

Reflets

Revue ontarioise d'intervention sociale et communautaire



Réseau d'entraide : programme de formation personnelle auprès des femmes âgées

Johanne Pomerleau et Manon Lemonde

Volume 1, numéro 2, automne 1995

La santé communautaire en Ontario français : défis et espoirs

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/026083ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/026083ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Reflets : Revue ontarioise d'intervention sociale et communautaire

ISSN

1203-4576 (imprimé)

1712-8498 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Pomerleau, J. & Lemonde, M. (1995). Réseau d'entraide : programme de formation personnelle auprès des femmes âgées. *Reflets*, 1(2), 171–183. <https://doi.org/10.7202/026083ar>

Tous droits réservés © Reflets : Revue ontarioise d'intervention sociale et communautaire, 1995

Ce document est protégé par la loi sur le droit d'auteur. L'utilisation des services d'Érudit (y compris la reproduction) est assujettie à sa politique d'utilisation que vous pouvez consulter en ligne.

<https://apropos.erudit.org/fr/usagers/politique-dutilisation/>

érudit

Cet article est diffusé et préservé par Érudit.

Érudit est un consortium interuniversitaire sans but lucratif composé de l'Université de Montréal, l'Université Laval et l'Université du Québec à Montréal. Il a pour mission la promotion et la valorisation de la recherche.

<https://www.erudit.org/fr/>

Réseau d'entraide:

programme de formation personnelle auprès des femmes âgées

Johanne Pomerleau

*Professeure adjointe, École des sciences infirmières, Université Laurentienne,
Sudbury*

Manon Lemonde

*Professeure adjointe, École des sciences infirmières, Université Laurentienne,
Sudbury*

Introduction

Le présent article a pour but de présenter les méthodes d'évaluation de l'impact d'un programme de formation personnelle intitulé *Découverte de soi* auprès des femmes âgées francophones de la région de Sudbury. En plus de situer ce programme dans son contexte particulier qu'est le Réseau d'entraide, il sera question des écrits pertinents qui appuient ce genre d'intervention, des méthodes d'évaluation utilisées, des résultats obtenus et des conclusions qui peuvent être tirées de cette approche.

Revue de la littérature

Le réseau social peut être une source de soutien et un moyen de prévenir l'isolement social pour les âgés. Plusieurs recherches

réalisées auprès de cette population confirment l'importance du réseau social et des ressources personnelles comme soutien permettant de préserver l'estime de soi et favorisant le maintien de la santé à cette étape de la vie. Les recherches n'ont pas réussi toutefois à démontrer la constance de cet effet bénéfique (Mor-Barak, Miller et Syme, 1991). À ce jour, les études ne permettent pas d'identifier quel élément de l'intervention permet de maintenir la santé, compte tenu d'autres facteurs agissant tels que le statut fonctionnel et les problèmes liés au vieillissement.

Hunter, Linn et Harris (1982) ont pu conclure que les aînées qui demeurent seules ont en général une satisfaction face à la vie et une estime de soi diminuées, entraînant ainsi chez elles un plus haut degré d'inadaptation sociale comparativement aux femmes qui vivent avec quelqu'un. Ce qui laisse croire que l'estime de soi et l'image de soi peuvent avoir un effet sur le bien-être physique et mental d'une personne. Tel que rapporté par Whall (1987), les personnes qui ont une faible estime de soi sont prédisposées à la maladie. De leur côté, Zémone et Bretell (1983) considèrent qu'une estime de soi diminuée conduit à la dépression et à l'isolement (Joshi, Garon et Lechasseur, 1984).

«La solitude et l'isolement social, voici des problèmes fréquemment vécus par les femmes âgées, francophones ou autres.»

