servent à mesurer l'anxiété, la dépression et le bien-être psychologique (voir Stewart & Ware, 1992). Les participants doivent indiquer la fréquence à laquelle ils se sont sentis d'une telle façon au cours du dernier mois, sur une échelle de 6 points (1=*all of the time* à 6=*none of the time*). Les scores ont été transformés pour qu'un score plus élevé corresponde à une meilleure santé mentale. Les propriétés psychométriques de cette mesure semblent favorables. En outre, un coefficient alpha de 0.80 a été calculé à partir de l'échantillon de la présente étude et l'analyse factorielle exploratoire de ces mêmes données a confirmé la présence d'un facteur sous-jacent, c'est-à-dire une seule *Eigenvalue* supérieure à 1.0, avec des saturations significatives de 0.55 et plus pour chaque énoncé sur ce même facteur.

Fonctionnement psychologique positif. Le fonctionnement psychologique positif des sujets de l'ÉCSV est mesuré par les échelles du bien-être psychologique de Ryff (*Ryff's Scales of Psychological Well-being*). Ryff (1989a) a tenté de combler les lacunes identifiées dans les définitions et mesures du bien-être trouvées dans la littérature en proposant une conception du bien-être psychologique qui intègre diverses théories portant sur le fonctionnement psychologique positif selon des perspectives développementales, cliniques et de santé mentale. Elle identifie six caractéristiques particulières d'un fonctionnement psychologique positif qui sont décrites de façon similaire dans l'ensemble de ces théories, soit : l'*acceptation de soi (self-acceptance)*, qui correspond à une attitude positive envers soi et sa vie ; les *relations positives avec autrui (positive relations with others)*, qui inclut la capacité de former des relations positives et satisfaisantes avec autrui, caractérisées par la confiance, l'empathie, l'affection et l'intimité ; l'*autonomie (autonomy)*, qui réfère entre autres à l'indépendance, à l'autodétermination, ainsi qu'à la capacité de résister aux pressions sociales et de réguler son comportement de façon autonome ; la *maîtrise de l'environnement (environmental mastery)*, c'est-à-dire la capacité de s'impliquer dans des activités du monde extérieur et de gérer celles-ci de façon à répondre à ses besoins et valeurs personnelles ; le *motif de vie (purpose in life)*, qui réfère à des objectifs de vie et un sens de direction qui contribuent au sentiment que la vie est significative ; et la *croissance personnelle (personal growth)*, c'est-à-dire le développement continu, l'ouverture aux nouvelles expériences, la réalisation de son potentiel, la connaissance de soi et la croissance personnelle. Selon Ryff, ces caractéristiques peuvent être considérées comme les composantes centrales du bien-être psychologique d'un point de vue théorique. Une fois

opérationnalisées dans un instrument de mesure, soit le *Ryff's Scales of Psychological Well-Being*, ces dimensions ont également reçu un soutien empirique acceptable (Ryff, 1989b).

La version originale de *Ryff's Scales of Psychological Well-Being* comporte 120 énoncés, soit 20 énoncés par échelle (Ryff, 1989b), mais une plus récente version abrégée à 18 énoncés (3 énoncés par échelle) a été conçue afin de faciliter son application dans la recherche (Ryff & Keyes, 1995). Pour chaque énoncé, le participant doit répondre en fonction d'une échelle de six points qui indique un très grand désaccord (*strongly disagree* : 1) jusqu'à un très grand accord (*strongly agree* : 6). Les scores des énoncés formulés négativement sont inversés de sorte que des scores composites plus élevés reflètent un plus grand niveau de bien-être ou de fonctionnement psychologique positif.

Les résultats de certaines études suggèrent que la version courte des échelles de Ryff semble posséder des qualités psychométriques semblables à celles de la version originale (Ryff & Keyes, 1995) et celle-ci a été utilisée dans différents sondages américains, tout comme dans l'ÉCSV (Clarke et al., 2000). Tel que rapporté par Clarke et ses collaborateurs (2000), les 18 énoncés de cet instrument sont fortement et positivement corrélés à leur échelle respective. De plus, les corrélations entre les différentes échelles sont modestes et varient entre .13 (pour les échelles *Purpose in Life* et *Autonomy*) et .46 (pour les échelles *Self-Acceptance* et *Environmental Mastery*), ce qui suggère que les échelles mesurent des construits relativement distincts. Par ailleurs, alors que les indices de fidélité obtenus pour la version longue de l'instrument étaient élevés, les estimés de consistance interne pour la version de 18 énoncés sont faibles à modestes, avec des coefficients alpha variant entre .33 pour l'échelle *Purpose in Life* et .56 pour

l'échelle *Positive Relations With Others*. Ryff et Keyes (1995) proposent que ces résultats peuvent probablement être expliqués par le fait que les échelles sont composées d'un petit nombre d'énoncés qui ont été choisis pour représenter l'étendue conceptuelle de chaque construit plutôt que pour maximiser la consistance interne des échelles. En ce qui concerne les indices de validité de construit, des corrélations modérées à élevées ont été obtenues entre deux échelles particulières (*Self-Acceptance* et *Environmental Mastery*) et d'autres mesures de bonheur, de satisfaction de vie et de dépression. Ryff et Keyes (1995) rapportent cependant des corrélations modérées à faibles entre les quatre autres échelles de bien-être et ces mêmes mesures. Ils expliquent ces résultats par la faible représentativité théorique de ces dimensions de bien-être (c'est-à-dire *Purpose in Life*, *Positive Relations*, *Autonomy* et *Personal Growth*) dans les mesures traditionnelles du fonctionnement psychologique positif.

Par ailleurs, le modèle de Ryff propose que les six échelles comprises dans la mesure constituent six facteurs primaires réunis sous un facteur de premier ordre, soit le bien-être psychologique (Ryff & Keyes, 1995). Alors que des analyses factorielles confirmatoires ont appuyé la structure factorielle de la version originale de l'échelle de Ryff (Ryff & Keyes, 1995), les résultats sont moins concluants en ce qui concerne la version abrégée (Clarke, Marshall, Ryff, & Wheaton, 2001; Kafka & Kozma, 2002; Ryff & Keyes, 1995). Des analyses factorielles de l'échelle abrégée de Ryff ont donc été effectuées à partir des données de l'ÉCSV. Les résultats de ces analyses ont révélé que, pour cet échantillon, une structure à quatre facteurs s'avère plus adéquate qu'une structure à six facteurs. Plus spécifiquement, les dimensions *motif de vie* et *relations positives avec les autres* ne semblaient pas être mesurées adéquatement par les énoncés

contenus dans la version abrégée de l'échelle (Guindon, O'Rourke, & Cappeliez, 2003). Le degré de consistance interne demeurait toutefois faible pour les quatre sous-échelles retenues, avec des coefficients alpha de 0.52, 0.46, 0.38 et 0.36 pour les échelles d'acceptation de soi, de maîtrise de l'environnement, d'autonomie et de croissance personnelle respectivement. Ces résultats sont peu surprenants compte tenu du nombre limité d'énoncés.

Malgré ses faibles propriétés psychométriques, cet instrument était considéré important pour le sujet à l'étude en raison de son fondement théorique et de son étendue conceptuelle. En effet, les échelles de Ryff reflètent des aspects du fonctionnement psychologique positif qui sont reconnus comme des composantes intégrantes du bien-être psychologique, mais qui sont pour la plupart sous-représentés dans les mesures plus traditionnelles du bien-être psychologique telles que les mesures de satisfaction de vie et de santé mentale décrites précédemment (Ryff & Keyes, 1995).

Par conséquent, pour les fins de la présente étude, une mesure modifiée du fonctionnement psychologique positif a été développée en rassemblant les énoncés des différentes sous-échelles de Ryff pour former une échelle globale avec un indice de fidélité plus élevé. Une analyse de fidélité a donc été effectuée et les énoncés qui réduisaient le degré de consistance interne ont été éliminés un à la fois, en commençant par ceux qui diminuaient l'indice alpha de façon plus importante. Une analyse factorielle confirmatoire a ensuite été effectuée pour vérifier si le regroupement de ces énoncés sous un même facteur s'avère approprié d'un point de vue statistique. Les résultats de ces analyses sont présentés dans la section des résultats.

Soutien social

En ce qui concerne la variable du soutien social, la mesure utilisée dans l'ÉCSV-2 a été développée à partir du *Medical Outcomes Study (MOS) Social Support Survey* (Sherbourne & Stewart, 1991), mais adaptée pour la population âgée. Le questionnaire comprend 15 questions qui se rapportent à quatre dimensions du soutien social, soit le soutien instrumental, émotionnel, informationnel, et le sentiment d'appartenance. Les questions évaluent la quantité de soutien social disponible, ainsi que la satisfaction par rapport à la quantité de soutien perçu. Cette mesure multidimensionnelle du soutien social comprend un nombre suffisant d'énoncés, tout en demeurant succincte pour répondre aux besoins des populations plus fragiles. Compte tenu que la satisfaction à l'égard du soutien perçu semble plus déterminante que la quantité de soutien perçue (Keller-Olaman et al., 2004; Krause, 1987b), seuls les six énoncés mesurant la satisfaction ont été retenus pour les fins de la présente étude. Une analyse factorielle exploratoire a été effectuée sur cette mesure et les résultats suggèrent la présence d'un seul facteur, avec une *Eigenvalue* supérieure à 1 et des saturations significatives pour tous les énoncés. Puisque cette mesure a été adaptée pour la population âgée de l'ÉCSV, une analyse factorielle confirmatoire a également été exécutée pour évaluer la structure proposée du modèle de mesure. Les résultats ont révélé des indices d'ajustement du modèle satisfaisants (CFI=.97, AGFI=.98, RMSEA=.05 pour les hommes; CFI=.98, AGFI=.97 et RMSEA=.06 pour les femmes), avec des coefficients de régression standardisés significatifs de 0.30 et plus. Ces résultats suggèrent que ces six énoncés mesurent donc un facteur commun, soit la satisfaction à l'égard de la quantité de soutien perçu. De plus, les analyses de fidélité indiquent un degré de consistance interne adéquat

($\alpha=0.69$) compte tenu du nombre limité d'énoncés et du fait que chacun des six énoncés contribue à augmenter l'indice de consistance interne.

RÉSULTATS

Analyses préliminaires

Avant de procéder aux principales analyses de cette étude, des analyses préliminaires ont été effectuées, en commençant par une analyse des données manquantes pour les hommes et les femmes séparément. Cette analyse a entre autres révélé que 69.23% des participantes et 27.24% des participants n'ont pas répondu à un des énoncés de la mesure de satisfaction de vie, soit celui évaluant la satisfaction par rapport au partenaire de vie. À l'examen des patrons des données manquantes, c'est-à-dire les relations entre la variable de satisfaction à l'égard du partenaire et les autres variables de l'étude, on constate que les participants qui n'ont pas répondu n'avaient en fait pas de partenaire de vie. Dans un tel cas, ces données manquantes ne sont pas considérées problématiques puisqu'il n'y a aucune raison de soupçonner l'influence d'une autre variable non mesurée sur l'absence de réponse à cet énoncé (Schafer & Graham, 2002).

De plus, d'après les codes fournis par les évaluateurs de l'étude, certains participants n'ont pu compléter le test de mobilité en raison d'incapacité physique. Au total, 142 participantes (6.5%) et 51 participants (3.6%) ont été identifiés comme physiquement incapables de répondre à cette mesure de mobilité. Il semblait important de distinguer ces participants de ceux qui ont simplement refusé de participer à ce test ou ceux pour qui l'évaluateur ne possédait pas l'équipement nécessaire pour administrer ce test, puisqu'il était acquis que le degré de mobilité des participants physiquement incapables de compléter le test serait inférieur à celui des autres participants. Des valeurs

de 43 et 136 secondes ont donc été assignées respectivement aux participants hommes et femmes qui étaient incapables de compléter le test, ce qui correspond à une seconde de plus que la plus longue période de temps enregistrée sur cette tâche chez les deux sexes. Cette stratégie avait pour objectif de mieux tenir compte du degré d'incapacité des participants plus frêles de l'étude.

Les résultats d'analyse des données manquantes indiquent qu'un petit nombre de participants n'ont répondu à aucun énoncé ou présentent une proportion importante de données manquantes, ayant pour effet d'augmenter le nombre total de données manquantes. Plus spécifiquement, 20 hommes (1.40%) et 42 femmes (1.93%) ont répondu à moins de 50% des énoncés inclus dans la présente étude. En contraste, 47.55% des hommes et 20.45% femmes ont répondu à tous les énoncés et la très grande majorité (95.94% des hommes et 93.87% des femmes) ont répondu à 95% ou plus des énoncés. Au total, le nombre de données manquantes s'élevait à 2.35% chez les hommes et 3.72% chez les femmes lorsque tous les participants étaient retenus, mais diminuait à respectivement 1.30% et 2.23% lorsque les participants ayant répondu à moins de 50% des énoncés étaient exclus. La contribution de ces derniers à l'étude était considérée minime compte tenu que la majorité de leurs données devraient être estimées et que leur proportion relative à l'ensemble de l'échantillon était très faible. Ceux-ci ont donc été exclus des analyses subséquentes, pour résulter en un total de 2129 participantes et 1408 participants.

Les moyennes des résultats disponibles pour les participants exclus ont été comparées avec celles des participants qui ont répondu à plus de 50% des données à l'aide de tests-*t*. Les résultats ont révélé des différences statistiquement significatives

($p < .001$) sur la mesure de dépistage du fonctionnement cognitif et l'âge chez les deux sexes, ainsi que sur la mesure de la santé mentale chez les hommes et l'indicateur de mobilité chez les femmes. Ces résultats suggèrent que les participants qui n'ont pas répondu à la majorité des énoncés étaient plus âgés et présentaient un niveau de fonctionnement cognitif moins élevé en moyenne. De plus, les hommes de ce groupe rapportaient une moins bonne santé mentale et les femmes un plus pauvre degré de mobilité. Les personnes présentant de telles caractéristiques risquent ainsi d'être sous-représentées dans l'échantillon, de sorte que les résultats de la présente étude ne leur sont possiblement pas généralisables. Compte tenu des très petites différences trouvées entre les deux groupes et du faible pourcentage de participants exclus, il est toutefois peu probable que leur influence sur les résultats finaux soit significative. Il importe aussi de noter que la décision avait été prise au départ d'exclure de la présente étude les participants chez qui des problèmes cognitifs significatifs avaient été dépistés.

Le résultat d'analyse MCAR (*Missing Completely at Random*) de Little suggère que les données manquantes ne sont pas distribuées de façon complètement aléatoire. Ceci n'est toutefois pas étonnant compte tenu de la taille de l'échantillon de la présente étude, qui augmente les chances de détecter des différences significatives. De plus, tel que décrit plus haut, certains des patrons de données non aléatoires ne sont en fait pas problématiques. Compte tenu de ces aspects et du fait que le nombre total de données manquantes est très faible (1.30% et 2.23%), la méthode de l'algorithme *expectation-maximization* (EM) a été choisie pour estimer la valeur des données manquantes, malgré l'impossibilité de répondre au critère de distribution aléatoire des données. Même lorsque les données manquantes ne sont pas distribuées au hasard, la performance de

cette méthode d'estimation de type *Maximum Likelihood* est considérée supérieure à d'autres procédures typiquement utilisées face aux données manquantes, dont l'analyse de données complètes (*listwise* et *pairwise deletion*) et la substitution par la moyenne (Graham, Cusille, & Elek-Fisk, 2003; Little & Rubin, 1989; Muthén, Kaplan, & Hollis, 1987; Schafer & Graham, 2002).

Une fois les données manquantes estimées, des analyses ont été effectuées pour assurer le respect des postulats de base associés aux méthodes statistiques multivariées, incluant la normalité, la linéarité et la multicollinéarité. D'abord, les moyennes et écarts-type de chaque variable à l'étude ont été inspectés de façon à vérifier que leurs valeurs se situent dans l'étendue théorique possible. Puisque le degré de signification des valeurs de dissymétrie et de kurtose ont tendance à surestimer les écarts de la normale lorsque l'échantillon est grand, il est recommandé d'évaluer la normalité à partir de graphiques de la distribution et/ou de la grandeur des coefficients de dissymétrie et de kurtose (Tabachnick & Fidell, 1996). Ainsi, plus les valeurs s'éloignent de 0, plus l'écart de la normalité est grand. En se basant sur la littérature disponible, Kline (1998) propose que des valeurs absolues de dissymétrie supérieures à 3.0 reflèteraient une dissymétrie « extrême ». En ce qui concerne les indices de kurtose, des valeurs absolues supérieures à 10.0 pourraient indiquer un problème dans la distribution des données (Kline, 1998). Des graphiques de la probabilité normale ainsi que des calculs de la dissymétrie et de la kurtose ont donc été effectués. Parmi l'ensemble des variables chez les hommes et les femmes, les distributions des variables du statut fonctionnel (i.e. PADL, IADL, mobilité) semblaient dévier significativement de la normale, avec des valeurs absolues de dissymétrie supérieures à $|2|$ et des indices de kurtose élevés. Ces résultats sont peu

surprenants compte tenu que ces mesures évaluent des activités assez élémentaires que peuvent accomplir la majorité des personnes âgées. Les valeurs des moyennes, écarts-types, dissymétrie et kurtose de chaque variable sont présentées dans les Tableaux 1a et 1b pour les femmes et les hommes respectivement.

Tableau 1a

Moyennes, écarts-types, dissymétrie et kurtose des variables pour les femmes.

Variable	<u>M</u>	<u>ET</u>	Dissymétrie	Kurtose	Étendue
Âge	79.18	5.89	.49	-.43	70/99
Scolarité	11.27	3.09	.33	.79	0/25
Maladie physique	4.31	2.38	.49	-.08	0/13
Antécédents médicaux	.23	.47	1.92	3.09	0/3
Acuité visuelle	2.25	.85	.64	.33	1/5
Acuité auditive	2.12	.76	.38	-.08	1/4
PADL	13.58	1.06	-4.22	24.91	3/14
IADL	12.93	1.81	-2.47	6.90	3/14
Mobilité	20.62	32.08	3.15	8.39	1/136
Fonction. psych. positif	56.83	5.20	-.97	2.33	27/71
Santé mentale	25.48	4.01	-1.59	2.87	5/30
Satisfaction de vie	50.60	6.43	-.61	1.13	15/66
Soutien social	16.45	1.94	-1.54	2.38	6/18
Santé subjective-1	4.10	.69	-.59	.95	1/5
Santé subjective-2	4.07	.69	-.54	.74	1/5

Note.

PADL (*Physical Activities of Daily Living*; activités physiques de la vie quotidienne);
 IADL (*Instrumental Activities of Daily Living*; activités instrumentales de la vie
 quotidienne).

Tableau 1b

Moyennes, écarts-types, dissymétrie et kurtose des variables pour les hommes.

Variable	<u>M</u>	<u>ET</u>	Dissymétrie	Kurtose	Étendue
Âge	77.56	5.35	.69	.15	69/105
Scolarité	11.62	3.91	.68	.95	0/33
Maladie physique	3.57	2.16	.63	.26	0/12
Antécédents médicaux	.31	.54	1.65	2.40	0/3
Acuité visuelle	2.12	.74	.81	1.44	1/5
Acuité auditive	2.31	.78	.22	-.31	1/4
PADL	13.84	.60	-5.82	50.33	5/14
IADL	13.41	1.30	-3.41	13.60	5/14
Mobilité	11.70	7.40	3.00	9.77	3/43
Fonction. psych. positif	57.20	4.93	-.79	2.07	32/72
Santé mentale	26.54	3.17	-1.61	3.47	10/30
Satisfaction de vie	51.60	5.68	-.38	.79	23/66
Soutien social	16.91	1.47	-1.70	3.31	8/18
Santé subjective-1	4.12	.67	-.70	1.76	1/5
Santé subjective-2	4.10	.66	-.61	1.23	1/5

Note.

PADL (*Physical Activities of Daily Living*; activités physiques de la vie quotidienne);
 IADL (*Instrumental Activities of Daily Living*; activités instrumentales de la vie
 quotidienne).

Des transformations ont été effectuées sur les variables du statut fonctionnel de façon à tenter de corriger les distributions anormales des variables avec des indices de dissymétrie et kurtose élevés. Plus spécifiquement, les transformations $1/(K-X)$ et $\text{LOG}_{10}(X)$ ont été utilisées pour les dissymétries extrêmes négatives et positives respectivement. Les valeurs de dissymétrie de ces trois variables après transformation variaient entre $-.56$ et 2.06 pour les femmes et $.72$ et -3.42 pour les hommes. Les graphiques et indices statistiques suggèrent que la distribution de la mesure de mobilité semble suivre la courbe normale après la transformation. Pour ce qui est des mesures d'activités physiques et instrumentales de la vie quotidienne, les transformations ont certes amélioré la distribution de ces variables, sans toutefois les rendre normales. Afin de minimiser l'impact possible de la distribution des données, la procédure Bootstrap a donc été appliquée dans les analyses de modèle d'équations structurales subséquentes. Cette méthode est considérée efficace pour l'estimation des paramètres dans le cadre de distributions anormales, à condition que l'échantillon soit de taille suffisamment grande, soit d'environ 200 participants ou plus (Byrne, 2001; Enders, 2002; Nevitt & Hancock, 2001).

La linéarité, évaluée à partir de graphiques « scatter », a été jugée acceptable. De plus, les résultats des analyses de multicollinéarité ont indiqué une absence de corrélation bivariée de plus de $.90$ entre les différentes variables, ainsi que des indices de « tolérance » supérieurs à 10% et des ratios « *variance inflation factor* » (VIF) inférieurs à 10 pour chaque variable, ce qui suggère que les variables de la présente étude n'ont pas de problème de multicollinéarité (Kline, 1998; Tabachnick & Fidell, 1996).

Les valeurs résiduelles ont été calculées pour chaque cas afin de détecter la présence de données extrêmes univariées. Généralement, les cas avec un score z supérieur à 3.29 sont considérés des cas extrêmes potentiels. Cependant, la présence de scores z supérieurs à 3.29 est attendue dans un grand échantillon tel que celui de la présente étude (Tabachnick & Fidell, 1996). Les données des cas avec un score z supérieur à 3.29 ont donc d'abord été examinées individuellement pour s'assurer encore une fois qu'aucune erreur n'avait été faite au niveau de l'entrée des données. Dans tous les cas, les données étaient plausibles. Les données extrêmes multivariées ont aussi été identifiées par l'entremise du critère de la distance de Mahalanobis. Chez les hommes et les femmes respectivement, un total de 72 (5.11%) et 107 (5.03%) cas ont été identifiés ($\chi^2(df=14) > 36.123$, $p < .001$). Ces participants ont été exclus des analyses subséquentes pour donner un total de 1336 participants et 2022 participantes, parmi lesquels 868 participants et 1426 participantes ont évalué leur santé subjective au Temps 2 et ont ainsi pu être inclus dans les analyses longitudinales.

Analyses préliminaires des énoncés de mesure du fonctionnement psychologique positif

Dans un deuxième temps, des analyses préliminaires ont été effectuées séparément pour les énoncés des échelles du bien-être psychologique de Ryff, puisque cette mesure devait être modifiée afin de répondre aux besoins de la présente étude. Le total de données manquantes sur cette mesure était de 3.01% et 1.96% pour les femmes et les hommes respectivement. Un total de 42 (1.69%) participantes et 15 participants (1.07%) ont répondu à moins de 50% des énoncés. Ces participants ont été exclus des analyses subséquentes étant donné l'information limitée qu'ils contribuaient, pour donner un total de 2087 femmes et 1393 hommes. Après exclusion de ces participants, un total

de 0.91% et 1.16% de données manquantes a été calculé pour les hommes et les femmes respectivement. Des tests-t ont été effectués entre ces participants et ceux qui ont répondu à 50% ou plus des données manquantes pour comparer leurs moyennes sur les différentes variables à l'étude. Les résultats suggéraient des différences significatives ($p < .001$) pour les femmes sur les mesures de mobilité, d'éducation et de fonctionnement cognitif. Plus spécifiquement, les participantes qui ont été exclues seraient moins mobiles, moins éduquées et auraient un fonctionnement cognitif plus pauvre. L'influence de l'exclusion de ces participantes était toutefois jugée minime compte tenu des petites différences trouvées entre les deux groupes, du faible pourcentage de participantes exclues et du fait que les résultats de notre étude ne seront pas généralisables aux personnes avec des problèmes cognitifs. Aucune différence significative n'a été trouvée parmi les participants masculins.

D'après les valeurs absolues de dissymétrie et kurtose, plusieurs énoncés présentaient des distributions anormales, avec des valeurs de dissymétrie supérieures à |2|. Les valeurs des moyennes, écarts-types, dissymétrie et kurtose de chaque variable sont présentées dans les Tableaux 2a et 2b pour les femmes et hommes respectivement.

Tableau 2a

Moyennes, écarts-types, dissymétrie et kurtose des énoncés des échelles du bien-être psychologique de Ryff pour les femmes.

Variable	<u>M</u>	<u>ET</u>	Dissymétrie	Kurtose	Étendue
AUT1	4.43	1.16	-.96	-.04	1/6
AUT2	4.79	.84	-1.77	3.87	1/6
AUT3	4.94	.66	-2.08	2.68	1/6
ME1	4.96	.77	-2.07	6.72	1/6
ME2	4.40	1.14	-1.13	.14	1/6
ME3	5.05	.57	-2.12	12.14	1/6
AS1	4.21	1.29	-.71	-.74	1/6
AS2	4.65	.97	-1.55	2.27	1/6
AS3	4.62	.86	-1.82	3.16	1/6
RP1	4.72	1.06	-1.65	2.28	1/6
RP2	4.73	1.02	-1.77	2.62	1/6
RP3	4.93	.66	-2.17	8.10	1/6
CP1	4.73	1.00	-1.70	2.62	1/6
CP2	4.89	.75	-2.05	6.14	1/6
CP3	3.73	1.46	-.23	-1.63	1/6
MV1	3.16	1.44	.34	-1.38	1/6
MV2	4.20	1.37	-.77	-.85	1/6
MV3	4.65	1.06	-1.86	2.64	1/6

Note.

AUT=autonomie. ME=maîtrise de l'environnement. AS=acceptation de soi.
 RP=relations positives. CP=croissance personnelle. MV=motif de vie.

Tableau 2b

Moyennes, écarts-types, dissymétrie et kurtose des énoncés des échelles du bien-être psychologique de Ryff pour les hommes.

Variable	<u>M</u>	<u>ET</u>	Dissymétrie	Kurtose	Étendue
AUT1	4.45	1.16	-.96	-.06	1/6
AUT2	4.89	.76	-1.82	4.89	2/6
AUT3	4.94	.66	-2.32	9.37	1/6
ME1	4.97	.72	-2.13	7.69	1/6
ME2	4.64	1.00	-1.61	2.01	1/6
ME3	5.05	.50	-1.77	12.50	1/6
AS1	4.40	1.25	-.95	-.14	1/6
AS2	4.81	.84	-1.96	5.00	1/6
AS3	4.71	.76	-2.16	5.24	1/6
RP1	4.67	1.07	-1.58	1.81	1/6
RP2	4.51	1.19	-1.37	.67	1/6
RP3	4.78	.78	-2.07	5.31	1/6
CP1	4.58	1.10	-1.50	1.39	1/6
CP2	4.86	.79	-2.07	5.63	1/6
CP3	3.69	1.44	-.17	-1.69	1/6
MV1	3.40	1.51	.12	-1.52	1/6
MV2	4.14	1.35	-.73	-.96	1/6
MV3	4.66	1.06	-1.87	2.61	1/6

Note.

AUT=autonomie. ME=maîtrise de l'environnement. AS=acceptation de soi.
 RP=relations positives. CP=croissance personnelle. MV=motif de vie.

Des transformations ont donc été effectuées pour améliorer les valeurs de dissymétrie, qui variaient par la suite entre -.60 et .73 pour les femmes et -.93 et .77 pour les hommes. L'estimation des données manquantes a ensuite été effectuée à partir de la méthode de l'algorithme EM.

Les graphiques « scatter » de combinaisons aléatoires des différents énoncés ne suggéraient aucun problème de linéarité. Les analyses de multicollinéarité ont révélé une absence de corrélation bivariée de plus de .90 entre les différents énoncés, ainsi que des indices de tolérance supérieurs à 10% et des ratios « VIF » inférieurs à 10 pour chaque variable, ce qui suggère une absence de problème de multicollinéarité (Kline, 1998; Tabachnick & Fidell, 1996).

Afin d'identifier les valeurs extrêmes univariées, les valeurs résiduelles ont été calculées pour chaque énoncé. Les données associées à un score z supérieur à 3.29 étaient toutes valides. Un total de 61 (4.38%) hommes et 90 (4.31%) femmes répondaient au critère de la distance de Mahalanobis pour les données extrêmes multivariées ($\chi^2(df=18) > 42.31, p < .001$). Ces cas ont été exclus des analyses subséquentes, de sorte que l'échantillon final comprenait 1332 participants et 1997 participantes.

Développement d'une mesure modifiée du fonctionnement psychologique positif

Analyses de fidélité

Étant donné la faible consistance interne des échelles abrégées de la mesure du bien-être psychologique de Ryff, des analyses de fidélité ont été effectuées afin de déterminer si la combinaison des énoncés des différentes échelles de cette mesure résulterait en une consistance interne plus élevée. La combinaison des 18 énoncés

donnait un coefficient alpha de 0.64 pour les femmes et les hommes. Les énoncés qui diminuaient la consistance interne ont ensuite été éliminés un à la fois, en commençant par ceux dont l'impact était plus important. À travers cette procédure, les mêmes énoncés ont été éliminés pour les hommes et les femmes. Plus spécifiquement, les trois énoncés de l'échelle du Motif de Vie (« *I live life one day at a time and don't really think about the future* », « *I sometimes feel as if I've done all there is to do in life* » et « *Some people wander aimlessly through life, but I am not one of them* »), deux des énoncés de l'échelle de Croissance Personnelle (« *I think it is important to have new experiences that challenge how you think about yourself and the world* » et « *I gave up trying to make big improvements or changes in my life a long time ago* ») et un énoncé de l'échelle d'Autonomie (« *I tend to be influenced by people with strong opinions* ») ont été éliminés, ce qui a donné des indices alpha de 0.67 pour les hommes et 0.71 pour les femmes.

L'exclusion des énoncés des échelles du motif de vie et de croissance personnelle est consistante avec les résultats empiriques disponibles pour la version abrégée de cette mesure. En particulier, les résultats d'une étude portant sur les participants de l'ÉCSV n'ont pas appuyé la structure factorielle de l'échelle du Motif de Vie (Guindon, O'Rourke, & Cappeliez, 2004). De plus, l'avancement en âge était associé à une réduction des scores sur les échelles du Motif de Vie et de Croissance Personnelle dans plusieurs études (Ryff, 1989b; 1991; 1995a; Ryff & Keyes, 1995), ce qui suggère que dans l'ensemble, ces composantes du bien-être psychologique semblent relativement moins prégnantes à l'âge adulte avancé comparativement aux autres dimensions intégrées dans cette mesure.

