



**LA PARTICIPATION SOCIALE
DES ÂÎNÉS DANS UNE PERSPECTIVE
DE VIEILLISSEMENT EN SANTÉ :
RÉFLEXION CRITIQUE APPUYÉE SUR
UNE ANALYSE DOCUMENTAIRE**



**LA PARTICIPATION SOCIALE
DES ÂÎNÉS DANS UNE PERSPECTIVE
DE VIEILLISSEMENT EN SANTÉ :
RÉFLEXION CRITIQUE APPUYÉE SUR
UNE ANALYSE DOCUMENTAIRE**

AUTEURS

Émilie Raymond
Direction développement des individus et des communautés
Institut national de santé publique du Québec

Denise Gagné
Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale/Direction de santé publique

Andrée Sévigny
Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec du Centre hospitalier *affilié* universitaire de Québec et Institut sur le vieillissement et la participation sociale des aînés de l'Université Laval

André Tourigny
Institut national de santé publique du Québec et Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec du Centre hospitalier *affilié* universitaire de Québec

COLLABORATEURS

François Desbiens
Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale/Direction de santé publique

Pierre Maurice
Institut national de santé publique du Québec

Réal Morin
Institut national de santé publique du Québec

Solange Proulx
Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec du Centre hospitalier *affilié* universitaire de Québec, et Institut sur le vieillissement et la participation sociale des aînés de l'Université Laval

Aline Vézina
Université Laval et Institut sur le vieillissement et la participation sociale des aînés de l'Université Laval

CITATION SUGGÉRÉE :

Raymond, É., Gagné, D., Sévigny, A., Tourigny, A. (2008). La participation sociale des aînés dans une perspective de vieillissement en santé. Réflexion critique appuyée sur une analyse documentaire. Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, Institut national de santé publique du Québec, Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec et Institut sur le vieillissement et la participation sociale des aînés de l'Université Laval, 111 pages.

Ce document est disponible intégralement en format électronique (PDF) sur le site Web de l'Institut national de santé publique du Québec au : <http://www.inspq.qc.ca>, Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale : <http://www.dsp.qc.ca>, le Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec : <http://www.cha.quebec.qc.ca/www/cha/cev/prevention-et-promotion/index.html> et l'Institut sur le vieillissement et la participation sociale des aînés de l'Université Laval : <http://www.ivpsa.ulaval.ca>.

Les reproductions à des fins d'étude privée ou de recherche sont autorisées en vertu de l'article 29 de la Loi sur le droit d'auteur. Toute autre utilisation doit faire l'objet d'une autorisation du gouvernement du Québec qui détient les droits exclusifs de propriété intellectuelle sur ce document. Cette autorisation peut être obtenue en formulant une demande au guichet central du Service de la gestion des droits d'auteur des Publications du Québec à l'aide d'un formulaire en ligne accessible à l'adresse suivante : <http://www.droitauteur.gouv.qc.ca/autorisation.php>, ou en écrivant un courriel à : droit.auteur@cspq.gouv.qc.ca.

Les données contenues dans le document peuvent être citées, à condition d'en mentionner la source.

Dépôt légal – 4^e trimestre 2008
Bibliothèque et Archives nationales du Québec
Bibliothèque et Archives Canada
ISBN : 978-2-550-54519-4 (VERSION IMPRIMÉE)
ISBN : 978-2-550-54520-0 (PDF)

© Gouvernement du Québec (2008)

RECHERCHE DOCUMENTAIRE

Nous tenons à souligner le travail minutieux et soutenu des deux spécialistes en recherche documentaire ayant accompagné nos travaux.

Diane St-Pierre
Centre hospitalier *affilié* universitaire de Québec

Sylvie Bélanger
Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale/Direction de santé publique

SECRÉTARIAT ET MISE EN PAGE

Chantal Martineau
Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale/Direction de santé publique

CONCEPTION ET RÉALISATION DE LA PAGE COUVERTURE

Jean-Louis Bouillon, Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale/Direction de santé publique
Nathalie Hudon, Institut national de santé publique du Québec
Lucie Chagnon, designer graphique

REMERCIEMENTS

Les personnes ont été consultées sur des versions préliminaires du document. Nous les remercions chaleureusement pour leurs précieux commentaires.

Carlos Hernández
Société d'Alzheimer de Lanaudière et de Montréal et
Regroupement des aidants naturels du Comté de l'Assomption

Mario Paquet
Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière/Direction de santé publique et
d'évaluation et
Centre de recherche de l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal

Mélissa Petit
Université Paris Descartes et
Réseau de recherche international sur l'âge, la citoyenneté et l'insertion socio-économique

Daniel Reguer
Université du Havre et
Centre national de la recherche scientifique

Daniel Thomas
Université du Québec en Abitibi-Témiscaminque

Jean-Philippe Viriot Durandal
Université de Franche Comté et
Groupe d'études pour une Europe de la culture et de la solidarité, Université Paris 5

AVANT-PROPOS

Dans le contexte du vieillissement de la population, la participation des aînés à la vie collective représente un rendez-vous auquel tous les acteurs sociaux sont conviés. Les conceptions de la vieillesse marquées du sceau du désengagement et de l'inactivité paraissent définitivement dépassées et des visions renouvelées de la retraite invitent à revisiter les significations et les possibilités de cette étape de la vie. Il s'agit là d'un champ d'action et de recherche novateur et déjà fort prisé. La participation sociale des aînés est d'ailleurs un thème traversé de multiples enjeux. La définition donnée à cette notion, son adaptation à différentes situations d'autonomie fonctionnelle, ainsi que son rôle stratégique dans l'organisation des services publics et communautaires ne représentent que quelques-unes des réflexions inspirées par le sujet.

Afin d'explorer cette thématique en émergence, la Direction de santé publique de la Capitale-Nationale, l'Institut national de santé publique du Québec, le Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec et l'Institut sur le vieillissement et la participation sociale des aînés de l'Université Laval ont conjointement appuyé la réalisation d'une analyse documentaire. Ces travaux s'inscrivent dans le contexte de l'élaboration, par les deux partenaires de santé publique, d'un modèle conceptuel pour un vieillissement en santé. À partir du moment où le modèle reconnaissait que la participation sociale constituait un déterminant de l'état de santé des aînés, il devenait impératif de développer les connaissances et les savoir-faire dans le domaine.

Ce document présente les résultats de l'analyse documentaire réalisée. Il vise à accompagner toutes les personnes et organisations qui souhaitent approfondir leur compréhension de la participation sociale en général et de celle des personnes âgées en particulier. Il s'agit également d'un point de départ, puisque les mêmes partenaires compléteront leur analyse théorique par une démarche de terrain.

Le soutien et le renforcement de la participation sociale des aînés dans une perspective de vieillissement en santé sont des défis d'actualité. Le partenariat de quatre organismes aux expertises diversifiées vise à contribuer à la détermination de pistes d'intervention et de recherche orientées vers ces deux objectifs et inscrites dans une perspective de vieillissement en santé.



François Desbiens
Directeur de santé publique de la Capitale-Nationale



Richard Massé
Président-directeur général
Institut national de santé publique du Québec



André Tourigny
Directeur scientifique
Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec



Aline Vézina
Codirectrice
Institut sur le vieillissement et la participation sociale
des aînés de l'Université Laval

FAITS SAILLANTS

Ce document vise à situer la participation sociale en tant que déterminant d'un vieillissement en santé. Rédigé à partir des résultats d'une analyse documentaire¹, il permet d'explorer quatre dimensions de la participation sociale des aînés, à savoir :

- les différentes définitions données à la notion de participation sociale;
- les liens possibles entre la participation sociale et l'état de santé des aînés;
- les facteurs influençant la nature et le niveau de cette participation;
- des interventions visant l'amorce ou le renforcement de la participation sociale des aînés.

Il appert que les conceptions de la participation sociale sont plurielles. Pour certains, les activités de la vie quotidienne constituent des vecteurs de participation sociale, alors que pour d'autres, elle est nécessairement liée à l'appartenance à des groupes organisés ayant une mission d'intérêt public. L'ensemble du spectre de définitions est présenté ici, tout en considérant cette diversité conceptuelle comme un défi important pour l'élaboration des stratégies d'intervention.

Plusieurs études montrent les effets positifs de la participation sociale sur la santé et le bien-être des aînés. Tenter d'expliquer ces effets nous renvoie à une dynamique complexe, au carrefour de facteurs psychologiques, cognitifs, sociaux et physiques. On sait cependant que la participation sociale offre des possibilités de donner du sens à sa vie, de développer des appartenances et d'exercer un rôle social à une étape de la vie – la vieillesse – marquée par plusieurs changements et pertes.

Les nombreux facteurs influençant la participation sociale des aînés peuvent être classifiés en trois catégories :

- facteurs sociodémographiques : âge, sexe, niveau de scolarité, statut civil;
- facteurs personnels : revenus, état de santé, emploi et retraite, expériences de vie, motivations;
- facteurs environnementaux : accessibilité, représentations culturelles, attitudes des professionnels.

Certains de ces facteurs, telle l'accessibilité des lieux de participation, peuvent être modifiés afin de favoriser la participation sociale des aînés. Il est d'autres facteurs, comme l'âge et le sexe, sur lesquels on ne peut agir, et qui doivent également être pris en compte si l'on veut concevoir des interventions mieux adaptées.

¹ Cette recherche a pu être réalisée grâce au partenariat de la Direction de santé publique de la Capitale-Nationale, de l'Institut national de santé publique du Québec, du Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec et de l'Institut sur le vieillissement et la participation sociale des aînés de l'Université Laval.

Il existe une grande variété d'interventions ayant pour objectif de favoriser la participation sociale des aînés, depuis les approches individualisées jusqu'aux actions de nature sociopolitique, en passant par les activités sociales et le bénévolat. Des éléments clés communs aux interventions les plus réussies ont été définis, notamment des stratégies non traditionnelles de recrutement et une durée d'intervention suffisante pour permettre la création de liens sociaux signifiants.

RÉSUMÉ

La participation sociale des aînés représente un défi personnel et collectif incontournable, au cœur de plusieurs enjeux contemporains. Ce document présente les résultats d'une analyse documentaire effectuée sur ce thème. Il a été réalisé grâce à la collaboration de quatre organismes partenaires².

PROBLÉMATIQUE

Pendant longtemps, la vieillesse et la participation sociale ont été considérées comme des notions antinomiques, pour ne pas dire irréconciliables. Pourquoi, de nos jours, agrège-t-on de plus en plus participation sociale et aînés? Quels sont les motifs sous-jacents à la popularité grandissante de cette association? Bien que les explications soient multiples, on peut nommer le fait que les conceptions relatives au vieillissement et à la retraite se sont grandement transformées au cours des dernières décennies. Il y a quelque temps à peine, en vertu de certaines théories sociologiques du vieillissement, notamment celle du désengagement, on considérait que le fait de vieillir s'accompagnait irrémédiablement d'un retrait de la vie sociale. Cette vision monolithique a graduellement cédé le pas à la nécessité d'entrevoir le vieillissement comme étant porteur de significations denses sur les plans individuel et collectif.

La plupart des aînés ont à cœur de faire des activités valorisantes et ayant du sens pour eux. Bien que l'état de santé puisse influencer la concrétisation des projets, c'est véritablement une nouvelle phase de vie qui s'ouvre avec la retraite et qui fait écho à divers changements démographiques et culturels. La participation sociale des aînés s'inscrit au croisement de deux phénomènes : le vieillissement de la population et la remise en question de l'interventionnisme étatique. Des aînés qui font bénéficier leurs proches ou leur communauté de leurs compétences, de leurs expériences et de leur temps : voilà une valeur partagée par plusieurs gouvernements aux prises avec de nombreux besoins non comblés.

Si on ajoute que la participation sociale des aînés peut être promue autant pour ses liens avec la santé qu'en tant que pilier essentiel à la démocratisation de la société, on saisit aisément la complexité du thème et l'importance de poursuivre des recherches dans le domaine. En permettant une meilleure compréhension des différentes dimensions de la participation sociale des aînés, la recherche donnera des outils aux personnes et organismes désireux de se pencher sur ce grand rendez-vous collectif. Ce document se veut l'un de ces outils.

² Direction de santé publique de la Capitale-Nationale, Institut National de santé publique du Québec, Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec, Institut sur le vieillissement et la participation sociale des aînés de l'Université Laval.

OBJECTIFS

L'objectif général de la présente démarche est de structurer une étude sur la participation sociale des personnes âgées dans une perspective de vieillissement en santé. Quatre objectifs particuliers sont également poursuivis, soit :

1. l'analyse des différentes définitions données à la notion de participation sociale;
2. l'analyse des liens possibles entre la participation sociale et l'état de santé des aînés;
3. l'analyse des facteurs (sociodémographiques, personnels et environnementaux) influençant la nature et le niveau de la participation sociale des aînés;
4. l'analyse des interventions visant à favoriser ou à renforcer la participation sociale des aînés.

MÉTHODOLOGIE

L'analyse documentaire est basée sur une recherche bibliographique menée dans 21 banques de données à partir de 15 termes associés à la notion de participation sociale (engagement social, citoyenneté, etc.). La période couverte est 2003-2007, sauf pour la dimension des interventions, qui couvre les années 1970 à 2007. Au total, 1 049 articles ont été recensés; le corpus à l'étude est constitué de 98 d'entre eux. Les articles associés à chacune des quatre dimensions ont d'abord été considérés comme un ensemble et comparés. Par la suite, un travail de lecture et d'analyses croisées a été effectué, afin de faire des liens entre les dimensions de l'analyse documentaire et ainsi, favoriser une vision globale de la problématique.

RÉSULTATS

1) Définitions de la participation sociale

La participation sociale est une notion polysémique, qui recoupe une impressionnante variété de définitions et d'applications. Afin de faciliter l'analyse du matériel recueilli, les définitions de la participation sociale ont été regroupées en fonction de quatre grandes familles sémantiques.

- **Fonctionnement dans la vie quotidienne** : participer socialement implique de pouvoir accomplir ses activités quotidiennes (s'alimenter, communiquer, etc.) et jouer ses rôles sociaux (s'éduquer, élever ses enfants, travailler, etc.).
- **Interactions sociales** : participer socialement se réalise dans des situations d'interactions sociales, qui peuvent prendre la forme de visites à des amis ou d'activités hors du domicile.
- **Réseau social** : participer socialement suppose de faire partie d'un réseau d'interrelations présentant un minimum de stabilité et de réciprocité, comme dans le cas des relations d'amitié et de voisinage.
- **Associativité structurée** : participer socialement signifie prendre part à une activité à caractère social réalisée dans une organisation dont le nom et les objectifs sont explicites, comme faire du bénévolat dans un organisme communautaire, participer aux activités d'un centre de jour ou s'impliquer dans un groupe de défense des droits des aînés.

La présente étude retient l'ensemble de ces définitions. Travailler sur ces quatre tableaux pourrait certainement permettre de répondre aux besoins de l'ensemble des aînés, par-delà leur état de santé et leurs préférences et besoins personnels. À cette fin, il reviendra aux acteurs sociaux de choisir les perspectives conceptuelles qu'ils jugent les plus pertinentes.

La diversité des définitions de la participation sociale se reflète dans les interventions, élaborées à partir de toutes sortes d'approches et de stratégies, ce qui sous-tend qu'œuvrer à favoriser la participation sociale des aînés implique un travail préalable sur le contenu donné à cette notion. Privilégier l'une ou l'autre famille de définitions suppose des choix, notamment par rapport au profil des personnes que l'on souhaite rejoindre. Par exemple, une définition axée sur le bénévolat organisé pourrait amener à s'orienter vers des aînés moins fragiles, tandis qu'une définition axée sur les interactions sociales ou les réseaux sociaux est à la fois moins spécifique et plus intégrante par rapport aux différents niveaux d'autonomie.

2) Liens entre la participation sociale et la santé des aînés

Quatorze études établissant une association significative entre la participation sociale et la santé des aînés ont été recensées. Toutefois, la direction de ces associations n'est pas toujours claire. En effet, les devis et le traitement statistique utilisés dans la majorité des études ne nous permettent pas de savoir si la participation agit comme variable indépendante dans la relation participation-santé, ou si cette dernière n'est pas plutôt due au fait que ce sont les aînés les plus vigoureux qui participent socialement. Des études pourraient donc comporter un biais d'élite.

En dépit de cette limite, les associations entre la participation sociale et différents aspects de l'état de santé des aînés ne sont pas mineures. On relève notamment un ralentissement du déclin cognitif et fonctionnel, une diminution de la consommation de médicaments et des symptômes dépressifs, une amélioration de la perception de l'état de santé et une augmentation de la sensation de bien-être.

Mais comment la participation agit-elle sur l'état de santé objectif et subjectif des aînés? Quels ingrédients de la participation sont plus particulièrement déterminants de l'état de santé? Qu'est-ce qui compte le plus : la nature de l'activité ou le seul fait de socialiser avec d'autres? Plusieurs auteurs pensent que la qualité des liens sociaux, davantage que la nature ou l'intensité de l'activité, est centrale pour un vieillissement en santé. L'établissement et le maintien de relations interpersonnelles significatives et positives, plus probables en situation de participation qu'en situation d'isolement, faciliteraient les processus d'adaptation aux réalités de la vieillesse.

Selon quelques chercheurs, les situations de participation sociale constituent des sources de stimulation cognitive, cette dernière renforçant à son tour les mécanismes neuroendocriniens et le système immunitaire. Ce phénomène est appelé la « réserve cognitive ». D'autres chercheurs insistent sur la simultanéité des stimuli sociaux, cognitifs et physiques engendrée par des activités de participation sociale, chacune de ces sphères s'influençant et s'affirmant mutuellement.

3) Facteurs influençant la participation sociale des aînés

Comme phénomène de nature à la fois individuelle et collective, la participation sociale est influencée par de nombreux facteurs. D'abord, les motifs qui poussent une personne à s'engager dans des interactions sociales, dans des réseaux sociaux ou dans une forme d'associativité structurée peuvent être analysés, sur le plan personnel, comme une réponse à certains besoins, intérêts et aspirations. Dans le contexte des trajectoires personnelles de vieillissement, des facteurs comme l'état de santé global, la condition socioéconomique, les expériences de vie et les activités influent sur le choix d'un mode ou l'autre de participation sociale.

Il importe en outre de considérer la participation sociale comme une dynamique collective, configurée par des facteurs sociodémographiques. Par exemple, des facteurs comme le niveau de scolarité, l'âge et le sexe ne sont pas que des attributs individuels; ils situent socialement les personnes et sont susceptibles d'ouvrir ou de fermer des portes par rapport à leur possibilité de faire certaines expériences et d'exercer des rôles sociaux. En effet, toutes les sociétés sont traversées de frontières intangibles d'inclusion et d'exclusion, d'appartenances et de préjugés, qui contribuent à configurer les pratiques de participation sociale des individus et des groupes.

Les facteurs environnementaux, enfin, servent aussi à mieux comprendre la participation sociale des aînés, puisque celle-ci est influencée par des éléments comme le milieu de vie, les moyens de déplacement, l'information accessible et compréhensible, l'accueil reçu dans les lieux de participation ou encore, les représentations collectives quant à l'implication sociale des aînés.

4) Interventions visant la participation sociale des aînés

Une trentaine d'interventions réalisées dans différents pays, et évaluées, composent le corpus de cette quatrième et dernière dimension de la participation sociale des aînés. Certaines interventions sont destinées à des aînés en mesure d'offrir une quinzaine d'heures de bénévolat par semaine, alors que d'autres sont dirigées vers des aînés isolés ou en perte d'autonomie. L'élément commun de ces programmes est la volonté de permettre aux aînés de jouer un rôle social et d'établir avec d'autres personnes des relations significatives, à partir de leurs capacités, de leurs besoins et de leurs champs d'intérêts.

Aux fins d'analyse, les interventions ont été classées en cinq grands modes d'intervention sur la participation sociale des aînés.

- **Interactions sociales en contexte individuel** : le but des interventions est d'établir des liens avec des aînés isolés. L'intervention, individualisée, consiste à mettre en relation une personne âgée et un intervenant ou un bénévole (pairage).
- **Interactions sociales en contexte de groupe** : le contexte est collectif, mais les participants ne partagent pas de prime abord un projet commun. L'objectif est d'outiller les aînés dans leur adaptation au vieillissement.

- **Activités et démarches collectives** : les participants sont amenés à s'engager activement dans la réalisation d'un projet et à se l'approprier. Mais contrairement aux deux modes suivants, la finalité de cet engagement n'est de nature ni altruiste, ni civique, ni politique.
- **Bénévolat organisé et non organisé** : les interventions visent à soutenir les aînés désireux de faire du bénévolat, organisé ou non organisé, dans une perspective d'aide ou de mentorat.
- **Implication sociopolitique et militance** : les interventions sont dirigées vers le renforcement de la citoyenneté et du rôle politique des aînés dans une optique de changement social.

Plusieurs des interventions réussissant à stimuler ou à renforcer la participation sociale des aînés comportent les mêmes éléments clés. Ces éléments sont principalement : le recours à des stratégies non traditionnelles de recrutement; l'encouragement du maintien de l'identité et le respect des caractéristiques et des préférences personnelles; des activités qui favorisent l'établissement de relations sociales signifiantes, la réciprocité et l'exercice d'un rôle, comme celui de mentor; une durée d'intervention suffisante pour permettre entre autres la création de liens sociaux; la possibilité de prendre part aux structures et processus décisionnels de l'organisation; l'attention accordée à la formation et aux pratiques des intervenants et des bénévoles, notamment en ce qui concerne l'évitement d'approches infantilisantes.

CONCLUSION ET PERSPECTIVES

Cette analyse documentaire vise à outiller les personnes et organismes qui œuvrent dans le domaine de la participation sociale des aînés, et également à susciter des questionnements susceptibles d'alimenter de futurs projets de recherche. La seule dimension des interventions, par exemple, offre à cet égard de nombreuses pistes. Ainsi le Québec foisonne d'interventions orientées vers la participation sociale des aînés, mais très peu ont été étudiées ou évaluées. Or une meilleure connaissance de ces initiatives aiderait à cerner comment améliorer ou renforcer des projets en cours. De plus, l'évaluation d'interventions permettrait de recueillir de l'information sur les trois autres dimensions traitées ici.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX	XVII
LISTE DES FIGURES.....	XVII
INTRODUCTION.....	1
1 PROBLÉMATIQUE	3
1.1 Révolution tranquille des mentalités.....	4
1.2 La prestation des services publics : une équation à redéfinir.....	6
1.3 Le bénévolat organisé, pivot de la participation sociale des aînés.....	8
1.4 Participer socialement, bon pour la santé?	9
1.5 Une analyse documentaire pour enrichir les connaissances et les savoir-faire.....	12
2 MÉTHODOLOGIE	13
2.1 Méthodes de recherche bibliographique	13
2.1.1 Objet de l'étude	13
2.1.2 Mots clés	13
2.1.3 Banques de données.....	14
2.1.4 Publications sélectionnées	15
2.2 Démarche de traitement et d'analyse des publications	16
2.2.1 Types et devis des publications incluses	16
2.2.2 Traitement des données recueillies.....	16
2.2.3 Cadre d'analyse.....	16
2.2.4 Pertinence et limites de la stratégie de sélection des publications.....	17
3 DÉFINITIONS DE LA PARTICIPATION SOCIALE	19
3.1 Polysémie de la notion	19
3.2 Fonctionnement dans la vie quotidienne	20
3.2.1 Processus de production du handicap	20
3.2.2 « Social engagement ».....	21
3.2.3 Point de vue divergent.....	21
3.3 Interactions sociales	21
3.3.1 Connectivité sociale.....	21
3.3.2 Présence d'autrui.....	22
3.3.3 Point de vue divergent.....	22
3.4 Réseaux sociaux	22
3.4.1 Bénévolat non organisé.....	23
3.4.2 Capital social	24
3.4.3 Productivité sociale.....	25
3.4.4 Point de vue divergent.....	25
3.5 Associativité structurée.....	25
3.5.1 Activités sociales organisées.....	26
3.5.2 Bénévolat organisé.....	26
3.5.3 Point de vue divergent.....	27
3.6 En somme : un kaléidoscope conceptuel à partager.....	27

4	EFFETS DE LA PARTICIPATION SOCIALE SUR LA SANTÉ DES AÎNÉS	29
4.1	Démonstration du lien	29
4.2	Processus en cause	31
4.2.1	La participation sociale comme vecteur de protection de la santé physique	31
4.2.2	La participation sociale comme ressource au moment des transitions identitaires	32
4.2.3	La participation sociale comme source de contacts sociaux.....	33
4.3	En somme : vieillir ensemble et en santé, une relation à mieux comprendre	34
5	FACTEURS INFLUENÇANT LA PARTICIPATION SOCIALE DES AÎNÉS	35
5.1	Facteurs sociodémographiques	36
5.1.1	Âge	36
5.1.2	Sexe	36
5.1.3	Scolarité	37
5.1.4	État civil.....	38
5.2	Facteurs personnels.....	38
5.2.1	Conditions de vie socioéconomiques	38
5.2.2	État de santé	39
5.2.3	Emploi et retraite	39
5.2.4	Expériences de vie et diversité des activités.....	40
5.2.5	Motivations	40
5.3	Facteurs environnementaux.....	42
5.3.1	Moyens de transport	42
5.3.2	Connaissance des possibilités de participation sociale.....	42
5.3.3	Lieu de résidence	42
5.3.4	Représentations culturelles du bénévolat	43
5.3.5	Culture des professionnels des organisations.....	43
5.4	En somme : des points d'appui pour la recherche et l'intervention	44
6	INTERVENTIONS VISANT LA PARTICIPATION SOCIALE DES AÎNÉS	47
6.1	L'éventail des modes de participation sociale	47
6.2	Description des interventions	50
6.2.1	Interactions sociales en contexte individuel	50
6.2.2	Interactions sociales en contexte de groupe	54
6.2.3	Bénévolat organisé et non organisé.....	67
6.2.4	Implication sociopolitique et militance	70
6.3	En somme : des clés pour une vaste gamme d'interventions	76
7	DISCUSSION	79
7.1	Principaux résultats.....	79
7.2	Perspectives pour les recherches et les interventions futures	81
	CONCLUSION.....	83
	BIBLIOGRAPHIE	85

ANNEXE 1 THÉORIES GÉRONTOLOGIQUES.....	95
ANNEXE 2 CANEVAS DE FICHE DE LECTURE	99
ANNEXE 3 TABLEAU SYNTHÈSE DES ÉTUDES PORTANT SUR LES LIENS ENTRE LA PARTICIPATION SOCIALE ET LA SANTÉ DES AÎNÉS.....	103
ANNEXE 4 DISTRIBUTION DES PROGRAMMES D'INTERVENTION RECENSÉS EN FONCTION DE L'ÉVENTAIL DES MODES D'INTERVENTION SUR LA PARTICIPATION SOCIALE	109

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1.	Liste des mots clés	14
Tableau 2.	Banques de données	15
Tableau 3.	Critères d'exclusion des publications.....	16
Tableau 4.	Cadre d'analyse des publications en fonction de leur objet d'étude	17
Tableau 5.	Les motivations au bénévolat les plus importantes pour les aînés, en ordre décroissant	41
Tableau 6.	Les objectifs et les catégories des modes d'intervention sur la participation sociale	49
Tableau 7.	Conditions d'intervention favorables à la participation sociale des aînés	77
Tableau 8.	Tableau synthèse des théories gérontologiques	97
Tableau 9.	Études portant sur les liens entre la participation sociale et la santé des aînés	105

LISTE DES FIGURES

Figure 1.	Perspectives pour un vieillissement en santé : proposition d'un modèle conceptuel	11
Figure 2.	Étapes bibliographiques de l'analyse documentaire.....	13
Figure 3.	Quatre familles de définitions de la participation sociale	20
Figure 4.	Différentes manières de traduire la participation sociale en fonction des quatre familles de définitions	28
Figure 5.	Processus intermédiaires entre la participation sociale et la santé	34
Figure 6.	Facteurs influençant la participation sociale des aînés, en fonction de trois catégories.....	45
Figure 7.	Éventail des modes d'intervention sur la participation sociale.....	48
Figure 8.	Distribution des programmes d'intervention recensés en fonction de l'éventail des modes d'intervention sur la participation sociale.....	111

INTRODUCTION

Le rôle social des personnes âgées constitue un enjeu majeur pour les sociétés occidentales aux prises avec un vieillissement sans précédent de leurs populations. Dans ce document sont examinées plusieurs dimensions de la participation sociale des aînés à partir d'une analyse documentaire. Ce faisant, la synthèse offre aux chercheurs et aux praticiens des outils de réflexion et d'intervention qui s'inscrivent dans la perspective d'un vieillissement « ensemble et en santé ».

Ce document a été conçu et rédigé grâce au partenariat de quatre organismes reconnus s'intéressant à différents aspects du vieillissement : la Direction de santé publique de la Capitale-Nationale (DSP), l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), le Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec (CEVQ) et l'Institut sur le vieillissement et la participation sociale des aînés de l'Université Laval (IVPSA). Cette collaboration a permis l'apport de regards et de ressources multiples, issus des différentes disciplines des sciences sociales et des sciences de la santé, ce qui a conduit à une vision plurielle de la participation sociale des aînés.

Le processus de recherche aura sans doute des répercussions sur les scènes régionale et nationale. Déjà, un mémoire issu des quatre partenaires (Raymond et coll., 2007) a été présenté au cours de la consultation publique sur les conditions de vie des personnes âgées réalisée en 2007 par le ministère de la Famille et des Aînés. Plusieurs conférences ont donné l'occasion de présenter les résultats de l'analyse documentaire et de les approfondir grâce aux commentaires reçus. Dans un proche avenir, des démarches régionales de consultation et de mobilisation permettront de réunir, autour du défi de la participation sociale, des personnes âgées ainsi que des organismes gouvernementaux et communautaires travaillant auprès d'elles.

L'objectif général de l'analyse documentaire est de structurer une étude sur la participation sociale des personnes âgées dans une perspective de vieillissement en santé. Quatre objectifs particuliers s'y rattachent, soit :

1. répertorier les diverses définitions et contenus associés à la notion de participation sociale;
2. dégager les liens entre la participation sociale et l'état de santé des aînés;
3. présenter les facteurs (sociodémographiques, personnels et environnementaux) influençant la nature et le niveau de la participation sociale des aînés;
4. recenser les interventions visant à favoriser ou à renforcer la participation sociale des aînés.

Le document est construit en fonction des quatre dimensions explorées dans les travaux, elles-mêmes étant reliées aux objectifs particuliers. Les deux premiers chapitres sont consacrés respectivement à la mise en contexte de la problématique et à la méthodologie de l'étude. Les chapitres 3 à 6 sont axés sur les résultats. Le chapitre 3 est consacré aux définitions de la participation sociale, le chapitre 4 porte sur ses liens avec la santé des aînés, les facteurs qui influencent la participation sociale sont analysés au chapitre 5 alors que les interventions en rapport avec la participation sont recensées au chapitre 6. Enfin, les résultats sont discutés au chapitre 7.

1 PROBLÉMATIQUE

Revisiter les significations attribuées au vieillissement constitue l'un des défis majeurs des sociétés contemporaines. La proportion toujours croissante de personnes de 65 ans ou plus dans la population³, conjuguée à plusieurs autres changements démographiques, culturels et économiques, invite à revoir la représentation habituelle faisant de « l'âge d'or » une période dédiée au repos ou marquée par le retrait social, en marge d'une présence citoyenne ou productive. En effet, et sans occulter certaines réalités plus sombres du vieillissement, il appert que pour de plus en plus d'aînés, même lorsqu'ils ont des limitations fonctionnelles, l'avancée en âge et la retraite vont de pair avec d'autres formes d'engagement et une contribution notable à la société. De même, plusieurs institutions et acteurs sociaux travaillent à accroître cette contribution des aînés; cependant, cette préoccupation légitime peut parfois se transformer en discours incantatoire masquant des enjeux liés au partage des ressources et des responsabilités sociales.

Ce rapport de recherche traite de la participation sociale des aînés, une notion hautement polysémique. Bien qu'un chapitre soit consacré particulièrement à cette question, il peut être utile de situer dès maintenant certaines limites conceptuelles. D'abord, il faut distinguer la participation sociale des concepts d'inclusion sociale et d'insertion sociale, qui désignent respectivement, selon l'Index international de la réadaptation et de l'intégration sociale⁴, « l'action visant à faire évoluer un individu isolé ou marginal vers des échanges satisfaisants avec son environnement » et le « degré d'insertion d'une personne dans son milieu social » (Laboratoire d'informatique et de terminologie de la réadaptation et de l'intégration sociale, 2008). En effet, on peut présumer que les processus qu'entraîne la participation sociale ne sont pas de nature d'abord individuelle, bien que l'inclusion puisse être une condition de la participation sociale et l'intégration, une conséquence.

À l'inverse, il faut également différencier la participation sociale de la signification francophone de l'engagement social, une « pratique qui sous-tend une injonction à agir pour la collectivité et qui doit se traduire par des actes. Sans être nécessairement en rupture avec l'ordre établi, l'engagement se situe près de l'idée du militantisme et sous-tend une prise de position dans les débats de société, une volonté de changement social » (Charpentier, 2004). Dans ce document, la participation sociale apparaît comme une notion plus englobante que ses racines sociopolitiques ou consultatives peuvent le laisser croire. Autrement dit, si la participation sociale des aînés peut être militante, la littérature révèle qu'elle peut également être partagée entre bénévoles et aînés isolés, participation aux activités d'un centre de jour, réalisation d'un projet collectif ou encore, bénévolat auprès de groupes vulnérables.

³ « Les aînés constituent le segment de population qui augmente le plus rapidement au Canada. Ce phénomène se poursuivra, au fur et à mesure que les membres de la génération de l'après-guerre, soit les baby-boomers, atteindront 65 ans. D'ici 2015, il y aura plus d'aînés que d'enfants au Canada. En 2005, les aînés constituaient 13 % de la population totale. D'ici 2031, on prévoit qu'ils représenteront quelque 23 % de la population canadienne. Les aînés plus âgés constituent le groupe démographique en plus grande expansion; d'ici 2056, un Canadien sur dix aura 80 ans ou plus, comparativement à un Canadien sur 30 en 2005. » (Veninga, 2006).

