

La perspective future, facteur de santé mentale chez les personnes âgées

Mental Health and Elders' Future Perspectives

Léandre Bouffard et Étienne Bastin

Volume 17, numéro 2, automne 1992

Communautés culturelles et santé mentale

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/502079ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/502079ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (imprimé)

1708-3923 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Bouffard, L. & Bastin, É. (1992). La perspective future, facteur de santé mentale chez les personnes âgées. *Santé mentale au Québec*, 17(2), 227–249. <https://doi.org/10.7202/502079ar>

Résumé de l'article

Au cours d'une entrevue individuelle, 708 personnes âgées entre 65 et 90 ans ont exprimé l'éventail de leurs buts et aspirations au moyen de phrases à compléter. La distribution de leurs réponses dans des catégories temporelles donne un indice d'extension de leur perspective future (PF). Les valeurs de cet indice sont mises en relation avec des estimations subjectives qui peuvent être considérées comme des indices de santé mentale. Les résultats confirment l'hypothèse d'une relation positive entre la PF et la perception de sa santé (0,27), le sens de la vie (0,29), la satisfaction de vivre (0,30) et le sentiment de contrôler sa vie (0,18) ; par contre, la PF n'est pas reliée à l'attitude face à la mort. Ces résultats permettent de penser que la perspective future est un facteur de santé mentale et de « bon vieillissement ». Les auteurs justifient la mise en oeuvre d'une intervention visant le développement de cette « ressource personnelle ».



La perspective future, facteur de santé mentale chez les personnes âgées¹

Léandre Bouffard*
Étienne Bastin**

Au cours d'une entrevue individuelle, 708 personnes âgées entre 65 et 90 ans ont exprimé l'éventail de leurs buts et aspirations au moyen de phrases à compléter. La distribution de leurs réponses dans des catégories temporelles donne un indice d'extension de leur perspective future (PF). Les valeurs de cet indice sont mises en relation avec des estimations subjectives qui peuvent être considérées comme des indices de santé mentale. Les résultats confirment l'hypothèse d'une relation positive entre la PF et la perception de sa santé (0,27), le sens de la vie (0,29), la satisfaction de vivre (0,30) et le sentiment de contrôler sa vie (0,18); par contre, la PF n'est pas reliée à l'attitude face à la mort. Ces résultats permettent de penser que la perspective future est un facteur de santé mentale et de «bon vieillissement». Les auteurs justifient la mise en oeuvre d'une intervention visant le développement de cette «ressource personnelle».

La «compétence temporelle», gage de santé mentale et d'actualisation de soi, suppose l'intégration des souvenirs du passé, des perceptions du présent et des anticipations du futur. Si l'individu vit et agit dans le présent, sa conduite est influencée par ses expériences passées et par ses représentations de l'avenir (Fraisie, 1967; Shostrom, 1968). Certains auteurs, comme Butler (1963, 1981), ont insisté sur l'importance et sur la valeur adaptative des réminiscences. Dans le présent article, nous traitons de l'importance du futur et de ses liens avec certains aspects de la santé mentale.

La perspective future (PF)

Le futur est la «qualité temporelle des buts ou des projets» (Nuttin, 1963, 63). Les projets personnels constituent l'expression multiforme ou kaléidoscopique des besoins (Nuttin, 1985). L'humain ne fait pas que réagir, il *pro-agit*; il poursuit des projets (devenir psychologue, acheter une maison, se tenir en forme, rencontrer ses petits-enfants, etc.). Ces projets ou ces buts

* Léandre Bouffard est professeur au Collège de Sherbrooke.

** Étienne Bastin, professeur à l'Université de Sherbrooke.

représentent autant de motivations concrètes qui orientent ou guident le comportement. En se distribuant sur une période plus ou moins longue, ces objets de motivation (buts) créent la perspective future (PF). Ils lui donnent son contenu et son extension. C'est en ce sens qu'il faut parler de la *PF de la motivation*. Celle-ci ne correspond pas à la notion abstraite du temps telle que Piaget l'a étudiée, mais elle est formée par l'ensemble des buts qui se projettent dans le futur. Ainsi, un individu dont les visées couvrent plusieurs années est pourvu d'une PF étendue; celui dont les intérêts se situent majoritairement dans le présent ou l'avenir proche possède une PF limitée. La PF est donc une caractéristique personnelle spécifique (Gjesme, 1983), une variable fondamentale du comportement humain (Bischof, 1976; Bouffard et al., 1987; Fraisse, 1967; Frank, 1939; Lewin, 1942; Nuttin et al., 1979; Rakowski, 1986) et un facteur de «progrès humain» (Nuttin, 1980).

Il convient de se demander ce qu'il advient de cette dimension importante de la personnalité et de son fonctionnement au cours de la vieillesse. Cette question a suscité de nombreuses recherches (voir revues de Bouffard, 1988; Kastenbaum, 1982; Rakowski, 1979). Dans notre programme de recherches, nous avons abordé l'extension de la PF en relation avec les variables socio-démographiques habituelles (Bouffard et al., 1989; Bouffard et al. 1991 a (sous presse) et, en particulier, avec l'âge chronologique (Bouffard et al., 1991 b (sous presse)). Nous avons également exploré le contenu de la PF chez les personnes âgées, c'est-à-dire le profil de leurs motivations concrètes (Lapierre et al., 1991 c). Dans le présent travail, nous voulons examiner les relations entre l'extension de la PF et certaines *variables psychologiques*: perception de l'état de santé, perception du contrôle personnel, sens de la vie, attitude face à la mort, satisfaction de vivre et autres aspects spécifiques de la satisfaction. On peut considérer ces variables comme des facteurs ou des *indices de santé mentale* et il est raisonnable de penser qu'elles sont reliées à la PF au cours de la vieillesse comme aux autres périodes de la vie. L'étude des relations de la PF avec d'autres variables psychologiques pertinentes comme l'anxiété, la dépression et l'actualisation de soi, exige l'administration de tests qui auraient surchargé l'entrevue, et a donc dû être reportée (cf. Bouffard et al., 1991; Bouffard et Leclerc, 1990).

Nous présentons la revue des recherches permettant la formulation des hypothèses, avant de décrire l'étude empirique.

PF et perception de la santé

Le modèle élaboré par Rakowski (1986) relie la PF aux réactions et aux décisions relatives à la santé. Cet auteur conclut qu'une PF étendue constitue une ressource précieuse pour affronter les difficultés liées à la

maladie et à son traitement. En effet, il faut une certaine capacité d'anticipation pour s'astreindre aujourd'hui à un régime alimentaire sévère et à un programme d'exercices exigeant qui favoriseront un mieux-être plus tard. Les résultats obtenus par Levy (1978-79), Lowenthal et al. (1975) et Thømae (1981, 1987) confirment cette association entre la PF et l'évaluation objective de la santé.

Selon une opinion largement acceptée, l'évaluation subjective de la santé correspond généralement à l'évaluation objective qui en est faite. Les scores d'évaluation subjective sont reliés aux activités relatives à la santé (Olbrich, 1985), aux possibilités de récupération (Garrity et al., 1978) ainsi qu'au moral, au bonheur ou au bien-être psychologique (McKenzie et Campbell, 1987). Cette perception globale et complexe qu'a un individu de sa propre santé est plus importante pour lui que le diagnostic médical (Fooker, 1982). Il reste à voir si cette variable est reliée à la PF.

Puisque l'estimation subjective concorde généralement avec l'estimation objective de la santé et que cette dernière est reliée à la PF, l'existence d'une relation entre PF et perception de la santé devient plausible. Aucun résultat connu ne la confirme directement, mais certains résultats s'y rapportent indirectement. Fooker (1982) a constaté une relation entre une attitude positive envers le futur et une bonne santé telle qu'elle est évaluée par les sujets. De plus, Quinn et Reznikoff (1985) ont observé que la perception de la santé affecte l'avenir d'une personne, défini comme «long term personal direction», notion qui indique une direction vers un but futur.