La combinaison des 12 énoncés qui offrent la meilleure consistance interne peut être justifiée au niveau statistique, sur la base que les échelles individuelles ne satisfont pas au critère de consistance interne, alors que leur combinaison sélective permet de mieux satisfaire ce critère. D'un point de vue théorique, il apparaît également approprié de combiner les différentes échelles puisque l'auteur de l'échelle postule qu'elles représentent des ressources psychologiques rassemblées sous un même facteur conceptuel, soit le bien-être ou fonctionnement psychologique positif. La combinaison des différentes échelles sous un seul facteur résulterait ainsi en un modèle de mesure plus parcimonieux.

Analyse factorielle confirmatoire de la mesure modifiée du fonctionnement psychologique positif

La nouvelle structure proposée pour la mesure du fonctionnement psychologique positif a été évaluée au moyen d'une analyse factorielle confirmatoire. Ce modèle comprenait une variable latente (ou facteur) représentant le fonctionnement psychologique positif et 12 variables observées (ou indicateurs), c'est-à-dire les 12 énoncés de mesure retenus. Le modèle incluait également 12 coefficients de saturation entre la variable latente et chaque indicateur, ainsi que 12 variances d'erreurs associées aux variables observées. Il était inféré que les 12 énoncés présenteraient des indices de saturation significatifs sur le facteur du fonctionnement psychologique positif. De plus, il était prévu que des corrélations significatives entre les variances d'erreurs de certains indicateurs soient trouvées, particulièrement entre les énoncés appartenant initialement à la même sous-échelle, en raison d'un degré attendu de chevauchement dans le contenu de

ces énoncés. Pour fins d'identification du modèle, la saturation entre le premier indicateur et le facteur du fonctionnement psychologique positif a été fixé à 1.0.

Des analyses factorielles confirmatoires de ce modèle de mesure ont été effectuées séparément pour les hommes et les femmes à l'aide du logiciel AMOS-5 (Arbuckle, 2003). La procédure d'estimation Bootstrap Maximum Likelihood a été appliquée de façon à minimiser l'impact possible des écarts de normalité des données sur les estimés du modèle. Le degré de correspondance (*fit*) du modèle a été évalué à partir de différents indices, soit le *Comparative Fit Index* (CFI), le Adjusted Goodness-of-Fit Index (AGFI) et le Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA). Le ratio de probabilité chi-carré (χ^2) n'a pas été considéré pour évaluer le modèle étant donné son hypersensibilité à la grandeur de l'échantillon (Byrne, 2001). Les indices choisis appartiennent à différentes catégories d'indices statistiques recommandées pour évaluer le degré de correspondance de modèles dans les analyses d'équations structurelles. Un bon degré de correspondance est généralement reflété par des indices AGFI et CFI d'une valeur égale ou supérieure à .90. Pour ce qui est du RMSEA, des valeurs égales ou inférieures à .08 sont considérées raisonnables et des valeurs inférieures à .05 suggèrent un bon degré de correspondance (Byrne, 2001 ; McDonald & Ho, 2002).

Les résultats de ces analyses suggéraient un pauvre degré de correspondance pour le modèle initial chez les hommes ($\chi^2(54, N=1332)=536.35$ $p<.000$; AGFI= .90; CFI= .78; RMSEA=.082) et les femmes ($\chi^2(54, N=1997)=785.22$ $p<.000$; AGFI= .90; CFI= .78; RMSEA=.082). Les indices de modification indiquaient un degré de corrélation considérable entre les termes d'erreur de certains indicateurs. Des analyses post hoc ont donc été effectuées avec l'ajout de covariances d'erreurs au modèle initial,

ce qui a donné des résultats satisfaisants. Plusieurs de ces covariances réunissaient des indicateurs provenant initialement des mêmes sous-échelles, et seraient donc expliquées par un chevauchement attendu dans le contenu de ces énoncés. Une autre covariance d'erreur a été ajoutée entre des indicateurs des échelles d'Acceptation de soi (*In many ways, I feel disappointed about my achievements*) et de Maîtrise de l'environnement (*The demands of everyday life often get me down*), qui partageaient toutes deux un fort degré d'association dans d'autres études (Ryff & Keyes, 1995). Une covariance d'erreur a aussi été incluse entre des indicateurs des échelles de Relations positives avec autrui (*Maintaining close relationships has been difficult and frustrating for me*) et de Maîtrise de l'environnement (*The demands of everyday life often get me down*), puisque ces indicateurs étaient également fortement corrélés dans l'étude de Clarke et collaborateurs (2001). Il est à noter que le contenu des indicateurs susmentionnés semble de plus refléter en commun un style de pensée négatif et dépressif. Pour les hommes, une covariance d'erreur a de plus été ajoutée entre des indicateurs des échelles d'Acceptation de soi (*I like most aspects of my personality*) et de Relations positives avec les autres (*People would describe me as a giving person, willing to share my time with others*), qui encore une fois partageaient une corrélation élevée dans l'étude de Clarke et al. (2001). Ces énoncés semblent tous deux mesurer une perception favorable de soi. Ainsi, l'inclusion de toutes ces covariances d'erreurs repose sur des raisons empiriques et/ou logiques substantielles.

Les Tableaux 3a et 3b (femmes et hommes respectivement) présentent les résultats du modèle initial et des six modèles subséquents qui incluaient successivement

l'estimation des covariances d'erreurs. Ces résultats démontrent que l'inclusion de chacun de ces paramètres menait à une amélioration du modèle.

Un degré de correspondance acceptable a été obtenu pour les modèles choisis pour les femmes et les hommes ($\chi^2(48, N=1997)=355.65$ $p<.000$; AGFI= .95; CFI= .91; RMSEA=.057 et $\chi^2(48, N=1332)=216.55$ $p<.000$; AGFI= .96; CFI= .92; RMSEA=.051 respectivement), présentés dans les Figures 4a et 4b. Tous les paramètres estimés dans ces modèles étaient significatifs. À noter que ces analyses post hoc sont considérées de nature exploratoire puisqu'elles reflètent des modifications apportées au modèle original. Les modèles sélectionnés ont été soumis à une procédure de validation (« cross-validation ») afin d'évaluer leur rigueur. Ce type d'analyse consiste à comparer le modèle entre deux groupes distincts, formés à partir de l'échantillon original, afin de déterminer si la structure du modèle est similaire d'un groupe à l'autre (Byrne, 1998). Les résultats de ces analyses suggèrent que la structure du modèle des hommes et des femmes ne varie pas significativement d'un échantillon à l'autre, ce qui appuie fortement la validité des modèles choisis.

Tableau 3a

Indices de correspondance des modèles de mesure du fonctionnement psychologique positif pour les femmes (N=1997).

Modèles	dl	χ^2	Δ dl	$\Delta \chi^2$	RMSEA	CFI	AGFI
Modèle initial	54	785.22			.082	.78	.90
Deuxième modèle	53	559.16	1	226.06	.069	.85	.93
Troisième modèle	52	502.28	1	56.88	.066	.87	.94
Quatrième modèle	51	447.87	1	54.41	.062	.88	.94
Cinquième modèle	50	413.58	1	34.29	.060	.89	.95
Sixième modèle	49	383.98	1	29.60	.059	.90	.95
Modèle choisi	48	355.65	1	28.33	.057	.91	.95

Tableau 3b

Indices de correspondance des modèles de mesure du fonctionnement psychologique positif pour les hommes (N=1332).

Modèles	dl	χ^2	Δ dl	$\Delta \chi^2$	RMSEA	CFI	AGFI
Modèle initial	54	536.35			.082	.78	.90
Deuxième modèle	53	414.09	1	122.26	.072	.83	.92
Troisième modèle	52	354.12	1	59.97	.066	.86	.93
Quatrième modèle	51	317.22	1	36.90	.063	.88	.94
Cinquième modèle	50	268.02	1	49.20	.057	.90	.95
Sixième modèle	49	239.19	1	28.83	.054	.91	.95
Modèle choisi	48	216.55	1	22.64	.051	.92	.96

Figure 4a

Modèle de mesure du fonctionnement psychologique positif pour les femmes.

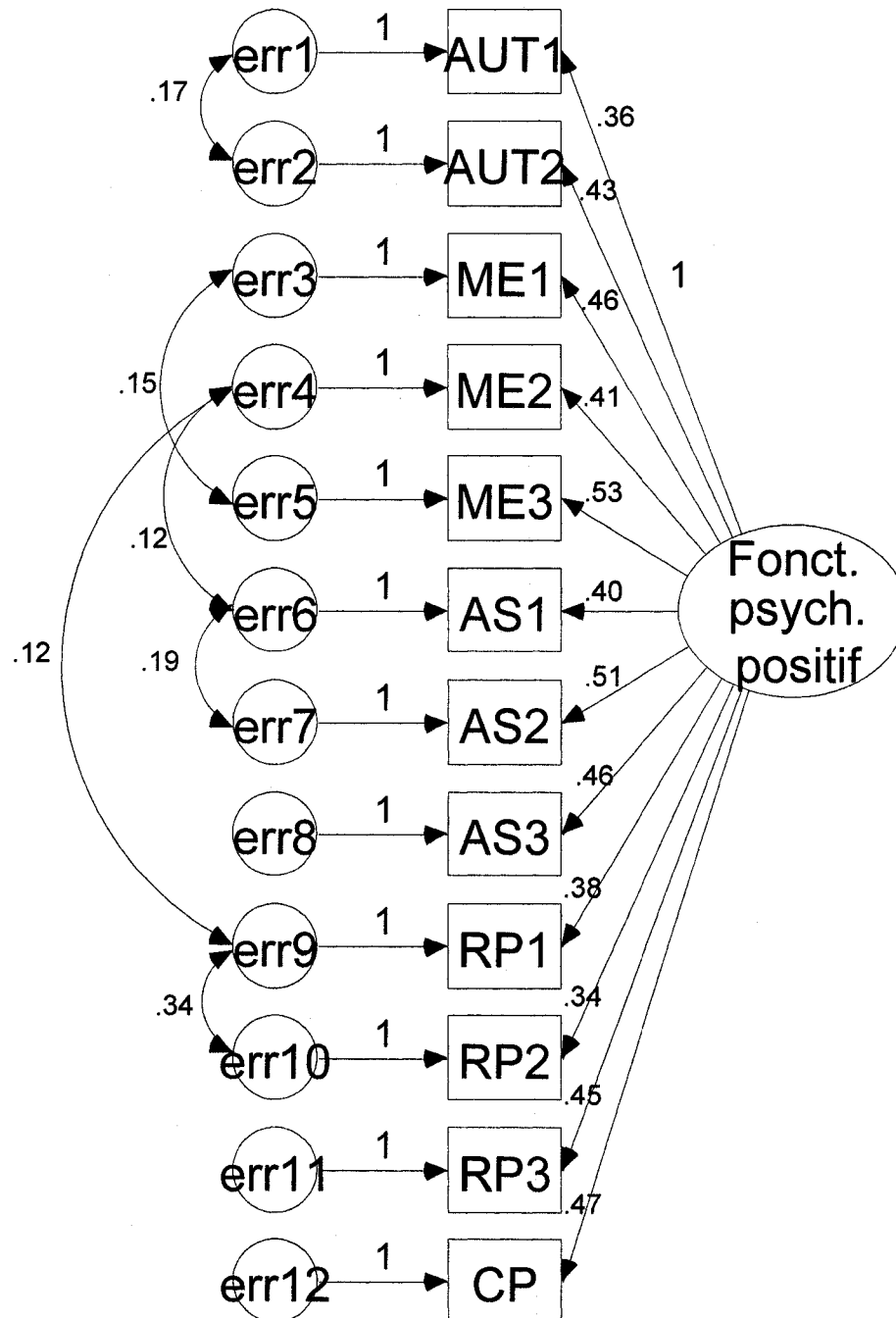
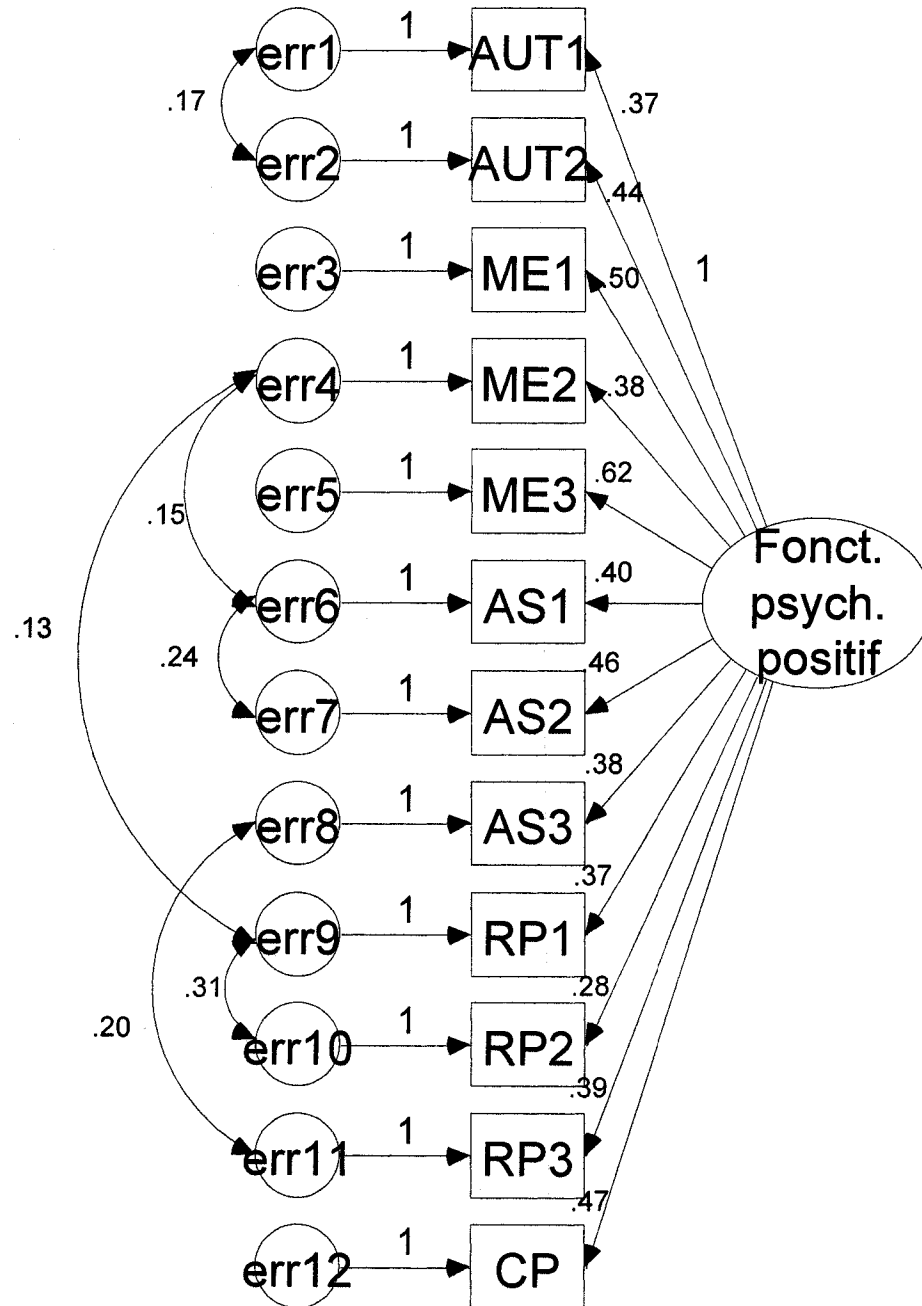


Figure 4b

Modèle de mesure du fonctionnement psychologique positif pour les hommes.



Corrélations entre les variables observées du modèle de la santé subjective

Les corrélations bi-variées entre les différentes variables observées incluses dans le modèle de la santé subjective proposé ont été examinées. Un intérêt particulier a été porté aux corrélations entre les variables « santé subjective » aux Temps 1 et 2 et les variables indépendantes du modèle. Toutes ces corrélations étaient significatives, à l'exception de la corrélation entre l'âge et la santé subjective au Temps 1 pour les hommes. La nature des relations entre la santé subjective aux Temps 1 et 2 et les variables indépendantes correspondaient aux attentes. Plus spécifiquement, une plus pauvre santé subjective était corrélée à un âge plus élevé, à une plus pauvre acuité visuelle et auditive, à un plus grand nombre de maladies et d'antécédents médicaux, ainsi qu'à un niveau réduit de mobilité. Par contraste, une meilleure santé subjective était corrélée à un plus grand degré de scolarité, une meilleure capacité fonctionnelle, une plus grande satisfaction à l'égard de la quantité de soutien social, ainsi qu'un niveau plus élevé de fonctionnement psychologique positif, de santé mentale et de satisfaction de vie. Des corrélations moyennement fortes ont été trouvées entre la santé subjective au Temps 1 et la maladie physique, la santé mentale et la satisfaction de vie chez les hommes et les femmes, ainsi que les activités instrumentales de la vie quotidienne chez les femmes. La santé subjective au Temps 2 était corrélée de façon moyennement forte à la santé subjective au Temps 1 chez les 2 sexes, ainsi qu'à la maladie physique chez les femmes. Les autres corrélations étaient considérées faibles, avec des coefficients de moins de .30. Aucune des corrélations entre les variables indépendantes n'étaient très élevées, ce qui permet leur inclusion dans les analyses de régression multiple subséquentes (Tabachnick & Fidell, 1996).

Tableau 4a

Matrices de corrélations entre les variables observées du modèle de la santé subjective au Temps 1 pour les femmes (N=2022).

Variables	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1. Santé Subj.- T1	1.00													
2. Âge	-.06**	1.00												
3. Degré Scolarité	.12**	-.06**	1.00											
4. Acuité Visuelle	-.28**	.26**	-.18**	1.00										
5. Acuité Auditive	-.19**	.22**	-.12**	.30**	1.00									
6. Maladie	-.45**	.19**	-.08**	.30**	.30**	1.00								
7. Antéc. Médicaux	-.16**	.06**	-.02	.05**	.02	.15**	1.00							
8. PADL	.25**	-.31**	.03	-.16**	-.13**	-.32**	-.16**	1.00						
9. IADL	.32**	-.40**	.02	-.24**	-.18**	-.36**	-.16**	.53**	1.00					
10. Mobilité	-.26**	.32**	-.09**	.20**	.11**	.27**	.14**	-.51**	-.48**	1.00				
11. Soutien Social	.19**	-.06**	-.01	-.08**	-.12**	-.27**	-.06**	.12**	.19**	-.11**	1.00			
12. Santé Mentale	.37**	.01	.10**	-.16**	-.13**	-.32**	-.06**	.12**	.21**	-.10**	.32**	1.00		
13. Fonct. Psy. Positif	.27**	-.05*	.13**	-.17**	-.17**	-.25**	-.05**	.10**	.14**	-.08**	.28**	.41**	1.00	
14. Sat. Vie	.42**	-.10**	.09**	-.22**	-.16**	-.36**	-.09**	.20**	.25**	-.21**	.32**	.43**	.53**	1.00

Note.

PADL (*Physical Activities of Daily Living*; activités physiques de la vie quotidienne); IADL (*Instrumental Activities of Daily Living*; activités instrumentales de la vie quotidienne). * $p < .05$. ** $p < .01$.

Tableau 4b

Matrices de corrélations entre les variables observées du modèle de la santé subjective au Temps 1 pour les hommes (N=1336).

Variables	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1. Santé Subj.- T1	1.00													
2. Âge	-.04	1.00												
3. Degré Scolarité	.09**	-.07**	1.00											
4. Acuité Visuelle	-.19**	.14**	-.11**	1.00										
5. Acuité Auditive	-.17**	.14**	-.13**	.18**	1.00									
6. Maladie	-.45**	.11**	-.06*	.23**	.24**	1.00								
7. Antéc. Médicaux	-.12**	.02	-.06*	.05*	-.01	.21**	1.00							
8. PADL	.14**	-.19**	.06*	-.06*	-.07**	-.16**	-.06**	1.00						
9. IADL	.28**	-.19**	.04	-.17**	-.17**	-.29**	-.11**	.34**	1.00					
10. Mobilité	-.16**	.25**	-.08**	.09**	.09**	.19**	.08**	-.31**	-.26**	1.00				
11. Soutien Social	.10**	-.03	-.02	-.11**	-.06*	-.17**	-.04	.11**	.12**	-.08**	1.00			
12. Santé Mentale	.31**	-.01	.01	-.14**	-.09**	-.31**	-.07**	.13**	.14**	-.13**	.25**	1.00		
13. Fonct. Psy. Positif	.19**	-.03	.06*	-.15**	-.12**	-.22**	-.05*	.02	.09**	-.04	.24**	.41**	1.00	
14. Sat. Vie	.36**	-.06*	.06*	-.19**	-.11**	-.30**	-.08**	.11**	.11**	-.09**	.25**	.39**	.46**	1.00

Note.

PADL (*Physical Activities of Daily Living*; activités physiques de la vie quotidienne); IADL (*Instrumental Activities of Daily Living*; activités instrumentales de la vie quotidienne). * $p < .05$. ** $p < .01$.

Tableau 5a

Matrices de corrélations entre les variables observées du modèle de la santé subjective au Temps 2 pour les femmes (N=1426).

Variables	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1. Santé Subj.- T2	1.00														
2. Santé Subj.- T1	.48**	1.00													
3. Âge	-.07**	-.06**	1.00												
4. Degré Scolarité	.09**	.13**	-.09**	1.00											
5. Acuité Visuelle	-.19**	-.24**	.25**	-.21**	1.00										
6. Acuité Auditive	-.17**	-.20**	.19**	-.13**	.31**	1.00									
7. Maladie	-.35**	-.45**	.19**	-.09**	.27**	.29**	1.00								
8. Antéc. Médicaux	-.11**	-.14**	.05*	-.03	.03**	.04*	.16**	1.00							
9. PADL	.18**	.23**	-.26**	.02	-.11**	-.10**	-.30**	-.12**	1.00						
10. IADL	.26**	.29**	-.34**	.02	-.19**	-.15**	-.35**	-.14**	.51**	1.00					
11. Mobilité	-.19**	-.23**	.29**	-.09**	.16**	.07**	.26**	.12**	-.48**	-.47**	1.00				
12. Soutien Social	.15**	.18**	-.08**	.00	-.06*	-.14**	-.27**	-.06*	.10**	.19**	-.08**	1.00			
13. Santé Mentale	.27**	.37**	.00	.11**	-.15**	-.16**	-.32**	-.02	.10**	.22**	-.10**	.31**	1.00		
14. Fonct. Psy. Positif	.20**	.26**	-.06*	.14**	-.15**	-.19**	-.24**	-.03	.08**	.13**	-.04*	.28**	.41**	1.00	
15. Sat. Vie	.27**	.41**	-.10**	.09**	-.19**	-.17**	-.37**	-.07**	.18**	.23**	-.20**	.32**	.43**	.50**	1.00

Note.

PADL (*Physical Activities of Daily Living*; activités physiques de la vie quotidienne); IADL (*Instrumental Activities of Daily Living*; activités instrumentales de la vie quotidienne).

* $p < .05$. ** $p < .01$.

Tableau 5b

Matrices de corrélations entre les variables observées du modèle de la santé subjective au Temps 2 pour les hommes (N=868).

Variables	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1. Santé Subj.- T2	1.00														
2. Santé Subj.- T1	.40**	1.00													
3. Âge	-.07*	-.04	1.00												
4. Degré Scolarité	.10**	.09**	-.04	1.00											
5. Acuité Visuelle	-.19**	-.18**	.12**	-.12**	1.00										
6. Acuité Auditive	-.07*	-.16**	.14**	-.16**	.22**	1.00									
7. Maladie Médicaux	-.29**	-.43**	.05	-.06*	.25**	.25**	1.00								
8. Antéc. Médicaux	-.13**	-.13**	.04	-.06*	.09**	-.03	.18**	1.00							
9. PADL	.06*	.08**	-.18**	.06*	-.08**	-.03	-.14**	-.08**	1.00						
10. IADL	.11**	.19**	-.17**	-.01	-.21**	-.17**	-.28**	-.09**	.27**	1.00					
11. Mobilité	-.09**	-.14**	.19**	-.06*	.11**	.06*	.18**	.04	-.20**	-.16**	1.00				
12. Soutien Social	.13**	.11**	-.04	-.01	-.11**	-.05	-.14**	-.03	.09**	.13**	-.06*	1.00			
13. Santé Mentale	.18**	.27**	-.01	.03	-.15**	-.06*	-.29**	-.01	.07*	.11**	-.10**	.24**	1.00		
14. Fonct. Psy. Positif	.21**	.20**	-.07*	.09**	-.17**	-.14**	-.21**	-.01	.00	.10**	-.05	.25**	.38**	1.00	
15. Sat. Vie	.26**	.33**	-.09**	.09**	-.19**	-.12**	-.26**	-.07*	.11**	.08**	-.08**	.25**	.35**	.45**	1.00

Note.

PADL (*Physical Activities of Daily Living*; activités physiques de la vie quotidienne); IADL (*Instrumental Activities of Daily Living*; activités instrumentales de la vie quotidienne).

* $p < .05$. ** $p < .01$.

Contributions du bien-être psychologique et du soutien social à la prédiction de la santé subjective (Temps 1)

Des analyses de régression hiérarchique ont été effectuées afin de déterminer la contribution du bien-être psychologique et du soutien social à la prédiction de la santé subjective, tout en tenant compte des autres variables du modèle de la santé subjective proposé. Plus spécifiquement, il était inféré qu'après avoir tenu compte de l'effet des variables sociodémographiques, de la maladie physique, du statut fonctionnel et du soutien social, le bien-être psychologique contribuerait significativement à la prédiction de la santé subjective. La contribution du soutien social à la prédiction de la santé subjective a pour sa part été évaluée de façon exploratoire en raison de l'inconsistance des résultats empiriques.

Afin de tester l'hypothèse susmentionnée, les variables sociodémographiques (âge et degré de scolarité) ont été entrées dans l'équation dans un premier temps, suivies des indicateurs de la maladie physique (nombre de maladies; antécédents médicaux; acuité visuelle et auditive), de la capacité fonctionnelle (mobilité; activités physiques et instrumentales de la vie quotidienne), du soutien social (satisfaction à l'égard de la quantité de soutien social), et enfin du bien-être psychologique (santé mentale; satisfaction de vie; fonctionnement psychologique positif).

Les tableaux des résultats (voir plus bas) présentent le coefficient de régression (B), l'erreur-type du coefficient de régression (SE B), le coefficient de régression standardisé (β), ainsi que la variance unique (sr^2) pour chacune des variables de prédiction.

La variance totale expliquée de la santé subjective au Temps 1 était de 34% pour les femmes ($R^2=.34$, R^2 ajusté=.34, $p<.001$) et 30% pour les hommes ($R^2=.30$, R^2 ajusté=.30, $p<.001$). Globalement, l'ajout à l'équation de tous les différents blocs de variables, à l'exception du soutien social pour les hommes, améliorait significativement ($p < .01$) la prédiction de la santé subjective au Temps 1. Plus spécifiquement, les variables sociodémographiques expliquaient 1% et 2% de la variance à l'étape 1 de l'analyse, chez les hommes et les femmes respectivement. Après l'ajout de la maladie physique dans l'équation à l'étape 2, la variance expliquée s'élevait à 22% chez les hommes et 24% chez les femmes. La variance expliquée avec l'ajout du statut fonctionnel à l'étape 3 augmentait à 24% chez les hommes et 27% chez les femmes. Alors que l'ajout du soutien social à l'étape 4 ne contribuait pas à expliquer la variance de la santé subjective chez les hommes, il augmentait la variance chez les femmes à un niveau statistiquement significatif mais non substantiel. L'ajout du bien-être psychologique à l'étape 5 augmentait la variance expliquée à 30% et 34% chez les hommes et les femmes respectivement. L'addition du bien-être psychologique à l'équation améliorait ainsi significativement la variance expliquée de la santé subjective, en prédisant à lui seul 6% et 7% de la variance de la santé subjective des hommes et des femmes respectivement. Basé sur un critère plus rigoureux pour évaluer le degré de signification ($p \leq .001$) en tenant mieux compte de la grandeur de l'échantillon, toutes les variables contribuaient significativement à la variance expliquée de la santé subjective au Temps 1, à l'exception du soutien social chez les deux sexes et des variables sociodémographiques chez les hommes.

Les résultats suggèrent par ailleurs que certains indicateurs ont contribué plus significativement que d'autres à expliquer la variance de la santé subjective. D'après un degré de signification de $p \leq .001$, l'âge était la seule variable sociodémographique dont l'influence était considérée significative, et ce chez les femmes uniquement. Parmi les indicateurs de la maladie physique, l'acuité visuelle, le nombre de maladies et d'antécédents médicaux contribuaient tous significativement à expliquer la variance chez les femmes, alors que seule la contribution unique du nombre de maladies était significative chez les hommes. Pour ce qui est du statut fonctionnel, la contribution unique des activités instrumentales de la vie quotidienne était significative chez les deux sexes, mais la mobilité était significative chez les femmes seulement. Enfin, la santé mentale et la satisfaction de vie contribuaient toutes deux de façon unique et significative à la variance expliquée de la santé subjective des hommes et des femmes au Temps 1.

En résumé, les résultats obtenus supportent l'hypothèse selon laquelle le bien-être psychologique contribuerait significativement à la prédiction de la santé subjective après avoir tenu compte de l'effet des autres variables du modèle, c'est-à-dire les variables sociodémographiques, la maladie physique, le statut fonctionnel et le soutien social. La possible contribution du soutien social à la prédiction de la santé subjective n'a cependant pas été démontrée. Or, cette analyse ne tient pas compte de la possibilité que le soutien social exerce un effet indirect sur la santé subjective. Ce constat met en valeur la pertinence d'évaluer les interrelations entre ces différentes variables en mettant à l'épreuve la structure du modèle intégratif de la santé subjective proposé dans le cadre de la présente étude.

Tableau 6a

Analyse de régression hiérarchique pour la prédiction de la santé subjective au Temps 1 pour les femmes (N=2022).