La solitude et l'isolement social, voici des problèmes fréquemment vécus par les femmes âgées, francophones ou autres. Cette situation est en partie reliée au processus de vieillissement normal (diminution de la mobilité et des capacités sensori-perceptuelles), mais aussi à la maladie, à la perte de son rôle dans la société ainsi qu'à la perte d'amis/amies ou de membres de la famille suite au décès ou au déménagement. Tous ces facteurs contribuent au sentiment d'isolement social et de solitude. Héту (1992) affirme que «les différentes pertes reliées au vieillissement, de même que la tendance au désengagement chez plusieurs sujets âgés, sont de nature à exercer un effet de contraction sur le réseau de soutien» (p.64). Malheureusement, tous ces événements se produisent au moment où les aînés ont besoin de soutien pour réussir à s'adapter à leur nouvelle situation de vie et ainsi demeurer en santé autant sur les plans physique que psychologique. Héту (1992) a observé que les aînées possédant et utilisant un réseau social adéquat ont une meilleure santé physique

et mentale. Selon Eliopoulos (1990), les aînées doivent, pour maintenir un état de bien-être, réaliser un équilibre satisfaisant entre les périodes de solitude et d'interaction sociale avec leur environnement.

Selon Antonucci (1990), l'appartenance à un bon réseau amène le sujet à se percevoir positivement et donc à être davantage porté à mobiliser ses ressources pour faire face adéquatement aux exigences de la vie. Kessler et Essex (1982), Pearlin, Liberman, Menaghan *et al.* (1981) soutiennent également que les moyens d'adaptation émotionnelle combinés à l'accessibilité des autres ressources personnelles et sociales préviendraient la dépression en maintenant une image de soi positive ou en aidant la personne à affronter et à surmonter ses difficultés.

«...la création d'un réseau d'entraide pourrait sans doute aider les femmes aînées à contrecarrer les effets du vieillissement sur leur réseau.»

Ces auteurs nous permettent d'affirmer que la création d'un réseau d'entraide pourrait sans doute aider les femmes aînées à contrecarrer les effets du vieillissement sur leur réseau social et à mettre en valeur leurs ressources personnelles.

Survol du programme

Actuellement, l'accent est mis sur les programmes de promotion de la santé afin de redonner aux aînées la confiance et le pouvoir d'entreprendre des démarches pour augmenter leur satisfaction personnelle tout en favorisant leur prise en charge personnelle. Le programme Réseau d'entraide de Samuels et Cole (1988), offert en français dans la région de Sudbury depuis 1991 répond à cet objectif, soit de promouvoir la capacité des aînées de s'aider et possiblement de s'entraider.

Trois volets composent le programme Réseau d'entraide. Les personnes doivent tout d'abord s'inscrire au premier volet intitulé *Découverte de soi (DDS)*. Par la suite, certaines participantes ayant les aptitudes nécessaires et démontrant une capacité de diriger d'autres aînées, pourront passer au deuxième volet qui est la *Formation d'animateurs communautaires (FAC)*. Enfin, les animatrices

communautaires pourront s'inscrire au troisième volet, la *Formation des coanimateurs communautaires (FCAC)*, qui les prépare à aider les aînées de leur communauté à compléter le volet *Découverte de soi*.

Tel que déjà mentionné, le projet décrit touche particulièrement la dispensation du premier volet *DDS* et son impact sur les femmes aînées.

Le volet *DDS* a pour but d'aider les aînées à reconnaître qu'elles sont encore capables d'apprendre, qu'elles ont d'importants acquis et qu'ils peuvent enrichir leur vie ainsi que celle des autres par le partage de leurs expériences. Ce programme de formation d'une durée de vingt heures leur permet de découvrir leur capacité de changer leur situation si elles le désirent, nonobstant le fait qu'elles ont le choix d'effectuer tel changement dans leur vie personnelle.

Survol des participantes

Après avoir complété le volet *DDS* et afin de comprendre comment ce volet influence le réseau social des participantes, leur santé mentale et leur estime de soi, nous avons demandé à un groupe de 43 femmes francophones âgées de 56 à 75 ans de participer à notre projet. Deux seuls critères d'admissibilité ont été retenus pour participer au projet d'évaluation, soit d'être âgée de 50 ans et plus et d'avoir terminé le volet *DDS*.

Dans ce groupe, 47 % des participantes étaient mariées, 35 % étaient veuves, 2 % étaient divorcées et 16 % n'avaient pas répondu à cette question. Elles avaient de deux à dix-sept enfants et 33 % d'entre elles possédaient une scolarité de niveau secondaire. Certaines d'entre elles demeuraient dans une résidence où elles avaient accès à des services de santé sur place (Tableau 1).