Il est donc indiqué de poser l'hypothèse d'une relation positive entre l'extension temporelle des buts (PF) et la perception qu'a le sujet de sa propre santé.

PF et perception du contrôle

Les nombreuses recherches sur le contrôle personnel confirment que l'impression d'exercer un certain contrôle sur sa vie est un important facteur de bon fonctionnement. Par contre, l'expérience répétée d'absence de contrôle conduit à la résignation et au désespoir. Il en est de même chez les personnes âgées qui sont particulièrement vulnérables à l'impression du manque de contrôle (Baltes et Baltes, 1986; Rodin, 1986).

La relation de cette variable avec la PF semble fondée théoriquement. En effet, la réalisation de projets suppose une disposition à l'attribution interne qui reconnaît le rôle de l'action personnelle dans le résultat obtenu. En effet, ne limite-t-on pas ses anticipations aux événements sur lesquels on pense pouvoir exercer un certain contrôle? Des résultats provenant de divers groupes d'âge confirment la relation entre le locus de contrôle interne et

l'orientation future, de même que la relation entre la perception de contrôle personnel et une attitude positive envers le futur. Les personnes qui se caractérisent par un locus de contrôle interne planifient davantage, se donnent un programme efficace et disent avoir des buts à long terme.

Chez les personnes âgées, certains résultats appuient l'idée d'une relation entre PF et perception du contrôle personnel. Les recherches classiques de Rodin et Langer (1977) et de Schulz et Hanussa (1978) ont démontré qu'un peu de contrôle sur son environnement produit un plus grand intérêt pour le futur en plus des autres avantages. Pour sa part, Chang (1977), conclut que le contrôle sur la vie quotidienne est, pour la personne âgée qui habite en institution, le facteur qui contribue le plus à un bon moral et, par conséquent, à la PF, puisque celle-ci est un facteur essentiel de conservation d'un bon moral.

Il semble donc légitime de supposer une relation positive entre l'extension de la PF et la perception du contrôle personnel chez les personnes âgées. Il est plausible que cette relation soit plus intense chez celles qui vivent dans leur propre maison puisqu'elles peuvent exercer un plus grand contrôle sur leur vie.

PF et sens de la vie

Frankl (1963, 1978) considère que le désir de donner un sens à sa vie est universel. Par ailleurs, le manque de sens crée un malaise qui s'accompagne de symptômes variés. Le sens de la vie joue un rôle positif dans la gestion des crises au cours de l'existence et devient particulièrement important lors de la vieillesse.

Le sens de la vie se définit comme «la reconnaissance de l'ordre, de la cohérence et du but de son existence, la poursuite et l'atteinte de buts significatifs et la présence d'un sentiment de plénitude» (Reker et Wong, 1988, 221). Selon ces auteurs, ce concept multidimensionnel comprend une composante cognitive (croyances), une composante motivationnelle (valeurs, buts) et une composante affective (sentiment de satisfaction ou de plénitude). Le sens de la vie implique également un sentiment de continuité qui se base sur le sens du passé (découvert lorsqu'on revoit sa propre vie), le sens du présent (engagement personnel, poursuite de buts) et le sens du futur (anticipation d'événements valorisés). Que ce soit par la notion de but ou par celle d'espoir, le futur personnel s'inscrit dans la définition même du sens de la vie.

La mesure de ce construit a donné lieu à la création de plusieurs tests dont le *Life Attitude Profile* de Reker et Peacock (1981). Il compte sept dimensions dont deux se rapportent au futur: la poursuite de buts («goal

seeking») et une attitude favorable à l'endroit du futur («future meaning»). Ces deux dimensions sont fortement reliées au score global («goal seeking»: 0,62; «future meaning»: 0,61) et se retrouvent chez les personnes âgées (Reker et al., 1987).

En dépit de l'absence de résultats spécifiques concernant la relation entre PF et sens de la vie, la base théorique et les indications provenant du *Life Attitude Profile* permettent de supposer un lien positif entre ces deux variables.

PF et attitude face à la mort

Une attitude positive envers l'avenir s'accompagne généralement d'une PF étendue. Par contre, l'anticipation d'événements déplaisants crée un sentiment pénible que Cottle et Klineberg (1974) appellent «antepression», qui s'accompagne d'anxiété et restreint l'ouverture vers le futur. Un haut niveau d'anxiété s'accompagne généralement d'une PF réduite.

On peut donc penser que l'anxiété face à la mort — qui apparaît chez plusieurs personnes âgées — est reliée à une réduction de la PF. On note un lien entre l'attitude face à la mort et la capacité d'entrevoir le futur chez les personnes âgées, de même qu'une relation négative entre l'anxiété face à la mort et l'orientation future. Lapiere (1990) obtient plus d'aspirations relatives au futur proche (donc une PF restreinte) chez des étudiants âgés (50-70 ans) qui ont un niveau élevé d'anxiété face à la mort. Howell (1977) observe une attitude positive face à la mort et une PF étendue chez les personnes âgées qui se perçoivent en bonne santé.

L'attitude face à la mort semble donc liée au futur d'une personne, et en particulier, à l'extension de ce futur.

PF et satisfaction de vivre

La satisfaction de vivre (bonheur, moral ou bien-être subjectif) est reliée au fait d'avoir des buts, à la planification et à une attitude favorable envers le futur. Reker et al. (1987) observent que le désir d'atteindre des buts nouveaux est en corrélation négative avec la satisfaction chez les jeunes et les sujets d'âge moyen, mais non chez les gens âgés. Chez ces derniers, le désir de changement n'est pas lié à une insatisfaction présente. Au contraire, ces auteurs font remarquer que la satisfaction présente des personnes âgées donne du sens à leur futur.

Pour ce qui est de l'extension de la PF, Palys et Little (1983) concluent que la satisfaction de vivre est liée à des buts importants, de difficulté moyenne et à court terme (non spécifié). Les sujets de cette étude ont entre 15 et 72 ans et les résultats des personnes âgées ne sont pas analysés

séparément. Zibbell (1972) trouve une satisfaction plus élevée lorsqu'il y a correspondance entre un niveau de PF («important future events») et la structure temporelle des buts personnels. Les résultats les plus clairs proviennent de l'étude de Steuer (1977) et de l'étude longitudinale de Bonn (Thomae, 1981) et confirment la relation positive entre la satisfaction de vivre et l'extension temporelle des buts.

L'hypothèse d'une relation positive entre la PF et la satisfaction de vivre semble donc fondée. Il sera intéressant de vérifier également l'existence d'une relation, d'une part, entre la PF et la satisfaction que l'individu déclare pour la période qui précède la retraite (satisfaction rétroactive) et, d'autre part, entre la PF et la satisfaction escomptée dans cinq ans (satisfaction anticipée). Enfin, il faudra examiner les relations entre la PF et divers résultats de satisfaction, notamment face à l'habitation, aux relations sociales et à la situation financière.

L'hypothèse de relations positives entre la PF et les variables psychologiques étudiées s'appuie donc sur des bases théoriques et empiriques convenables. La présentation des résultats concernant ces relations suivra la section consacrée à la méthodologie.

Méthodologie

Sujets

L'échantillon étudié comporte 708 personnes âgées de 65 à 90 ans, qui ont été interrogées individuellement. Celles-ci provenaient de milieu urbain (Sherbrooke métropolitain). Une assistante de recherche a communiqué directement ou par téléphone avec chaque personne et lui a simplement demandé de collaborer à une étude portant sur les personnes âgées en répondant à un certain nombre de questions. L'assistante précisait que l'entrevue était confidentielle et pouvait durer environ 50 minutes. Elle notait elle-même les réponses des sujets lorsque ceux-ci le désiraient, ce qui était le cas pour les plus vieux et pour les moins autonomes. On a obtenu un taux de refus inférieur à 5 %, ce qui s'explique par le fait que les assistantes étaient référées par un club de l'Âge d'Or, une organisation paroissiale ou un(e) ami(e) du sujet.