Variable	B	SE B	β	sr^2
Étape 1				
Âge	-.01	.00	-.06	.00
Degré de scolarité	.03	.01	.11*	.01*
Étape 2				
Âge	.01	.00	.07	.00
Degré de scolarité	.01	.00	.06	.00
Acuité visuelle	-.13	.02	-.15*	.02*
Acuité auditive	-.03	.02	-.03	.00
Maladies physiques	-.11	.01	-.38*	.12*
Antécédents médicaux	-.14	.03	-.09*	.01*
Étape 3				
Âge	.02	.00	.15*	.02*
Degré de scolarité	.01	.00	.06	.00
Acuité visuelle	-.11	.02	-.13*	.02*
Acuité auditive	-.03	.02	-.04	.00
Maladies physiques	-.09	.01	-.32*	.08*
Antécédents médicaux	-.10	.03	-.07*	.00*
PADL	.08	.07	.03	.00
IADL	.33	.05	.15*	.01*
Mobilité	-.22	.06	-.09*	.01*
Étape 4				
Âge	.02	.00	.15*	.02*
Degré de scolarité	.01	.00	.06	.00
Acuité visuelle	-.11	.02	-.14*	.02*
Acuité auditive	-.03	.02	-.03	.00
Maladies physiques	-.09	.01	-.31*	.07*
Antécédents médicaux	-.10	.03	-.07*	.00*
PADL	.08	.07	.03	.00
IADL	.32	.06	.15*	.01*
Mobilité	-.22	.06	-.09*	.01*
Soutien social	.11	.04	.06	.00
Étape 5				
Âge	.01	.00	.11*	.01*
Degré de scolarité	.01	.00	.04	.00
Acuité visuelle	-.09	.02	-.10*	.01*
Acuité auditive	-.03	.02	-.03	.00
Maladies physiques	-.07	.01	-.23*	.04*
Antécédents médicaux	-.10	.03	-.06*	.00*
PADL	.07	.07	.03	.00
IADL	.24	.05	.11*	.01*
Mobilité	-.20	.05	-.08*	.00*
Soutien social	-.06	.04	-.03	.00
Santé mentale	.03	.00	.16*	.02*
Bien-être psychologique	.00	.00	.01	.00
Satisfaction de vie	.02	.00	.21*	.03*

Note. $R^2 = .017$ pour Étape 1; $\Delta R^2 = .219$ pour Étape 2 ($p < .001$); $\Delta R^2 = .037$ pour Étape 3 ($p < .001$); $\Delta R^2 = .003$ pour Étape 4 ($p < .01$); $\Delta R^2 = .068$ pour Étape 5 ($p < .001$). * $p < .001$

Tableau 6b

Analyse de régression hiérarchique pour la prédiction de la santé subjective au Temps 1 pour les hommes (N=1336).

Variable	B	SE B	β	sr^2
Étape 1				
Âge	-.00	.00	-.03	.00
Degré de scolarité	.02	.01	.09*	.01*
Étape 2				
Âge	.00	.00	.03	.00
Degré de scolarité	.01	.00	.05	.00
Acuité visuelle	-.08	.02	-.08	.01
Acuité auditive	-.05	.02	-.06	.00
Maladies physiques	-.13	.01	-.41*	.15*
Antécédents médicaux	-.04	.03	-.03	.00
Étape 3				
Âge	.01	.00	.07	.00
Degré de scolarité	.01	.00	.05	.00
Acuité visuelle	-.07	.02	-.07	.00
Acuité auditive	-.04	.02	-.05	.00
Maladies physiques	-.12	.01	-.37*	.11*
Antécédents médicaux	-.02	.03	-.02	.00
PADL	.07	.13	.02	.00
IADL	.37	.07	.14*	.02*
Mobilité	-.20	.10	-.05	.00
Étape 4				
Âge	.01	.00	.06	.00
Degré de scolarité	.01	.00	.05	.00
Acuité visuelle	-.06	.02	-.07	.00
Acuité auditive	-.04	.02	-.05	.00
Maladies physiques	-.12	.01	-.37*	.11*
Antécédents médicaux	-.02	.03	-.02	.00
PADL	.07	.13	.02	.00
IADL	.37	.07	.14*	.02*
Mobilité	-.20	.10	-.05	.00
Soutien social	.02	.05	.01	.00
Étape 5				
Âge	.01	.00	.06	.00
Degré de scolarité	.01	.00	.05	.00
Acuité visuelle	-.04	.02	-.04	.00
Acuité auditive	-.04	.02	-.04	.00
Maladies physiques	-.10	.01	-.29*	.06*
Antécédents médicaux	-.02	.03	-.01	.00
PADL	-.03	.12	-.01	.00
IADL	.38	.07	.15*	.02*
Mobilité	-.17	.10	-.04	.00
Soutien social	-.10	.05	-.05	.00
Santé mentale	.03	.01	.13*	.01*
Bien-être psychologique	-.01	.00	-.04	.00
Satisfaction de vie	.03	.00	.22*	.03*

Note. $R^2 = .010$ pour Étape 1; $\Delta R^2 = .208$ pour Étape 2 ($p < .001$); $\Delta R^2 = .025$ pour Étape 3 ($p < .001$); $\Delta R^2 = .000$ pour Étape 4 ($p = .651$); $\Delta R^2 = .061$ pour Étape 5 ($p < .001$). * $p < .001$

Mise à l'épreuve du modèle intégratif de la santé subjective (Temps 1)

L'analyse du modèle de la santé subjective proposé a été effectuée à partir de la même base de données utilisée pour les analyses précédentes. Les lecteurs peuvent ainsi se référer aux analyses préliminaires décrites dans la première section des résultats pour une description des caractéristiques pertinentes des données utilisées dans les analyses suivantes. Il importe également de noter que le logiciel AMOS-5 (Arbuckle, 2003) a été employé pour les analyses de modèles d'équation structurale (MES) effectuées pour évaluer le modèle et que le degré de correspondance du modèle a été évalué à partir des mêmes indices statistiques utilisés pour tester le modèle de la mesure modifiée du fonctionnement psychologique positif (voir plus haut). De plus, la méthode d'estimation Bootstrap ML a encore une fois été appliquée pour minimiser l'impact des écarts de la normalité des données.

Le modèle de la santé subjective proposé dans la présente étude est dit un modèle hybride, puisqu'il intègre un modèle de mesure et un modèle structural. L'analyse d'un modèle hybride exige que les modèles de mesure soient d'abord évalués à partir d'une analyse factorielle confirmatoire, qui permet de déterminer si les variables observées semblent mesurer leur variable latente respective. Lorsque les modèles de mesure sont jugés satisfaisants, l'évaluation des relations inférées entre ces différentes variables peut être par la suite effectuée.

Ainsi, les modèles de mesure de la maladie physique, de la capacité fonctionnelle et du bien-être psychologique ont été évalués pour les hommes et les femmes séparément. À noter que les variables sociodémographiques (i.e. âge et scolarité), le soutien social et la santé subjective n'ont pas été intégrées dans un modèle de mesure puisqu'elles sont

représentées par une seule variable observée plutôt que par une variable latente qui sous-tend un ensemble de variables observées. Les hypothèses statistiques des modèles de mesure évalués étaient les suivantes : 1) les coefficients de régression de la variable latente « maladie physique » sur les variables observées « nombre de maladies », « antécédents médicaux », « acuité visuelle » et « acuité auditive » seront positifs et significatifs; 2) les coefficients de régression de la variable latente « statut fonctionnel » sur les variables observées « activités physiques de la vie quotidienne » et « activités instrumentales de la vie quotidienne » seront positifs et significatifs, alors que le coefficient sur la variable observée « mobilité » sera négatif et significatif; et 3) les coefficients de régression de la variable « bien-être psychologique » sur les variables observées « santé mentale », « fonctionnement psychologique positif » et « satisfaction de vie » seront positifs et significatifs. Il était également inféré que les trois facteurs seraient corrélés. Le coefficient de saturation entre chaque variable latente et sa première variable observée a été fixé à 1.0 pour fins d'identification du modèle.

Les résultats de ces analyses ont démontré un degré de concordance satisfaisant pour les hommes et les femmes ($\chi^2(32, N=1336)=112.69$ $p<.000$; AGFI= .97; CFI= .95; RMSEA=.043 et $\chi^2(32, N=2022)=210.91$ $p<.000$; AGFI= .96; CFI= .96; RMSEA=.045 respectivement). Encore une fois, le ratio de probabilité chi-carré (χ^2) n'a pas été considéré dans l'évaluation du degré d'ajustement des modèles, étant donné son hypersensibilité à la grandeur de l'échantillon. Puisque les indices de modification indiquaient un degré de corrélation relativement élevé entre les termes d'erreurs de l'acuité visuelle et auditive chez les femmes, une analyse post hoc a été effectuée avec l'ajout de cette covariance d'erreur au modèle initial. Des résultats encore plus

satisfaisants ($\chi^2(31, N=2022)=159.31$ $p<.000$; AGFI= .97; CFI= .97; RMSEA=.045) ont été obtenus avec cette modification, de sorte que celle-ci a été retenue dans le modèle final. Tous les paramètres estimés dans ces modèles de mesure étaient significatifs et les relations entre les variables latentes et observées allaient toutes dans le sens prédit. Les résultats de ces modèles de mesure sont représentés dans les figures 5a et 5b.

Figure 5a

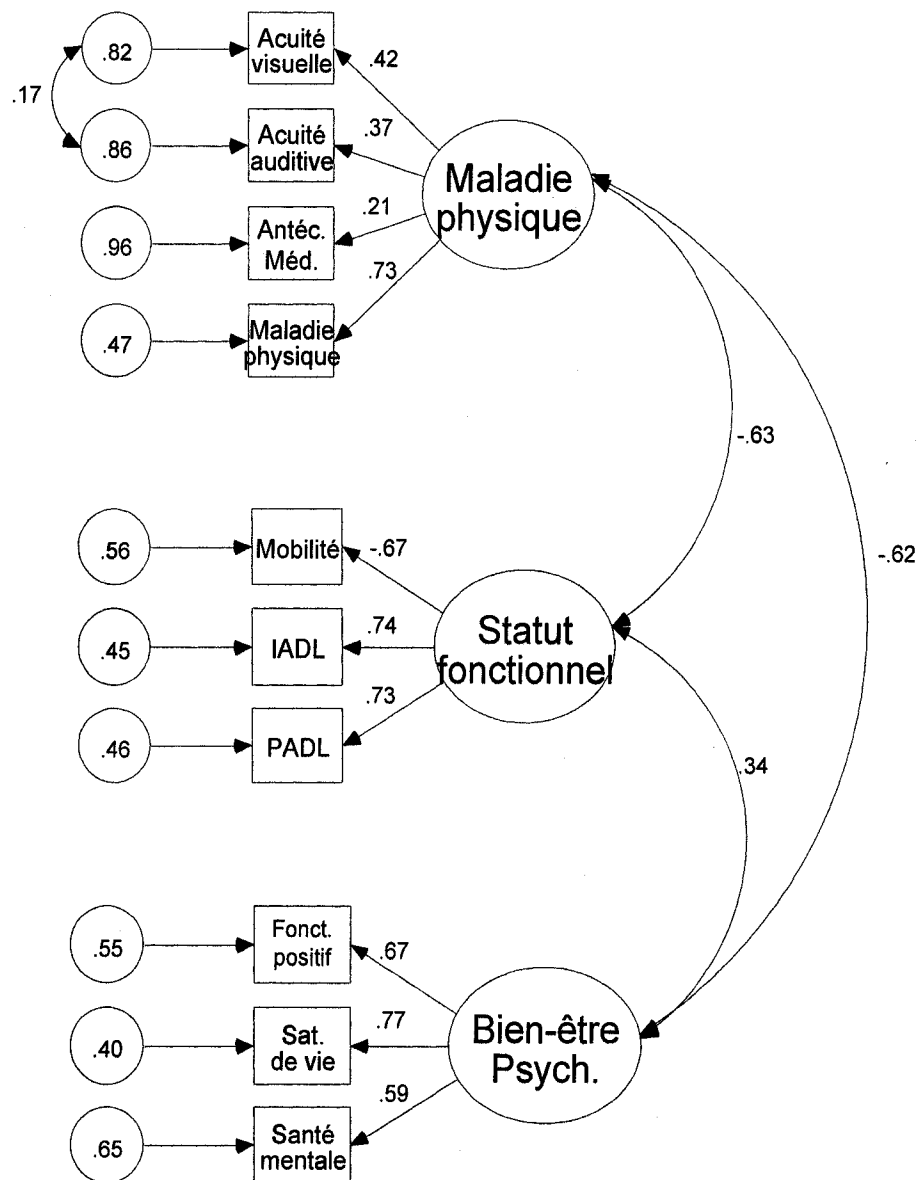
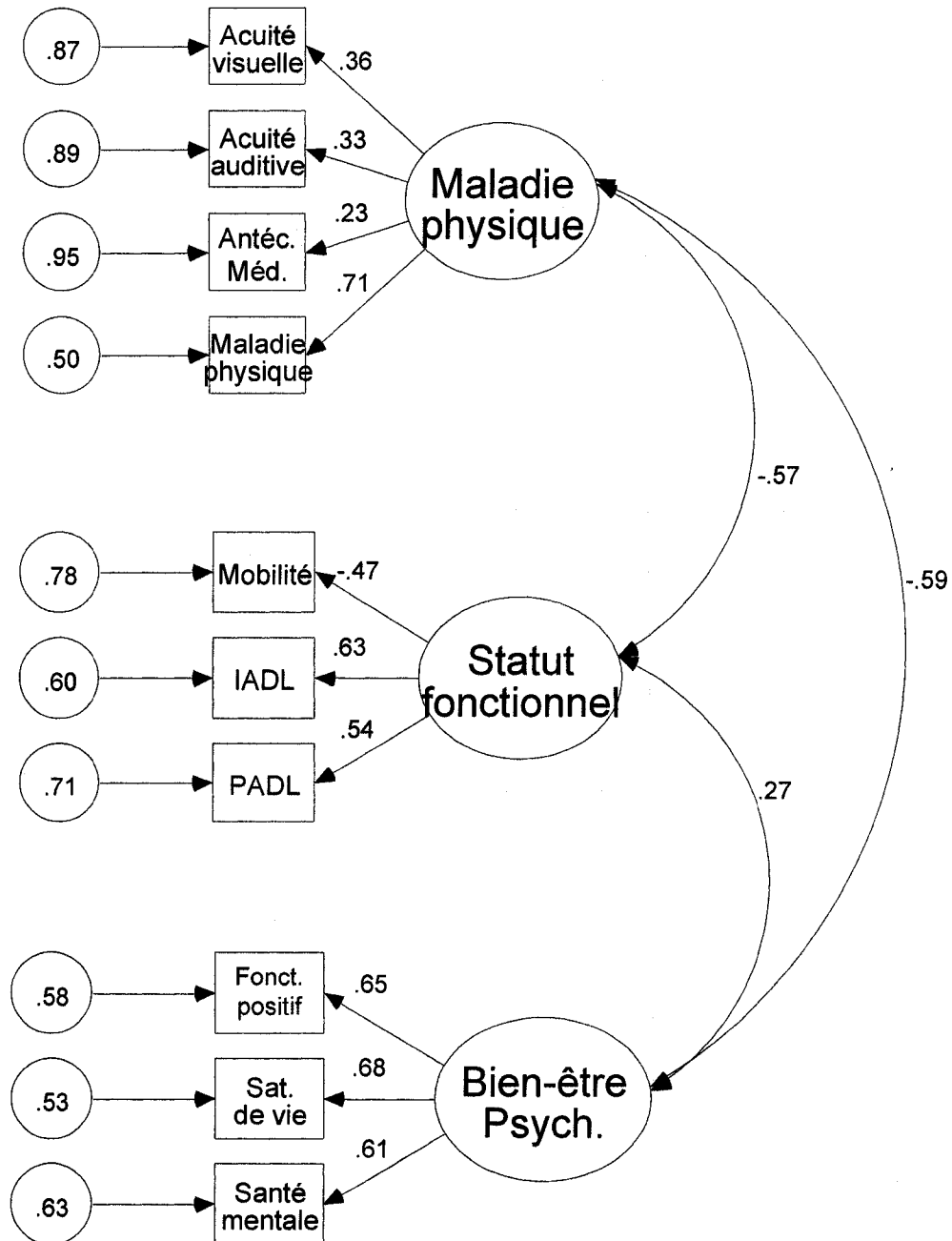
Modèle de mesure pour les femmes.

Figure 5b

Modèle de mesure pour les hommes.

Les modèles de mesure jugés satisfaisants, le modèle de la santé subjective proposé a ensuite été évalué, encore une fois séparément chez les hommes et les femmes. Tel que mentionné précédemment et illustré dans la figure 1 (voir premier chapitre), la dimension structurale du modèle reflète les hypothèses suivantes : 1) l'avance en âge aura un effet défavorable sur la maladie physique et le statut fonctionnel ; 2) un degré de scolarité plus élevé aura un effet favorable sur le bien-être psychologique, la maladie physique, le statut fonctionnel et la santé subjective ; 3) le soutien social aura un effet favorable sur le bien-être psychologique ; 4) le bien-être psychologique aura un effet favorable sur la maladie physique, le statut fonctionnel et la santé subjective ; 5) la maladie physique aura un effet défavorable sur le bien-être psychologique, le statut fonctionnel et la santé subjective ; et 6) un meilleur statut fonctionnel aura un effet favorable sur le bien-être psychologique et la santé subjective.

Il est bon de rappeler ici que des scores plus élevés pour les variables « maladie physique », « statut fonctionnel », « bien-être psychologique », « soutien social » et « santé subjective » indiquent respectivement une présence plus forte de maladie, un meilleur statut fonctionnel, un degré plus élevé de bien-être psychologique, un degré de satisfaction plus élevé à l'égard du soutien social et une meilleure santé subjective. Ainsi, les hypothèses statistiques de la dimension structurale du modèle sont les suivantes : 1) les coefficients de régression de la variable « âge » sur les variables « maladie physique » et « statut fonctionnel » seront, respectivement, significativement positifs et négatifs; 2) les coefficients de régression de la variable « degré de scolarité » sur les variables « bien-être psychologique », « statut fonctionnel » et « santé subjective » seront positifs et significatifs, alors que le coefficient sera négatif et significatif sur la

variable « maladie physique »; 3) le coefficient de régression de la variable « soutien social » sur la variable « bien-être psychologique » sera positif et significatif; 4) les coefficients de régression de la variable « bien-être psychologique » sur les variables « statut fonctionnel » et « santé subjective » seront positifs et significatifs, alors que le coefficient sur la variable « maladie physique » sera négatif et significatif; 5) les coefficients de régression de la variable « maladie physique » sur les variables « bien-être psychologique », « statut fonctionnel » et « santé subjective » seront négatifs et significatifs; 6) les coefficients de régression de la variable « statut fonctionnel » sur les variables « bien-être psychologique » et « santé subjective » seront positifs et significatifs. À noter que pour satisfaire aux critères d'identification statistique du modèle, les liens réciproques entre la variable « bien-être psychologique » et les variables « maladie physique » et « statut fonctionnel » ont été évalués à tour de rôle.

Ces analyses ont révélé un degré de correspondance satisfaisant pour le modèle de la santé subjective proposé ($\chi^2(66, N=2022)= 496.81$ $p<.000$; AGFI= .95; CFI= .93; RMSEA=.057 et $\chi^2(67, N=1336)=262.96$ $p<.000$; AGFI= .96; CFI= .92; RMSEA=.047 pour les femmes et les hommes respectivement). Cependant, les paramètres estimés du lien bidirectionnel entre le bien-être psychologique et le statut fonctionnel étaient inadmissibles puisque des coefficients de grandeur équivalente mais de signes opposés ont été obtenus, de sorte qu'ils ont été éliminés du modèle. Contrairement à ce qui était prédit, une relation positive significative n'a pas été trouvée entre le statut fonctionnel et le bien-être psychologique. L'analyse du modèle en l'absence d'un lien entre le statut fonctionnel et le bien-être psychologique a donné des résultats presque identiques à celle du modèle initial ($\chi^2(67, N=2022)= 497.04$ $p<.000$; AGFI= .95; CFI= .93; RMSEA=.056

et $\chi^2(68, N=1336)=265.39$ $p<.000$; AGFI= .96; CFI= .92; RMSEA=.047 pour les femmes et les hommes respectivement).

Par ailleurs, les indices de modification suggéraient la présence d'un lien possiblement significatif entre l'âge et la santé subjective. Puisque l'âge constituait un prédicteur de la santé subjective (en particulier pour les femmes et en combinaison avec le degré de scolarité pour les hommes) dans les analyses de régression multiple effectuées précédemment, ce lien a été inclu dans le modèle et une analyse post hoc a été effectuée avec l'ajout de ce paramètre. Les résultats suggéraient une amélioration significative du modèle chez les femmes et les hommes ($\chi^2(66, N=2022)= 445.63$ $p<.000$; AGFI= .95; CFI= .94; RMSEA=.053 ; $\Delta\chi^2=51.18$, $p<.001$ et $\chi^2(67, N=1336)= 253.15$ $p<.000$; AGFI= .96; CFI= .92; RMSEA=.046 ; $\Delta\chi^2=12.24$, $p<.001$, respectivement). Ce paramètre a donc été retenu dans le modèle. D'autres paramètres ont cependant été enlevés du modèle puisqu'ils n'étaient pas significatifs, soit les liens « maladie physique » sur « bien-être psychologique » et « degré de scolarité » sur « santé subjective » chez les deux sexes, ainsi que les liens « degré de scolarité » sur « bien-être psychologique » et « statut fonctionnel » chez les hommes. Bien que la valeur estimée du lien « statut fonctionnel » sur « santé subjective » n'était pas significative chez les hommes, celui-ci a été conservé dans le modèle en raison de son importance théorique et de son pouvoir de prédiction significatif dans l'analyse de régression hiérarchique. Les résultats des analyses finales avec l'exclusion de ces paramètres étaient encore une fois satisfaisants ($\chi^2(68, N=2022)= 446.04$ $p<.000$; AGFI= .95; CFI= .94; RMSEA=.052 et $\chi^2(71, N=1336)= 260.01$ $p<.000$; AGFI= .96; CFI= .92; RMSEA=.045 pour les femmes et les hommes respectivement). Les analyses de validation (*cross validation*) de ces

modèles finaux ont également démontré que leur structure ne varie pas significativement d'un échantillon à l'autre, ce qui appuie fortement leur validité. Les modèles de la santé subjective retenus pour les femmes et les hommes sont présentés dans les figures 6a et 6b respectivement.

En résumé, certaines des hypothèses postulées dans le cadre du modèle proposé ont été appuyées, alors que d'autres résultats se sont révélés contraires aux attentes. Tel que prédit, l'âge était associé à plus de maladie physique ($\beta=.32$, $p \leq .001$ pour les femmes ; $\beta=.17$, $p \leq .001$ pour les hommes) et à un moins bon statut fonctionnel ($\beta=-.30$, $p \leq .001$ pour les femmes ; $\beta=-.27$, $p \leq .001$ pour les hommes). Un degré de scolarité plus élevé était associé à moins de maladie physique chez les deux sexes ($\beta=-.08$, $p \leq .01$; $\beta=-.11$, $p \leq .001$ pour les femmes et hommes respectivement), alors qu'il prédisait un meilleur bien-être psychologique ($\beta=.16$, $p \leq .001$) chez les femmes seulement. Le soutien social était par ailleurs associé à un meilleur bien-être psychologique chez les femmes et les hommes ($\beta=.45$, $p \leq .001$; $\beta=.37$, $p \leq .001$ respectivement). À noter que le soutien social exerçait également des effets indirects favorables sur la santé subjective ($\beta=.23$, $p \leq .001$ pour les femmes; $\beta=.16$, $p \leq .001$ pour les hommes). Le bien-être psychologique était à son tour associé à moins de maladie physique ($\beta=-.62$, $p \leq .001$; $\beta=-.57$, $p \leq .001$) et à une meilleure santé subjective ($\beta=.16$, $p \leq .001$; $\beta=.13$, $p \leq .01$) chez les femmes et les hommes respectivement. De plus, le bien-être psychologique exerçait des effets indirects favorables sur la santé subjective ($\beta=.35$, $p \leq .001$ pour les femmes; $\beta=.31$, $p \leq .001$ pour les hommes), de sorte que les effets totaux étaient considérables ($\beta=.51$, $p \leq .001$ pour les femmes; $\beta=.44$, $p \leq .001$ pour les hommes). La maladie physique était pour sa part associée à une moins bonne santé subjective ($\beta=-.52$, $p \leq$

.001 pour les femmes; $\beta = -.50$, $p \leq .001$ pour les hommes) et à un statut fonctionnel plus pauvre ($\beta = -.54$, $p \leq .001$ pour les femmes ; $\beta = -.50$, $p \leq .001$ pour les hommes). Un statut fonctionnel plus élevé était associé à une meilleure santé subjective ($\beta = .09$ pour les deux sexes), quoique ce coefficient ait atteint un degré de signification minimal ($p < .05$) chez les femmes seulement. Tel que mentionné précédemment, ce dernier lien a tout de même été retenu dans le modèle final des hommes en raison de son importance théorique et des résultats de l'analyse de régression hiérarchique présentés plus haut. Le montant de variance expliquée de la santé subjective s'élevait à des niveaux importants de 43% pour les femmes et 38% pour les hommes.

Contrairement à ce qui était attendu, l'âge était associé directement et positivement à la santé subjective des femmes et des hommes ($\beta = .18$, $p \leq .001$; $\beta = .10$, $p \leq .001$ respectivement), l'avancement en âge étant ainsi associé à une meilleure santé subjective. En contraste, le degré de scolarité n'était pas associé significativement à la santé subjective chez les deux sexes, ni au bien-être psychologique et au statut fonctionnel chez les hommes. En outre, un plus grand degré de scolarité était associé à un moins bon statut fonctionnel chez les femmes, quoique cette relation était très faible ($\beta = -.07$, $p \leq .01$). Des effets indirects favorables ont par contre été trouvés entre le degré de scolarité et la santé subjective des femmes ($\beta = .12$, $p \leq .001$). De plus, une relation unidirectionnelle, plutôt que bidirectionnelle, a été trouvée entre le bien-être psychologique et la maladie physique. Plus spécifiquement, le lien « maladie physique » sur « bien-être psychologique » n'était pas significatif, alors qu'un coefficient significativement élevé a été trouvé pour la relation inverse. Enfin, les résultats suggéraient une absence de lien entre le bien-être psychologique et le statut fonctionnel.

Figure 6a

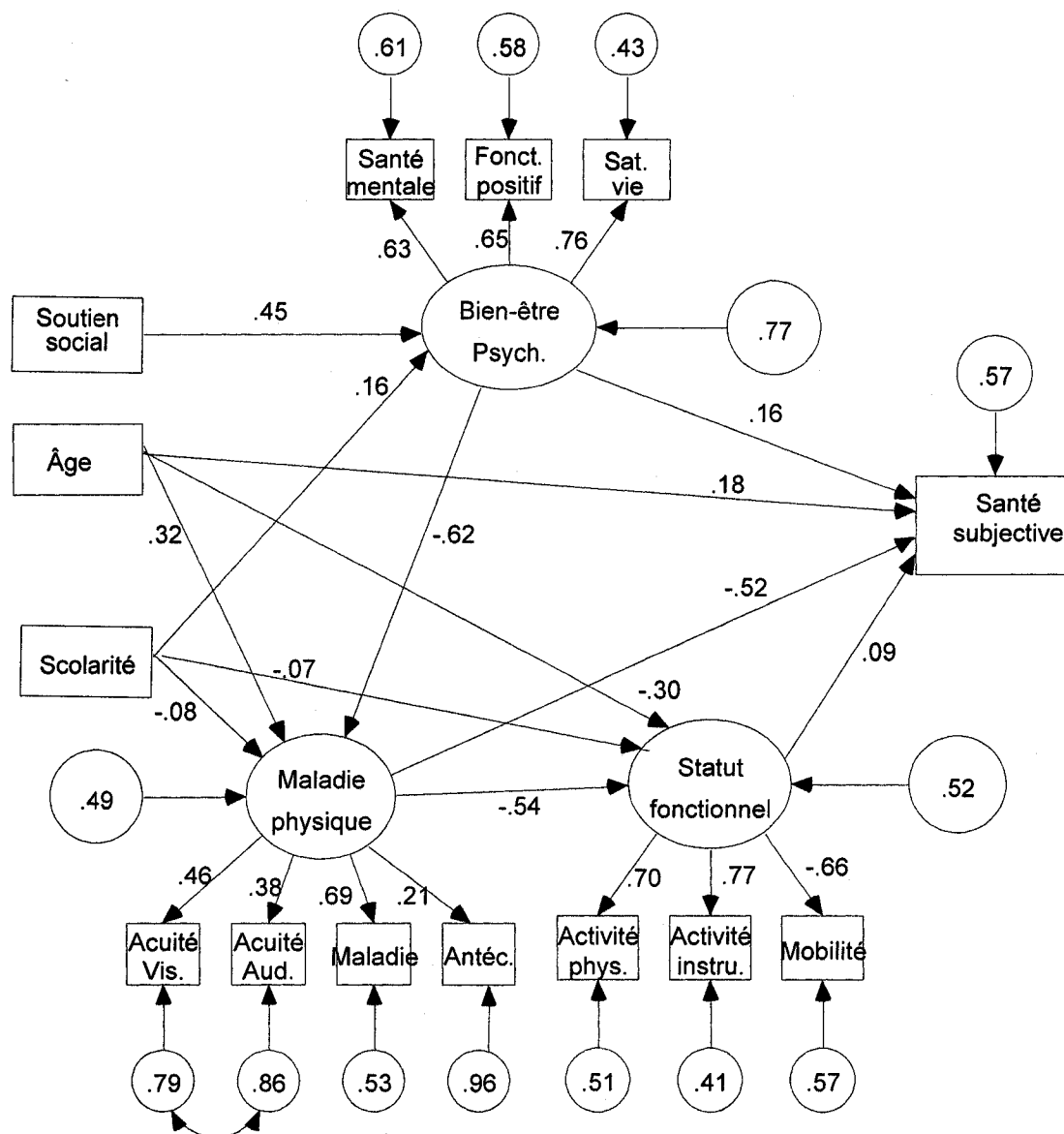
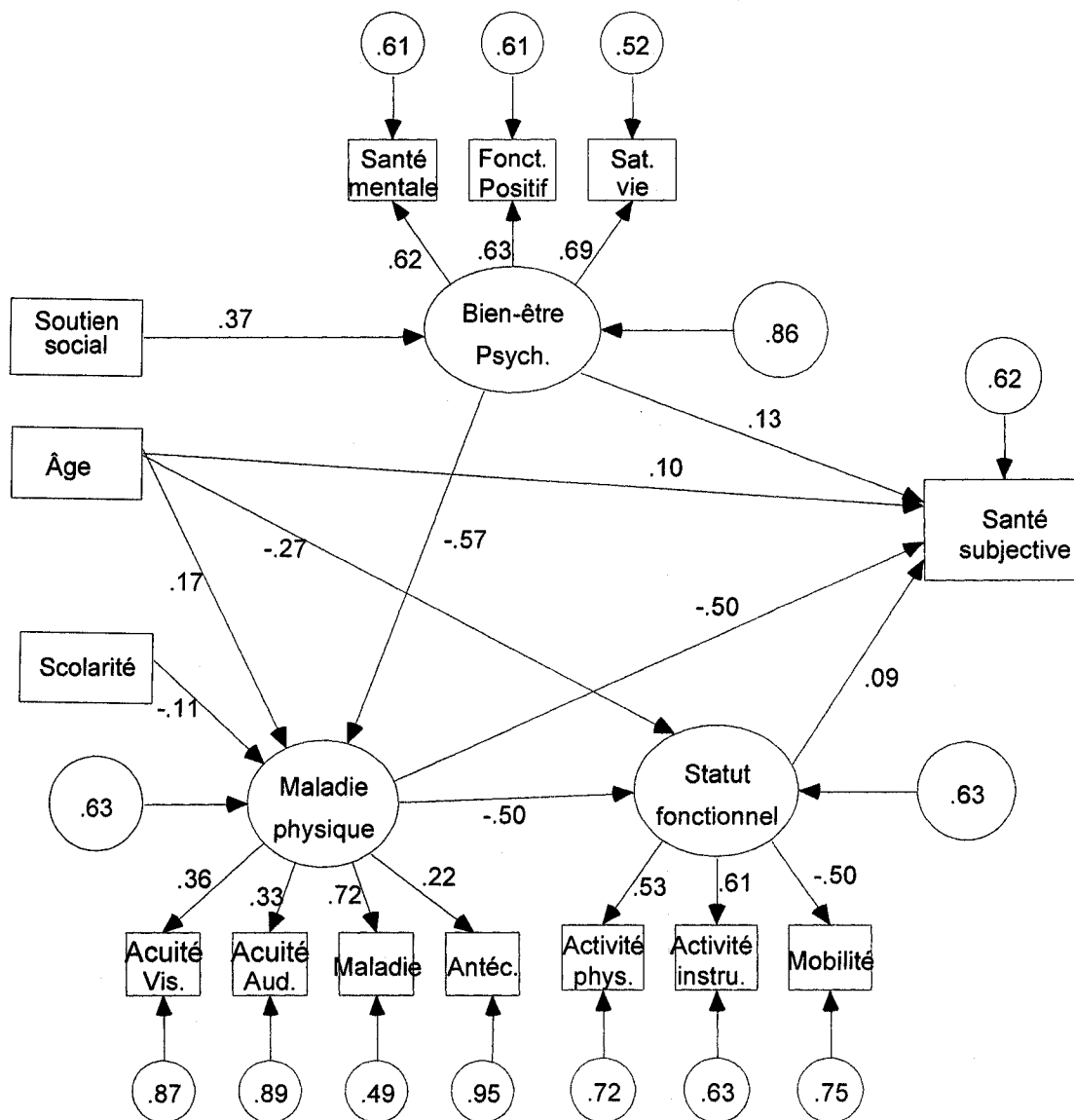
Modèle de la santé subjective au Temps 1 pour les femmes.