Il n'existe pas d'explication à l'absence de réponses aux questions socio-démographiques, puisque les participantes étaient invitées à compléter personnellement ce questionnaire.

Tableau 1 — *Caractéristiques socio-démographiques des participantes*

Âge	N=43	%
40 – 45	1	2
46 – 50	2	5
51 – 55	6	14
56 – 60	7	16
61 – 65	7	16
66 – 70	4	9
71 – 75	9	21
Sans réponse	7	16
État civil	N	%
mariée	20	47
veuve	15	35
divorcée	1	2
Sans réponse	7	16
Scolarité	N	%
primaire	10	23
secondaire	14	33
post-secondaire	7	16
Sans réponse	12	28

Méthode d'évaluation

Les instruments de mesure sélectionnés devaient nous permettre de comprendre comment ce programme de formation influence les aînées. Les instruments de mesure utilisés sont les suivants:

- a) la version française du *Depressive Adjective Check List (DACL-E)* (Lubin, 1981) pour évaluer les perceptions que les aînées ont face à leur santé mentale;
- b) la version française du *Culture Free Self-Esteem Inventory for Adults (CFSEI-AD)* (Battle, 1992) pour évaluer l'estime de soi;

c) la traduction et l'adaptation française du *Lubben Social Network Scale (LSNS)* (Lubben, 1988) et le diagramme de Curtis (1979) pour mesurer l'ampleur du réseau social. Ces questionnaires ont été complétés à la fin du volet *DDS*.

Le *DACL* a été développé par Lubin (1981) pour mesurer l'humeur dépressive. La version *E* de cet instrument est spécifique aux personnes âgées et peut être complétée en deux minutes par des sujets possédant une scolarité de niveau primaire. Les participantes identifient, à partir d'une liste de 34 adjectifs non répétitifs, tous les adjectifs qui les décrivent de façon générale.

Le *CFSEI-AD* de Battle (1992) permet de mesurer la perception qu'une personne a de sa propre valeur. L'instrument de mesure comprend 40 points pour mesurer l'estime de soi. Les réponses peuvent être regroupées en quatre sous-catégories: l'estime de soi générale, sociale, personnelle et l'attitude défensive en évaluant l'usage du mensonge.

Le *LSNS* développé par Lubben (1988) a pour but de déterminer la grandeur du réseau social actif des participantes et la fréquence des interactions avec les différents membres du réseau. Cet instrument permet d'identifier les personnes qui sont isolées, en évaluant les relations avec les amis/amies, les membres de la famille et les relations de confiance ou de soutien.

Le diagramme composé de cercles concentriques de Curtis permet de visualiser de quelles façons les participantes représentent sur papier la distribution de leur réseau social (famille, amis/amies, voisins/voisines), ce qui nous permet de déterminer approximativement le nombre de personnes qui composent le réseau de chacune des participantes. Les informations ainsi recueillies ne permettent pas d'évaluer la qualité des relations ni les bénéfices que les âgées peuvent en retirer.

À la fin du volet *DDS*, avec l'animatrice, nous avons expliqué aux 43 âgées le but du projet et la procédure utilisée pour évaluer l'impact du programme de formation. Trente-deux d'entre elles ont accepté de compléter individuellement les quatre instruments de mesure. Nous sommes toutefois demeurées à leur disposition pendant qu'elles complétaient les outils de mesure afin de répondre à leurs questions.

Résultats et interprétation

Même si les 32 femmes disaient se sentir mieux, seulement deux d'entre elles (6,3 %) ont choisi l'adjectif positif «bien dans sa peau» du *DACL-E* (Tableau 2) à la fin du volet *DDS*.