⁴ Voir l'Annexe 1 pour un tableau résumant plusieurs de ces théories.

Si une définition très large de la participation sociale peut s'exprimer comme « l'action de prendre part à la vie du groupe ou de la société » (Sournia, 1991), nous verrons que cette action peut prendre de multiples aspects, tout comme les concepts de groupe et de société.

Pendant longtemps, la vieillesse et la participation sociale ont été considérées comme des notions antinomiques, pour ne pas dire irréconciliables. Pourquoi, de nos jours, agrège-t-on de plus en plus participation sociale et aînés? Quels sont les motifs sous-jacents à la popularité grandissante de cette association? Bien que les explications soient multiples, quatre d'entre elles retiendront plus particulièrement notre attention :

- au point 1.1, la transformation des conceptions relatives au vieillissement et à la retraite;
- au point 1.2, les besoins liés à l'organisation des services de santé et sociaux dans un contexte d'augmentation des demandes de soins;
- au point 1.3, le constant accroissement des lieux et des réseaux de bénévolat organisé rejoignant des aînés;
- au point 1.4, la démonstration de plus en plus solide des bénéfices de la participation sociale pour la santé des aînés.

1.1 RÉVOLUTION TRANQUILLE DES MENTALITÉS

Dans les sociétés dites développées enclines aux retraites anticipées, l'accroissement de l'espérance de vie des individus implique l'augmentation de la durée de la phase appelée « retraite ». De nos jours, il n'est pas rare que cette phase dure plusieurs décennies – parfois plus longtemps que l'enfance ou l'activité salariée, tandis que le profil des cohortes d'aînés change résolument. De façon générale, les personnes âgées d'aujourd'hui sont en effet plus scolarisées, mieux nanties et moins malades que celles d'hier (Statistique Canada, 2007), et cette tendance continuera de s'accentuer. La popularité récente de la notion de participation sociale en rapport avec les aînés est sans doute l'une des conséquences de ce phénomène générationnel. Contrairement à l'impression répandue de démobilité sociale, le taux de personnes âgées offrant de l'aide informelle à leurs proches ou s'impliquant dans des organisations communautaires est en augmentation dans plusieurs pays (Greenfield et Marks, 2004; Peter-Davis et coll., 2001; Caro et Bass, 1999; Okun et Barr, 1998).

Il y a quelques années, pourtant, on considérait que le fait de vieillir s'accompagnait irrémédiablement d'un retrait de la vie sociale : une idée appuyée par plusieurs théories sociologiques du vieillissement⁵ (Lefrançois, 2007b). Ainsi, selon la théorie du désengagement, de Cumming et Henry (1961), le retrait social des aînés est inévitable en tant que mécanisme social institutionnalisé servant à transférer le pouvoir aux générations plus jeunes. Dans cette perspective, encourager la participation sociale des aînés est inutile et va à contresens de l'ordre social. Par ailleurs selon la théorie de la modernisation élaborée par Cowgill (1974), la modernisation des sociétés fait perdre aux aînés le statut social privilégié qu'ils possédaient dans les sociétés traditionnelles.

⁵ Voir l'Annexe 1 pour un tableau résumant plusieurs de ces théories.

Concrètement, ils sont éjectés des lieux cruciaux de participation sociale par des individus plus compétitifs et plus jeunes; ne leur restent que des pratiques résiduelles de participation, reléguées dans des espaces non stratégiques ou laissés vacants par les autres générations. À l'annexe 1, on trouvera un tableau où sont résumées une douzaine des théories du vieillissement.

Jusqu'à tout récemment, la tangente prédominante des représentations populaires sur la retraite était de considérer cette dernière comme une phase de vie unique – semblable pour tous – et définitive, dépourvue d'activités rémunérées ou de rôles sociaux signifiants (Lesemann, 2007). Encore aujourd'hui, des auteurs avancent que les aînés forment un des groupes sociaux les plus désavantagés quant au maintien et au renforcement de l'intégration sociale (Young et Glasgow, 1998). Dans les époques antérieures de la vie, on peut considérer que plusieurs situations – études, emploi, union conjugale, vie familiale – sont porteuses de sens et de rôles sociaux qui nourrissent l'identité personnelle tout en ouvrant la voie de l'intégration sociale. Les deuils et les pertes qui peuvent se produire et s'accumuler à partir de la soixantaine – perte d'un travail rémunéré, d'un conjoint, de responsabilités familiales, de la santé, d'un niveau de vie – constituent un écueil important pour les trajectoires individuelles de vieillissement (Abu-Rayya, 2006; Greenfield et Marks, 2004).

Cependant, au gré des mutations socioéconomiques et des avancées de la recherche, cette vision monolithique a cédé le pas à la nécessité d'entrevoir le vieillissement comme une étape de vie dotée de significations et de défis propres. Une étape de vie appelée à connaître, dès maintenant et pour les prochaines années, une relecture fondamentale sur les plans individuel et collectif. Il appert notamment que les perceptions des aînés eux-mêmes par rapport à la retraite ont radicalement changé depuis deux ou trois décennies. Au Québec, selon Lesemann (2007), une nette majorité de personnes âgées ont aujourd'hui une interprétation souple de la retraite, qui remplace la conceptualisation de cette étape comme une période d'abandon progressif des rôles productifs et des projets de vie. Ce changement de mentalité s'accompagne d'une augmentation certaine du taux d'aînés en emploi, à temps plein ou à temps partiel (Lesemann, 2007). De plus, il est maintenant possible de dissocier – même si les catégories démographiques ne le reconnaissent pas encore – l'activité et l'emploi, dans la mesure où on peut être actif socialement sans occuper ou chercher un emploi rémunéré (Villez, 1997).

À cet égard, Anne-Marie Guillemard mettait en lumière, dès 1972, cinq grands modèles de retraite : la retraite-retrait, la retraite-repos, la retraite-loisirs, la retraite troisième âge et la retraite solidaire. Bien que la retraite-retrait (entretien du corps, immobilisme, isolement, absence de projection) ait apparu à l'auteure comme la plus attestée au début des années 1970, il semble qu'aujourd'hui la retraite-loisirs (pratiques diverses de consommation) soit devenue majoritaire, bien que la retraite troisième âge (passage de l'activité de travail à de nouvelles activités créatrices librement choisies) et la retraite solidaire (participation associative volontaire) connaissent une hausse importante depuis quelques années.

Autrement dit, il s'est créé une nouvelle phase de vie au cœur d'une étape autrefois marquée par des images de désengagement social et d'inactivité (Hooyman, 2004).

Désormais, la vieillesse apparaît à la fois comme une circonstance collective et un accomplissement personnel dont l'émergence requiert certaines conditions, parmi lesquelles la possibilité de construire des projets, de connaître des réussites, de partager des connaissances et d'exercer des responsabilités (Hooyman, 2004; Carlson et coll., 2000). Warburton et McLaughlin (2006) évoquent la nécessité, pour les aînés, de faire des choix quant à l'utilisation ou à l'orientation du reste de leur existence. Par ailleurs, des personnes âgées estiment que le bénévolat, tant organisé que non organisé, ajoute de la valeur aux parcours de vie individuels tout en présentant des bénéfices collectifs (Sévigny, 2004, 2002).

Les plus récentes théories sociologiques du vieillissement font écho à ce changement de mentalité. Ainsi, selon la théorie des temps de la vie, ou « life cycle theory » (George, 1993; O'Rand et Krecker, 1990), l'existence humaine se découpe en fonction de différents cycles ou étapes, chacun se distinguant par des rôles et des épreuves caractéristiques. Dans ce contexte, la participation sociale peut représenter pour les aînés un moyen de négocier avec des transitions et des pertes de rôles, ainsi que l'occasion de jouer de nouveaux rôles davantage en accord avec leur cycle de vie présent. La théorie socio-environnementale (Guvrium, 1976) met pour sa part en lumière le fait que les contextes sociaux et environnementaux influencent les parcours de vieillissement des individus âgés. Leur niveau d'activité et d'échanges sociaux dépend de l'équilibre – existant ou non – entre les demandes de l'environnement et les ressources (santé, revenu, soutien social) dont ils disposent pour satisfaire ces demandes. À mesure que les demandes de l'environnement se modifient, les individus doivent s'adapter pour maintenir leur sentiment de compétence. Si la pression de l'environnement est trop élevée, la personne éprouve un stress excessif ou une surcharge; si la pression de l'environnement est trop faible, elle peut ressentir un sentiment d'ennui et de dépendance. Une demande modérée, située juste au-dessus du niveau d'adaptation de la personne, génère une zone de confort et conduit à s'engager dans des activités productives pour relever le défi de l'adaptation. Selon ces deux approches, la participation sociale représente pour les aînés une avenue privilégiée pour continuer d'entretenir et de réaliser des projets de vie.

1.2 LA PRESTATION DES SERVICES PUBLICS : UNE ÉQUATION À REDÉFINIR

Depuis quelques années, les discours associant la participation sociale des aînés à la satisfaction de besoins collectifs se font de plus en plus vibrants. Il semble que l'apport bénévole des aînés comble des besoins sociaux non satisfaits autrement (Morrow-Howell et coll., 2003). D'ailleurs, cet apport est indispensable au maintien et à l'amélioration des services offerts par de multiples organisations non gouvernementales (ONG), et celles-ci sont nombreuses à tenter de recruter davantage de bénévoles âgés (Narushima, 2005; Okun et Barr, 1998; Caro et Bass, 1997). Delisle (2000), pour sa part, invite les aînés bien portants à se prendre en main et à devenir les sujets de l'histoire, au lieu de se décharger de leurs responsabilités et de n'être que les destinataires des politiques sociales.

Cette vision des choses trouve écho dans la tendance, de plus en plus marquée sur le plan des politiques gouvernementales, à délaisser les approches du vieillir axées sur la protection des aînés au profit d'autres perspectives orientées vers le vieillissement actif, productif ou réussi (Lefrançois, 2007a). Au lieu d'apparaître comme des grabataires ou des êtres

vulnérables, les aînés deviennent plutôt des acteurs du développement économique et social, générateurs à la fois d'une nouvelle interface marchande et d'utilité sociale (Zedlewski et Butrica, 2007; Geiss, 2007; Villez, 1997). À cet égard, la valorisation et le soutien des aînés en tant que proches aidants et bénévoles tendent à s'accroître en Occident, notamment au Québec et au Canada. Ainsi, le document *Le vieillissement en santé au Canada : une nouvelle vision, un investissement vital* (Groupe de travail sur le vieillissement en santé et le bien-être, 2006) souligne l'importance d'investir dans le vieillissement en santé afin de favoriser l'apport des aînés à la richesse de la vie sociale et de l'économie : une position qui transforme la participation sociale en stratégie utilitariste. D'ailleurs, dans le contexte actuel d'insuffisance des ressources humaines et financières, la mise à profit des personnes âgées pour soulager la pression sur les services est une stratégie explicite de diverses administrations gouvernementales à l'échelle internationale (ministère de la Famille et des Aînés, 2006). Au Québec, le virage ambulatoire et en faveur du maintien à domicile effectué par le réseau public de santé a impliqué la mobilisation du réseau social des personnes en perte d'autonomie pour suppléer à une partie des tâches auparavant professionnalisées; bien souvent, ce sont les personnes âgées qui en assument la responsabilité (Cardinal et coll., 2008). Dans un rapport sur la contribution des aînés au développement du Québec (ministère de la Famille et des Aînés, 2005), des personnes âgées rappellent cependant que leur engagement social ne doit pas être l'occasion de les exploiter ou de les utiliser au rabais.

Au cours des dernières années, plusieurs études ont été réalisées pour estimer la valeur économique des activités bénévoles et des autres types de contribution des aînés, dans l'optique de justifier ou de susciter l'intérêt de gouvernements par rapport à la participation sociale des personnes âgées (Government of Western Australia, 2007; Groupe de travail sur le vieillissement en santé et le bien-être, 2006; de Vaus et coll., 2003). Toutefois, ces études négligent les dimensions sociales de leur objet en mettant l'accent sur ce qui, dans l'engagement des personnes âgées, peut être facilement quantifié et calculé (Warburton et McLaughlin, 2005). Ici, le danger est de donner à la participation sociale des aînés une orientation essentiellement productiviste, et ainsi de minimiser ou d'effacer son caractère volontaire et spontané (Young et Glasgow, 1998). Pourtant, on sait que la valeur de telles activités dépasse largement la substitution du coût de la prestation publique de services, notamment en matière d'enrichissement du capital social et culturel (Warburton et McLaughlin, 2005).

En dépit des traits fonctionnalistes de certains appels à l'engagement des aînés visant la satisfaction des besoins sociaux, la plupart des auteurs adoptent une position intermédiaire en démontrant que cet engagement est avantageux autant pour les aînés que pour la collectivité. Par exemple, Erlingaghen et Hank (2006) soulignent qu'il y a des limites à considérer les aînés comme une armée de bénévoles, tout en concédant qu'il serait souhaitable de mieux mettre en valeur le potentiel productif de ce groupe.

1.3 LE BÉNÉVOLAT ORGANISÉ, PIVOT DE LA PARTICIPATION SOCIALE DES AÎNÉS

Le bénévolat organisé⁶ est l'une des formes de participation sociale les plus populaires auprès des aînés. Il s'agit aussi de la plus étudiée et de la plus reconnue socialement. Néanmoins, les études divergent quant à la proportion d'aînés faisant du bénévolat au sein d'une organisation formellement constituée. Dans son dernier rapport sur le don, le bénévolat et la participation, Statistique Canada (2006) révèle que 42 % des 55-64 ans et 32 % des 65 ans ou plus sont engagés dans du bénévolat : des proportions en nette croissance par rapport à 2000 et 1998. Greenfield et Marks (2004) affirment de leur côté que le bénévolat est de plus en plus populaire auprès des aînés américains; 36 % des participants à leur étude s'y consacraient au moins une fois par mois. Bickel (2003), qui a comparé le profil de participation civique de deux cohortes d'aînés suisses (1979 vs 1994), a constaté une forte augmentation de la participation aux associations volontaires. Les chercheurs américains et suisses expliquent leurs résultats par des facteurs :

- sociodémographiques : étirement de l'espérance de vie et augmentation du niveau de scolarité;
- culturels : valorisation du bénévolat, diminution de l'âgisme;
- infrastructurels : accroissement des lieux et des possibilités de bénévolat;
- personnels : amélioration de l'état de santé, volonté de rester actif.

En affinant ses analyses, Bickel s'est cependant rendu compte que l'augmentation du taux de bénévolat n'était pas due à une augmentation du nombre « d'intrants » (soit des personnes qui ont commencé à faire du bénévolat seulement au moment de la vieillesse ou de la retraite), mais bien à une diminution du désengagement des bénévoles. Autrement dit, en 1979, les bénévoles étaient plus nombreux à cesser de s'impliquer après l'âge de 65 ans. À cet égard, Van Willigen (2000) souligne qu'une majorité de personnes de 60 ans ou plus croient maintenant qu'il est du devoir des aînés de contribuer à la société par l'entremise du service communautaire.

À l'inverse, des études annoncent une diminution du taux de bénévolat. Dans l'étude de Wahrendorf et coll. (2006), réalisée auprès de 22 000 aînés européens, il appert que seulement 11 % d'entre eux faisaient du bénévolat au sein d'une organisation, une proportion similaire aux résultats de Shmotkin et coll. (2003) et de Choi (2003). Cannuscio et coll. (2003) prévoient également un déclin à long terme de l'engagement civique, qu'ils expliquent par un effet générationnel et non de structure d'âge. Selon eux, les taux de bénévolat ont connu leur apogée avec les personnes nées entre la Grande Dépression de 1929 et la fin de la Seconde Guerre mondiale, alors que les générations subséquentes n'ont pas maintenu ce niveau d'engagement.

⁶ On peut définir le bénévolat organisé comme un travail non rémunéré de la part d'un individu ou d'un groupe dans la perspective de permettre des bénéfices à d'autres, réalisé dans le cadre d'une organisation et auprès de personnes avec qui il n'existe pas d'obligations contractuelles, familiales ou amicales (Erlinghagen et Hank 2006; Narushima 2005; Shmotkin et al. 2003; Van Willigen 2000; Caro et Bass 1997).

Selon Statistique Canada (2006), si les 65 ans ou plus sont moins nombreux que les 18-64 ans à faire du bénévolat, ils y consacrent en revanche davantage de temps, soit une moyenne de 245 heures annuellement. Erlinghagen et Hank (2006) confirment cette tendance, tout comme Choi (2003) : son étude révèle que les 13 % d'aînés (65-74 ans) bénévoles consacrent à cette activité six heures par semaine en moyenne, contre une moyenne de 4,7 heures par semaine pour les bénévoles de moins de 65 ans.

Mais comment expliquer les disparités entre les études – qui ont presque toutes été réalisées en Europe et en Amérique du Nord – quant à la proportion d'aînés bénévoles? Une piste de réponse se trouve probablement dans la mesure du bénévolat. Sans être aussi polysémique que la notion de participation sociale, ce concept semble avoir une acception plus ou moins large, selon les recherches. On constate en outre que dans quatre des cinq études situant entre 31 et 39 % le taux de bénévolat des aînés – soit les taux les plus élevés –, les chercheurs mesurent cet indicateur en recourant à plusieurs questions et donnent des exemples d'organisations aux participants. Peut-être cette technique aide-t-elle les sujets à se rappeler ou à détailler leurs lieux d'implication bénévole. Une autre réponse se trouve peut-être dans les différences culturelles et sociodémographiques entre l'Europe et les États-Unis. En effet, les études situant à plus de 30 % le taux de bénévolat chez les aînés sont toutes américaines.

1.4 PARTICIPER SOCIALEMENT, BON POUR LA SANTÉ?

L'idée selon laquelle des aînés qui participent socialement contribuent à la santé de leur milieu de vie tout en améliorant leur propre bien-être fait maintenant partie des discours publics, tandis que ce thème revêt une importance croissante aux yeux de différents acteurs, notamment les décideurs politiques. Dans le domaine de la santé et des services sociaux, la participation sociale est souvent présentée comme un important vecteur de rôles sociaux et de soutien social (Baker et coll., 2005; Harwood et coll., 2005), à une époque de la vie où ces déterminants du bien-être tendent à s'amoinrir. Elle est aussi perçue comme une plateforme à partir de laquelle on peut lutter contre l'âgisme et le retrait social (Siegrist et coll., 2004). On est sans contredit très loin de la tradition philosophique affirmant la valeur en soi de la participation des citoyens dans les affaires civiques et publiques (Abbott et coll., 2000). En d'autres termes, on met l'accent sur la participation sociale comme moyen d'améliorer la santé des individus et de leurs milieux de vie, et éventuellement de réduire les coûts associés à la prestation des services publics (Groupe de travail sur le vieillissement en santé et le bien-être, 2006), mais non comme levier de transformation sociale et de démocratisation. Cela se reflète jusque dans les médias, pour qui la participation sociale des aînés se résume bien souvent à des effets positifs en matière de santé (Van Willigen, 2000).

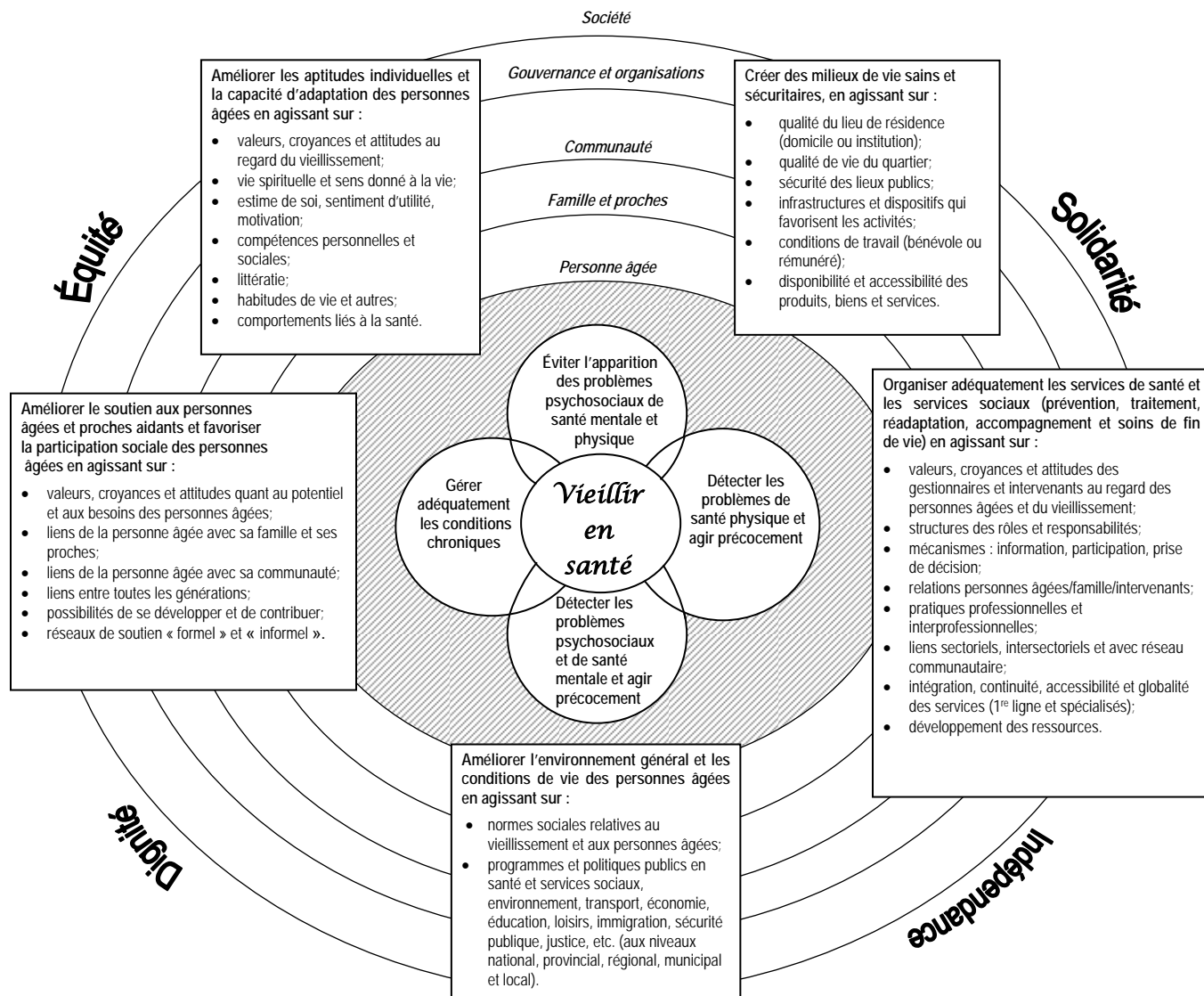
Plusieurs études montrent les bénéfices de la participation sociale pour la santé des aînés, comme on le verra au chapitre 4. Au-delà du degré de consistance de ces bénéfices, cependant, une question demeure : faut-il s'intéresser à la participation sociale des aînés à partir du moment où ses vertus pour la santé et le bien-être sont démontrées, ou bien faut-il s'y attarder en amont, dès le moment où on choisit, comme société, de soutenir les divers modes de participation sociale de tous? À cet égard, l'intérêt démontré par les pouvoirs publics à l'endroit de la participation sociale des aînés se fonde surtout sur ses apports en

termes sociosanitaires, et accuse certaines limites. Toutefois, les récentes orientations de gestion de certains réseaux de services publics pourraient contribuer à soutenir la participation sociale des citoyens en général et des aînés en particulier : pensons par exemple à la notion de responsabilité populationnelle – et à la nouvelle gouvernance qu'elle implique – préconisée par le réseau québécois de la santé et des services sociaux (Langlois, 2006).

Par ailleurs, les travaux de la Direction de santé publique (DSP) de la Capitale-Nationale et de l'Institut national de santé publique (INSPQ) sur le concept de vieillissement en santé se fondent entre autres sur l'idée que la participation sociale est partie intégrante des déterminants de la santé des personnes âgées, au même titre que les facteurs reliés à leur santé et à leurs conditions de vie (Cardinal et coll., 2008). Ce thème constitue du reste l'un des neuf axes d'intervention du modèle conceptuel pour un vieillissement en santé proposé par ces deux organismes (voir la figure 1), ce qui témoigne de l'importance d'améliorer le soutien aux personnes âgées et à leurs proches tout en favorisant la participation sociale des premières. Comme balise d'intervention, on propose une approche holistique intégrant les aînés eux-mêmes, la famille et le réseau social de ceux-ci, les infrastructures et les milieux de vie collectifs, ainsi que la société dans son ensemble.

Dans ce modèle, on perçoit bien les interrelations des différents axes d'intervention : par exemple, la création de milieux de vie sécuritaires pourrait influencer favorablement la participation sociale des aînés, tout comme la mise en place de services et de lieux de participation adaptés à leur situation. De même, des aînés qui participent socialement pourraient développer leurs habiletés relationnelles et accroître leur capacité d'adaptation au vieillissement, tout en concourant à l'amélioration de l'environnement et des conditions de vie des aînés ou d'autres groupes de population. Néanmoins, l'intervention en matière de participation sociale des aînés depuis le réseau de la santé demande un travail préalable, puisque l'expertise sur cette question y semble limitée. Par exemple, dans le modèle, la notion de « participation sociale » n'est pas définie, non plus que la manière dont on la distingue du concept de « soutien social ».

Figure 1. Perspectives pour un vieillissement en santé : proposition d'un modèle conceptuel



1.5 UNE ANALYSE DOCUMENTAIRE POUR ENRICHIR LES CONNAISSANCES ET LES SAVOIR-FAIRE

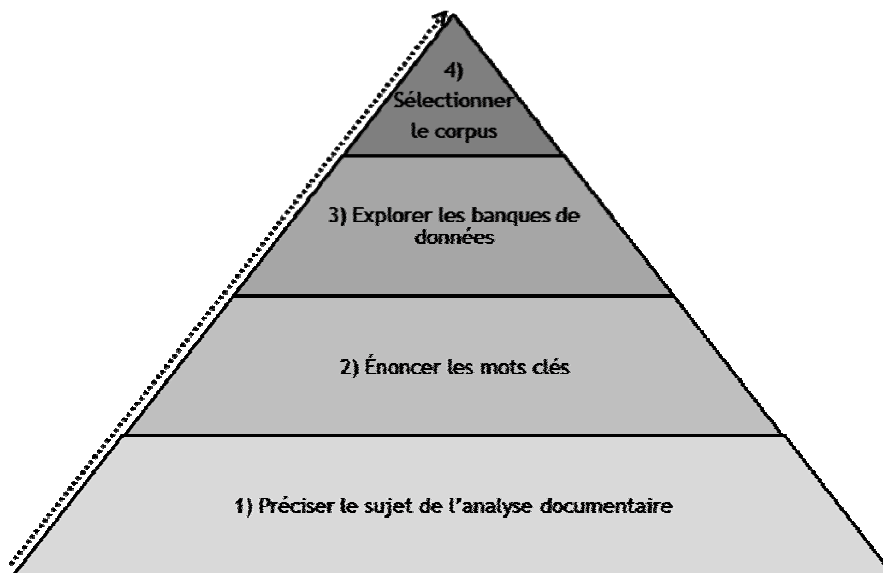
Cette incursion au cœur des raisons pouvant expliquer l'intérêt grandissant dont fait l'objet la participation sociale des aînés permet de confirmer qu'il s'agit d'un enjeu de société fondamental, incontournable. Le vieillissement des aînés d'aujourd'hui et de demain est indéniablement porteur de significations denses sur les plans individuel et collectif. D'un côté, la plupart des personnes âgées ont à cœur de réaliser des activités valorisantes et ayant du sens pour elles. Bien que l'état de santé puisse influencer la concrétisation de ces projets, c'est véritablement une nouvelle phase de vie qui s'ouvre avec la retraite, et qui fait écho à divers changements démographiques et culturels. D'un autre côté, la participation sociale des aînés s'est transformée au croisement de deux phénomènes : le vieillissement de la population et la remise en question de l'interventionnisme étatique. Des aînés qui font bénéficier leurs proches ou leur communauté de leurs compétences, de leurs expériences et de leur temps : voilà une valeur prônée par plusieurs gouvernements aux prises avec de nombreux besoins non comblés. Si on ajoute que la participation sociale des aînés peut être promue autant pour ses liens avec la santé qu'en tant que pilier essentiel à la démocratisation de la société, on saisit aisément la complexité du thème et le besoin de poursuivre des recherches dans le domaine.

Ce qui est proposé ici, c'est d'avancer dans la compréhension de différentes dimensions de la participation sociale des aînés, afin de donner plus d'outils – de réflexion et de travail – aux personnes et organismes désireux de se pencher sur ce grand rendez-vous collectif.

2 MÉTHODOLOGIE

L'exercice d'analyse documentaire est basé sur une recherche bibliographique réalisée en quatre étapes. La figure 2 ci-dessous présente ce processus de manière schématique.

Figure 2. Étapes bibliographiques de l'analyse documentaire



2.1 MÉTHODES DE RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE

2.1.1 Objet de l'étude

L'objectif général de la recherche consistait à doter les quatre organismes partenaires d'un cadre théorique sur la participation sociale des aînés. De nature exploratoire, cette démarche devait s'attarder à la participation sociale comme objet éventuel d'intervention dans le cadre du modèle conceptuel pour un vieillissement en santé. Le champ d'étude a donc été circonscrit à quatre dimensions, comme nous l'avons déjà précisé.

2.1.2 Mots clés

Une liste de mots clés a été conçue pour chacun des aspects de l'analyse documentaire : population visée, sujet et types d'études (voir le tableau 1). La plupart des banques de données étant anglophones, ce sont surtout les mots clés anglais qui ont été utilisés. De plus, comme la notion de participation sociale est peu spécifique – on ne la trouve en effet que dans un petit nombre de thésaurus –, il a été nécessaire d'utiliser de nombreux synonymes ou notions apparentées pour couvrir le plus large champ conceptuel possible. Certains mots clés se rapprochent de la participation sociale entendue comme un engagement formel, alors que d'autres traduisent la notion comme la participation à la vie sociale.

Par ailleurs, bien qu'il aurait pu être intéressant d'élargir l'étude aux concepts faisant appel à « l'absence » de participation sociale, ou encore aux circonstances à l'origine ou consécutives de cette absence, telles que l'isolement social et l'exclusion sociale, il a été décidé de concentrer les efforts sur l'objet premier de recherche. Ce thème apparaissait suffisamment complexe et dense pour une proposition scientifique exploratoire; il faut cependant garder en tête que parler de participation renvoie en même temps à son antithèse, ainsi qu'aux conditions de leur production respective.

Tableau 1. Liste des mots clés

Population visée				
Aged Personne âgée, aîné	Aging, ageing Vieillessement	Elderly Personne âgée, aîné	Older Personne âgée, aîné	Senior Personne âgée, aîné
Sujet				
Citizenship Citoyenneté	Community involvement Implication communautaire	Community participation Participation communautaire	Sociability Sociabilité	Social action Action sociale
Social activity Activité sociale	Social contacts Contacts sociaux	Social engagement Engagement social	Social involvement Implication sociale	Social integration Intégration sociale
Social interaction Interaction sociale	Social networks Réseaux sociaux	Social participation Participation sociale	Socialization Socialisation	Voluntary participation Bénévolat
Types d'études (pour la dimension « Interventions » seulement)				
Community project Projet communautaire	Intervention Intervention	Project Projet	Program Programme	Program evaluation Évaluation de programme

2.1.3 Banques de données

Le processus de recherche bibliographique s'est déroulé en deux étapes. Dans un premier temps, les banques de données ont été explorées pour les années 2003-2007. Pour la dimension « Interventions⁷ » cependant, une seconde étape de recherche a été nécessaire en raison du nombre très limité de publications recensées. Les mêmes banques de données ont donc été interrogées de nouveau, pour les années 1970-2002, ce qui a permis d'augmenter le nombre de publications faisant état de l'évaluation d'interventions sur la participation sociale des aînés.

⁷ Il est à noter que le document fait référence à la notion simplifiée « d'intervention » pour désigner des programmes d'intervention visant la participation sociale des aînés et articulant des objectifs, une méthodologie, des activités et un modèle évaluatif. Il ne s'agit donc pas d'interventions dans un contexte clinique.

Un peu plus de vingt banques de données ont été consultées (tableau 2) à la recherche de publications portant sur la participation sociale et les aînés. Aux banques usuelles en sciences de la santé se sont ajoutées des banques de données propres aux sciences sociales.

Tableau 2. Banques de données

Banques de données	Thèmes ou spécificité
Ageline	Gérontologie, gériatrie
Amicus	Fonds de Bibliothèque et Archives Canada (BAC) et des bibliothèques canadiennes
CHID Online	Santé, éducation en santé
Cinahl	Sciences infirmières, santé, biomédecine, soins de santé
CPI	Index des périodiques canadiens
Cubiq	Publications gouvernementales du Québec
Current Context	Index des numéros courants de périodiques
Embase	Médecine, pharmacie, médecine dentaire et sciences infirmières
Érudit	Portail des revues universitaires
Francis	Sciences humaines et sciences sociales
Germain	Gériatrie, gérontologie
Manitou	Service documentaire de l'Université du Québec à Montréal
Medline	Sciences biomédicales
Proquest Dissertation	Dissertations, thèses
Psycinfo	Psychologie
Réflexes	« Littérature grise » du réseau de la santé et des services sociaux
Repères	Index des périodiques de langue française
Santécom	Santé publique
Social Sciences Full Text	Sciences sociales
Social Work Abstracts	Service social
Sociological Abstracts	Sociologie

2.1.4 Publications sélectionnées

Au total, 1 049 publications ont été recensées. Des critères d'exclusion ont été appliqués à l'étape de la lecture du résumé de chacun de ces articles (tableau 3), ce qui a conduit à sélectionner 86 publications comme corpus d'étude. Douze autres articles ont été ajoutés par la suite. Il s'agit de d'articles d'autorité dans le domaine de la participation sociale et des aînés, mais qui ont été publiés avant 2003. Ils ont été identifiés grâce à la bibliographie des articles faisant partie du corpus original.