Figure 6b

Modèle de la santé subjective au Temps 1 pour les hommes.

Contributions du bien-être psychologique et du soutien social à la prédiction de la santé subjective à travers le temps (Temps 2)

En ce qui concerne la prédiction de la santé subjective au Temps 2 à partir des variables mesurées au Temps 1, les variables ont été entrées dans l'ordre présenté pour la prédiction de la santé subjective au Temps 1, mais avec l'ajout de la santé subjective au Temps 1 comme première variable entrée dans l'équation de régression hiérarchique. Il était inféré que le bien-être psychologique continuerait à contribuer à la prédiction de la santé subjective évaluée environ six ans plus tard. La contribution du soutien social a encore une fois été évaluée à titre d'analyse exploratoire.

Le total de la variance expliquée était de 21% ($R^2=.21$, R^2 ajusté=.20, $p<.001$) pour les hommes et de 27% ($R^2=.27$, R^2 ajusté=.26, $p<.001$) pour les femmes. La santé subjective, la maladie physique, la capacité fonctionnelle et le bien-être psychologique mesurés au Temps 1 contribuaient significativement ($p < .05$) à la prédiction de la santé subjective des femmes au Temps 2. Plus spécifiquement, la santé subjective entrée dans l'équation à l'étape 1 expliquait 23% de la variance. L'ajout des variables sociodémographiques à l'étape 2 ne contribuait pas à la prédiction de la santé subjective. La variance expliquée s'élevait à 25% avec l'ajout de la maladie physique à l'étape 3. Le statut fonctionnel, ajouté à l'équation à l'étape 4, augmentait la variance expliquée à 26%. Le soutien social inclus à l'étape 5 ne contribuait pas à prédire la santé subjective, mais l'ajout du bien-être psychologique à l'étape 6 élevait la variance expliquée à 27%. Chez les hommes, la prédiction de la santé subjective au Temps 2 était pour sa part améliorée significativement ($p < .05$) par l'inclusion séquentielle de la santé subjective à

l'étape 1 ($R^2=.16$), des variables sociodémographiques à l'étape 2 ($R^2=.16$), de la maladie physique à l'étape 3 ($R^2=.19$), du soutien social à l'étape 5 ($R^2=.20$) et du bien-être psychologique à l'étape 6 ($R^2=.21$). L'ajout du statut fonctionnel à l'équation à l'étape 4 ne contribuait aucunement à la prédiction de la santé subjective. À noter également que l'addition des variables sociodémographiques améliorait significativement la variance expliquée, mais que cette amélioration n'était pas substantielle.

En adoptant un degré de signification plus exigeant ($p \leq .001$), seules la santé subjective et la maladie physique contribuaient significativement à la variance expliquée de la santé subjective au Temps 2 chez les deux sexes, en plus du statut fonctionnel chez les femmes seulement. Au total, la variance expliquée de la santé subjective au Temps 2 à partir des variables mesurées au Temps 1 était de 27% et 21% chez les femmes et les hommes respectivement. Ces résultats sont remarquables étant donné le délai de six ans qui sépare les deux temps de mesure.

L'examen de l'unique contribution de chaque indicateur entré dans l'équation révèle que selon un degré de signification de $p \leq .001$, seule la contribution unique de la santé subjective mesurée au Temps 1 était significative chez les deux sexes. Le nombre de maladies contribuait également de façon significative à la variance expliquée chez les femmes à ce même degré de signification et chez les hommes à un degré de signification moins élevé ($p \leq .01$).

En somme, seulement une partie des variables indépendantes mesurées au Temps 1, c'est-à-dire la santé subjective, la maladie physique et le bien-être psychologique, continuaient ainsi de prédire la santé subjective au Temps 2 chez les deux sexes. La variance expliquée était également améliorée significativement par l'ajout du soutien

social et des variables sociodémographiques chez les hommes seulement, alors que la variance expliquée chez les femmes était plutôt améliorée par l'ajout du statut fonctionnel. À noter cependant que la santé subjective mesurée au Temps 1 expliquait la plus grande proportion de la variance de la santé subjective au Temps 2, et que la contribution des autres variables était moins substantielle, bien que significative à un niveau de $p \leq .05$. D'après ce degré de signification plus libéral, l'hypothèse selon laquelle le bien-être psychologique au Temps 1 continuerait à prédire la santé subjective au Temps 2 serait donc appuyée. Cependant, l'ajout de cette variable à l'équation ne contribue qu'à expliquer seulement 1% de la variance chez les hommes et les femmes.

Selon un degré de signification plus exigeant ($p \leq .001$) qui tient mieux compte de la grandeur de l'échantillon, seules la santé subjective et la maladie physique contribuaient significativement à la variance expliquée de la santé subjective au Temps 2 chez les deux sexes, en plus du statut fonctionnel chez les femmes seulement. Ces résultats ainsi que la réduction de la variance expliquée de la santé subjective au Temps 2 sont peu étonnants compte tenu de l'intervalle de six ans qui séparait les deux temps de mesure. Qui plus est, ces résultats ne tiennent pas compte des effets indirects que peuvent exercer les autres variables à travers la santé subjective au Temps 1. Ces effets ont été considérés dans l'analyse de MES subséquente.

Tableau 7a

Analyse de régression hiérarchique pour la prédiction de la santé subjective au Temps 2 pour les femmes (N=1426).

Variable	B	SE B	β	sr^2
Étape 1				
Santé subjective- Temps 1	.50	.03	.48*	.23*
Étape 2				
Santé subjective- Temps 1	.50	.03	.47*	.22*
Âge	-.00	.00	-.03	.00
Degré de scolarité	.01	.01	.03	.00
Étape 3				
Santé subjective- Temps 1	.41	.03	.39*	.12*
Âge	-.00	.00	.01	.00
Degré de scolarité	-.00	.01	.01	.00
Acuité visuelle	-.04	.02	-.05	.00
Acuité auditive	-.03	.02	-.03	.00
Maladies physiques	-.05	.01	-.15*	.02*
Antécédents médicaux	-.04	.04	-.03	.00
Étape 4				
Santé subjective- Temps 1	.39	.03	.37*	.10*
Âge	.01	.00	.04	.00
Degré de scolarité	-.00	.01	.02	.00
Acuité visuelle	-.04	.02	-.04	.00
Acuité auditive	-.03	.02	-.03	.00
Maladies physiques	-.04	.01	-.13*	.01*
Antécédents médicaux	-.03	.04	-.02	.00
PADL	-.00	.09	-.00	.00
IADL	.23	.07	.10*	.01*
Mobilité	-.06	.07	-.02	.00
Étape 5				
Santé subjective- Temps 1	.38	.03	.36*	.10*
Âge	.01	.00	.04	.00
Degré de scolarité	-.00	.01	.02	.00
Acuité visuelle	-.04	.02	-.04	.00
Acuité auditive	-.03	.02	-.03	.00
Maladies physiques	-.04	.01	-.12*	.01*
Antécédents médicaux	-.03	.04	-.02	.00
PADL	.01	.09	-.00	.00
IADL	.22	.07	.09	.01
Mobilité	-.07	.07	-.03	.00
Soutien social	.07	.05	.03	.00
Étape 6				
Santé subjective- Temps 1	.36	.03	.34*	.08*
Âge	-.00	.00	.03	.00
Degré de scolarité	-.00	.01	.01	.00
Acuité visuelle	-.04	.02	-.04	.00
Acuité auditive	-.02	.02	-.03	.00
Maladies physiques	-.03	.01	-.11*	.01*
Antécédents médicaux	-.03	.04	-.02	.00
PADL	.02	.09	.01	.00
IADL	.20	.07	.08	.00
Mobilité	-.07	.07	-.03	.00

Soutien social	.02	.05	.01	.00
Santé mentale	.01	.01	.06	.00
Bien-être psychologique	-.00	.00	.02	.00
Satisfaction de vie	-.00	.00	.01	.00

Note. $R^2 = 0.226$ pour Étape 1; $\Delta R^2 = .002$ pour Étape 2 ($p = .149$); $\Delta R^2 = .025$ pour Étape 3 ($p < .001$); $\Delta R^2 = .009$ pour Étape 4 ($p < .001$); $\Delta R^2 = .001$ pour Étape 5 ($p = .182$); $\Delta R^2 = .005$ pour Étape 6 ($p < .05$).
* $p < .001$

Tableau 7b

Analyse de régression hiérarchique pour la prédiction de la santé subjective au Temps 2 pour les hommes (N=868).

Variable	B	SE B	β	sr^2
Étape 1				
Santé subjective- Temps 1	.44	.04	.40*	.16*
Étape 2				
Santé subjective- Temps 1	.43	.04	.39*	.15*
Âge	-.01	.00	-.05	.00
Degré de scolarité	.01	.01	.06	.00
Étape 3				
Santé subjective- Temps 1	.35	.04	.32*	.08*
Âge	-.01	.00	-.04	.00
Degré de scolarité	.01	.01	.06	.00
Acuité visuelle	-.09	.03	-.09	.01
Acuité auditive	.04	.03	.04	.00
Maladies physiques	-.04	.01	-.13*	.01*
Antécédents médicaux	-.06	.04	-.05	.00
Étape 4				
Santé subjective- Temps 1	.35	.04	.32*	.08*
Âge	-.01	.00	-.04	.00
Degré de scolarité	.01	.01	.06	.00
Acuité visuelle	-.09	.03	-.10	.01
Acuité auditive	.04	.03	.04	.00
Maladies physiques	-.05	.01	-.13*	.01*
Antécédents médicaux	-.06	.04	-.05	.00
PADL	-.05	.20	-.01	.00
IADL	-.02	.10	-.01	.00
Mobilité	-.01	.13	-.00	.00
Étape 5				
Santé subjective- Temps 1	.35	.04	.32*	.08*
Âge	-.01	.00	-.04	.00
Degré de scolarité	.01	.01	.06	.00
Acuité visuelle	-.09	.03	-.09	.01
Acuité auditive	.04	.03	.04	.00
Maladies physiques	-.04	.01	-.13*	.01*
Antécédents médicaux	-.06	.04	-.05	.00
PADL	-.07	.20	-.01	.00
IADL	-.04	.10	-.01	.00
Mobilité	-.00	.13	-.00	.00
Soutien social	.14	.06	.07	.01*
Étape 6				
Santé subjective- Temps 1	.32	.04	.29*	.06*

Âge	-.01	.00	-.03	.00
Degré de scolarité	.01	.01	.05	.00
Acuité visuelle	-.07	.03	-.08	.01
Acuité auditive	.04	.03	.05	.00
Maladies physiques	-.04	.01	-.11	.01
Antécédents médicaux	-.07	.04	-.05	.00
PADL	-.07	.20	-.01	.00
IADL	-.02	.10	-.01	.00
Mobilité	-.01	.13	-.00	.00
Soutien social	.08	.07	.04	.00
Santé mentale	-.00	.01	-.01	.00
Bien-être psychologique	.01	.01	.07	.00
Satisfaction de vie	.01	.01	.08	.01

Note. $R^2 = 0.156$ pour Étape 1; $\Delta R^2 = .007$ pour Étape 2 ($p < .05$); $\Delta R^2 = .029$ pour Étape 3 ($p < .001$); $\Delta R^2 = .000$ pour Étape 4 ($p = .986$); $\Delta R^2 = .005$ pour Étape 5 ($p < .05$); $\Delta R^2 = .012$ pour Étape 6 ($p < .01$).

* $p < .001$

Mise à l'épreuve du modèle intégratif de la santé subjective à travers le temps (Temps 2)

Le modèle final retenu dans le cadre du deuxième objectif a par la suite été testé auprès de la santé subjective au Temps 2, c'est-à-dire mesurée six ans plus tard. La santé subjective au Temps 2 a ainsi été ajoutée aux modèles retenus pour les hommes et les femmes, puis des paramètres ont été inclus pour tenir compte des déterminants inférés de cette nouvelle variable dépendante. Plus spécifiquement, il était prédit que les coefficients entre « santé subjective- Temps 1 », « bien-être psychologique » et « âge » sur « santé subjective- Temps 2 » seraient positifs et significatifs, alors que le coefficient de la « maladie physique » sur « santé subjective- Temps 2 » serait négatif et significatif. Un lien entre le statut fonctionnel et la santé subjective au Temps 2 a été inclus dans ce modèle, mais il était prévu que celui-ci ne serait pas significatif étant donné le faible degré de relation trouvé entre ces deux variables au premier temps de mesure.

Les résultats de ces analyses ont démontré un degré de concordance acceptable pour les modèles des femmes et des hommes ($\chi^2(77, N=1426)= 329.47 p<.000$; AGFI= .95; CFI= .94; RMSEA=.048 et $\chi^2(80, N=868)= 217.84 p<.000$; AGFI= .95; CFI= .91; RMSEA=.045, respectivement). Cependant, certains des paramètres du modèle n'étaient pas significatifs et ont donc été enlevés. Les liens « âge », « statut fonctionnel » et « bien-être psychologique » sur « santé subjective- Temps 2 » ont ainsi été enlevés dans le modèle des femmes. Cette décision était consistante avec les résultats obtenus dans les analyses précédentes. En effet, l'âge ne contribuait pas significativement à expliquer la variance de la santé subjective au Temps 2 dans l'analyse de régression hiérarchique et la contribution du bien-être psychologique était minimale. De plus, l'association entre le statut fonctionnel et la santé subjective aux deux temps de

mesure était significative mais faible dans les analyses de régression et de MES. Bien que le lien « statut fonctionnel » sur « santé subjective- Temps 1 » n'était plus significatif dans ce modèle, celui-ci a été retenu afin de tenir compte de son importance théorique et en raison de l'association significative trouvée dans la première analyse de régression hiérarchique. Ce résultat reflète néanmoins une instabilité dans ce lien. En ce qui a trait aux hommes, les liens « âge » et « statut fonctionnel » sur « santé subjective- Temps 2 » n'étaient pas significatifs (tout comme dans l'analyse de régression précédente) et ont donc été enlevés du modèle. Le lien entre l'âge et la santé subjective au Temps 1 a été retenu malgré le fait qu'il ne soit plus significatif, puisqu'il l'était dans le modèle initial. Ce résultat suggère également une certaine instabilité au niveau de ce lien. Tout comme les femmes, le lien « statut fonctionnel » sur « santé subjective- Temps 1 » a été retenu pour les mêmes raisons. Les résultats des analyses post hoc avec l'exclusion de ces paramètres étaient encore une fois acceptables ($\chi^2(80, N=1426)= 338.92 p<.000$; AGFI= .95; CFI= .94; RMSEA=.048 et $\chi^2(82, N=868)= 220.26 p<.000$; AGFI= .95; CFI= .91; RMSEA=.044 pour les femmes et les hommes respectivement). La validité de ces modèles a également été appuyée par les analyses de validation (*cross validation*), qui ont démontré que leur structure ne varie pas significativement d'un échantillon à l'autre. Les modèles finaux de la santé subjective au Temps 2 pour les femmes et les hommes sont présentés dans les figures 7a et 7b respectivement.

Tel qu'inféré, la santé subjective au Temps 1 était associée positivement et significativement à la santé subjective au Temps 2 des femmes et des hommes, alors que la maladie était associée négativement et significativement ($\beta=.29$ et $\beta=-.30, p \leq .001$; $\beta=.23$ et $\beta=-.19, p \leq .01$, respectivement). En d'autres termes, une meilleure santé

subjective au Temps 2 était associée à moins de maladie physique et à une meilleure santé subjective au Temps 1. La maladie physique exerçait également des effets indirects sur la santé subjective, pour résulter en des effets totaux plus élevés ($\beta = -.46$ pour les femmes et $\beta = -.30$ pour les hommes, $p \leq .001$). Quant aux hommes, le bien-être psychologique était significativement associé de façon positive à la santé subjective au Temps 2 ($\beta = .15$, $p \leq .01$). Un effet indirect a également été noté ($\beta = .19$, $p \leq .01$), pour donner un effet total plus important ($\beta = .34$, $p \leq .001$). Bien que l'effet direct du bien-être psychologique sur la santé subjective n'était pas significatif chez les femmes, il continuait à exercer un effet indirect considérable sur la santé subjective au deuxième temps de mesure ($\beta = .33$, $p \leq .001$). Ainsi, un plus grand degré de bien-être psychologique au Temps 1 était associé à une meilleure santé subjective six ans plus tard. À noter que le soutien social continuait également à exercer un effet indirect favorable sur la santé subjective mesurée au Temps 2 ($\beta = .15$, $p \leq .01$ pour les femmes ; $\beta = .14$, $p \leq .01$ pour les hommes). Cet effet était statistiquement significatif, quoique petit, chez les deux sexes. Comme prévu, le lien « statut fonctionnel » sur « santé subjective- Temps 2 » n'était pas significatif chez les hommes et les femmes. Contrairement à ce qui était attendu, l'âge chez les deux sexes, ainsi que le bien-être psychologique chez les femmes, n'exerçaient pas non plus d'effets directs significatifs sur la santé subjective au deuxième temps de mesure. Ces résultats sont consistants avec le pouvoir de prédiction limité de ces variables sur la santé subjective au Temps 2 trouvé dans l'analyse de régression hiérarchique. La variance expliquée de la santé subjective au deuxième temps de mesure était de 28 % pour les femmes et 21% pour les hommes. Ces montants restent considérables compte tenu de la période de six ans qui sépare les deux temps de mesure.

Figure 7a

Modèle de la santé subjective au Temps 2 pour les femmes.

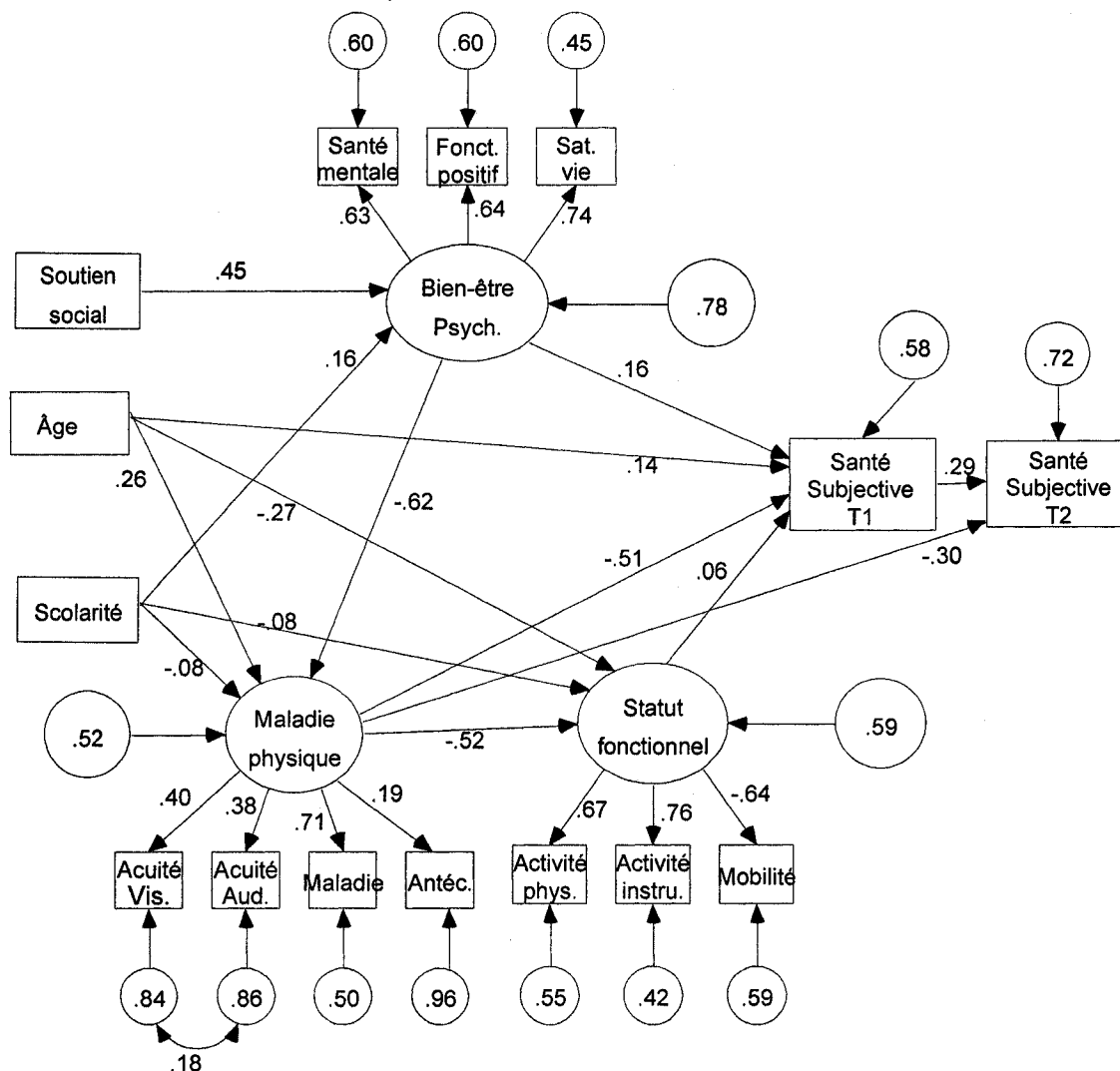
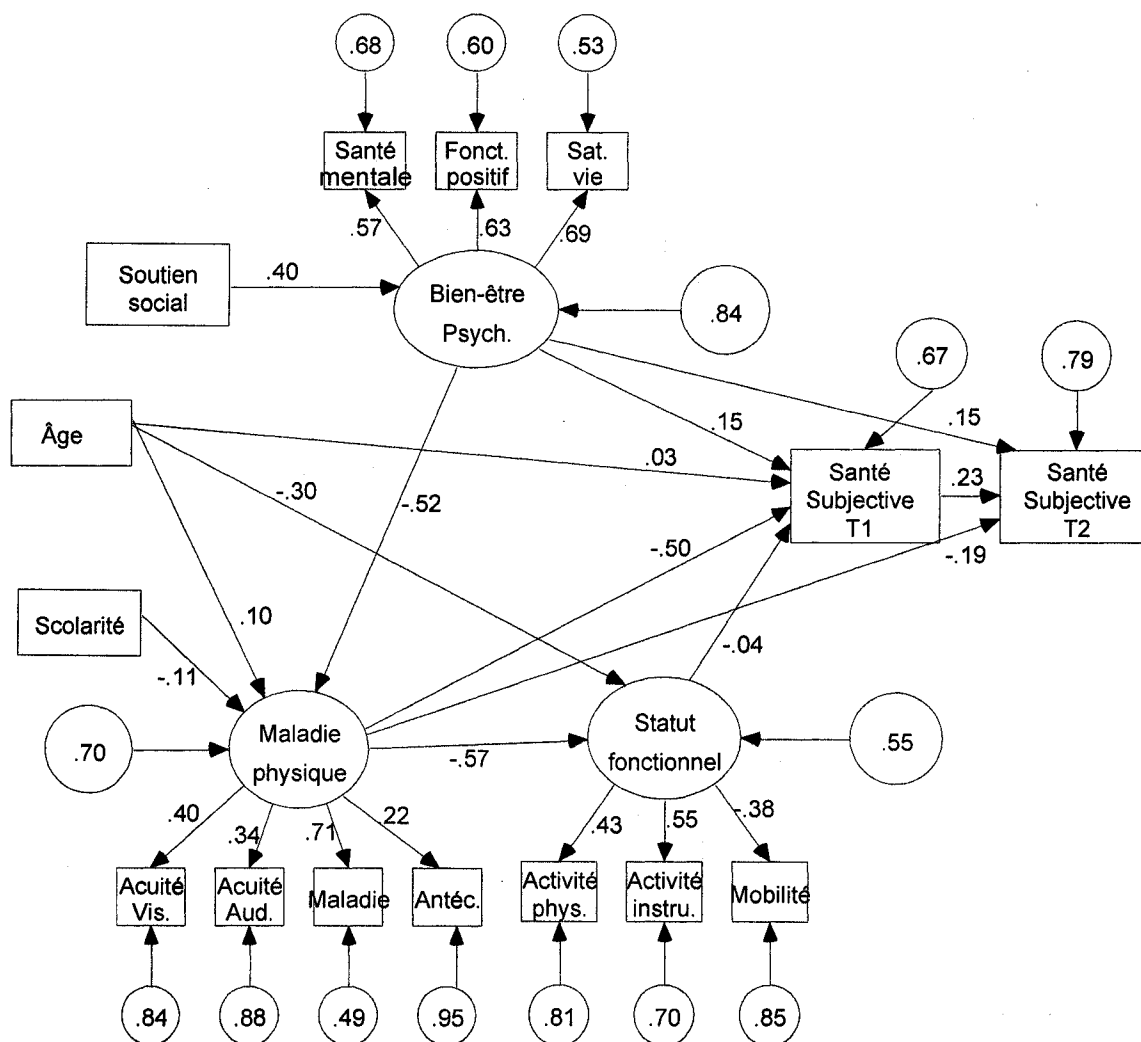


Figure 7b

Modèle de la santé subjective au Temps 2 pour les hommes.

DISCUSSION

À la lumière des modèles de la santé subjective et des résultats empiriques décrits dans le premier chapitre, la présente étude visait principalement à évaluer dans quelle mesure le bien-être psychologique et le soutien social pouvaient contribuer à favoriser une meilleure santé subjective à l'âge avancé. Cet objectif était largement inspiré de la psychologie positive, qui favorise entre autres l'identification de facteurs de protection plutôt que de facteurs de risque pour la santé mentale et physique. Les stratégies choisies pour atteindre cet objectif incluaient ainsi, dans un premier temps, l'évaluation des contributions du bien-être psychologique et du soutien social à la prédiction de la santé subjective. Étant donné l'inconsistance des résultats trouvés dans la littérature en ce qui a trait à l'influence du soutien social sur la santé subjective, l'influence de cette variable a été examinée de façon exploratoire. Le deuxième et principal objectif de la présente étude consistait à mettre à l'épreuve un modèle intégratif de la santé subjective qui incluait entre autres des indicateurs positifs du bien-être psychologique. Les contributions du bien-être psychologique et du soutien social à la prédiction de la santé subjective à travers le temps ont été examinées en troisième lieu. Le dernier objectif visait à évaluer dans quelle mesure le modèle final permettait de prédire la santé subjective à travers le temps. Les résultats obtenus pour chacun de ces objectifs seront réitérés dans le texte qui suit. L'interprétation et les implications qui en découlent seront également discutées.

Mais d'abord, il est important de rappeler que pour les fins des quatre objectifs énumérés ci-dessus, la version abrégée des échelles du bien-être psychologique de Ryff ont en premier lieu été intégrées pour former une échelle du fonctionnement psychologique positif qui serait acceptable d'un point de vue psychométrique. Tel que

décrit dans les paragraphes suivants, les résultats d'analyses effectuées sur cet instrument de mesure pointent vers des considérations pertinentes en ce qui a trait à son utilisation auprès d'une population âgée et il est bon de les commenter en premier lieu.

Développement d'une mesure modifiée du fonctionnement psychologique positif

Des analyses de fidélité ont révélé que chez les hommes et les femmes de la présente étude, les mêmes six énoncés diminuaient la consistance interne du regroupement des échelles abrégées du bien-être psychologique de Ryff. Ceux-ci comprenaient les trois énoncés de l'échelle du Motif de Vie (« *I live life one day at a time and don't really think about the future* », « *I sometimes feel as if I've done all there is to do in life* » et « *Some people wander aimlessly through life, but I am not one of them* »), deux énoncés de l'échelle de Croissance Personnelle (« *I think it is important to have new experiences that challenge how you think about yourself and the world* » et « *I gave up trying to make big improvements or changes in my life a long time ago* ») et un énoncé de l'échelle d'Autonomie (« *I tend to be influenced by people with strong opinions* »).

Tel que mentionné précédemment, les résultats de plusieurs autres études (Ryff, 1989b; 1991; 1995a; Ryff & Keyes, 1995) ont indiqué que les dimensions du Motif de Vie et de Croissance Personnelle ont tendance à être plus faibles à un âge plus avancé, ce qui suggère possiblement que dans l'ensemble, ces composantes du bien-être psychologique sont relativement moins prégnantes à l'âge adulte avancé comparativement aux autres dimensions intégrées dans cette mesure et aux autres phases du développement adulte. Il est par ailleurs possible que les énoncés qui composent ces échelles ne soient pas tous appropriés pour mesurer ces dimensions du bien-être psychologique auprès de personnes âgées. Par exemple, l'énoncé « *I live life one day at a*

time and don't really think about the future » reflète peut-être une approche adaptative à l'égard de la vie à un âge avancé. Avec la conscience que l'avenir devient de plus en plus précaire avec l'avancement en âge, il est effectivement probable que la tendance à profiter du moment présent s'avère plus bénéfique pour le bien-être psychologique que de réfléchir à un avenir incertain. Dans le même ordre d'idées, l'énoncé « *I sometimes feel as if I've done all there is to do in life* » peut traduire une perception favorable des accomplissements du passé plutôt qu'une absence de motif de vie. On peut d'ailleurs inférer que le sentiment contraire de ne pas avoir accompli tout ce qui était souhaité, pourrait potentiellement susciter un sentiment de détresse lorsque les possibilités d'accomplir de telles choses sont limitées par certaines circonstances associées au vieillissement. De façon similaire, l'énoncé « *I gave up trying to make big improvements or changes in my life a long time ago* » représente possiblement une stratégie adaptative dans le contexte du vieillissement, où les ressources physiques, matérielles ou temporelles exigées pour effectuer des changements importants ont tendance à être plus limitées. Il peut en effet s'avérer plus adaptatif pour la personne âgée d'ajuster ses aspirations et ses objectifs personnels conformément à ce qui lui est possible d'accomplir dans sa situation de vie actuelle, soit à travers un processus cognitif d'accommodation (Brandstädter & Greve, 1994).