La distribution des hommes et des femmes par catégorie d'âge est présentée au tableau 1.

Les femmes sont beaucoup plus nombreuses que les hommes et leur proportion augmente avec l'âge ($X^2 = 10,85$, $dl = 3$, $p < 0,05$). Le niveau socio-économique a été déterminé par l'occupation du sujet au cours de sa vie active. Le niveau inférieur (col bleu) comprend les travailleurs manuels; les cols blancs et les professionnels ont été regroupés en raison de leur petit

Tableau 1
Répartition des hommes et des femmes selon les catégories d'âge

Âge	Hommes n (%)	Femmes n (%)	Total n (%)
65-69	60 (37)	102 (63)	162 (23)
70-74	57 (30)	130 (69)	187 (26)
75-79	52 (29)	126 (71)	187 (26)
80 +	38 (21)	143 (79)	181 (26)
Total	207 (29)	501 (71)	708

(Âge moyen = 75)

Note: Pour certaines analyses, on compte moins de sujets parce que certains d'entre eux n'ont pas donné toute l'information demandée. La proportion de femmes augmente avec l'âge ($X^2 = 10,85$, $dl = 3$, $p = 0,05$).

nombre, et font partie de la catégorie dite de «niveau élevé». Les femmes qui n'ont pas travaillé à l'extérieur du foyer ont été classées selon l'occupation du mari. Les sujets sont majoritairement de faible niveau socio-économique (65 %), et cette proportion augmente avec l'âge ($X^2 = 9,22$, $dl = 3$, $p < 0,05$). Les personnes interrogées ont un niveau de scolarité peu élevé: 57 % sont de niveau primaire, proportion qui augmente avec l'âge ($X^2 = 20,06$, $dl = 3$, $p < 0,001$). L'échantillon comprend 355 sujets autonomes (A) qui vivent chez eux (maison ou logement) et 345 sujets en perte d'autonomie, vivant chez eux ou dans des résidences pour personnes âgées (familles d'accueil du réseau de la santé et des services sociaux ou résidences du réseau privé). La répartition des sujets selon le niveau d'autonomie et le type d'habitation apparaît au tableau 2.

Tableau 2
Répartition des sujets selon le niveau d'autonomie et le type d'habitation

Autonomie	Maison et logement	Résidence spécialisée	Total
Autonomie (A)	355	—	355
Perte d'autonomie			
• Légère (A1)	80	81	161
• Moyenne (A2)	70	114	184
Total	505	195	700

On ne doit pas confondre les personnes en perte d'autonomie (A1 et A2) avec celles qui souffrent de restrictions sévères ne leur permettant pas de s'occuper d'elles-mêmes. Ces dernières appartiennent aux catégories A3 et A4 et ne sont pas incluses dans la présente étude. La proportion de sujets en perte d'autonomie augmente avec l'âge ($X^2 = 137,78$, $df = 9$, $p < 0,001$). L'échantillon n'est pas représentatif de la population âgée du Québec. Il comporte des particularités que nous venons de signaler et dont il faudra tenir compte lors des analyses statistiques.

L'administration des questionnaires s'est faite selon l'ordre de présentation qui suit.

La méthode d'induction motivationnelle

Dans le but de recueillir les buts et les projets des personnes de cet échantillon, nous avons utilisé la *méthode d'induction motivationnelle* (la *MIM* de Nuttin, 1980). Il s'agit de 23 phrases à compléter, du genre: «Je voudrais...», «Je souhaite...», etc. Cette méthode implique une certaine non-directivité et permet au sujet d'exprimer librement — et dans ses propres termes — la gamme complète de ses motifs concrets et conscients. Les débuts de phrase ne suggèrent aucune distance temporelle; ils sont néanmoins orientés vers le futur. La technique des phrases à compléter est sensible aux conditions situationnelles, aux variations expérimentales et aux caractéristiques personnelles (cf. Lens et Nuttin, 1984). Après plus de 20 ans d'utilisation, Nuttin (1980) plaide en faveur de la validité de cette méthode. Palys et Little (1983) insistent sur la validité écologique de la méthode. La fidélité du codage est attestée par le fait que le classement des réponses, effectué par deux juges ayant reçu une formation à cet effet, coïncide dans une proportion de 90 à 95 %. Bouffard, Lens et Nuttin (1983) ont obtenu un coefficient de concordance (cf. Tinsley et Weiss, 1975) de 0,83, ce qui est très élevé pour ce genre de matériel. La stabilité des résultats a été vérifiée à l'aide des méthodes classiques du test-retest et des deux moitiés (Nuttin, 1980, chapitre 2). La validité et la fidélité de la MIM sont donc suffisantes pour fournir un échantillon valable d'objets de motivation. Codé avec précaution et compétence, le matériel constitue une base également valable pour les analyses.

Les 15 020 réponses obtenues des sujets sont classées dans trois catégories temporelles. Le *futur immédiat* regroupe les aspirations portant sur une période d'un an ou moins (jouer aux cartes, rendre bientôt visite à ma fille, aller en Floride l'hiver prochain, guérir au plus vite, etc.). Le *futur éloigné* regroupe les objets de motivation qui impliquent un avenir plus distant, pouvant couvrir toute la vie (garder ma femme avec moi; demeurer dans ma maison le plus longtemps possible, etc.) ou se rapporter à la période

après la mort (que mes enfants ne se chicanent pas à propos du testament). Les réponses ne pouvant être classées dans une période précise (être heureux, être honnête, souhaiter la paix dans le monde) se retrouvent dans la catégorie du *présent ouvert*. La classification a été établie par deux codeurs formés à cet effet, qui ont discuté les cas problèmes et en sont arrivés à une classification commune. Pour avoir une idée globale de la PF des divers groupes, une mesure synthèse tient compte de la répartition des réponses dans un avenir plus ou moins éloigné. Cette mesure s'appelle l'*indice d'extension future* et provient du rapport entre le nombre de réponses dans le futur immédiat et le nombre de réponses dans le futur éloigné, que l'on multiplie par 100. *Plus l'indice est élevé, plus la PF est restreinte.*

Mesure des variables psychologiques

Dans le but d'obtenir l'évaluation subjective des variables psychologiques sans trop allonger l'entrevue, nous avons eu recours à des questions simples et directes conformément à une pratique courante (par exemple, Hansson, 1986; Kozma et Stones, 1983). Les sujets ont répondu au moyen d'échelles en neuf points, après avoir reçu les explications nécessaires à cet effet. Les échelles en neuf points sont d'usage courant et suscitent des réponses plus nuancées. En outre, elles ont été utilisées en prévision du regroupement éventuel des sujets. Ainsi, pour les besoins de l'analyse, nous avons regroupé ceux-ci en quatre catégories. Les questions n'apparaissaient pas dans l'ordre indiqué ci-dessous et étaient insérées à travers d'autres questions portant sur des variables socio-démographiques. La formulation des questions de même que l'ancrage des échelles variaient afin d'éviter les réponses stéréotypées. Les résultats obtenus dans les échelles ont été inversés au besoin, de façon à ce qu'un résultat élevé exprime toujours une réponse positive.