Tableau 3. Critères d'exclusion des publications

Critères d'exclusion	Exemples d'articles exclus
Contexte socioculturel éloigné	Liens entre les relations sociales et les symptômes dépressifs d'aînés du sud du Brésil
Méthodologie déficiente ou absence de processus évaluatif	Associations entre les relations sociales et les facultés cognitives mesurées auprès d'un très petit échantillon (20 aînés) Guide d'implantation d'un programme de groupes de soutien
Population trop limitée	Étude de l'engagement social d'aînés souffrant d'arthrite
Sujet non pertinent	La prise en compte des réseaux sociaux dans le traitement des aînés dépressifs

2.2 DÉMARCHE DE TRAITEMENT ET D'ANALYSE DES PUBLICATIONS

2.2.1 Types et devis des publications incluses

Cette recherche a un caractère exploratoire et aborde plusieurs dimensions d'une notion sociologique très large. Il a donc été convenu de retenir les publications qui traitaient de l'une ou l'autre des quatre dimensions à l'étude. Bien que le corpus soit composé d'une majorité de publications scientifiques, il comporte aussi quelques publications théoriques du type « essai » mettant en perspective divers aspects du cadre conceptuel relatif à la participation sociale.

2.2.2 Traitement des données recueillies

Une fois le corpus de 98 articles réuni, chacune des publications a été lue attentivement, associée à sa « dimension d'appartenance » (définitions, liens avec la santé, facteurs d'influence ou intervention) et résumée à l'aide d'une fiche de lecture exhaustive⁸.

2.2.3 Cadre d'analyse

Aux fins d'analyse des données recueillies, les articles associés à chacune des quatre dimensions ont d'abord été considérés comme un ensemble et comparés. Comme chaque dimension articulait des interrogations spécifiques, le cadre d'analyse se devait d'être unique pour chacune (tableau 4).

⁸ Chaque fiche résumait le cadre théorique et la problématique des études, la méthodologie utilisée et les variables mesurées ou étudiées, ainsi que les principaux résultats et les conclusions (voir l'Annexe 2).

Tableau 4. Cadre d'analyse des publications en fonction de leur objet d'étude

Objet à l'étude	Cadre d'analyse
1. Définitions de la notion de participation sociale	<ul style="list-style-type: none">▪ Définition donnée à la notion de participation sociale et aux concepts associés (engagement social, capital social, etc.)▪ Outils de mesure ou d'évaluation de la participation sociale▪ Conditions à réunir pour être en présence d'une situation de participation sociale
2. Liens entre la participation sociale et la santé des aînés	<ul style="list-style-type: none">▪ Associations entre la participation sociale et la santé, établies en fonction :<ul style="list-style-type: none">- de la définition de la participation sociale- du type de devis- du type de mesure▪ Processus permettant d'expliquer ces associations
3. Facteurs influençant la participation sociale des aînés	<ul style="list-style-type: none">▪ Facteurs influençant la participation sociale des aînés :<ul style="list-style-type: none">- d'ordre sociodémographique- d'ordre personnel- d'ordre environnemental
4. Interventions visant la participation sociale des aînés	<ul style="list-style-type: none">▪ Interventions visant la participation sociale des aînés, en fonction :<ul style="list-style-type: none">- du public cible- des approches et des activités- des effets sur la participation sociale et la santé

Par la suite, un travail de lecture et d'analyses croisées a été effectué, pour faire des liens entre les dimensions de l'analyse documentaire et ainsi, favoriser une vision globale de la problématique. D'ailleurs, plusieurs publications originellement classifiées dans une des quatre dimensions offraient également des informations pertinentes pour les autres dimensions.

2.2.4 Pertinence et limites de la stratégie de sélection des publications

Le caractère exploratoire de l'analyse documentaire justifie l'utilisation d'une base de données variée, composée d'études aux devis diversifiés (descriptives et expérimentales, qualitatives et quantitatives, transversales et longitudinales), ainsi que de textes théoriques. Cette perspective inclusive enrichit certainement le regard posé sur la participation sociale des aînés; cependant, elle invite aussi aux nuances quant à l'interprétation des informations recueillies. Autrement dit, le présent document « montre » plus qu'il ne « démontre ». Dans le futur, chacune des dimensions à l'étude pourrait être approfondie en affinant les critères de sélection des publications selon les objectifs poursuivis. Par exemple, on pourrait décider de retourner aux associations entre la participation sociale et la santé des personnes âgées en se basant uniquement sur des études longitudinales. Inversement, une exploration théorique plus soutenue pourrait être effectuée en recourant à la « littérature grise » qui porte sur des notions comme la participation, le social, etc.

Également, il aurait pu se révéler pertinent que l'analyse documentaire couvre une plus large période de temps. Bien que la période 2003-2007 ait permis l'accès à un matériel adéquat, des études importantes, réalisées à une époque antérieure, auraient sans doute pu être repérées avec une recherche plus extensive. La notion de participation sociale a semble-t-il connu un âge d'or au cours des années 1960 et 1970, avant d'être délaissée, puis revalorisée au cours de la dernière décennie. Élargir la période de temps couverte s'est avéré des plus judicieux pour la dimension des interventions, puisque les résultats pour 2003-2007 se résumaient à quelques publications à peine. En même temps, la bibliographie de chacune des publications du corpus a été examinée et mise à profit pour ajouter, le cas échéant, des textes antérieurs pertinents.

Une autre des limites relatives à l'analyse documentaire se rapporte aux mots clés utilisés. Comme la notion de participation sociale est dotée d'une grande diversité de sens et de définitions, en anglais comme en français, une vingtaine de mots clés ont été utilisés aux fins de la recherche bibliographique. Cette liste a été conçue par les auteurs du document, à partir de leurs connaissances et de leurs expériences en rapport avec la thématique abordée. Le thésaurus de certaines des vingt banques de données interrogées a bien été mis à profit pour délimiter les mots clés, mais ce procédé n'a pas été appliqué de manière systématique pour toutes les banques. Néanmoins, le soutien constant d'une documentaliste professionnelle durant la phase de recherche bibliographique a assuré l'exploration rigoureuse de chacune des vingt banques de données, et ce, à partir de l'ensemble des mots clés soumis.

Ajoutons enfin que des lecteurs internationaux ont rapporté l'existence de certaines banques de données francophones⁹ qu'il aurait pu être utile de consulter.

⁹ Parmi les banques de données suggérées figurent notamment la Banque de données santé publique (BDSP) et la banque de la Fondation nationale de gérontologie, toutes deux françaises.

3 DÉFINITIONS DE LA PARTICIPATION SOCIALE

3.1 POLYSÉMIE DE LA NOTION

Il ne fait aucun doute que la participation sociale est une notion polysémique, qui recoupe une impressionnante variété de définitions et d'applications (Bennett, 2005; Bukov et coll., 2002). Sur ce terrain, on passe d'une perspective très large, qui opérationnalise la participation sociale par l'ensemble des activités de la vie quotidienne et des rôles sociaux (Noreau et coll., 2004), à une perspective qui la circonscrit à l'implication au sein d'un organisme (Bukov et coll., 2002; Young et Glasgow, 1998). Par surcroît, la charge synonymique de la notion contribue à accroître la complexité de la participation sociale en tant qu'objet de recherche et d'intervention. Parmi les notions associées à la participation sociale, ou utilisées comme substituts, on trouve :

- l'engagement social (Andrew, 2005; Bath et Deeg, 2005; Bath et Gardiner, 2005; Charpentier et coll., 2004);
- le bénévolat organisé (Erlinghahen et Hank, 2006; Narushima, 2005; Shmotkin et coll., 2003; Van Willigen, 2000; Caro et Bass, 1997);
- le bénévolat non organisé et les activités des proches aidants (Warburton et McLaughlin, 2006, 2005);
- la productivité sociale (Baker et coll., 2005; Wahrendorf et coll., 2006);
- le capital social (Cannuscio et coll., 2003).

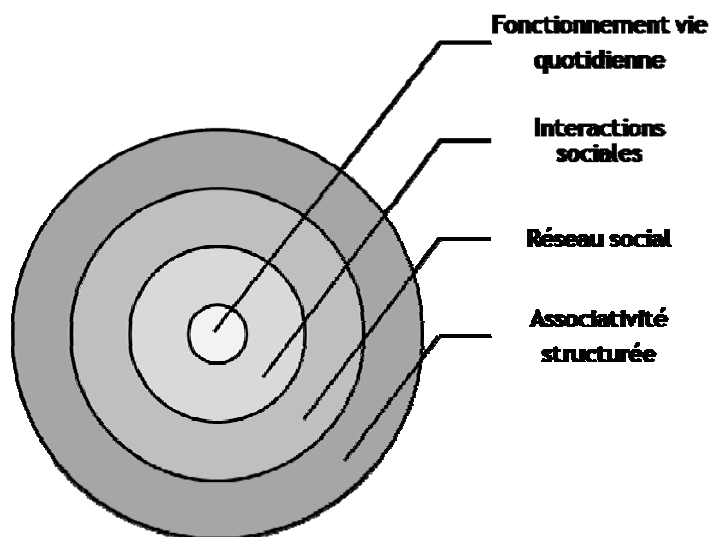
Cette diversité conceptuelle se reflète également dans les outils utilisés par les chercheurs pour mesurer ou qualifier la participation sociale des sujets (Bath et Deeg, 2005). Certaines grilles de lecture ou instruments de mesure comportent jusqu'à une vingtaine d'activités considérées comme des manifestations de la participation sociale, celles-ci allant des activités sociales en tout genre jusqu'à la consommation d'information (écoute de la radio ou de la télévision, lecture des journaux et des magazines), en passant par des gestes d'aide envers les proches.

On ne peut nier que cette densité théorique témoigne d'une richesse émanant de plusieurs courants de pensée sociologiques et des multiples expériences participatives menées notamment dans les organismes d'action communautaire. En ce sens, le croisement des regards posés sur la participation sociale – essais, recherches ou évaluations d'intervention – peut être considéré comme un atout et une source d'inspiration.

Cependant, les défis conceptuels sont nombreux pour ceux qui souhaitent travailler auprès des aînés dans une optique de participation sociale, ou encore poursuivre des recherches dans ce domaine. Par exemple, il va sans dire que si les définitions de la participation sociale sont changeantes dans les études sur le sujet, il est difficile d'en comparer les résultats. On parle alors d'objets de recherche différents, appréhendés à l'aide d'instruments distinctifs et variés.

Pour faciliter l'analyse documentaire, les définitions de la participation sociale ont été regroupées dans quatre grandes familles sémantiques. Les familles de définitions renvoient à la dynamique des relations établies entre les personnes et leur milieu (Berkman et Glass, 2000). Dans la figure 3, ces cibles prennent la forme de cercles ou de couches concentriques, ce qui laisse entendre que chaque strate a des liens avec les autres tout en impliquant une vision et des actions particulières en matière de participation sociale des aînés. Également, on passe d'une définition centrée sur les activités quotidiennes de l'individu à celles qui relient nécessairement participation sociale et associativité structurée.

Figure 3. Quatre familles de définitions de la participation sociale



3.2 FONCTIONNEMENT DANS LA VIE QUOTIDIENNE

Dans cette première famille conceptuelle, la notion de participation sociale apparaît essentiellement comme le pendant de la réalisation d'activités quotidiennes. Cette conception se vérifie dans deux modèles théoriques, soit le processus de production du handicap et le « social engagement ».

3.2.1 Processus de production du handicap

Avec ce modèle théorique, conçu au Québec par l'équipe de Fougeyrollas (1998) à la fin des années 1980, on s'intéresse à l'explication des causes et des conséquences des maladies, des traumatismes et des autres atteintes à l'intégrité de la personne. Dans une telle situation de vulnérabilité, les facteurs personnels (condition physique, aptitudes) et environnementaux interagissent et influencent la qualité de vie de la personne. D'un côté, l'interaction de ces facteurs peut empêcher la personne de faire ses activités quotidiennes et de jouer ses rôles sociaux, et provoque ainsi une situation de handicap. De l'autre côté, la même interaction peut être favorable à la réalisation des activités habituelles et ainsi placer la personne dans une situation de participation sociale.

Avec ce modèle, en somme, participer socialement implique de pouvoir accomplir ses activités de la vie quotidienne (s'alimenter, communiquer, etc.) et de jouer ses rôles sociaux (travailler, s'éduquer, etc.). Il s'agit donc d'une perspective très large, qui englobe tous les domaines ou situations de vie de la personne (Noreau et coll., 2004).

3.2.2 « Social engagement »

La notion d'engagement social est souvent utilisée comme un synonyme de participation sociale; les deux notions partagent d'ailleurs le fait d'être éminemment polysémiques. En français, l'engagement social se traduit souvent par une forme ou une autre d'implication sociale, d'adhésion à une cause ou de militance politique (Charpentier et coll., 2004). En anglais, cependant, la notion perd ce contenu presque idéologique, alors qu'on l'associe davantage au degré de participation d'une personne à son milieu social (Morgan, 1987). Pour Bath et Gardiner (2005), l'engagement social recoupe la participation à des activités possédant un caractère social, soit les relations avec les amis et les proches ainsi que le soutien social auquel peut avoir accès une personne. L'instrument qu'ils utilisent pour mesurer l'engagement social, le « Brief assessment of social engagement », comporte vingt éléments, qui vont du type de vacances prises par une personne à son mode de transport, en passant par ses activités associatives et sa fréquentation de la bibliothèque municipale. Encore là, la participation sociale est appréhendée à partir d'activités quotidiennes, et non d'un quelconque mode de connectivité sociale ou d'associativité.

3.2.3 Point de vue divergent

Cette vision très large de la participation sociale tranche radicalement sur les trois autres familles de définitions, où le qualificatif « social » accolé à la notion de « participation » implique un rapport entre des personnes, que ce soit sur le plan des interactions, des réseaux sociaux ou de l'associativité structurée (Thomson et Whearty, 2004). À la limite, une personne ayant très peu de contacts sociaux, voire isolée, mais capable de réaliser ses activités quotidiennes, pourrait être considérée comme étant en situation de participation sociale.

3.3 INTERACTIONS SOCIALES

Cette deuxième famille de définitions associe la participation sociale au fait d'entretenir des interactions sociales. Selon Carlson et coll. (2000), celles-ci sont susceptibles d'offrir aux aînés des possibilités d'être actifs dans la communauté et d'y faire une différence. Les auteurs qui privilégient cette voie définissent la participation sociale soit à partir de la nature des interactions sociales entretenues par les aînés, soit à partir de l'engagement dans des activités collectives, sans égard au type de relation établie.

3.3.1 Connectivité sociale

S'intéressant à l'engagement des hommes âgés dans la société, Thomson et Whearty (2004) utilisent la notion de participation sociale pour qualifier la qualité de la connectivité sociale des sujets de leur étude. Ils invitent les sujets à décrire leurs interactions sociales et à partager leur perception de ces interactions, afin d'inférer, à partir de sept catégories

d'interactions (intimité, aide matérielle, conseils, etc.), leur degré de participation sociale. Pour ces auteurs, des relations sociales satisfaisantes sont synonyme d'une participation sociale adéquate, sans égard à la taille du réseau social.

Maier et Klumb (2005) considèrent quant à eux le type d'interactions sociales comme l'une des deux dimensions de la participation sociale des aînés. Ils divisent ces interactions en quatre catégories : conversation face-à-face, visite, conversation téléphonique et autres interactions sociales. Les deux auteurs concluent aussi que ce qui importe, c'est d'avoir des interactions sociales, par-delà la nature de celles-ci.

Sans recourir à la nature des interactions sociales comme élément de définition, des auteurs évoquent l'intérêt manifesté pour la communauté au sens large (Harwood et coll., 2005) et l'engagement dans des activités ayant un volet collectif (Bath et Gardiner, 2005) comme étant caractéristiques des situations de participation sociale.

3.3.2 Présence d'autrui

Dans l'autre sous-groupe de définitions liant interactions sociales et participation sociale, c'est la notion du contact avec autrui qui sert à caractériser la participation sociale. Dans leur mesure du degré de participation des sujets âgés au milieu social, Harwood et ses collaborateurs (2005) prennent essentiellement en considération les activités qui demandent un contact avec des personnes situées à l'extérieur du domicile (écrire des lettres, assister à des services religieux, etc.). Selon eux, être en présence d'autrui constitue une source fondamentale de soutien social et le principal vecteur de participation sociale.

3.3.3 Point de vue divergent

Abordant la participation sociale comme implication formelle dans le cadre d'une organisation, Young et Glasgow (1998) en profitent pour dénoncer le fait que beaucoup de chercheurs et de théoriciens confondent relations sociales et participation sociale. Selon eux, les premières génèrent du soutien social, c'est-à-dire un transfert émotionnel, informationnel ou matériel vers des individus en particulier. Il s'agit là d'un processus individuel, psychologique, différent des processus sociologiques qui sont le propre de la participation sociale.

3.4 RÉSEAUX SOCIAUX

Les définitions recoupées sous le chapeau des réseaux sociaux amènent à franchir un pas supplémentaire dans la caractérisation de la participation sociale. La dimension des interactions sociales est présente, et même centrale, mais se révèle le moyen de créer des interrelations – reconnaître et être reconnu – constituées en réseaux sociaux. Ici, participer socialement ne veut plus uniquement dire entretenir des relations sociales dans un sens large; la notion de « faire partie de » est incontournable.

Trois concepts sont utilisés par les auteurs qui caractérisent la participation sociale des aînés par les réseaux sociaux : le bénévolat non organisé, le capital social et la productivité sociale.

3.4.1 Bénévolat non organisé

Warburton et McLaughlin (2006, 2005) définissent le bénévolat non organisé comme toutes les manières par lesquelles les individus collaborent à la vie de leur famille, de leurs amis, de leurs voisins et de la communauté, ou encore comme des gestes faits dans un but aidant et d'intérêt public, hors d'une organisation. Les femmes âgées interrogées dans le contexte de l'étude de Boneham et Sixsmith (2006) et de celle de Warburton et McLaughlin (2006) en offrent un bon exemple. Ces femmes estiment que même si leur condition de santé les empêche de jouer un rôle actif dans des événements communautaires, elles apportent une contribution à la communauté en se préoccupant de ce qui arrive aux personnes de leur entourage. La participation sociale des aînés semble prendre très souvent la forme du bénévolat non organisé. Se situant hors du cadre économique du travail, rémunéré ou non, ce genre de gestes peut cependant passer inaperçu et ne pas obtenir de reconnaissance (Siegrist et coll., 2004).

Il convient de souligner que le bénévolat non organisé, aussi appelé aide directe, ne comprend pas l'aide offerte par les proches aidants, ou aidants naturels (Statistique Canada, 2006). Ces termes désignent « toute personne de l'entourage [parent ou ami] qui apporte un soutien significatif, continu ou occasionnel, à titre non professionnel, à une personne ayant une incapacité » (ministère de la Santé et des Services sociaux, 2003 : 6). Même si la contribution des proches aidants peut être considérée comme volontaire, parce que non contractuelle, elle n'en est pas moins encadrée sur le plan légal (Office des personnes handicapées du Québec, 2004). Cette réalité implique une différenciation substantive entre la contribution des proches aidants et le bénévolat non organisé.

D'autres auteurs privilégient une vision large du bénévolat où se côtoient bénévolats non organisé et organisé, sans pour autant qu'ils soient traités de manière équivalente. Selon Wilson et Musick (1997), ces deux formes de bénévolat sont interreliées car elles ont en commun de soutenir l'affiliation à des réseaux sociaux, d'incorporer la production de biens et de services et d'être inspirées par des valeurs de réciprocité et de confiance. Il s'avère d'ailleurs, soulignent ces deux auteurs, que les aînés ayant le plus haut niveau de participation bénévole organisée sont aussi ceux qui ont le plus haut niveau de bénévolat non organisé.

Les deux formes de bénévolat se distingueraient cependant par quelques points. Ainsi, la notion d'action collective serait davantage l'apanage du bénévolat organisé, alors qu'un certain sentiment d'obligation morale et un plus faible niveau de reconnaissance caractériseraient l'activité de bénévolat non organisée (Choi et coll., 2007; Warburton et McLaughlin, 2006; Li et Ferraro, 2005). On peut toutefois se demander, à l'instar de Peter-Davis et coll. (2001), si les motivations à s'investir dans du bénévolat organisé sont différentes de celles qui poussent à l'activité bénévole non organisée.

3.4.2 Capital social

D'abord élaboré aux États-Unis, le concept de capital social est maintenant utilisé à l'échelle mondiale, notamment par l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) et la Banque mondiale, pour traduire de manière opérationnelle et mesurable les caractéristiques de l'organisation sociale (réseaux, normes, valeurs) soutenant la coordination et la coopération au sein de la société.

Si les définitions de la participation sociale sont multiples, il en va de même avec le capital social, puisque ses principaux théoriciens (Bourdieu, 1986; Coleman, 1988; Kawachi et Berkman, 2000; Putnam, 2001) divergent sur deux éléments : les voies d'accès au capital social et les moyens de le mesurer, situés à différents points du continuum liant le plan individuel et le plan collectif ou écologique (Andrew, 2005). Pour Bourdieu (1986), par exemple, le capital social peut être considéré comme un attribut des relations à l'intérieur des réseaux sociaux; il peut donc être étudié à un niveau individuel. Pour Kawachi et Berkman (2000), au contraire, cette évaluation n'est possible qu'au niveau collectif, le capital social étant une caractéristique de la communauté d'appartenance des individus.

Plusieurs auteurs utilisent ce concept pour traiter de la participation sociale des aînés. Sixsmith et Boneham (2003) jugent que le capital social offre un cadre permettant l'intégration de notions comme la communauté et la santé. Dans leur étude, elles cherchent à montrer les mécanismes par lesquels le capital social des aînés se construit, au travers notamment d'expériences relatives à la santé et de structures formelles et informelles de la communauté locale. Elles en arrivent à la conclusion que généralement, les hommes âgés de milieu populaire échouent dans leur tentative d'accès aux bénéfices du capital social de la famille et de la communauté en raison d'un fort désir d'indépendance qui entraîne souvent un isolement accru.

Cannuscio et coll. (2003) associent quant à eux le capital social avec les modèles résidentiels proposés aux aînés. Selon ces auteurs, le capital social, en tant que bien collectif et producteur d'échanges sociaux, peut être stimulé ou contrecarré, suivant les caractéristiques architecturales et spatiales des milieux de vie. Par exemple, des environnements de soins planifiés situés au cœur des municipalités et favorisant la mixité intergénérationnelle contribueraient davantage à la production de capital social que la formule institutionnelle des centres d'hébergement de soins de longue durée.

Quant à Wilson et Musick (1997), ils rattachent le capital social à des interactions sociales informelles et à des relations filiales, et le distinguent du capital humain (compétences individuelles) et du capital culturel (valeurs et spiritualité partagées).

3.4.3 Productivité sociale

Le concept de productivité sociale lie la participation sociale à l'intégration à un réseau de réciprocité. Les tenants de cette approche cherchent à revaloriser les différents types d'activités des aînés afin de contrer les discours alarmistes associant les personnes âgées au retrait social et au drainage de ressources collectives (Siegrist et coll., 2004). La notion actuelle de productivité, essentiellement centrée sur une acception d'ordre économique, est mise en question, dans l'objectif d'une définition plus large qui inclurait la reconnaissance des contributions sociales (Baker et coll., 2005).

Une activité pouvant être qualifiée de socialement productive se base sur les normes de l'échange social et de la réciprocité (Siegrist et coll., 2004). Tributaires ou non d'une entente formelle, tous les types d'activité sont considérés, pour peu qu'ils génèrent des biens ou des services valorisés (économiquement ou socialement) par les personnes qui les reçoivent (Wahrendorf et coll., 2006). La notion de réciprocité est au cœur de la productivité sociale, puisqu'elle suppose toujours un degré de reconnaissance obtenu ou attendu suffisamment élevé pour amorcer l'activité productive, ce qui fait dire à Siegrist et coll. (2004) que l'ampleur de la productivité sociale est contingente à la structure d'encouragement (la récompense). Cet encouragement peut prendre la forme de bénéfices contemporains (une relation temporelle directe existe avec la tâche accomplie) ou non contemporains (la gratification est différée selon le principe du crédit accumulé dans le temps).

Selon Baker et coll. (2005), les activités socialement productives doivent profiter aux autres, avoir une composante sociale et avoir un sens pour les personnes qui les réalisent. Selon ces auteurs, on ne peut donc qualifier d'activités socialement productives les activités exclusivement consommatrices ou qui ne visent pas à aider autrui.

3.4.4 Point de vue divergent

Si plusieurs auteurs mettent en lumière ou revalorisent l'apport des aînés dans des réseaux sociaux ou des contextes dits informels, voyant là un moyen de consolider leur citoyenneté, d'autres auteurs affirment que cette position peut présenter des pièges. Ainsi selon Osorio (2006), le fait que la grande majorité des rôles que les aînés continuent de jouer soient en relation avec la sphère privée, celle des réseaux sociaux, est symptomatique de leur perte du statut d'individus sociaux. L'auteure invite les aînés à dépasser ces milieux de participation et à investir les sphères et activités publiques, plus propices à l'exercice d'un rôle véritablement citoyen.

3.5 ASSOCIATIVITÉ STRUCTURÉE

Cette quatrième et dernière famille de définitions est sûrement la plus facile à expliciter, puisque son cadre est plus aisément délimitable que celui des interactions sociales ou des réseaux sociaux. Ici, la participation sociale apparaît comme une activité à caractère social réalisée dans une organisation dont le nom et les objectifs sont explicites (Young et Glasgow, 1998). Young et Glasgow distinguent les groupes orientés vers les membres (type expressif) des groupes orientés vers la communauté (type instrumental).

Dans le premier cas, le but collectif est la création d'un espace social pour le plaisir ou l'apprentissage des membres; dans le second cas, le but est de répondre à des besoins sociaux extérieurs, ce qui nous rapproche des orientations des activités bénévoles.

Par ailleurs, le niveau de participation peut se traduire par la nature et l'intensité des gestes faits par les individus pour manifester leur appartenance à ce groupe formel (Delisle et Ouellet, 2002).

3.5.1 Activités sociales organisées

Bukov et coll. (2002) parlent de la participation sociale comme d'un partage de ressources individuelles socialement orienté. Ils établissent trois types de participation sociale, en fonction du contenu, du contexte et des ressources nécessaires pour participer.

- La participation collective : l'intention est orientée directement vers le groupe lui-même, et non vers un but extérieur; la principale ressource partagée est le temps (ex. : groupe d'entraide, groupe de loisirs).
- La participation productive : prestation de services et fourniture de biens au bénéfice d'autrui (individus ou groupes); en plus du temps, d'autres ressources, comme des compétences particulières, sont partagées (ex. : service de popote roulante).
- La participation politique : engagement à l'intérieur de groupes sociaux visant la prise de décision quant à l'allocation des ressources; ces décisions sont des services rendus dans le cadre d'un contexte collectif; en plus du temps et des compétences spécifiques, d'autres ressources sont partagées, comme des connaissances et des habiletés sociales (exemple : association de défense des droits des retraités).

3.5.2 Bénévolat organisé

La plupart des auteurs présentent le bénévolat organisé comme un travail non rémunéré réalisé par un individu ou un groupe dans le cadre d'une organisation, et au bénéfice de personnes avec qui il n'existe pas d'obligations contractuelles, familiales ou amicales (Erlinghagen et Hank, 2006; Narushima, 2005; Shmotkin et coll., 2003; Van Willigen, 2000; Caro et Bass, 1997). En tant que phénomène culturel et économique, il semble que le bénévolat fasse partie de la manière dont les sociétés sont organisées, de leur façon d'allouer les responsabilités sociales et de leurs attentes par rapport à l'engagement et à la participation des citoyens (Erlinghagen et Hank, 2006).

Selon la plupart des auteurs qui ont évalué les effets du bénévolat sur la santé des aînés, ce type d'activité est positif et procure toutes sortes de bénéfices, comme nous le verrons au chapitre suivant. Ce mode de participation sociale peut même amener les aînés à se remettre en question et à procéder à une certaine intégration identitaire en recourant à des processus rétrospectifs (utilisation des connaissances et des expériences acquises au cours de la vie) et prospectifs (projections et actions). Néanmoins, Narushima (2005) rappelle que le bénévolat n'est pas toujours exempt de stress; il exige de sortir des cadres familiaux, de négocier avec des expériences et des approches différentes, et de faire preuve d'une certaine dose d'autocritique.

3.5.3 Point de vue divergent

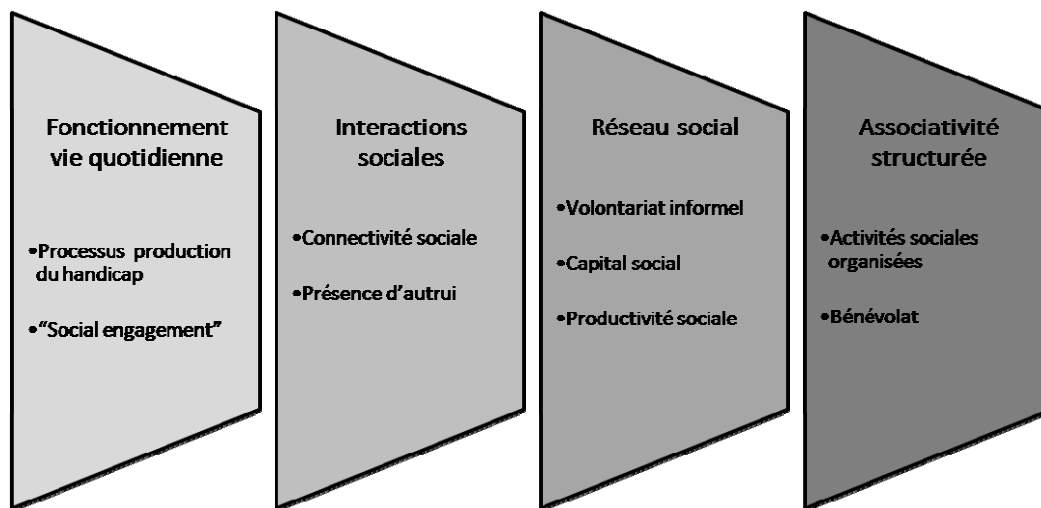
En conclusion de leur étude sur le bénévolat non organisé des femmes, Warburton et McLaughlin (2006) expriment la crainte que les nouvelles générations d'aînés privilégient des formes organisées de participation sociale au détriment de formes plus spontanées de contribution. Selon elles, le fait de jouer une gamme de rôles non formels auprès de ses proches et de les maintenir au fil du temps facilite grandement l'adaptation au vieillissement en donnant du sens à l'existence et en aidant à négocier avec les pertes éprouvées. Pour ces auteures, le bénévolat non organisé apparaît comme l'action la plus libre de pression sociale, ce qui s'accorde aux réflexions de Godbout et Caillé (2000) sur le caractère libre et gratuit du don.

3.6 EN SOMME : UN KALÉIDOSCOPE CONCEPTUEL À PARTAGER

Les définitions de la participation sociale sont éminemment plurielles. Aux fins du présent exercice théorique, quatre familles interprétatives ont été élaborées et retenues. Cette approche inclusive est pertinente dans la mesure où la connaissance de la multiplicité conceptuelle de la participation sociale peut préparer à mieux planifier et intervenir sur le terrain. En effet, la diversité sémantique reflète aussi une grande variété de projets et d'initiatives destinés aux aînés et placés sous la bannière de la participation sociale.

En ce sens, favoriser la participation sociale des aînés implique un travail préalable sur le contenu que l'on souhaite donner à cette notion. Privilégier l'une ou l'autre des familles de définitions peut supposer des choix, notamment par rapport au profil des aînés que l'on souhaite rejoindre. Par exemple, une définition axée sur le bénévolat organisé pourrait amener à s'orienter vers des personnes âgées moins fragiles, tandis qu'une définition axée sur les interactions sociales ou les réseaux sociaux est à la fois moins spécifique et plus intégrante par rapport aux différents niveaux d'autonomie fonctionnelle.

Figure 4. Différentes manières de traduire la participation sociale en fonction des quatre familles de définitions



Si on en revient au modèle conceptuel pour un vieillissement en santé (figure 1), on constate que travailler sur les définitions de la participation sociale permet de toucher l'ensemble des cibles d'action du modèle (famille et proches, communauté, gouvernance et organisations, société) pour améliorer le soutien aux aînés et favoriser leur participation. Le chapitre 6, consacré aux interventions, nous permettra de voir comment peuvent se concrétiser ces différentes conceptions de la notion de participation sociale.

4 EFFETS DE LA PARTICIPATION SOCIALE SUR LA SANTÉ DES AÎNÉS

4.1 DÉMONSTRATION DU LIEN

La recherche bibliographique a permis de recenser quatorze études établissant une association significative entre la participation sociale et la santé des aînés. Cependant, la direction de ces associations n'est pas toujours claire. En effet, les devis et le traitement statistiques utilisés dans la majorité des travaux compilés ne nous permettent pas de savoir si la participation agit comme variable indépendante dans la relation participation-santé, ou si cette dernière n'est pas plutôt due au fait que ce sont les aînés les plus vigoureux qui participent socialement. Des études pourraient donc comporter ce qu'on appelle un biais d'élite (Li et Ferraro, 2005).

Dans ce chapitre sont présentés les principales conclusions des recherches répertoriées, puis les processus susceptibles d'expliquer pourquoi la participation sociale a des effets positifs sur la santé des aînés. Comme tous les auteurs ne partagent pas une même définition de la participation sociale, ce qui rend hasardeuse la comparaison des résultats des études, il a été convenu de classer ces dernières en fonction des familles de définitions explicitées au chapitre 3¹⁰.