En somme, les résultats obtenus incitent une reconsidération du choix de certains énoncés compris dans la version abrégée des échelles de Ryff, afin que cet instrument soit plus approprié auprès de populations âgées. Les échelles du Motif de vie et de Croissance Personnelle méritent plus particulièrement d'être réévaluées, avec une plus grande attention portée aux implications posées par le vieillissement sur ces composantes

du bien-être psychologique. Une réflexion sur les manifestations de ces dimensions du bien-être psychologique à l'âge adulte avancé serait ainsi recommandée pour développer des énoncés de mesure plus adéquats. On pourrait entre autres envisager des énoncés qui mettraient plus d'emphasis sur l'identification de sources de signification dans le présent, plutôt que dans le futur, ainsi que sur les possibilités de croissance personnelle dans des domaines plus introspectifs (tels qu'au niveau de la spiritualité ou des relations interpersonnelles), plutôt que comportementaux.

Bien qu'il aurait été souhaitable d'inclure des mesures du Motif de Vie et de Croissance Personnelle à titre d'indicateurs du fonctionnement psychologique positif, d'autres composantes importantes ont été retenues, soit l'Acceptation de Soi, la Maîtrise de l'Environnement, les Relations Positives avec Autrui et l'Autonomie. Un énoncé mesurant la Croissance Personnelle a également été conservé. Les résultats d'analyses ont démontré que la combinaison de ces différentes sous-échelles en une échelle globale du fonctionnement psychologique positif augmentait la consistance interne à un niveau plus acceptable. Une analyse factorielle confirmatoire a également appuyé la structure de la mesure proposée avec l'inclusion de covariances d'erreurs entre différents énoncés dont le rapprochement était fondé logiquement et/ou empiriquement. Nous reconnaissons toutefois que cette procédure de reconstitution d'une mesure existante sous un format « maison » n'est pas idéale et que le développement d'une mesure à partir d'un plus grand bassin d'énoncés et basé sur des principes psychométriques rigoureux serait préférable. Malgré ces réserves, la combinaison de cette mesure modifiée avec les indicateurs plus traditionnels de la satisfaction de vie et de la santé mentale était jugée satisfaisante pour mesurer l'étendue conceptuelle du bien-être psychologique et ainsi

explorer les questions principales posées dans la présente étude, discutées dans le texte qui suit.

Contributions du bien-être psychologique et du soutien social à la prédiction de la santé subjective (Temps 1)

Le premier objectif de la présente étude consistait à évaluer les contributions du bien-être psychologique et du soutien social à la prédiction de la santé subjective au Temps 1. Les résultats obtenus ont appuyé l'hypothèse selon laquelle le bien-être psychologique contribuerait significativement à la prédiction de la santé subjective après avoir tenu compte de l'effet des variables sociodémographiques, de la maladie physique, du statut fonctionnel et du soutien social. Plus spécifiquement, après avoir contrôlé pour l'effet de toutes ces variables, le bien-être psychologique expliquait à lui seul une proportion significative de la variance et représentait le deuxième plus important prédicteur de la santé subjective après la maladie physique. Le statut fonctionnel et les variables sociodémographiques contribuaient aussi à la variance expliquée, quoique la contribution des variables sociodémographiques n'était pas considérée significative pour les hommes d'après un critère de signification plus exigeant de $p \leq .001$. De plus, les résultats ont dévoilé que le soutien social ne contribuait pas de façon substantielle à la prédiction de la santé subjective des hommes et des femmes.

Il est intéressant de constater que les contributions des différentes variables étaient dans l'ensemble très similaires chez les deux sexes. Ces résultats font contraste aux résultats de certaines études, qui suggéraient que les prédicteurs de la santé subjective différaient selon le sexe (Gonzalez et al., 2002; Heikkinen et al., 1997; Leinonen et al., 1999; Prager et al., 1999; Prus & Gee, 2003; Rodin & McAvay, 1992; Schulz et al.,

1994). Des différences ont néanmoins été constatées à l'examen de la variance unique des différents indicateurs qui composaient les blocs de variables entrés dans l'équation. Toutefois, les résultats indiquent également que la contribution unique de chaque indicateur est plutôt limitée comparativement au pouvoir de prédiction combiné de ces indicateurs en tant que groupes de variables. Ces résultats suggèrent ainsi qu'il s'avère préférable de considérer ces indicateurs en tant que groupes plutôt qu'individuellement, ce qui est entièrement consistant avec la méthode employée dans les analyses de modèles d'équation structurale (MES) effectuées subséquentement, où chaque variable « latente » du modèle était représentée par de multiples indicateurs.

L'absence de relation significative trouvée entre le soutien social et la santé subjective des hommes et des femmes (à un degré de signification plus rigoureux) contredit les résultats de certaines études (ex : Krause, 1987b, Zunzunegui et al., 2001), mais confirme ceux d'autres études (ex : Benyamini et al., 2000; Landau & Litwin, 2001; Rodin & McAvay, 1992; Sherman et al., 2006). Or, il est important de noter que l'instrument utilisé pour mesurer le soutien social dans la présente étude évaluait la satisfaction à l'égard de la quantité de différents types de soutien, dont le soutien de types émotionnel et instrumental (ou tangible). Compte tenu des études qui ont démontré que la disponibilité de soutien émotionnel était associée à une meilleure santé subjective alors qu'un plus grand degré de soutien tangible reçu était associé à une santé subjective plus pauvre (Liu et al., 1995; Zunzunegui et al., 2001), il se peut que nos résultats aient été atténués par la combinaison de ces deux formes de soutien en une mesure. Ainsi, il serait préférable dans des études futures d'utiliser une mesure qui distingue entre ces différentes formes de soutien social.

Qui plus est, la mesure utilisée dans la présente étude ne comportait que six des douze énoncés de l'instrument administré dans l'ÉCSV qui incluait, d'une part, six énoncés demandant si différents types de soutien étaient disponibles ou non, et d'autre part, six énoncés évaluant le degré de satisfaction à l'égard de la quantité de ces mêmes types de soutien. Seuls les six énoncés évaluant la satisfaction à l'égard de la quantité de soutien disponible ont été retenus. Cette mesure correspond ainsi à une partie d'un instrument qui a au départ été adapté pour la population âgée de l'ÉCSV et qui n'avait donc pas été formellement validé. Les analyses de fidélité ainsi que les analyses factorielles exploratoire et confirmatoire effectuées auprès de l'échantillon de la présente étude ont cependant démontré des propriétés psychométriques satisfaisantes qui supportent l'utilisation de cette mesure. D'autres études qui intégreront des instruments validés comportant possiblement un plus grand nombre d'énoncés et distinguant entre différents types de soutien social seront néanmoins nécessaires pour clarifier la relation entre le soutien social et la santé subjective.

Bien qu'une relation significative n'ait pas été observée entre le soutien social et la santé subjective dans la présente analyse, les résultats de certaines études (Auslander & Litwin, 1991; Landau & Litwin, 2001; Okamoto & Tanaka, 2004) rappellent la possibilité que le soutien social puisse exercer des effets indirects à travers la santé mentale ou d'autres variables de la santé physique. La présence d'une telle relation indirecte a d'ailleurs été dévoilée dans les résultats d'analyses de MES discutés plus loin.

Par ailleurs, les résultats obtenus appuient fortement l'effet direct déterminant que peut exercer le bien-être psychologique sur la santé subjective des personnes âgées. En effet, les résultats ont démontré qu'en plus des variables typiquement retrouvées dans les

conceptualisations médicales de la santé subjective, l'intégration du bien-être psychologique contribuait à améliorer significativement la prédiction de la santé subjective. Cette contribution significative confirme ainsi l'importance de développer des modèles de la santé subjective qui intègrent non seulement des indicateurs de la santé physique, mais également de la santé mentale.

En outre, ces résultats sont consistants avec ceux d'autres études qui ont souligné la pertinence de considérer les caractéristiques positives du bien-être psychologique plutôt que le degré de symptômes de détresse psychologique, en démontrant l'effet indépendant de différentes dimensions positives du bien-être psychologique sur la santé subjective tout en contrôlant pour d'autres déterminants importants tels que la santé physique (Benyamini et al., 2000; Duckitt, 1983; Quinn et al., 1999; Rodin & McAvay, 1992; Schulz et al., 1994). Il s'ensuit que ces caractéristiques positives pourraient être conceptualisées comme des facteurs de protection pour la santé subjective. De tels efforts de recherche appuient notamment l'approche recommandée par la psychologie positive pour la prévention de problèmes de santé mentale et physique.

La santé subjective des personnes âgées de la présente étude était plus spécifiquement associée à la satisfaction de vie et à la santé mentale générale au cours du dernier mois. L'effet de la mesure du niveau d'acceptation de soi, de maîtrise sur l'environnement, de relations positives et d'autonomie s'avère toutefois moins certain, puisque les indices de variance unique des indicateurs du bien-être psychologique ont révélé que la mesure du fonctionnement psychologique positif ne contribuait pas significativement à expliquer la variance de la santé subjective. Il est possible que cette faible contribution unique soit attribuable à un problème de mesure et qu'un plus grand

effet pourrait être obtenu à partir de la version originale des échelles de Ryff ou une autre version de cet instrument qui serait plus performante d'un point de vue psychométrique. Nonobstant, il est important de se rappeler que malgré qu'elle n'ait pas contribué de façon indépendante à la variance expliquée, la mesure du fonctionnement psychologique positif peut avoir contribué à la variance partagée avec les deux autres indicateurs du bien-être psychologique. Le degré de corrélation considérable trouvé entre cette mesure et les mesures de satisfaction de vie et de santé mentale supportent d'ailleurs cette dernière proposition.

En somme, les résultats de cette première analyse ont appuyé l'hypothèse que le bien-être psychologique contribuerait significativement à la prédiction de la santé subjective en plus des autres déterminants inclus dans le modèle. Le soutien social n'exerçait toutefois pas d'effet direct significatif sur la santé subjective des participants de cette étude, quoique d'autres recherches comportant des mesures plus raffinées et validées du soutien social devront être effectuées pour vérifier la validité de ces résultats. Dans l'ensemble, les contributions des différents déterminants de la santé subjective étaient très similaires chez les deux sexes et il semblait préférable de considérer les indicateurs de chaque variable en tant que groupes. Les interrelations entre ces différentes variables ont été évaluées dans le cadre du deuxième objectif de la présente étude.

Mise à l'épreuve du modèle intégratif de la santé subjective (Temps 1)

Le deuxième et principal objectif visait à tester un modèle intégratif de la santé subjective basé sur le modèle de Mossey (1995) et les résultats empiriques disponibles, puis adapté en fonction d'une perspective motivée par la psychologie positive. D'après le

modèle proposé, la santé subjective serait déterminée par un ensemble de variables inter-reliées, soit l'âge, le degré de scolarité, la maladie physique, le statut fonctionnel, le soutien social et le bien-être psychologique. Ce modèle se distingue des autres modèles typiquement retrouvés dans la littérature par sa mise en valeur du bien-être psychologique à titre de déterminant de la santé subjective, ainsi que par l'intégration de l'effet indirect du soutien social à travers le bien-être psychologique. Des analyses de MES ont été effectuées pour mettre à l'épreuve le modèle proposé (voir Figure 2).

Bien que le degré de correspondance du modèle proposé s'avérait adéquat, les résultats suggéraient que certains paramètres n'étaient pas significatifs et qu'une association entre l'âge et la santé subjective pourrait être ajoutée. Par conséquent, des révisions basées sur des raisons théoriques et statistiques ont été effectuées. Les modèles révisés pour les femmes et les hommes (voir Figures 5a et 5b) ont par la suite été testés à titre d'analyses exploratoires. Encore une fois, un degré de correspondance satisfaisant a été obtenu pour les modèles révisés et les analyses de validation effectuées ont confirmé leur validité.

Tel que prédit, l'âge était associé à plus de maladie physique et à un moins bon statut fonctionnel. Or, les résultats suggéraient également une petite mais significative association entre l'âge et la santé subjective. L'avancement en âge était dans la présente étude associé à une meilleure santé subjective, ce qui est congruent avec les résultats d'autres études (Ferraro, 1980; Hays, Schoenfeld, & Blazer 1996; Idler, 1993; Johnson & Wolinsky, 1993; Landau & Litwin, 2001; Lee & Shinkai, 2003; Mulsant, Ganguli, & Seaberg, 1997) mais demeure néanmoins surprenant étant donné la relation identifiée entre le vieillissement et la détérioration objective de l'état de santé. Différentes

interprétations ont été avancées pour expliquer un tel résultat. Cette association pourrait entre autres refléter des différences de cohorte, où les cohortes plus vieilles auraient tendance à minimiser leurs problèmes de santé, alors que les cohortes plus jeunes seraient plus concernées par ceux-ci (Idler, 1993). Des processus de comparaisons sociales pourraient également sous-tendre cette relation. Il se peut en effet qu'à un âge plus avancé, une personne ait la propension de percevoir son état de santé comme étant supérieur en comparaison avec celui d'autres personnes de son âge ou selon ses stéréotypes négatifs de la santé à l'âge avancé (Suls et al., 1991). Une autre possibilité serait que l'avancement en âge s'accompagnerait d'une adaptation progressive aux problèmes de santé manifestés, qui revêteraient ainsi moins d'importance dans l'évaluation de la personne de son état de santé. Enfin, il est aussi possible que les personnes qui évaluent leur santé plus positivement ont tendance à survivre plus longtemps, de sorte qu'elles sont sur-représentées au sein des cohortes plus vieilles (Idler, 1993). Ces différentes explications ont toutes reçu un soutien empirique (Idler, 1993), ce qui suggère qu'une combinaison de tous ces processus pourrait expliquer les résultats obtenus. Le lien trouvé entre l'âge et la santé subjective doit toutefois être interprété avec prudence compte tenu que l'analyse du modèle avec la santé subjective au Temps 2 a révélée une instabilité au niveau de ce paramètre.

L'hypothèse selon laquelle le degré de scolarité serait associé à la maladie physique, le statut fonctionnel, le bien-être psychologique et la santé subjective n'a été que partiellement appuyée par les résultats. Tel qu'attendu, un degré de scolarité plus élevé était associé à moins de maladie physique chez les deux sexes, ainsi qu'à un meilleur bien-être psychologique chez les femmes. Différentes raisons ont été proposées

pour expliquer la relation entre le statut socioéconomique (qui inclut le degré de scolarité) et différentes mesures de la santé physique et mentale, incluant l'inégalité dans l'accès et la qualité des services de santé reçus, ainsi que le risque accru d'adopter un style de vie malsain, d'avoir des carences matérielles et d'être exposé à des stressseurs psychosociaux ou environnementaux chez les groupes dont le statut socioéconomique est plus faible (Orpana & Lemyre, 2004; von dem Knesebeck et al., 2003). Par ailleurs, les résultats suggèrent que le degré de scolarité était plus déterminant au bien-être psychologique des femmes que celui des hommes de la présente étude. On peut concevoir qu'un niveau d'éducation plus élevé permettrait aux femmes d'accéder plus facilement à des expériences et conditions de vie susceptibles d'être favorables au bien-être psychologique, alors que le degré de scolarité serait moins déterminant dans l'accès à de telles conditions chez les hommes. Un faible niveau de scolarité pourrait également être davantage associé à un plus grand nombre de stressseurs chez les femmes que chez les hommes. Contrairement à ce qui était attendu, le degré de scolarité n'était pas associé significativement au statut fonctionnel chez les hommes et un plus grand degré de scolarité était associé à un moins bon statut fonctionnel chez les femmes. Compte tenu que cette dernière relation était très faible, il serait toutefois imprudent d'interpréter ce résultat contre-intuitif. Enfin, l'association prévue entre le degré de scolarité et la santé subjective n'a pas été démontrée. Cependant, des effets indirects favorables ont été trouvés chez les femmes. Dans l'ensemble, ces résultats suggèrent donc que le degré de scolarité serait plus déterminant pour la santé subjective des femmes que des hommes, à travers sa relation avec le bien-être psychologique et la maladie physique.

Tel qu'inféré, un degré de satisfaction plus élevé à l'égard de la quantité de soutien social disponible était associé à un plus grand niveau de bien-être psychologique chez les deux sexes. Cette relation est bien documentée dans la littérature (voir par ex. Cohen, 1988; Kawachi & Berkman, 2001; Seeman, 1996) et suggère qu'il s'avérait bénéfique pour le bien-être psychologique des participants de cette étude de percevoir la quantité de soutien social disponible comme suffisante. Des effets indirects favorables du soutien social sur la santé subjective ont également été trouvés, confirmant ainsi que l'influence favorable du soutien social sur le bien-être psychologique peut s'avérer bénéfique pour la santé subjective des personnes âgées (Auslander & Litwin, 1991; Landau & Litwin, 2001; Okamoto & Tanaka, 2004).

L'effet prédit du bien-être psychologique sur la santé subjective a encore une fois été fortement appuyé par les résultats, qui indiquent que le bien-être psychologique exerce non seulement un effet direct sur la santé subjective, mais également des effets indirects significatifs. Par conséquent, les effets totaux du bien-être psychologique sur la santé subjective apparaissent considérables chez les deux sexes.

Les résultats suggèrent que d'une part, le bien-être psychologique influencerait directement la perception ou l'évaluation des participants de leur état de santé. Compte tenu que l'induction d'une humeur soit positive ou négative semble influencer les cognitions et plus spécifiquement l'accessibilité aux souvenirs à l'égard de l'état de santé (Croyle & Uretsky, 1987; voir aussi Salovey et al., 2001), il est plausible que l'effet du bien-être psychologique sur la santé subjective dans la présente étude soit le reflet d'un impact favorable du bien-être psychologique sur les cognitions. En plus d'exercer possiblement un effet sur les processus mnésiques, le bien-être psychologique pourrait

influencer d'autres processus cognitifs qui ont été associés à l'évaluation de l'état de santé, tels que les comparaisons sociales (Jylhä, 1994; Kaplan & Baron-Epel, 2003; Krause & Jay, 1994; Suls et al., 1991) et les biais de jeunesse (Gana et al., 2004). En d'autres termes, il est possible que les participants qui rapportaient un plus haut niveau de bien-être psychologique avaient aussi tendance à considérer leur état de santé comme meilleur comparativement à d'autres ou à se percevoir comme plus jeunes que leur âge chronologique, ce qui résulterait en une santé subjective plus favorable. Ces processus mériteraient d'être examinés dans les recherches futures, en lien avec les autres variables intégrées dans le modèle de la présente étude.

D'après les résultats obtenus, les effets indirects du bien-être psychologique sur la santé subjective seraient principalement attribuables à l'effet important du bien-être psychologique sur la maladie physique. En d'autres termes, un plus haut niveau de bien-être psychologique était associé à moins de maladie physique, qui était à son tour associé à une meilleure santé subjective. À notre connaissance, l'effet indirect du bien-être psychologique sur la santé subjective à travers la maladie physique n'avait jusqu'à présent jamais été démontré dans la littérature. Ce résultat est particulièrement intéressant, puisqu'il rejoint un champ de recherche relativement nouveau qui accumule des démonstrations convaincantes des effets salutaires que peuvent exercer des dimensions positives du bien-être psychologique aussi variées que l'affect positif (Frederickson & Levenson, 1998; Ostir et al., 2004; Ostir, Markides, et al., 2001; Ostir, Peek, et al., 2001; Xu, 2006), l'optimisme (Kubzansky et al., 2001; Reed et al., 1999; Segerstrom et al., 1998), la perception de contrôle (Chipperfield, 2004) ou une saine santé psychologique globale (Keyes, 2005), sur la santé physique.

Fredrickson et Levenson (1998) ont entre autres démontré dans un contexte expérimental que l'induction d'émotions positives pouvait restaurer l'activation physiologique cardiovasculaire induite par des émotions négatives ou le stress, ce qui suggère que l'humeur peut exercer un effet direct sur le risque de maladie. D'autres mécanismes pourraient également sous-tendre la relation entre le bien-être psychologique et la maladie physique. Le bien-être psychologique pourrait, par exemple, être associé à différents comportements qui favorisent un meilleur état de santé et réduisent le risque de maladies chroniques. Ostir et ses collaborateurs (2001) suggèrent entre autres que les personnes qui rapportent un niveau élevé d'émotions positives ont probablement plus tendance à faire de l'exercice, maintenir un style de vie sain, adhérer aux traitements médicaux et consommer moins d'alcool. D'autres dimensions du bien-être psychologique, soit la satisfaction de vie et le sentiment d'auto-efficacité, ont également été associées à des comportements susceptibles d'avoir un impact favorable sur la santé, notamment l'activité physique (Brassington, Atienza, Perczek, DiLorenzo, & King, 2002; King, Porter, & Rowe, 1994; King, Taylor, Haskell, & DeBusk, 1990). Des recherches futures seront ainsi nécessaires pour tenter d'élucider les mécanismes précis qui sous-tendent l'influence du bien-être psychologique sur la maladie physique, en relation avec la santé subjective des personnes âgées.

Cela dit, il faut rappeler que les mesures de la maladie physique dans la présente étude étaient des auto-évaluations, et non des données émanant de sources considérées plus objectives (ex : mesures physiologiques; dossiers médicaux). Il est donc possible que le lien trouvé puisse être attribué à l'effet du bien-être psychologique sur le rappel ou la reconnaissance de maladies physiques plutôt que sur la santé physique comme telle.

L'inclusion de mesures plus objectives de la santé physique serait recommandée pour des études futures afin d'évaluer cette possibilité.

Contrairement à ce qui était prévu, la relation inverse entre la maladie physique et le bien-être psychologique ne s'est pas avérée significative. Ce résultat est quelque peu surprenant, compte tenu de l'impact connu que la maladie peut avoir sur la santé mentale. Pourtant, plusieurs études ont mis en évidence que le bien-être psychologique (ou subjectif) tend à être relativement stable et peu affecté à long-terme par les événements de vie. Par exemple, Stones et ses collaborateurs ont démontré que même si le bonheur est en partie expliqué par des facteurs situationnels, la plus grande proportion de sa variance est attribuable à la personne, c'est-à-dire à ses différences individuelles (Stones, Hadjistavropoulos, Tuokko, & Kozma, 1995). Ces résultats appuient ceux d'une étude antérieure menée auprès de personnes âgées, qui suggéraient que le bonheur représente un trait plutôt qu'un état (*state*) en raison de sa tendance à demeurer stable sur une période d'un an et demi (Stones & Kozma, 1984). De façon similaire, Eid et Diener (2003) ont proposé que la satisfaction de vie et l'estime de soi représentaient davantage des traits stables plutôt que des états variables chez un groupe d'étudiants universitaires. De plus, une autre étude longitudinale menée auprès d'étudiants universitaires a révélé que l'effet des événements de vie sur la satisfaction de vie et l'affect positif et négatif était temporaire, c'est-à-dire d'une durée de 3 à 6 mois en moyenne (Suh, Diener, & Fujita, 1996). Les résultats d'une méta-analyse de 148 études ont également confirmé que les événements de vie exerçaient à long-terme un impact limité sur le bien-être subjectif, représenté par des mesures d'affect positif et négatif, de bonheur et/ou de satisfaction de vie (DeNeve & Cooper, 1998). Différentes explications ont été avancées à

l'égard de cette stabilité du bien-être subjectif, incluant la possibilité qu'elle résulte de la personnalité qui tend à être stable (Suh et al., 1996), voire même de prédispositions génétiques (Nes et al., 2006). L'effet limité des événements de vie sur le bien-être subjectif (ou psychologique) pourrait également refléter la capacité des individus à s'adapter à différentes épreuves (Suh et al., 1996), dont la maladie physique. Ces différentes interprétations méritent d'être envisagées pour expliquer l'effet non significatif de la maladie physique sur le bien-être psychologique des participants de la présente étude. Il faut également rappeler que la nature transversale de cette analyse ne permet pas d'exclure la possibilité que la relation trouvée entre ces deux variables soit en fait bidirectionnelle ou même de sens contraire.

Des résultats inadmissibles ont par ailleurs été obtenus en ce qui concerne la relation entre le bien-être psychologique et le statut fonctionnel, de sorte que l'hypothèse d'une relation bidirectionnelle entre ces deux variables a été rejetée. De plus, aucune relation significative n'a été trouvée lorsque les paramètres pour chaque direction ont été testés individuellement. Ces résultats suggèrent donc que le bien-être psychologique ne serait pas un prédicteur significatif du statut fonctionnel et qu'à l'inverse, le statut fonctionnel ne serait pas un déterminant du bien-être psychologique chez les participants de cette étude. Il est peu probable que ces résultats soient dus uniquement au problème de distribution des données rapporté précédemment, puisque la méthode d'estimation Bootstrap a été employée pour minimiser l'impact des écarts de la normalité. D'autant plus qu'une relation significative entre la maladie physique et le statut fonctionnel n'aurait probablement pas été trouvée si un problème au niveau des données était à l'origine de ce résultat. Tout comme pour la maladie physique, il est possible que les

indicateurs du bien-être psychologique intégrés dans la présente étude représentent des caractéristiques positives du fonctionnement psychologique qui demeurent relativement stables chez une personne et qui seraient ainsi moins susceptibles d'être affectées par des épreuves telles que la maladie et l'incapacité fonctionnelle. Dans le même ordre d'idées, une personne qui présente un haut niveau de bien-être psychologique posséderait peut-être les ressources et stratégies d'adaptation nécessaires pour s'adapter à de telles épreuves et ainsi maintenir son état de bien-être. Ces interprétations demeurent toutefois hypothétiques et la possibilité qu'un problème d'ordre statistique soit responsable pour ces résultats ne peut être exclue.

Alors qu'il était attendu que la maladie physique et le statut fonctionnel exerceraient tous deux un effet sur la santé subjective, seul l'effet de cette première variable a été appuyé par les résultats chez les deux sexes. Une association faible mais minimalement significative entre le statut fonctionnel et la santé subjective a été trouvée chez les femmes seulement. Bien que les résultats d'analyses de régression discutés plus haut suggéraient que le statut fonctionnel contribuait significativement à la prédiction de la santé subjective des hommes et des femmes, sa contribution était relativement petite. Les résultats des analyses de SEM devraient probablement être considérés comme plus fiables, étant donné qu'une stratégie a été appliquée pour minimiser l'influence des distributions anormales telles que celles trouvées dans les mesures du statut fonctionnel. Une absence de relation entre le statut fonctionnel et la santé subjective a été rapportée dans d'autres études (Nybo et al., 2001; Stump et al., 1997), de sorte que ce résultat n'est tout de même pas étonnant. Globalement, les résultats suggèrent ainsi que les participants de la présente étude étaient dans l'ensemble peu affectés par leur statut

fonctionnel, tant au niveau de leur bien-être psychologique que de leur perception de leur état de santé. Différentes explications peuvent être avancées à l'égard de ces résultats. Entre autres, il est possible que les personnes âgées aient tendance à s'attendre à un certain degré d'incapacité à cette étape de la vie, de sorte qu'ils évalueraient plus positivement leur état de santé en fonction de ces attentes plutôt que d'une santé dite « parfaite » (Nybo et al., 2001). De telles attentes pourraient également épargner leur bien-être psychologique des effets potentiellement néfastes de l'incapacité fonctionnelle, soit à travers une restructuration favorable des standards d'autoévaluation de la personne. Ce type de processus cognitif, désigné comme un processus d'accommodation, est d'ailleurs considéré particulièrement important pour l'adaptation à l'âge adulte avancé (Brandtstädter, 1999). Les participants de la présente étude bénéficiaient donc possiblement de telles stratégies cognitives adaptatives. Il se peut également que les personnes qui souffraient d'incapacité fonctionnelle avaient accès à des ressources tangibles (ex : soutien social; outils compensatoires), ayant pour effet d'alléger les difficultés imposées par l'incapacité fonctionnelle et ainsi de favoriser le maintien d'un bien-être psychologique et d'une perception positive de leur santé.

Malgré la faible relation trouvée entre le statut fonctionnel et la santé subjective, il semblait néanmoins préférable de conserver ce lien dans le modèle final en raison de son importance théorique. D'autres recherches seront nécessaires pour clarifier le rôle du statut fonctionnel dans la santé subjective des personnes âgées. Des études en milieu institutionnel seraient entre autres recommandées, afin d'augmenter la probabilité d'obtenir un échantillon qui présenterait des profils de capacité fonctionnelle plus diversifiés comparativement aux personnes âgées vivant dans la communauté.

Au total, le modèle final expliquait 43% et 38% de la variance de la santé subjective des femmes et des hommes, respectivement. Bien que ces montants soient significatifs et substantiels, il reste qu'une proportion importante de la variance demeure inexpliquée. D'autres variables qui n'ont pas été incluses dans le modèle contribueraient ainsi à expliquer la santé subjective à l'âge adulte avancé. On pourrait entre autres penser à l'influence possible de la douleur, de la détresse psychologique, ou encore des stressors associés aux problèmes de santé. D'autres facteurs de protection pourraient également être envisagés, incluant le type de stratégies d'adaptation utilisées, le style de vie (ex : exercice, habitudes alimentaires), le niveau d'affect positif, ainsi que différents traits de la personnalité tels que l'optimisme et le degré de sociabilité. De plus, des processus cognitifs qui ont été associés à l'évaluation de l'état de santé des personnes âgées, tels que les comparaisons sociales et les biais de jeunesse, pourraient être considérés.

En somme, le modèle final met en évidence le rôle déterminant du bien-être psychologique dans la prédiction de la santé subjective des personnes âgées. Le modèle démontre que le bien-être psychologique peut non seulement influencer directement la santé subjective, mais aussi indirectement par l'entremise de son effet favorable sur la santé physique. Ces résultats confirment l'importance de conceptualiser la santé subjective comme étant le résultat d'une interaction entre diverses caractéristiques de la santé physique et psychologique de la personne, ainsi que de ses caractéristiques sociodémographiques et de son soutien social dans une certaine mesure. Les implications de ces résultats sont considérées importantes et seront discutées plus loin.

Contributions du bien-être psychologique et du soutien social à la prédiction de la santé subjective à travers le temps (Temps 2)

Les résultats d'analyses de régression hiérarchique effectuées pour répondre au troisième objectif ont supporté l'hypothèse que le bien-être psychologique continuerait à prédire la santé subjective future, évaluée en moyenne six ans plus tard. Toutefois, sa contribution à la variance expliquée était minime bien que statistiquement significative et une diminution considérable du pouvoir de prédiction a été notée en comparaison avec la prédiction de la santé subjective au temps de mesure initial. En fonction d'un critère de signification plus rigoureux ($p \leq .001$), seules la santé subjective et la maladie physique contribuaient significativement à expliquer la variance de la santé subjective future chez les deux sexes, en plus du statut fonctionnel chez les femmes. Ces résultats contrastent ceux obtenus par Benyamini et ses collaborateurs (2000), qui ont trouvé qu'à l'exception de la santé subjective initiale, l'affect positif était la seule autre variable qui contribuait significativement à prédire la santé subjective cinq ans plus tard. D'après ces résultats, il serait donc possible que l'affect positif représente un déterminant plus puissant de la santé subjective à l'âge adulte avancé que les indicateurs du bien-être psychologique intégrés dans la présente étude.