L'évaluation de la santé comportait deux questions: «Comment évaluez-vous votre santé?» (mauvaise = 1; excellente = 9); «je considère que j'ai plus de problèmes de santé que les personnes de mon âge» (en accord = 1; en désaccord = 9). Il s'est avéré pertinent de regrouper les scores obtenus à ces deux questions, puisqu'ils étaient fortement reliés (Gamma: 0,66) et qu'ils ont donné lieu à des résultats semblables en regard de la PF et des variables socio-démographiques. Pour l'évaluation du contrôle personnel, du sens de la vie et de l'attitude face à la mort, le sujet exprimait son accord ou son désaccord avec les affirmations suivantes: «Je trouve que je n'ai pas grand-chose à dire dans ce qui m'arrive» (en accord = 1; en désaccord = 9); «je trouve que ma vie n'a pas grand sens» (en accord = 1; en désaccord = 9); «la mort m'inquiète beaucoup» (en accord 1; en désaccord = 9).

En ce qui concernait la satisfaction de vivre, l'individu indiquait son choix sur une échelle (1 = peu satisfaisante; 9 = très satisfaisante), en réponse aux questions suivantes: «comment évaluez-vous votre vie avant votre retraite?» (satisfaction rétroactive); «comment évaluez-vous votre vie dans cinq ans?» (satisfaction anticipée). L'évaluation de la satisfaction actuelle se faisait au moyen de deux questions: «présentement, comment évaluez-vous votre vie?» et «comment évaluez-vous votre vie depuis votre retraite?» Les résultats obtenus à ces deux questions ont été combinés, puisqu'ils étaient fortement reliés (Gamma = 0,62). Des questions semblables portaient sur la satisfaction relative à l'habitation, aux relations avec autrui et à la situation financière.

Évaluation de l'autonomie fonctionnelle

L'autonomie fonctionnelle a été évaluée au moyen du SMAF (*Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle*) de Hébert (1982). Le test couvre cinq secteurs fondamentaux: activités de la vie quotidienne, mobilité, communication, fonctions mentales et tâches domestiques. Chaque élément donne lieu à trois niveaux de perte d'autonomie. On obtient un résultat pour chaque secteur et un effet global qui permet de classer les sujets selon leur niveau d'autonomie décroissant: A1 ou A2 (les sujets A3 et A4 n'ayant pas été retenus). Hébert et al (1988) ont démontré les qualités métriques de l'instrument. Les résultats attestent de la fidélité test-retest (Wilcoxon, $p < 0,01$) et de la concordance (75 % au score global) entre deux observateurs de professions ou de milieux de pratique différents. La régression entre temps de soins infirmiers et indice global au SMAF confirme la validité concomitante. La validité de construit est démontrée par l'estimation de l'autonomie, qui varie en correspondance avec les niveaux de soins offerts par différentes institutions.

Puisque les valeurs des différentes variables ne se distribuent pas normalement, il nous a semblé préférable de ne pas procéder à la transformation des données, mais d'utiliser une procédure non paramétrique considérée comme plus robuste. Il s'agit du Khi carré et de la corrélation gamma.

Résultats

Avant de rapporter les corrélations entre la PF et les variables psychologiques, il convient de présenter la répartition des buts et des aspirations dans les catégories temporelles, de même qu'un aperçu des relations entre les variables psychologiques et les variables socio-démographiques étudiées.

Répartition des buts

L'ensemble des buts et aspirations des sujets se répartit de la façon indiquée au tableau 3. La catégorie *futur éloigné* (plus d'un an) reçoit, et de loin, le plus grand nombre de réponses. Cette observation est particulièrement évidente chez les sujets autonomes. Ces résultats permettent de constater que les personnes âgées ne sont pas rivées à la situation immédiate, mais se projettent à une certaine distance dans l'avenir.

Tableau 3
Fréquences des réponses dans les catégories temporelles selon l'autonomie

	Autonomes	En perte	Total
	(355 s)	d'autonomie (351 s)	(706 s)
	n %	n %	n %
Futur immédiat	(1301) 17	(2150) 30	(3459) 23
Futur éloigné	(4127) 53	(2795) 39	(6922) 46
Présent ouvert	(2406) 31	(2233) 31	(4639) 31
Total	(7834)	(7186)	(15020)

Variables psychologiques et variables socio-démographiques

Quelle appréciation font les différentes catégories de sujets à propos des variables subjectives étudiées?

Le tableau 4 présente les résultats de l'analyse non paramétrique (Gamma et X^2) des réponses aux échelles subjectives en rapport avec les variables socio-démographiques. Quelques observations s'imposent. La perception de la santé ne varie pas selon le sexe, l'âge, le statut social ou la scolarité; elle devient plus positive avec l'autonomie et est considérée comme plus satisfaisante par les sujets vivant en résidence pour personnes âgées. L'impression de contrôle personnel diminue avec l'âge et augmente avec l'autonomie; elle est plus élevée chez les personnes qui vivent chez elles. Le sens de la vie est lié au statut social, à la scolarité et à l'autonomie. L'attitude face à la mort est légèrement plus positive dans le cas des personnes vivant chez elles. La satisfaction rétroactive (satisfaction de vivre avant la retraite) est liée principalement au statut social et à la scolarité; la satisfaction actuelle est liée au statut social, à la scolarité (faiblement) et à l'autonomie; la satisfaction anticipée (cinq ans plus tard) diminue avec l'âge, mais augmente avec la scolarité et l'autonomie. Dans ces trois derniers cas, la satisfaction est plus grande chez les personnes vivant en

résidence. Les autres échelles de satisfaction donnent lieu à des relations plutôt faibles, sauf par rapport à l'autonomie. Enfin, les résultats du tableau 4 indiquent clairement que l'autonomie fonctionnelle est la variable qui affecte le plus les diverses estimations des sujets. Ceux-ci se donnent des scores moins élevés dans la mesure où l'autonomie fonctionnelle diminue.

Tableau 4
Relations entre les variables psychologiques et les variables socio-démographiques (corrélations Gamma et X²)

Variables psychologiques		Stat.					Habitation (2 cat.)
		Âge (4 cat.)	social (2 cat.)	Scolarité (2 cat.)	Autonomie (3 cat.)	Sexe (2 cat.)	
		Gamma				X ²	
Perception de la santé	(4 cat.)	—	—	—	0,40***	—	R.S.**
Perception du contrôle	(4 cat.)	0,19***	—	—	0,31***	—	Maison***
Sens de la vie	(4 cat.)	—	0,20**	17**	47***	—	—
Attitude face à la mort	(3 cat.)	—	—	—	—	—	Maison*
Satisfaction de vivre							
Avant retraite	(4 cat.)	0,11**	0,26***	0,31***	0,11**	—	R.S.**
Maintenant	(4 cat.)	—	0,22***	0,16*	0,36***	—	R.S.*
Dans 5 ans	(5 cat.)	0,19***	—	0,19***	0,46***	H**	R.S.**
Satisfaction habitation	(3 cat.)	—	0,17**	0,15**	0,34***	H*	—
Satisfaction relations sociales							
(3 cat.)		—	—	—	0,36***	—	—
Satisfaction situation financière							
(3 cat.)		0,10*	0,13*	—	0,18**	—	R.S.*

* p .05; ** p .01; *** .001

Note: 1- Les analyses sont basées sur les résultats de 708 sujets, mais leur nombre varie légèrement selon les variables parce que certains n'ont pas répondu à toutes les questions.

2- Les signes ont été changés de façon à ce qu'un coefficient positif exprime une relation positive.

3- Au lieu de donner les valeurs du X², il a semblé plus utile d'indiquer par une lettre quelle catégorie de sujets obtient un résultat significativement plus élevé.

4- Pour la variable habitation, n'ont été retenus que les sujets en perte d'autonomie (351) afin d'exclure l'effet de la variable autonomie.