Tableau 2 — *Fréquences représentant les choix d'adjectifs positifs par les participantes (DACL-E)*

12 adjectifs positifs du DACL-E	N=32	%
bien dans sa peau	2	6,3
paisible	16	50,0
en forme	18	56,3
calme	18	56,3
vigoureuse	18	56,3
libre	20	62,5
forte	22	68,8
en sécurité	22	66,8
bien	23	71,9
chanceuse	23	71,9
active	24	75,0
de bonne humeur	26	81,3

«Bien dans sa peau» est le seul adjectif positif qui a été choisi aussi peu fréquemment; les autres adjectifs positifs ont une fréquence relative de 50 % et plus, tandis que l'adjectif négatif «se sentir seule» a une fréquence relative de 40,6 % (Tableau 3). Ces observations peuvent s'expliquer si l'on considère que 31,2 % (12 sur 32) des femmes demeurent seules et que 35 % sont veuves (15 sur 43). Plusieurs autres facteurs doivent également être considérés, dont la prise de conscience qu'elles ont faite en participant à ce programme, l'âge, les changements physiologiques reliés au vieillissement, la définition subjective accordée aux expressions du *DACL-E*, le niveau personnel d'estime de soi et enfin le fait qu'il s'agissait de la dernière rencontre du groupe. Ces résultats pourraient

laisser entrevoir un problème. Toutefois, il ne faut pas oublier que seulement une personne dans le groupe, selon le *DACL-E*, serait d'humeur dépressive, donc à risque.

Tableau 3 — *Fréquences représentant les choix d'adjectifs négatifs par les participantes (DAC;-E)*

22 adjectifs négatifs du DACL-E	N=32	%
affreuse	0	0
apathique	1	3,1
malheureuse	1	3,1
au bout du rouleau	2	6,3
délaissée	2	6,3
torturée	2	6,3
maussade	2	6,3
sans espoir	2	6,3
perdue	3	9,4
abattue	3	9,4
indifférente	4	12,5
triste	5	15,6
démoralisée	5	15,6
avoir les bleus, démotivée	6	18,8
critiquée	7	21,9
angoissée	7	21,9
affaissée	7	21,9
enchaînée	7	21,9
brisée	8	25,0
accablée	9	28,1
se sentir seule	13	40,6

Il faut également noter que ces deux expressions, «bien dans sa peau» et «se sentir seule», reviennent à plusieurs reprises au sein du volet *DDS*. En effet, ces aînées ont discuté des aspects sains du vieillissement, en échangeant sur leurs craintes ou sur leurs forces et en mettant en pratique des techniques de communication. De cette façon, elles ont appris à découvrir les autres et réalisé que les membres du groupe peuvent agir en tant que source de soutien.

L'animatrice a un rôle important à jouer, car elle doit dès le début offrir le soutien et les encouragements nécessaires au progrès des membres du groupe. Son rôle est non seulement relié à la direction du groupe, mais elle agit aussi comme modèle.

Nous avons cherché à identifier dans l'échelle qui mesure le réseau social (*LSNS*) et l'estime de soi (*CFSEI-AD*) ces deux mêmes expressions, soit «bien dans sa peau» et se «sentir seule».

Tout d'abord, les scores du *LSNS* aux trois questions qui permettent d'évaluer le réseau familial démontrent que 90,6 % des aînées ont 5 entretiens ou plus avec des membres de leur famille et que 78,2 % d'entre elles en ont quelques fois par semaine ou même tous les jours. Beaucoup de personnes semblent entourer ces femmes. Par contre, d'autres résultats démontrent que 28,2 % ont de 0 à deux échanges avec des amis/amies par mois. De plus, toutes ces femmes sont proches de deux membres ou plus de leur famille et ont au moins une confidente ou un confident. Toutefois, 31,2 % ont rarement ou quelquefois quelqu'un de disponible avec qui elles peuvent discuter lorsqu'une décision doit être prise, alors que 40,6 % de ces femmes sont rarement ou seulement quelquefois consultées par d'autres personnes qui ont des décisions importantes à prendre. Enfin, 40 % des participantes n'ont personne qui compte sur elles pour accomplir une activité quelconque. Les scores totaux bruts des participantes démontrent que 90,6 % d'entre elles ont un réseau adéquat et qu'une seule femme souffrirait d'isolement social; ce qui ne coïncide pas très bien avec le fait que 40,6 % de ces mêmes aînées aient choisi l'adjectif négatif «se sentir seule» du *DACL-E*.