L'examen des contributions des blocs de variables entrés dans ce modèle de prédiction révèle que la santé subjective mesurée au Temps 1 expliquait sans contredit la plus grande partie de la variance de la santé subjective au Temps 2. Cette observation appuie la proposition de certains auteurs (Bailis et al., 2003), selon laquelle la santé subjective représenterait non seulement une évaluation ponctuelle de la santé, mais aussi un concept stable de la personne vis-à-vis sa santé. Il est néanmoins important de noter

que la santé subjective mesurée au Temps 1 expliquait moins du quart de la variance de la santé subjective future des participants de la présente étude, ce qui suggère que la majorité de la variance reste à être expliquée. Ainsi, d'autres facteurs seraient nécessairement impliqués dans l'évaluation que font les personnes âgées de leur santé subjective.

Entre autres, le niveau de maladie physique rapporté initialement continuait à expliquer une partie de la variance de la santé subjective au Temps 2. Bien que la contribution de cette variable était significative, une diminution dramatique a été observée en comparaison avec son pouvoir de prédiction au premier temps de mesure. En fait, après avoir tenu compte de la santé subjective au Temps 1, la maladie physique n'expliquait que 2% et 3% de la variance chez les femmes et les hommes respectivement. Cette diminution pourrait possiblement refléter des changements dans l'état de santé sur une période de six ans, qui auraient pour effet de diminuer la force de l'association entre la maladie physique au Temps 1 et la santé subjective après ce laps de temps. Par ailleurs, étant donné la corrélation considérable trouvée entre la maladie physique et la santé subjective au Temps 1, il est fort probable que ces deux variables partagent une partie de la variance qui a été expliquée par la santé subjective plutôt que la maladie physique en raison de l'ordre d'entrée des variables dans l'équation de régression.

Bien que la contribution du statut fonctionnel à la prédiction de la santé subjective future était considérée significative pour les femmes seulement, celle-ci n'était pas substantielle et donc différait très peu de celle des hommes. Tout comme pour la maladie physique, la légère diminution du pouvoir de prédiction de cette variable chez les deux sexes pourrait être expliquée par les changements qui auraient pu avoir lieu au niveau du

statut fonctionnel durant la période qui séparait les deux temps de mesure. Toutefois, il est important de noter que la variance expliquée par le statut fonctionnel dans la santé subjective initiale était également minime. Les problèmes de distribution des données qui ont été notés pour certaines des mesures du statut fonctionnel même après l'application de transformations risquent d'expliquer en partie les faibles relations trouvées entre cette variable et la santé subjective. Des résultats semblables ont cependant été observés dans les analyses de MES, dont la méthode d'estimation était considérée efficace pour minimiser l'impact des écarts de normalité des données sur les estimés du modèle. Ce constat suggère donc que le faible pouvoir de prédiction du statut fonctionnel sur la santé subjective n'est probablement pas uniquement attribuable à un problème au niveau des données. Tel que déjà mentionné, d'autres études ont d'ailleurs également trouvé que le statut fonctionnel ne prédisait pas la santé subjective d'autres échantillons de personnes âgées (Stump et al., 1997 ; Nybo et al., 2001). Des interprétations possibles pour ces résultats ont été proposées plus haut et méritent encore une fois d'être considérées.

En ce qui concerne le soutien social, un effet direct significatif (basé sur un critère libéral de $p \leq .05$) mais non substantiel a été trouvé chez les hommes seulement. Ce résultat fait contraste à ce qui a été trouvé dans la prédiction de la santé subjective au premier temps de mesure, où le soutien social augmentait la variance expliquée à un niveau significatif mais non substantiel chez les femmes seulement. On pourrait ainsi inférer que la satisfaction à l'égard de la quantité de soutien social reçu exercerait des effets à plus long terme sur la santé subjective des hommes seulement, alors qu'un effet à court terme serait plutôt manifesté chez les femmes. Selon cette optique, l'effet protecteur possible du soutien social sur la santé subjective serait donc mis en évidence

seulement avec l'avancement en âge chez les hommes, peut-être en raison d'un sentiment de dépendance grandissant à l'endroit du soutien social pour le maintien d'une perception favorable de l'état de santé. Une autre explication possible reviendrait à l'idée que le niveau de satisfaction à l'égard du soutien social pourrait avoir changé au cours de cette période de temps. Par exemple, compte tenu de la plus grande espérance de vie des femmes en général, il est possible que les femmes de la présente étude aient vécu durant cette période de six ans plus de changements que les hommes au niveau du soutien disponible ou de leur besoin de soutien. De telles hypothèses ne peuvent cependant pas être vérifiées en l'absence d'une mesure du soutien social au deuxième temps de mesure. Tout compte fait, il est important de se rappeler que les différences observées entre les sexes, ainsi que les relations trouvées entre le soutien social et la santé subjective des participants de la présente étude, sont dans l'ensemble négligeables. Conséquemment, les interprétations ne sont que suggérées et il serait imprudent de tirer des conclusions à partir de ces résultats.

Malgré la faible contribution du bien-être psychologique à la prédiction de la santé subjective future chez les deux sexes, le fait qu'elle soit demeurée significative selon un critère libéral de $p \leq .05$ rend ce résultat important compte tenu de la période de temps qui sépare les deux temps de mesures et de son ordre d'entrée dans l'équation de régression. Qui plus est, ce résultat ne tient pas compte des possibles effets indirects exercés par le bien-être psychologique à travers d'autres variables incluant la santé subjective au Temps 1, qui d'après les résultats décrits précédemment, était prédite entre autres par le bien-être psychologique. De façon similaire, les effets indirects que pourrait exercer le soutien social doivent être considérés.

En résumé, ces résultats offrent donc un soutien limité à l'hypothèse que le bien-être psychologique continuerait à prédire la santé subjective future. Celle-ci était en effet principalement déterminée par la santé subjective mesurée au Temps 1 et, à des degrés considérablement moindres, par la maladie physique chez les deux sexes et le statut fonctionnel chez les femmes. Tout comme au premier temps de mesure, le soutien social ne contribuait pas de façon substantielle ou significative à la variance expliquée de la santé subjective future. Or, plusieurs réserves ont été avancées dans l'interprétation des résultats, dont la probabilité que les variables du modèle exerceraient à travers le temps des effets indirects sur la santé subjective. L'évaluation de la présence de tels effets indirects a été rendue possible par les analyses de MES effectuées subséquemment.

Mise à l'épreuve du modèle intégratif de la santé subjective à travers le temps (Temps 2)

Le dernier objectif consistait à évaluer dans quelle mesure le modèle final comprenant les variables mesurées au Temps 1 expliquait la santé subjective au Temps 2, évaluée en moyenne six ans plus tard. Il était inféré que la santé subjective, l'âge, le bien-être psychologique et la maladie physique mesurés au Temps 1 contribueraient à prédire la santé subjective future.

Un degré d'ajustement acceptable du modèle a été trouvé, en dépit du fait que certains liens inférés n'ont pas été supportés. Seules la santé subjective et la maladie physique mesurées au Temps 1 étaient associées significativement à la santé subjective future chez les deux sexes. Bien que l'effet direct de la maladie physique sur la santé subjective a diminué de façon importante comparativement au premier temps de mesure, ses effets totaux demeuraient notables et nettement supérieurs aux effets de la santé subjective au Temps 1. Ces résultats supportent l'interprétation avancée plus tôt

concernant les résultats de l'analyse de régression, selon laquelle la diminution de la contribution de la maladie physique serait en partie attribuable à l'ordre d'entrée des variables dans l'équation. Ils suggèrent en outre que la santé subjective ne représente pas uniquement un concept de soi stable à l'égard de la santé, mais également une évaluation basée sur d'autres facteurs incluant entre autres la maladie physique.

Le bien-être psychologique continuait également à exercer un effet direct significatif sur la santé subjective des hommes. De plus, le bien-être psychologique et le soutien social exerçaient des effets indirects significatifs sur la santé subjective des hommes et des femmes. Il est intéressant de noter que l'effet indépendant du bien-être psychologique sur la santé subjective future se manifestait chez les hommes seulement, ce qui semble suggérer que le bien-être psychologique était plus déterminant à long terme pour la santé subjective des hommes que celle des femmes de cette étude, pour qui l'effet du bien-être psychologique se manifestait surtout par l'intermédiaire de l'effet de la maladie physique et de la santé subjective à travers le temps.

L'âge et le statut fonctionnel ne contribuaient pas à expliquer de façon significative la santé subjective future. Ce résultat est peu étonnant compte tenu de la faible relation entre ces variables et la santé subjective au premier temps de mesure. Qui plus est, les résultats de cette analyse remettent en question les effets identifiés pour ces variables au premier temps de mesure.

La variance expliquée de la santé subjective au Temps 2 s'élevait à 28% et 21% pour les femmes et les hommes respectivement. Étant donné le délai de six ans qui séparait les variables de prédiction et la variable dépendante, ces totaux sont considérés non négligeables. Néanmoins, la majeure partie de la variance reste à expliquer. Sur une

période de six ans, il est attendu que des changements ont pu se produire au niveau des variables indépendantes. Un meilleur pouvoir de prédiction du modèle serait donc fort probablement obtenu à partir d'un intervalle de mesure plus rapproché. Nonobstant, les résultats de cette analyse révèlent que les variables d'intérêt de la présente étude, soit le soutien social et plus particulièrement le bien-être psychologique, continuent à jouer un rôle déterminant dans la prédiction de la santé subjective des personnes âgées sur une période de temps relativement prolongée. Ce constat appuie l'importance théorique de considérer l'effet à court et à plus long terme de ressources psychologiques et sociales sur la santé subjective à l'âge adulte avancé.

Forces et limitations de la présente étude

La présente étude comporte certaines forces qui méritent d'être mentionnées. D'abord au niveau conceptuel, le modèle intégratif évalué dans cette étude rassemblait des variables considérées importantes d'après les conceptualisations théoriques de la santé subjective ainsi que les résultats empiriques disponibles, c'est-à-dire l'âge, le degré de scolarité, la maladie physique, le statut fonctionnel, le bien-être psychologique et le soutien social. Les interrelations inférées entre ces différentes variables ont été explicitées, testées et modifiées sur des bases statistiques et théoriques jugées raisonnables. La présente étude comblait ainsi des lacunes importantes dans ce champ de recherche, dont le besoin d'intégrer dans un contexte d'analyse multivariée des mesures de la santé physique, de la capacité fonctionnelle et de la santé mentale pour mieux expliquer la santé subjective (Pinquart, 2001). En plus de ces variables, la contribution du soutien social à la prédiction de la santé subjective a également été examinée pour

tenter de mieux expliquer les résultats contradictoires trouvés dans la littérature au sujet de la relation entre ces deux variables.

Un aspect innovateur de la présente étude réside dans sa représentation positive du bien-être psychologique, par l'inclusion de mesures de la satisfaction de vie, du fonctionnement psychologique positif et de la santé mentale générale, plutôt qu'uniquement des mesures de détresse psychologique. Ce choix reposait principalement sur le postulat que des caractéristiques positives du bien-être psychologique agiraient à titre de facteurs de protection qui permettraient possiblement de mieux expliquer comment les personnes âgées peuvent maintenir une santé subjective favorable en dépit des problèmes de santé associés à cette phase de la vie. Cette approche était guidée par la psychologie positive, qui préconise un emphase sur les facteurs de protection plutôt que de risque dans les efforts de prévention de problèmes de santé mentale et physique. Compte tenu des problèmes associés à une pauvre santé subjective, incluant un taux plus élevé d'utilisation des services de santé (Blazer & Houpt, 1979; Bryant et al., 2000; Hays et al., 1996; Lee & Shinkai, 2003; Linn & Linn, 1980; Mulsant et al., 1997; Rodin & McAvay, 1992; Weinberger et al., 1986), un pire degré de déclin fonctionnel (Grand et al., 1988; Idler & Kasl, 1995; Kaplan et al., 1993; Mor et al., 1994) et un risque accru de la mortalité (voir Idler & Benyamini, 1997; Benyamini & Idler, 1999), cette approche apparaissait ainsi d'autant plus pertinente. Dans l'ensemble, le modèle intégratif de la santé subjective évalué dans le cadre de la présente étude répondait donc aux principaux besoins de recherche identifiés dans la revue de la littérature, tout en adoptant une perspective innovatrice et prometteuse aux plans théorique, empirique et clinique.

La présente étude comporte également des forces significatives au niveau méthodologique. La taille importante de l'échantillon constituait d'abord un avantage majeur, étant donné qu'il assurait une meilleure puissance statistique qui permettait entre autres d'effectuer des analyses plus sophistiquées. Les analyses de MES représentent une technique qui exige nécessairement un large échantillon pour obtenir des résultats stables (Kline, 1998). L'échantillon de la présente étude était par surcroît suffisamment grand pour rendre possible d'effectuer des analyses de validation (*cross-validation*) des différents modèles, de façon à offrir une démonstration plus rigoureuse de la validité des résultats.

Dans le même ordre d'idées, l'emploi d'analyses de MES en plus d'analyses de régression hiérarchique correspond à une autre force de l'étude. Un avantage des analyses de MES revient à la possibilité d'intégrer de multiples indicateurs (ou variables observées) pour mesurer les variables latentes du modèle. Ces analyses tiennent également compte de l'erreur de mesure des variables observées, de sorte que l'analyse est considérée plus rigoureuse (Chin, 1998; Gefen, Straub & Boudreau, 2000). De plus, les analyses de MES offrent la possibilité d'examiner des modèles de relations causales qui représentent mieux les processus tels qu'ils sont en réalité (Gefen et al., 2000). En effet, contrairement aux analyses corrélationnelles ou de régression plus souvent retrouvées dans la littérature sur la santé subjective, ce type d'analyse rend possible d'examiner les relations directes et indirectes entre plusieurs variables indépendantes et/ou dépendantes (Ullman, 1996), en testant un patron hypothétique de relations entre un ensemble de variables latentes et mesurées (MacCallum & Austin, 2000). Les analyses de MES effectuées dans la présente étude ont ainsi permis de mettre à l'épreuve un

modèle explicitant les interrelations inférées entre les différentes les variables à l'étude. Par le fait même, il a été possible d'évaluer la présence et la force de ces relations, pour ensuite rectifier celles-ci selon les résultats obtenus et ultimement arriver à un modèle final considéré théoriquement et statistiquement valide. Cette technique a ainsi permis de nuancer certains résultats obtenus dans les analyses de régression hiérarchique, qui ont pour leur part donné une indication du pouvoir de prédiction des différentes variables et confirmé la pertinence d'incorporer celles-ci au sein du modèle.

L'évaluation de la santé subjective après un intervalle d'environ six ans après la prise de mesure initiale a également permis de déterminer le pouvoir de prédiction à plus long terme des différentes variables indépendantes, ainsi que d'examiner dans quelle mesure le modèle permettait d'expliquer la santé subjective future. Cet aspect longitudinal de l'étude constituait une autre force notable, compte tenu de la pénurie d'études longitudinales dans ce domaine de recherche.

Enfin, alors que la majorité des études recensées ne faisaient que contrôler pour l'effet du sexe des répondants, les analyses de la présente étude ont toutes été effectuées pour les hommes et les femmes séparément. Cette stratégie offrait la possibilité d'élucider les différences entre les sexes, ce qui apparaissait important étant donné les résultats de certaines études, qui suggéraient que les prédicteurs de la santé subjective différaient selon le sexe (Gonzalez et al., 2002; Heikkinen et al., 1997; Leinonen et al., 1999; Prager et al., 1999; Prus & Gee, 2003; Rodin & McAvay, 1992; Schulz et al., 1994).

Certaines limitations doivent tout de même être considérées dans l'interprétation des résultats de la présente étude. La majorité de ces limitations découlent des

désavantages associés aux analyses de données secondaires, qui dépendent de l'organisation et du processus de collecte de données effectués dans l'étude primaire (Singleton, 1989), soit dans ce cas l'ÉCSV. Puisque l'intention du chercheur primaire diffère de celle du chercheur qui effectue les analyses secondaires, il est attendu que le choix des mesures et du devis de recherche ne soit pas nécessairement idéal pour les analyses secondaires (Singleton, 1988). Alors que la taille et la représentativité de l'échantillon de l'ÉCSV représentaient des avantages importants pour atteindre les objectifs de la présente étude, certaines limites ont en contrepartie été identifiées.

Des faiblesses ont entre autres été notées au niveau de certains des instruments de mesure utilisés. Par exemple, la mesure du fonctionnement psychologique positif a été constituée à partir des échelles abrégées du bien-être psychologique de Ryff, qui n'étaient pas jugées satisfaisantes d'un point de vue psychométrique. Même si des propriétés psychométriques plus acceptables ont été trouvées pour cette mesure modifiée auprès des participants de la présente étude, elle demeure une mesure « maison » qui doit être appliquée sous réserve. Il n'est d'ailleurs pas exclu que la piètre contribution unique de cette variable à la prédiction de la santé subjective ait été le résultat de problèmes inhérents à cette mesure. Les résultats associés au soutien social doivent aussi être interprétés avec caution étant donné que la mesure utilisée n'a pas été formellement validée auparavant, quoique des propriétés psychométriques satisfaisantes ont été trouvées auprès de l'échantillon de la présente étude. Tel que mentionné précédemment, la combinaison des différents types de soutien social sous une échelle globale au nombre limité d'énoncés risque également d'avoir interféré avec la possibilité de trouver des résultats plus significatifs.

Un autre problème se situe au niveau des distributions anormales identifiées auprès des mesures du statut fonctionnel, qui risquent d'avoir contribué à la faible relation trouvée entre cette variable et la santé subjective. Des stratégies statistiques ont toutefois été appliquées pour limiter l'impact de ce problème dans l'estimation du modèle et la forte relation trouvée entre le statut fonctionnel et la maladie physique suggère que ce problème n'expliquerait probablement pas à lui seul les résultats obtenus.

Il est par ailleurs important de noter que toutes les mesures utilisées dans la présente étude, à l'exception de la mesure de mobilité, correspondaient à des mesures auto-rapportées plutôt que des mesures dites « objectives ». L'utilisation de telles mesures auto-rapportées introduit la possibilité que le nombre de maladies et d'antécédents médicaux, ainsi que la capacité à effectuer les activités de la vie quotidienne, aient été soit sur- ou sous-rapportés par les participants. Les recherches futures auraient avantage à intégrer des mesures plus objectives de la santé physique, telles que les informations contenues dans les dossiers médicaux, de façon à vérifier la fiabilité des mesures auto-rapportées.

Les résultats de la présente étude sont également limités par la nature transversale et corrélationnelle des analyses du modèle proposé, qui ne permettent pas ainsi d'établir de relations causales entre les différentes variables (Kline, 1998). La possibilité que les relations trouvées entre les différentes variables du modèle soient en réalité bidirectionnelles, voire même de sens contraire, ne peut donc être exclue. Néanmoins, les analyses longitudinales du modèle offrent un certain appui à la validité des associations démontrées entre les différentes variables de prédiction et la santé subjective. Il est fort probable que le délai de six ans qui séparait les deux temps de mesure réduisait toutefois

le pouvoir de prédiction du modèle. Un plan de recherche qui incluerait des mesures répétées à des intervalles de temps plus rapprochés serait ainsi recommandé pour les études futures qui visent à examiner les relations entre les différentes variables du modèle et la santé subjective à travers le temps.

Bien que le modèle de la santé subjective évalué dans cette étude expliquait une proportion considérable de la variance de la santé subjective, un montant significatif de la variance de cette variable est demeuré inexpliqué. Tel que mentionné précédemment, ce constat suggère que d'autres variables qui n'ont pas été intégrées au modèle contribueraient à expliquer la santé subjective des personnes âgées. L'affect positif, les traits de la personnalité, la détresse psychologique, les stressseurs associés à la maladie, la douleur, le style de vie, les stratégies d'adaptation utilisées et d'autres processus cognitifs pouvant être impliqués dans la santé subjective (ex : comparaisons sociales, biais de jeunesse), sont tous des exemples de variables qui pourraient être considérées dans les recherches futures pour mieux expliquer la santé subjective à l'âge adulte avancé.

Enfin, il est important de rappeler les limites de généralisation des résultats de la présente étude. Plus spécifiquement, les participants retenus pour la présente étude ne présentaient pas de problèmes cognitifs significatifs sur les mesures de dépistage du fonctionnement cognitif. Les participants résidaient également dans la communauté plutôt qu'en milieu institutionnel. De plus, des analyses comparatives entre les participants retenus et ceux qui ont été exclus en raison d'un faible taux de réponses ont révélé qu'en plus de manifester un fonctionnement cognitif plus pauvre, le degré de mobilité des femmes et la santé mentale des hommes exclus étaient significativement inférieurs. Conséquemment, les résultats de la présente étude ne sont possiblement pas

généralisables aux populations plus frêles ou vulnérables physiquement, cognitivement et/ou psychologiquement. Seuls les participants anglophones ont également été retenus dans cette étude pour assurer entre autres une plus grande homogénéité de l'échantillon, de sorte que les résultats ne peuvent être généralisés à des personnes âgées appartenant à d'autres groupes linguistiques ou culturels. Par conséquent, des études future devront être répliquées auprès de groupes présentant de telles caractéristiques afin de vérifier la pertinence des résultats obtenus dans le contexte de la présente étude.

Implications des résultats

Différentes implications théoriques et pratiques découlent des résultats de la présente étude. Au niveau théorique, cette étude a démontrée l'importance de conceptualiser la santé subjective des personnes âgées comme étant le produit d'interactions entre la santé physique et psychologique de la personne, ainsi que de ses caractéristiques sociodémographiques et du soutien social dans une certaine mesure. Elle confirme ainsi la validité de modèles plus intégratifs ou holistiques de la santé subjective, tels que celui proposé par Mossey (1995) et celui évalué dans la présente étude. Tout comme d'autres études ayant mis en évidence la relation entre différentes dimensions du fonctionnement physique, psychologique et social, cette étude supporte également une définition multidimensionnelle de la santé telle que celle proposée par l'Organisation Mondiale de la Santé. Cette définition inclut un bien-être physique, mental et social, plutôt que de se résumer seulement à l'absence de maladie.

Qui plus est, les relations significatives trouvées entre le bien-être psychologique, la maladie physique et la santé subjective, soulignent la pertinence d'étudier les effets salutaires des dimensions positives de la santé mentale, plutôt que de mettre l'emphase

uniquement sur les conséquences néfastes de la détresse psychologique. Alors que la vaste majorité de la recherche produite jusqu'à maintenant a favorisé cette dernière approche axée sur la pathologie, la présente étude s'est inspirée d'une nouvelle orientation dans le domaine de la psychologie, c'est-à-dire la psychologie positive. Elle contribue ainsi à un champ de recherche grandissant, qui vise l'identification de facteurs de protection, plutôt que de facteurs de risque, pour favoriser une santé mentale et physique optimale. Les résultats obtenus appuient d'ailleurs fortement le bien-fondé de tels efforts de recherche, du moins en ce qui concerne la promotion d'une meilleure santé subjective à l'âge adulte avancé.

L'effet bénéfique déterminant du bien-être psychologique sur la santé subjective des personnes âgées a effectivement été appuyé par les résultats de la présente étude. En outre, les analyses longitudinales effectuées ont révélé que les ressources considérées dans la présente étude, c'est-à-dire le soutien social et plus particulièrement le bien-être psychologique, contribuaient à prédire la santé subjective sur une période d'en moyenne six ans. Dans l'ensemble, ces résultats soulignent ainsi l'importance théorique d'étudier les effets à court et à long terme des ressources psychologiques et sociales sur la santé subjective à l'âge adulte avancé, mais aussi tout au long du développement adulte.

Les résultats obtenus dans le cadre de cette étude suggéraient qu'en plus d'exercer des effets directs sur la santé subjective, le bien-être psychologique exerçait principalement des effets indirects par l'entremise de son influence positive sur la maladie physique. Bien que la direction de causalité entre le bien-être psychologique et la maladie physique doit être interprétée avec réserve en raison de la nature transversale et corrélationnelle des analyses effectuées, ces résultats sont en accord avec ceux d'autres

études ayant démontré l'impact favorable de différentes dimensions du bien-être psychologique sur la santé physique (ex : Chipperfield, 2004; Frederickson & Levenson, 1998; Keyes, 2005; Kubzansky et al., 2001; Ostir et al., 2004; Ostir, Markides, et al., 2001; Ostir, Peek, et al., 2001; Reed et al., 1999; Segerstrom et al., 1998; Xu, 2006). Des recherches futures sont recommandées pour préciser les mécanismes qui sous-tendent l'influence du bien-être psychologique sur la maladie physique, en relation avec la santé subjective des personnes âgées.

À un niveau pratique, les résultats pointent vers différents types d'interventions à considérer pour favoriser une meilleure santé subjective chez les personnes âgées. La plus évidente concerne l'effet déterminant de la maladie physique sur la santé subjective, qui confirme la nécessité de prévenir les problèmes de santé à travers l'adoption d'un style de vie sain et des comportements de santé (ex : bonne alimentation, activité physique régulière). La promotion de la santé pourrait se faire entre autres dans le contexte des soins primaires, où les médecins traitants joueraient un rôle déterminant à travers la psychoéducation et les recommandations qu'ils peuvent transmettre à cet égard. À un niveau social, il serait d'autant plus important d'assurer que les personnes âgées aient accès à des ressources permettant d'atteindre ces objectifs, incluant des services de préparation de repas santé et des programmes d'activités physiques adaptés pour les personnes souffrant d'incapacité fonctionnelle. Des mesures devraient être prises pour que de telles ressources soient également accessibles aux personnes à faible revenu. Dans cette optique, l'implication gouvernementale dans la promotion de la santé de la population apparaît cruciale.

Par ailleurs, les résultats de la présente étude ont mis en évidence l'influence déterminante du bien-être psychologique sur la santé tant objective que subjective. Par conséquent, la promotion d'une bonne santé mentale apparaît aussi essentielle que la prévention directe de problèmes de santé physique. Typiquement, les services en santé mentale sont offerts dans le but d'adresser des problèmes psychiatriques et réduire le niveau de détresse psychologique. Bien que ces objectifs demeurent fondamentaux, il a été démontré que l'absence de détresse psychologique n'implique pas nécessairement la présence d'un état de bien-être subjectif (Massé et al., 1998) susceptible d'exercer un effet bénéfique sur la santé. Des stratégies d'intervention devraient ainsi être envisagées pour promouvoir un bien-être psychologique plus optimal, particulièrement auprès des populations plus vulnérables incluant les femmes âgées dont le degré de scolarité est moins élevé.

Les résultats de la présente étude ont entre autres démontré que la satisfaction à l'égard de la quantité de soutien social disponible était associée directement au bien-être psychologique et indirectement à la santé subjective des participants. Ces résultats suggèrent ainsi que le soutien social représente une variable importante à considérer dans la promotion de la santé mentale et physique. Les professionnels et cliniciens qui travaillent auprès de personnes âgées devraient donc être à l'affût des besoins de soutien social de leurs clients et conscientiser l'entourage de leurs clients sur l'importance du soutien social pour le bien-être de ceux-ci. Des ressources communautaires pourraient également être recommandées pour tenter de combler les besoins des personnes âgées plus isolées qui reçoivent un soutien social limité.

De plus, différentes interventions conçues pour favoriser un état de bien-être psychologique ont été décrites dans la littérature. À partir d'une étude aléatoire contrôlée effectuée par l'Internet, Seligman et ses collaborateurs (2005) ont entre autres évalué l'efficacité de différentes formes d'interventions visant à augmenter le bonheur (*happiness*), qu'il conceptualise comme étant une vie plaisante, engagée et significative. Deux interventions particulières ont été associées à une augmentation du degré de bonheur et à une réduction des symptômes dépressifs sur une période de six mois. La première de ces interventions consistait à écrire trois bonnes choses qui étaient arrivées à chaque jour et les raisons pour celles-ci, alors que la deuxième impliquait d'utiliser d'une nouvelle façon des forces de caractère personnelles identifiées à partir des réponses à un questionnaire. Une autre intervention qui consistait à écrire et donner en personne une lettre de gratitude à quelqu'un, a également produit un changement positif pendant une période d'un mois (Seligman, Steen, Park, & Peterson, 2005).

Les interventions susmentionnées sont consistantes avec les propositions de Fredrickson (1998), qui conseille de cultiver les émotions positives en trouvant une signification positive à l'intérieur des circonstances courantes. Elle spécifie qu'une signification positive peut même être identifiée dans des conditions d'adversité, en associant une signification à des gestes banals et à travers la résolution de problèmes efficace (Fredrickson, 1998). De tels exercices ne nécessitent pas d'appui professionnel et pourraient ainsi facilement être intégrées dans la vie des personnes âgées qui souhaitent atteindre un plus grand niveau de bien-être subjectif.

D'autres auteurs ont pour leur part proposé des stratégies d'intervention visant à améliorer le bien-être psychologique de personnes atteintes par la maladie. Par exemple,

Chesney et ses collaborateurs (2003) ont évalué l'efficacité d'une intervention de groupe, soit l'entraînement à l'efficacité d'adaptation (*coping effectiveness training*) auprès d'un groupe d'hommes atteints du VIH et du SIDA. Cette intervention incorporait des principes de la théorie du stress et de l'adaptation de Lazarus et Folkman (1984) et des stratégies cognitivo-comportementales pour la gestion du stress. Plus spécifiquement, elle consistait d'abord à attirer l'attention sur les émotions positives en encourageant les participants à reconnaître et partager des expériences positives avec le groupe, à enregistrer les événements positifs à la fin de la journée, à utiliser l'humour à titre de stratégie d'adaptation, ainsi qu'à identifier des sources de signification dans leurs vies. Les auteurs rapportent que comparativement aux participants du groupe contrôle, les hommes qui ont participé dans cette intervention rapportaient des niveaux significativement réduits de stress perçu, d'épuisement et d'affect négatif, ainsi qu'une augmentation significative du sentiment d'efficacité personnelle, d'états de pensée positifs et de croissance personnelle jusqu'à neuf mois après la fin de l'intervention (Chesney, Chambers, Taylor, Johnson, & Folkman, 2003).

En somme, une variété d'interventions pourraient être envisagées pour faciliter un état de bien-être psychologique chez les personnes âgées qui sont, ou ne sont pas, atteintes de maladie. Les résultats de la présente étude suggèrent par ailleurs que de tels efforts de promotion d'un meilleur bien-être psychologique auraient de surcroît le potentiel d'engendrer des retombées significatives sur la santé physique et subjective à l'âge adulte avancé.