Fonctionnement dans la vie quotidienne

Dans deux études publiées en 2005, celles de Bennett et de Bath et Gardiner, la participation sociale est définie dans les termes du fonctionnement dans la vie quotidienne. Toutes deux ont été réalisées à partir des données de la « Nottingham longitudinal study of activity and ageing », pour laquelle a été utilisé le « Brief assessment of social engagement » comme outil de mesure du niveau de participation sociale des aînés. Comme précisé au chapitre précédent, cet outil comprend une vaste gamme d'activités – vingt au total – considérées comme des indicateurs de la participation sociale des individus, celles-ci allant de la mobilité aux contacts interpersonnels, en passant par les loisirs et la consommation de biens culturels.

Les travaux de Bennett prennent la forme d'une étude prospective de cohortes qui permet d'établir une relation positive entre le niveau d'engagement social de personnes de 65 ans ou plus au temps 1 et l'autoévaluation de l'état de santé – ou santé subjective – au temps 2. En somme, plus les aînés sont engagés socialement, plus ils jugent que leur santé est bonne. Cependant, l'absence de ce type de relation entre l'engagement social et la santé objective amène l'auteure à suggérer que l'engagement social agit sur la santé subjective par l'entremise d'un processus psychosocial précis, non repérable par des mesures normalisées. Bath et Gardiner montrent pour leur part une association transversale entre l'engagement social et l'utilisation des services de santé par les aînés. Plus ces derniers sont engagés socialement, plus ils tendent à recourir aux services de soutien à domicile.

¹⁰ Voir l'Annexe 3 pour le tableau-synthèse résumant chacune des études.

Interactions sociales

Dans cette catégorie, deux études transversales établissent un lien entre la participation sociale et la santé des aînés. Selon l'étude d'Avlund et coll. (2004), les aînés qui ont davantage de contacts téléphoniques avec leurs proches courent nettement moins de risques de connaître un déclin fonctionnel, qui est défini par les auteurs comme l'augmentation des besoins d'assistance pour accomplir des soins personnels. Litwin et Shiovitz-Ezra (2006) montrent pour leur part un lien entre la qualité des relations sociales des aînés et leur sentiment de bien-être. La qualité des relations sociales a été mesurée en combinant une autoévaluation du sentiment de solitude au niveau de satisfaction éprouvé par les sujets au regard des relations avec la famille, les voisins et les amis, tandis que le sentiment de bien-être a été mesuré avec des mesures générales de satisfaction et de bien-être psychologique.

Une troisième étude, longitudinale cette fois, révèle une diminution significative de la mortalité chez les aînés qui partagent du temps avec des amis (Maier et Klumb, 2005).

Réseau social

Aucune étude sur les liens entre la santé et la participation sociale n'a été recensée dans cette catégorie.

Associativité structurée

La moitié des 14 études traitant des effets de la participation sociale sur la santé des aînés appartiennent à cette catégorie (soit la participation sociale définie comme le fait d'être bénévole ou membre d'un groupe quelconque). Dans quatre études transversales, le fait d'accomplir des activités organisées de bénévolat est associé :

- à un sentiment plus élevé de bien-être (Greenfield et Marks, 2004; Morrow-Howell et coll., 2003);
- à une diminution de la mortalité (Shmotkin et coll., 2003);
- à une meilleure santé subjective (Van Willigen, 2000);
- à un plus haut taux de satisfaction générale (Van Willigen, 2000).

Selon une cinquième étude, longitudinale, les aînés qui font du bénévolat organisé sont moins susceptibles de souffrir de symptômes dépressifs que ceux qui n'en font pas (Li et Ferraro, 2005).

Par ailleurs, dans l'étude transversale de Young et Glasgow (1998), le bénévolat est associé à une meilleure santé subjective, alors que dans l'étude longitudinale de Zunzunegui et coll. (2003), ce type d'activité est associé à un ralentissement du déclin cognitif. Cette dernière variable était mesurée à l'aide d'un instrument normalisé évaluant les fonctions cognitives.

Réseau social et associativité structurée

Dans deux études transversales, la participation sociale est définie comme le fait d'accomplir du bénévolat organisé et non organisé. Dans l'étude d'Abu-Rayya (2006), ce type d'implication est associé à une diminution de la prévalence des symptômes dépressifs. Wahrendorf et coll. (2006) montrent de leur côté que par rapport aux non-bénévoles, les aînés bénévoles, dans des contextes organisés ou non organisés, éprouvent nettement moins de symptômes dépressifs et perçoivent leur qualité de vie comme étant meilleure. Cependant, ces deux associations valent seulement pour les bénévoles qui jugent que leurs pratiques d'implication sont inscrites dans un contexte de réciprocité, c'est-à-dire qui estiment recevoir une reconnaissance adéquate en fonction de leur travail.

En bref, le survol des publications traitant du lien entre la participation sociale et la santé des aînés confirme l'intérêt à considérer la participation sociale comme un des déterminants de la santé des personnes âgées. Toutefois, comme les études citées sont majoritairement des études transversales, une certaine réserve est de mise quant à l'utilisation des résultats aux fins de démonstration.

4.2 PROCESSUS EN CAUSE

Si les effets positifs de la participation sociale sur la santé des personnes âgées sont rarement remis en question, que ce soit sur le plan pragmatique ou scientifique, ce consensus s'effrite considérablement quand on cherche à déterminer les facteurs les plus importants dans cette association (Wahrendorf et coll., 2006). Chercher à expliquer comment la participation sociale agit sur la santé des aînés suppose le recours à un modèle interactif, dans lequel il est illusoire d'essayer d'isoler un ingrédient unique auquel attribuer le lien participation-santé (Shmotkin et coll., 2003). Des questionnements de fond – la participation sociale agit-elle de la même manière sur la santé physique objective et sur la santé subjective? le « contenu » des activités est-il aussi important que le « contenant »? – donnent aussi une idée de la complexité du sujet. Trois grandes pistes explicatives seront proposées pour mieux comprendre ce sujet et alimenter les réflexions quant à l'opportunité et à la manière d'agir en matière de participation sociale des aînés.

4.2.1 La participation sociale comme vecteur de protection de la santé physique

Une première explication du lien entre participation sociale et meilleur état de santé est que les situations de participation sociale seraient propices à la promotion de la santé et à la prévention des maladies chez les personnes âgées. Pour expliquer l'association significative démontrée entre la participation sociale et le ralentissement du déclin cognitif, Zunzunegui et coll. (2003) présentent la participation sociale comme une occasion, pour les aînés, de mobiliser leurs fonctions cognitives dans le contexte du développement de relations sociales harmonieuses et de la poursuite d'objectifs partagés avec d'autres. Il semble en effet que les contextes entraînant des défis positifs pour les individus aient pour corollaire de stimuler l'activité cellulaire, et donc de favoriser la croissance neurale et la densité synaptique (Bukov et coll., 2002). Ce phénomène prend parfois le nom de réserve cognitive ou d'hypothèse du « Use it or lose it ». Une participation sociale consistante, tout au long de la vie et spécialement au troisième âge, pourrait produire une stimulation mentale continue

contribuant à retarder les troubles cognitifs ou à protéger contre les processus pathologiques (Zunzunegui et coll., 2003). En écho à la théorie socio-environnementale, on pourrait donc se demander, à l'instar de Bukov et coll. (2002), si des activités de participation sociale plus exigeantes ou stimulantes sont susceptibles d'avoir davantage d'effets positifs sur la santé des personnes âgées.

Dans une revue de la littérature sur la participation sociale et ses bénéfices pour la santé des adultes et des personnes âgées, Bath et Deeg (2005) soulignent qu'être en situation de participation sociale offre des prétextes favorables à l'amélioration ou au maintien de la condition physique, ne serait-ce que par l'incitation à sortir de la maison. Ils avancent également que ce processus – souvent indirect – de promotion de la santé pourrait entraîner la stimulation des systèmes endocriniens et immunitaires. Autrement dit, les processus psychosociologiques inhérents à la participation sociale (sentiment d'utilité et d'efficacité personnelles, production de significations et de buts, etc.) concourraient à préserver les capacités physiques fonctionnelles et à retarder l'apparition des incapacités (Bath et Deeg, 2005; Zunzunegui, 2003). Cependant, l'étude de Bennett (2005) montre que les effets protecteurs de la participation sociale sur la santé pourraient tendre à diminuer dans le temps, à mesure que s'accroissent les problèmes de santé des aînés.

Par ailleurs, en plus de contribuer à prévenir ou à retarder le début de maladies et d'incapacités reliées à l'âge, la participation sociale pourrait aider à modifier leurs effets sur la qualité de vie des aînés. Ainsi, être en situation de participation sociale pourrait aider à composer avec les conséquences de problèmes de santé grâce aux apports psychologiques de la participation sociale et au soutien social qu'elle engendre généralement (Bath et Deeg, 2005).

4.2.2 La participation sociale comme ressource au moment des transitions identitaires

Les dernières étapes de la vie s'accompagnent de nombreux enjeux d'ajustement. L'un des défis majeurs des aînés est l'adaptation à de multiples deuils, dont la perte de rôles sociaux signifiants, en particulier l'occupation d'un emploi salarié et l'éducation de ses enfants. L'un des moyens d'y faire face pourrait être la participation sociale, qui permet la substitution de rôles (Choi et coll., 2007; Van Willigen, 2000). Pour exprimer cette idée, on parle aussi de mécanisme d'adaptation compensatoire (Li et Ferraro, 2005; Young et Glasgow, 1998), où la participation est considérée comme une manière de compenser pour le déclin de la vie sociale et de la santé. À cet égard, il appert que les bénévoles aînés retirent davantage de bénéfices de leur engagement, par rapport aux bénévoles des autres groupes d'âge (Van Willigen, 2000).

Plusieurs auteurs expliquent les bénéfices de la participation sociale pour la santé des aînés au moyen de la théorie des rôles, en vertu de laquelle le fait de jouer des rôles jugés signifiants est un élément essentiel à la qualité de vie des personnes (Baker et coll., 2005). Selon les tenants de cette piste explicative, les situations de participation sociale le plus en mesure d'offrir des rôles sociaux signifiants aux aînés, et donc d'être sources de bénéfices pour la santé, se trouvent sur la scène du bénévolat organisé.

Ce type de participation sociale apparaît comme une manière, pour les aînés, d'aider des personnes dans le besoin tout en s'aidant eux-mêmes (Choi et coll., 2007; Greenfield et Marks, 2004). Par l'entremise d'activités constructives et de rôles productifs encadrés par une organisation, les aînés auraient l'occasion de réaliser de nouveaux projets de vie tout en étant intégrés à un groupe (Li et Ferraro, 2005; Bukov et coll., 2002; Young et Glasgow, 1998), ce qui aurait des effets positifs sur leur bien-être et leur santé. Autrement dit, des aînés engagés dans des démarches qui ont du sens pour eux et dans lesquelles ils sont reconnus, valorisés et soutenus seraient mieux placés pour s'adapter aux réalités identitaires et physiques du vieillissement. C'est là un atout qui leur permettrait de présenter moins de symptômes dépressifs (Li et Ferraro, 2005), de ressentir davantage de bien-être (Greenfield et Marks, 2004; Morrow-Howell et coll., 2003), de se considérer comme étant en meilleure santé (Van Willigen, 2000; Young et Glasgow, 1998) et même, de vivre plus longtemps (Shmotkin et coll., 2003).

De plus, il semble que diversifier ses lieux d'implication ou intensifier cette dernière peut renforcer les bénéfices de la participation sur la santé (Van Willigen, 2000), ce qu'on appelle en anglais le phénomène du « role enhancement ». Toutefois, selon Morrow-Howell et coll. (2003), un nombre trop important d'heures de bénévolat peut finir par avoir un effet adverse sur l'état de santé des aînés.

4.2.3 La participation sociale comme source de contacts sociaux

Une troisième grande explication du lien entre participation sociale et santé est l'importance des contacts sociaux développés dans les situations de participation. Ainsi, la qualité des liens sociaux serait plus cruciale que la nature de l'activité réalisée (Litwin et Shiovitz-Ezra, 2006; Wahrendorf et coll., 2006). Selon Abu-Rayya (2006), des contacts avec d'autres peuvent fournir des buts et des significations, ainsi que la possibilité de partager des champs d'intérêt, des idées et des aspirations. Également, avoir des contacts avec de nouvelles personnes, de différents groupes d'âge, permet d'établir des liens plus solides avec la communauté et de se stimuler intellectuellement.

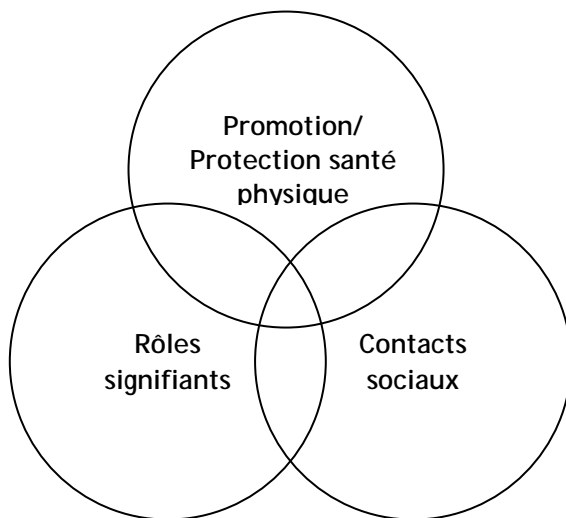
Des échanges signifiants et réciproques – plus probables en situation de participation sociale qu'en situation d'isolement – auraient la capacité de générer du soutien social, de l'estime de soi et des émotions positives, qui exerceraient à leur tour une influence protectrice sur la santé (Avlund et coll., 2004). À cet égard, Maier et Klumb (2005) soulignent toutefois que tous les contextes sociaux ne sont pas équivalents. Dans leur étude, le contexte le plus significatif est la présence d'amis librement choisis, qui devance même les membres de la famille.

4.3 EN SOMME : VIEILLIR ENSEMBLE ET EN SANTÉ, UNE RELATION À MIEUX COMPRENDRE

Plusieurs études montrent l'existence de liens entre le fait de participer socialement et la santé des aînés. Les bénéfices de la participation sociale se manifestent sur les plans de la santé physique, de la santé mentale et du recours aux services. Les raisons qui permettent d'expliquer ce phénomène renvoient à une dynamique complexe au carrefour de facteurs physiques, psychologiques et sociaux (figure 5). Les chercheurs n'ont pas encore réussi à isoler un facteur de la participation sociale qui serait plus particulièrement associé à la santé.

Toutefois, on sait que la participation sociale offre des possibilités de (re)donner du sens à sa vie, de développer des appartenances, de maintenir des interactions et d'exercer un rôle social à une étape – la vieillesse – marquée par de nombreux changements et des pertes de différentes natures. De plus, les situations de participation sociale semblent agir comme agents protecteurs sur la santé des aînés, en stimulant différents processus cellulaires et cognitifs, en favorisant l'activité physique, ainsi qu'en facilitant l'adaptation aux maladies et limitations.

Figure 5. Processus intermédiaires entre la participation sociale et la santé



5 FACTEURS INFLUENÇANT LA PARTICIPATION SOCIALE DES AÎNÉS

En tant que phénomène de nature à la fois individuelle et collective, la participation sociale est influencée par de nombreux facteurs. La personne qui s'engage dans des interactions sociales, des réseaux sociaux ou une forme d'associativité structurée le fait en réponse à des besoins et aspirations, en fonction de ses champs d'intérêt et de sa situation. Dans le contexte des trajectoires personnelles de vieillissement, des facteurs comme l'état de santé global, la condition socioéconomique, les expériences de vie et les activités influent sur le choix d'un mode ou l'autre de participation sociale.

Il est nécessaire, aussi, de considérer la participation sociale comme une dynamique sociale, configurée par des facteurs sociodémographiques. Par exemple, des facteurs comme le niveau de scolarité, l'âge et le sexe ne sont pas que des attributs individuels; ils situent socialement les personnes et sont susceptibles d'ouvrir ou de fermer des portes quant à la possibilité de vivre certaines expériences et d'exercer des rôles sociaux. En effet, toutes les sociétés sont traversées de frontières intangibles d'inclusion et d'exclusion, d'appartenances et de préjugés, qui contribuent à configurer les pratiques de participation sociale des individus et des groupes.

Enfin, les facteurs environnementaux servent à mieux comprendre la participation sociale des aînés. La nature et le niveau de participation sociale risquent d'être modifiés par de nombreux éléments : le milieu dans lequel on vit; les moyens de déplacement; l'information accessible; l'accueil reçu dans les lieux de participation sociale; les représentations collectives quant à l'implication sociale des aînés.

L'intérêt de broser un tableau complet des études traitant des facteurs qui influencent la participation sociale des aînés est double. D'une part, cela permettra de contraster l'ensemble des résultats de l'analyse documentaire et de garder en tête que l'on est en présence d'une pratique sociale complexe, jamais monolithique et toujours mouvante. D'autre part, le tableau des facteurs constitue un outil de réflexion et de décision dans l'élaboration de programmes et de projets visant à stimuler ou à renforcer la participation sociale des aînés.

Il convient de souligner que dans la plupart des études traitant des facteurs d'influence de la participation sociale des aînés, la participation sociale est définie comme étant du bénévolat, le plus souvent organisé.

5.1 FACTEURS SOCIODÉMOGRAPHIQUES

5.1.1 Âge

Les études portant sur l'âge comme facteur d'influence de la participation sociale des aînés se concentrent exclusivement sur le bénévolat organisé. Les études d'Abu-Rayya (2006), d'Erlinghagen et Hank (2006) et de Choi (2003) montrent que plus les aînés avancent en âge, moins ils sont susceptibles de s'engager dans des activités bénévoles. Il semble que le seuil de diminution du bénévolat se situe à 70 ans (Abu-Rayya) ou à 75 ans (Erlinghagen et Hank). Dans une étude sur les motifs qui amènent les aînés à faire du bénévolat, Okun et Barr (1998) soulignent que ceux-ci tendent à évoluer dans le temps, les motivations liées à la sociabilité devenant graduellement plus importantes, à l'inverse des motivations liées à des intérêts professionnels.

5.1.2 Sexe

Plusieurs études traitent des distinctions entre les hommes et les femmes âgés quant à leurs conceptions et à leurs pratiques en matière de participation sociale.

Contrairement à ce qu'on pourrait croire, les femmes ne seraient pas plus susceptibles que les hommes de s'engager dans des activités de bénévolat organisé. Ainsi, Van Willigen (2000) et Wilson et Musick (1997) démontrent que le sexe n'a pas d'influence sur ce mode de participation sociale.

Cependant, il existerait entre les hommes et les femmes des différences quant à la nature et à l'intensité de cette implication. Par exemple, une étude montre que les femmes âgées qui sont bénévoles y consacrent un nombre d'heures significativement plus élevé que les hommes âgés bénévoles (Van Willigen, 2000). Selon Bukov et coll. (2002), les hommes âgés sont plus enclins que les femmes à prendre part à des activités bénévoles de nature politique, en raison d'un niveau de scolarité et de professionnalisation plus élevé (Bukov et coll., 2002). Selon Okun et Barr (1998), les femmes sont plus nombreuses que les hommes à faire du bénévolat pour améliorer leur sentiment de bien-être et éviter les sentiments négatifs.

C'est sur le plan des réseaux sociaux que se cristallisent davantage les différences entre les femmes et les hommes âgés. D'un côté, les aînées ont une plus grande propension à remplir un rôle de bénévoles dans un cadre non organisé (Boneham et Sixsmith, 2006; Warburton et McLaughlin, 2006; Wilson et Musick, 1997). Pour la plupart des femmes interrogées dans le cadre des deux premières études, le fait d'aider informellement les personnes de leur entourage fait d'ailleurs partie intégrante de leur mode de vie, et ce, « depuis toujours ». Selon Warburton et McLaughlin (2006), les femmes âgées possèdent ainsi un plus haut niveau de connectivité sociale que les hommes, ce qui contribue positivement à leur adaptation aux transitions propres au vieillissement. Selon Avlund et coll. (2004), les femmes ont d'ailleurs tendance à avoir des relations sociales plus solides que les hommes.

L'étude de Zunzunegui et coll. (2003) contredit ces résultats en montrant que les femmes âgées ont des réseaux sociaux moins étendus et des activités sociales moins nombreuses que les hommes âgés. Pourtant, le reste de la littérature recensée sur la participation sociale des hommes âgés tend à confirmer qu'ils ont moins de pratiques de réciprocité que les femmes âgées. Ils ont de plus petits réseaux que ces dernières, entretiennent des relations avec moins de personnes signifiantes et participent dans une moindre mesure à des rassemblements sociaux (Davidson, 2004; Thompson et Whearty, 2004; Sixsmith et Boneham, 2003).

Certains auteurs invitent toutefois à interpréter les résultats de recherche avec prudence, car il semble qu'on ait tendance à utiliser un cadre de référence féminin pour évaluer la quantité et la qualité des pratiques sociales des hommes, ce qui mènerait à sous-estimer ou à déqualifier les expériences des hommes (Davidson, 2004; Perren et coll., 2003). Selon Thompson et Whearty (2004), la sexualisation des rôles tend à s'estomper au troisième âge, et les hommes âgés s'ouvrent davantage à des relations sociales offrant de l'intimité et de la générativité¹¹. Toujours selon ces auteurs, du reste, les hommes qui éprouvent le plus de satisfaction par rapport à leur vie sont ceux qui maintiennent des relations sociales axées sur le soutien psychologique et la complicité au lieu de relations centrées sur l'aide matérielle ou l'assistance physique. Selon Davidson (2004), les pertes associées au vieillissement, notamment celle du rôle de travailleur salarié et éventuellement d'une conjointe, pourraient contribuer à assouplir l'identité sexuée des hommes. Enfin, les hommes âgés interviewés dans l'étude de Sixsmith et Boneham (2003) racontent qu'ils ne se sentent pas à leur place dans les lieux communautaires de participation, parce qu'ils sont généralement dominés par des femmes et qu'ils ne correspondent pas à leur mode de sociabilité.

5.1.3 Scolarité

Comme pour l'âge, le lien entre le niveau de scolarité et la participation sociale des aînés a été étudié seulement pour le bénévolat organisé. Les études concordent sur le fait que plus les aînés sont scolarisés, plus ils sont susceptibles d'être bénévoles (Bickel, 2003; Choi, 2003; Van Willigen, 2000; Caro et Bass, 1997); en outre, selon Choi, les bénévoles âgés les plus scolarisés ont un niveau plus intense d'implication. Dans une étude où l'on compare le niveau d'implication bénévole des aînés d'une dizaine de pays européens, on constate une corrélation entre les taux nationaux de bénévolat et de scolarité (Erlinghagen et Hank, 2006). Par ailleurs, il semble que les motivations des bénévoles âgés plus scolarisés soient moins liées à des comportements d'autoprotection (ex. : chercher à éviter des sentiments négatifs) que celles des bénévoles moins scolarisés (Okun et Barr, 1998).

¹¹ Générativité : Associé au septième stade du développement psychosocial d'Erikson. Le terme renvoie principalement à la préoccupation de mettre en place et de guider les prochaines générations (Charbonneau 2008).

5.1.4 État civil

La seule étude traitant du lien entre l'état civil et la participation sociale a été réalisée auprès de femmes fréquentant un centre de jour (Aday et coll., 2006). Elle révèle que par rapport aux femmes vivant avec leur mari, celles vivant seules passent plus de temps au centre, participent à davantage d'activités, et sont plus enclines à voir leur participation comme une manière de maintenir leur indépendance. Les auteurs en déduisent que l'instauration d'un réseau solide de soutien social pourrait être plus importante pour le bien-être émotionnel des femmes âgées vivant seules que pour celui des femmes vivant avec leur mari. Une étude antérieure (Zettel et Rook, 2004), réalisée auprès de femmes âgées qui avaient essayé de maintenir ou de recréer leur réseau social à la suite de la mort de leur mari, incite toutefois à nuancer cette hypothèse. Les auteurs montrent en effet que ces femmes ne tiraient pas de bénéfices des nouvelles relations sociales, peut-être en raison du stress occasionné par l'établissement de nouvelles relations sociales ou de la proximité temporelle du deuil.

5.2 FACTEURS PERSONNELS

5.2.1 Conditions de vie socioéconomiques

Les conditions de vie économiques jouent, selon diverses études, un rôle crucial dans la participation sociale des aînés. Selon Harwood et coll. (2005), par exemple, les facteurs socioéconomiques sont la cause d'une plus grande part des variations dans l'engagement social des hommes âgés que les facteurs reliés à la santé, ce qui fait dire aux auteurs que des faibles niveaux d'engagement pourraient éventuellement être renversés par des politiques sociales destinées à rehausser les revenus des aînés.

Perren et coll. (2003) vont dans le même sens, cette fois en prenant comme sujets des hommes âgés membres de différents types d'associations. Les résultats permettent de conclure qu'il existe un lien très net entre le type d'associations et la classe sociale. Ainsi, les hommes de classe ouvrière sont plus nombreux à faire partie d'un club social, alors que les hommes économiquement mieux nantis s'engagent davantage dans des clubs sportifs ainsi que dans des organisations religieuses et civiques. En outre, la même étude montre que la majorité des hommes de classe moyenne ou supérieure sont membres d'une organisation, ce qui est le cas d'une minorité seulement d'hommes âgés de classe ouvrière.

Les études de Shmotkin et coll. (2003), de Peter-Davis et coll. (2001) et de Van Willigen (2000) confirment le lien entre les conditions de vie socioéconomiques et le bénévolat chez les aînés. Pour leur part, Wilson et Musick (1997) montrent que si les facteurs socioéconomiques constituent un déterminant du bénévolat organisé, il n'en va pas de même pour le bénévolat non organisé et les activités des proches aidants. Selon eux, le bénévolat organisé, de nature publique, a des racines différentes du bénévolat non organisé, de nature privée. Dans le premier cas, on peut penser qu'un statut socioéconomique plus élevé est associé à davantage d'habiletés sociales, verbales et écrites ainsi qu'à une plus grande confiance en soi, des caractéristiques souvent recherchées chez les personnes bénévoles.

En ce qui concerne le bénévolat non organisé et les activités des proches aidants, ils font moins souvent l'objet d'un choix et sont parfois presque obligatoires : d'où l'importance de facteurs comme l'état de santé et l'âge dans le cas de la personne bénévole ou aidante.

5.2.2 État de santé

L'étude de l'état de santé comme facteur d'influence de la participation sociale des aînés comporte deux types de mesure. D'un côté on trouve l'état de santé subjectif, déterminé à partir de l'opinion qu'ont les sujets de leur santé; de l'autre on trouve l'état de santé objectif, mesuré à l'aide de tests et d'examen physiologiques. Par-delà ces différentes manières d'appréhender l'état de santé des aînés, toutes les études s'accordent sur le fait que ce facteur influence grandement la participation sociale des personnes âgées.

Selon plusieurs études, les aînés qui jugent que leur état de santé est généralement bon ou excellent sont nettement plus susceptibles de faire du bénévolat et d'y consacrer davantage de temps que ceux qui le jugent moyen ou mauvais (Choi, 2003; Perren et coll., 2003; Caro et Bass, 1997). Dans une étude qualitative portant sur le capital social des femmes âgées, Boneham et Sixsmith (2006) mentionnent que les sujets invoquent principalement le déclin de leur santé et les limitations de leur mobilité comme motifs de leur faible participation sociale formelle. Par ailleurs, si les aînés qui se considèrent comme étant en bonne santé sont bénévoles dans une plus large mesure, faire du bénévolat semble aussi influencer positivement sur la perception qu'ont les aînés de leur santé (Shmotkin et coll., 2003).

En ce qui concerne l'état de santé objectif, Li et Ferraro (2005) établissent une association avec le niveau de bénévolat non organisé des aînés. La même association est soutenue dans l'étude de Bennett (2005) : plus leur état de santé objectif se dégrade, moins les aînés sont susceptibles de s'impliquer socialement.

5.2.3 Emploi et retraite

Trois études portent sur la situation de travail en rapport avec le bénévolat organisé des aînés. Dans l'étude d'Erlinghagen et Hank (2006), le fait d'occuper un emploi est associé négativement au bénévolat chez les aînés, tandis que dans l'étude de Choi (2003), le fait d'occuper un emploi à temps partiel est associé positivement au bénévolat. On peut penser que travailler à temps plein laisse très peu de temps et d'énergie aux aînés pour l'implication bénévole, tandis qu'un emploi à temps partiel offre davantage de temps libre tout en perpétuant l'intégration à un réseau professionnel et social peut-être générateur de possibilités de bénévolat.

Quant à la troisième étude, celle de Caro et Bass (1997), elle montre que les aînés retraités depuis moins de deux ans sont significativement plus susceptibles d'être bénévoles que les aînés retraités depuis plus longtemps. Sur la base de ces résultats, les auteurs suggèrent que les cours de préparation à la retraite intègrent, dans les activités proposées aux futurs retraités, des possibilités d'implication bénévole. Le bénévolat pourrait y être présenté comme une circonstance propice à la productivité sociale, au réseautage et au développement d'habiletés.

5.2.4 Expériences de vie et diversité des activités

Selon la théorie de la continuité, les individus vieillissent comme ils ont vécu, ce que confirment quelques chercheurs par rapport au bénévolat. Ainsi, selon les études de Hutchinson et Wexler (2007), Martinez et coll. (2006), Charpentier et coll. (2004) et Peter-Davis et coll. (2001), les personnes qui ont été bénévoles dans les phases antérieures de leur vie sont plus nombreuses à l'être encore ou de nouveau, une fois âgées.

En ce qui concerne les liens entre les différentes sphères d'activités, il appert que les aînés engagés dans du bénévolat réalisent volontiers des activités de bénévolat non organisé. L'inverse (le bénévolat non organisé comme déterminant du bénévolat) n'est pas avéré (Choi et coll., 2007; Li et Ferraro, 2005; Wilson et Musick, 1997). Cette absence de bilatéralité laisse croire que les aînés d'abord engagés dans du bénévolat non organisé concentrent là leurs ressources, ou encore qu'ils manquent de temps ou d'énergie pour se consacrer à d'autres types d'activités. Par ailleurs, Erlinghagen et Hank (2006) associent le fait d'être engagé dans plusieurs types d'activités sociales avec un taux élevé de bénévolat chez les aînés.

5.2.5 Motivations

La décision de s'impliquer socialement en faisant du bénévolat peut être motivée par des raisons de toutes sortes. Alors qu'auparavant on classait les motivations humaines en fonction de deux grandes catégories, altruistes ou égoïstes, les auteurs s'accordent maintenant sur la nécessité d'une conceptualisation plus fine (Okun et Barr, 1998). Il appert que les actions et les choix individuels obéissent à plusieurs types de mobiles et que chacun, de manière plus ou moins consciente, compose son propre agencement motivationnel comme préalable à l'engagement dans une activité, un projet ou une relation (Shmotkin et coll., 2003; Peter-Davis et coll., 2001). Le tableau 5 présente les trois motivations au bénévolat le plus fréquemment évoquées par les aînés.

Tableau 5. Les motivations au bénévolat les plus importantes pour les aînés, en ordre décroissant

Type de motivation	Conclusions des études	Études
1. Générativité et contribution sociale	<ul style="list-style-type: none"> - 95 % des bénévoles âgés le sont pour aider les autres, ce qui représente leur plus importante motivation. - 70 % des bénévoles âgés désirent contribuer à quelque chose d'utile, 69 % veulent s'engager pour une cause. - Les bénévoles âgés veulent travailler pour des causes sociales et redonner quelque chose à la communauté. Différence selon l'âge : les 50-60 ans parlent de redonner à la société comme un tout, alors que les 70 ans ou plus veulent redonner aux générations futures. 	<p>Statistique Canada, 2001 Okun et Barr, 1998</p> <p>Erlinghagen et Hank, 2006</p> <p>Narushima, 2005</p>
2. Tremplin de développement personnel	<ul style="list-style-type: none"> - 81 % des bénévoles âgés veulent mettre à profit leurs compétences et expériences, 57 % veulent explorer leurs propres forces. - Le désir d'apprendre est la deuxième plus importante motivation au bénévolat chez les aînés. - Les bénévoles âgés cherchent à mettre à profit leurs compétences, particulièrement les retraités de fraîche date; le bénévolat peut être une stratégie individuelle pour soutenir le sens du soi. 	<p>Statistique Canada, 2001</p> <p>Okun et Barr, 1998</p> <p>Narushima, 2005</p>
3. Source de plaisir et de bien-être	<ul style="list-style-type: none"> - 61 % des bénévoles âgés sont motivés par l'agrément que procurent des situations de bénévolat. - Le désir de se sentir bon et utile est la troisième plus importante motivation au bénévolat chez les aînés. 	<p>Erlinghagen et Hank, 2006</p> <p>Okun et Barr, 1998</p>

Au-delà des motivations qui amènent les aînés à faire du bénévolat, Siegrist et coll. (2004) soulignent l'importance de maintenir un équilibre entre l'investissement personnel (en temps et en ressources) et la qualité de la reconnaissance ou de la récompense reçue en échange. Narushima (2005) abonde dans le même sens : même si les valeurs morales sont plus importantes pour les bénévoles âgés que pour les plus jeunes, elles ne suffisent pas à soutenir le bénévolat, qui a besoin de s'appuyer sur la réciprocité.

Cet auteur fait des liens avec la typologie du développement psychosocial d'Erickson (1985), qui met en lumière deux tâches développementales pour l'âge mûr et la vieillesse : la générativité et l'égo-intégrité. La générativité est associée au fait d'établir, de guider et de prendre soin des générations futures et s'articule à partir d'un désir à la fois altruiste et narcissique. L'égo-intégrité implique l'acceptation de soi au troisième âge, ce qui exige de s'adapter aux limitations physiques croissantes et aux pertes sociales, tout en apprenant la transcendance par l'entremise de la spiritualité. Selon Narushima (2005), ce cadre théorique peut servir de base pour analyser les motivations des bénévoles âgés et les défis qui se posent à eux dans le contexte de leur engagement bénévole. Selon Choi (2003) et Caro et

Bass (1997), les personnes âgées pour qui la religion est importante sont plus susceptibles d'être bénévoles et d'y consacrer davantage de temps que les autres.