PF et variables psychologiques

Le tableau 5 présente les corrélations globales (ordre zéro) et les corrélations partielles entre la PF et les variables psychologiques. L'examen des résultats permet de formuler les observations suivantes: les corrélations globales sont modestes mais significatives, sauf pour l'attitude face à la mort et la satisfaction par rapport à la situation financière. Les corrélations globales les plus élevées se rapportent à la satisfaction actuelle de vivre (0,30), au sens de la vie (0,29) et à la perception de la santé (0,27). En

général, les corrélations se maintiennent en tenant compte du sexe, de l'âge, du statut social, de la scolarité et de l'habitation; les corrélations diminuent considérablement lorsque l'autonomie est prise en considération. Cette variable qui exerce une influence marquée sur les évaluations subjectives (cf. tableau 4) et qui est étroitement reliée à la PF ($\gamma = 0,49$; cf. Bouffard et al., 1991 a) module donc fortement les corrélations entre ces deux séries de données (PF et évaluations subjectives).

Les corrélations conditionnelles présentées au tableau 6 permettent de savoir comment se modifient les relations entre la PF et les variables psychologiques dans les différents sous-groupes.

Tableau 5
Corrélation (Gamma) entre l'extension de la PF (4 cat.) et les variables psychologiques

Variables psychologiques	Corrélations partielles tenant compte de						
	Corrélations (2 cat.)	Sexe (4 cat.)	Âge (2 cat.)	Stat. soc. (2 cat.)	Scol. (3 cat.)	Auton. (2 cat.)	Habit.
Perc. de la santé (4 cat.)	0,27***	0,26	0,26	0,27	0,26	0,13	0,28
Perc. du contrôle (4 cat.)	0,18***	0,19	0,15	0,19	0,18	0,06	0,17
Sens de la vie (4 cat.)	0,29***	0,29	0,26	0,27	0,26	0,14	0,20
Att. face à la mort (3 cat.)	0,07	0,07	0,07	0,05	0,06	-0,01	0,11
Satisfaction de vivre							
Avant retraite (4 cat.)	0,12**	0,12	0,12	0,10	0,11	0,08	0,10
Maintenant (4 cat.)	0,30***	0,28	0,29	0,30	0,30	0,19	0,34
Dans 5 ans (5 cat.)	0,24***	0,24	0,21	0,21	0,20	0,09	0,08
Sat. habitation (3 cat.)	0,24***	0,23	0,23	0,23	0,23	0,15	0,21
Sat. rel. soc. (3 cat.)	0,22***	0,20	0,19	0,23	0,23	0,12	0,20
Sat. sit. fin. (3 cat.)	-0,04	-0,04	-0,03	-0,03	-0,03	-0,03	0,06

** p .01; *** .001

Notes 1- Les analyses sont basées sur les résultats des 708 sujets, mais leur nombre peut varier légèrement selon les variables parce que certains n'ont pas répondu à toutes les questions.

2- Les signes ont été changés lorsque nécessaire de sorte qu'un coefficient positif exprime une relation positive entre les variables.

3- Pour la variable habitation, n'ont été retenus que les sujets en perte d'autonomie (351) afin d'exclure l'effet de la variable autonomie.

La relation entre la PF et la perception de la santé est semblable pour les deux sexes, les deux statuts sociaux et les deux niveaux de scolarité; elle diffère légèrement entre les groupes A1 et A2, ainsi qu'entre les groupes formés selon le type d'habitation; elle fluctue considérablement selon les groupes d'âge; enfin, elle disparaît chez les personnes autonomes. Puisque l'autonomie exerce un impact considérable sur les variables étudiées, il est intéressant d'observer comment elle affecte la relation entre la PF et l'estimation que fait le sujet de son état de santé (cf. figure 1).

La perception du contrôle personnel est, en général, faiblement reliée à la PF. Cette relation subit des fluctuations marquées selon l'âge et n'est plus significative pour les trois niveaux d'autonomie.

L'association entre le sens de la vie et la PF connaît des variations assez prononcées selon la scolarité, l'habitation et l'âge, où la corrélation atteint 0,45 dans deux sous-groupes (65-69 ans et 75-79 ans). La figure 2 illustre la relation entre la PF et le sens de la vie telle qu'elle est modulée par le niveau d'autonomie.

L'attitude face à la mort n'est pas reliée à la PF sauf dans le cas des sujets classés A1 (0,22) et de ceux qui vivent chez eux (0,22).

La relation entre la PF et la satisfaction de vivre avant la retraite est négligeable; elle atteint 0,22 dans un seul sous-groupe (65-69 ans).

La PF et la satisfaction de vivre (maintenant) donnent les corrélations les plus élevées, et qui sont significatives dans tous les sous-groupes. Le lien devient plus intense chez les hommes (0,40) et chez les plus jeunes (0,40). L'influence de l'autonomie sur cette relation (PF — satisfaction) est illustrée par la figure 3.

La satisfaction anticipée dans cinq ans se relie à la PF d'une façon cahotique pour les sous-groupes formés sur la base de l'habitation et de l'autonomie; cette relation connaît une baisse graduelle avec l'âge (0,37, 0,29, 0,19, 0,01).

La relation entre la PF et la satisfaction relative à l'habitation se maintient dans tous les sous-groupes sauf deux: les plus âgés et les moins autonomes.

La relation entre la PF et la satisfaction relative aux contacts avec autrui varie considérablement selon les sous-groupes; elle atteint 0,34 chez les personnes vivant en résidence et 0,40 chez les hommes.

La satisfaction du sujet par rapport à sa situation financière n'est pas reliée à la PF.

Discussion

Des personnes âgées ont exprimé leurs divers buts et aspirations au moyen d'une technique ouverte qui n'influence pas le contenu des réponses. La distribution de ces objets de motivation dans des catégories temporelles a donné l'*indice d'extension* de la PF. On a mis en relation les valeurs de cet indice avec des estimations subjectives que l'on peut considérer comme des indices de santé mentale. À la suite de l'examen détaillé des relations existant entre ces deux séries de données, il convient de dégager les grandes lignes des résultats et de proposer quelques réflexions.

Tableau 6

Corrélations conditionnelles (Gamma) entre l'extension de la PF (4 cat.) et les variables psychologiques

	Sexe		Age				Statut social		Scolarité		Autonomie			Habitation	
	H (173 s)	F (493 s)	65-69 (148 s)	70-74 (169 s)	75-79 (168 s)	80 + (178 s)	Bas (416 s)	Élevé (219 s)	Prim. (368 s)	Sec. + (276 s)	A (317 s)	A1 (162 s)	A2 (185 s)	Maison (148 s)	Res. spec (193 s)
Perc. de la santé (4 cat.)	,29***	,25***	,42***	,20*	,30***	,18*	,28***	,25***	,25***	,28***	,04	,23**	,29***	,24**	,31***
Perc. du contrôle (4 cat.)	,18*	,19***	,26**	-,01	,16*	,21**	,20***	,14*	,17**	,18**	,03	,13	,10	,15*	,18*
Sens de la vie (4 cat.)	,33***	,28***	,45***	,13	,45***	,11	,25***	,31***	,19***	,39***	,13*	,04	,26***	,34***	,12
Att. face à la mort (3 cat.)	,01	,07	,07	,03	,08	,09	,03	,13	,04	,10	,11	,22*	,06	,22*	,03
Satisfaction de vivre															
Avant retraite (4 cat.)	,10	,13**	,22**	,07	,05	,14*	,10*	,09	,15**	,05	,08	,15*	,05	,10	,11
Maintenant (4 cat.)	,40***	,27***	,40***	,19*	,32***	,28***	,30***	,32***	,31***	,27***	,14*	,27**	,30***	,34***	,34***
Dans 5 ans (5 cat.)	,23**	,24***	,37***	,29***	,19*	,01	,20***	,25***	,18**	,24***	,11*	,02	,12	,19*	,03
Sat. habitation (3 cat.)	,32***	,22***	,27**	,30***	,32***	,03	,24***	,22**	,29***	,17*	,15*	,24*	,09	,26**	,18*
Sat. rel. soc. (3 cat.)	,40***	,18***	,28**	,14	,23**	,14	,23***	,21**	,27***	,16*	,11	,05	,23*	,01	,34***
Sat. sit. fin. (3 cat.)	-,06	-,04	-,06	-,01	,03	-,10	-,03	-,01	-,09	-,01	-,07	-,04	-,04	,12	

* p .05; ** p .01; *** .001

- Note: 1- Le nombre de sujets peut fluctuer légèrement selon les variables puisque certains n'ont pas répondu à toutes les questions.
 2- Les signes ont été changés lorsque nécessaire, de sorte qu'un coefficient positif signifie une relation positive entre les variables.
 3- Pour la variable habitation, n'ont été retenus que les sujets en perte d'autonomie (351) afin d'exclure l'effet de la variable autonomie.