CONCLUSION

Le modèle intégratif de la santé subjective évalué dans le cadre de la présente étude reflète une conception multidimensionnelle, illustrée par une interaction entre les variables sociodémographiques, la maladie physique, le statut fonctionnel, le soutien social, le bien-être psychologique et la santé subjective. Les analyses de ce modèle ont partiellement appuyé les relations inférées entre ces différentes variables. Le modèle final met en valeur l'effet favorable du bien-être psychologique sur la santé subjective et la maladie physique, qui exerçait pour sa part un effet néfaste sur la santé subjective. Les analyses longitudinales ont de plus révélé que ces variables continuaient à prédire la santé subjective sur une période d'environ six ans. Le bien-être psychologique était chez les deux sexes associé positivement à une plus grande satisfaction à l'égard de la quantité de soutien social disponible, ainsi qu'à un degré de scolarité plus élevé chez les femmes. Les effets de l'âge et du statut fonctionnel sur la santé subjective étaient toutefois équivoques et mériteraient d'être examinés dans des recherches futures. Il est important de rappeler que les résultats de cette étude doivent être interprétés à la lumière des limitations identifiées. D'autres recherches seront nécessaires pour confirmer les résultats de la présente étude et en particulier les directions de causalité entre les différentes variables examinées.

Dans l'ensemble, ces résultats supportent le besoin d'élargir la définition réductionniste de la santé généralement adoptée par le modèle médical occidental, pour accorder une plus grande place au bien-être psychologique et social. En accord avec la psychologie positive, la pertinence de considérer l'influence bénéfique de dimensions positives du bien-être psychologique a également été mise en évidence dans cette étude.

Les implications qui découlent de la présente étude incitent une réflexion sur les croyances et attitudes de la société actuelle à l'égard de l'âge adulte avancé, qui est trop souvent caractérisé comme une période sombre de la vie, inévitablement affectée par la maladie et la détresse. Qui plus est, elles invitent le développement de stratégies au sein des systèmes de santé et sociaux, qui faciliteraient l'accès aux conditions de vie et ressources susceptibles de favoriser l'atteinte d'un bien-être psychologique et physique optimal durant cette phase ultime de la vie.

« La vieillesse est comparable à l'ascension d'une montagne. Plus vous montez, plus vous êtes fatigué, mais combien votre vision s'est élargie. » (Ingmar Bergman)

Références

American Psychiatric Association (1994). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition. Washington, DC, US : American Psychiatric Association.

Andresen, E. M., Catlin, T. K., Wyrwich, K. W., & Jackson-Thompson, J. (2003). Retest reliability of surveillance questions on health related quality of life. Journal of Epidemiology and Community Health, *57*, 339-343.

Angel, R. J., Frisco, M., Angel, J. L., & Chiriboga, D. A. (2003). Financial strain and health among elderly Mexican-origin individuals. Journal of Health & Social Behavior, *44(4)*, 536-551.

Arber, S. & Cooper, H. (1999). Gender differences in health in later life: the new paradox? Social Science & Medicine, *48(1)*, 61-76.

Arbuckle, J. L. (2003). Amos 5.0 (Computer software). Chicago, IL: SmallWaters Corp.

Auslander, G. K., & Litwin, H. (1991). Social networks, social support, and self-ratings of health among the elderly. Journal of Aging and Health, *3(4)*, 493-510.

Bailis, D. S., Segall, A., & Chipperfield, J. G. (2003). Two views of self-rated health status. Social Science & Medicine, *56(2)*, 203-217.

Baker, L. A., Cesa, I. L., Gatz, M., & Mellins, C. (1992). Genetic and environmental influences on positive and negative affect : Support for a two-factor theory. Psychology and Aging, *7(1)*, 158-163.

Bandura, A. (2001). The changing face of psychology at the dawning of a globalization era. Canadian Psychology/ Psychologie Canadienne, *42(1)*, 12-24.

Bardage, C., Pluijm, S. M. F., Pedersen, N. L., Deeg, D. J., Jylha, M., Noale, M., Blumstein, T., & Otero, A. (2005). Self-rated health among older adults : A cross-national comparison. European Journal of Ageing, *2(2)*, 149-158.

Barusch, A. S., Rogers, A., & Abu-Bader, S. H. (1999). Depressive symptoms in the frail elderly: Physical and psycho-social correlates. International Journal of Aging and Human Development, *49(2)*, 107-125.

Beekman, A. T. F., Deeg, D. J. H., Van Tilburg, T., Smit, J. H., Hooijer, C., & Van Tilburg, W. (1995). Major and minor depression in later life: a study of prevalence and risk factors. Journal of Affective Disorders, *36*, 65-75.

Benyamini, Y. & Idler, E. L. (1999). Community studies reporting association between self-rated health and mortality: Additional studies, 1995 to 1998. Research on Aging, *21(3)*, 392-401.

Benyamini, Y., Idler, E. L., Leventhal, H., & Leventhal, E. A. (2000). Positive affect and function as influences on self-assessments of health: Expanding our view beyond illness and disability. Journal of Gerontology: Psychological Sciences, *55B(2)*, P107-P116.

Benyamini, Y., Leventhal, E. A., & Leventhal, H. (2003). Elderly people's ratings of the importance of health-related factors to their self-assessments of health. Social Science & Medicine, *56(8)*, 1661-1667.

Bischoff, H. A., Stahelin, H. B., Monsch, A. U., Iversen, M. D., Weyh, A., von Dechend, M., Akos, R., Conzelmann, M., Dick, W., & Theiler, R. (2003). Identifying a cut-off point for normal mobility: a comparison of the timed "up and go" test in

community-dwelling and institutionalized elderly women. Age & Ageing, 32(3), 315-320.

Bjorner, J. B. & Kristensen, T. S. (1999). Multi-item scales for measuring global self-rated health: Investigation of construct validity using structural equations models. Research on Aging, 21(3), 417-439.

Bjorner, J. B., Kristensen, T. S., Orth-Gomér, K., Tibblin, G., Sullivan, M., & Westerholm, P. (1996). Self-rated health: a useful concept in research, prevention, and clinical medicine. Stockholm: Swedish Council for Planning and Coordination of Research.

Blazer, D. G. & Houpt, J. L. (1979). Perception of poor health in the healthy older adult. Journal of the American Geriatrics Society, 27, 330-334.

Bookwala, J. (2005). The role of marital quality in physical health during the mature years. Journal of Aging & Health, 17(1), 85-104.

Bookwala, J., Harralson, T. L., & Parmelee, P. A. (2003). Effects of pain on functioning and well-being in older adults with osteoarthritis of the knee. Psychology and Aging, 18(4), 844-850.

Borawski, E., Kinney, J., & Kahana, E. (1996). The meaning of older adults' health appraisals: Congruence with health status and determinant of mortality. Journal of Gerontology: Social Sciences 51B (3), S157-S170.

Brandtstädter, J. & Greve, W. (1994). The aging self: Stabilizing and protective processes. Developmental Review, 14, 52-80.

Brandtstädter, J. (1999). Sources of resilience in the aging self: Toward integrating perspectives. Dans T. M. Hess & F. Blanchard-Fields (Eds.), Social cognition and aging (pp. 123-141). San Diego, CA: Academic Press, Inc.

Brassington, G. S., Atienza, A. A., Perczek, R. E., DiLorenzo, T. M., & King, A. C. (2002). Intervention-related cognitive versus social mediators of exercise adherence in the elderly. American Journal of Preventive Medicine, 23(2 Suppl. 1), 80-86.

Bryant, L.L., Beck, A., Fairclough, D.L., 2000. Factors that contribute to positive perceived health in an older population. Journal of Aging and Health 12(2), 169–192.

Bush, T. L., Miller, S. R., Golden, A. L., & Hale, W. E. (1989). Self-report and medical record report agreement of selected medical conditions in the elderly. American Journal of Public Health, 79, 1554-1556.

Cagney, K. A., Browning, C. R., & Wen, M. (2005). Racial disparities in self-rated health at older ages: What difference does the neighborhood make? Journals of Gerontology Series B-Psychological Sciences & Social Sciences, 60B(4), S181-S190.

Cairney, J. (2000). Socio-economic status and self-rated health among older Canadians. Canadian Journal on Aging, 19(4), 456-478.

Canadian Study of Health and Aging Working Group. (1994). Canadian Study of Health and Aging: study methods and prevalence of dementia. Canadian Medical Association Journal, 150(6), 899-913.

Cappeliez, P., Sèvre-Rousseau, S., Landreville, P., Prévile, M., & Scientific Committee of ESA Study (2004). Physical health, subjective health, and psychological distress in older adults : Reciprocal relationships concurrently and over time. Ageing International, 29(3), 247-266.

Caserta, M. S., Lund, D. A., & Diamond, M. F. (1990). Understanding the context of perceived health ratings: the case of spousal bereavement in later life. Journal of Aging Studies, 4(3), 231-243.

Casten, R. J., Lawton, M. P., Winter, L., Kleban, M., & Sando, R. L. (1997). The relationships of health to affect assessed in both state and trait form: How does age impact the relationships? Aging & Mental Health, 1(3), 230-237.

Chandola, T. & Jenkinson, C. (2000). Validating self-rated health in different ethnic groups. Ethnicity & Health, 5(2), 151-159.

Chesney, M. A., Chambers, D. B., Taylor, J. M., Johnson, L. S., & Folkman, S. (2003). Coping effectiveness training for men living with HIV: Results from a randomized clinical trial testing a group-based intervention. Psychosomatic Medicine, 65(6), 1038-1046.

Chesney, M. A., Darbes, L. A., Hoerster, K., Taylor, J. M., Chambers, D. B., & Anderson, D. E. (2005). Positive emotions: Exploring the other hemisphere in behavioral medicine. International Journal of Behavioral Medicine, 12(2), 50-58.

Chin, W. W. (1998). Issues and opinion on structural equation modeling. MIS Quarterly, 22, vii-xvi.

Chipperfield, J. G., Campbell, D. W., & Perry, R. P. (2004). Stability in perceived control: implications for health among very old community-dwelling adults. Journal of Aging & Health, 16(1), 116-147.

Clarke, P. J., Marshall, V. W., Ryff, C. D., & Rosenthal, C. J. (2000). Well-being in Canadian seniors: Findings from the Canadian Study of Health and Aging. Canadian Journal of Aging/ Revue canadienne du vieillissement, 19(2), 139-159.

- Cohen, S. (1988). Psychosocial models of the role of social support in the etiology of physical disease. Health Psychology, 7(3), 269-297.
- Cossette, L. & Duclos, E. (2002). A profile of disability in Canada, 2001. (Statistics Canada Catalogue No. 89-577-XIE). Ottawa: Minister of Industry, Housing, Family, and Social Statistics Division.
- Crossley, T. F. & Kennedy, S. (2002). The reliability of self-assessed health status. Journal of Health Economics, 21, 643-658.
- Croyle, R. T. & Uretsky, M. B. (1987). Effects of mood on self-appraisal of health status. Health Psychology, 6(3), 239-253.
- Daaleman, T. P., Perera, S., & Studenski, S. A. (2004). Religion, spirituality, and health status in geriatric outpatients. Annals of Family Medicine, 2(1), 49-53.
- Davies, A. R., Sherbourne, C. D., Peterson, J. R., and Ware, J. E. (1988). Scoring manual: Adult health status and patient satisfaction measures used in Rand's Health Insurance Experiment. Publication no. N-2190-HHS. Santa Monica, Calif.: Rand Corporation.
- DeNeve, K. M., Cooper, H. (1998). The happy personality: A meta-analysis of 137 personality traits and subjective well-being. Psychological Bulletin, 124(2), 197-229.
- Denton, M., Prus, S., & Walters, V. (2004). Gender differences in health: a Canadian study of the psychosocial, structural, and behavioural determinants of health. Social Science & Medicine, 58(12), 2585-2600.
- Diener, E. & Emmons, R. A. (1985). The independence of positive and negative affect. Journal of Personality and Social Psychology, 47(5), 1105-1117.

Drever, F., Doran, T., & Whitehead, M. (2004). Exploring the relation between class, gender, and self rated general health using the new socioeconomic classification. A study using data from the 2001 census. Journal of Epidemiology & Community Health, 58(7), 590-596.

Duberstein, P. R., Soerensen, S., Lyness, J. M., King, D. A., Conwell, Y., Seidlitz, L., & Caine, E. D. (2003). Personality is associated with perceived health and functional status in older primary care patients. Psychology & Aging, 18(1), 25-37.

Duckitt, J. H. (1983). Psychological factors related to subjective health perception among elderly women. Humanitas Sciences Research Council, 9(4), 441-449.

Ebly, E. M., Hogan, D. B., & Fung, T. S. (1996). Correlates of self-rated health in persons aged 85 and over: results from the Canadian Study of Health and Aging. Canadian Journal of Public Health. Revue Canadienne de Santé Publique, 87(1), 28-31.

Eid, M. & Diener, E. (2003). Global judgments of subjective well-being : Situational variability and long-term stability. Social Indicators Research, 65(3), 245-277.

Enders, C. K. (2002). Applying the Bollen-Stine Bootstrap for Goodness-of-Fit Measures to Structural Equation Models with Missing Data. Multivariate Behavioral Research, 37(3), 359-377.

Engle, V. F. & Graney, M. J. (1986). Self-assessed and functional health of older women. International Journal of Aging and Human Development, 22(4), 301-313.

Eriksson, I., Unden, A. L., & Elofsson, S. (2001). Self-rated health. Comparisons between three different measures. Results from a population study. International Journal of Epidemiology, 30(2), 326-333.

Fenwick, R. & Barresi, C. M. (1981). Health consequences of marital-status change among the elderly: A comparison of cross-sectional and longitudinal analyses. Journal of Health and Social Behavior, 22(2), 106-116.

Ferraro, K. F. (1980). Self-ratings of health among the old and the old-old. Journal of Health and Social Behavior, 21(4), 377-383.

Ferraro, K. F., Farmer, M. M., & Wybraniec, J. A. (1997). Health trajectories: Long-term dynamics among black and white adults. Journal of Health and Social Behavior, 38(1), 38-54.

Fillenbaum, G. G. (1979). Social context and self-assessments of health among the elderly. Journal of Health and Social Behavior, 20(1), 45-51.

Fillenbaum, G. G. & Smyer, M. A. (1981). The development, validity, and reliability of the OARS Multidimensional Functional Assessment Questionnaire. Journal of Gerontology, 36(4), 428-434.

Fletcher, P.C. & Hirdes, J.P. (1996). A longitudinal study of physical activity and self-rated health in Canadians over 55 years of age. Journal of Aging Physical Activity, 4, 136-150.

Forbes, D. A. (2001). Enhancing mastery and sense of coherence: important determinants of health in older adults. Geriatric Nursing, 22(1), 29-32.

Fredrickson, B. L. & Levenson, R. W. (1998). Positive emotions speed recovery from the cardiovascular sequelae of negative emotions. Cognition and Emotion, 12(2), 191-220.

Fylkesnes, K. & Forde, O. H. (1992). Determinants and dimensions involved in self-evaluations of health. Social Science & Medicine, 35(3), 271-279.

Gana, K., Alaphilippe, D., & Bailly, N. (2004). Positive illusions and mental and physical health in later life. *Aging & Mental Health*, 8(1), 58-64.

Gefen, D., Straub, D. W., & Boudreau, M. (2000). Structural equation modeling and regression: guidelines for research practice. *Communications of the Association for Information Systems*, 4(7), 2-79.

George, L. K. & Fillenbaum, G. G. (1985). OARS methodology: A decade of experience in geriatric assessment. *Journal of the American Geriatrics Society*, 33(9), 607-615.

Gibson, R. C. (1991). Race and self-reported health of elderly persons. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 46, S235-S242.

Gold, C. H., Malmberg, B., McClearn, G. E., Pedersen, N. L., & Berg, S. (2002). Gender and health: A study of older unlike-sex twins. *Journals of Gerontology, Series B-Psychological & Social Sciences*, 57(3), S168-76.

Gonzalez, J. S., Chapman, G. B., & Leventhal, H. (2002). Gender differences in the factors that affect self-assessments of health. *Journal of Applied Biobehavioral Research*, 7(2), 133-155.

Graham, J. W., Cumsille, P. E., & Elek-Fisk, E. (2003). Methods for handling missing data. Dans J. A. Schinka & W. F. Velicer (Eds.), *Research methods in psychology*. New York: Wiley.

Grand, A., Grosclaude, P., Bocquet, P., Pous, J., & Albarede, J. L. (1988). Predictive value of life events, psychological factors and self-rated health on disability in an elderly rural French population. *Social Science & Medicine*, 27(12), 1337-1342.

Grundy, E. & Sloggett, A. (2003). Health inequalities in the older population: the role of personal capital, social resources and socio-economic circumstances. Social Science & Medicine, *56*(5), 935-947.

Guindon, S., O'Rourke, N., & Cappeliez, P. (2004). Factor structure and invariance of responses by older men and women to an abridged version of the Ryff Scale of Psychological Well-Being. Journal of Mental Health and Aging, *10*(4), 301-310.

Han, B. (2002). Depressive symptoms and self-rated health in community-dwelling older adults: A longitudinal Study. Journal of the American Geriatrics Society, *50*, 1549-1556.

Hattie, J. (1985). Methodology review: Assessing unidimensionality of tests and items. Applied Psychological Measurement, *9*, 139-164.

Hays, J. C., Schoenfeld, D. E., & Blazer, D. G. (1996). Determinants of poor self-rated health in late life. The American Journal of Geriatric Psychiatry, *4*(3), 188-196.

Heikkinen, E., Leinonen, R., Berg, S., Schroll, M., & Steen, B. (1997). Levels and associates of self-rated health among 75-year-old people living in three Nordic localities. In E. Heikkinen, S. Berg, M. Schroll, B. Steen, & A. Viidik (Eds.), *Functional status, health and aging: the NORA study. Facts, research and intervention in geriatrics* (pp. 121-148). Paris: Serdi Publisher.

Hershman, D. L., Simonoff, P. A., Frishman, W. H., Paston, F., & Aronson, M. K. (1995). Drug utilization in the old-old and how it relates to self-perceived health and all-cause mortality: Results from the Bronx Aging Study. Journal of the American Geriatrics Society, *43*, 356-360.

Hirdes, J. P. & Forbes, W. F. (1993). Factors associated with the maintenance of good self-rated health. Journal of Aging and Health, 5(1), 101-122.

Hoeymans, N., Feskens, E. J., van den Bos, G. A., & Kromhout, D. (1997). Age, time, and cohort effects on functional status and self-rated health in elderly men. American Journal of Public Health, 87(10), 1620-1625.

Holahan, C. J. & Moos, R. H. (1991). Life stressors, personal and social resources, and depression : A 4-year structural model. Journal of Abnormal Psychology, 100(1), 31-38.

Hooker, K. & Siegler, I. C. (1992). Separating apples from oranges in health ratings: Perceived health includes psychological well-being. Behavior, Health, and Aging, 2(2), 81-92.

Idler, E. L. (1993). Age differences in self-assessments of health: Age changes, cohort differences, or survivorship? Journal of Gerontology, Social Sciences, 48(6), S289-S300.

Idler, E. L. & Benyamini, Y. (1997). Self-rated health and mortality: A review of twenty-seven community studies. Journal of Health and Social Behavior, 38, 21-37.

Idler, E. L., Hudson, S. V., & Leventhal, H. (1999). The meanings of self-ratings of health: A qualitative and quantitative approach. Research on Aging, 21(3), 458-476.

Idler, E. L. & Kasl, S. (1995). Self-ratings of health: do they also predict change in functional ability? Journal of Gerontology, Social Sciences, 50(6), S344-S353.

Jerram, K. L. & Coleman, P. G. (1999). The big five personality traits and reporting of health problems and health behaviour in old age. British Journal of Health Psychology, 4(Part 2), 181-192.

Johnson, W. & Krueger, R. F. (2005). Predictors of physical health: Toward an integrated model of genetic and environmental antecedents. The Journals of Gerontology, 60(B), 42-52.

Johnson, R. J. & Wolinsky, F. D. (1993). The structure of health status among older adults: Disease, disability, functional limitation, and perceived health. Journal of Health and Social Behavior, 34, 105-121.

Johnson, R. J. & Wolinsky, F. D. (1994). Gender, race, and health: The structure of health status among older adults. The Gerontologist, 34(1), 24-35.

Jylhä, M. (1994). Self-rated health revisited: exploring survey interview episodes with elderly respondents. Social Science & Medicine, 39(7), 983-990.

Jylhä, M., Guralnik, J. M., Ferrucci, L., Jokela, J., & Heikkinen, E. (1998). Is self-rated health comparable across cultures and genders? The Journals of Gerontology, series B: Psychological Sciences and Social Sciences, 53(B), S144-S152.

Jylhä, M., Leskinen, E., Alanen, E., Leskinen, A-L., & Heikkinen, E. (1986). Self-rated health and associated factors among men of different ages. Journal of Gerontology, 41(6), 710-717.

Kaplan, G. & Baron-Epel, O. (2003). What lies behind the subjective evaluation of health status? Social Science & Medicine, 56(8), 1669-1676.

Kaplan, G. A., Strawbridge, W. J., Camacho, T., & Cohen, R. D. (1993). Factors associated with change in physical functioning in the elderly: a six-year prospective study. Journal of Aging and Health, 5, 40-53.

Kawachi, I. & Berkman, L. F. (2001). Social ties and mental health. Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine, 78(3), 458-467.

Keller-Olaman, S., Williams, S., Knight, R., & McGee, R. (2004). The self-rated health of women in midlife: A cross-sectional and longitudinal study of a New Zealand sample. New Zealand Journal of Psychology, 33(2), 68-77.

Kempen, G. I. J. M. (1992). The MOS Short-Form General Health Survey: Single item vs multiple measures of health-related quality of life: Some nuances. Psychological Reports, 70, 608-610.

Kempen, G. I. J. M., Miedema, I., Van den Bos, G. A. M., & Ormel, J. (1998). Relationship of domain-specific measures of health to perceived overall health among older subjects. Journal of Clinical Epidemiology, 51(1), 11-18.

Kempen, G. I. J. M., Ranchor, A. V., Ormel, J., van Sonderen, E., van Jaarsveld, C. H. M., & Sanderman, R. (2005). Perceived control and long-term changes in disability in late middle-aged and older persons: An eight-year follow-up study. Psychology & Health, 20(2), 193-206.

Kempen, G. I. J. M., Sanderman, R., Miedema, I., Meyboom-de Jong, B., & Ormel, J. (2000). Functional decline after congestive heart failure and acute myocardial infarction and the impact of psychological attributes. A prospective study. Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care & Rehabilitation, 9(4), 439-450.

Kempen, G. I. J. M., van Sonderen, E., Ormel, J. (1999). The impact of psychological attributes on changes in disability among low-functioning older persons. Journals of Gerontology: Series B: Psychological Sciences and Social Sciences, 54B(1), P23-P29.

Keyes, C. L. M. (2005). Chronic physical conditions and aging: Is mental health a potential protective factor? Ageing International, 30(1), 88-104.

King, A. C., Porter, I. A., & Rowe, M. A. (1994). Functional, social, and emotional outcomes in women and men in the first year following coronary artery bypass surgery. Journal of Women's Health, 3, 347-354.

King, A. C., Taylor, C. B., Haskell, W. L., & DeBusk, R. F. (1990). Identifying strategies for increasing employee physical activity levels: Findings from the Stanford/Lockheed Exercise Survey. Health Education Quarterly, 17, 269-285.

Kivinen, P., Halonen, P., Eronen, M., & Nissinen, A. (1998). Self-rated health, physician-rated health and associated factors among elderly men: the Finnish cohorts of the Seven Countries Study. Age and Ageing, 27, 41-47.

Kline, R. B. (1998). Principles and practice of structural equation modeling. New York: The Guilford Press (354 pp.).

Kop, J-L. (1993). La mesure du bien-être subjectif chez les personnes âgées. Revue Européenne de Psychologie Appliquée, 43(4), 271-277.

Kosteniuk, J. G., & Dickinson, H. D. (2003). Tracing the social gradient of health of Canadians : Primary and secondary determinants. Social Science & Medicine, 57(2), 263-276.

Krause, N. (1987a). Stress in racial differences in self-reported health among the elderly. The Gerontologist, 27(1), 72-76.

Krause, N. (1987b). Satisfaction with social support and self-rated health in older adults. The Gerontologist, 27(3), 301-308.

Krause, N. (2004). Stressors arising in highly valued roles, meaning in life, and the physical health status of older adults. Journals of Gerontology: Series B: Psychological Sciences and Social Sciences, 59B(5), S287-A291.

Krause, N. M. & Jay, G. M. (1994). What do global self-rated health items measure? Medical Care, 32(9), 930-942.

Kriegsman, D. M. W., Penninx, B. W. J. H., van Eijk, J. T. M., Boeke, A. J. P., & Deeg, D. J. H. (1996). Self-reports and general practitioner information on the presence of chronic diseases in community dwelling elderly. Journal of Clinical Epidemiology, 49(12), 1407-1417.

Kristjansson, B., Karam, A., & McDowell, I. (2003). Canadian Study of Health and Aging-3 (CSHA-3): Screening questionnaire data user's manual.

Kubzansky, L. D., Sparrow, D., Vokonas, P., & Kawachi, I. (2001). Is the glass half empty or half full? A prospective study of optimism and coronary heart disease in the Normative Aging Study. Psychosomatic Medicine, 63(6), 910-916.

Landau, R. & Litwin, H. (2001). Subjective well-being among the old-old: The role of health, personality and social support. International Journal of Aging and Human Development, 52(4), 265-280.

LaRue, A., Bank, L., Jarvik, L., & Hetland, M. (1979). Health in old age: How do physicians' ratings and self-ratings compare? Journal of Gerontology, 34(5), 687-691.

Lawton, M. P. & Lawrence, R. H. (1994). Assessing health. Dans M. P. Lawton & J. A. Teresi (Eds.), Annual review of gerontology and geriatrics : Focus on assessment techniques, Vol. 14. (pp. 23-56).

- Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). Stress, appraisal, and coping. New York: Springer.
- Lee, D. J., Lam, B. L., Gomez-Martin, O., & Caban, A. J. (2005). Concurrent hearing and visual impairment and morbidity in community-residing adults. Journal of Aging and Health, 17(5), 531-546.
- Lee, Y. & Shinkai, S. (2003). A comparison of correlates of self-rated health and functional disability of older persons in the Far East: Japan and Korea. Archives of Gerontology & Geriatrics, 37(1), 63-76.
- Leibson, C. L., Garrard, J., Nitz, N., Waller, L., Indritz, M., Jackson, J., Rolnick, S. J., & Luepke, L. (1999). The role of depression in the association between self-rated physical health and clinically defined illness. Gerontologist, 39(3), 291-298.
- Leinonen, R., Heikkinen, E., & Jylhä, M. (1998). Self-rated health and self-assessed change in health in elderly men and women – a five-year longitudinal study. Social Science & Medicine, 46(4-5), 591-591.
- Leinonen, R., Heikkinen, E., & Jylhä, M. (1999). A path analysis model of self-rated health among older people. Aging in Clinical and Experimental Research, 11(4), 209-220.
- Leinonen, R., Heikkinen, E., & Jylhä, M. (2002). Changes in health, functional performance and activity predict changes in self-rated health: A 10-year follow-up in older people. Archives of Gerontology & Geriatrics, 35(1), 79-92.
- Lennartsson, C. (1999). Social ties and health among the very old in Sweden. Research on Aging, 21(5), 657-681.

Liang, J. (1986). Self-reported physical health among aged adults. Journal of Gerontology, 41(2), 248-260.

Liang, J., Bennett, J., Whitelaw, N., & Maeda, D. (1991). The structure of self-reported physical health among the aged in the United States and Japan. Medical Care, 29(12), 1161-1180.

Liang, J., Shaw, B. A., Krause, N., Bennett, J. M., Kobayashi, E., Fukaya, T., & Sugihara, Y. (2005). How does self-assessed health change with age? A study of older adults in Japan. Journals of Gerontology Series B-Psychological Sciences & Social Sciences, 60(4), S224-S232.

Linn, B. S. & Linn, M. W. (1980). Objective and self-assessed health in the old and very old. Social Science and Medicine, 14A, 311-315.

Lindgren, A-M., Svärdsudd, K., & Tibblin, G. (1994). Factors related to perceived health among elderly people: The Albertina project. Age and Ageing, 23, 328-333.

Little, R. J. A., & Rubin, D. B. (1989). The analysis of social science data with missing values. Sociological Methods and Research, 18(2&3), 293-325.

Litwin, H. (1998). Social network type and health status in a national sample of elderly Israelis. Social Science & Medicine, 46(4-5), 599-609.

Liu, X., Liang, J., & Gu, S. (1995). Flows of social support and health status among older persons in China. Social Science & Medicine, 41(8), 1175-1184.

Lundberg, O. & Manderbacka, K. (1996). Assessing reliability of a measure of self-rated health. Scandinavian Journal of Social Medicine, 24(3), 218-224.

MacCallum, R. C. & Austin, J. T. (2000). Applications of structural equation modeling in psychological research. Annual Review of Psychology, 51,201-226.

Maddox, G. L. & Douglas, E. B. (1973). Self-assessments of health: A longitudinal study of elderly subjects. Journal of Health and Social Behavior, 14, 87-93.

Manderbacka, K. (1998). Examining what self-rated health question is understood to mean by respondents. Scandinavian Journal of Social Medicine, 26(2), 145-153.

Mann, A. (2001). Depression in the elderly: findings from a community survey. Maturitas, 38, 53-59.

Mantyselka, P. T., Turunen, J. H. O., Ahonen, R. S., & Kumpusalo, E. (2003). Chronic pain and poor self-rated health. Journal of the American Medical Association, 290(18), 2435-2442.

Markides, K. S. & Martin, H. W. (1979). Predicting self-rated health among the aged. Research on Aging, 1(1), 97-112.

Martikainen, P., Aromaa, A., Heliövaara, M., Klaukka, T., Knekt, P., Maatela, J., & Lahelma, E. (1999). Reliability of perceived health by sex and age. Social Science & Medicine, 48, 1117-1122.

Massé, R., Poulin, C., Dassa, C., Lambert, J., Bélair, S., & Battaglini, A. (1998). The structure of mental health : Higher-order confirmatory factor analyses of psychological distress and well-being measures. Social Indicators Research, 45(1-3), 475-504.

McCubbin, M. & Labonte, R. (2002). Toward psychosocial theory for an integrated understanding of the health and well-being of populations. Ethical and Human Sciences and Services, 4(1), 47-61.

McDonald, R. P. & Ho, M-H. R. (2002). Principles and practice in reporting structural equation analyses. Psychological Methods, 7(1), 64-82.

McDonald-Miszczak, L., Maki, S. A., & Gould, O. N. (2000). Self-reported medication adherence and health status in late adulthood: The role of beliefs. Experimental Aging Research, 26(3), 189-207.

McDowell, I. & Newell, C. (1987). Measuring health: a guide to rating scales and questionnaires. New York: Oxford University Press (p. 216).

Melin, A-L. & Bygren, L. O. (1993). Perceived functional health of frail elderly in a primary home care programme and correlation of self-perception with objective measurements. Scandinavian Journal of Social Medicine, 21(4), 256-263.