5.3 FACTEURS ENVIRONNEMENTAUX

5.3.1 Moyens de transport

L'étude de Perren et coll. (2003) montre, chez les hommes âgés, un lien entre le fait de posséder une voiture et l'affiliation à une organisation sociale. Toutefois, comme ces mêmes auteurs associent les conditions socioéconomiques avec la participation sociale, les plus aisés sur le plan économique participant davantage que les moins bien nantis, on est en droit de se demander si la possession d'une voiture n'est pas plutôt liée à ce facteur personnel qu'à un facteur environnemental relatif à l'accès aux lieux de participation.

5.3.2 Connaissance des possibilités de participation sociale

Peter-Davis et coll. (2001) rappellent que les aînés doivent être au courant des activités de bénévolat pour participer. Cette étude démontre un lien entre la connaissance des possibilités de bénévolat et le fait de s'engager comme bénévole.

5.3.3 Lieu de résidence

Bien que l'influence du lieu de résidence sur les pratiques de participation sociale des aînés n'ait pas été largement étudiée, il semble que ce facteur joue un rôle certain. Choi (2003) souligne que les personnes âgées résidant en zone urbaine ont davantage d'occasions de participation sociale. Dans l'étude de Boneham et Sixsmith (2006), les femmes âgées interviewées évoquent les bénéfices de la proximité géographique en expliquant que les membres d'un réseau social peuvent ainsi s'apporter plus facilement de l'aide en cas de besoin. Selon certaines, c'est particulièrement vrai entre les résidents d'un même immeuble, ce qui fait dire aux auteures que la proximité physique contribue à la construction et au maintien du capital social.

Abbott et coll. (2000) s'intéressent quant à eux à la participation sociale d'aînés vivant en milieu institutionnel. La majorité des sujets estiment que le fait de côtoyer quotidiennement d'autres personnes leur permet de se sentir moins seuls et moins isolés. Cependant, il s'avère que les relations entre les résidents sont des rapports d'ajustement plutôt que d'amitié; plusieurs soulignent que le fait de partager un milieu de vie ne garantit pas le partage d'intérêts. De plus, les auteurs montrent que le fonctionnement même des résidences, fondé sur la routinisation et la dépersonnalisation, favorise un certain contrôle des aînés, par exemple à l'heure des repas. Selon ces auteurs, en fait, la docilité des aînés constitue une norme pour le personnel des résidences, alors que les personnes âgées ne semblent même pas conscientes de leur acceptation passive, de leur apathie et de leur dépendance. Il s'ensuit une absence quasi totale de pratiques de participation sociale dans le milieu de vie. Dans l'étude est évoquée, en conclusion, la nécessité de transformer cette situation en recourant au concept de citoyenneté. Cela impliquerait que les aînés vivant en milieu institutionnel aient accès à une information adéquate, puissent faire des choix quant à leur vie quotidienne, puissent formuler des plaintes librement (sans menace et sans risque

implicites de représailles) et obtenir réparation, et enfin, qu'ils soient *de facto* représentés auprès de la direction de la résidence.

Dans leur étude sur les liens entre les résidences pour aînés et le capital social, Cannuscio et coll. (2003) présentent trois modèles résidentiels : la communauté fermée de retraite, les milieux institutionnels et les environnements de soins planifiés. Selon eux, le premier modèle, qui regroupe des aînés économiquement mieux nantis dans des communautés exclusives, constitue un facteur certain d'affaiblissement du tissu social, tandis que le modèle institutionnel entraîne routine, dépersonnalisation et isolement de la société globale. Les auteurs militent en faveur d'environnements de soins planifiés situés au cœur des communautés, et délaissant le modèle médical et institutionnel au profit d'un modèle thérapeutique et résidentiel. Ils proposent des immeubles d'appartements intergénérationnels, à proximité des services courants et dotés d'espaces de vie en commun, dans la perspective de créer des occasions d'interactions sociales et de stimuli physiques et intellectuels.

5.3.4 Représentations culturelles du bénévolat

Dans l'étude d'Erlinghagen et Hank (2006), où sont analysées les données recueillies auprès de plus de 20 000 aînés d'une dizaine de pays européens, on constate de très grandes différences entre les taux nationaux de bénévolat des aînés : si les écarts se situent à 2 ou 3 % entre certains pays, ils s'élèvent jusqu'à entre 10 et 20 % entre d'autres. Après contrôle des variables pertinentes, il appert que ces différences ne peuvent s'expliquer à partir des seules caractéristiques sociodémographiques des populations. Les auteurs en concluent que les écarts constatés pourraient être attribuables aux représentations collectives associées au bénévolat, qui varient d'un pays à l'autre. Bien qu'il s'agisse là d'une hypothèse, et non d'une corrélation, cette conclusion a été conservée en raison de la preuve de l'importance des représentations sociales dans les choix individuels.

Sans avoir étudié formellement l'origine nationale comme facteur influençant la participation sociale des aînés, Choi (2003) soutient que les différentes perspectives culturelles, de par leurs structures de représentations et de valeurs, sont hautement susceptibles d'influer sur le bénévolat des personnes.

5.3.5 Culture des professionnels des organisations

Les relations avec les professionnels qui travaillent dans les organisations communautaires constituent un autre facteur influençant la participation sociale des aînés. Boneham et Sixsmith (2006) et Sixsmith et Boneham (2003) montrent que les différences de culture entre les deux parties peuvent être un obstacle à la pleine participation des aînés. Ainsi, les professionnels et les aînés n'ont pas nécessairement les mêmes attentes, perceptions et motivations par rapport aux initiatives de changement social, et ces dissonances ne sont pas toujours exprimées de manière explicite ou respectueuse. Comme le pouvoir organisationnel des professionnels est plus grand que celui des bénévoles, certains aînés peuvent tout simplement finir par se désengager parce qu'ils ne se sentent pas écoutés ou compris.

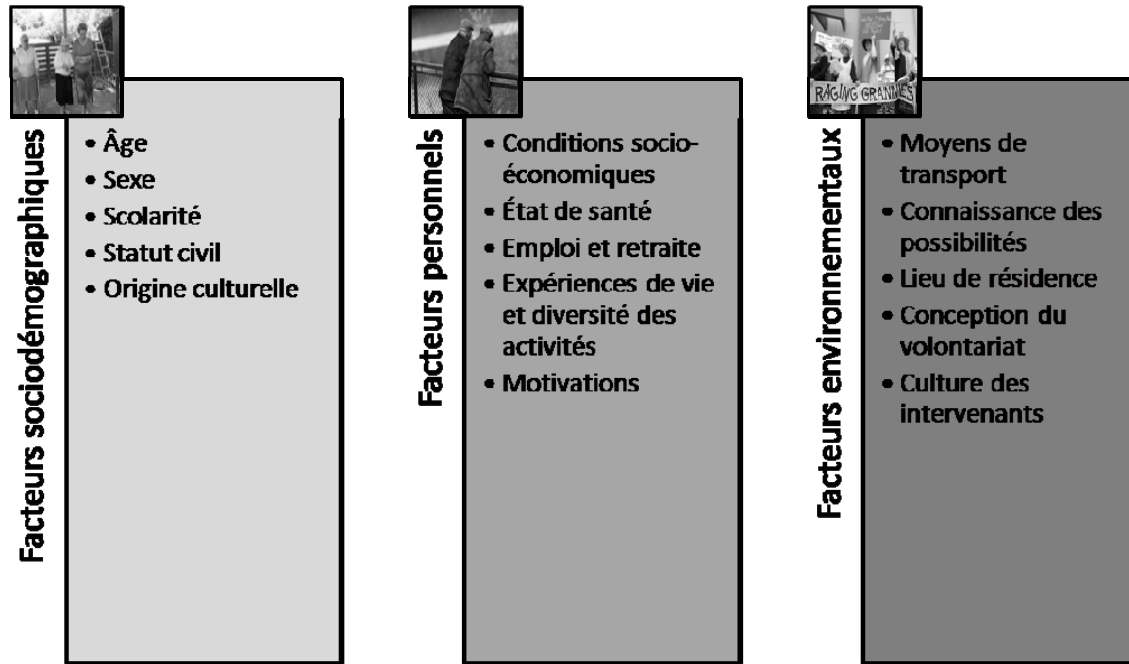
Narushima (2005), qui a rencontré des aînés bénévoles et des responsables d'organisations non gouvernementales comptant sur le bénévolat pour assurer la prestation de services, remarque un certain âgisme institutionnalisé. Par exemple, plusieurs responsables reprochaient aux bénévoles âgés de vouloir trop participer à la gestion des organismes ou d'être trop orientés vers des activités de socialisation, au détriment des tâches attribuées d'ordinaire aux bénévoles.

5.4 EN SOMME : DES POINTS D'APPUI POUR LA RECHERCHE ET L'INTERVENTION

La figure 6 présente la liste des facteurs d'influence de la participation sociale des aînés, en fonction de leur nature structurelle, personnelle ou environnementale. Certains de ces facteurs sont modifiables et peuvent donc faire l'objet d'une intervention. Par exemple, un facteur environnemental comme la connaissance des possibilités de participation sociale pourrait être modifié par une plus large diffusion des informations relatives aux lieux et milieux de participation. Il y a tout lieu de croire aussi que travailler à la promotion de la santé des aînés pourrait avoir un effet positif sur leurs pratiques participatives.

Quant aux facteurs structurels non modifiables comme l'âge ou le sexe, leur rôle dans la dynamique de participation sociale des aînés incite grandement à en tenir compte pour construire des approches mieux adaptées aux caractéristiques et à la culture des personnes âgées auxquelles on s'adresse.

Figure 6. Facteurs influençant la participation sociale des aînés, en fonction de trois catégories



Au cours des prochaines années, le tableau des facteurs influençant la participation sociale des personnes âgées risque de changer en raison des traits particuliers des nouvelles cohortes d'aînés. Par exemple, les projections démographiques nous annoncent que les aînés de demain seront plus scolarisés, dans une meilleure situation économique et en meilleure condition physique que ceux d'hier. Cela se traduira-t-il par une augmentation de leur taux de bénévolat?

Ce survol des facteurs d'influence appelle à poursuivre les recherches afin de mieux comprendre pourquoi certaines personnes âgées ont une participation sociale pleine et stimulante, alors que d'autres vivent un isolement et une solitude non désirés. Il serait pertinent, entre autres, de mieux comprendre les besoins et la situation des aînés en fonction des différentes étapes de la vieillesse – étape de vie qui comporte de plus en plus souvent trois ou quatre décennies –, ainsi que l'influence des facteurs socioculturels dans les choix de participation sociale.

6 INTERVENTIONS VISANT LA PARTICIPATION SOCIALE DES AÎNÉS

Le quatrième et dernier objectif de l'analyse documentaire est de répertorier des interventions dirigées vers la participation sociale des aînés. Les interventions retenues doivent avoir fait l'objet d'une évaluation formelle. Effectivement, ce genre de publication est généralement explicite au sujet des interventions réalisées et de leurs résultats, contrairement aux documents qui se limitent à une approche descriptive.

Ce choix explique le fait que malgré le grand nombre de lieux et de milieux de participation sociale accessibles aux aînés aux échelles locale, régionale et nationale, très peu d'entre eux figurent ici. En effet, ces expériences ne font que rarement l'objet d'un processus évaluatif formel. Par ailleurs, toutes les interventions évaluées recensées ont été retenues aux fins d'analyse, peu importe les résultats des évaluations. Il convient enfin de préciser que même si le terme « intervention » est utilisé de façon générique dans ce document, il renvoie en fait à des programmes d'intervention, et non à des pratiques cliniques.

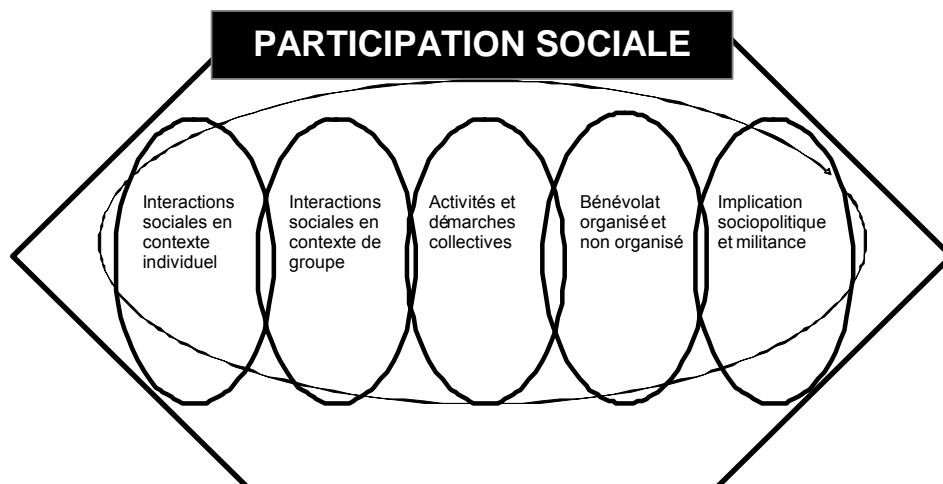
Une trentaine d'interventions réalisées dans différents pays composent le corpus. Certaines sont destinées à des aînés en mesure d'offrir une quinzaine d'heures de bénévolat par semaine, alors que d'autres sont dirigées vers des aînés isolés ou en perte d'autonomie. L'élément commun de ces programmes est la volonté de permettre aux aînés de jouer un rôle social et d'établir avec d'autres personnes des relations signifiantes, à partir de leurs capacités, de leurs besoins et de leurs intérêts.

6.1 L'ÉVENTAIL DES MODES DE PARTICIPATION SOCIALE

Très tôt dans le processus d'analyse, il est apparu nécessaire de se doter d'une manière de regrouper les interventions. La première tentative de description analytique des interventions s'est traduite par une entreprise d'organisation « spatiale » et a pris la forme d'un continuum. À une extrémité, l'isolement et la solitude; au centre, des activités sociales à tendance récréative; à l'autre extrémité, l'engagement citoyen ou politique, que d'aucuns considèrent d'ailleurs comme la seule véritable forme de participation sociale. Toutefois, l'idée d'un continuum a été vite abandonnée. D'abord, ce mode de représentation évoque un nécessaire mouvement entre les deux points extrêmes, qui sont en principe des opposés. Ici cependant, une situation de solitude et d'isolement ne constitue en aucune manière l'antithèse d'une situation d'implication sociopolitique. On est plutôt en présence de deux construits de nature différente, qui peuvent même cohabiter. En effet, rien n'empêche une personne âgée très active dans un mouvement social de ressentir un fort sentiment de solitude; de même, les personnes qui ne participent pas socialement ne sont pas forcément isolées (Findlay, 2002). Ensuite, essayer de catégoriser les interventions en fonction du « niveau » de participation sociale auquel elles s'adressent est sans issue puisque finalement, c'est du « niveau » de participation des aînés dont on parle.

Malgré tout, les interventions se sont organisées « d'elles-mêmes » entre ces deux pôles, de celles s'adressant à des aînés plus isolés ou en grande perte d'autonomie à d'autres visant des personnes disposées à s'engager politiquement. Cependant, le mélange des genres s'est révélé être la règle plutôt que l'exception, ce qui a mené à une seconde proposition : organiser les interventions en fonction du type d'activités proposées, et ce, à l'intérieur d'un éventail des modes d'intervention sur la participation sociale (figure 7).

Figure 7. Éventail des modes d'intervention sur la participation sociale



Même si chacun des modes de participation sociale vise des objectifs et un public particuliers, ils ne sont pas mutuellement exclusifs. Les chevauchements entre modes sont donc possibles, et même probables. Par ailleurs les quatre familles de définitions de la participation sociale (figure 3, plus haut), au fondement du modèle conceptuel pour un vieillissement en santé présenté à la figure 1, sont aussi au fondement de la typologie des différents modes d'intervention. En effet, la définition privilégiée modulera à la fois la nature des liens avec la santé et les approches d'intervention. Par exemple, l'association de la participation sociale avec le fonctionnement dans la vie quotidienne facilitera sans doute la démonstration de liens avec la santé et se concrétisera par des interventions centrées sur la personne et ses besoins, alors que l'association de la participation avec l'implication sociopolitique conduira à intégrer d'autres variables dans l'analyse des liens avec la santé – rattachées à la citoyenneté, par exemple – tout en préfigurant des programmes d'intervention de nature collective et solidaire.

Tous les modes recourent deux ou trois catégories d'intervention. Les détails relatifs au système de classification¹² sont présentés au tableau 6 ci-dessous.

¹² Voir également l'Annexe 4, qui présente la distribution spatiale des 30 interventions recensées en fonction de l'éventail.

Tableau 6. Les objectifs et les catégories des modes d'intervention sur la participation sociale

Mode	Objectifs	Catégories
Interactions sociales en contexte individuel	Établir des liens avec des aînés isolés. Les expériences mettent en relation une personne âgée et un intervenant ou un bénévole à l'intérieur d'une intervention individualisée (pairage).	a. Interventions de proximité visant à faciliter l'accès aux services b. Visites à domicile de bénévoles (souvent eux-mêmes des aînés)
Interactions sociales en contexte de groupe	Outiller les aînés dans leur adaptation au vieillissement; la socialisation ou l'engagement constituent des objectifs parallèles. Même si le contexte est collectif, les participants ne partagent pas nécessairement de projet commun.	c. Cours sur diverses dimensions d'un vieillissement dit « actif », « productif » ou « réussi » d. Centres de jour et activités adaptées proposant des services à des aînés en perte d'autonomie
Activités et démarches collectives	Mettre en place des processus collectifs, dans lesquels les participants sont amenés à s'approprier un projet et à s'y engager activement. Contrairement aux modes suivants, la finalité de cette participation n'est pas de nature altruiste, civique ou politique.	e. Projets de nature récréative, sportive ou socioculturelle* f. Projets intergénérationnels entre aînés et enfants (sans rôle de mentor pour les aînés)** g. Groupes de soutien et d'entraide
Bénévolat organisé et non organisé	Soutenir les aînés désireux de s'impliquer dans du bénévolat organisé et non organisé, dans une perspective d'aide ou de mentorat.	h. Engagement auprès d'aînés ou d'autres groupes vulnérables (ex. : personnes handicapées) i. Projets intergénérationnels (avec rôle de mentor pour les aînés)
Implication sociopolitique et militance	Renforcer la citoyenneté et le rôle politique des aînés dans une optique de changement social.	j. Action sociale k. Projets intergénérationnels

* Dans plusieurs des interventions de cette catégorie, les participants en viennent à prendre en charge des dimensions des projets, un des éléments des pratiques jugées efficaces en matière de prévention de la solitude et de l'isolement (Cattan et coll., 2005).

** Les activités intergénérationnelles constituent une approche de plus en plus populaire dans les interventions visant la participation sociale des aînés (Salari, 2002).

Bien que les interventions aient été comparées entre elles, le caractère extrêmement diversifié des devis d'évaluation a complexifié cet exercice de comparaison. Par exemple, des études aléatoires contrôlées réalisées auprès de plusieurs centaines d'aînés côtoient des études qualitatives réalisées auprès d'un plus petit échantillon. Sans entrer dans les preuves de qualité de l'un ou l'autre des types de devis, précisons que les interventions ont été classifiées et interprétées en fonction de la nature de leurs actions auprès des aînés – plutôt qu'en fonction de la nature de leur évaluation –, ce qui laisse entendre une certaine circonspection quant à la lecture des résultats.

6.2 DESCRIPTION DES INTERVENTIONS

Dans cette section, les interventions retenues sont ordonnées en fonction du mode de participation sociale auquel elles sont associées. Pour chaque mode, les interventions sont brièvement présentées, puis détaillées dans deux tableaux « Description » et « Résultats » et enfin, analysées de manière plus fine.

6.2.1 Interactions sociales en contexte individuel

Cette première catégorie d'interventions vise d'abord les aînés isolés ou qui ont à composer avec une perte d'autonomie, en vue de leur permettre de bénéficier des services appropriés à leur situation et d'être intégrés à un réseau de soutien. On pourrait en somme conceptualiser ces interventions comme des passerelles de connectivité sociale. Elles se concrétisent en trois phases : repérer dans la communauté des aînés plus fragiles et vulnérables; entrer en contact avec eux et établir un lien de confiance; susciter l'engagement dans une relation thérapeutique ou sociale.

Trois interventions sont classifiées comme étant de « proximité », alors que deux sont catégorisées comme des « visites à domicile ». Bien que ces deux types d'intervention visent une clientèle semblable, soit des aînés en situation non souhaitée d'isolement ou de solitude, ils se distinguent par leurs méthodes et les services à leurs participants. Dans les interventions de proximité, on cherche à rejoindre les personnes âgées dans leur milieu de vie pour leur offrir des services sociaux et de santé, ce qui peut se transformer en prétexte pour un élargissement de leur réseau social. Les aînés ont donc le statut de bénéficiaires ou d'usagers des services. Dans le programme des **Community Gatekeepers** (Florio et coll., 1998), des personnes de la communauté deviennent des « sentinelles » formées pour reconnaître des signes de détresse chez les aînés qu'elles côtoient; lorsqu'elles détectent de tels signaux, elles en informent une équipe d'intervention de proximité, qui intervient alors auprès de la personne âgée en difficulté. Dans le programme **Service Workers' Action Team**, ou **SWAT** (Stein et coll., 1981), ce sont les professionnels de la santé et des services sociaux qui se déplacent dans le milieu de vie d'adultes isolés ou en perte d'autonomie pour leur offrir des interventions médicales et psychosociales. Dans le programme **Link Plus** (Morrow-Howell et coll., 1998), on cherche aussi à rejoindre chez eux des aînés vulnérables, au moyen de contacts téléphoniques.

Dans les visites à domicile, les aînés jouent un autre rôle : ils deviennent les hôtes et les acteurs principaux de rencontres centrées sur des échanges interpersonnels. Dans les deux interventions recensées, des bénévoles se rendent régulièrement au domicile de personnes âgées pour leur tenir compagnie et briser leur isolement. Dans le cas du programme **Friendly Visitor** (Bogat et Jason, 1983), l'intervention se concentre sur le soutien psychosocial, alors que le programme **Volunteer Networking** (Cheung et Ngan, 2000) vise également à appuyer les aînés dans la (re)construction d'un réseau social.

a. INTERVENTIONS DE PROXIMITÉ : DESCRIPTION				
Intervention	But	Processus organisationnels	Programme et activités	Fréquence
Community Gatekeepers <i>Florio et coll., 1998</i>	Repérer les aînés qui éprouvent des problèmes menaçant leur autonomie et qui ne sont pas rejoints par le système de prestation de services.	Organisation de sources non traditionnelles d'orientation : personnes qui, dans leurs activités de la vie quotidienne, sont susceptibles de côtoyer des aînés isolés. Les sentinelles font un signalement à des professionnels de la santé s'ils détectent des signes de détresse chez un aîné.	Services : évaluation clinique et interdisciplinaire à la maison pour déterminer les services nécessaires au maintien à domicile.	Au besoin, pendant un an.
Link Plus <i>Morrow-Howell et coll., 1998</i>	Faire de la prévention du suicide auprès d'aînés vulnérables et les aider à accéder aux services de santé mentale.	Service téléphonique gratuit assuré par des professionnels du réseau de la santé et des services sociaux (infirmière, travailleur social, ergothérapeute).	Évaluation, orientation et thérapie de soutien.	Au besoin; durée moyenne d'intervention : huit mois.
Service Workers' Action Team (SWAT) <i>Stein et coll., 1981</i>	Offrir aux aînés des services communautaires dans leur milieu de vie.	Équipe multidisciplinaire (infirmière, travailleur social, ergothérapeute) se déplaçant dans un véhicule utilisé comme bureau de consultation, et stratégie de visibilité.	Services : suivi psychosocial, information et orientation, aide domestique, services infirmiers, services récréatifs, etc.	Visite hebdomadaire, durant six mois.

a. INTERVENTIONS DE PROXIMITÉ : RÉSULTATS				
Intervention	Modèle d'évaluation*	Échantillon**	Dimensions à l'étude	Résultats***
Community Gatekeepers <i>Florio et coll., 1998</i>	Quasi expérimental: prétest post-test avec groupe témoin États-Unis	192 aînés \bar{X} âge : 79 ans GE : 88	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Source de l'orientation vers les services ▪ Nature des interventions réalisées ▪ Conditions d'isolement ▪ Patron d'utilisation des services SSS 	Individus orientés par des vigiles communautaires : significativement plus susceptibles d'être enrôlés dans l'évaluation et la gestion de cas et de continuer de recevoir ce type de services après 1 an, ce qui reflète le degré d'isolement social; besoin d'intervention continue.
Link Plus <i>Morrow-Howell et coll., 1998</i>	Expérimental aléatoire États-Unis	61 aînés \bar{X} âge : 76 ans GE : 30	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Symptômes dépressifs ▪ Activités physiques et de la vie quotidienne ▪ Isolement social 	<p>↓ symptômes dépressifs.</p> <p>↑ nombre de contacts sociaux (≠ ↑ satisfaction à leur égard).</p>
Service Workers' Action Team (SWAT) <i>Stein et coll., 1981</i>	Quasi expérimental : prétest post-test avec groupe témoin États-Unis	401 aînés \bar{X} âge : 75 ans GE : 243	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Symptômes anxieux et dépressifs ▪ Participation sociale ▪ Satisfaction et estime de soi ▪ Fonctionnement quotidien ▪ Hospitalisations et alitements ▪ Maladies et consultations médicales 	<p>↑ significative fonctionnement psychosocial des aînés.</p> <p>Déclin fonctionnel significativement moins prononcé pour les sujets du groupe d'intervention.</p> <p>Services les plus utilisés : infirmiers et récréatifs, tous deux de groupe. Peut-être un des motifs de ↑ participation sociale : le contexte des services pourrait mener à ↓ isolement et à ↑ estime de soi.</p>

* La distinction des différents modèles d'évaluation est tirée du document *Méthodes d'évaluation des programmes : mesure et attribution des programmes*, du ministère des Travaux publics et des Services gouvernementaux du Canada.

** \bar{X} Âge : moyenne d'âge; GE : nombre d'aînés dans le groupe expérimental (ayant reçu l'intervention).

*** L'utilisation des termes « significativement » et « significative » est réservée à des résultats qui ont une probabilité d'être dus au hasard, et non à l'intervention, égale ou inférieure au seuil de signification établi (généralement, 5 %).

b. VISITES À DOMICILE : DESCRIPTION				
Intervention	But	Processus organisationnels	Programme et activités	Fréquence
Friendly Visitor <i>Bogat et Jason, 1983</i>	Offrir du soutien formel et informel aux aînés.	Étudiants en psychologie visitant des aînés à domicile. 2 types d'approche : centrée sur les réseaux sociaux ou sur la relation bénévole-aîné.	Approche 1 : donner de l'information sur des activités sociales et encourager à y participer. Approche 2 : écoute active dans une ambiance empathique et chaleureuse.	1 visite/sem. durant 3 mois.
Volunteer Networking <i>Cheung et Ngan, 2000</i>	(Re)créer un réseau social pour des aînés isolés.	Bénévoles visitant des aînés à domicile. Formation des bénévoles sur leurs rôles et responsabilités, le processus de vieillissement, les habiletés communicationnelles, les services pour aînés, etc.	Interactions centrées sur le renforcement des réseaux sociaux des aînés, ainsi que sur leur connaissance et leur utilisation de services conçus pour eux.	Fréquence variable des visites, durant 6 mois.

b. VISITES À DOMICILE : RÉSULTATS				
Intervention	Modèle d'évaluation	Échantillon	Dimensions à l'étude	Résultats
Friendly Visitor <i>Bogat et Jason, 1983</i>	Quasi expérimental : pré et post-test avec groupe témoin États-Unis	35 aînés GE : 23 (12 dans le groupe « Réseaux » et 11 dans le groupe « Interactions »)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Satisfaction ▪ Sentiment de contrôle ▪ Perception de l'état de santé ▪ Symptômes dépressifs ▪ Réseaux sociaux ▪ Contacts sociaux ▪ Qualité de vie ▪ Activités 	<p>Peu de différences significatives entre les 3 groupes.</p> <p>Le groupe « Réseaux » est plutôt associé à des bénéfices par rapport à : satisfaction, sentiment de contrôle, perception de l'état de santé, symptômes dépressifs. Le groupe « Interactions » est plutôt associé à des bénéfices par rapport à : réseaux désirés, appels téléphoniques, visites.</p> <p>Groupe « Réseaux » = davantage de bénéfices psychologiques; groupe « Interventions » = davantage de bénéfices sociaux.</p>
Volunteer Networking <i>Cheung et Ngan, 2000</i>	Quasi expérimental : pré et post-test sans groupe témoin Hong Kong	125 aînés frêles et isolés \bar{X} âge : 77 ans	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Perception de l'état de santé ▪ Maladies ▪ Intégration sociale ▪ Anxiété ▪ Connaissances au sujet de la communauté et des services pour aînés 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ significative anxiété. ▲ significative intégration sociale. ▲ significative connaissances (communauté et services pour aînés). <p>Une amélioration de la santé physique demanderait que les bénévoles aient des compétences en santé.</p>

En ce qui concerne les interventions de proximité, deux ont été évaluées à l'aide d'un modèle évaluatif quasi expérimental pré et post-test avec groupe témoin (**SWAT** et **Community Gatekeepers**), alors que la troisième a été évaluée avec un modèle expérimental aléatoire (**Link Plus**). Quant aux deux interventions prenant la forme de visites à domicile, elles ont été évaluées avec un modèle évaluatif quasi expérimental pré et post-test, l'une avec groupe témoin (**Friendly Visitor**) et l'autre sans groupe témoin (**Volunteer Networking**). Les échantillons varient entre 35 (**Friendly Visitor**) et 401 (**SWAT**) personnes.

Trois interventions ont des effets statistiquement significatifs sur la participation sociale et la santé globale des aînés : **Community Gatekeepers** (adhésion au programme et connectivité avec les professionnels de la santé), **SWAT** (augmentation du fonctionnement social et de la participation sociale) et **Volunteer Networking** (diminution de l'anxiété et augmentation de l'intégration sociale). Ces interventions ont en commun d'être très novatrices au regard des stratégies utilisées pour repérer les aînés en détresse ou isolés, et en ce qui concerne l'approche psychosociale privilégiée en matière de prise de contact. Dans les **Community Gatekeepers**, le repérage des aînés en besoin se fait de manière originale, par l'entremise de citoyens « ordinaires » qui, une fois sensibilisés, deviennent des vigiles à l'écoute de signes de détresse chez les aînés qu'ils côtoient « naturellement ». Dans le programme **SWAT**, chaque aîné participant a un intervenant qui lui est dédié à l'intérieur de son plan d'intervention, ce qui favorise l'établissement de liens de confiance. Dans le programme **Volunteer Networking**, les bénévoles agissent comme « courroie de transmission » entre les aînés qu'ils visitent et la communauté, en offrant notamment de l'information sur les services et les activités accessibles aux aînés. Les bénéfices sont moindres dans le cas des interventions plus traditionnelles (intervention exclusivement téléphonique dans **Link Plus** et visites amicales à domicile dans **Friendly Visitor**).

Les interventions de proximité répertoriées sont toutes trois réalisées par une équipe professionnelle interdisciplinaire, ce qui peut amener les aînés à être en contact avec différentes personnes, et donc à multiplier les interactions sociales. Dans le cas du **SWAT**, dont l'intervention est d'abord de nature individuelle, le fait que les aînés sortent de leur appartement sur une base hebdomadaire et se rassemblent autour du véhicule servant de bureau de consultation génère un contexte propice aux contacts sociaux.

6.2.2 Interactions sociales en contexte de groupe

Ce mode de participation sociale renvoie à des interventions axées sur l'accroissement des connaissances et des habiletés, ainsi que sur la modification d'habitudes de vie. La cible des actions est d'abord l'individu, mais on peut penser qu'un contexte collectif, essentiellement formé de pairs, peut générer des interactions sociales qui contribueront à briser l'isolement ou à favoriser la création de réseaux sociaux. Dans tous les cas, le prétexte pour regrouper les gens est explicitement dirigé vers un certain type de trajectoire individuelle de vieillissement.

Le premier sous-groupe d'interventions est constitué de cours visant des changements de comportements, et s'inscrivant dans une perspective de vieillissement « réussi ». La plupart sont des interventions à court terme (de quatre à douze sessions). Dans le programme **Successful Aging** (Kocken et Voorham, 1998), les aînés sont amenés à prendre conscience de certains facteurs de risque quant à leur santé et à modifier leurs habitudes de vie en conséquence. Dans **Aging and Loneliness Project** (Andersson, 1985) et **Friendship Enrichment Program** (Stevens et coll., 2006), l'objectif d'intervention est l'instauration de réseaux sociaux et d'amitiés. Le projet **Upstream Healthy Living Centre** (Greaves et Farbus, 2006), enfin, vise à permettre à des aînés de réaliser des projets personnels grâce à l'accompagnement d'un mentor.