«...40,6 % de ces femmes sont rarement ou seulement quelquefois consultées par d'autres personnes qui ont des décisions importantes à prendre.»

Le Tableau 4 présente cinq questions tirées du *CFSEI-AD* qui permettent d'explorer davantage comment les participantes définissent «se sentir seule». Plus de 40,6 % d'entre elles affirment avoir quelques amis/amies, être seules la plupart du temps, être facilement déprimées, avoir de la difficulté à rencontrer de nouvelles personnes et avoir un manque d'initiative. Tous ces facteurs peuvent ainsi contribuer au sentiment de «se sentir seule» exprimé par ces femmes.

Tableau 4 — Questions permettant d'explorer comment les participantes définissent «se sentir seule»

Questions du CFSEI-AD	N=32	%
1. Avez-vous seulement quelques ami-e-s?	17	53,1
5. Passez-vous la plupart de votre temps libre seule?	22	68,8
12. Êtes-vous facilement déprimée?	17	53,1
22. Vous est-il difficile de rencontrer de nouvelles personnes?	13	40,6
39. Avez-vous définitivement un manque d'initiative?	13	40,6

En ce qui concerne le score total du *CFSEI-AD*, 53,13 % des participantes ont une estime de soi qui varie entre satisfaisante et très élevée à la fin du programme de formation, alors que 46 % des autres ont obtenu un score représentant une estime de soi qui varie d'intermédiaire à basse.

Tableau 5 — Représentation des choix des participantes pour chaque niveau du réseau social

	1 (proche de moi)	2	3	4 (éloignée de moi)
famille	97,3 %	37,8 %	16,2 %	8,1 %
confident(s)/ confidente(s)	94,6 %	18,9 %	2,7 %	2,0 %
voisin(s) / voisine(s)	62,2 %	21,6 %	16,2 %	13,5 %
ami(s)/ amie(s)	78,4 %	40,5 %	10,8 %	5,4 %

Le Tableau 5 est la représentation graphique des cercles concentriques, les pourcentages représentant le nombre de personnes que les participantes du groupe ont identifié dans chaque catégorie. Au

total, 97,3 % des participantes identifient une personne de leur famille comme étant proche d'elles; plus les niveaux s'éloignent d'elles, plus les pourcentages diminuent (8,1 % au niveau 4). Cette représentation leur permet d'identifier autant de personnes qu'elles le veulent et ce, selon différents niveaux de proximité.

Conclusion et recommandations

Il est évident que les résultats quantitatifs obtenus ne correspondent pas aux commentaires des participantes. Toutefois, nous ne pouvons pas nier qu'elles semblent se sentir mieux et disent se sentir mieux à qui veut bien les entendre. D'autres groupes qui ont suivi le même programme de formation, sans avoir fait partie du projet d'évaluation, ont exprimé des commentaires similaires. En effet, la majorité d'entre elles disent se sentir mieux et plus fortes que lorsqu'elles se sont inscrites au programme, d'autres disent avoir appris à exprimer leurs sentiments et avoir réalisé leur valeur personnelle aux yeux des autres. Une participante décrit son apprentissage ainsi : «Pour moi, ça m'a beaucoup aidée à ouvrir mes yeux, à accepter ma situation alors que je me sentais seule et déprimée. Aujourd'hui, je pars avec beaucoup plus d'enthousiasme et d'encouragement. Je me sens beaucoup plus forte et plus heureuse.»

Présentement, il nous est impossible de répondre à la question suivante : «Pourquoi, à la fin du programme *DDS*, ces femmes disent se sentir mieux et plus fortes que lorsqu'elles ont débuté le programme?» Les résultats recueillis à l'aide des questionnaires démontrent que seulement quelques-unes d'entre elles se sentaient bien dans leur peau même si toutes avaient un réseau social assez élaboré, c'est-à-dire que malgré la présence d'un réseau composé de plusieurs personnes, elles se sentaient quand même seules. Il est important de noter qu'une seule personne a répondu qu'elle avait rarement quelqu'un pour discuter de problèmes alors que 53,1 % ont très souvent ou toujours quelqu'un qui est

prêt à les écouter. Toutefois, 40,6 % de ces femmes étaient rarement consultées lorsque d'autres personnes ont des décisions importantes à prendre et ce, même si 68,8 % d'entre elles disaient que quelqu'un compte sur elles à tous les jours.