Figure 1:
PF et perception de sa santé selon le niveau d'autonomie

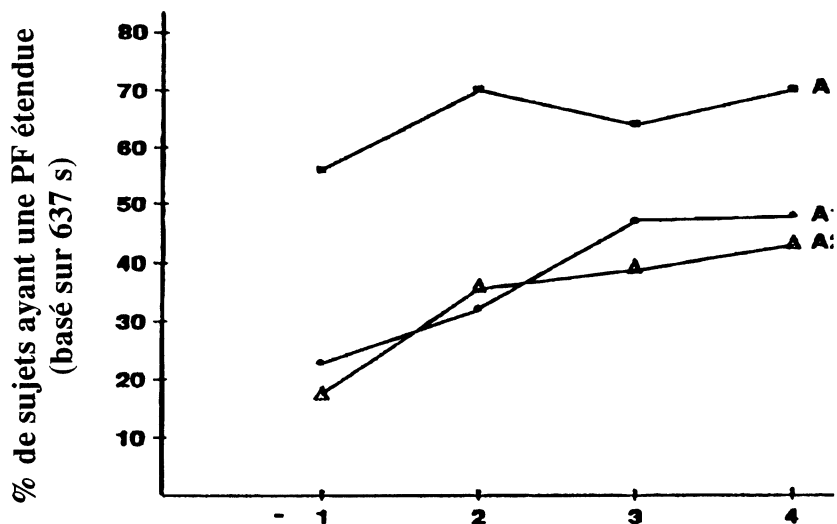


Figure 2:
PF et sens de la vie selon le niveau d'autonomie

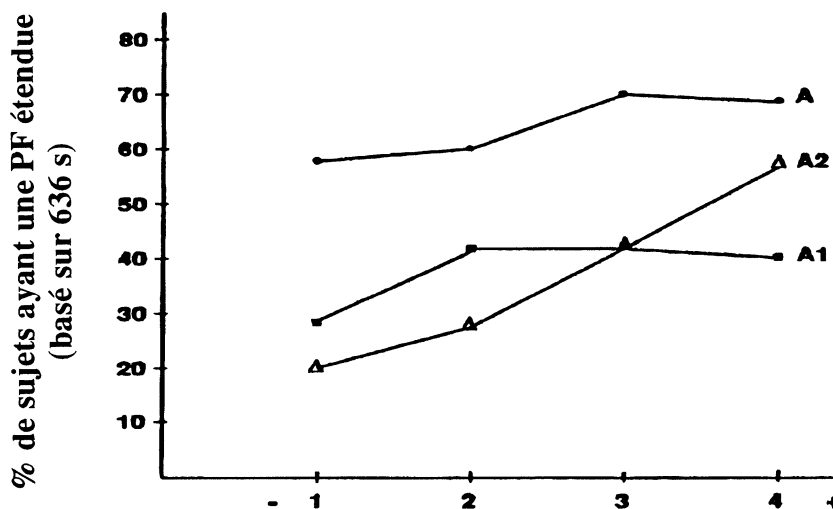
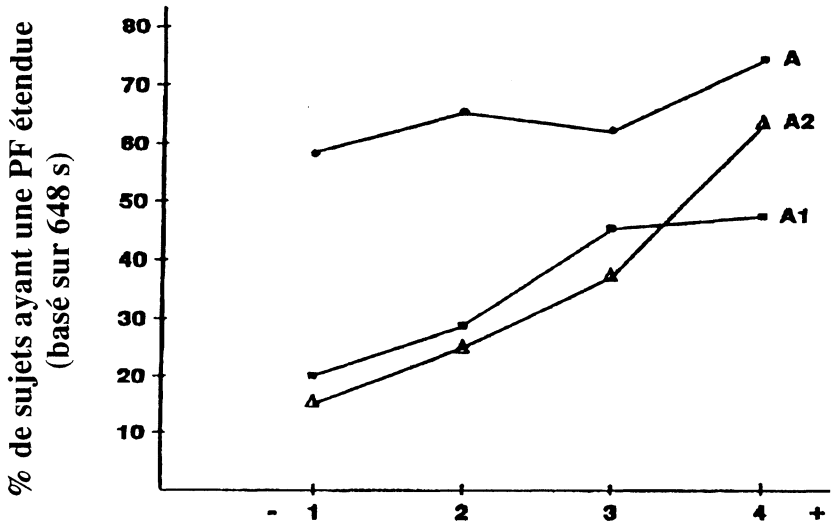


Figure 3:

PF et satisfaction de vivre selon le niveau d'autonomie



L'hypothèse d'une relation entre la PF et la perception qu'ont les sujets de leur santé est globalement confirmée, sauf chez ceux qui sont autonomes. Ces derniers ont la PF la plus étendue et l'évaluation la plus positive de leur santé, mais le peu de variance des estimations relatives à la santé rend la corrélation presque nulle. De plus, l'évaluation de la santé semble associée à des significations différentes, difficilement mesurables, et qui, pourtant, affectent la relation avec la PF. En effet, les personnes autonomes estiment parfois avoir une santé «quelconque», malgré le fait qu'elles n'ont pas besoin d'aide, tandis que les personnes en perte d'autonomie se trouvent en «bonne santé», malgré des limitations. Globalement, la PF est donc reliée à l'évaluation subjective de la santé. Pour l'individu, cette évaluation est plus importante qu'un diagnostic (Fookien, 1982), a plus d'impact sur son comportement (Olbrich, 1985) et est donc plus susceptible d'influencer son avenir.

L'hypothèse d'un lien entre la PF et la perception du contrôle personnel est confirmée par une corrélation très modeste. Curieusement, celle-ci devient presque nulle chez les personnes qui estiment avoir beaucoup de contrôle (A) et chez celles qui considèrent en avoir peu (A2 — résidence). Elle est plus élevée chez celles qui habitent leur propre maison. L'impres-

sion de contrôle diminue avec l'âge et la perte d'autonomie, de sorte que la variance est réduite, entraînant ainsi une baisse de la corrélation entre les variables. De plus, la question portant sur le contrôle a suscité plusieurs abstentions et une certaine réticence. Certains ont ajouté des commentaires comme «c'est Dieu qui gouverne ma vie». Il faudrait donc mesurer la perception du contrôle personnel avec un questionnaire plus complexe, comme celui de Rotter (1966, 1975); celui-ci devrait être conçu spécifiquement pour les personnes âgées et devrait éviter tout engagement religieux sous-jacent en cette matière chez les gens de cet âge.

L'hypothèse de la relation entre la PF et le fait, pour une personne, de trouver un sens à sa vie, se confirme. Ainsi, l'engagement dans des projets personnels d'une certaine portée peut donner ou redonner un sens à la vie et à la vieillesse (Baird, 1985; Reker et Wong, 1988), malgré les difficultés qui ne manquent pas de surgir.