Le second sous-groupe d'interventions se rapporte au renforcement des compétences et de la qualité de vie d'aînés en perte d'autonomie. L'objectif de la seule intervention retenue, celle des centres de jour, **Adult Day Group** (Tse et Howie, 2005), est de favoriser le maintien à domicile au moyen d'activités visant les habiletés fonctionnelles. Le programme québécois **Sortir à son goût**, axé sur la santé alimentaire et sociale d'aînés clients de la popote roulante, n'a pu être retenu. Il a été évalué, mais au regard de l'implantation, et non pour ses effets sur les participants (Gosselin et coll., 1999a, 1999b).

c. COURS : DESCRIPTION				
Intervention	But	Processus organisationnels	Programme et activités	Fréquence
Successfull Aging <i>Kocken et Voorham, 1998</i>	Promouvoir le changement de comportement par rapport à des facteurs de risque pour la santé.	Cours en groupes de 20 aînés. Animation par des pairs formés à cette fin. Stratégies d'animation : transfert d'information, modelage de rôle, éducation par les pairs, interactions.	Exemples de thèmes abordés : participation sociale, problèmes de mémoire, options d'hébergement, médicaments.	4 rencontres hebdomadaires.
Aging and Loneliness Project <i>Andersson, 1985</i>	Renforcer le réseau social de femmes âgées vivant dans un même voisinage.	Cours en groupe de 3 à 5 femmes. Ateliers construits en fonction de 3 concepts : disponibilité d'un confident, comparaison sociale et contrôle personnel.	Chaque rencontre thématique opérationnalise les 3 concepts. Thèmes : quartier de résidence, rôle des retraités, services médicaux et sociaux.	4 rencontres thématiques.
Friendship Enrichment Program <i>Stevens et coll., 2006</i>	Diminuer le sentiment de solitude des femmes âgées par le développement d'amitiés satisfaisantes.	Cours en groupe pour apprendre à planifier et à réaliser des actions visant à améliorer ou à établir des relations d'amitié.	Démarche pour aider les participantes à clarifier leurs besoins et désirs en amitié et à formuler des buts et un plan d'action par rapport à leurs amitiés.	12 sessions hebdomadaires.
Upstream Healthy Living Centre <i>Greaves et Farbus, 2006</i>	Réduire l'isolement d'aînés au moyen d'activités physiques ou culturelles.	Accompagnement personnalisé par des mentors aînés. Le soutien des mentors diminue à mesure qu'augmentent la confiance et la capacité des participants.	Les mentors aident les aînés à préciser leurs champs d'intérêts et à s'engager dans des activités de groupe qui y correspondent.	Variable, selon la trajectoire individuelle.

c. COURS : RÉSULTATS				
Intervention	Modèle d'évaluation	Échantillon	Dimensions à l'étude	Résultats
Successful Aging <i>Kocken et Voorham, 1998</i>	Quasi expérimental : prétest post-test avec groupe témoin Pays-Bas	320 aînés ≤ 79 ans GE : 138	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Attitudes par rapport au vieillissement ▪ Perception de l'opinion publique quant aux aînés ▪ Sentiment de compétence personnelle ▪ Participation sociale ▪ Soutien social ▪ Bien-être 	<ul style="list-style-type: none"> ↑ soutien social. ↑ perception de l'état de santé.
Aging and Loneliness Project <i>Andersson, 1985</i>	Expérimental aléatoire Suède	108 femmes vivant seules 60-80 ans \bar{x} âge : 77 ans GE: 40	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Solitude et contacts sociaux ▪ Buts dans la vie et sentiment de pouvoir ▪ Estime de soi, capacité de faire confiance ▪ Plaintes somatiques, santé subjective, médicaments, pression 	<ul style="list-style-type: none"> ↑ significative contacts sociaux. ↓ significative pression sanguine. ↑ significative activités de loisir. ↑ estime de soi (tendance). ↑ buts dans la vie (tendance).
Friendship Enrichment Program <i>Stevens et coll., 2006</i>	Quasi expérimental : prétest post-test avec groupe témoin États-Unis	115 femmes \bar{x} âge : 63 ans GE : 60	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Relations sociales ▪ Solitude 	<ul style="list-style-type: none"> ↑ significative amitiés positives. ↓ significative solitude pour les sujets ayant amélioré des amitiés existantes et créé de nouvelles amitiés.
Upstream Healthy Living Centre <i>Greaves et Farbus, 2006</i>	Quasi expérimental : prétest post-test sans groupe témoin Angleterre	51 aînés	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bien-être mental et physique ▪ Symptômes dépressifs ▪ Soutien social 	<ul style="list-style-type: none"> ↓ significative symptômes dépressifs. ↑ significative santé mentale et physique. ↑ significative soutien social.

D. CENTRES DE JOUR ET ACTIVITÉS ADAPTÉES : DESCRIPTION				
Intervention	But	Processus organisationnels	Programme et activités	Fréquence
Adult Day Group <i>Tse et Howie, 2005</i>	Soutenir les habiletés fonctionnelles des aînés en perte d'autonomie et favoriser leur maintien à domicile.	Activités planifiées et réalisées par des professionnels (ergothérapeutes, travailleurs sociaux, etc.). Offre des activités toute la journée, des pauses café et des repas, ainsi que des services de transport.	Activités dirigées vers l'amélioration des habiletés requises pour la vie quotidienne. Services de soutien social offerts aux aînés et à leurs aidants.	Possibilité de fréquenter le centre 2 à 5 jours par semaine.

d. CENTRES DE JOUR ET ACTIVITÉS ADAPTÉES : RÉSULTATS				
Intervention	Modèle d'évaluation	Échantillon	Dimensions à l'étude	Résultats
Adult Day Group <i>Tse et Howie, 2005</i>	Implicite : post-test avec estimation de la différence Australie	8 aînés 69 à 94 ans	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Champs d'intérêt passés et présents ▪ Expériences vécues au centre ▪ Motifs de la participation ▪ Forces et faiblesses du centre 	La structure et le contenu des centres, qui dépendent dans une large mesure des compétences et attitudes du personnel, influencent les relations interpersonnelles. Le compagnonnage avec les autres clients et le personnel est l'occasion de donner et de recevoir du soutien. Des insatisfactions sont parfois ressenties (différences interpersonnelles, activités infantilissantes). Le centre permet de sortir de la maison, de rester occupé et d'avoir du plaisir, mais il représente plus que de l'agrément : il permet d'être engagé dans un milieu.

Les quatre interventions se présentant sous forme de cours ont été évaluées avec un modèle expérimental aléatoire (***Aging and Loneliness Project***), ou quasi expérimental pré et post-test avec groupe témoin (***Successful Aging*** et ***Friendship Enrichment Program***) et sans groupe témoin (***Upstream Healthy Living Centre***). Leur échantillon varie entre 51 (***Upstream Healthy Living Centre***) et 320 (***Successful Aging***) sujets.

Les effets de ces quatre interventions sur la participation sociale et la santé des aînés sont nombreux et diversifiés. Dans tous les cas, on parle d'augmentation des interactions ou du soutien social, ainsi que de bénéfices pour la santé physique et mentale (amélioration de la santé subjective, diminution de la pression sanguine, diminution du sentiment de solitude, diminution des symptômes dépressifs, etc.). Dans trois des quatre programmes (***Aging and Loneliness Project***, ***Successful Aging*** et ***Friendship Enrichment Program***), ces bénéfices sont statistiquement significatifs, en dépit de la durée relativement limitée des interventions (entre un et trois mois).

Les formations à court terme touchant différentes facettes du vieillissement semblent donc pour les aînés une bonne occasion d'acquérir de nouveaux savoirs tout en stimulant leur connectivité sociale et en améliorant leur état de santé. Cependant, deux bémols pourraient être apportés. Premièrement, tous les individus peuvent ne pas être à l'aise dans des approches directement centrées sur la formation de liens sociaux; certains pourraient préférer des approches indirectes de connectivité sociale, qui offrent la réalisation d'un projet commun comme base pour l'engagement social (Rook et Sorokin, 2003). Deuxièmement, l'approche magistrale ne convient pas nécessairement à des aînés peu scolarisés ou qui ne maîtrisent pas la langue d'usage majoritaire dans un milieu donné. À cet égard, l'intervention de l'***Upstream Healthy Living Centre***, réalisée par un mentor aîné et adaptée au rythme et aux caractéristiques de chacun, peut représenter une option intéressante, en accompagnant chaque aîné dans un projet personnel de participation.

Par ailleurs, un modèle implicite post-test avec estimation de la différence a été utilisé pour évaluer les centres de jour pour aînés (***Adult Day Group***) et révèle deux conditions essentielles pour que ces centres soient des lieux de participation sociale : 1) le personnel doit intervenir dans une perspective respectueuse des expériences et de la culture des aînés et éviter les pratiques infantilisantes; 2) le personnel doit garder en tête que les centres de jour constituent plus qu'un moyen de s'amuser ou de rester occupé pour les aînés, ils représentent de véritables milieux de vie, générateurs de sens et de réciprocités.

Activités et démarches collectives

Ce mode de participation sociale est celui qui comporte le plus grand nombre et la plus grande diversité d'interventions. Le dénominateur commun des expériences, outre leur contexte collectif, est que les participants sont généralement amenés à jouer un rôle déterminant comme membres du groupe. Autrement dit, l'adhésion au groupe et l'implication personnelle au cours du processus constituent le moyen d'atteindre les objectifs des projets. On pourrait parler d'activités ayant une orientation expressive, dans le sens où elles visent la création d'un espace social commun dans lequel chacun apporte aux autres tout en satisfaisant des besoins personnels (Erlinghagen et Hank, 2005; Bickel, 2003; Young et Glasgow, 1998). Ce mode de participation, caractérisé par des activités de type instrumental surtout orientées vers les besoins de la communauté, peut être divisé en trois sous-catégories.

La première sous-catégorie recoupe des interventions prenant la forme d'activités récréatives, sportives ou socioculturelles. Les projets sont à la fois originaux et multidimensionnels, et ont tous un caractère attrayant. Voici, succinctement, ce qu'ils proposent.

- **Visual Art Discussion** (Wikström, 2007) : échanges autour d'œuvres d'art.
- **Creativity and Aging Study** (Cohen et coll., 2006) : chant choral.
- **Garden Club** (Austin et coll., 2006) : prise en charge d'un jardin communautaire.
- **Senior Health and Physical Exercise**, ou **SHAPE** (Fisher et Fuzhong, 2004) : club de marche composé de voisins.
- **Social Activation** (Arnetz et coll., 1983, 1982) : groupes de loisirs et de champs d'intérêt.
- **Senior Center** (Aday et coll., 2006) : loisirs en groupe.

La seconde sous-catégorie des activités et démarches collectives se rapporte aux projets de nature intergénérationnelle. Ceux-ci mettent en présence aînés et élèves du primaire (**Community Intergenerational Program**; Poole et Gooding, 1993), aînés et adolescents en difficulté (**Intergenerational Group**; Jones et coll., 2004) ou encore, aînés et jeunes adultes présentant un retard intellectuel (**Mutual Association for Self-Help**, ou **MASH**; Kalson, 1976), afin de leur permettre d'échanger et de développer des liens.

La dernière catégorie de ce mode de participation sociale se rapporte aux groupes d'entraide, ici représentés par des interventions dirigées vers des aînés endeuillés de leur partenaire de vie (**Bereavement Support Group**, Caserta et Lund, 1996, 1993; **Support Groups for Widowed Seniors**, Stewart et coll., 2001). Dans ces projets, la participation sociale est utilisée plutôt comme un moyen que comme une fin en soi, puisque les personnes fondent l'atteinte de leurs objectifs thérapeutiques sur le développement des interactions sociales et du soutien mutuel.

e. PROJETS DE NATURE RÉCRÉATIVE, SPORTIVE OU SOCIOCULTURELLE : DESCRIPTION				
Intervention	But	Processus organisationnels	Programme et activités	Fréquence
Visual Art Discussion <i>Wikström, 2007</i>	Accroître le nombre et la qualité des interactions sociales de femmes âgées par l'entremise des arts visuels et de la réminiscence.	Rencontres de groupe réunissant 20 femmes âgées. Animateur comme guide des discussions. Importance du choix des œuvres d'art.	Échanges libres autour d'œuvres d'art : description et interprétation de l'œuvre; associations avec les sentiments, souvenirs et pensées.	1 fois par semaine pendant 4 mois.
Creativity and Aging Study <i>Cohen et coll., 2006</i>	Renforcer le fonctionnement social ainsi que la santé mentale et physique des aînés.	Constitution d'une chorale. Principes de base de l'intervention : zone de contrôle et engagement social.	Répétitions de la chorale. Prestations publiques en fin de programme.	1 fois par semaine durant 30 semaines.
Northern Broome Senior Center Garden Club <i>Austin et coll., 2006</i>	Améliorer la santé et le bien-être des aînés.	Démarche participative : formation d'un comité de coordination (responsable, superviseur du centre pour aînés et jardiniers) pour démarrer le projet (choix de l'emplacement, acquisition du matériel et des plants, etc.).	Démarrage et prise en charge d'un jardin communautaire.	Au gré de chacun, durant toute la saison de jardinage.
Senior Health and Physical Exercise (SHAPE) <i>Fisher et Fuzhong, 2004</i>	Renforcer le tissu social et la qualité de vie dans un voisinage au moyen d'activités physiques.	Au début du projet, rencontre entre les participants et les responsables : choix du moment et du lieu des rencontres, remise d'informations générales sur l'exercice physique. 2 responsables rémunérés par groupe de marche.	Sessions de marche.	3 fois par semaine durant 6 mois.
Social Activation <i>Arnetz et coll., 1983, 1982</i>	Augmenter les compétences sociales et diminuer l'isolement d'aînés vivant en milieu institutionnel.	Formation de groupes d'aînés en fonction de champs d'intérêt partagés (botanique, arts, histoire, musique, etc.). Rencontres bimensuelles de coordination avec le personnel de l'immeuble.	Rencontres spontanées organisées par les membres de chaque groupe. Activités extérieures pour tous les participants : pique-nique, opéra, théâtre, etc.	Fréquence variable des rencontres des groupes, durant 6 mois.
Senior Center <i>Aday et coll., 2006</i>	Favoriser un vieillissement réussi en soutenant l'autonomie des aînés, leur accès aux services et aux activités de loisir, ainsi que leur intégration et leur implication dans la communauté.	Organismes sans but lucratif offrant différents services et activités récréatives de groupe. Personnel rémunéré et bénévole.	Programmes éducatifs, promotion de la santé, activités artistiques et récréatives, groupes de soutien, bénévolat, information et orientation, etc.	Moyenne de 3 heures par semaine.

e. PROJETS DE NATURE RÉCRÉATIVE, SPORTIVE OU SOCIOCULTURELLE : RÉSULTATS				
Intervention	Modèle d'évaluation	Échantillon	Dimensions à l'étude	Résultats
Visual Art Discussion <i>Wikström, 2007</i>	Expérimental aléatoire Suède	40 femmes ≥ 70 ans GE : 20	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Interactions sociales (interactions avec des amis et des proches, activités sociales, TV) ▪ Satisfaction à l'égard des interactions 	<p>↑ significative des interactions, mais ≠ ↑ satisfaction à leur égard.</p> <p>↓ significative du visionnement de TV.</p> <p>Les discussions autour des œuvres d'art contribuent à augmenter le niveau d'activités sociales.</p>
Creativity and Aging Study <i>Cohen et coll., 2006</i>	Quasi expérimental : prétest post-test avec groupe témoin États-Unis	141 aînés \bar{x} âge : 79 ans GE : 77	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Perception de l'état de santé et de l'utilisation de services de santé ▪ Santé mentale (moral, solitude, symptômes dépressifs) ▪ Engagement dans des activités sociales (inventaire des activités : nature, fréquence et durée) ▪ Médication utilisée 	<p>↑ significative perception état de santé (groupe témoin = déclin).</p> <p>Tendance à l'augmentation d'activités (groupe témoin = diminution).</p> <p>↓ significative des chutes (groupe témoin = augmentation).</p> <p>↑ significativement supérieure des visites chez le médecin.</p> <p>↑ significativement moins élevée de la consommation de médicaments.</p> <p>↓ solitude plus importante et ↓ moral moins importante que dans le groupe témoin.</p>
Northern Broome Senior Center Garden Club <i>Austin et coll., 2006</i>	Quasi expérimental : prétest post-test sans groupe témoin États-Unis	6 aînés \bar{x} âge : 68 ans	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Perception de l'état de santé ▪ Activités ▪ Symptômes dépressifs ▪ Condition physique 	<p>↑ significative des activités sociales.</p> <p>↑ significative de la santé psychologique.</p> <p>Le jardinage communautaire est devenu une activité entièrement assumée par ses participants. Effets à plus long terme à prévoir sur la santé physique.</p>
Senior Health and Physical Exercise (SHAPE) <i>Fisher et Fuzhong, 2004</i>	Quasi expérimental : prétest post-test avec groupe témoin États-Unis	582 aînés ≥ 65 ans GE : 224	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Santé mentale ▪ Santé physique ▪ Satisfaction 	<p>↑ significative santé mentale.</p> <p>↑ significative santé physique.</p> <p>↑ significative satisfaction.</p>
Social Activation <i>Arnetz et coll., 1983, 1982</i>	Quasi expérimental : prétest post-test avec groupe témoin Suède	60 aînés \bar{x} âge : 78 ans GE : 30	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Endocrinologie ▪ État de santé physique, sociale et psychologique 	<p>↑ significative de la participation aux activités publiques.</p> <p>↑ interactions entre le personnel et les résidents.</p> <p>↑ santé physique.</p> <p>Ambivalence du personnel à l'égard des aînés qui « prennent leur place ».</p>
Senior Center <i>Aday et coll., 2006</i>	Implicite : post-test avec estimation de la différence États-Unis	415 femmes > 50 ans \bar{x} âge : 74 ans	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Satisfaction par rapport à l'influence du centre sur la vie quotidienne ▪ Réseau de soutien social ▪ Participation aux activités du centre 	<p>↑ satisfaction dans la vie.</p> <p>↓ solitude.</p> <p>Davantage de bénéfiques pour les femmes âgées vivant seules.</p>

f. PROJETS INTERGÉNÉRATIONNELS : DESCRIPTION				
Intervention	But	Processus organisationnels	Programme et activités	Fréquence
Mutual Association for Self-Help (MASH) <i>Kalson, 1976</i>	Offrir un rôle social majeur à des aînés institutionnalisés.	Jumelage d'aînés et d'adultes présentant un retard intellectuel dans le contexte de rencontres centrées sur des activités.	3 activités réalisées à chaque rencontre : artisanat, activité récréative, échange autour d'un rafraîchissement.	2 rencontres par semaine durant 3 mois.
Intergenerational Group <i>Jones et coll., 2004</i>	Améliorer la qualité de vie des aînés en leur offrant des occasions d'interactions sociales avec des jeunes.	Rencontres de groupe réunissant des aînés en situation de pauvreté et des jeunes éprouvant des difficultés psychosociales.	Opérationnalisation de 12 facteurs thérapeutiques (stimuler l'espoir, donner de l'information, etc.). Activités : discussions de groupe, jeux, artisanat, sorties.	2 rencontres par mois durant 11 mois.
Community Intergenerational Program <i>Poole et Gooding, 1993</i>	Établir des relations positives entre des élèves d'une école primaire et des aînés.	Jumelage d'écoliers et d'aînés dans le contexte de rencontres sociales.	2 activités réalisées à chaque rencontre : artisanat et échange.	1 rencontre par semaine durant 8 semaines.

f. PROJETS INTERGÉNÉRATIONNELS : RÉSULTATS				
Intervention	Modèle d'évaluation	Échantillon	Dimensions à l'étude	Résultats
Mutual Association for Self-Help (MASH) <i>Kalson, 1976</i>	Quasi expérimental : prétest post-test avec groupe témoin États-Unis	32 aînés \bar{X} âge : 79 ans GE : 16	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Moral, satisfaction, interactions sociales ▪ Pour le groupe expérimental : satisfaction par rapport au rôle social et attitude à l'égard des personnes ayant un handicap 	Preuve clinique d'un nombre accru d'interactions sociales pour le groupe d'intervention. Différence significative prétest post-test dans le groupe d'intervention quant à l'attitude par rapport aux personnes ayant un handicap.
Intergenerational Group <i>Jones et coll., 2004</i>	Implicite : post-test avec estimation de la différence États-Unis	8 aînés \bar{X} âge : 71 ans	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Perception des bénéfices de la participation au groupe 	Principaux bénéfices perçus : cohésion du groupe, apprentissages interpersonnels, partage d'information, altruisme, développement d'habiletés sociales, espoir, ↑ affect des aînés dépressifs. Cependant, arriver à développer la cohésion du groupe en tenant compte des besoins individuels et générationnels présente un défi notoire pour les animateurs.
Community	Implicite : post-	13 aînés	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Observation participante tout au long 	Difficile de recruter des aînés, essentiel d'utiliser

f. PROJETS INTERGÉNÉRATIONNELS : RÉSULTATS				
Intervention	Modèle d'évaluation	Échantillon	Dimensions à l'étude	Résultats
Intergenerational Program <i>Poole et Gooding, 1993</i>	test avec estimation de la différence Canada	\bar{x} âge : 80 ans	du processus	diverses stratégies et de profiter des occasions de communication informelles. Niveau élevé de satisfaction des participants. Prise en charge partielle du groupe par les participants. Poursuite de contacts informels au-delà des 8 semaines d'activités. Les professionnels orientent le déroulement du projet en fonction de leur champ d'expertise.

g. GROUPES DE SOUTIEN OU D'ENTRAIDE : DESCRIPTION				
Intervention	But	Processus organisationnels	Programme et activités	Fréquence
Bereavement Support Group <i>Caserta et Lund, 1996, 1993</i>	Réduire les symptômes dépressifs et de peine d'époux âgés endeuillés.	Groupes de 6 personnes en moyenne. Animation par des pairs ou des professionnels. Rencontres tenues dans des lieux proches du domicile des participants (bibliothèques publiques, résidences, etc.).	Groupes basés sur un modèle d'auto-aide où le responsable agit comme facilitateur du processus de groupe. 4 étapes du deuil : acceptation de la perte; expérience de la douleur; ajustement; retrait émotif et réinvestissement.	1 rencontre par semaine durant 8 semaines + 10 rencontres mensuelles.
Support Groups for Widowed Seniors <i>Stewart et coll., 2001</i>	Créer un réseau de pairs pour suppléer au réseau social naturel d'aînés veufs.	Groupes de 5 à 9 aînés endeuillés. Co-animation par un pair et un professionnel.	Les participants décident des thèmes à aborder. Planification et conception des activités (jeux de rôle, études de cas, etc.) à partir des choix des participants.	1 rencontre par semaine durant un maximum de 20 semaines.

g. GROUPES DE SOUTIEN OU D'ENTRAIDE : RÉSULTATS				
Intervention	Modèle d'évaluation	Échantillon	Dimensions à l'étude	Résultats
Bereavement Support Group <i>Caserta et Lund, 1996, 1993</i>	Expérimental aléatoire États-Unis	286 veufs 50-91 ans	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nombre de rencontres auxquelles le sujet a participé ▪ Ressources personnelles (estime de soi, satisfaction, sentiment de compétence) ▪ Symptômes dépressifs et peine 	<p>↓ significative des symptômes dépressifs et de la solitude. Résultats renforcés chez les sujets ayant des contacts avec des membres hors des rencontres du groupe et une plus longue durée d'intervention.</p> <p>Les caractéristiques intra-personnelles comme l'estime de soi et la satisfaction par rapport à sa vie pourraient être plus importantes qu'un groupe d'entraide pour traverser un deuil.</p>
Support Groups for Widowed Seniors <i>Stewart et coll., 2001</i>	Quasi expérimental : prétest post-test avec groupe témoin Canada	23 veuves ≥ 55 ans \bar{x} âge : 66 ans	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Soutien social ▪ Affects positif et négatif ▪ Solitude ▪ Isolement social et émotionnel 	<p>↑ significative satisfaction par rapport au soutien.</p> <p>↓ significative besoins de soutien.</p> <p>↑ significative affect positif.</p> <p>Occasions de nouer de nouvelles relations et de s'engager dans des activités sociales, échange de stratégies d'adaptation.</p> <p>Plus d'effets positifs pour les veuves depuis moins de 2 ans.</p>

La majorité des projets de nature récréative, sportive et socioculturelle ont été évalués à l'aide d'un modèle expérimental aléatoire ou quasi expérimental prétest post-test avec groupe témoin. Ainsi, les programmes **Visual Art Discussion**, **Creativity and Aging Study**, **SHAPE** et **Social Activation** ont été évalués en utilisant un groupe témoin pour appuyer la démonstration des effets des interventions sur les participants. Les échantillons comptent de 40 à presque 600 aînés. Toutes les interventions montrent des bénéfices statistiquement significatifs par rapport à au moins deux dimensions de la participation sociale et de l'état général de santé, parmi lesquels l'augmentation des interactions sociales, la réduction des chutes et la diminution de la solitude. Les deux autres interventions de cette sous-catégorie ont été évaluées à l'aide d'un modèle implicite post-test avec estimation de la différence (**Senior Center**) ou quasi expérimental prétest post-test sans groupe témoin (**Garden Club**). L'échantillon du programme **Senior Center**, de plus de 400 femmes âgées, conduit à un important corpus de données sur la perception des femmes par rapport au centre pour aînés; selon elles, participer aux activités collectives organisées par ce genre de centre leur permet d'amoinrir leur solitude et d'augmenter leur niveau global de satisfaction. En revanche, l'échantillon du programme **Garden Club** compte seulement six aînés. Bien que les bénéfices du programme soient statistiquement significatifs, la petite taille de l'échantillon amène à pondérer les résultats.

Deux des trois projets intergénérationnels, soit **Community Intergenerational Program** et **Intergenerational Group**, ont été évalués à l'aide d'un modèle implicite post-test avec estimation de la différence. L'évaluation a porté sur la perception des participants quant aux bénéfices des programmes, sur leurs types d'interactions sociales ainsi que sur les conditions favorables à la cohésion de groupe. Le troisième programme, **MASH**, a été évalué à l'aide d'un modèle quasi expérimental prétest post-test avec groupe témoin. Aucune différence n'a été constatée entre les deux groupes de cette étude quant aux dimensions évaluées; cependant, les participants du groupe d'intervention ont démontré un changement significatif d'attitude entre le début et la fin du programme.

Malgré des résultats généralement positifs, il ressort de l'évaluation de ces trois interventions que réunir deux générations dans le contexte d'activités essentiellement communicatives ne va pas sans heurts. Dans l'intervention **MASH**, on rapporte que la personnalité et les perceptions de chaque membre du groupe influencent énormément le cours des échanges entre les participants, et que le degré d'adhésion à la démarche collective est très variable d'une personne à l'autre. Dans l'intervention **Intergenerational Group**, on souligne que la cohésion du groupe a été difficile à instaurer, notamment parce que les aînés trouvaient les jeunes trop dissipés et bruyants, d'où le désistement de plusieurs participants âgés. Comme on le verra à la section suivante, ce type de problèmes semble absent des programmes intergénérationnels où les aînés jouent un véritable rôle de mentors.

Quant aux deux groupes de soutien pour veufs et veuves, enfin, ils ont été évalués de deux manières différentes. Pour le programme **Bereavement Support Group**, dont l'échantillon comptait 286 veufs, un modèle expérimental aléatoire a été utilisé. Il ressort de l'évaluation que le fait de participer au groupe d'entraide a entraîné une diminution significative des symptômes dépressifs et de la solitude.

On souligne aussi que dans ce type de groupe s'instaure souvent une forte intimité entre les membres, et ce faisant, certains d'entre eux s'engagent dans des relations interpersonnelles qui se maintiennent au-delà de la durée de l'intervention. En ce qui concerne l'intervention **Support Groups for Widowed Seniors**, dont l'échantillon était composé de 23 veuves, elle a été évaluée à l'aide d'un modèle quasi expérimental sans groupe témoin. La participation au groupe a été associée à une augmentation significative de l'affect positif et à une diminution significative des besoins en soutien.

6.2.3 Bénévolat organisé et non organisé

Comme on l'a déjà souligné, l'engagement dans des activités de bénévolat occupe une grande part de la littérature consacrée à la participation sociale des personnes âgées. D'ailleurs le bénévolat, qu'il soit organisé (réalisé au sein d'une organisation structurée) ou non organisé (sans association avec une organisation structurée), est souvent considéré comme un synonyme de la participation sociale des aînés.

Quatre interventions visant à favoriser ou à accompagner le bénévolat des aînés ont été répertoriées; elles se rapportent toutes à du bénévolat organisé. Trois d'entre elles sont des projets intergénérationnels et invitent des personnes âgées à œuvrer auprès d'écoliers ou d'enfants malades. Dans le programme **Experience Corps Baltimore** (Fried et coll., 2004), les aînés s'engagent quinze heures par semaine dans des projets (éveil à la lecture, persévérance scolaire, etc.) visant à appuyer le cheminement d'élèves du primaire. Le programme **Intergenerational Tutoring** (Kinnevy et Morrow-Howell, 1999) a des objectifs semblables, mais l'implication des bénévoles âgés, en dehors des heures de classe et dans le contexte d'un jumelage un à un, se limite à une heure hebdomadaire. Dans le premier programme, les aînés sont vraiment intégrés au milieu de vie scolaire – ils forment d'ailleurs une équipe de sept à dix bénévoles par école –, alors que dans le second cas, leurs activités sont un complément aux journées scolaires. Quant au **Foster Grandparent Program** (Rook et Sorkin, 2003), il mobilise des aînés qui aideront aux soins et au soutien affectif donnés à des enfants hospitalisés pour des troubles graves du développement. Les bénévoles doivent s'engager vingt heures par semaine.

Une seule autre intervention relative au bénévolat des aînés a été recensée, qui soutient celle-là l'engagement auprès des aînés fragiles ou vulnérables. Il s'agit du programme **Experience Corps for Independent Living** (Rabiner, 2001). Afin d'attirer et de garder les bénévoles qui assureront les services aux personnes âgées dans le besoin, on mise sur l'encadrement et la formation, ainsi que sur des tâches non traditionnelles, diversifiées, et parfois prestigieuses. Cependant, cette intervention a seulement fait l'objet d'une évaluation d'implantation, et on ne peut connaître ses effets sur les bénévoles âgés. Elle n'a donc pas été retenue dans l'analyse finale.

h. PROJETS INTERGÉNÉRATIONNELS : DESCRIPTION				
Intervention	But	Processus organisationnels	Programme et activités	Fréquence
Foster Grandparent Program <i>Rook et Sorkin, 2003</i>	Améliorer le bien-être psychologique des aînés par l'entremise de soins donnés à un enfant.	Mettre en place les conditions susceptibles de conduire à la création de liens sociaux entre les bénévoles et offrir un contexte où les participants prennent régulièrement soin d'un enfant. Petite allocation et repas en commun pour les participants à la fin de chaque journée de travail.	Soins à un enfant malade. Échanges informels et réunions avec les autres bénévoles et le personnel de l'établissement hospitalier.	4 heures par jour, 5 jours par semaine.
Experience Corps Baltimore <i>Fried et coll., 2004</i>	Améliorer simultanément l'activité physique, sociale et cognitive des aînés au moyen d'un travail bénévole dans une école primaire publique.	Processus de recrutement en plusieurs étapes. 15-30 bénévoles/école. Aînés formés et regroupés en équipes de 7 à 10. Encouragement financier : 150-200 \$/mois (remboursement des frais engagés et reconnaissance).	Rôles : éveil à la lecture, soutien à la bibliothèque, résolution pacifique de conflits, promotion de l'assiduité à l'école (autres rôles en développement, rôles multiples encouragés).	15 heures par semaine durant toute l'année scolaire.
Intergenerational Tutoring Program <i>Kinney et Morrow-Howell, 1999</i>	Permettre aux aînés de poursuivre leur développement personnel et leur contribution à la communauté.	Jumelage d'aînés bénévoles et d'écopiers de 5 à 9 ans. Rencontres mensuelles des bénévoles pour partager des expériences, résoudre des problèmes et établir des liens.	Travail individuel avec les enfants pour les aider à développer leurs habiletés en lecture et leur estime de soi. Processus : parler d'une expérience importante pour l'enfant, rédiger une courte histoire sur le thème, lire l'histoire avec l'enfant.	1 heure par semaine durant toute l'année scolaire.

h. PROJETS INTERGÉNÉRATIONNELS : RÉSULTATS				
Intervention	Modèle d'évaluation	Échantillon	Dimensions à l'étude	Résultats
Foster Grandparent Program <i>Rook et Sorkin, 2003</i>	Expérimental aléatoire États-Unis	180 aînés ≥ 60 ans \bar{X} âge : 70 ans GE : 52	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Santé psychologique (estime de soi, solitude et dépression) ▪ Liens sociaux (échanges positifs ou négatifs) 	<p>↑ significative des relations sociales. ≠ ↑ santé psychologique.</p> <p>Le programme facilite la création de liens entre pairs en offrant des occasions de contacts sociaux réguliers structurés autour d'activités partagées et de rôles sociaux signifiants; cependant, ces nouveaux liens ne sont pas associés avec les gains attendus sur le plan de la santé psychologique.</p>
Experience Corps Baltimore <i>Fried et coll., 2004</i>	Expérimental aléatoire États-Unis	128 aînés ≥ 60 ans \bar{X} âge : 69 ans GE : 70	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Activité cognitive ▪ Habileté physique (force du poignet, marche) ▪ État de santé ▪ Statut fonctionnel ▪ Activités physiques ▪ Réseaux sociaux et soutien social 	<p>Démonstration d'une amélioration significative pour chacun des principaux facteurs de risque dans le groupe d'intervention.</p> <ul style="list-style-type: none"> ↑ significative activité physique. ↑ significative force musculaire. ↑ significative soutien social. ↓ significative visionnement TV. = activité cognitive de moyenne et haute intensité à la maison.
Intergenerational Tutoring Program <i>Kinnevy et Morrow-Howell, 1999</i>	Implicite : post-test avec estimation de la différence États-Unis	97 aînés 55 à 89 ans \bar{X} âge : 70 ans	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Perception des bénéfices personnels du tutorat : générativité, bien-être, occasion de faire quelque chose d'utile, d'apprendre de nouvelles choses 	<p>En général, les tuteurs perçoivent que leur participation au programme est bénéfique ; perception qui ne varie pas en fonction de l'âge, du sexe ou de l'état civil; les bénéfices augmentent avec l'augmentation de la durée de l'implication. Bénéfices les plus importants : par rapport au bien-être (100 %), ensuite générativité (96 %); ce haut niveau de satisfaction pourrait être dû à la nature des programmes intergénérationnels, qui offrent un sentiment de maîtrise aux aînés à une époque de leur vie où ils peuvent percevoir qu'ils perdent des capacités.</p>

Comme pour presque tous les sous-groupes d'intervention, il est difficile de comparer l'évaluation des programmes intergénérationnels de bénévolat, puisque l'une est issue d'un modèle implicite post-test avec estimation de la différence (***Intergenerational Tutoring Program***), et les deux autres d'un modèle expérimental aléatoire utilisé auprès de plus d'une centaine d'aînés (***Experience Corps Baltimore*** et ***Foster Grandparent Program***). Ces deux dernières études montrent d'ailleurs des résultats contradictoires. Le programme ***Experience Corps Baltimore*** entraîne des bénéfices significatifs variés pour la santé sociale, physique et mentale des participants, ainsi qu'un très haut niveau de satisfaction et de maintien des bénévoles. Le ***Foster Grandparent Program*** a quant à lui des effets assez mitigés : ainsi l'augmentation des relations sociales ne s'accompagne d'aucune amélioration de la santé psychologique, ni d'une autre des variables étudiées, ce qui porte à croire que les nouveaux liens créés ne sont pas sans difficulté.