Misra, R., Alexy, B., & Panigrahi, B. (1996). The relationships among self-esteem, exercise, and self-rated health in older women. Journal of Women and Aging, 8(1), 81-94.

Molarius, A. & Janson, S. (2002). Self-rated health, chronic diseases, and symptoms among middle-aged and elderly men and women. Journal of Clinical Epidemiology, 55, 364-370.

Mor, V., Wilcox, V., Rakowski, W., & Hiris, J. (1994). Functional transitions among the elderly: patterns, predictors, and related hospital use. American Journal of Public Health, 84(8), 1274-1280.

Morris, S., Morris, M. E., & Ianssek, R. (2001). Reliability of measurements obtained with the Timed "Up & Go" test in people with Parkinson disease. Physical Therapy, 81(2), 810-818.

Mossey, J. M. (1995). Importance of self-perceptions for health status among older persons. Dans M. Gatz (Ed.), Emerging Issues in Mental Health and Aging. Washington, DC: American Psychiatric Association (pp. 124-162).

Mossey, J. M. & Shapiro, E. (1982). Self-rated health: a predictor of mortality among the elderly. American Journal of Public Health, 72(8), 800-808.

Mulsant, B. H., Ganguli, M., & Seaberg, E. C. (1997). The relationship between self-rated health and depressive symptoms in an epidemiological sample of community-dwelling older adults. Journal of the American Geriatrics Society, 45, 954-958.

Multidimensional functional assessment: The OARS methodology, a manual (2nd ed.) Centre for the Study of Aging & Human Development, Duke University, Durham, NC, 1978.

Murrell, S. A. & Meeks, S. (2002). Psychological, economic, and social mediators of the education-health relationship in older adults. Journal of Aging and Health, 14(4), 527-550.

Muthén, B., Kaplan, D., & Hollis, M. (1987). On structural equation modeling with data that are not missing completely at random. Psychometrika, 52(3), 431-462.

Nes, R. B., Roysamb, E., Tambs, K., Harris, J. R., & Reichborn-Kjennerud, T. (2006). Subjective well-being: Genetic and environmental contributions to stability and change. Psychological Medicine, 36, 1033-1042.

Nevitt, J. & Hancock, G. R. (2001). Performance of bootstrapping approaches to model test statistics and parameter standard error estimation in structural equation modeling. Structural Equation Modeling, 8(3), 353-377.

Nybo, H., Gaist, D, Jeune, B., McGue, M., Vaupel, J. W., & Christensen, K. (2001). Functional status and self-rated health in 2,262 nonagenarians : the Danish 1905 Cohort Survey. Journal of the American Geriatrics Society, 49(5), 601-609.

Ockander, M., Hjerpe, M, & Timpka, T. (2002). Patient-doctor concordance in elderly women's self-reported health and medical records. Methods of Information in Medicine, 41, 119-124.

Okamoto, K. & Tanaka, Y. (2004). Gender differences in the relationship between social support and subjective health among elderly persons in Japan. Preventive Medicine, 38(3), 318-322.

Orfila, F., Ferrer, M., Lamarca, R., & Alonso, J. (2000). Evolution of self-rated health status in the elderly : cross-sectional vs. longitudinal estimates. Journal of Clinical Epidemiology, 53(6), 563-570.

Orpana, H. M. & Lemyre, L. (2004). Explaining social gradient in health in Canada: Using the National Population Health Survey to examine the role of stressors. International Journal of Behavioral Medicine, 11(3), 143-151.

Ostir, G. V., Goodwin, J. S., Markides, K. S., Ottenbacher, K. J., Balfour, J., & Guralnik, J. M. (2002). Differential effects of premorbid physical and emotional health on recovery from acute events. Journal of the American Geriatrics Society, 50(4), 713-718.

Ostir, G. V., Markides, K. S., Black, S. A., & Goodwin, J. S. (2000). Emotional well-being predicts subsequent functional independence and survival. Journal of the American Geriatrics Society, *48*, 473-478.

Ostir, G. V., Markides, K. S., Peek, M. K., & Goodwin, J. S. (2001). The association between emotional well-being and the incidence of stroke in older adults. Psychosomatic Medicine, *63* (2), 210-215.

Ostir, G. V., Ottenbacher, K. J., & Markides, K. S. (2004). Onset of frailty in older adults and the protective role of positive affect. Psychology and Aging, *19*(3), 402-408.

Ostir, G. V., Peek, M. K., Markides, K. S., & Goodwin, J. S. (2001). The association of emotional well-being and future risk of myocardial infarction in older adults. Primary Psychiatry, *8*, 34-38.

Pinquart, M. (2001). Correlates of subjective health in older adults: A meta-analysis. Psychology and Aging, *16*(3), 414-426.

Podsiadlo, D. & Richardson, S. (1989). The timed "Up and Go" test. Archives of Physical Medicine & Rehabilitation, *67*, 387-389.

Podsiadlo, D. & Richardson, S. (1991). The timed "Up and Go": A test of basic functional mobility for frail elderly persons. Journal of the American Geriatrics Society, *39*, 142-148.

Prager, E., Walter-Ginzburg, A., Blumstein, T., & Modan, B. (1999). Gender differences in positive and negative self-assessments of health status in a national epidemiological study of Israeli aged. Journal of Women & Aging, *11*(4), 21-41.

Prus, S. G. & Gee, E. (2003). Gender differences in the influence of economic, lifestyle, and psychosocial factors on later-life health. Canadian Journal of Public Health. Revue Canadienne de Santé Publique, 94(4), 306-309.

Quinn, M. E., Johnson, M. A., Poon, L. W., & Martin, P. (1999). Psychosocial correlates of subjective health in sexagenarians, octogenarians, and centenarians. Issues in Mental Health Nursing, 20, 151-171.

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), 511-524.

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

Ray, O. (2004). How the mind hurts and heals the body. American Psychologist, 59(1), 29-40.

Reed, G. M., Kemeny, M. E., Taylor, S. E., & Visscher, B. R. (1999). Negative HIV-specific expectancies and AIDS-related bereavement as predictors of symptom onset in asymptomatic HIV-positive gay men. Health Psychology, 18, 354-363.

Reyes-Gibby, C., Aday, L., & Cleeland, C. (2002). Impact of pain on self-rated health in the community-dwelling older adults. Pain, 95, 75-82.

Roberts, G. (1999). Age effects and health appraisals: A meta-analysis. Journals of Gerontology, 54B(1), S24-S30.

Rockwood, K., Awalt, E., Carver, D., & MacKnight, C. (2000). Feasibility and measurement properties of the functional reach and the timed up and go tests in the

Canadian Study of Health and Aging. Journals of Gerontology Series A- Biological Sciences & Medical Sciences, 55(2), M70-M73.

Rodin, J. & McAvay, G. (1992). Determinants of change in perceived health in a longitudinal study of older adults. Journal of Gerontology: Psychological Sciences, 47(6), P373-P384.

Ryff, C. D. (1982). Successful aging : A developmental approach. The Gerontologist, 22(2), 209-214.

Ryff, C. D. (1989a). Beyond Ponce de Leon and life satisfaction : New directions in quest of successful ageing. International Journal of Behavioral Development, 12(1), 35-55.

Ryff, C. D. (1989b). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. Journal of Personality and Social Psychology, 57(6), 1069-1081.

Ryff, C. D. (1991). Possible selves in adulthood and old age : A tale of shifting horizons. Psychology and Aging, 6(2), 286-295.

Ryff, C. D. (1995). Psychological well-being in adult life. Current Directions in Psychological Science, 4(4), 99-104.

Ryff, C. D. & Keyes, C. L. M. (1995). The structure of psychological well-being revisited. Journal of Personality and Social Psychology, 69(4), 719-727.

Ryff, C. D. & Singer, B. (1996). Psychological well-being : Meaning, measurement, and implications for psychotherapy research. Psychotherapy and Psychosomatics, 65, 14-23.

Ryff, C. D. & Singer, B. (1998). The contours of positive human health.

Psychological Inquiry, 9(1), 1-28.

Ryff, C. D. & Singer, B. (2002). From social structure to biology: Integrative science in pursuit of human health and well-being. Dans C. R. Snyder & S. J. Lopez (Eds.), Handbook of positive psychology. London: Oxford University Press (pp. 541-555).

Salovey, P., Detweiler, J. B., Steward, W. T., & Bedell, B. T. (2001). Affect and health-relevant cognition. Dans J. P. Forgas (Ed.), Handbook of affect and social cognition. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers (pp. 344-368).

Salovey, P., Rothman, A. J., Detweiler, J. B., & Steward, W. T. (2000). Emotional states and physical health. American Psychologist, 55(1), 110-121.

Schafer, J. L. & Graham, J. W. (2002). Missing data: our view of the state of the art. Psychological Methods, 7(2), 147-177.

Schnittker, J. (2005). When mental health becomes health: Age and the shifting meaning of self-evaluations of general health. The Milbank Quarterly, 83(3), 397-423.

Schoenfeld, D. E., Malmrose, L. C., Blazer, D. G., Gold, D. T., & Seeman, T. E. (1994). Self-rated health and mortality in the high-functioning elderly- a closer look at healthy individuals: MacArthur Study of Successful Aging. Journal of Gerontology: Medical Sciences, 49(3), M109-M115.

Schoevers, R. A., Beekman, A. T. F., Deeg, D. J. H., Geerlings, M. I., Jonker, C., & Van Tilburg, W. (2000). Risk factors for depression in later life; results of a prospective community based study (AMSTEL). Journal of Affective Disorders, 59, 127-137.

Schulz, R. Mittlemark, M., Kronmal, R., Polak, J., Hirsch, C. H., German, P., & Bookwala, J. (1994). Predictors of perceived health status in elderly men and women. Journal of Aging & Health, *6*, 419-447.

Seeman, T. E. (1996). Social ties and health: The benefits of social integration. Annals of Epidemiology, *6*(5), 442-451.

Seligman, M. E. P., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology. American Psychologist, *55*(1), 5-14.

Seligman, M. E. P., Steen, T. A., Park, N., & Peterson, C. (2005). Positive psychology progress: Empirical validation of interventions. American Psychologist, *60*(5), 410-421.

Sherman, A. M., Shumaker, S. A., Rejeski, W. J., Morgan, T., Applegate, W. B., & Ettinger, W. (2006). Social support, social integration, and health-related quality of life over time: Results from the Fitness and Arthritis in Seniors Trial (FAST). Psychology & Health, *21*(4), 463-480.

Shumway-Cook, A., Brauer, S., & Woollacott, M. (2000). Predicting the probability for falls in community-dwelling older adults using the Timed Up & Go Test. Physical Therapy, *80*, 896-903.

Singleton, J. F. (1988). Use of secondary data in leisure research. Journal of Leisure Research, *20*(3), 233-236.

Somerfield, M. R. & McCrae, R. R. (2000). Stress and coping research : Methodological challenges, theoretical advances, and clinical applications. American Psychologist, *55*(6), 620-625.

Spiers, N., Jagger, C., & Clarke, M. (1999). Physical function and perceived health: Cohort differences and interrelationships in older people. Journals of Gerontology: Social Sciences, 51B(5), S226-S233.

Starr, J. M., Deary, I. J., & Macintyre, S. (2003). Associations with successful ageing in the "Healthy Old People in Edinburgh" cohort: Being well, fit and healthy. Aging Clinical and Experimental Research, 15(4), 336-342.

Statistical Report on the Health of Canadians (1999). (Statistics Canada Catalogue No. 82-570-XIE). Ottawa: Health Statistics Division.

Step toe, A., Wright, C., Kunz-Ebrecht, S. R., & Iliffe, S. (2006). Dispositional optimism and health behaviour in community-dwelling older people: Associations with healthy ageing. British Journal of Health Psychology, 11(1), 71-84.

Stones, M. J., Hadjistavropoulos, T., Tuuoko, H., & Kozma, A. (1995). Happiness has traitlike and statelike properties: A reply to Veenhoven. Social Indicators Research, 36(2), 129-144.

Stones, M. J. & Kozma, A. (1984). Life events and the elderly: A study of incidence, structure, stability, and impact. Canadian Journal on Aging, 3(4), 193-198.

Strain, L. A. (1993). Good health – what does it mean in later life? Journal of Aging and Health, 5, 338-364.

Stump, T. E., Clark, D. O., Johnson, R. J., & Wolinsky, F. D. (1997). The structure of health status among Hispanic, African American, and White older adults. The Journal of Gerontology Series B, 52B, 49-60.

Su, Y. & Ferraro, K. F. (1997). Social relations and health assessments among older people : Do the effects of integration and social contributions vary cross-culturally? Journal of Gerontology: Social Sciences, 52B(1), S27-S36.

Suh, E., Diener, E., & Fujita, F. (1996). Events and subjective well-being: Only recent events matter. Journal of Personality and Social Psychology, 70(5), 1091-1102.

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

Tabachnick, B. G. & Fidell, L. S. (1996). Using Multivariate Statistics (3rd ed.). New York: Harper Collins College Publishers.

Thompson, M. & Medley, A. (1995). Performance of community dwelling elderly on the Timed Up and Go test. Physical and Occupational Therapy in Geriatrics, 13, 17-29.

Tissue, T. (1972). Another look at self-rated health among the elderly. Journal of Gerontology, 27, 91-94.

Ullman, J. B. (1996). Structural equation modeling. Dans B. G. Tabachnick & L. S. Fidell, Using Multivariate Statistics (3rd ed.) (pp. 709-811). New York, NY: HarperCollins College Publishers.

Umberson, D., Williams, K., Powers, D. A., Liu, H., & Needham, B. (2006). You make me sick: Marital quality and health over the life course. Journal of Health and Social Behavior, 47, 1-16.

Unger, J. B., McAvay, G., Bruce, M. L., Berkman, L., & Seeman, T. (1999). Variation in the impact of social network characteristics on physical functioning in

elderly persons: MacArthur Studies of Successful Aging. Journals of Gerontology Series B- Psychological Sciences, 54(5), S245-S251.

Von dem Knesebeck, O., Luschen, G., Cockerham, W. C., & Siegrist, J. (2003). Socioeconomic status and health among the aged in the United States and Germany: a comparative cross-sectional study. Social Science & Medicine, 57(9), 1643-1652.

Ware, J. E., Sherbourne, C. D., & Davies, A. R. (1992). Developing and testing the MOS 20-item Short-Form Health Survey: A general population application. Dans A. L. Stewart & J. E. Ware (Eds.), Measuring functioning and well-being: The medical outcomes study approach. Durham: Duke University Press.

Weinberger, M., Darnell, J. C., Tierney, W. M., Martz, B. L., Hiner, S. L., Barker, J., & Neill, P. J. (1986). Self-rated health as a predictor of hospital admission and nursing home placement in elderly public housing tenants. American Journal of Public Health, 76(4), 457-459.

Wiking, E., Johansson, S. E., & Sundquist, J. (2004). Ethnicity, acculturation, and self-reported health. A population based study among immigrants from Poland, Turkey, and Iran in Sweden. Journal of Epidemiology & Community Health, 58(7), 574-582.

Wothke, W. & Arbuckle, J. L. (1996). Full-information missing data analysis with Amos (document pour SPSS).

Whitelaw, N. A. & Liang, J. (1991). The structure of the OARS Physical Health Measures. Medical care, 29, 332.

World Health Organization (1948). Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19-22

June, 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (Official Records of the World Health Organization, no.2, p.100) and entered into force on 7 April 1948.

Wu, Z. H. & Rudkin, L. (2000). Social contact, socioeconomic status, and the health of older Malaysians. Gerontologist, 40(2), 228-234.

Wu, Z. & Schimmele, C. M. (2006). Psychological disposition and self-reported health among the 'oldest-old' in China. Ageing & Society, 26(1), 131-151.

Wyshak, G. (2003). Health ratings in relation to illnesses, physical functioning, general mental health and well-being: Self-reports of college alumnae, ages < 40-80 and older. Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care & Rehabilitation, 12(6), 667-674.

Xu, J. (2006). Subjective well-being as predictor of mortality, heart disease, and obesity: Prospective evidence from the Alameda County Study. Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering, 66(7-B), pp. 3671.

Zimmer, Z. & Amornsirisomboon, P. (2001). Socioeconomic status and health among older adults in Thailand: An examination using multiple indicators. Social Science & Medicine, 52(8), 1297-1311.

Zimmer, Z., Natividad, J., Lin, H. S., & Chayovan, N. (2000). A cross-national examination of the determinants of self-assessed health. Journal of Health & Social Behavior, 41(4), 465-481.

Zunzunegui, M. V., Béland, F., & Otero, A. (2001). Support from children, living arrangements, self-rated health and depressive symptoms of older people in Spain. International Journal of Epidemiology, 30(5), 1090-1099.

Zunzunegui, M. V., Kone, A., Johri, M., Béland, F., Wolfson, C., & Bergman, H.

(2004). Social networks and self-rated health in two French-speaking Canadian community dwelling populations over 65. Social Science & Medicine, 58(10), 2069-2081.

Appendice A

Mesure de la santé subjective

General Health Question

How would you say your health is these days?

- 1 Very good
- 2 Pretty good
- 3 Not too good
- 4 Poor
- 5 Very poor
- 7 Refused
- 8 Don't know
- 9 Missing

Appendice B

Mesure des problèmes de santé

Health problems in the past year

Here are some health problems that people often have. For each problem that I read, please tell me if you have had it in the past year. You can just answer Yes or No. (If the problem began long ago and symptoms lasted into the past year, check "yes". Do not read the examples in parentheses unless the respondent asks for clarification.)

	Yes	No	Ref.	DK
a) High blood pressure (whether controlled by medication or not)	1	2	7	8
b) Heart or circulation problems (hardening of the arteries, heart troubles or other blood diseases)	1	2	7	8
c) Stroke or effects of stroke	1	2	7	8
d) Arthritis or rheumatism	1	2	7	8
e) Parkinson's disease or other neurological problems (but do not include stroke)	1	2	7	8
f) Eye trouble not relieved by glasses (cataracts, glaucoma)	1	2	7	8
g) Ear trouble (hearing loss)	1	2	7	8
h) Dental problems (teeth need care, dentures don't fit)	1	2	7	8
i) Chest problems (asthma, pneumonia, T.B., emphysema, bronchitis, breathing problems)	1	2	7	8
j) Troubles with your stomach or digestive system	1	2	7	8
k) Do you ever lose control of your bladder? (By that I mean, do you ever pass water when you don't intend to?)	1	2	7	8
l) Do you ever lose control of your bowels? (By that I mean, do you ever lose stool when	1	2	7	8

you don't intend to?)

m)	Trouble with your feet of ankles	1	2	7	8
n)	Skin problems	1	2	7	8

Appendice C

Mesure des antécédents médicaux

Antecedent medical conditions

Now, I am going to read you a list of operations or medical conditions which you may have had.

	Yes	No	Ref	DK
Have you ever had a heart operation?	1	2	7	8
Have you ever had an operation on the arteries in you neck?	1	2	7	8
Have you ever had an operation to replace your hip?	1	2	7	8
Has a doctor ever told you that you have diabetes?	1	2	7	8

Appendice D

Mesures de l'acuité sensorielle

Sensory acuity

How is your eyesight?

- 1 Excellent
- 2 Good
- 3 Fair
- 4 Poor
- 5 Unable to see

How is your hearing?

- 1 Excellent
- 2 Good
- 3 Fair
- 4 Poor
- 5 Unable to hear

Appendice E

Mesures des activités physiques et instrumentales de la vie quotidienne

Activities of Daily Living (ADL) Questions

Now, I would like to ask you a few questions about things that we all need to do as a part of our daily lives. I would like to know if you can do these activities without any help, or if you need some help to do them, or if you can't do them at all. Please tell me only about your situation today when answering these questions.

(Hand them the cue card and for each item ask them to select the best answer. If the respondent has difficulty in selecting the appropriate response category, you can read the examples in parentheses beside each option. Use these only when help is required: do not read the examples routinely).

A. Can you eat...

2 without any help?	1 with some help? (need some help with cutting, etc.)	0 or are you completely unable to feed yourself?	7 Ref 8 DK
---------------------	---	--	------------

B. Can you dress and undress yourself...

2 without help? (pick out clothes, dress and undress yourself)	1 with some help?	0 or are you completely unable to dress yourself?	7 Ref 8 DK
---	-------------------	--	------------

C. Can you take care of your own appearance, for example, combing your hair and (for men) shaving...

2 without help?	1 with some help?	0 or are you completely unable to take care of your own appearance?	7 Ref 8 DK
-----------------	-------------------	---	------------

D. Can you walk...

2 without help? (except for a cane)	1 with some help? (from a person, or using a walker, crutches or chair)	0 or are you completely unable to walk?	7 Ref 8 DK
--	--	---	------------

- E. Can you get in and out of bed...
- | | | | |
|-----------------|---|--|------------|
| 2 without help? | 1 with some help?
(from a person
or device) | 0 or are you
completely
unable to get in
and out of bed
unless someone
lifts you? | 7 Ref 8 DK |
|-----------------|---|--|------------|
- F. Can you take a bath or shower...
- | | | | |
|-----------------|---|--|------------|
| 2 without help? | 1 with some help?
(from a person
or device) | 0 or are you
completely
unable to
bathe yourself? | 7 Ref 8 DK |
|-----------------|---|--|------------|
- G. Can you go to the bathroom or a commode...
- | | | | |
|-----------------|-------------------|--|------------|
| 2 without help? | 1 with some help? | 0 or are you
completely
unable to use the
bathroom or
commode unless
someone helps you? | 7 Ref 8 DK |
|-----------------|-------------------|--|------------|
- H. Can you use the telephone...
- | | | | |
|---|--|---|------------|
| 2 without help?
(including looking
up numbers and
and dialing) | 1 with some help?
(can answer the
phone, dial operator
in an emergency,
but need special
phone or help in
getting numbers
or dialing) | 0 or are you
completely
unable to use
the phone? | 7 Ref 8 DK |
|---|--|---|------------|
- I. Can you get to places out of walking distance...
- | | | | |
|---|---|--|------------|
| 2 without help?
(can travel alone
on buses, taxis or
drive your own car) | 1 with some help?
(need someone to
help you or go with
you when traveling) | 0 or are you
completely
unable to travel
unless special arrangements
are made? | 7 Ref 8 DK |
|---|---|--|------------|

- J. Can you go shopping for your groceries or clothes...
(assuming they have transportation)
- | | | | |
|--|--|---|------------|
| 2 without help?
(can take care of
all shopping by
yourself) | 1 with some help?
(need someone to
go with you on all
shopping trips) | 0 or are you
completely
unable to shop? | 7 Ref 8 DK |
|--|--|---|------------|
- K. Can you prepare your own meals...
- | | | | |
|--|--|---|------------|
| 2 without help?
(can plan and
cook full meals) | 1 with some help?
(can do some
things but not
prepare full meals) | 0 or are you
completely
unable to
prepare meals? | 7 Ref 8 DK |
|--|--|---|------------|
- L. Can you do your housework...
- | | | | |
|--|--|--|------------|
| 2 without help?
(can scrub
floors, etc.) | 1 with some help?
(can do light work
but not heavy work) | 0 or are you
completely
unable to do
housework? | 7 Ref 8 DK |
|--|--|--|------------|
- M. Can you take your own medicine...
- | | | | |
|---|---|---|------------|
| 2 without help?
(in the right
doses at the
right time) | 1 with some help?
(can take
medication if
someone prepares
it for you and
reminds you to
take it) | 0 or are you
completely
unable to take
your own
medicine? | 7 Ref 8 DK |
|---|---|---|------------|
- N. Can you handle your own money...
- | | | | |
|--|--|--|------------|
| 2 without help?
(write cheques,
pay bills) | 1 with some help?
(can manage day-
to day buying but
need help with
your chequebook
and paying bills) | 0 or are you
completely
unable to
handle money? | 7 Ref 8 DK |
|--|--|--|------------|

Appendice F

Mesure de la mobilité fonctionnelle

Timed Up and Go Test

This next section is a simple measure of how well you can move around.

Please rise from the chair, walk to me, turn, return to the chair and sit down again. (Cue everyone at each stage)

Use a standard kitchen chair. The subject cannot push off from the table, so you should turn the chair away from the table. Stand 3 meters from the chair. The score is the time taken, in seconds, to complete the task. The subject is encouraged to wear regular footwear and use his customary walking aid. No physical assistance is given.

Appendice G

Mesure de la satisfaction de vie

Rating your own life (The Terrible-Delightful Scales)

In this section of the questionnaire we would like to consider your life as it is RIGHT NOW. I will read you a number of phrases about various areas of your life. After I have read each key word or phrase, I'd like you to consider how you would rate your own life, as it is right now.

In terms of your (insert category), how do you feel about your life?

	Terrible	Unhappy	Mostly Dissatis.	Mixed	Mostly Satisfied	Pleased	Delighted	Ref	DK	NA
Health	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Family Relations	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Friendships	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Housing	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Finances	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Neighbour- hood	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Activities	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Religion	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Transpor- tation	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9

IF LIVE with spouse, ask: How do you feel about your

	Terrible	Unhappy	Mostly Dissatis.	Mixed	Mostly Satisfied	Pleased	Delighted	Ref	DK	NA
Living Partner	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9

Now, using the same scale, how do you feel about your life as a whole right now?

	Terrible	Unhappy	Mostly Dissatisf.	Mixed	Mostly Satisfied	Pleased	Delighted	Ref	DK	NA
Life Generally	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9

Appendice H

Mesure de la santé mentale générale

Mental Health

These questions are about how you feel and how things have been with you during the past 4 weeks. For each question, please give the one answer that comes closest to the way you have been feeling. How much time during the past 4 weeks...

	All of the time	Most of the time	A good bit of the time	Some of the time	A little of the time	None of the time	Ref	DK
a) Have you been a nervous person?	1	2	3	4	5	6	7	8
b) Have you felt calm and peaceful?	1	2	3	4	5	6	7	8
c) Have you felt downhearted and blue?	1	2	3	4	5	6	7	8
d) Have you been a happy person?	1	2	3	4	5	6	7	8
e) Have you felt so down in the dumps that nothing could cheer you up?	1	2	3	4	5	6	7	8

Appendice I

Mesure du fonctionnement psychologique positif

Ryff Scales of Psychological Well-Being

This section is about how you evaluate different aspects of your life, such as your health, friendship with others, family relationships, daily activities and financial situations.

I will read the statements and ask you to please tell me which best describes your present agreement or disagreement with each statement.

A. I tend to be influenced by people with strong opinions.

Strongly Disagree	Disagree	Slightly Disagree	Slightly Agree	Agree	Strongly Agree	Ref	DK
1	2	3	4	5	6	7	8

B. In general, I feel I am in charge of the situation in which I live.

Strongly Disagree	Disagree	Slightly Disagree	Slightly Agree	Agree	Strongly Agree	Ref	DK
1	2	3	4	5	6	7	8

C. In many ways, I feel disappointed about my achievements in life.

Strongly Disagree	Disagree	Slightly Disagree	Slightly Agree	Agree	Strongly Agree	Ref	DK
1	2	3	4	5	6	7	8

D. I think it is important to have new experiences that challenge how you think about yourself and the world.

Strongly Disagree	Disagree	Slightly Disagree	Slightly Agree	Agree	Strongly Agree	Ref	DK
1	2	3	4	5	6	7	8

E. Maintaining close relationships has been difficult and frustrating for me.

Strongly Disagree	Disagree	Slightly Disagree	Slightly Agree	Agree	Strongly Agree	Ref	DK
1	2	3	4	5	6	7	8

F. I live life one day at a time and don't really think about the future.

Strongly Disagree	Disagree	Slightly Disagree	Slightly Agree	Agree	Strongly Agree	Ref	DK
1	2	3	4	5	6	7	8

G. When I look at the story of my life, I am pleased with how things have turned out.

Strongly Disagree	Disagree	Slightly Disagree	Slightly Agree	Agree	Strongly Agree	Ref	DK
1	2	3	4	5	6	7	8

H. I sometimes feel as if I've done all there is to do in life.

Strongly Disagree	Disagree	Slightly Disagree	Slightly Agree	Agree	Strongly Agree	Ref	DK
1	2	3	4	5	6	7	8

I. I have confidence in my own opinions, even if they are contrary to the general consensus.

Strongly Disagree	Disagree	Slightly Disagree	Slightly Agree	Agree	Strongly Agree	Ref	DK
1	2	3	4	5	6	7	8

J. I have not experienced many warm and trusting relationships.

Strongly Disagree	Disagree	Slightly Disagree	Slightly Agree	Agree	Strongly Agree	Ref	DK
1	2	3	4	5	6	7	8

K. The demands of everyday life often get me down.

Strongly Disagree	Disagree	Slightly Disagree	Slightly Agree	Agree	Strongly Agree	Ref	DK
1	2	3	4	5	6	7	8

L. For me, life has been a continuous process of learning, changing, and growth.

Strongly Disagree	Disagree	Slightly Disagree	Slightly Agree	Agree	Strongly Agree	Ref	DK
1	2	3	4	5	6	7	8

M. People would describe me as a giving person, willing to share my time with others.

Strongly Disagree	Disagree	Slightly Disagree	Slightly Agree	Agree	Strongly Agree	Ref	DK
1	2	3	4	5	6	7	8

N. I gave up trying to make big improvements or changes in my life a long time ago.

Strongly Disagree	Disagree	Slightly Disagree	Slightly Agree	Agree	Strongly Agree	Ref	DK
1	2	3	4	5	6	7	8

O. Some people wander aimlessly through life, but I am not one of them.

Strongly Disagree	Disagree	Slightly Disagree	Slightly Agree	Agree	Strongly Agree	Ref	DK
1	2	3	4	5	6	7	8

P. I like most aspects of my personality.

Strongly Disagree	Disagree	Slightly Disagree	Slightly Agree	Agree	Strongly Agree	Ref	DK
1	2	3	4	5	6	7	8

Q. I judge myself by what I think is important, not by what others think.

Strongly Disagree	Disagree	Slightly Disagree	Slightly Agree	Agree	Strongly Agree	Ref	DK
1	2	3	4	5	6	7	8

R. I am quite good at managing the responsibilities of daily life.

Strongly Disagree	Disagree	Slightly Disagree	Slightly Agree	Agree	Strongly Agree	Ref	DK
1	2	3	4	5	6	7	8

Appendice J

Mesure de satisfaction à l'égard du soutien social

Social Support

1a. Do you ever feel that you need more support?

1 Often 2 Sometimes 3 Never 7 Ref 8 DK

2a. Do you ever feel that you need more help with transportation?

1 Often 2 Sometimes 3 Never 7 Ref 8 DK

3a. Do you ever feel that you need more help around the house?

1 Often 2 Sometimes 3 Never 7 Ref 8 DK

4a. Do you sometimes feel that you need more people to talk with?

1 Often 2 Sometimes 3 Never 7 Ref 8 DK

5a. Do you ever feel that you would like to spend more time with your friends and family?

1 Often 2 Sometimes 3 Never 7 Ref 8 DK

6a. Do you ever feel that you need more advice about money or other matters?

1 Often 2 Sometimes 3 Never 7 Ref 8 DK