L'hypothèse d'une relation entre la PF et l'attitude face à la mort est infirmée. La corrélation est nulle dans tous les sous-groupes, sauf chez les sujets A1. L'absence d'une relation globale peut s'expliquer par le fait que la mort est un thème susceptible de faire naître de l'anxiété et, en conséquence, de provoquer la négation ou le retrait (plusieurs sujets n'ont pas répondu à cette question). La question elle-même était peut-être trop directe. Il semble que l'étude d'une réalité aussi complexe exigerait un questionnaire plus détaillé afin d'en cerner les divers aspects et de fournir les données permettant de contrôler l'anxiété générale qui surgit dans la relation entre la PF et l'attitude face à la mort (Quinn et Reznikoff, 1985).

L'hypothèse portant sur le lien entre la PF et la satisfaction de vivre est fortement confirmée dans le cas de la satisfaction *actuelle*. Ces résultats appuient la thèse selon laquelle l'engagement dans des tâches ou des projets personnels contribue au bien-être subjectif, au moral, au bonheur, bref au «bon vieillissement», selon l'expression de Schonfield (1973). Dans le cas de la satisfaction *rétroactive* (avant la retraite), la relation avec la PF est négligeable. Dans celui de la satisfaction *anticipée* (dans cinq ans), la relation avec la PF existe; elle connaît quelques fluctuations selon les variables et diminue avec l'âge. La PF est également reliée à la satisfaction relative à l'habitation et aux contacts sociaux. Cependant, elle n'est pas associée à la satisfaction du sujet quant à sa situation financière.

Bref, l'extension de la PF est reliée à un certain nombre d'indices de santé mentale. Dans le cas de la perception de la santé, du sens de la vie et de la satisfaction de vivre (actuelle), la corrélation approche ou atteint le seuil de 0,30 que les psychologues considèrent comme normal ou adéquat en matière de variables subjectives.

Les corrélations obtenues permettent de considérer la PF comme un *facteur de santé mentale*. Dans cette optique, il serait souhaitable d'explorer les relations entre la PF et d'autres variables psychologiques (par exemple, anxiété, dépression, actualisation de soi, etc.), afin de mieux connaître le réseau des relations de la PF chez les personnes âgées.

Les techniques thérapeutiques dans le domaine de la PF sont inexistantes. Cependant, quelques tentatives de développement de la PF ont obtenu un certain succès avec de jeunes délinquants, des étudiants de niveau secondaire, des chômeurs et avec un groupe de personnes âgées (Kostin, 1979). Il convient donc de développer et d'évaluer des programmes d'intervention en vue d'arrêter le processus de réduction de la PF chez les personnes âgées et de favoriser chez elles une ouverture vers le futur (Bouffard et al., 1991).

L'engagement dans des buts ou des projets d'une certaine portée devrait s'accompagner d'effets bénéfiques dans différents aspects de la vie mentale. En effet, les résultats présentés ici ont confirmé l'association de la PF avec la perception de la santé, le sens de la vie et la satisfaction de vivre. D'autres résultats convergents incitent à penser qu'une PF étendue et active rehausse l'estime de soi et le sentiment de compétence personnelle, prévient l'inactivité, la dépression et le désespoir, inspire des comportements plus adéquats en regard de la santé et favorise l'adaptation et la performance: un meilleur rendement dans des situations d'accomplissement.

Pour les praticiens des divers domaines de la santé physique et mentale, l'exploitation de cette «ressource» (Érikson et al., 1986; Rakowski, 1986) qu'est la PF devrait favoriser la «compétence temporelle» (Shostrom, 1968) et permettre aux «vieillards proactifs de regarder loin devant et de ne pas se limiter à la seule adaptation au présent» (Birren, 1988, 171). La PF est un facteur de santé mentale, de développement et de «progrès humain» (Nuttin, 1980).

NOTE

1. Cette recherche a été subventionnée par le Fonds pour la formation de chercheurs et l'aide à la recherche du Québec (89-AR-0735) et par le Conseil de la recherche en sciences humaines du Canada (492-86-0015). Pour l'obtention de tirés-à-part ou d'information, s'adresser à Léandre Bouffard, Collège de Sherbrooke, 475 rue Parc, Sherbrooke, Qué, J1H 5M7. Tél. (819) 564-6222.

RÉFÉRENCES

- BAIRD, R.M., 1985, Meaning in life. Discovered or created? *Journal of Religion and Health*, 24, 117-124.

- BALTES, M.M., BALTES, P.B., 1986, *The Psychology of Control and Aging*, Earlbaum, Hillsdale.
- BIRREN, J.E., 1988, A contribution to the theory of the psychology of aging, as a counterpart of development in Birren, J.E., Bengtson, V.L. eds, *Emergent Theories of Aging*, Springer, New York.
- BISCHOF, L.J., 1976, *Adult Psychology*, Harper and Row, New York
- BOUFFARD, L., 1988, Extension de la perspective future chez les personnes âgées, revue des recherches, *Revue québécoise de psychologie*, 9 n° 2, 184-200.
- BOUFFARD, L., BASTIN, E., LAPIERRE, S., 1991 (sous presse), The personal future in old age in Zaleski, Z., ed., *The Individual and his Personal Future*.
- BOUFFARD, L., BASTIN, E., LAPIERRE, S., 1991 (sous presse), Extension temporelle des buts et âge chronologique au cours de la vieillesse, *Revue canadienne du vieillissement*.
- BOUFFARD, L., DUBÉ, M., LAPIERRE, S., BASTIN, E., 1991 c, *Programme d'intervention pour développer la perspective future des personnes âgées*, manuscrit non publié, Collège de Sherbrooke, Université du Québec à Trois-Rivières.
- BOUFFARD, L., LECLERC, G., 1990, *La perspective future et l'actualisation de soi chez les personnes âgées*, manuscrit non publié, Université de Sherbrooke.
- BOUFFARD, L., LAPIERRE, S., BASTIN, E., 1989, Extension temporelle des projets d'avenir des personnes âgées, *Journal international de psychologie*, 24, n° 3, 265-291.
- BOUFFARD, L., LAPIERRE, S., LEBLANC, Y., LEMAIRE, R., 1987, La perspective future dans le comportement humain, *Revue québécoise de psychologie*, 8, n° 1, 2-26.
- BOUFFARD, L., LENS, W., NUTTIN, J.R., 1983, Extension de la perspective future en relation avec la frustration, *Journal international de psychologie*, 18, 429-442.
- BUTLER, R.N., 1981, The life review: an unrecognized bonanza, *International Journal of Aging and Human Development*, 12, 35-39.
- BUTLER, R.N., 1963, The life review: an interpretation of reminiscence in the aged, *Psychiatry*, 1, 1-18.
- CHANG, B.L., 1977, *The Relationship of Generalized Expectancies and Situational Control of Daily Activities to Morale of the Institutionalized Aged*, communication présentée à la Société américaine de gérontologie, San Francisco.
- COTTLE, T.J., KLINEBERG, S., 1974, *The Present of Things Future*, The Free Press, New York.
- ÉRICKSON, E.H., ÉRICKSON, J.M., KIVNICK, H.Q., 1986, *Vital Involvement in Old Age*, Norton, New York.
- FOOKEN, I., 1982, Patterns of health behavior, life satisfaction, and future time perspective in a group of old aged women, *International Journal of Behavior Development*, 5, n° 3, 367-390.
- FRAISSE, P., 1967, *Psychologie du temps*, Presses Universitaires de France, Paris.