On peut s'interroger sur les raisons de cet écart notoire entre les résultats des deux interventions. Toutes deux partagent pourtant une durée d'implication hebdomadaire extensive, ainsi qu'un encadrement des bénévoles par des sessions d'échanges et de la formation. La nature des rôles et responsabilités des bénévoles âgés est peut-être l'une des explications. Dans l'***Experience Corps Baltimore***, les aînés sont amenés à réaliser des projets variés, souvent conçus par eux-mêmes et favorisant des rôles multiples; les participants au ***Foster Grandparent Program***, eux, doivent prendre soin d'un enfant quotidiennement, et donc réaliser des tâches qui peuvent se révéler exigeantes ou répétitives, dans un contexte hospitalier hautement spécialisé et compartimenté. Les évaluateurs de cette dernière intervention formulent l'hypothèse que dans un contexte social complexe entraînant des interactions sociales tant négatives que positives, l'effet des liens négatifs peut annuler les bénéfices des liens positifs (Rook et Sorkin, 2003).

En ce qui concerne l'***Intergenerational Tutoring Program***, l'évaluation réalisée auprès de 97 bénévoles aînés montre qu'une proportion extrêmement élevée d'entre eux considèrent que le programme contribue à leur bien-être et a des bénéfices diversifiés pour leur état de santé global.

6.2.4 Implication sociopolitique et militance

Ce cinquième et dernier mode de participation sociale regroupe des interventions qui suscitent l'implication des personnes âgées dans une perspective d'action sociopolitique. Elles se distinguent des interventions du mode précédent en ce que les aînés sont amenés à être des acteurs de changement social, sur une base de participation sociale plus collective qu'individuelle. En outre, la plupart ont été évaluées à l'aide d'un devis qualitatif.

Ici encore, on compte des interventions intergénérationnelles : ainsi le programme de logements partagés ***Homeshare NSW*** jumelle une personne âgée pouvant offrir gratuitement un toit et un jeune adulte prêt à assumer certaines tâches domestiques en échange (Wesley Mission Melbourne, 2004; Squires, 2001), alors que le projet de planification urbaine ***Long Island City 2000*** vise à amener des aînés et des écoliers à réfléchir à l'avenir de leur quartier et à influencer la prise de décision municipale dans ce domaine (Kaplan 1994). Par l'entremise d'une expérience fondée sur l'élaboration de

solutions innovatrices en matière d'habitation pour l'une, et de développement urbain pour l'autre, ces deux interventions entendent contribuer aux changements de perception chez les aînés, les enfants et les jeunes adultes. La participation sociale des aînés s'inscrit donc dans un désir de rapports intergénérationnels dialogiques et solidaires.

Les trois autres interventions répertoriées sous ce mode proposent des initiatives d'action sociale visant le leadership communautaire des aînés (***Leadership Enhancement for the Active Retired***, ou ***LEAR***; Schultz et Galbraith, 1993), l'amélioration de la prestation de services de santé et sociaux aux aînés (***Fife User Panels and Frail Service Users***; Barnes et Bennett, 1998) ainsi que l'activisme politique (***Raging Grannies***; Hutchinson et Wexler, 2007). Dans tous les cas, les aînés sont amenés à jouer un rôle actif à l'intérieur de structures décisionnelles démocratiques qui visent explicitement le changement social et la construction d'une société plus juste et inclusive.

j. ACTION SOCIALE : DESCRIPTION				
Intervention	But	Processus organisationnels	Programme et activités	Fréquence
Leadership Enhancement for the Active Retired (LEAR) <i>Schultz et Galbraith, 1993</i>	Développer l'efficacité civique des aînés et leur habileté à jouer un rôle de leaders communautaires.	Dîner d'orientation, suivi d'une « retraite » de quelques jours, de rencontres hebdomadaires et d'un banquet de clôture.	Cours axés sur le développement d'habiletés de communication et de leadership.	3 jours de retraite, 8 rencontres hebdomadaires
Fife User Panels and Frail Service Users <i>Barnes et Bennett, 1998</i>	Permettre à des aînés fragiles d'échanger sur leurs expériences d'utilisation des services de santé et sociaux, en vue d'influencer l'offre de service.	Rencontres de groupe à l'extérieur du domicile (défis logistiques posés par le regroupement d'aînés fragiles). Mécanismes d'échange avec les responsables de la prestation des services, au-delà de la rétroaction sur des services en particulier.	Discussions sur des thèmes jugés importants par les aînés. Représentations auprès de gestionnaires du réseau de la santé et des services sociaux.	Rencontres mensuelles durant 3 ans.
Raging Grannies <i>Hutchinson et Wexler, 2007</i>	Rassembler des femmes âgées désireuses de s'impliquer comme activistes et de travailler à la construction d'une société plus juste.	Structure organisationnelle locale, démocratique et souple. Sorties publiques axées sur des stratégies de visibilité, pour prendre sa place dans l'espace public et faire entendre les messages élaborés.	Réunions régulières des membres. Composition de chansons dénonçant les injustices. Interprétation des chansons au cours d'événements publics.	Fréquence variable, selon les membres.

j. ACTION SOCIALE : RÉSULTATS				
Intervention	Modèle d'évaluation	Échantillon	Dimensions à l'étude	Résultats
Leadership Enhancement for the Active Retired (LEAR) <i>Schultz et Galbraith, 1993</i>	Implicite : post-test avec estimation de la différence États-Unis	27 aînés \bar{x} âge : 63 ans	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Caractéristiques des aînés ayant assumé des fonctions de leadership après les formations ▪ Perception des besoins de formation supplémentaire 	Pour les femmes, nouvelles avenues d'expression et de leadership et occasion de modifier les rôles sexués traditionnels. Plus d'intérêt pour des rôles dans des ONG que dans des organisations d'aînés. Facteurs facilitant le leadership communautaire : conscience de ses habiletés personnelles et construction de la confiance; approches expérientielles et conscientisation aux enjeux locaux.

j. ACTION SOCIALE : RÉSULTATS				
Intervention	Modèle d'évaluation	Échantillon	Dimensions à l'étude	Résultats
Fife User Panels and Frail Service Users <i>Barnes et Bennett, 1998</i>	Implicite : post-test avec estimation de la différence Angleterre	20 aînés fragiles et isolés \bar{x} âge : 82 ans	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bénéfices pour les aînés ▪ Effets sur l'offre de services de santé et sociaux aux aînés fragiles 	Pour les participants : développement personnel, ↑ estime de soi et capacité d'influencer le changement, ↑ contacts sociaux et réciprocité. Pour les services : ouverture à une implication véritable des usagers dans la détermination des services offerts, au-delà de consultations ponctuelles.
Raging Grannies <i>Hutchinson et Wexler, 2007</i>	Implicite : post-test avec estimation de la différence Canada	16 femmes de 49 à 92 ans	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Histoire personnelle ▪ Engagement avec le groupe ▪ Fonctionnement de l'organisation ▪ Bénéfices perçus 	Faire partie des Raging Grannies peut contribuer à un vieillissement en santé. Plusieurs processus stimulant la responsabilisation « empowerment » personnelle qui se traduit par : sens du soi élargi, valorisation personnelle, éthique d'autosoins « self-care », avoir des buts dans la vie.

k. PROJETS INTERGÉNÉRATIONNELS : DESCRIPTION				
Intervention	But	Processus organisationnels	Programme et activités	Fréquence
Long Island City 2000 <i>Kaplan, 1994</i>	Promouvoir la participation des résidents âgés et des enfants à la planification de l'avenir de leur quartier.	Volonté d'aller plus loin que la simple expression de préoccupations et d'influencer la prise de décision en matière de planification urbaine.	8 activités : création d'un modèle de quartier idéal, analyse du territoire, présentations des résultats à des professionnels de l'urbanisme, etc.	99 sessions de travail au cours de l'année scolaire.
Homeshare NSW <i>Wesley Mission Melbourne, 2004; Squires, 2001</i>	Favoriser le maintien à domicile et diminuer l'isolement social d'aînés vivant à domicile.	Jumeler des aînés vivant à domicile et des jeunes cherchant une chambre à louer.	Les aînés offrent un logement gratuit aux jeunes en échange de menus travaux et services et de compagnie.	Durée variable des jumelages.

k. PROJETS INTERGÉNÉRATIONNELS : RÉSULTATS				
Intervention	Modèle d'évaluation	Échantillon	Dimensions à l'étude	Résultats
Long Island City 2000 <i>Kaplan, 1994</i>	Quasi expérimental : prétest et post-test sans groupe témoin États-Unis	8 aînés 64 à 80 ans	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Perception des bénéfices du projet ▪ Intérêt et connaissances par rapport aux affaires de la communauté ▪ Attitude par rapport à la jeune génération 	<p>Le projet n'a pas modifié la perception qu'avaient les aînés de leur quartier, mais prise de conscience des enjeux locaux.</p> <p>Augmentation des connaissances sur le quartier : géographie, besoins des résidents, processus de planification urbaine.</p> <p>Confiance dans les perceptions et idées personnelles au sujet du quartier, prise de parole.</p> <p>Sensibilisation aux réalités de l'autre groupe d'âge.</p> <p>Certaines activités sont plus attirantes pour un groupe que pour l'autre. Le rôle des aînés dans l'école représente plus que du tutorat ou de l'assistance à des professeurs.</p>
Homeshare NSW <i>Wesley Mission Melbourne, 2004;</i>	Implicite : post-test avec estimation de la différence Australie	86 jumelages (entre 1 aîné et 1 jeune) \bar{x} âge : 82 ans (20 % ≥ 90 ans)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Durée moyenne des jumelages ▪ Perceptions des aînés, de leurs proches et des jeunes adultes hébergés quant aux bénéfices/difficultés du programme 	<p>Option efficace pour certains aînés vivant seuls et qui désirent demeurer dans leur domicile.</p> <p>Aînés : ↓ besoins en services de soutien à domicile pour certains, possibilité de rester plus longtemps chez soi.</p>

k. PROJETS INTERGÉNÉRATIONNELS : RÉSULTATS				
Intervention	Modèle d'évaluation	Échantillon	Dimensions à l'étude	Résultats
<i>Squires, 2001</i>				Jeunes : faciliter la recherche de logement, logement abordable. Entourage des aînés : réduction de l'anxiété quant au bien-être du proche âgé. Également : bénéfices intergénérationnels et en matière de capital social.

Les trois expériences d'action sociale (***Fife User Panels and Frail Service Users, Raging Grannies*** et ***LEAR***) ont été évaluées à l'aide d'un modèle implicite post-test avec estimation de la différence; les échantillons comptaient en moyenne vingt aînés. Les trois études concluent que ce genre de démarche a le pouvoir de générer un double processus de prise en charge des aînés : par rapport à leur vie personnelle et par rapport à leur rôle de citoyens critiques et participatifs. Leurs auteurs remarquent aussi qu'un tel engagement est accessible à tous les aînés, et non aux plus vigoureux seulement. Par exemple, l'intervention ***Fife User Panels and Frail Service Users*** a réussi à rejoindre et à mobiliser des aînés souffrant de limitations fonctionnelles importantes en adaptant ses activités aux caractéristiques de son public cible.

En ce qui concerne les deux projets intergénérationnels, ***Long Island City 2000*** a été évalué à l'aide d'un modèle quasi expérimental prétest post-test sans groupe témoin et ***Homeshare NSW***, avec un modèle implicite post-test avec estimation de la différence. Dans le cas du premier projet, dont l'échantillon se limite à huit aînés, on constate chez les participants une prise de conscience et une augmentation de l'engagement par rapport à leur quartier et aux enjeux locaux. Le second projet semble représenter une option intéressante pour le maintien à domicile de certains aînés, tout en offrant des avantages à leurs proches aidants. Toutefois, l'évaluation des processus dévoile aussi les difficultés à travailler conjointement avec deux générations dont les champs d'intérêts et les besoins peuvent différer grandement.

6.3 EN SOMME : DES CLÉS POUR UNE VASTE GAMME D'INTERVENTIONS

Les interventions recensées couvrent un spectre très étendu et rejoignent des groupes variés de personnes, des plus fragiles et isolées aux plus actives et engagées, et ce, pour les cinq modes d'intervention (figure 7).

Étant donné la diversité notoire des interventions et de leur devis d'évaluation, il est passablement difficile de comparer les résultats et de dégager les pratiques les plus efficaces ou prometteuses. Chacune à leur manière, ces interventions constituent des pistes d'action intéressantes; il serait donc dommage d'en réduire la richesse en privilégiant l'une ou l'autre.

L'analyse des résultats permet néanmoins de dégager des conditions favorables à la participation sociale des personnes âgées, et communes à plusieurs interventions. Elles sont présentées au tableau 7, en fonction de deux aspects des interventions : l'approche auprès des participants et la dimension organisationnelle. Pour chaque condition sont donnés deux exemples d'interventions qui l'intègrent particulièrement bien.

Tableau 7. Conditions d'intervention favorables à la participation sociale des aînés

Conditions	Description	Interventions-modèles
APPROCHES D'INTERVENTION		
L'originalité du recrutement et des approches de proximité	Stratégies de recrutement et d'intervention non traditionnelles pour rejoindre des aînés, notamment les plus isolés ou en détresse, dans leur milieu et en fonction de leur réalité, notamment les plus isolés ou en détresse.	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Community Gatekeepers (Florio et coll., 1998) ▫ Bereavement Support Group (Caserta et Lund, 1996, 1993)
Le respect et le maintien de l'identité personnelle	Les activités sont conçues en prenant en considération les champs d'intérêts, les besoins, les expériences de vie et la culture des aînés.	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Upstream Healthy Living Centre (Greaves et Farbus, 2006) ▫ Long Island City 2000 (Kaplan, 1994)
Un soutien à la connectivité sociale	Un contexte et des activités qui favorisent la création de relations sociales significatives, la réciprocité et l'exercice d'un rôle, comme celui de mentor.	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Intergenerational Tutoring program (Kinnevy et Morrow-Howell, 1999) ▫ Fife User Panels and Frail Service Users (Barnes et Bennett, 1998)
DIMENSIONS ORGANISATIONNELLES		
La participation à la planification, à la réalisation et à l'évaluation des interventions	La possibilité de prendre part aux structures et processus décisionnels des organisations dans lesquelles on s'engage.	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Raging Grannies (Hutchinson et Wexler, 2007) ▫ Garden club (Austin et coll., 2006)
Une durée suffisante d'intervention	Pour permettre la construction de liens sociaux et le développement d'un sentiment d'appartenance (six mois au minimum).	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Creativity and Aging Study (Cohen et coll., 2006) ▫ Experience Corps Baltimore (Fried et coll., 2004)
Un personnel et des bénévoles au diapason de la participation sociale des aînés	L'attention accordée à la formation et aux pratiques des intervenants et des bénévoles, notamment en ce qui concerne l'évitement d'approches infantilisantes.	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Volunteer Networking (Cheung et Ngan, 2000) ▫ Social Activation (Arnetz et coll., 1983, 1982)

Il convient de souligner que plusieurs des interventions les plus réussies ou prometteuses ont des équivalents au Québec. Cependant, elles ont fait l'objet de peu d'études et la plupart n'ont pas été évaluées. Au cours des prochaines années, il serait important d'avoir des données plus substantielles sur ces interventions locales, régionales et nationales, tant sur le chapitre de la description que de l'évaluation. Cela pourrait servir à la fois à mieux soutenir les bonnes pratiques existantes et à stimuler la mise en place de nouveaux programmes.

7 DISCUSSION

Dans ce chapitre sont résumés les principaux résultats de l'analyse documentaire. Des pistes de recherche et d'intervention visant à poursuivre la démarche entreprise sont également proposées.

7.1 PRINCIPAUX RÉSULTATS

▪ Les définitions de la participation sociale

Les conceptions et définitions de la participation sociale sont plurielles. L'analyse des données recueillies a mené à la classification des définitions en fonction de quatre grandes familles. Ainsi, la participation sociale peut être vue dans les termes suivants : le fonctionnement dans la vie quotidienne; le maintien d'interactions sociales; l'intégration à un réseau social; des pratiques d'associativité structurée.

Privilégier l'une ou l'autre famille de définitions suppose des choix par rapport au profil des personnes que l'on souhaite rejoindre. Ainsi, en optant pour une définition axée sur le bénévolat organisé, on recrutera nécessairement des personnes âgées plus autonomes. Conséquemment, la volonté de favoriser la participation sociale des aînés implique un travail préalable sur le contenu donné à cette notion. Par exemple, une définition orientée vers le bénévolat structuré dans des organisations amènerait à travailler avec les personnes âgées les plus autonomes pour le recrutement de bénévoles.

Par exemple, si l'on opte pour une définition axée sur le bénévolat organisé, on recrutera nécessairement des personnes âgées plus autonomes. En revanche, une définition plus souple permettra d'englober différents niveaux d'autonomie fonctionnelle. En ce sens, le fait pour une personne d'être intégrée dans un réseau de relations significatives, réciproques et génératrices de responsabilités pourrait représenter le point de départ de la participation sociale. Plusieurs auteurs insistent sur le fait que la responsabilité entraîne une position participative dans la communauté, la famille et la société.

▪ Le lien entre la participation sociale et la santé des aînés

Plusieurs études montrent que la participation sociale peut avoir des effets positifs sur la santé et le bien-être des aînés, bien que les définitions données à la notion de participation sociale divergent. Les bénéfices constatés sont variés; ils se rapportent à la santé physique, à la santé mentale et aux patrons d'utilisation des services de santé.

Chercher à comprendre pourquoi la participation sociale influence la santé des aînés oblige à évoquer une multiplicité de facteurs, qu'ils soient psychologiques, cognitifs, sociaux ou physiques. Toutefois, les situations qui permettent aux aînés de réaliser des activités ayant un sens pour eux, de développer des appartenances, de jouer un rôle valorisant, d'être stimulé cognitivement et physiquement et de se projeter dans l'avenir seraient particulièrement profitables au regard de l'amélioration ou du maintien de la santé.

▪ **Les facteurs influençant la participation sociale des aînés**

Le niveau et la nature de la participation sociale des personnes âgées sont influencés par plusieurs facteurs. Certains sont de nature environnementale ou personnelle, et donc susceptibles d'être modifiés. Par exemple : l'état de santé des aînés, leurs revenus, ou encore leur connaissances des possibilités d'engagement social.

D'autres facteurs sont de nature sociodémographique, comme l'âge et le sexe. Même si on ne peut agir directement sur eux, leur rôle dans la participation sociale des aînés incite à les prendre en considération pour construire des approches mieux adaptées aux caractéristiques et à la culture des personnes auxquelles on s'adresse.

Participer socialement apparaît comme un choix individuel, personnel, qui s'inscrit en même temps dans un contexte social favorable à la présence citoyenne des personnes âgées. Au cours des prochaines années, le tableau des facteurs influençant la participation sociale des personnes du troisième âge risque de changer en raison des traits particuliers des nouvelles cohortes d'aînés.

▪ **Les interventions**

Le spectre d'action des interventions recensées est étendu et permet de rejoindre des groupes très diversifiés d'aînés. Les exemples présentés montrent que les interventions visant la participation sociale peuvent s'adresser à tous les profils d'aînés, des plus fragiles ou isolés aux déjà actifs ou en très bonne santé. L'éventail des modes de participation sociale conçu ici permet de visualiser les différentes approches possibles : interactions sociales en contexte individuel; interactions sociales en contexte de groupe; activités et démarches collectives; bénévolat organisé et non organisé; implication sociopolitique et militance.

Plusieurs des interventions réussissant à stimuler ou à renforcer la participation sociale des aînés ont des éléments communs, soit :

- une durée d'intervention suffisante pour permettre par exemple la création de liens sociaux et le développement d'un sentiment d'appartenance;
- l'attention accordée à la formation et aux pratiques des intervenants et des bénévoles, notamment en ce qui concerne l'évitement d'approches infantilisantes;
- des stratégies de recrutement des participants non traditionnelles, comme un système de sentinelles pour les aînés isolés ou la lecture des rubriques nécrologiques pour les époux âgés endeuillés;
- un contexte et des activités qui favorisent la création de relations sociales signifiantes, la réciprocité et l'exercice d'un rôle, comme celui de mentor;
- la possibilité de prendre part aux structures et processus décisionnels des organisations dans lesquelles on s'engage;
- l'accès à des activités encourageant le maintien de l'identité et respectant les caractéristiques et les champs d'intérêt personnels.

7.2 PERSPECTIVES POUR LES RECHERCHES ET LES INTERVENTIONS FUTURES

Tout en ayant été réalisée dans la perspective d'outiller les personnes et organismes œuvrant dans le domaine de la participation sociale des aînés, l'analyse documentaire vise également à susciter des questionnements susceptibles d'alimenter de futurs projets de recherche, éventuellement inscrits dans une perspective d'intervention.

L'actuelle pluralité des définitions de la participation sociale peut être une entrave à la recherche ou à la pratique. Sans privilégier l'adoption d'une définition unique de la participation sociale, car il importe que cette notion s'adapte aux différents milieux où elle se concrétise, il serait pertinent de poursuivre un travail conceptuel sur ce plan, par exemple en interrogeant des intervenants et des aînés actifs dans différents milieux de participation sociale afin de connaître leur vision de la notion. Cette méthode permettrait de vérifier si la définition polysémique de la participation sociale se reflète dans les pratiques, et si le classement en quatre grandes familles de définitions trouve une résonance dans les milieux. Ce travail de terrain pourrait également servir à mobiliser les différents acteurs autour de projets visant la participation sociale des aînés.

Toujours dans l'objectif d'approfondir la notion de participation sociale, des analyses sociologiques et anthropologiques permettraient de circonscrire les différentes facettes et limites des deux notions de « participation » et de « social », prises séparément d'abord, puis comme un tout. La littérature européenne francophone pourrait sans doute enrichir cette exploration sémantique.

Le fait que plusieurs études démontrent les bienfaits de la participation sociale pour la santé des aînés appuie certainement l'importance d'accorder à ce déterminant d'un vieillissement en santé les ressources nécessaires. Néanmoins, cette dimension mériterait des recherches plus poussées, afin de recenser davantage d'études. D'une part, il faudrait couvrir une période plus large; d'autre part, il serait essentiel de bien préciser et délimiter l'objet de recherche, pour ne pas se retrouver à comparer les résultats d'une étude sur le bénévolat avec les résultats d'une étude sur les interactions sociales. Ici encore, on revient aux défis posés par la polysémie de la notion de participation sociale. Il serait également très intéressant de se rapprocher de projets ou d'interventions dans le domaine, dans l'objectif d'évaluer, de manière longitudinale, leurs effets sur la santé des personnes participantes.

Par ailleurs, rappelons qu'il serait regrettable que la participation sociale des aînés soit considérée comme une valeur collective uniquement en raison de ses liens avec la santé de ce groupe de la population. Un tel monopole provoquerait une dérive du sens et des exigences de la participation sociale tout en privant cette approche du projet de société qui lui est intrinsèque.

Les facteurs influençant la participation sociale des aînés mériteraient eux aussi des recherches théoriques. L'analyse documentaire a permis d'en reconnaître une quinzaine. Encore une fois, il pourrait être intéressant de poursuivre les recherches en élargissant la période couverte, entre autres pour déterminer si les facteurs d'influence de la participation sociale changent effectivement d'une cohorte d'aînés à l'autre, et en essayant de trouver des données sur les formes de participation autres que le bénévolat organisé.

Dans un contexte formel de recherche, il serait pertinent, aussi, de soumettre les facteurs précisés dans la littérature aux intervenants et aînés actifs dans des lieux de participation sociale. Un tel échange permettrait d'enrichir et de nuancer la liste des facteurs en fonction des particularités de chaque milieu approché. Ces particularités pourraient être mises en rapport avec les facteurs modifiables, dans le but de favoriser la participation sociale des aînés. La démarche au regard des facteurs d'influence de la participation pourrait, dans un second temps, servir à interpeller les décideurs politiques.

On l'a déjà souligné dans ce document : bien que nombreuses, les interventions québécoises en matière de participation sociale des aînés ont fait l'objet de peu d'études. D'ailleurs, chaque fois que les résultats de l'analyse documentaire ont été présentés publiquement, plusieurs personnes ont remarqué l'absence d'interventions québécoises dans le corpus d'interventions recensées. Une meilleure connaissance de l'éventail des programmes et projets québécois aiderait à cerner comment améliorer ou renforcer des projets en cours. De plus, la recherche donnerait l'occasion de tester l'éventail des modes de participation sociale présenté ici et de le rendre plus conforme à la réalité le cas échéant.

À partir des résultats de l'analyse documentaire, on pourrait également procéder à une recherche-action visant la mobilisation des acteurs clés pour concevoir des projets-pilotes novateurs, qui réinventent la manière d'encourager et de soutenir la participation sociale des aînés. Il y aurait lieu, aussi, d'entreprendre une réflexion éthique sur l'engagement bénévole des aînés. Concrètement, les acteurs sociaux pourraient se demander si on n'est pas en voie de transformer le bénévolat, réputé libre et spontané, en geste plus ou moins obligatoire pour les personnes retraitées.

CONCLUSION

Les résultats de l'analyse documentaire amènent à considérer la participation sociale comme une porte d'entrée privilégiée et accessible pour promouvoir la santé et le bien-être des aînés, ainsi que des communautés dont ils font partie. Deux enjeux doivent cependant être pris en compte lorsqu'on désire travailler auprès et avec des aînés dans une optique de participation sociale.

Premièrement, ce sont d'abord les aînés les mieux nantis et les plus en santé qui sont actifs et qui se sentent à l'aise dans les lieux organisés de participation sociale. Cette réalité nous rappelle l'importance de veiller à éviter les inégalités dans les interventions dirigées vers la participation sociale (Siegrist et coll., 2004). En ce sens, des approches à la fois souples et engagées, soutenues par une analyse sociopolitique, et élaborées avec le concours des représentants âgés des communautés ou groupes visés, apparaissent essentielles pour relever le défi de la participation sociale de tous les aînés.

Deuxièmement, il est crucial de maintenir le cap sur la notion d'activité volontaire et choisie. Comme le soulignent Findlay et Cartwright (2002), ce serait un leurre de croire que tous les aînés ont le désir de participer à la vie de la communauté. En d'autres termes, les personnes qui participent peu socialement ou qui préfèrent la solitude ne se sentent pas nécessairement isolées ou en détresse. De même, des aînés qui choisissent de ne pas participer socialement peuvent être aussi heureux ou en santé que d'autres qui s'impliquent, d'où l'importance de ne pas imposer la participation comme une condition intrinsèque du bien-être. Et comme le rappelle Narushima (2005), l'engagement bénévole, pour en quelque sorte redonner à la société, ne constitue pas une obligation des aînés, bien que certains discours publics le laissent entendre. Erlinghagen et Hank (2006) nous mettent d'ailleurs en garde contre le danger consistant à considérer les aînés comme une armée de bénévoles pouvant assumer à faible coût des responsabilités qui relèvent du système public de services.

Ces considérations prises en compte, les quatre organismes qui assument ce document entendent maintenant faire valoir que la notion de participation sociale, parce qu'elle est porteuse de valeurs comme la réciprocité et la citoyenneté, doit guider les actions destinées à améliorer la qualité de vie des aînés. Avec cette analyse documentaire, les quatre organismes partenaires franchissent un premier pas dans l'exploration de la thématique. Ils entendent par la suite déterminer des pistes de recherche et d'action, élaborer des stratégies, susciter des collaborations, afin de transformer les possibles du vieillissement. Des transformations grâce auxquelles les aînés du Québec n'auront plus de raisons de dire, comme on l'a entendu au cours de la consultation publique sur les conditions de vie des aînés de 2007 : « Madame la ministre, vous savez, quand je parle, personne ne m'écoute, quand je passe, personne ne me regarde. Je suis invisible. C'est ça, vieillir au Québec¹³. »

¹³ Dans plusieurs des interventions de cette catégorie, les participants en viennent à prendre en charge des dimensions des projets, un des éléments des pratiques jugées efficaces en matière de prévention de la solitude et de l'isolement (Cattan *et al.* 2005).

BIBLIOGRAPHIE

- ABBOTT, S., M. FISK et L. FORWARD (2000). « Social and democratic participation in residential settings for older people: realities and aspirations », *Ageing and Society*, vol. 20, p. 327-340.
- ABU-RAYYA, H.M. (2006). « Depression and social involvement among elders », *The Internet Journal of Health*, vol. 5, no 1.
- ADAY, R.H., G.V. KEHOE et L.A. FARNEY (2006). « Impact of senior center friendships on aging women who live alone », *Journal of Women and Aging*, vol. 18, no 1, p. 57-73.
- ANDERSSON, L. (1985). « Intervention against loneliness in a group of elderly women: An impact evaluation », *Social Sciences & Medicine*, vol. 20, no 4, p. 355-364.
- ANDREW, M.K. (2005). « Le capital social et la santé des personnes âgées », *Retraite et société*, vol. 46, p. 131-145.
- ARNETZ, B.B., T. THEORELL, L. LEVI, A. KALLNER et P. ENEROTH (1983). « An experimental study of social isolation of elderly people: Psychoendocrine and metabolic effects », *Psychosomatic Medicine*, vol. 45, no 5, p. 395-406.
- ARNETZ, B.B., M. EYRE et T. THEORELL (1982). « Social activation of the elderly », *Social Science & Medicine*, vol. 16, p. 1685-1690.
- ATCHLEY, R.C. (1991). *Social Forces and Aging. An Introduction to Social Gerontology*, Belmont, Wadsworth Publishing Co.
- ATCHLEY, R.C. (1987). *Aging: Continuity and Change*, Belmont, Wadsworth Publishing Co.
- AUSTIN, E.N., Y.A.M. JOHNSTON et L.L. MORGAN (2006). « Community gardening in a senior center: A therapeutic intervention to improve the health of older adults », *Therapeutic Recreation Journal*, vol. 40, no 1, p. 48-56.
- AVLUND, K., R. LUND, B.E. HOLSTEIN, P. DUE, R. SAKARI-RANTALA et R.L. HEIKKINEN (2004). « The impact of structural and functional characteristics of social relations as determinants of functional decline », *Journal of Gerontology: Social Sciences*, vol. 54B, no 1, p. S44-S51.
- BAKER, L.A., L.P. CAHALIN, K. GERST et J.A. BURR (2005). « Productive activities and subjective well-being among older adults: The influence of number of activities and time commitment », *Social Indicators Research*, vol. 73, p. 431-458.
- BARNES, M. et G. BENNETT (1998). « Frail bodies, courageous voices: Older people influencing community care », *Health and Social Care in the Community*, vol. 6, no 2, p. 102-111.
- BATH, P.A. et D. DEEG (2005). « Social engagement and health outcomes among older people : Introduction to a special section », *European Journal of Ageing*, vol. 2, no 1, p. 24-30.

- BATH, P.A. et A. GARDINER (2005). « Social engagement and health and social care use and medication use among older people », *European Journal of Ageing*, vol. 2, no 1, p. 56-63.
- BENGSTON, V.L. et J.J. DOWD (1981). « Sociological functionalism, exchange theory and life-cycle analysis: A call from more explicit theoretical bridges », *International Journal of Aging and Human Development*, vol. 12, no 1, p. 55-73.
- BENNETT, K.M. (2005). « Social engagement as a longitudinal predictor of objective and subjective health », *European Journal of Ageing*, vol. 2, no 1, p. 48-55.
- BERKMAN, L. et T. GLASS (2000). « Social integration, social networks, social support and health », dans L.F. Berkman et I. Kawachi (sous la dir. de), *Social Epidemiology*, New York, Oxford University Press, p. 137-173.
- BICKEL, J.F. (2003). « Expression citoyenne », *Gérontologie et Société*, vol. 116, p. 263-275.
- BOGAT, G.A. et L.A. JASON (1983). « An evaluation of two visiting programs for elderly community residents », *International Journal of Aging & Human Development*, vol. 17, no 4, p. 267-280.
- BONEHAM, M.A. et J.A. SIXSMITH (2006). « The voices of older women in a disadvantaged community: Issues of health and social capital », *Social Science and Medicine*, vol. 62, p. 269-279.
- BOURDIEU, P. (1986). « The forms of capital », dans J.G. Richardson (sous la dir. de), *Handbook of Theory and Research for the Sociology of Education*, New York, Greenwood Press.
- BUKOV, A., I. MASS et T. LAMPER (2002). « Social participation in very old age: Cross-sectional and longitudinal findings from BASE », *The Journal of Gerontology, Series B*, vol. 57B, no 6, p. 510.
- CANNUSCIO, C., J. BLOCK et I. KAWACHI (2003). « Social capital and successful aging: The role of senior housing », *Annals of Internal Medicine*, vol. 139, p. 395-399.
- CARDINAL, L., LANGLOIS, M.-C.; GAGNÉ, D., TOURIGNY, A. (2008). Perspectives pour un vieillissement en santé : proposition d'un modèle conceptuel. Direction de santé publique de la Capitale-Nationale et Institut national de santé publique du Québec (sous presse).
- CARLSON, M.C., T. SEEMAN et L.P. FRIED (2000). « Importance of generativity for healthy aging in older women », *Aging Clinical and Experimental Research*, vol. 12, no 2, p. 132-140.
- CARO, F.G. et S.A. BASS (1997). « Receptivity to volunteering in the immediate postretirement period », *The Journal of Applied Gerontology*, vol. 16, no 4, p. 427-441.
- CASERTA, M.S. et D.A. LUND (1996). « Beyond bereavement support group meetings: Exploring outside social contacts among the members », *Death Studies*, vol. 20, no 6, p. 537-556.