Après la dernière session du volet *DDS*, l'animatrice a observé que les participantes semblent mettre en pratique les apprentissages réalisés au cours du programme de formation, surtout les techniques de communication.

Il n'est pas facile d'évaluer l'impact d'une intervention en promotion de la santé, faute d'outil mesurant spécifiquement les effets de l'intervention. La plus grande difficulté réside dans le choix et l'identification de la ou des variables à mesurer. Nous croyons encore que ce programme de formation a un impact positif auprès des aînées, parce que les commentaires qu'elles émettent se répètent d'un groupe à l'autre. Les résultats obtenus nous laissent croire qu'il faudra utiliser une approche davantage qualitative pour arriver à comprendre ce que ces femmes expriment en répondant aux questions suivantes:

1. Pourquoi les femmes aînées, après avoir complété le programme de formation, disent se sentir mieux et plus fortes?
2. Est-ce le programme de formation ou la dynamique de groupe qui influence le plus les participantes?
3. Est-ce que ce sentiment de solitude et de force persiste ou est-il éphémère après la dissolution du groupe?

Il ne serait possible de répondre à ces questions qu'à partir d'une étude longitudinale qui utiliserait des méthodes de recherche qualitative et quantitative afin d'évaluer les effets d'un programme en promotion de la santé sur les aînées qui y participent. L'approche pourrait alors être composée de pré-tests, de post-tests et d'un suivi 6 à 12 mois après la fin du volet *DDS*.

Bibliographie

- ANTONUCCI, T. (1990). «Social supports and social relationships» dans R. Binstock et L. George (Eds). *Handbook of Aging and the Social Sciences*. New York: Academic Press.
- BATTLE, J. (1992). *Culture-Free Self-Esteem Inventories* (2nd ed.). Austin, Texas: Pro-ed.
- BIEGEL, D.E., SHORE, B.K. et GORDON, E. (1984). *Building Support Networks for the Elderly, Theory and Applications*. Beverly Hills, CA: Sage Publications.

-
- ELIOPOULOS, C. (1993). *Gerontological Nursing* (3rd Ed). Philadelphia, Pennsylvania; J.B. Lippincott.
- HÉTU, J.-L. (1992). *Psychologie du vieillissement*. Montréal: Éditions du Méridien.
- KESSLER, R. et ESSEX, M.J. (1982). «Marital Status and Depression: The Importance of Coping Resources». *Social Forces*, 61, 481-507.
- LUBBEN, J.E. (1988). «Assessing Social Networks Among Elderly Populations». *Family Community Health*, 11(3), 42-52.
- LUBIN, B. (1981). *Depression Adjective Check List: Manuel*. San Diego, CA: Educational and Industrial Testing Service.
- MOR-BARAK, M.E. et MILLER, L.S. (1991). «A Longitudinal Study of the Causal Relationship Between Social Networks and Health of the Poor Frail Elderly». *Journal of Applied Gerontology*, 10(2), 77-84.
- PEARLIN, L.I., LIBERMAN, E.G., MENAGHAN, M.A. et MULLAN, J.T. (1981). «The Stress Process». *Journal of Health and Social Behavior*, 22(4), 337-356.
- SAMUELS, S. et COLE, P. (1988). *Le réseau d'entraide des personnes âgées*.
- TOSHI, P., GARON, L. & LECHASSEUR, S. (1984). «Self-Esteem and Loneliness Among Unemployed Women». *Psychological Reports*, 54, 903-906.
- WHALL, A.L. (1987). «Self-Esteem and the Mental Health of Older Adults». *Journal of Gerontological Nursing*, 13(4), 41-42.
- ZEMORE, R. & BRETTELL, D. (1983). «Depression-Proneness, Low Self-Esteem, Unhappy Outlook and Narcissistic Vulnerability». *Psychological Reports*, 52, 223-230.