- FRANK, L.K., 1939, Time perspective, *Journal of Social Philosophy*, 4, 293-312.
- FRANKL, V., 1963, *Man's Search for Meaning: An Introduction to Logotherapy*, Washington Square Press, New York.
- FRANKL, V.E., 1978, *The Unheard Cry for Meaning: Psychotherapy and Humanism*, Simon and Schuster, New York.
- GARRITY, T.F., SOMES, G.W., MARK, M.B., 1978, Factors influencing self-assessment of health, *Social Science and Medicine*, 12, 77-81.
- GJESME, T., 1983, On the concept of future time orientation: considerations of some functions' and measurements' implications, *Journal internationale de psychologie*, 18, 443-461.
- HANSSON, R.O., 1986, Relational competence, relationships and adjustment in old age, *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, 1050-1058.
- HÉBERT, R., 1982, L'évaluation de l'autonomie fonctionnelle des personnes âgées, *Canadian Family Physician*, 28, 754-762.
- HÉBERT, R., CARRIER, R., BILODEAU, A., 1988, Le système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF), *La Revue de gériatrie*, 13, n° 4, 161-167.
- HOWELL, W., 1977, *Attitudes Toward Death and Toward the Future in Aged and Young Adults*, Dissertation Abstracts International, 37, (9-B), 4685.
- KASTENBAUM, R., 1982, Time course and time perspective in later life, *Annual Review of Gerontology and Geriatrics*, 3, 80-101.
- KOSTIN, J.H., 1979, *An Investigation of Future Time Perspective in Old Age*, Dissertation Abstracts International, 40, (6-B) 2844-45.
- KOZMA, A., STONES, M.J., 1983, Predictors of happiness, *Journal of Gerontology*, 38, 626-628.
- LAPIERRE, S., 1990, *Perspective temporelle future des adultes de 50 à 70 ans*, dissertation doctorale, Université de Montréal, Montréal.
- LAPIERRE, S., BOUFFARD, L., BASTIN, E., 1991, *Contenu de la perspective future au cours de la vieillesse*, manuscrit non publié, Université du Québec à Trois-Rivières.
- LENS, W., NUTTIN, J., 1984, The Motivational Induction Method, conférence dans le cadre de l'OTAN, Athènes, 1984, *University of Leuven Psychological Reports*, 24, 1-25.
- LEVY, S.M., 1978-79, Temporal experience in the aged. Body integrity and the social milieu, *International Journal of Aging and Human Development*, 9, n° 4, 313-344.
- LEWIN, K., 1942, Time-perspective and morale in WATSON, G., ed., *Civilian Morale*, Houghton Mifflin, Boston.
- LOWENTHAL, M., THURNHER, M., CHIRIBOGA, D., 1975, *Four Stages of Life*, Jossey-Bass, San Francisco.
- McKENZIE, B., CAMPBELL, J., 1987, Race, socioeconomic status, and the subjective well being of older Americans, *International Journal of Aging and Human Development*, 25, n° 1, 43-61.

- NUTTIN, J.R., 1963, *The Future Time Perspective in Human Motivation and Learning*, Proceeding of the 17th International Congress of Psychology (Washington), North-Holland Publ. Co., Amsterdam. (Aussi dans *Acta Psychologica*, 1964, 23, 60-82).
- NUTTIN, J.R., 1980, *Motivation et perspectives d'avenir*, Presses de l'Université de Louvain, Louvain.
- NUTTIN, J.R., 1985, *Théorie de la motivation humaine*, Presses Universitaires de France, Paris.
- NUTTIN, J.R., LENS, W., VAN CALSTER, K., DE VOLDER, M., 1979, La perspective temporelle dans le comportement humain. Étude théorique et revue de recherches, in Fraisse et al., eds, *Du temps biologique au temps psychologique*, Symposium de l'Association de psychologie scientifique de langue française, Poitiers, 1977, Presses Universitaires de France, Paris.
- OLBRICH, E., 1985, Coping and development in the later years: a process-oriented approach to personality and development in Munichs, J.M.A. et al., eds, *Life-span and Change in a Gerontological perspectives*, Academic Press, New York.
- PALYS, T.S., LITTLE, B.R., 1983, Perceived life satisfaction and the organization of personal project systems, *Journal of Personality and Social Psychology*, 44, 1221-1230.
- QUINN, P.K., J. REZNIKOFF, M., 1985, The relationship between death anxiety and the subjective experience of time in the elderly, *The International Journal of Aging and Human Development*, 21, n° 3, 197-210.
- RAKOWSKI, W., 1986, Future time perspective. Applications to the health context of later adulthood, *American Behavioral Scientist*, 29, n° 6, 730-745.
- RAKOWSKI, W., 1979, Future time perspective in later adulthood: review and research direction, *Experimental Aging Research*, 5, 43-88.
- REKER, G.T., PEACOCK, E.J., 1981, The Life Attitude Profile (LAP): a multidimensional instrument for assessing attitudes toward life, *Canadian Journal of Behavioral Sciences*, 13, 264-273.
- REKER, G.T., PEACOCK, E.J., WONG, P.T.P., 1987, Meaning and purpose in life and well being: a life-span perspective, *Journal of Gerontology*, 42, 44-49.
- REKER, G.T., WONG, P.T.P., 1988, Aging as an individual process. Toward a theory of personal meaning in BIRREN, J.E., BENGTON, V.L., eds, *Emergent Theories of Aging*, Springer, New York.
- RODIN, J., 1986, Health, control and aging in BALTES, M.M., BALTES, P.B., eds, *The Psychology of Control and Aging*, Earlbaum, Hillsdale.
- RODIN, J., LANGER, E.J., 1977, Long-term effects of control-relevant intervention with institutionalized aged, *Journal of Personality and Social Psychology*, 35, 897-902.
- ROTTER, J.B., 1975, Some problems and misconceptions related to the construct of internal vs external control of reinforcement, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 43, 55-67.

- ROTTER, J.B., 1966, Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement, *Psychological Monographs*, 80, n° 1, n° 609.
- SCHONFIELD, D., 1973, Future commitments and successful aging. I-The random sample, *Journal of Gerontology*, 28, 189-196.
- SCHULZ, R., HANUSA, B.H., 1978, Long-term effects of control and predictability — enhancing interventions: findings and ethical issues, *Journal of Personality and Social Psychology*, 36, 1194-1201.
- SHOSTROM, E.L., 1968, Time as an integrating factor in BUHLER, C., MASSARIK, F., eds., *The Course of Human Life. A Study of Goals in The Humanistic Perspective*, Springer, New York.
- STUEBER, J., 1977, *Future Time Perspective, Commitments and Lifesatisfaction of Retired Women Educators*, Dissertation Abstracts International, 37 (11-B), 5885-86.
- THOMAE, H., 1981, Future time perspective and the problem of cognition / motivation interaction in d'YDEVALLE, G., LENS, W., eds, *Cognition in Human Motivation and Learning*, Earlbaum, Hillsdale.
- THOMAE, H., 1987, Responses to health and social problems in old age in DI GREGORIO, S., ed. *Social Gerontology*, New Directions, Croom Helm, London.
- TINSLEY, H.E., WEISS, D.J., 1975, Interrater reliability and agreement of subjective judgments, *Journal of Counseling Psychology*, 22, 358-376.
- ZIBBELL, R.A., 1972, *Activity Level, Future Time Perspective and Life Satisfaction in Old Age*, Dissertation Abstracts International, 32 (7-B) 4198.

ABSTRACT

Mental Health and Elders' Future Perspectives

During individual interviews, 708 people between the ages of 65 and 90 expressed a wide variety of personal goals and aspirations through sentences they were asked to complete. The distribution of answers in temporal categories provides an index of the broadening of future perspectives (PF). The values of that index were put in relation with subjective assessments that can be looked upon as clues to mental health. Results confirm the hypothesis of a positive relation between PF and perception of health (0,27), meaning of life (0,29), living satisfaction (0,30) and perception of having personal control (0,18). However, PF does not appear to be connected with the person's attitude toward death. These results seem to indicate that PF represents a factor of mental health and «healthy aging». Consequently, they justify the relevance of developing interventions that aim to strengthen this «personal resource».