- CASERTA, M.S. et D.A. LUND (1993). « Intrapersonal resources and the effectiveness of self-help groups for bereaved older adults », *The Gerontologist*, vol. 33, no 5, p. 619-629.
- CATTAN, M., M. WHITE, J. BOND et A. LEARMOUTH (2005). « Preventing social isolation and loneliness among older people: A systematic review of health promotion interventions », *Ageing and Society*, vol. 25, p. 41-67.
- CHARBONNEAU, M. (2008). « Cap sur la générativité », Association canadienne de psychiatrie, [En ligne]. [<http://publications.cpa-apc.org/browse/documents/229>] (consulté le 25 janvier 2008).
- CHARPENTIER, M., A. QUÉNIART, N. GUBERMAN et N. BLANCHARD (2004). « Les femmes aînées et l'engagement social : une analyse exploratoire du cas des Mémés déchaînées », *Lien social et politique – RIAC*, vol. 51, p. 135-143.
- CHEUNG, C. et M. NGAN (2000). « Contributions of volunteer networking to isolated seniors in Hong Kong », *Journal of Gerontological Social Work*, vol. 33, no 2, p. 79-100.
- CHOI, L.H. (2003). « Factors affecting volunteerism among older adults », *The Journal of Applied Gerontology*, vol. 22, no 2, p. 179-196.
- CHOI, N.G., J.A. BURR, J.E. MUTCHLER et F.G. CARO (2007). « Formal and informal volunteer activity and spousal caregiving among older adults », *Research on Aging*, vol. 29, no 2, p. 99-124.
- COHEN, G.D., S. PERLSTEIN, J. CHAPLINE, J. KELLY, K.M. FIRTH et S. SIMMENS (2006). « The impact of professionally conducted cultural programs on the physical health, mental health and social functioning of older adults », *The Gerontologist*, vol. 46, no 6, p. 726-734.
- COLE, T.R., W.A. ACHENBAUM, P.L. JAKOBI et R. KASTENBAUM (1993). *Voices and Visions of Aging: Toward a Critical Gerontology*, New York, Springer.
- COLEMAN, J.S. (1988). « Social capital in the creation of human capital », *American Journal of Sociology*, vol. 94, p. S95-S121.
- COTTRELL, L. (1942). « The adjustment of the individual to his age and sex roles », *American Sociological Review*, vol. 7, p. 617-620.
- COWGILL, D.O. (1993). « Aging and modernization: A revision of the theory, dans J.F. Gubrium (sous la dir. de), *Late Life: Communities and Environmental Policies*, Springfield, Charles C. Thomas, p. 124-146.
- CUMMING, E. et W.E. HENRY (1961). *Growing Old: The Process of Disengagement*, New York, Basis Book.
- DAVIDSON, K. (2004). « Why can't a man be more like a woman? Marital status and social networking of older men, *The Journal of Men's Studies*, vol. 13, no 1, p. 25-43.

DELISLE, M.A. et H. OUELLET (2002). Les « vieux copains »... et leur santé : participation sociale, entraide et recours aux services chez les aînés, Sainte-Foy, Presses de l'Université Laval.

DELISLE, M.A. (2000). « Les devoirs des aînés dans le contexte des sociétés vieillissantes », *Le Gérontophile*, vol. 22, no 4, p. 45-49.

DE VAUS, D., M. GRAY et D. STANTON (2003). Measuring the value of unpaid household, caring and voluntary work of older Australians, Research paper no 34, Australian Institute of Family Studies.

DOWD, J.J. (1975). « Aging as exchange: A preface to theory », *Journal of Gerontology*, vol. 30, p. 584-594.

ERICKSON, E.H. (1985). *Childhood and Society*, New York, W.W. Norton.

ERLINGHAGEN, M. et K. HANK (2006). « The participation of older Europeans in volunteer work », *Ageing and Society*, vol. 26, p. 567-584.

FINDLAY, R. et C.O. CARTWRIGHT (2002). *Social Isolation and Older People: A Literature Review*, Queensland, Australasian Centre on Ageing of the University of Queensland.

FISHER, J.K. et L. FUZHONG (2004). « A community-based walking trial to improve neighbourhood quality of life in older adults: A multilevel analysis », *Annals of Behavioural Medicine*, vol. 28, no 3, p. 186-194.

FLORIO, E.R., J.E. JENSON, M. HENDRYX, R. RASCHKO et K. MATHIESON (1998). « One-year outcomes of older adults referred for aging and mental health services by Community Gatekeepers », *Journal of Case Management*, vol. 7, no 2, p. 74-83.

FONER, A. (1986). *Aging and Old Age: New Perspectives*, Englewood Cliffs, Prentice-Hall.

FOUGEYROLLAS, P., R. CLOUTIER, H. BERGERON, J. CÔTÉ et G. ST-MICHEL (1998). *Classification québécoise : Processus de production du handicap*, Québec, Réseau international sur le Processus de production du handicap.

FRIED, L.P., M.C. CARLSON, M. FREEDMAN, K.D. FRICK, T.A. GLASS, J. HILL, S. MCGILL, G.W. REBOK, T. SEEMAN, J. TIELSCH, B.A. WASIK et S. ZEGER (2004). « A social model for health promotion for an aging population: initial evidence on the Experience Corps Model », *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine*, vol. 81, no 1, p. 64-78.

GEISS, R. (2007). *Après le Japon, la France... Faire du vieillissement un moteur de croissance*, Paris, Institut Montaigne.

GEORGE, L.K. (1993). « Sociological perspectives on life transitions », *Annual Review of Sociology*, vol. 19, p. 353-373.

GODBOUT, J.T. et J. CAILLÉ (2000). *L'esprit du don*, Paris, La Découverte.

GOSSELIN, C., L. RICHARD et F. TRICKEY (1999a). « Évaluation d'implantation d'une intervention visant à réduire l'isolement des aînés à risque de malnutrition », *Bien vieillir*, vol. 5, no 3, p. 1-4.

GOSSELIN, C., F. TRICKEY, L. RICHARD et C. ROBITAILLE (1999b). « Sortir à son goût. Un programme communautaire visant à promouvoir l'intégration sociale des aînés à risque de malnutrition », *Le Gérontophile*, vol. 21, no 2, p. 25-27.

GOVERNMENT OF WESTERN AUSTRALIA (2007). *The State of Ageing in Western Australia. Rapport de recherche*. Access Economics Pty Limited for the Office for Seniors Interests and Volunteering.

GREAVES, C.J. et L. FARBUS (2006). « Effects of creative and social activity on the health and well-being of socially isolated older people: Outcomes from a multi-method observational study », *The Journal of the Royal Society for the Promotion of Health*, vol. 126, no 3, p. 134-142.

GREENFIELD, E. et N. MARKS (2004). « Formal volunteering as a protective factor for older adults' psychological well-being », *The Journal of Gerontology*, vol. 59B, no 5, p. S258-S264.

GROUPE DE TRAVAIL SUR LE VIEILLISSEMENT EN SANTÉ ET LE MIEUX-ÊTRE (2006). *Le vieillissement en santé au Canada : une nouvelle vision, un investissement vital, Document de discussion préparé pour le Comité fédéral-provincial-territorial des hauts fonctionnaires (aînés)*, Ottawa, Gouvernement du Canada.

GUBRIUM, J.F. (1976). « Toward a socio-environmental theory of aging », dans B.D. Bell (sous la dir. de), *Contemporary Social Gerontology*, Springfield, Charles C. Thomas, p. 76-79.

GUILLEMARD, A.M. (2002). « De la retraite mort sociale à la retraite solidaire : La retraite une mort sociale (1972) revisitée trente ans après », *Gérontologie et société*, vol. 102, p. 53-66.

GUILLEMARD, A.M. (1972). *La retraite : une mort sociale*, Paris, Mouton.

HARWOOD, R.H., P. POUND et S. EBRAHIM (2005). « Determinants of social engagement in older men », *Psychology, Health and Medicine*, vol. 5, no 1, p. 75-85.

HOOYMAN, N.R. (2004). « Conceptualizing productive aging », dans Kaye, Lenard W. (éditeur) *Perspectives on Productive Aging*. National Association of Social Workers, Washington D.C. NASW Press, p. 37-60.

HUTCHINSON, S.L. et B. WEXLER (2007). « Is raging good for health? Older women's participation in the Raging Grannies », *Health Care for Women International*, vol. 28, p. 88-118.

JONES, E.D., C. HERRICK et R.F. YORK (2004). « An intergenerational group benefits both emotionally disturbed youth and older adults », *Issues in Mental Health Nursing*, vol. 25, p. 753-767.

KALSON, L. (1976). « A program of social interaction between institutionalized aged and adult mentally retarded persons », *The Gerontologist*, vol. 16, no 4, p. 340-348.

KAPLAN, M. (1994). « Promoting community education and action through intergenerational programming », *Children's Environments*, vol. 11, no 1, p. 64-84.

KAWACHI, I. et L.F. BERKMAN (2000). « Social cohesion, social capital and health », dans L.F. Berkman et I. Kawachi (sous la dir. de), *Social Epidemiology*, New York, Oxford University Press, p. 174-190.

KINNEVY, S. et N. MORROW-HOWELL, (1999). « Perceived benefits of intergenerational tutoring », *Gerontology and Geriatrics Education*, vol. 20, no 2, p. 3-17.

KOCKEN, O.L. et A.J.J. VOORHAM (1998). « Effects of a peer-led senior health education program », *Patient Education and Counseling*, Vol. 34, P. 15-23.

Laboratoire d'informatique et de terminologie de la réadaptation et de l'intégration sociale (2008). Index international de la réadaptation et de l'intégration sociale, [En ligne]. [<http://www.med.univ-rennes1.fr/iidris/>] (consulté le 28 mai 2008).

LANGLOIS, A.M. (2006). La participation citoyenne au cœur de la responsabilité populationnelle. Implantation de la Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives, Document de soutien, Québec, Gouvernement du Québec.

LEFRANÇOIS, R. (2007a). « Le paradoxe du vieillissement réussi », dans M. Arcand et R. Hébert (sous la dir. de), *Précis pratique de gériatrie*, Saint-Hyacinthe, Edisem, p. 63-82.

LEFRANÇOIS, R. (2007b). « Sociologie du vieillissement », dans M. Arcand et R. Hébert (sous la dir. de), *Précis pratique de gériatrie*, Saint-Hyacinthe, Edisem, p. 51-62.

LEMON, B.W., V.L. BENGSTON et J.A. PETERSON (1972). « An exploration of the activity theory of aging: Activity types and life satisfaction among in-movers to a retirement community », *Journal of Gerontology*, vol. 35, p. 746-757.

LESEMANN, F. (2007). « Vieillir en santé et travailler : une contre-indication? », Conférence prononcée à l'occasion des Journées annuelles de santé publique, Montréal, hôtel Fairmont – Reine Élisabeth, 20 novembre.

LI, Y. et K. FERRARO (2005). « Volunteering and depression in later life: Social benefit or selection processes », *Journal of Health and Social Behavior*, vol. 46, p. 68-84.

LITWIN, H., et S. SHIOVITZ-EZRA (2006). « The association between activity and wellbeing in later life: What really matters », *Ageing and Society*, vol. 26, p. 225-243.

MAIER, H. et P.L. KLUMB, (2005). « Social participation and survival at older ages: Is the effect driven by activity content or context? », *European Journal of Ageing*, vol. 2, p. 31-39.

MARTINEZ, I.L., K. FRICK, T.A. GLASS, M. CARLSON, E. TANNER, M. RICKS et L.P. FRIED (2006). « Engaging older adults in high impact volunteering that enhances health: Recruitment and retention in the Experience Corps Baltimore », *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine*, vol. 83, no 5, p. 941-953.

MINISTÈRE DE LA FAMILLE ET DES AÎNÉS (2006). Étude sur la participation des aînés au développement de la société et sur les politiques du vieillissement au sein de quelques administrations de l'OCDE, Québec, Gouvernement du Québec.

MINISTÈRE DE LA FAMILLE ET DES AÎNÉS (2005). Une pleine participation des aînés au développement du Québec. Rapport de l'équipe de travail, Direction des relations publiques et des communications. Ministère de la Famille, des Aînés et de la Condition féminine, Québec, Gouvernement du Québec.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. (2003). Chez soi : Le premier choix. La politique de soutien à domicile, Québec, Gouvernement du Québec.

MINISTÈRE DES TRAVAUX PUBLICS ET DES SERVICES GOUVERNEMENTAUX (1998). Méthodes d'évaluation des programmes : mesure et attribution des résultats des programmes, Ottawa, Secrétariat du Conseil du trésor du Canada.

MORROW-HOWELL, N., J. HINTERLONG, P.A. ROZARIO et F. TANG (2003). « Effects of volunteering on the well-being of older adults », *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 58B (3): S137-S145.

MORROW-HOWELL, N., S. BECKER-KEMPPAINEN et J. LEE (1998). « Evaluating an Intervention for the elderly at increased risk of suicide », *Research on Social Work Practice*, vol. 8, n° 1, p. 28-46.

NARUSHIMA, M. (2005). « Payback time: Community volunteering among older adults as a transformative mechanism », *Ageing and Society*, vol. 25, p. 567-584.

NOREAU, L., J. DESROSIERS, L. ROBICHAUD, P. FOUGEYROLLAS, A. ROCHETTE et C. VISCOGLIOSI (2004). Measuring social participation: Reliability of the LIFE-H in older adults, *Disability and Rehabilitation*, vol. 26, no 6, p. 346-352.

OFFICE DES PERSONNES HANDICAPÉES DU QUÉBEC (2004). Deuxième levier. Bonifier le soutien aux proches aidants des personnes handicapées, Mémoire présenté au ministère de l'Emploi, de la Solidarité sociale et de la Famille à l'occasion de la consultation publique « Vers une politique de conciliation travail-famille ».

OKUN, M.A. et A. BARR (1998). « Motivation to volunteer by older adults: A test of competing measurement model », *Psychology and Aging*, vol. 13, no 4, p. 608-621.

O'RAND, A.M. et M. KRECKER (1990). « Concepts of the life cycle: Their history, meaning, and uses in the social sciences », *Annual Review of Sociology*, vol. 16. P. 241-262.

OSORIO, P. (2006). « Exclución generacional: la tercera edad », *Revista Mad*, vol. 14, [En ligne]. [<http://www.revistamad.uchile.cl/14/osorio.pdf>] (consulté le 23 mai 2007).

PERREN, K., S. ARBER et K. DAVIDSON (2003). « Men's organisational affiliations in later life: The influence of social class and marital status on informal group membership », *Ageing and Society*, vol. 23, p. 69-82.

PETER-DAVIS, N.D., C.J. BURANT et H.M. BRAUNSCHWEIG (2001). « Factors associated with volunteer behaviour among community dwelling older persons », *Activities, Adaptation and Aging*, vol. 26, no 2, p. 29-44.

PHILLIPSON, C. et A. WALKER (1987). *The Case for Critical Gerontology*. Social Gerontology: New Directions, London, Croom Helm.

POOLE, G.G. et B.A. GOODING (1993). « Developing and implementing a community intergenerational program », *Journal of Community Health Nursing*, vol. 10, no 2, p. 77-85.

PUTNAM, R.D. (2001). *Bowling Alone: The Collapse and Revival of American Community*, New York, Simon and Schuster.

RABINER, D.J. (2001) « The new senior volunteer: A bold initiative to expand the supply of independent living services to older adults », *Home Health Care Services Quarterly*, vol. 20, no 2, p. 17-45.

RAYMOND, E., D. GAGNÉ, D. SÉVIGNY et A. TOURIGNY (2007). *La participation sociale, défi des sociétés vieillissantes* », Mémoire présenté à la consultation publique sur les conditions de vie des aînés tenue par le ministère de la Famille et des Aînés, Québec, Institut national de santé publique du Québec, Direction régionale de santé publique de la Capitale-Nationale, Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec et Institut sur le vieillissement et la participation sociale des aînés de l'Université Laval.

RILEY, M.W., R.L. KAHN et A. FONER (1994). *Age and Structural Lag: Society's Failure to Provide Meaningful Opportunities in Work, Family and Leisure*, New York, John Wiley and Sons.

RILEY, M.W. (1987). « On the significance on age in sociology », *American Sociological Review*, vol. 52, p. 1-14.

RILEY, M.W. (1971). « Social gerontology and the age stratification of society », *The Gerontologist*, vol. 11, p. 79-87.

ROOK, K.S. et D.H. SORKIN (2003). « Fostering social ties through a volunteer role: Implications for older-adult's psychological health, *International Journal of Aging and Human Development*, vol. 57, no 4, p. 313-337.

ROSE, A.M. (1965). « The subculture of aging: A framework for research in social gerontology », dans A.M. Rose et W.A. Peterson (sous la dir. de), *Older People and Their Social World*, Philadelphia, F.A. Davis, p. 3-16.

ROSOW, I. (1963). *Social Integration of the Aged*, New York, Free Press.

SALARI, S.M. (2002). « Intergenerational partnership in adult day center: Importance of age-appropriate environments and behaviors », *The Gerontologist*, vol. 46, no 3, p. 321-333.

SCHULTZ, C.M. et M.W. GALBRAITH (1993). « Community leadership education for older adults: An exploratory study », *Educational Gerontology*, vol. 19, no 6, p. 473-488.

SÉVIGNY, A. (2004). « Le bénévolat : une quête de sens », *Les cahiers de soins palliatifs*, vol. 5, no 2, p. 51-64.

SÉVIGNY, A. (2002). *La contribution des bénévoles, inscrits dans un organisme communautaire, au soutien à domicile des personnes âgées*, Thèse de doctorat, Québec, Faculté des études supérieures, Université Laval.

SHMOTKIN, D., T. BLUMSTEIN et B. MODAN (2003). *Beyond keeping active: Concomitants of being a volunteer in old-old age*, *Psychology and Ageing*, vol. 18, no 3, p. 602-607.

SIEGRIST, J., O. VON DEM KNESEBECK et C.E. POLLACK (2004). « Social productivity and well-being of older people: A sociological exploration », *Social Theory and Health*, vol. 2, p. 1-17.

SIXSMITH, J. et M. BONEHAM (2003). « Older men's participation in community life: Notions of social capital, health and empowerment », *Ageing International*, vol. 28, no 4, p. 372-388.

SOURNIA, J.C. (1991). *Dictionnaire des personnes âgées, de la retraite et du vieillissement*, Paris, Franterm.

SQUIRES, B. (2001). « Homeshare NSW: The innovation trap », Communication présentée lors de l'Australian Association of Gerontology National Conference, Canberra, 2001.

STATISTIQUE CANADA (2007). *Un portrait des aînés au Canada*, Ottawa, ministère de l'Industrie.

STATISTIQUE CANADA (2006). *Canadiens dévoués, Canadiens engagés : Points saillants de l'Enquête canadienne de 2004 sur le don, le bénévolat et la participation*, Ottawa, ministère de l'Industrie.

STATISTIQUE CANADA (2001). *Canadiens dévoués, Canadiens engagés : Points saillants de l'Enquête nationale de 2000 sur le don, le bénévolat et la participation*, Ottawa, ministère de l'Industrie.

STEIN, S.R., M.W. LINN et A.S. WEINER (1981). « Effectiveness of a service workers' action team (SWAT) for the elderly », *Journal of the American Geriatrics Society*, vol. 29, no 9, p. 411-417.

STEVENS, N.L., C.M.S. MARTINA et G.J. WESTERHOF (2006). « Meeting the need to belong: predicting effects of a friendship enrichment program for older women », *The Gerontologist*, vol. 46, no 4, p. 495-502.

STEWART, M., D. CRAIG, K. MACPHERSON et A. SHARON (2001). « Promoting positive affect and diminishing loneliness of widowed seniors through a support intervention », *Public Health Nursing*, vol. 18, no 1, p. 54-63.

THOMPSON, E.H. et P. WHEARTY (2004). « Older men's social participation: The importance of masculinity ideology », *The Journal of Men's Studies*, vol. 13, no 1, p. 5-24.

TSE, T. et L. HOWIE (2005). « Adult day group: Addressing older people's needs for activity and companionship », *Australasian Journal of Ageing*, vol. 24, no 3, p. 134-140.

VAN WILLIGEN, M. (2000). « Differential benefits of volunteering across the life course », *Journal of Gerontology: Social Sciences*, vol. 55B, no 5, p. S308-S318.

VENINGA, J. (2006). « Capital social et sain vieillissement », *Recherche sur les politiques de santé, Bulletin de santé*.

VILLEZ, A. (1997). « Retraite utile », *Projet*, vol. 249, p. 57-66.

WAHRENDORF, M., O.V.D. KNESEBECK et J. SIEGRIST (2006). « Social productivity and well-being of older people: Baseline results from the SHARE study », *European Journal of Ageing*, vol. 3, p. 67-73.

WARBURTON, J. et D. MCLAUGHLIN (2006). Doing from your heart: The role of older women as informal volunteers, *Journal of Women and Ageing*, vol. 18, no 2, p. 55-72.

WARBURTON, J. et D. MCLAUGHLIN (2005). « Lots of kindness: Valuing the role of older Australians as informal volunteers in the community, *Ageing and Society*, vol. 25, p. 715-730.

WESLEY MISSION MELBOURNE (2004). Proceeding of the first national homeshare workshop. Rencontre tenue les 11 et 12 novembre 2004 à Melbourne, Australie (http://www.wesley.org.au/pdfs/proceedings_of_2004_national_homeshare_workshop.pdf, consulté le 24 juillet 2007).

WIKSTRÖM, B.M. (2007). « Social interaction associated with visual art discussions: A controlled study », *Aging & Mental Health*, vol. 6, no 1, p. 82-87.

WILSON, J. et M. MUSICK (1997). « Who cares? Toward an integrated theory of volunteer work », *American Sociological Review*, vol. 62, p. 694-713.

YOUNG, F.W. et N. GLASGOW (1998). « Voluntary social participation and health », *Research on Aging*, vol. 20, no 3, p. 339-362.

ZEDLEWSKI, S.R. et B.A. BUTRICA (2007). « Are we taking advantage of older adults' potential? Perspectives on productive aging, *Urban Institute*, vol. 9, p. 1-8.

ZETTEL, L.A. et K.S. ROOK (2004). « Substitution and compensation in the social networks of older widowed women », *Psychology and Aging*, vol. 19, no 3, p. 433-443.

ZUNZUNEGUI, M.V., B.E. ALVARADO, T. DEL SER et A. OTERO (2003). « Social networks, social integration and social engagement determine cognitive decline in community-dwelling Spanish older adults », *Journal of Gerontology: Social Sciences*, vol. 58B, no 2, p. S93-S100.

ANNEXE 1
THÉORIES GÉRONTOLOGIQUES

Tableau 8. Tableau synthèse des théories gérontologiques

Le vieillissement et les individus	
Théorie des rôles Cottrell, 1942	Un changement de rôles est intrinsèque au vieillissement. Les normes reliées à l'âge (horloge sociale) servent à ouvrir ou à fermer les rôles à jouer en fonction de l'âge chronologique. Les aînés doivent renoncer aux rôles typiques de l'âge adulte et les remplacer par la retraite et l'acceptation de relations propres à la vieillesse.
Théorie du désengagement Cumming et Henry, 1961	Le retrait social des aînés est inévitable en tant que mécanisme social institutionnalisé qui agit comme manière ordonnée de transférer le pouvoir des générations âgées aux plus jeunes. Chercher à encourager la participation sociale des aînés est inutile et va à contresens de l'ordre social.
Théorie de la continuité Rosow, 1963 Atchley, 1991, 1987	Le passage de l'âge mûr à la vieillesse se fait sans rupture brutale et se caractérise par la continuité et la stabilité. Les personnes qui ont eu une participation sociale active au cours de leur vie la maintiendront une fois entrées dans la vieillesse. À l'inverse, celles qui ont peu participé n'augmenteront pas leur niveau de participation une fois âgées.
Théorie de l'activité Lemon et coll., 1972	Le vieillissement est une situation-problème qui implique une recherche individuelle de solutions. Soutenir un niveau d'activité optimal, équivalent à celui des phases de vie antérieures, permet de bien s'adapter au vieillir. L'individu peut essayer de maintenir des rôles et activités similaires à ceux de l'âge mûr, ou encore leur en substituer de nouveaux.
Théorie de l'échange social Bengston et Dowd, 1981 Dowd, 1975	Le niveau d'activité des aînés dépend de leur appréciation de l'équilibre existant ou non entre les énergies à investir et les gratifications à recevoir. Ils bénéficient davantage des échanges sociaux quand ceux-ci sont réciproques. Le retrait et l'isolement ne résultent pas des besoins du système ou d'un choix individuel, mais plutôt d'un échange inégal.
Théorie socio-environnementale Guvrium, 1976	Les contextes sociaux et environnementaux influencent les parcours de vieillissement. Le niveau d'activité des aînés dépend de la relation entre les demandes de l'environnement et les ressources dont ils disposent pour les satisfaire. À mesure que les premières se modifient, les individus doivent s'adapter pour maintenir leur sentiment de compétence.

Tableau 8. Tableau synthèse des théories gérontologiques (suite)

Le vieillissement et la société	
Théorie de la sous-culture Rose, 1965	Les groupes marginalisés, notamment les aînés, ont tendance à restreindre leurs contacts et échanges avec d'autres groupes d'âge, ainsi qu'à construire leurs propres normes et systèmes de valeurs. Les aînés désireux de participer socialement tendent à se regrouper entre eux et à former une associativité fondée sur l'âge (défense des droits des retraités, clubs de l'âge d'or, etc.).
Théorie de la stratification par âge Foner, 1986 Riley, 1987, 1971	L'appartenance d'âge est le principal élément structurant l'ordre social et les inégalités sociales. Chaque cohorte possède des mécanismes d'opportunité spécifiques. L'accès aux différentes formes de pouvoir, de privilèges et de gratification est déterminé par la position qu'occupe l'individu au sein de la hiérarchie des âges. Le profil de participation sociale des aînés dépend de la cohorte à laquelle ils appartiennent.
Théorie de la modernisation Cowgill, 1974	La modernisation des sociétés fait perdre aux aînés le statut social privilégié qu'ils possédaient dans les sociétés traditionnelles. Ils sont éjectés des lieux cruciaux de participation sociale par des individus plus compétitifs. Ils peuvent avoir des pratiques de participation résiduelles dans des espaces non stratégiques ou laissés vacants.
Théorie des temps de la vie George, 1993 O'Rand et Krecker, 1990	L'existence se découpe en fonction de différentes étapes, chacune se caractérisant par des rôles et des épreuves particuliers. La participation sociale peut permettre aux aînés de négocier avec les transitions et les pertes de rôles antérieurs en offrant de nouveaux rôles davantage en accord avec leur cycle de vie présent.
Théorie du décalage structurel Riley et coll., 1994	Les rôles institutionnels et les structures de participation n'ont pas évolué au même rythme que le vieillissement de la population et les changements de capacités et de champs d'intérêts des aînés. Il est nécessaire de repenser les choix sociaux par rapport à l'avancée en âge, par exemple en répartissant plus également le temps d'éducation, le temps de travail et le temps libre au gré de la vie.
Théorie de la gérontologie critique Cole et coll., 1993 Phillipson et Walker 1987	Vieillir est une condition socialement construite. Les obstacles auxquels se heurtent les aînés sont moins biologiques que reliés aux représentations et pratiques négatives (âgisme institutionnel) maintenues par la société à leur sujet. Transformer ces représentations et pratiques est un thème central pour les politiques sociales; les institutions doivent fournir aux aînés des possibilités de développer leur autonomie et leur contrôle.

ANNEXE 2

CANEVAS DE FICHE DE LECTURE

FICHE DE LECTURE – Analyse documentaire sur la participation sociale des aînés

- Définitions de la participation
 Liens avec la santé et le bien-être
 Facteurs d'influence
 Interventions

Référence complète : Discipline ou champ d'étude: Références à consulter (tirées de la bibliographie) :					
Antécédents : <ul style="list-style-type: none"> • résultats d'études • problématique • analyse sociopolitique 	Théorie : <ul style="list-style-type: none"> • définitions et concepts associés à la participation sociale 	Méthodologie : <ul style="list-style-type: none"> • méthode et techniques • échantillonnage • cadre d'analyse 	Résultats : <ul style="list-style-type: none"> • principaux résultats • contradiction/ appui par rapport à d'autres résultats 	Discussion et conclusions : <ul style="list-style-type: none"> • consistance avec les résultats • liens avec théorie 	Commentaires : <ul style="list-style-type: none"> • intérêt particulier pour la revue • imprécisions • thème de réflexion

ANNEXE 3

TABLEAU SYNTHÈSE DES ÉTUDES PORTANT SUR LES LIENS ENTRE LA PARTICIPATION SOCIALE ET LA SANTÉ DES AÎNÉS

Tableau 9. Études portant sur les liens entre la participation sociale et la santé des aînés

Études	Échantillon	Variable indépendante	Résultats	Type de devis	Force des associations
FONCTIONNEMENT DANS LA VIE QUOTIDIENNE					
Bath, 2005a	1 042 sujets ≥ 65 ans	Engagement social (BASE)	(-) utilisation des services de santé (-) consommation de médicaments	Étude transversale	SSSS domicile Odd ratio (OR) 0,84, 95 % IC 0,77-0,92 SSSS infirmiers OR 0,89, 95 % IC 0,80-0,99 SSSS médicaux OR 0,94, 95 % IC 0,89-0,98 Consommation médicaments OR 0,91, 95 % IC 0,87-0,96
Bennett, 2005	359 sujets ≥ 65 ans	Engagement social (BASE)	(+) autoévaluation de l'état de santé physique	Étude prospective de cohorte (huit ans)	Coefficient de corrélation 0,54 (p < 0,05)
INTERACTIONS SOCIALES					
Avlund, 2004	651 sujets ≥ 75 ans	Structure des interactions sociales (contacts téléphoniques)	(-) déclin fonctionnel	Étude transversale	Hommes OR 2,1, 95 % IC 1,3-4,9 Femmes OR 1,8, 95 % IC 1,1-3,3
Litwin, 2004	1 224 sujets retraités	Qualité des relations sociales	(+) sensation de bien-être	Étude transversale	Coefficient 0,74 (p < 0,001)
Maier, 2005	473 sujets ≥ 75 ans	Présence d'autrui	(-) mortalité	Étude prospective de cohorte (dix ans)	Risk ratio (RR) 0,76, 95 % IC 0,59-0,99
ASSOCIATIVITÉ STRUCTURÉE					
Greenfield, 2004	373 sujets 65-74 ans	Être bénévole	(+) sensation de bien-être	Étude transversale	Coefficient 0,88 (p < 0,001)
Li, 2005	815 sujets ≥ 60 ans	Être bénévole	(-) symptômes dépressifs	Étude prospective de cohorte (8 ans)	Coefficient 0,486 (p < 0,001)

Tableau 9. Études portant sur les liens entre la participation sociale et la santé des aînés (suite)

Études	Échantillon	Variable indépendante	Résultats	Type de devis	Force des associations
Morrow-Howell, 2003	1 669 sujets ≥ 60 ans	Être bénévole	(+) sensation de bien-être	Étude transversale	Santé subjective Coefficient 0,18 (p < 0,001) Dépendance fonctionnelle Coefficient 0,12 (p < 0,001) Symptômes dépressifs Coefficient 0,11 (p < 0,001)
Shmotkin, 2003	1 343 sujets 75-94 ans	Être bénévole	(-) mortalité	Étude transversale	Hazard ratio (HR) 0,67, 95 % IC 0,51-0,89
Van Willigen, 2000	705 ≥ 60 ans	Être bénévole	(+) autoévaluation de l'état de santé physique (+) satisfaction	Étude transversale	Autoévaluation de l'état de santé Coefficient 0,154 (p < 0,05) Satisfaction Coefficient 0,221 (p < 0,05)
Young, 1998	629 sujets ≥ 65 ans	Participation dans une organisation (de nature instrumentale ou expressive)	(+) autoévaluation de l'état de santé physique	Étude transversale	Hommes - Participation instrumentale Coefficient 0,18 (p = 0,05) Femmes - Participation instrumentale Coefficient 0,16 (p = 0,05) - Participation expressive Coefficient 0,23 (p = 0,05)
Zunzunegui, 2003	964 ≥ 60 ans	Être membre d'un groupe	(-) déclin cognitif	Étude prospective de cohorte (quatre ans)	OR 2,92 (1,35-6,36)
RÉSEAU SOCIAL + ASSOCIATIVITÉ STRUCTURÉE					
Abu-Rayya, 2006	10 207 ≥ 65 ans	Bénévolat organisé et non organisé, participation dans une organisation	(-) symptômes dépressifs	Étude transversale	Coefficient 0,13 (p < 0,001)

Tableau 9. Études portant sur les liens entre la participation sociale et la santé des aînés (suite)

Études	Échantillon	Variable indépendante	Résultats	Type de devis	Force des associations
Wahrendorf, 2006	22 000 ≥ 50 ans	Bénévolat organisé et non organisé	(+) perception de la qualité de vie si réciprocité (-) symptômes dépressifs si réciprocité	Étude transversale	Bénévolat organisé - Perception de la qualité de vie Coefficient 1,23 (p < 0,001) - Symptômes dépressifs Coefficient 0,71 (p < 0,001) Bénévolat non organisé - Perception de la qualité de vie Coefficient 0,63 (p < 0,001) - Symptômes dépressifs Coefficient 0,56 (p < 0,001)

ANNEXE 4

DISTRIBUTION DES PROGRAMMES D'INTERVENTION RECENSÉS EN FONCTION DE L'ÉVENTAIL DES MODES D'INTERVENTION SUR LA PARTICIPATION SOCIALE

Figure 8. Distribution des programmes d'intervention recensés en fonction de l'éventail des modes d'intervention sur la participation sociale

